

Servicios Sociales y Política Social

La Protección Social a la Dependencia (I)

72

Servicios sociales y Política social

La Protección Social a la Dependencia (I)

Coordinadora de la Revista:

Paula Barros Castro

Comité Editorial:

Montserrat Bacardit i Busquet
Natividad de la Red Vega
Gustavo García Herrero
Trinitat Gregori Monzó
Pilar Pando Lobo
Manuel Martín García

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

Edita:

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

Junta de Gobierno:

Presidenta: Ana M. Aguilar Manjón
Vicepresidenta 1^a: Marta Llobet Estany
Vicepresidenta 2^a: Montserrat Grisó Ginés
Secretario: Ángel Luis Maroto Sáez
Tesorera: Rosa García Sedano
Vocales: Nieves Gascón Navarro, Manuel Martín García, Caterina J. Massuti Sureda, Juan L. Moreno Millán, Pilar Pando Lobo, Isabel Rodríguez Cañas.

Administración, Redacción,
Suscripción y Venta:

Avda. Reina Victoria, 37 - 2º centro. 28003 Madrid.
Tel: 91 541 57 76/77. Fax: 91 535 33 77.

E-mail: consejo@cgtrabajosocial.es
www.cgtrabajosocial.es

Horario: de Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00.

Imprime:

C&M Artes Gráficas.

4^{to} trimestre 2005

ISSN: 1130-7633
Dep. Legal M-16020-1984

Sumario

Editorial

Dossier: La Protección Social a la Dependencia (I)

Servicios sociales universales y servicios sociales selectivos.
Manuel Moix Martínez 11

Potencialidades del bienestar social y del sistema público de servicios sociales para la autonomía y protección de las personas en situación de dependencia.
M^a Patrocinio Las Heras Pinilla 23

Intervención social en las dependencias: experiencia de Trabajo Social en el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet.
Josefa Rodríguez Molinet y M^a Antonia Rocabayera Andreu 37

La coordinación sociosanitaria: misión, estrategia, tareas, metodología.
M^a Jesús Brezmes Nieto 63

La accesibilidad: elemento clave para la inclusión social de las personas dependientes que residen en el medio rural.
Javier Charroalde Vallés 85

Sección libre

El alcoholismo femenino: una perspectiva profesional.
Josefa Gómez Moya 105

Pakistaníes en Barcelona.
Montserrat Solé i Aubia y Josep Rodríguez Roca 117

De lo privado a lo público.
Antonio Gracia Pastor y M^a Dolores Rodríguez López-Pelaez 135

De interés profesional

Comparecencia, en relación con el libro blanco sobre atención a las personas en situación de dependencia en España, de la Presidenta del Consejo General CODTS y AA.SS. 145

Comentario de libros

Guía de los derechos de los usuarios de los Servicios Sociales de Aragón.
Gustavo García Herrero 163

Gestión de conflictos: taller de mediación. Un enfoque socioafectivo.
M^a Percaz Four-Pome 167

Editorial

Escribimos este editorial el 24 de diciembre del 2005. Ayer, día 23 ha sido aprobado en el Consejo de Ministros el anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes.

Este anteproyecto tiene dos referencias previas importantes. La primera el Acuerdo sobre Competitividad, Empleo Estable y Cohesión social, firmado el 8 de julio del 2004 por el Gobierno y las organizaciones sindicales y empresariales, en el que se recoge la voluntad de diálogo en el ámbito de la protección social, con el fin de “adaptar nuestra protección social a las nuevas realidades, que configuran nuevas necesidades siendo prioritaria la atención a las situaciones de dependencia, uno de los principales problemas, tanto de los jubilados y personas con discapacidad como de sus familias”. La segunda referencia importante a este anteproyecto lo encontramos en el Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España, presentado al Congreso el 20 de enero de 2005.

Estas iniciativas, forman parte del proceso de desarrollo de los derechos sociales de todos los ciudadanos, en la línea que se viene promoviendo para todos los países europeos. De hecho, ya en 1998, el Comité de Ministros del Consejo de Europa aprueba una Recomendación, elaborada desde la base del trabajo realizado por expertos en el tema y con las gestiones oportunas para que pudiera ser asumido por la mayoría de

los países miembros. Centra la atención a la dependencia en “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”. La misma Recomendación define la dependencia como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes, a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (Consejo de Europa).

Tal como se recoge también en el Libro Blanco, en dicha Recomendación, el Consejo de Europa considera la situación de dependencia como el resultado de la concurrencia de tres factores: a) la limitación física, psíquica o intelectual, que merma determinadas capacidades de la persona; b) la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo actividades de la vida diaria; c) la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero. Perspectiva ésta, coherente con el planteamiento de la OMS sobre Clasificación Internacional del Funcionamiento de Discapacidad y de Salud (CIF) (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Para la efectividad del derecho de toda persona, que tenga dificultad de autonomía para la realización de las tareas de vida diaria, está prevista la creación del Sistema Nacional de Dependencia (SND) integrado por una red de servicios

públicos, concertados y privados, acordados entre todas las administraciones públicas y que se implantará de forma gradual a partir del año 2007 para completarse gradualmente hasta el año 2015. Las respuestas a las actividades básicas de la vida diaria, llegarán así a los casi 1,5 millones de personas en España, que necesitan atención para valerse en la vida cotidiana. Y dichas respuestas se conducen desde los principios de universalidad de las prestaciones, su carácter público, la igualdad en el acceso al derecho y la cofinanciación. Ello supondrá un importante desarrollo de los ratios de cobertura, tanto de plazas de residencia para mayores de 65 años como de los servicios de ayuda a domicilio. Estos ratios se sitúan en nuestro país actualmente entre el 3,66 y 3,14 respectivamente, distantes de los que cuenta Dinamarca con el 13 y 31, o de Francia con el 6,7 y 12,5, Holanda con el 9 y 20 o Alemania con el 4,1 y el 8,6.

Aunque en efecto, la dependencia se produce con más frecuencia entre las personas mayores y las personas con discapacidad, asiste el derecho de atención necesaria a todo español mayor de tres años que no pueda valerse por sí mismo y a los extranjeros en función de la normativa estatal, internacional y los convenios con el país de origen.

Al margen de otros aspectos de gran interés, que contempla el anteproyecto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes, nos

interesa aquí centrar nuestra atención en dos de ellos: la red de cuidadores, familiares y no, y "el programa integral de atención personalizada".

En efecto, si como figura en el anteproyecto, se trata de favorecer la Autonomía Personal, no se agota el contenido de la Ley en las prestaciones, con ser éstas importantes. Además, la consideración exclusiva de la dimensión asistencial, lesionaría el derecho de todo ciudadano a las condiciones favorables para el desarrollo de sus capacidades potenciales. La red de cuidadores familiares, voluntarios, vecinos, etc, es evidente que son fundamentales en todo el proceso, no solo asistencial, también relacional, de convivencia etc.

Asimismo es evidente que, el cumplimiento efectivo de la futura Ley, no puede llevarse a cabo, si no es a través de un programa integral de atención personalizada. Si como cabe esperar, se considera el concepto "integral" tanto respecto a las diversas atenciones necesarias para la persona atendida, como en los recursos y los procesos a seguir, habrá de desarrollarse la puesta en marcha de dicha Ley con la implicación de todas las administraciones desde la realidad más cercana. Parece oportuno que, para facilitar respuestas integradas y eficientes y evitar lagunas y superposiciones de competencias, la atención a la autonomía y la dependencia debe enmarcarse dentro del Sistema Público de Servicios Sociales, como

cuarto pilar del sistema de protección del Estado de Bienestar, en el que se garanticen unos servicios coordinados, suficientes y de calidad y que establezcan el régimen de acceso a los mismos a todos los ciudadanos, desde el respeto de igualdad efectiva para todos.

La experiencia acumulada de nuestro colectivo que, antes de la democracia ya se ocupaba de situaciones de dependencia, trabajó para que se eliminara de nuestra Constitución la beneficencia por no ser propia de un Estado Social de Derecho, hoy continua haciéndolo en el marco de nuestra democracia, trabajando para que lo que ha contribuido a crear, el Sistema Público de Servicios Sociales, esté garantizado para todos los ciudadanos y ciudadanas con los mismos principios de justicia y equidad.

La protección social de las personas en situación de dependencia debe ser planteada y desarrollada de forma transversal a los sistemas existentes – Servicios Sociales, Sanidad, Garantía de Rentas y Educación – pues se trata de una oportunidad para reforzar las carencias que presentan estos y porque crear una estructura paralela (Sistema Nacional de Dependencias) pondría en riesgo los derechos consolidados al amenazar claramente algunas de las estructuras y funciones de los ya existentes, particularmente, del Sistema de Servicios Sociales que presenta mayor debilidad al estar menos consolidado.

Tal como se afirma en el documento editado por la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, el Ayuntamiento de Alcorcón y el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid (2005: 11), "generar estructuras o sistemas paralelos a estos Sistemas existentes, (Salud, Pensiones, Educación y Servicios Sociales) supondría el riesgo de retroceder en derechos ya consolidados y amenazaría el desarrollo de algunas de las funciones de los Servicios Sociales".

En cualquier caso ello comporta la implicación de profesionales capacitados a tal fin, con preparación y experiencia para hacer más efectiva la respuesta conveniente a la persona, objeto de atención y la gestión de recursos familiares y locales para una eficiente organización de los mismos.

Algunos artículos de esta revista, fueron elaborados antes de la aprobación del anteproyecto al que hemos hecho referencia. Sus autores son personas con amplia y sólida trayectoria profesional; representan por ello importantes aportaciones del trabajo social, al debate sobre las respuestas más adecuadas a las situaciones de las personas en situación de dependencia. Se recogen así, desde la reflexión, la experiencia y el contraste, aspectos claves en el tema, con la visión integral de respuestas, a través de los Servicios Sociales Universales y Selectivos, las Potencialidades del Sistema de Bienestar Social para la Autonomía y la Protección de las personas en Situación de Dependencia.

La importancia de una gestión adecuada de las respuestas desde los recursos existentes, se aborda en la Coordinación posible entre el Sistema de Servicios Sociales y el Sistema Sanitario o la Accesibilidad para inclusión social de las personas en situación de dependencia que residen en el medio rural.

Pero además de los aspectos organizativos y de gestión, desde el trabajo social se cuenta también con una larga y sólida trayectoria operativa, como se pone de manifiesto en el artículo sobre la Intervención Social en las Dependencias

que se refiere a las intervenciones realizadas en el campo de la dependencia, en el que se aborda el trabajo social en las dependencias, tanto en el campo como en la ciudad, así como la intervención en las dependencias de las personas con discapacidad intelectual.

El artículo también aborda las estrategias de intervención en las dependencias, así como las estrategias de intervención en las dependencias de las personas con discapacidad intelectual.

En definitiva, este número de la revista se ha pensado como una contribución más al esfuerzo común para la mejor atención posible a las personas en situación de dependencia y a su ámbito de convivencia.

La importancia del tema en el Sistema de Servicios Sociales y la experiencia de los profesionales del trabajo social en dicho sistema, harán oportuno y conveniente continuar con aportaciones, reflexiones y debates en el próximo número de esta revista sobre el trabajo social en los Servicios Sociales, la autonomía personal y la protección a las Personas en Situación de dependencia.

En definitiva, este número de la revista se ha pensado como una contribución más al esfuerzo común para la mejor atención posible a las personas en situación de dependencia y a su ámbito de convivencia.

La importancia del tema en el Sistema de Servicios Sociales y la experiencia de los profesionales del trabajo social en dicho sistema, harán oportuno y conveniente continuar con aportaciones, reflexiones y debates en el próximo número de esta revista sobre el trabajo social en los Servicios Sociales, la autonomía personal y la protección a las Personas en Situación de dependencia.

Dossier



La Protección Social a la Dependencia (I)

En definitiva, este número de la revista se ha pensado como una contribución más al esfuerzo común para la mejor atención posible a las personas en situación de dependencia y a su ámbito de convivencia.

La importancia del tema en el Sistema de Servicios Sociales y la experiencia de los profesionales del trabajo social en dicho sistema, harán oportuno y conveniente continuar con aportaciones, reflexiones y debates en el próximo número de esta revista sobre el trabajo social en los Servicios Sociales, la autonomía personal y la protección a las Personas en Situación de dependencia.

Servicios Sociales Universales y Servicios Sociales Selectivos *

Dr. D. Manuel Moix Martínez

Catedrático Emérito de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense y Director Honorario de su Dpto. de Trabajo Social y Servicios Sociales.

Me propongo hoy recordar con qué profundidad intelectual y con cuánta pasión se vivió en un país tan paradigmático al efecto, como fue el Reino Unido de Inglaterra e Irlanda del Norte, la célebre distinción entre *“Servicios Sociales universales”* y *“Servicios Sociales selectivos”*, hasta el punto de originar a mediados del siglo pasado un debate intelectual de alto fuste, con importantes consecuencias políticas, económicas, y sociales.

Como ya he definido en otro lugar, los *“servicios sociales universales”* son *“aquellos que son accesibles a todos los ciudadanos, con independencia de sus ingresos”*; y los *“servicios sociales selectivos”* son *“aquellos que se dirigen solamente a los llamados económicamente débiles, esto es, a los que acrediten la falta de medios económicos para subvenir a sus necesidades”*.

Es de destacar, ante todo, su distinta fundamentación, pues mientras el fundamento, último de los *Servicios Sociales selectivos*, es de carácter económico (si el Bienestar Social –se dice– es una pesada carga que han de costear los ciudadanos con sus impuestos, y resulta

que son siempre escasos los recursos presupuestarios, no cabe duda de que estos deberían concentrarse en los más necesitados), el fundamento último de los *Servicios Sociales universales* es, por el contrario, eminentemente político (*reconstruir la unidad social de la nación suprimiendo la discriminación y el consiguiente oprobio que pesa sobre los beneficiarios del Bienestar Social de carácter residual*).

Es un hecho incuestionable que la unidad social de su país ha preocupado especialmente a los ingleses desde que BENJAMIN DISRAELI, en la novela política titulada *“Sybil: or the two Nations”*, que publicó en 1845, había sostenido la tesis fundamental, condensada en su propio título, de que Inglaterra había dejado de ser una gran nación, para partirse en dos naciones: la de los ricos y la de los pobres. Tesis cuya gravedad sólo puede calibrarse si se tiene presente el carácter despiadado y acusadamente represivo del llamado *“Nuevo Derecho de Pobres”*, que había sido puesto en vigor once años antes por la famosa Ley de 1834, aquella Ley que

* Este artículo ha sido originariamente una conferencia dada por el autor, para divulgar entre nosotros, por su enorme trascendencia social, política y económica, un magno debate intelectual que tuvo lugar en el Reino Unido a mediados del pasado siglo. De ahí que cite sólo a las personalidades extranjeras que intervinieron en él, carezca de referencias bibliográficas y relegue la especulación propia, en aras de una más fiel exposición histórica. Para ampliar diversos extremos en él aludidos, puede verse mi libro *Bienestar Social* (Trivium, Madrid, 1986).

—declararía DISRAELI en la Cámara de los Comunes— “announces to the World that in England poverty is a crime” (“anuncia al mundo que en Inglaterra la pobreza es un delito”).

Pues bien, como reacción a todo ello surge el universalismo, impulsado por fabianos de fuste, primero por los esposos WEBB, Sydney y Beatrice, y después por Sir William BEVERIDGE, que luego sería nombrado Lord, cuyo famoso informe “Social Insurance and Allied Services”, publicado en plena 2a guerra mundial (1942), destilaba una nueva y sugestiva filosofía social que podría resumirse así: la guerra se hacía para defender la libertad. ¿Pero qué era la libertad?. Era ciertamente seguridad frente a la temida invasión alemana; era también el derecho de elegir un gobierno, y, por supuesto, el derecho de hablar y escribir abiertamente, sin miedo a la censura o a la policía secreta. Pero era mucho más que todo eso, como ya expresaran los viejos versos:

What art thou Freedom? Thou art bread
And a comely table spread.
Thou art clothes and fire and food
To the trampled multitude.”

(Libertad ¿qué eres tú? Tú eres pan
Y una mesa decorosamente puesta
Tú eres vestido y fuego y alimento
Para la pisoteada multitud).

De ahí que BEVERIDGE proclamara “the Five Freedoms” (“las Cinco Libertades”), que habían de liberar al hombre,

respectivamente, de la Necesidad, la Enfermedad, la Ignorancia, la Miseria y la Ociosidad; y sostuviera que las medidas para lograr tal liberación y sus consiguientes beneficios *deberían aplicarse a todos los ciudadanos por igual*, cualquiera que fuera la cuantía de sus ingresos, con lo cual se conquistaría una nueva *libertad*, que les liberaría del estigma del *Derecho de Pobres*.

Como el propio BEVERIDGE explicaría al año siguiente, se trataba de asegurar *bread for everyone before cake for anybody* (“*pan para todos, antes que pastel para algunos*”) y, en definitiva, un *mínimo nacional* para toda la población. Y su propio Informe (pag.42) valoraba perfectamente el alcance de sus propuestas: “*The scheme proposed here is in some ways a revolution, but in more important ways it is a natural development from the past. It is a British revolution.*” (“*El plan propuesto aquí es en algunos aspectos una revolución, pero en los más importantes es un desarrollo natural del pasado. Es una revolución a la inglesa*”).

Y fue precisamente esta revolución a la inglesa preconizada por BEVERIDGE, la que, convertida en bandera electoral por los laboristas en las elecciones celebradas en 1945, recién terminada la guerra, les instaló por abrumadora mayoría en el poder —que no ocupaban desde 1926, con el Gabinete MacDonald— infligiendo la más inesperada derrota al popularísimo y mítico Sir WINSTON CHURCHILL, reconocido vencedor de la llamada “Batalla de Inglaterra”.

Así fue cómo, a caballo del universalismo, comenzó a edificarse en Inglaterra el Estado de Bienestar. Y pese a que éste tuvo, rigurosamente hablando, un “origen mixto”,—como observa el prof. MARSHALL—, por cuanto que sus pilares legislativos fundamentales: la Education Act (1944), la National Insurance Act y la National Health Service Act (1946) se debieron, respectivamente, a BUTLER, a BEVERIDGE, y a BEVAN, un conservador, un liberal y un laborista, con todo se fue generalizando la idea de que *la universalidad era una reivindicación “progre”, propia de la izquierda, mientras que la selectividad era, por el contrario, algo reaccionario, propio de la derecha*.

Poco tardaría en demostrarse que se trataba de una simplificación no del todo exacta. Pero a creerlo así, contribuyó enormemente el gran éxito cosechado por BEVAN en transformar un Seguro de Enfermedad limitado a los trabajadores y, por consiguiente, de 2^a clase, en el National Health Service, que era un Servicio Nacional de Sanidad para toda la población, de gran amplitud y gratuito.

A esa razón histórica fundamental para la adopción del universalismo, que fue, como ya he señalado, el empeño de que los servicios sociales estuvieran disponibles y fueran accesibles a toda la población, de modo que no implicaran para los usuarios ninguna humillante pérdida de status, dignidad o propio respeto, ni ninguna connotación de inferioridad, pauperismo, deshonra o estigma, se unió el descubrimiento de la importancia de

la prevención, que, para ser eficaz, debía basarse en el pronto y fácil acceso a los servicios de carácter preventivo, y no sólo a los remediales o rehabilitadores, lo cual, en una sociedad tan diferenciada, desigual y clasista, sólo podía lograrse ofreciéndolos sin estigma, esto es, con carácter *universal*.

A favor del *universalismo*, se argumentó en esencia que:

- Era más conforme con los principios democráticos.
- Era esencialmente igualitario.
- Reforzaba la unidad social.
- Era la principal garantía de que los clientes potenciales aprovecharan al máximo los servicios sociales.
- Rechazaba la noción residual de que los servicios sociales son temporales y sólo se necesitan en tiempos de especial necesidad o catástrofes o en los casos en que fallan en la sociedad sus estructuras normales de oferta: familia y mercado.
- Aplicada, por el contrario, la concepción institucional o desarrollista del Bienestar Social, según la cual los servicios sociales pueden ser necesitados, en cualquier momento, por todos los ciudadanos, por cumplir funciones normales, de vanguardia, de la moderna sociedad industrial.
- Parecía estar relativamente libre de desincentivos.
- Estimula una continua puesta al día de los servicios sociales a la luz del cambio social.
- Y, sobre todo, propiciaba una mayor calidad de los servicios sociales, pues, a los que eran para los económicamente pobres, nadie se preocupaba de hacerlos atractivos.

No puede minimizarse la cuestión de los *derechos sociales*: si los servicios sociales no fueran procurados por todos para todos, sólo serían accesibles a aquellos que pudieran pagarse la satisfacción de sus necesidades en el mercado privado.

Además, el uso o utilización de los servicios sociales representa hoy sólo una compensación parcial por diservicios o por costes sociales producidos por una sociedad industrial-urbana crecientemente competitiva y rápidamente cambiante. Por consiguiente, los mal llamados "beneficios del Bienestar" o beneficios sociales no son muchas veces más que parte del precio pagado a algunas gentes, por soportar parte de los costes sociales de progreso de otras gentes.

Fue a partir de los años 60 cuando la alternativa selectivista fue ganando adeptos, al recordar el punto de vista que se señalaba en el "The Economist" como principio rector de la Política Social: "no one should live on the taxpayer unless he need to" (nadie debería vivir a costa del contribuyente, a no ser que lo necesitara).

Pues bien, que uno de los objetivos de la Política Social debería ser "concentrar la ayuda en aquéllos cuya necesidad fuera mayor", había constituido ya la base programática de las guerras contra la pobreza norteamericana y canadiense. Recuérdense la *Economic Opportunity Act* de 1964 sometida el 16 de marzo de dicho año a la aprobación del Congreso por el

Presidente Lyndon B. JOHNSON, con un mensaje triunfalista en el que pedía que los EE.UU. "declararan la guerra a un enemigo doméstico que amenaza la fortaleza de nuestra nación y el bienestar de nuestro pueblo", guerra que debía "no sólo aliviar los síntomas de la pobreza, sino también curarla y, sobre todo, prevenirla", "guerra incondicional contra la pobreza" que "la nación más rica de la tierra puede permitirse ganar..(pero que) no puede permitirse perder" etc.,etc.

Fue, por último, la Conferencia convocada a principios de 1968 por la Sociedad Fabiana, que, como es sabido, ha constituido siempre el brain trust, la crema de la intelectualidad del partido laborista, con nombres, entre sus filas, de la talla de los esposos WEBB, GEORGE BERNARD SHAW, los esposos COLE, SYDNEY OLIVIER, EDWARD R. PEASE, HERBERT GEORGE WELLS, THOMAS H. HUXLEY, GRAHAM WALLAS, WILLIAM HENRY BEVERIDGE, CLEMENT R. ATLEE, quien por cierto, antes de encumbrarse a la Jefatura del Gobierno inglés, ejerció de profesor de Trabajo Social, y publicó con tal motivo la obra, titulada, "The Social Worker" ("El Trabajador Social"). Fue, digo, en esa Conferencia convocada por la Sociedad Fabiana donde la cuestión se puso al rojo vivo. En ella ardió Troya o, si se prefiere el lenguaje taurino, hubo "división de opiniones" con bronca incluida. El resultado fue que, mientras científicos sociales, como el profesor RICHARD MORRIS TITMUSS, y altos cargos de la Administración, como el ex-subsecretario Adjunto del Ministerio

de la Seguridad Social, SIR JOHN WALLEY, siguieron abogando por la "universalidad", destacados Ministros y ex-Ministros, como RAY GUNTER, DOUGLAS HOUGHTON y PATRICK GORDON WALKER, y parlamentarios, como BRIAN WALDEN, arguyeron fuertemente a favor de una mayor "selectividad", sin que pudieran evitarlo, pese a su vehemencia, otros como RICHARD CROSSMAN, KENNETH ROBINSON, JUDITH HART y la Ministra de la Seguridad Social MARGARET HERBISON. Semejante viraje, tal cambio de estrategia, pareció dejar muy atrás los entusiasmos universalistas que habían impregnado los manifiestos del Partido Laborista para las elecciones, tanto de 1964 como de 1966.

Ahora bien, ¿qué es lo que, en definitiva, los *selectivistas* reprochaban al universalismo, y qué es lo que, además, alegaban en pro de su propia tesis?

Pues le reprochaban, fundamentalmente, que organizara los servicios sociales a una escala mayor de la que un país podría soportar; y que sacara del mercado, eximiendo del pago de su coste, muchos servicios que los ciudadanos deberían procurarse por sí mismos y pagarlos de su bolsillo. Y si fueran pobres o carecieran de medios suficientes –se decía–, pues que solicitaran la ayuda pública sobre la base del "means-test", esto es, de la prueba de la insuficiencia de sus ingresos.

Lo que, en el fondo, sostienen, pues, los partidarios de la selectividad es que, como todo servicio universal ha de

ser pagado de alguna forma, el hecho de que no lo sea por el usuario en cuanto tal, podría provocar su abusiva e innecesaria demanda, estimulando el aprovechamiento de aquellos servicios a que el ciudadano no recurriría nunca, si tuviera que pagar su coste.

Se esgrimían, además, contra el universalismo dos objeciones de carácter práctico. En primer lugar –se decía–, no todos los servicios sociales son necesitados por la generalidad de la población y, por consiguiente, están muy bien para la gente aquejada de especiales problemas o necesidades, pero no tienen por qué ser organizados con carácter general para todos. Y, en segundo lugar, se argüía que los servicios sociales cuestan dinero, mucho dinero, por lo que el universalismo como filosofía del Bienestar Social era, simplemente, poco realista. De ahí que, en circunstancias de crisis económica o tan pronto como asomaran las vacas flacas, países inequívocamente abrazados a ideologías profundamente "progres" abandonaran el principio de la universalidad, para imponer el de la selectividad –obligando a los usuarios a pagar su utilización de los servicios sociales o introduciendo el "means-test" (la prueba de insuficiencia de medios económicos)–.

Hay todavía otro argumento de peso contra la universalidad, que se hizo valer en la norteamericana "guerra contra la pobreza" –war on poverty–: se sostuvo entonces que, si los programas del Bienestar Social fueran universales, los más pobres fracasarián con frecuencia en conseguir su "justa parte". ¿Por qué? Pues porque los más preparados

o mejor informados, o con más recursos acapararían lógicamente lo mejor de los servicios sociales públicos, en detrimento de su uso por los más pobres. Se destacaba, para pensar así, lo poco que los más pobres se han beneficiado siempre de los mejores centros docentes de primera y segunda enseñanza; en que las escuelas y demás instalaciones públicas de los barrios humildes suelen ser peores y estar peor equipadas que las situadas en el centro de las ciudades; en que las bibliotecas, los museos, los conciertos etc., sostenidos con fondos públicos son aprovechados en muy importante medida por la clase media; en que las playas cuyo mantenimiento se costea, a veces, con elevados impuestos, sólo pueden ser gozadas, en ocasiones, por los que tienen coche; en que los enfermos mentales más pobres son prácticamente encarcelados, mientras que los de mayores recursos reciben asistencia médica ambulatoria o atención en las clínicas, sin ni siquiera ser internados en ellas; etc., Y es que, por lo que respecta a los servicios sociales, *una cosa es la igualdad de acceso y otra muy distinta la igualdad de aprovechamiento.*

Se alegaba, además, que la *selectividad* es más verdaderamente *igualitaria*, por cuanto que ofrecer iguales servicios a personas de distinto nivel económico, no es procurar igualdad, sino realmente mantener la desigualdad ya existente.

Y, por último, se argüía que la *selectividad* evita el *despilfarro*, estimula el *ahorro* y presta una ayuda mayor a los sectores más necesitados.

Pero, como observó el profesor ABEL-SMITH, sobre el número, el carácter, la eficacia, la utilización y los efectos económicos de los servicios selectivos existentes, los selectivistas guardaban el más extraño silencio.

Tampoco hablaban de los *inconvenientes prácticos* de otorgar determinados beneficios sociales a los económicamente débiles, los cuales se veían obligados a formular, para diferentes propósitos, diversas declaraciones de ingresos, que cubrían distintos períodos y que habían de presentarse en diferentes épocas del año y en distintos impresos, algunos de los cuales estaban tan mal redactados, que podrían sumergir al solicitante en serias dudas, ante el temor de incurrir en las tremendas penalidades por falsedad con que amenazaban muchos de ellos. Esto último, por supuesto, sólo es aplicable a los países donde la seriedad y el rigor son la norma, no en aquellos donde, por el contrario, la falta de control y la falsedad es la regla, con burla de la justicia y con gravísimo perjuicio, tanto de los declarantes honestos como del bien común.

Además, para solicitar una prestación, el solicitante tiene que saber cuándo hacerlo, cómo y ante quién. Necesita también saber si tiene alguna probabilidad de que le concedan la ayuda. Respecto de muchos de los beneficios selectivos existentes, los criterios en virtud de los cuales se otorgan se mantienen en el más absoluto secreto.

Esto evidentemente impide al ciudadano saber si su petición ha sido rechazada simplemente por causa de un error aritmético cometido por un administrativo o debida a una equivocación de cualquier otro tipo. También le impide reclamar contra la denegación del beneficio. Ni siquiera existe, normalmente, un tribunal independiente ante el que poder recurrir.

Y, mientras que la mayoría de las autoridades que otorgan beneficios selectivos actúan con la natural reserva, el solicitante ha de dar siempre *tres cuartos al pregonero*. Y hasta se ve obligado a revelárselo a quien tenga que certificar la cuantía de sus ingresos.

Pero hay algo mucho peor todavía, y es que la solicitud de una prestación selectiva, esto es, de una prestación que sólo se concede a los pobres, implica por parte del solicitante la *admisión de su pobreza*. Y la gente no sólo es reacia a admitir su pobreza ante su empresario, su tendero, su colegio, su vecino, etc.,..., sino que también lo es a admitirla ante sí mismo. Y es que en una sociedad en que el éxito se cifra en ganar dinero, admitir que se es pobre equivale a reconocer que se ha fracasado. Lo mismo que equivale a la admisión del propio fracaso no poder educar debidamente a los hijos, no poder mantener con decoro a la propia familia o no ganarse la vida. No es de extrañar así que los servicios sociales que se basan en tales premisas sean, en gran medida, subutilizados.

De ahí que se le objetara a la selectividad su *ineficacia* –no consigue alcanzar a muchas de las personas que trata de proteger– y su *impracticabilidad*, ya que resulta imposible implantarla pronto y, sobre todo, equitativamente y sin una pesada carga burocrática. A estas dos objeciones se le añadía una tercera, a saber: una mayor extensión del principio de selectividad ¿haría a la sociedad más o menos desigual? Este es el problema.

La fatal objeción a una política de selectividad, afirmó PETER TOWSEND, radica en que parte de una concepción errónea de la naturaleza de la pobreza y, en lugar de aliviarla, lo que hace es reforzarla. Presume dicha política que la pobreza es una condición absoluta, consistente en la falta de ingresos que aseguren un mínimo de subsistencia y que, por consiguiente, para aliviarla, basta con apartar o dedicar una diminuta proporción de la renta nacional.

Pero semejante política alienta en la sociedad las relaciones jerárquicas de *superioridad* y de *inferioridad*, rebaja en vez de elevar el *status de los pobres* y produce el efecto de *ampliar*, en lugar de reducir, las desigualdades sociales.

Y, lejos de distinguir con sensibilidad las diferentes clases de necesidad, amontona a los parados, a los enfermos, a los accidentados, a las viudas, a los niños sin hogar, a los ancianos, a los inválidos, etc.,..., en una masa informe, en una

categoría indiferenciada e *inevitablemente estigmatizada*.

Y, por último, disuade de concentrar la atención en el acuciante problema de mejorar la calidad de los servicios públicos y de aumentar los recursos destinados al bienestar general de la comunidad.

En lugar de todo ello, la pobreza debe ser *considerada como una condición relativa*, es decir, como una falta de activos físicos, de viviendas adecuadas, de educación, de trabajo, de sanidad, de facilidades ambientales, etc..., así como de suficientes ingresos en metálico, es decir, como una falta de todo lo necesario para que la gente pueda participar en las actividades y los hábitos, incluidos los alimenticios, que sean normales en una sociedad.

De ahí que, para aliviarla, haya de acometerse una amplia reestructuración social que comprenda desde la modificación de los sistemas de retribución hasta la remodelación de los sistemas de sanidad, vivienda, educación y empleo, etc..., pasando, obvio es decirlo, por la reforma del régimen fiscal y de la seguridad social, el fortalecimiento de los derechos individuales- hasta los más prestigiosos juristas hablan hoy de "derechos humanos", como si hubiera o existieran "derechos inhumano "-, el robustecimiento de la representación política, la supresión del deprimente contraste entre "la miseria pública y la opulencia privada" -que diría GALBRAITH- y que se da incluso en un país

tan rico como los EE.UU., y la eliminación del escándalo que supone la realidad cotidiana, aireada entre nosotros sin el menor recato, sin el más mínimo pudor, por las revistas del corazón y *bidet*, y que tan bien reflejaron ya aquellos versos de THOMAS ADAMS:

*"The rich feast, the poor fast;
The dogs dine, the poor pine"*

(Los ricos banquetean, los pobres ayunan;
Los perros comen, los pobres desfallecen)

Para todo ello, evidentemente, el principio de selectividad representa una filosofía social en extremo pobre también, limitada e inadecuada, que en su aplicación práctica produce el efecto de reforzar las características estructurales y divisorias de la sociedad, en vez de superarlas en pro de la igualdad de derechos y de la libertad individual.

MIKE REDDIN apuntó, por su parte, al problema de los *desincentivos*, y arguyó que, cuanto mayor es la selectividad, mayores son los desincentivos que pesan sobre las familias pobres, punto de vista que compartieron también, entre otros, ABEL-SMITH Y PETER KAIM-CAUDLE.

Y está también el problema del *quantum*, es decir, de la cantidad de servicios o prestaciones que se necesitan o se piden. Y así, por ejemplo, cuando tratando de dar una expresión moderna y más aceptable a la selectividad, se decía, verbigracia,

que ésta puede hacerse compatible incluso con la libertad de elección y con el acceso a los servicios sociales privados que están en el mercado, etc., mediante diversos procedimientos, como podría ser, pongamos por caso, un sistema de cheques escolares, médicos, etc., y así permitir al beneficiario pagar la enseñanza privada o la medicina privada que prefiera, surge, con todo, el problema de la limitación que ello determina para la cantidad de servicio que pueda exigirse.

¿Qué ocurriría, por ejemplo, si el hijo de una familia pobre necesitara gastar todos los años en enseñanza el doble que otros?, o si un enfermo necesitase más cuidados médicos de los que corresponden a su personal "cuota" representada en el cheque?

La gran virtud, en cambio, del *universalismo* –que para los selectivistas constituye, sin embargo, su mayor vicio– consiste en que la demanda de los servicios sociales no está, en principio, restringida, sino que viene fijada por las necesidades del usuario.

Con todo, la objeción de más grueso calibre que puede hacerse a la *selectividad*, en mi opinión, se funda en que, como en su lugar he sostenido, es responsable nada menos que de la mayor o menor vigencia de la concepción residual del Bienestar Social, que es una concepción decimonónica consistente en reducirlo a aliviar los problemas de las clases desafortunadas, mediante la benevolencia

de las clases media y alta, y que tiende a convertirlo en algo despectivo, por cuanto que *el estigma* va inseparablemente unido a los usuarios de aquellos servicios sociales organizados, no para los que son capaces de salir adelante con sus propios medios, sino para aquellos que la sociedad de alguna manera mira por encima del hombro, por considerarlos, inconscientemente, siguiendo la máxima del célebre APPIUS CLAUDIUS CAECUS:

"Faber quisque fortunae sua" ("cada uno es artífice de su propia fortuna"), como los únicos culpables de su desgracia. Son los que no han podido, no han querido o no han sabido competir en el mercado de trabajo. Son, por consiguiente, para la nueva teología de la sociedad de mercado, los grandes pecadores contra el nuevo orden capitalista, competitivo e industrial. Y en el pecado llevan la penitencia... Y la pobreza es su justo castigo. Y su consecuencia, es la marginación social.

Todo esto es lo que late en semejante concepción residual del Bienestar Social, la cual, por consiguiente prescindiendo de toda acción social respecto de la población global, atribuye tanto a la Política Social como al Bienestar Social una función marginal. Su papel queda, así, notablemente restringido, reducido únicamente a los sectores sociales y a los individuos más desfavorecidos, que permanecen, por tanto, catalogados como meros problemas de la sociedad, y sujetos, por ende, a un proceso social de "ostracización".

Con este neologismo trato de expresar una idea que no tiene correspondencia con ninguna otra palabra. Como es sabido, el ostracismo era en la antigüedad clásica la pena más temida, y de ahí que inspirara invariablemente las mejores elegías de todos los tiempos. Reacuérdate, por ejemplo "Las Tristes" de Publio Ovidio Nason.

¿Y por qué, cabe preguntarse, era tan temido el ostracismo? Pues porque, en la antigua Grecia donde la Polis era todo: Estado, Iglesia, escuela, etc., y, en definitiva, la institución en que el hombre cobraba su verdadero valor y sentido (recuérdese su definición aristotélica como "zoón politicon" –que no significa propiamente *animal social*, como se dice, sino *animal político* o, mejor aún, *viviente, ser vivo, político* (ya que *zoon* se deriva de *zoé*, que significa vida–). *Zoon politicon era, pues, el ser que vivía y estaba incardinado en la polis, y en ella encontraba propiamente su ser constitutivo*. Siendo esto así, es lógico que la exclusión del ciudadano de la polis y su alejamiento de ella mediante el destierro se considerase una pena gravísima, de hecho la más dura y temida, pues su imposición no es que le privara ya de la ciudadanía, es que realmente *le privaba de su condición humana, le despojaba de su naturaleza de hombre, al dejar de ser el desterrado de jure y de facto* (de hecho y de derecho) *un animal político, un viviente político, es decir, un hombre*.

Pues bien, de un modo análogo, la desterrando de la competitiva y consumista sociedad en que vivimos, el Bienestar Social, concebido, residualmente,

no es sólo que margine a sus beneficiarios, sino que parece incluso privarlos de su *status de ciudadanos*, y hasta de su condición de personas, mediante un fatal proceso excluyente que, por analogía, me atrevo a llamar de *ostracismación*.

Ahora bien, rechazar la selectividad no es, sin más, negar la posibilidad o la necesidad de concentrar más recursos en las áreas de mayor necesidad, en vez de extender a toda la población unos recursos esencialmente limitados, adelgazando cada vez más la capa de *mantequilla* que cubre la tostada, porque cabría una *tercera posición o una vía intermedia* entre el universalismo y el selectivismo, que, aunando ventajas, redujera los inconvenientes de ambos sistemas.

Se trataría entonces de hacer objeto de una *discriminación positiva a los sectores menos privilegiados de la sociedad*. Ello permitiría avanzar hacia una sociedad más igualitaria sin demasiadas huellas explícitas e individualizadas de éxito o de fracaso y, en definitiva, de *estigma*, lo cual contribuiría de un modo importante a resolver el problema más grave que tiene hoy planteado el Bienestar Social, a saber: *¿cómo ayudar eficazmente a cuantos trata de proteger, sin, a la vez, estigmatizarlos?*

Y es que, para evitar, sobre todo, que las generaciones futuras sean ciudadanos de 2^a clase, el universalismo no parece, por sí solo, bastante: hay que buscar por ello los modos y medios, valores, métodos

y técnicas que permitan practicar una *discriminación positiva*, que no imponga ya al beneficiario ninguna sensación, real o imaginaria, de fracaso individual o de culpa personal.

Esta fue la solución propugnada en sus posteriores años por RICHARD MORRIS TITMUSS, según la cual, y bajo el manto protector de un amplio y completo sistema de Bienestar Social de carácter universal, habría que procurarles a los económicamente débiles unos servicios selectivos de alta calidad, que, sobre una base territorial, de grupo o de "derechos", discriminasen positivamente a los menesterosos, a los minusválidos, a los desfavorecidos, a los sin hogar, a los de color, etc., etc., en una palabra, a todas las llamadas "*bajas sociales*" de nuestra sociedad.

En una línea análoga, y al referirse a la áreas educativas prioritarias y a la *discriminación positiva* en ellas que defendió el PLOWDEN REPORT, H.D. HUGUES concluyó que *la discriminación positiva a favor de los niños de las zonas educativas más desfavorecidas resulta necesaria para establecer la igualdad de oportunidades dentro de la universalidad de los servicios de enseñanza*.

Y el profesor PINKER, después de subrayar que el gran debate entre *universalistas y selectivistas*, en torno al arduo problema de la asignación de recursos escasos a las necesidades que trata de cubrir el Bienestar Social, estaba terminando con la derrota, tanto de los universalistas ortodoxos,

como de los selectivistas puros, partidarios incluso de volver a una Política Social deterrent, no tuvo empacho en reconocer la creciente importancia del principio de la "*discriminación positiva*" como base de una Política Social y de Bienestar Social alternativa.

Según todo lo expuesto, el reto que quedó planteado y con el que concluyó el debate que nos ha ocupado, no estribaría tanto en la elección entre servicios sociales universales y servicios sociales selectivos. El verdadero reto radicaría en esta otra cuestión: *¿cómo estructurar el Bienestar Social para que, sobre la base de unos servicios sociales universales que procurasen un marco común de valores y de oportunidades básicas, se pudieran desarrollar unos servicios sociales selectivos, socialmente aceptables, encaminados a establecer, con el mínimo riesgo de estigma, una discriminación positiva a favor de aquéllos cuyas necesidades fueran mayores, esto es, unos servicios sociales concebidos como un derecho social y organizados sobre el criterio de las mayores necesidades de categorías, grupos o zonas específicas, y no con base en la prueba individual de la falta de medios económicos?*

Porque éste sería, evidentemente, el único modo de que no implicaran un ataque a la dignidad humana; de que no dividieran la sociedad; de que no condujeran a un doble estándard de servicio: uno, bueno, para los ricos y otro, malo, para los pobres; de que, en definitiva, no propiciaran la formación de dos naciones: la de los ricos y la de

los pobres; y de que, sin estigma, pudiera realizarse una redistribución mayor a favor de aquellos cuya necesidad fuese también mayor.

El principio de la *discriminación positiva* no sólo vendría, así, a conjugarse con los principios de *universalismo* y de *selectivismo*, para atemperar los posibles excesos de los extremistas partidarios de uno y otro, sino que también podría elevar las cotas de Justicia Social y atenuar, cuando menos, las

disfunciones y las paradojas del Bienestar Social que, tan destacadamente han puesto de relieve autores como MARTIN REIN, con la llamada, *"The Iron Law of Social Welfare"* (*"La Ley de hierro del Bienestar Social"*) según la cual los "más necesitados son los que menos se benefician de él", o PAUL GOOD, al decir que *"Welfare is where you go, when you are going nowhere"* (*"El Bienestar Social es donde usted va, cuando no está usted yendo a ninguna parte"*).

En España, los servicios sociales, como IV Pilar del Estado de Bienestar, se empezaron a desarrollar mucho más tarde que en los países de nuestro entorno. La carencia de Servicios Sociales, se amortiguaba porque también la tasa de empleo de las mujeres era más baja, y por la fortísima cultura de solidaridad familiar, que en el ámbito de las responsabilidades familiares recae sobre las mujeres. En la medida en que la proporción de mujeres incorporadas al mercado de trabajo crece ininterrumpidamente, crece también el número de mujeres afectadas por la doble jornada, ya que no se ha correspondido con una incorporación en paralelo de los hombres a las responsabilidades familiares, ni tampoco con un incremento y desarrollo de los Servicios Sociales de apoyo a la Convivencia.

Potencialidades del bienestar social y del sistema público servicios sociales para la autonomía y protección social de las personas en situación de dependencia

M.º Patrocinio Las Heras Pinilla. DTS. Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología. Diputada a la Asamblea de Madrid. Grupo Parlamentario Socialista.

Diagnóstico social, con perspectiva de género, sobre la dependencia en España

En España, los servicios sociales, como IV Pilar del Estado de Bienestar, se empezaron a desarrollar mucho más tarde que en los países de nuestro entorno. La carencia de Servicios Sociales, se amortiguaba porque también la tasa de empleo de las mujeres era más baja, y por la fortísima cultura de solidaridad familiar, que en el ámbito de las responsabilidades familiares recae sobre las mujeres. En la medida en que la proporción de mujeres incorporadas al mercado de trabajo crece ininterrumpidamente, crece también el número de mujeres afectadas por la doble jornada, ya que no se ha correspondido con una incorporación en paralelo de los hombres a las responsabilidades familiares, ni tampoco con un incremento y desarrollo de los Servicios Sociales de apoyo a la Convivencia.

Las mujeres saben los equilibrios que hay que hacer para compaginar el trabajo y los horarios escolares de los niños; para resolver los problemas de los mayores que ahora no se valen por sí mismos; la impotencia ante la falta de servicios para afrontar una enfermedad crónica en la familia.

Y es que probablemente ésta sea la última generación de mujeres dispuestas a cubrir con el sacrificio de sus proyectos vitales individuales la *carenza de servicios sociales*. La formación de las jóvenes de hoy no contempla ya, un proyecto de vida basado en la tradicional cultura femenina de la abnegación.

En noviembre del 2002 el Consejo de Ministros aprobó el llamado *Plan Integral de Apoyo a la Familia*, que a su vez hacía referencia a un *Plan de la Vivienda y a la Conciliación de la Vida Laboral y Familiar*. Todo ello sin dar a conocer la dotación presupuestaria para estos planes.

Las elecciones generales del 2004 produjeron el cambio político por el cual las ciudadanas y los ciudadanos han dado su confianza a un gobierno socialista en España. Hoy tenemos la oportunidad de afrontar el problema de la dependencia, ya que el gobierno ha presentado el Libro Blanco sobre la Dependencia y se ha comprometido con la puesta en marcha de una *Ley para la autonomía personal y la protección de las personas en situación de dependencia*.

No se debe reducir el fenómeno de la dependencia únicamente a las personas mayores ni a los menores en la primera etapa de la vida (0 a 3 años). Afecta a todas las edades. Las discapacidades, las enfermedades crónicas, los accidentes, ya sean de tráfico, laborales, o domésticos, vienen generando un número importante de

personas en situación de dependencia. Se puede estimar, según el *Libro Blanco del Gobierno sobre Dependencias*, que la población con dependencia severa y grave es de 1.125.190 personas, de las cuales 826.551 tienen más de 65 años. Además, hay 1.657.400 personas que necesitan algún

tipo de ayuda para alguna actividad de la vida diaria.

Las previsiones demográficas del Libro Blanco indican, en los cuadros que se exponen, que en 2020, serán casi 1,5 millones las personas dependientes en nuestro país.

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS CON DEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR GRADOS DE NECESIDAD DE CUIDADOS (ESPAÑA, 2005-2020).

	2005	2010	2015	2020
Grado 3 (Gran dependencia)	194.508	223.457	252.345	277.884
Grado 2 (Dependencia severa)	370.603	420.336	472.461	521.065
Grado 1 (Dependencia moderada)	560.080	602.636	648.442	697.277
Total	1.125.190	1.246.429	1.373.248	1.496.226

PROYECCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS CON DEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR GRADOS DE NECESIDAD DE CUIDADOS Y GRANDES GRUPOS DE EDAD. (ESPAÑA, 2005)

	6 a 64	65 a 79	80 y más	Total
3 (Gran dependencia)	31.174	47.300	116.034	194.508
2 (Dependencia severa)	78.498	110.090	182.015	370.603
1 (Dependencia moderada)	188.967	16.034	155.078	560.080
Total	298.639	373.425	453.126	1.125.190

Es obvio que en España, la atención a las personas con dependencia se realiza, sobre todo, en el ámbito familiar y recae especialmente en las mujeres. El 83% de cuidadores son mujeres y con una edad media de 52 años. Las tres cuartas partes de las personas cuidadoras no desarrollan actividad laboral alguna.

Según el Libro Blanco sobre la dependencia en España, sólo el 6,5% de las familias que cuidan a personas dependientes cuenta con el apoyo de los servicios sociales, cuya cobertura es claramente insuficiente y se ofrecen de manera desigual en el conjunto territorial. Las diferencias entre Comunidades Autónomas son notables. Las desigualdades a la hora de acceder a los recursos son bastante pronunciadas entre quienes viven en áreas urbanas y zonas rurales.

Por ejemplo, y según el Libro Blanco, sólo el 3,14% de las personas mayores de 65 años cuentan con un servicio de ayuda a domicilio, el 2,05% con teleasistencia y el 0,46% con una plaza en un centro de día.

Por otra parte si nos referimos a las personas mayores tenemos que tener en cuenta que alrededor de 4.700.000 personas son mayores de 70 años; En cuanto a discapacitados, en nuestro país hay más de 3.500.000 personas con alguna discapacidad, lo que supone el 9% de la población española en su conjunto.

Es evidente que con los recursos disponibles no es posible atender a las

1.125.190 personas en situación de dependencia que precisan los servicios. Se está muy lejos de la media de la Unión Europea, donde los servicios públicos dan cobertura a un 25% de la población de más de 65 años. La escasa oferta de servicios sociales en este ámbito, así como en geriatría y atención sanitaria de enfermos crónicos, o en el de escuelas infantiles, programas de ocio y tiempo libre en los colegios..., se suple con el esfuerzo de las familias, o lo que es lo mismo, de las mujeres, que son todavía, y de una forma mayoritaria, las que se ocupan, desde el ámbito familiar, de los niños, de personas con discapacidad, de enfermos crónicos, de los mayores, y en general, de las personas en situación de dependencia.

En este sentido el feminismo aporta una legítima crítica sobre el modelo de organización social y económica derivada del moderno patriarcado no superado todavía respecto a la constitución del Estado de Bienestar. La revolución industrial generó un modelo de relaciones sociales, laborales y económicas que se instituyó sin modificar el orden social básico. Desde la perspectiva económica de las relaciones de producción, las relaciones reproductivas, quedaron subordinadas al proceso productivo, siendo expresión de este modelo la exclusión de las mujeres de los derechos laborales, económicos y sociales. Estos se reconocieron en función de las relaciones laborales, razón por la cual la inmensa mayoría de mujeres, no incorporadas al mercado de trabajo, solo tuvieron reconocidos sus derechos en

función de su condición de esposas, madres o hijas de los trabajadores. El estatus de la mujer se vinculó a la función de cuidadoras para el sostenimiento de la familia.

Cuando las mujeres se incorporan masivamente al mercado de trabajo el cambio que se produce en sus vidas supone tener que soportar una doble jornada de trabajo, ya que siguen asumiendo las responsabilidades familiares sin que mayoritariamente los hombres comparten estas tareas, ni las Administraciones Públicas hayan asumido la implantación generalizada del *derecho a un Sistema Público de Servicios Sociales de apoyo a la Convivencia*.

Los poderes públicos están obligados a hacer este análisis desde la perspectiva de género y afrontar la situación universalizando las prestaciones básicas necesarias para ello, en el sistema sanitario, en el de rentas, en el educativo, y en el de servicios sociales; así mismo, promoviendo cambios en otros ámbitos que afectan a la vida cotidiana, como es la necesidad de compatibilizar los horarios laborales y escolares, el calendario escolar y el calendario laboral, los espacios de vivienda, trabajo y ocio...

Como ya se ha expuesto, nos encontramos ante un fenómeno que pone en cuestión el orden social y que exige ser abordado en la perspectiva del *cambio estructural* en el conjunto de áreas económicas y sociales, así como en las costumbres y en los valores de la convivencia personal y social. El feminismo afronta esta estrategia desde la

propuesta de un *nuevo contrato/pacto social para que mujeres y hombres puedan compartir la vida familiar, el trabajo, y el poder*, como ciudadanas y ciudadanos sujetos de plenos derechos y responsabilidades. Ello conlleva así mismo contar con las organizaciones de mujeres como *interlocutoras sociales* para las políticas que han de abordar el fenómeno de las dependencias.

El sistema público de servicios sociales y sus potencialidades, como pionero afrontando las situaciones de dependencia en España

La capacidad de las Administraciones Públicas en España para afrontar respuestas institucionales ante las situaciones de dependencia, viene avalada por el desarrollo que han tenido los Sistemas Públicos del Estado del Bienestar a partir de la Constitución de 1978, desarrollo que se ha llevado a cabo desde el *principio de universalidad de derechos basado en la condición de ciudadanía*.

Esta nueva política social ha impregnado los derechos sociales haciendo que la educación, la sanidad, o las pensiones, extendieran su protección al conjunto de la ciudadanía, como *derecho subjetivo*, independientemente de la condición laboral, económica, o del status social y familiar de las personas.

Con este objetivo los gobiernos socialistas en la década de los 80 pusieron en

marcha el Sistema Público de Servicios Sociales, para dar cobertura a situaciones de necesidad social en el ámbito de la convivencia personal y social. Hay que destacar los logros que han supuesto la promulgación de las *Leyes de Servicios Sociales en todas las Comunidades Autónomas* y el *Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales*.

El Sistema Público de Servicios Sociales, al igual que los demás sistemas que configuran el Estado de Bienestar, se estructura a través de una Red de Profesionales y Equipamientos constituidos en función de la aplicación del *Catálogo de prestaciones básicas de derecho*, que determinan las obligaciones de este sistema respecto a la cobertura de necesidades sociales de la ciudadanía. Por su especial significación para la atención de las personas en situación de dependencia, hay que señalar las prestaciones y servicios de:

* *Información, orientación, asesoramiento y tratamiento social*, con el objetivo de facilitar la igualdad de oportunidades en la aplicación de derechos sociales.

Esta prestación se desarrolla desde las *Unidades de Trabajo Social* que, como profesionales de referencia del sistema público de servicios sociales, llevan a cabo el diagnóstico social, el programa de tratamiento social individualizado y familiar, y la coordinación de las instituciones implicadas en el caso, todo

ello con la participación y consentimiento de la persona afectada, su familia y las instituciones colaboradoras. Como es obvio el resto de las prestaciones del sistema forman así mismo parte del tratamiento social prescrito desde las Unidades de Trabajo Social, lo cual supone la ejecución de la *Valoración Social* y el *Plan de Cuidados Personalizados, con la gestión del Caso*.

* *Ayuda a domicilio*, con el objetivo de facilitar la convivencia positiva y la autonomía personal en el ámbito familiar y su entorno natural. Esta prestación incluye una amplia red de servicios con gran experiencia en la atención a las dependencias como son: *teleasistencia domiciliaria; cuidados domésticos y apoyo a las actividades habituales en el hogar; lavandería; tratamiento psicosocial; ayudas técnicas en el hogar; compañía y movilidad...*

* *Acogida/alojamiento alternativo*, con el objetivo de facilitar una estructura básica de relación y convivencia, ante situaciones que requieren atención diurna o alojamiento alternativo, para lo que se dispone de modelos suficientemente experimentados tales como *Residencias de válidos, mixtas, o asistidas; Viviendas tuteladas y Minirresidencias*.

* *Prevención e inserción*, con el objetivo de posibilitar condiciones personales y sociales para la participación e integración en la convivencia social, con equipamientos tales como *Centros de Día, Hogares y Clubs, Centros Ocupacionales*.

Estas prestaciones vienen complementadas con programas de Cooperación y Voluntariado Social, con el objetivo de fomentar y apoyar la solidaridad, llevando a cabo *actividades de compañía y relación social* de las personas que lo precisan, haciendo partícipe a la ciudadanía y sus organizaciones de los problemas de su entorno, en cooperación con la Red de Servicios Sociales.

Como es sabido, para la ejecución de las prestaciones, servicios y programas del Sistema de Servicios Sociales, y a través de la legislación que lo regula, se dispone de una *Red de Profesionales* constituida por las mencionadas Unidades de Trabajo Social y los Equipos Interprofesionales que, desde la especialidad de cada profesión, dan cobertura a la atención social, jurídica, psicológica, educativa, o de mediación social, que en cada situación se requiere, respecto al programa de atención social.

Tanto las Unidades de Trabajo Social como los Equipos Interprofesionales y los Equipamientos, son insuficientes especialmente para abordar la demanda actual derivada de las situaciones de dependencia. A estos efectos España cuenta en la actualidad, en el Sistema Público de Servicios Sociales con, aproximadamente: 300.000 plazas en residencias públicas, 20.000 en centros de día, 200.000 de asistencia a domicilio y 100.000 de tele-asistencia... El esfuerzo de las Administraciones Públicas en la atención a las dependencias ha recaído de

forma unilateral en el Sistema Público de Servicios Sociales.

Especialmente, a lo largo de los diez últimos años, la oferta pública de Servicios Sociales no se ha correspondido con el notable incremento de la demanda. Los servicios públicos experimentaron un estancamiento con el avance de las tendencias neoliberales a favor de la privatización. De haberse sostenido el compromiso político con los principios de universalidad y responsabilidad pública definidos en las leyes de servicios sociales, hoy las personas en situación de dependencia y sus familias, contarían con un auténtico derecho subjetivo a la ayuda a domicilio, centros de día, plazas residenciales...

Abordar una de las mayores demandas que tiene nuestra sociedad, como es la cobertura de servicios sociales para la atención a las personas en situación de dependencia, se ha convertido en una gran oportunidad para desarrollar las potencialidades que conlleva el Sistema Público de Servicios Sociales.

España tiene capacidad para desarrollar el Bienestar Social y *universalizar el derecho a las prestaciones básicas del sistema público de servicios sociales*, incluso desarrollar nuevas actuaciones derivadas de las nuevas demandas sociales. Además se tiene la obligación de *converger con Europa en gasto social*. Es bien conocido el informe de Eurostat que analiza la protección social

en Europa, y en el que España ocupa el penúltimo lugar, sólo por delante de Irlanda, respecto al gasto en prestaciones de apoyo a las familias. Si tenemos en cuenta la media del gasto social en Europa, España se encuentra a una distancia de 42.000 millones de euros (7 billones de las antiguas pesetas).

Es evidente que existe margen más que suficiente para dar cobertura como derecho subjetivo a las situaciones de dependencia, y potenciar servicios para la autonomía de las personas y familias afectadas, como garantía preventiva de la dependencia.

El Gobierno se ha comprometido con la puesta en marcha de un proyecto de Ley para hacer frente a las situaciones de dependencia. *Se hace necesario que las prestaciones sociales de atención a las dependencias, se inserten de forma normalizada en el Sistema Público de Servicios Sociales* que contiene las potencialidades adecuadas para dar respuesta a los derechos que en materia de servicios sociales regulará la nueva ley.

Análisis crítico de las tendencias orientadas a la privatización de los servicios sociales para la atención de las situaciones de dependencia

El Sistema Público de Servicios Sociales se caracteriza por su gestión mixta, siendo de responsabilidad pública la garantía de

los derechos/prestaciones que reconoce. Pueden encomendarse algunos servicios a la gestión de ONG's y/o entidades privadas. El hecho de que esto se lleve a cabo al margen de los adecuados criterios técnicos y administrativos que han de establecerse en los pliegos de condiciones de la contratación de servicios o en los requisitos de las subvenciones y que la gestión se realice sin inspección ni control de calidad, conduce con frecuencia a que la gestión llevada a cabo por ONG's o empresas se autonomice del Sistema y provoque constantes conflictos.

La gestión privada no debería cuestionar la responsabilidad pública del sistema. En todo caso, *ha de preservarse la naturaleza pública del servicio* en cuanto que es la Administración Pública quien determina el derecho a ese servicio y establece las condiciones de contratación.

Estando de acuerdo con este modelo desarrollado en los sistemas públicos de bienestar social para la gestión concertada, procede analizar otros modelos que están surgiendo en la línea de privatizar la escasa red de servicios sociales existente, eludiendo la responsabilidad pública en el desarrollo del Sistema y la universalidad de sus prestaciones.

Desde el neoliberalismo, se plantea introducir la perspectiva del mercado como paradigma del orden social, abriendo así una confrontación entre Estado y Sociedad para avanzar en el progresivo desmantelamiento del Estado

de Bienestar. Dichas estrategias se formulan con frecuencia como la superación del Estado de Bienestar por la Sociedad del Bienestar, planteando la "ineficacia" de los sistemas públicos a la vez que se les niegan las inversiones adecuadas para desarrollar la red de atención que la sociedad exige. Estas posiciones no tienen como finalidad desarrollar un mayor Bienestar Social, más participativo de la sociedad, sino más bien, traspasar las funciones del Estado de Bienestar a Sociedades Anónimas para facilitar y potenciar el negocio en el ámbito de las necesidades sociales básicas, que deben ser abordadas desde la responsabilidad de los sistemas públicos, como garantía frente a la dualidad social. Plantearse la reducción del Estado del Bienestar, como pretexto para "incrementar" la Sociedad del Bienestar, supone dejar a su suerte a las personas en situación de dependencia.

En el marco de dichas estrategias se han promovido determinadas iniciativas orientadas a la liberalización de los servicios públicos y la sustitución de lo público por entidades mercantiles. Iniciativas de este tipo surgieron también en Europa y en España, para el tratamiento de las Dependencias. Promovidas por empresas multinacionales aseguradoras, por si mismas o en consorcio con empresas nacionales de seguros de vida, socio-sanitarias, e incluso constructoras, se ha pretendido mercantilizar servicios que deberían garantizarse por el Estado de Bienestar en

España, como desarrollo de los establecidos en la Ley de Sanidad (desde 1986), en las Leyes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas (desde la década de los 80), en la Ley Estatal de Integración Social de Minusválidos (1982) y los Planes Gerontológicos (iniciados en 1992).

Son evidentes los déficit y es clamorosa la demanda, pero la tensión creada al respecto no se resuelve desde la antítesis Estado-Sociedad sino más bien desde la responsabilidad pública y social, afrontando los retos y especialmente potenciando la inspección pública de los servicios para garantizar condiciones de calidad tanto en la gestión directa como en la concertada.

En consecuencia, el gobierno socialista en la actualidad, se plantea la prioridad de la autonomía y protección social de las personas en situación de dependencia poniendo en marcha una Ley Estatal que garantice el derecho subjetivo y la financiación necesaria, en el marco de la responsabilidad de los sistemas públicos del Estado del Bienestar.

Breve valoración del libro blanco del gobierno sobre la dependencia

Para hacer frente a las situaciones de dependencia y a los efectos de la dualidad social derivada de estrategias privatizadoras, el Gobierno Socialista

plantea la regulación de las dependencias como *derecho subjetivo*, vinculado a la autonomía personal y a la garantía de las prestaciones necesarias para la atención de las personas afectadas y sus familias. Por ello el Gobierno ha iniciado a comienzos del 2005 el debate sobre el tema, a través del *Libro Blanco sobre las Dependencias*. Ello nos da la oportunidad de poner en la agenda política aquí y ahora esta prioridad, valorar su contenido y aportar las propuestas que identifiquen las soluciones que, ante esta problemática social, se vienen produciendo desde el ámbito institucional de los Sistemas del Estado de Bienestar.

En el texto no se apuesta por un modelo mercantil, sino que se defiende la cobertura, respecto a situaciones de dependencia, a través de prestaciones sociales configuradas como derecho subjetivo, anunciando la correspondiente *Ley para la autonomía y protección social de las personas en situación de dependencia y sus familias*, en el marco de los sistemas públicos del Estado del Bienestar.

Tanto en los contenidos del libro como en el seguimiento de las ruedas de prensa del Ministerio anunciando el Proyecto de Ley se destacan los siguientes mensajes:

- Se Identifica la legislación sobre Sanidad, Pensiones, Servicios Sociales, LISMI, y Planes Gerontológicos, que han contribuido a abordar el Plan de las Dependencias.

- Se plantea el objetivo de hacer un derecho subjetivo para situaciones de dependencia, dentro de las prestaciones de Servicios Sociales.
- Se vincula este objetivo con el cuarto pilar del Estado de Bienestar.
- Se apuesta por la coordinación social y sanitaria con independencia de los dos sistemas.
- Se sustituye la calificación inicial de "personas dependientes", por "personas en situación de dependencia" y se afianza el concepto de "autonomía".
- Se plantea aprobar una Ley Básica de protección a la dependencia.

Todo ello hace valorar muy positivamente la iniciativa de la Ley anunciada, para dar respuesta al grave problema social que afecta tanto a las personas en situación de dependencia como a sus cuidadoras/es.

Lo más significativo es que el derecho a las prestaciones de servicios sociales se establezca como derecho subjetivo. El gobierno ha fijado los objetivos que se propone con esta Ley destacando entre ellos la universalidad de la prestación; su carácter público; la igualdad de acceso para todas las personas afectadas; la valoración y reconocimiento con un mismo baremo; la participación de los usuarios en el pago de los servicios como sucede en la actualidad en materia de servicios

sociales; la compatibilidad entre servicios de gestión pública y de gestión concertada; la financiación pública para la cobertura de los derechos reconocidos...

Ahora bien se percibe una cierta ambigüedad en los mensajes ya que en varias ocasiones se plantea esta iniciativa como la puesta en marcha de un *Sistema de Dependencia*. Queda por aclarar qué significa la creación de un sistema nuevo, su vinculación con los ya existentes, y su referencia constante a éste como IV pilar del Estado de Bienestar, ya que el IV pilar es el *Sistema Público de Servicios Sociales*, que aborda cuestiones más amplias, en el ámbito de la convivencia personal, familiar y social y no sólo en lo referente a "situaciones de dependencia".

Por otra parte la definición de las Dependencias respecto a colectivos menores de 65, se contempla sólo respecto a los discapacitados, y no respecto a los "bebés" por lo que no se aborda el segmento de 0-3 años.

No queda claro en el libro blanco el catálogo de prestaciones, que de forma específica han de tener derecho las personas en situación de dependencia, con carácter trasversal, en cada uno de los sistemas que como se ha expuesto componen el Estado de Bienestar.

La financiación no queda definida ya que se proponen distintas fórmulas. Se apuesta tanto por presupuestos derivados de impuestos, como por presupuestos

derivados de cotizaciones de la seguridad social sin identificar su contenido.

Respecto a la Gestión de las prestaciones que han de configurarse como derecho subjetivo, se plantea la necesidad de su descentralización en Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales sin definir el marco de competencias.

Como es obvio un Libro Blanco no se hace para definir las propuestas sino para hacer el análisis del fenómeno y abrir el debate en un amplio espectro de posibilidades, será finalmente la Ley la que establezca la concreción de propuestas y por ello es sumamente interesante que las organizaciones sociales y profesionales reflexionen y hagan sus propuestas desde sus propias perspectivas.

Propuestas en el marco del bienestar social y del sistema de servicios sociales

Desde la participación abierta y el debate que ha supuesto el Libro blanco, se están produciendo las iniciativas sociales e institucionales orientadas a la recogida de *Propuestas para la elaboración de la Ley*. Desde estas páginas procede destacar aquellas aportaciones más significativas teniendo en cuenta lo expuesto en este artículo, especialmente la perspectiva de género y la perspectiva de los movimientos sociales y profesionales que han venido impulsando el sistema público de servicios sociales, por

la experiencia ya desarrollada desde este ámbito.

Las situaciones de dependencia deberían tener una cobertura adecuada, insertada en el ámbito de cada uno de los Sistemas del Estado de Bienestar, en función de la materia concreta objeto de protección social, que las situaciones de dependencia reclaman. Por ello La Ley debería asumir la *metodología de la trasversalidad* incorporando tanto al diagnóstico como al tratamiento de las situaciones de dependencia, el análisis de este fenómeno en el conjunto de los Sistemas del Estado de Bienestar. A este respecto se plantean las siguientes propuestas:

1. En el *catalogo de prestaciones* se recomienda su concreción tanto en el Sistema Sanitario, como en el Educativo, en Pensiones-Prestaciones Económicas y en Servicios Sociales:

- En el Sistema Sanitario: geriatría, enfermedades crónicas, mentales...)

- En el Sistema de Pensiones y Prestaciones Económicas: Incremento suficiente de las cuantías a percibir por pensión de jubilación e invalidez, en situación de gran dependencia. Incremento de la cuantía de las pensiones contributivas y no contributivas para la misma situación.

- En el Sistema Servicios Sociales: Ayuda a Domicilio, Teleasistencia, Ayudas Técnicas, Centros de Día, Residencias...

- En el Sistema de Educación: dar cobertura a la red de 0-3 años.

2. Las prestaciones y servicios a las que han de tener derecho las personas con dependencia deberían establecerse como *derecho universal de ciudadanía* garantizando el derecho subjetivo y las *formulas presupuestarias que eviten la dualidad de derechos*, especialmente entre cotizantes y no cotizantes, aplicando la perspectiva del artículo 41 de la Constitución.

3. La Ley debería establecer el *sistema de financiación*, que garantice las dotaciones económicas necesarias para desarrollar la cobertura de las prestaciones en el conjunto de los sistemas del estado del Bienestar.

4. La futura Ley de protección a las personas en situación de dependencia debería garantizar, en el *Sistema Público de Servicios Sociales*, las *prestaciones de Información, Valoración Social y el Plan de Cuidados Personalizados, con la gestión del Caso; Ayuda a Domicilio*, con los servicios de Teleasistencia, Cuidados Personalizados, Tratamiento Psicosocial y Ayudas Técnicas; Centros de Día; y Residencias.

5. Así mismo, desde las Comunidades Autónomas se debería llevar a cabo la *descentralización* de las Prestaciones de Servicios Sociales señalada, produciendo las transferencias a los Ayuntamientos, en función de la planificación y zonificación territorial del sistema, aplicando el principio de proximidad en la atención

social, de tal forma que lo que pueda gestionarse en las Corporaciones Locales, no se gestione en las instancias superiores.

6. *Elaboración del mapa de necesidades y de recursos necesarios para que se proceda a ampliar la Red del Sistema que garantice la aplicación de las prestaciones de servicios sociales: Unidades de Trabajo Social como profesionales de referencia del sistema con la ratio adecuada de calidad; Centros de Servicios Sociales Generales y Específicos señalados así como los correspondientes Equipos Interprofesionales que se requieren para la puesta en marcha de estos equipamientos.*

7. Se deberá garantizar la financiación finalista, potenciando sustancialmente a estos efectos, el *Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de las Corporaciones Locales*, con la actualización del coste de la Red en cuanto a las competencias de gestión local.

8. *Establecer en la normativa los mecanismos de coordinación, seguimiento y evaluación que ha de hacerse entre Servicios Sociales y Servicios Sanitarios de forma que quede garantizada la atención integral y normalizada desde el soporte de cada sistema con las competencias que a cada uno corresponde.*

Igualmente y para el conjunto de prestaciones y servicios establecidas en la Ley se hace necesario aplicar una *Carta de Derechos de las personas que utilizan estos servicios*,

así como los deberes, tanto en el marco de los compromisos asumidos en la intervención individualizada, como respecto a las instituciones o centros en los que reciban las prestaciones.

Desde estas páginas deseo felicitar a la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, al Ayuntamiento de Alcorcón y al Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid por haber tomado la iniciativa de organizar las Jornadas de Alcorcón sobre los Servicios Sociales: la autonomía personal y la protección a las personas en situación de dependencia. El libro publicado con este título recoge algunas propuestas aquí planteadas y otras muchas de sumo interés, con gran acierto desde la experiencia y la cualificación de los profesionales. Su relator Gustavo García Herrero ha hecho una exposición muy pedagógica para facilitar la comprensión de la complejidad de la dependencia y del tratamiento que desde una perspectiva del derecho subjetivo y de la calidad en la intervención profesional se requiere.

Bibliografía

- ARNEDO Elena, LAS HERAS M^a Patrocinio y otras; (2003): *No dás más de sí*; El País; Madrid.
- BLANCO, Cesar y LAS HERAS, María Patrocinio; (1992): *Ayuda a Domicilio: Conceptualización*,

análisis y propuestas. Revista de Servicios Sociales y Política Social; Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales; Madrid.

- CONSEJO ESTATAL DE MAYORES; (2001): *Informe 2000*; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Madrid.

- GARCIA HERRERO, Gustavo; (2005): *Ideas, argumentos y propuestas sobre los servicios sociales, la autonomía personal y la protección a las personas en situación de dependencia*. Asociación de directores de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Alcorcón y Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid; Madrid.

- LAS HERAS, M^a Patrocinio; (2002): *El Sistema público de Servicios Sociales: contribución del Trabajo Social, desafíos, oportunidades y estrategias*. Revista Trabajo Social Hoy; Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo social y asistentes sociales de Madrid; Madrid.

- MARTÍN GARCÍA, Manuel; (2003): *Trabajo social en gerontología*; Síntesis S.A.; Madrid.

- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES; (2000): *Plan Gerontológico*; Secretaría General de Asuntos Sociales; IMSERSO; Madrid.

- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES; (2004): *Libro Blanco sobre las Dependencias*; www.mtas.es; Madrid.

- V.V.A.A; (1998): *Mayores: una visión desde el Trabajo Social*. Revista Trabajo Social Hoy; Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid; Madrid.

-IMSERSO; (2003): *Plan de Acción para las personas Mayores (2003-2007)*; www.seg-social.es/imserso.

-MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES; (1990): *Servicios Sociales. Leyes Autonómicas*; Centro de Publicaciones del Ministerio de Asuntos Sociales; Madrid.

Intervención social en las dependencias: Experiencia de Trabajo Social en el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet.

En el Ayuntamiento de Barcelona, el Trabajo Social gestiona las dependencias de Atención Primaria en las 14 pedanías.

En Sta. Coloma de Gramanet, el Trabajo Social trabaja en la pedanía de Sant Boi de Llobregat, en la que se atiende a más de 10.000 personas.

En el año 2000, se creó el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet, que se encarga de la atención a las personas dependientes.

En el año 2000, se creó el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet, que se encarga de la atención a las personas dependientes.

En el año 2000, se creó el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet, que se encarga de la atención a las personas dependientes.

En el año 2000, se creó el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet, que se encarga de la atención a las personas dependientes.

En el año 2000, se creó el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet, que se encarga de la atención a las personas dependientes.

En el año 2000, se creó el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet, que se encarga de la atención a las personas dependientes.

En el año 2000, se creó el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet, que se encarga de la atención a las personas dependientes.

En el año 2000, se creó el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet, que se encarga de la atención a las personas dependientes.

En el año 2000, se creó el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet, que se encarga de la atención a las personas dependientes.

En el año 2000, se creó el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet, que se encarga de la atención a las personas dependientes.

En el año 2000, se creó el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet, que se encarga de la atención a las personas dependientes.

En el año 2000, se creó el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet, que se encarga de la atención a las personas dependientes.

En el año 2000, se creó el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet, que se encarga de la atención a las personas dependientes.

En el año 2000, se creó el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet, que se encarga de la atención a las personas dependientes.

Josefa Rodríguez Molinet.

M.ª Antonia Rocabayera Andreu.

Trabajadoras Sociales de las Áreas de Salud 1 y 4 de Sta Coloma de Gramanet.

¿Quién no recuerda películas como *El hijo de la Novia*, *A propósito de Henry*, *En el Estanque dorado*, *Philadelphia*, o la más reciente *Mar adentro*?

Películas que nos muestran realidades diversas y cómo cada uno de los protagonistas y sus familiares abordan las situaciones que la vida les plantea.

El deterioro cognitivo de una mujer con la enfermedad de Alzheimer en el *Hijo de la Novia* y los esfuerzos de su esposo e hijo por querer satisfacer un deseo. La readaptación a la vida laboral y familiar tras un accidente en *A propósito de Henry*, la incertidumbre con la que una pareja afronta la limitación por la vejez y la muerte en *El Estanque Dorado*, cómo una persona joven se enfrenta a un diagnóstico de SIDA terminal en *Philadelphia*, o la vida desde la inmovilidad en una habitación para *Ramón Sampedro*.

Películas que nos acercan a través de los sentidos a la comprensión de lo que supone enfermar, envejecer y depender de otros. Que nos ayudan a ver la complejidad de las relaciones personales y familiares, que nos invitan a pensar que hay otras personas que ya no en la ficción, sino en la realidad, participan de esas situaciones, en nuestro entorno familiar, relational o quizás personas anónimas en un entorno más

lejano,... historias que nos hacen pensar en aquello que difícilmente se ve por la calle si uno no se para a mirar y a reparar en las ventanas de las casas de la gente que no puede salir.

Una vez más el cine permite acercarnos desde los sentimientos y nos hace entender a qué nos referimos cuando hablamos de dependencias, de incapacidad.

Esas otras realidades justifican una mirada reflexiva, profunda e integradora entorno a las dependencias, tanto de la ciudadanía atendiendo a un principio de solidaridad, como de los servicios sanitarios y sociales por un principio de justicia social y de responsabilidad ante los que tienen dificultades por velar por sus derechos y necesidades. Sin olvidar a las propias personas que padecen esas dependencias en un ejercicio de corresponsabilidad.

Son muchas las personas que se han limitadas en su autonomía y más las que lo estarán en un futuro. Las previsiones demográficas¹ en Catalunya indican que en el año 2030 el porcentaje de población de 65 años o más será un 25% de la población, dato similar a la previsión de mayores de 60 años en Europa que en el 2025 alcanzará el 27%.

De ello se desprende que parte del tiempo que se puede esperar vivir sea en

1. Pla de Salut de Catalunya 2002-05

2. Estadística de la población en Catalunya 2002

3. Estadística de la población en Catalunya 2002

condiciones de discapacidad más o menos grave.

Y aunque la edad no sea un criterio asociado inequívocamente a dependencia, sí es suficientemente relevante desde un punto de vista epidemiológico, ya que el porcentaje de personas con discapacidad y/o problemas de salud es más frecuente conforme aumenta la edad.

Se estima además, que entre el 16 y el 20% de los mayores de 74 años y aproximadamente el 50% de los mayores de 84 años serán identificados como personas con riesgo de pérdida de autonomía.

Cabe considerar también, aquel grupo de personas que desde la infancia o en edades laborales sufren importantes limitaciones de su autonomía. Estas dependencias pueden presentarse de forma *temporal*² cuando, salvo complicaciones, después de un período más o menos largo de convalecencia el problema queda resuelto, aunque es un aviso de que empieza una etapa en la que se deberá intensificar la prevención y planificar la atención. También estas dependencias pueden presentarse de forma definitiva o irreversible, distinguiendo entre las enfermedades evolutivas (dementias, enfermedades musculares degenerativas,...) que requerirán un tiempo de adaptación al enfermo y familia para adaptarse a la nueva situación, de las que aparecen de forma brusca y accidental (AVC, accidentes tráfico,...) en las que en muy poco tiempo

se pasa de la autonomía total a la total dependencia.

Los cambios demográficos y las dependencias exigen al Sistema público de salud y de servicios sociales un esfuerzo por crear un marco que vele por la calidad de vida de la población limitada en su autonomía.

El plan de salud de Catalunya³ para los años 2002-05 propone que "El sistema sanitario ofrezca a la población, con equidad y eficiencia, unos servicios sanitarios de calidad para responder a las necesidades derivadas de los cambios demográficos y epidemiológicos, de las innovaciones científicas y tecnológicas y de las expectativas de los ciudadanos, en un escenario en continua evolución con aumento de las necesidades y limitación de los recursos".

Y prosigue insistiendo en la necesidad de considerar la edad como un elemento fundamental en el momento de establecer estrategias de detección e intervención comunitaria y en atender a la fragilidad, entendida como "la disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasis del organismo que se produce en el envejecimiento, que está influenciada por factores genéticos y biológicos (individuales) y se acelera por enfermedades crónicas y agudas, hábitos tóxicos y condicionantes sociales y asistenciales".

El deterioro funcional en personas mayores es el principal indicador de fragilidad y un

buen predictor de la morbilidad y del consumo de recursos asistenciales.

Desde ámbitos y organismos nacionales e internacionales hay una coincidencia total al definir la salud como algo más que la ausencia de enfermedad. Desde esta perspectiva, la salud se entiende como un proceso vital complejo fruto de una constante interacción de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Por ello cualquier intervención sobre las dependencias requiere un esfuerzo por dar un enfoque integrador considerando todos los factores mencionados y las necesidades de los agentes que intervienen: las personas dependientes, sus cuidadores y la comunidad.

Pese a que la atención a las dependencias se realiza desde diferentes niveles asistenciales, es en el ámbito doméstico dónde se desarrolla el cuidado básico del enfermo, siendo la atención primaria de salud el nivel óptimo para atender y dar respuesta a las necesidades tanto del enfermo como de su cuidador y su entorno.

La atención primaria de salud ha de tener un papel vertebrador de coordinación y de integración en el proceso de atención a estas personas, acordando objetivos y pautas de atención comunes con el resto de servicios implicados.

Es en este nivel asistencial dónde se establece una relación con la población

que permite hacer el seguimiento de los pacientes en las diferentes etapas de la vida y realizar actividades de promoción de la salud, detectar y tratar los problemas precozmente y hacer el seguimiento oportuno cuando ya se ha llegado a la cronicidad.

Y aunque hay coincidencia en la tesis de que el domicilio es el mejor lugar en el que una persona dependiente puede ser atendida, cabe crear las medidas oportunas para que no suponga un aislamiento de su red social.

En este contexto, los servicios sociales en general y en concreto el trabajador social sanitario, en continua interrelación con los equipos de salud, debe ofrecer un marco que pueda acompañar a la ciudadanía en momentos de limitación y dependencia, pensando en ellos y con ellos, y aportando a los servicios sanitarios una nueva dimensión que facilite alternativas eficaces, dirigiéndose todos ellos a un objetivo común: el de obtener un grado de mejora en la salud (bio-psico-social) del individuo y su comunidad.

2. Teresa Codinach. Dependencia y Vejez. Consecuencias socio-familiares en Revista de Servicios Sociales y Política Social no 64. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. Madrid 2003.

3. Pla de Salut de Catalunya 2002-05.

De este modo lo hemos querido realizar en nuestro entorno de trabajo, los Servicios de Atención Primaria de Salud de Sta. Coloma de Gramenet.

Sta. Coloma de Gramenet es una población perteneciente a la comarca del Barcelonés y situada en el área metropolitana de Barcelona que cuenta con 116.220 habitantes (Padrón Municipal 2001).

Ciudad con gran tradición de acogida de población inmigrante nacional en el pasado e internacional en la actualidad, que presenta una estructura demográfica relativamente joven, pero con una tendencia a ganar presencia de población mayor de 65 años y también de mayores de 85 años, con un peso ligeramente superior en el caso de las mujeres. Alrededor del 16% de la población corresponde a mayores de 65 años.

En la ciudad, la presencia del Instituto Catalán de la Salud es importante ya que cuenta con la totalidad de los centros de atención primaria de salud (6 centros gestionados y organizados administrativamente como Servicio de Atención Primaria (SAP) de Sta. Coloma de Gramenet). La reforma de la atención primaria de salud se inició en el año 1993 y se ha ido implantando progresivamente en todo el territorio, hasta ser del 100% en este momento.

Ya desde el inicio, los profesionales sanitarios demostraron una especial

sensibilidad en la atención de personas que presentaban limitaciones en su autonomía, surgiendo diferentes iniciativas que con el tiempo fueron concretándose en programas y líneas de investigación.

Entre ellas cabe destacar, la pronta ejecución del *Programa de atención Domiciliaria*⁴ (actualmente *Salut a casa*), la creación del *Programa Cuidar i Cuidar-se*⁵, el *Programa de Voluntariado*⁶ y como líneas de investigación consolidadas, la de la *Valoración Geriátrica en Atención primaria de salud y anciano frágil*⁷ y *Estudio sobre ICTUS en Atención Primaria de salud*⁸.

El trabajo que presentamos a continuación se creó con la finalidad de aglutinar y cohesionar las diferentes intervenciones que a nivel social en el ámbito de la salud se ofrecían para las personas con dependencias o con riesgo de tenerlas en Sta. Coloma de Gramenet, desde una visión integral e integradora, aportando una dimensión grupal y comunitaria, donde el paciente y su familia fueran protagonistas de su futuro y actores activos en la mejora de su calidad de vida.

Cabe destacar el papel de la Dirección del Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramenet estimulando nuevas iniciativas y también del Ayuntamiento de la ciudad en su colaboración con algunas de ellas.

El importante papel del trabajo social sanitario en la atención individual de personas con dependencia, la posibilidad

de trabajo en equipo interdisciplinar y la riqueza de las iniciativas a las que antes nos hemos referido, ha propiciado la creación de un marco social de atención a la dependencia que abarca desde la atención individual, a la grupal y la comunitaria, en un proceso de retroalimentación continua. Considerando acciones específicas para cada grupo concreto: los ancianos frágiles, las personas semidependientes y los dependientes para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Y aplicando actuaciones de prevención primaria, secundaria o terciaria en función de las necesidades detectadas.

La atención social se edifica sobre la base de un modelo *proactivo*⁹ y *equitativo*. Proactivo porque se definen factores de riesgo probados y en el que no es necesaria la demanda previa del usuario, solo los factores de riesgo definidos y *equitativo* porque se basa en la planificación de la intervención.

Es un modelo *Gestionado* ya que permite la flexibilidad en la respuesta, reduce la distancia entre la necesidad y los recursos utilizados en la resolución, y es *democrático* en tanto que permite ajustar la intervención considerando la participación de los protagonistas, de las personas que sufren los problemas.

A esos protagonistas representados en la ficción por Javier Bardem, Norma Aleandro, Harrison Ford, Henry Fonda, Katherine Hepburn y Tom Hanks y sobre todo a los protagonistas anónimos en la realidad, las

personas dependientes y sus cuidadores, es a quien va dirigido nuestro trabajo.

Sector de población al que va dirigido

Va dirigido a los sectores de población siguientes:

1. Pacientes con dependencia o riesgo de padecerla, distinguiendo entre:

- **ANCIANO FRÁGIL**, entendido como la persona en edad geriátrica que sin presentar problemas de salud tiene el riesgo de padecerlos.

- **PERSONA SEMIDEPENDIENTE**, entendida como la persona mayor

notas

4. Profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria de salud del S.A.P. Sta Coloma Gramenet

5. J. Company, M. Diez, A. Gallart, M. Isnard, A. Margenat, M. Monsó, C. Puche, M. Puente, M.A. Rocabayera, P. Rodríguez, T. Sala

6. Pepita Rodríguez, Ma Antonia Rocabayera, Montse Monsó y Dolors Olmos

7. I. Lopez-Pavón, E. Corral, M. Corroto, M. Fuentes, M. Galán, C. López, J. Martorell, A. Sancho,

8. M. T. Alzamora, M. L. Vicheto, R. Forés, M. Sorribes

9. Dolors Colom. El trabajo social hospitalario en transformación: hacia nuevos retos y mejora de competencias. En Revista de Servicios Sociales y Política Social no 64. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. Madrid 2003.

De este modo lo hemos querido realizar en nuestro entorno de trabajo, los Servicios de Atención Primaria de Salud de Sta. Coloma de Gramenet.

Sta. Coloma de Gramenet es una población perteneciente a la comarca del Barcelonés y situada en el área metropolitana de Barcelona que cuenta con 116.220 habitantes (Padrón Municipal 2001).

Ciudad con gran tradición de acogida de población inmigrante nacional en el pasado e internacional en la actualidad, que presenta una estructura demográfica relativamente joven, pero con una tendencia a ganar presencia de población mayor de 65 años y también de mayores de 85 años, con un peso ligeramente superior en el caso de las mujeres. Alrededor del 16% de la población corresponde a mayores de 65 años.

En la ciudad, la presencia del Instituto Catalán de la Salud es importante ya que cuenta con la totalidad de los centros de atención primaria de salud (6 centros gestionados y organizados administrativamente como Servicio de Atención Primaria (SAP) de Sta. Coloma de Gramenet). La reforma de la atención primaria de salud se inició en el año 1993 y se ha ido implantando progresivamente en todo el territorio, hasta ser del 100% en este momento.

Ya desde el inicio, los profesionales sanitarios demostraron una especial

sensibilidad en la atención de personas que presentaban limitaciones en su autonomía, surgiendo diferentes iniciativas que con el tiempo fueron concretándose en programas y líneas de investigación.

Entre ellas cabe destacar, la pronta ejecución del *Programa de atención Domiciliaria*⁴ (actualmente *Salut a casa*), la creación del *Programa Cuidar i Cuidar-se*⁵, el *Programa de Voluntariado*⁶ y como líneas de investigación consolidadas, la de la *Valoración Geriátrica en Atención primaria de salud y anciano frágil*⁷ y *Estudio sobre ICTUS en Atención Primaria de salud*⁸.

El trabajo que presentamos a continuación se creó con la finalidad de aglutinar y cohesionar las diferentes intervenciones que a nivel social en el ámbito de la salud se ofrecían para las personas con dependencias o con riesgo de tenerlas en Sta. Coloma de Gramenet, desde una visión integral e integradora, aportando una dimensión grupal y comunitaria, donde el paciente y su familia fueran protagonistas de su futuro y actores activos en la mejora de su calidad de vida.

Cabe destacar el papel de la Dirección del Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramenet estimulando nuevas iniciativas y también del Ayuntamiento de la ciudad en su colaboración con algunas de ellas.

El importante papel del trabajo social sanitario en la atención individual de personas con dependencia, la posibilidad

de trabajo en equipo interdisciplinar y la riqueza de las iniciativas a las que antes nos hemos referido, ha propiciado la creación de un marco social de atención a la dependencia que abarca desde la atención individual, a la grupal y la comunitaria, en un proceso de retroalimentación continua. Considerando acciones específicas para cada grupo concreto: los ancianos frágiles, las personas semidependientes y los dependientes para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Y aplicando actuaciones de prevención primaria, secundaria o terciaria en función de las necesidades detectadas.

La atención social se edifica sobre la base de un modelo *proactivo*⁹ y *equitativo*. Proactivo porque se definen factores de riesgo probados y en el que no es necesaria la demanda previa del usuario, solo los factores de riesgo definidos y *equitativo* porque se basa en la planificación de la intervención.

Es un modelo *Gestionado* ya que permite la flexibilidad en la respuesta, reduce la distancia entre la necesidad y los recursos utilizados en la resolución, y es *democrático* en tanto que permite ajustar la intervención considerando la participación de los protagonistas, de las personas que sufren los problemas.

A esos protagonistas representados en la ficción por Javier Bardem, Norma Aleandro, Harrison Ford, Henry Fonda, Katherine Hepburn y Tom Hanks y sobre todo a los protagonistas anónimos en la realidad, las

personas dependientes y sus cuidadores, es a quien va dirigido nuestro trabajo.

Sector de población al que va dirigido

Va dirigido a los sectores de población siguientes:

1. Pacientes con dependencia o riesgo de padecerla, distinguiendo entre:

- **ANCIANO FRÁGIL**, entendido como la persona en edad geriátrica que sin presentar problemas de salud tiene el riesgo de padecerlos.

- **PERSONA SEMIDEPENDIENTE**, entendida como la persona mayor

notas

4. Profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria de salud del S.A.P. Sta Coloma Gramenet

5. J. Company, M. Diez, A. Gallart, M. Isnard, A. Margenat, M. Monsó, C. Puche, M. Puente, M. A. Rocabayera, P. Rodríguez, T. Sala

6. Pepita Rodríguez, Ma Antonia Rocabayera, Montse Monsó y Dolors Olmos

7. I. Lopez-Pavón, E. Corral, M. Corroto, M. Fuentes, M. Galán, C. López, J. Martorell, A. Sancho,

8. M. T. Alzamora, M. L. Vicheto, R. Forés, M. Sorribes

9. Dolors Colom. El trabajo social hospitalario en transformación: hacia nuevos retos y mejora de competencias. En Revista de Servicios Sociales y Política Social no 64. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. Madrid 2003.

que presenta dificultades para realizar algunas de las actividades de la vida diaria y las personas con patología que deriva en algún tipo de incapacidad y dependencia física con independencia de la edad (Test Barthel con puntuación entre 45-55)¹⁰

- PERSONA CON ALTA DEPENDENCIA, entendida como la persona que presenta dificultades para realizar la mayor parte de las actividades de la vida diaria (Test de Barthel con puntuación inferior a 35)

2. Cuidadores de pacientes con dependencias, distinguiendo entre:

- CUIDADORES DE ANCIANOS FRÁGILES: aquellos cuidadores que tienen a su cargo una persona anciana diagnosticada de fragilidad.
- CUIDADORES DE PERSONAS CON SEMIDEPENDENCIA: cuidadores de personas que requieren ayuda en algunas de las actividades de la vida diaria (Test de Barthel 45-55)
- CUIDADORES DE PERSONAS CON ALTA DEPENDENCIA: Cuidadores de personas que requieren ayuda en gran parte o todas las actividades de la vida diaria (Test de Barthel inferior a 35) y que por la limitación en la propia vida, el cuidador corre el riesgo de sobrecarga y claudicación familiar.

• CUIDADORES DE ENFERMOS TERMINALES: aquellos cuidadores que se aproximan a la pérdida de su familiar pudiendo elaborar la pérdida de forma sana o patológica.

Objetivos

La atención social a las dependencias desde la Atención Primaria de Salud nace con la finalidad de aglutinar, cohesionar e integrar de forma transversal las diferentes acciones sociosanitarias que se estaban realizando en Sta. Coloma de Gramenet y dar respuesta a la población con dependencias o riesgo de padecerlas.

Objetivos generales de su intervención:

- Establecer factores de riesgo social que permitan la intervención bajo un modelo proactivo y equitativo.
- Planificar la intervención social a nivel individual, grupal y comunitaria bajo un modelo gestionado y democrático.
- Detectar precozmente la población con factores de riesgo de padecer dependencias.
- Interrelacionar los diferentes niveles de intervención con coherencia y de manera planificada.
- Corresponsabilizar a pacientes y cuidadores en la búsqueda de soluciones a sus necesidades.

Objetivos específicos en relación a la persona dependiente o con riesgo de serlo:

- Mejorar la calidad de vida de las personas dependientes o con riesgo de padecer dependencias.
- Facilitar la vinculación de la persona dependiente o con riesgo de serlo con su entorno familiar y relacional.
- Prevenir el aislamiento social del paciente

Objetivos específicos en relación al cuidador familiar:

- Mejorar la calidad de vida de los cuidadores familiares de las personas dependientes.
- Velar por el mantenimiento de las relaciones familiares del cuidador familiar.
- Prevenir el aislamiento social del cuidador.
- Prevenir la sobrecarga y la claudicación familiar
- Mejorar las habilidades de los cuidadores tanto en el cuidado del enfermo como en el propio.

Objetivos específicos en relación a la comunidad:

- Sensibilizar a la población y las instituciones sobre las consecuencias

de las dependencias en las personas que las padecen y en su entorno familiar más inmediato.

- Promover la solidaridad a través de programas específicos de voluntariado.
- Facilitar la vinculación de las personas implicadas en la dependencia con grupos de Ayuda Mutua.
- Promover el asociacionismo.

Descripción

En relación a los objetivos mencionados, presentamos por una parte, un esquema en el que se indican y sintetizan las intervenciones que se realizan tanto a nivel individual como grupal y comunitario en relación al grado de dependencia del paciente. Y otro, que siguiendo los mismos parámetros, hace referencia a las intervenciones realizadas para y con el cuidador familiar.

Se distingue entre los diferentes niveles de dependencia (desde la ancianidad frágil, hasta la semidependencia y la alta dependencia), estableciendo actividades específicas para cada nivel de intervención.

De inicio, cabe hacer una breve referencia al Programa Salut a casa, en el que también

10. Mahoney FL, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med, 1965; 14:61-5

se encuadra la atención individual y familiar realizada por el trabajador social.

Programa *salut a casa*

Dirigido por el Institut Català de la Salut, es un marco organizativo y funcional del proceso asistencial de la atención domiciliaria, entendida como el conjunto de actividades sociosanitarias prestadas por los equipos de atención primaria que se realiza en el domicilio de la persona que no puede desplazarse al centro de salud, con carácter continuado y personalizado y en el que se integran actividades de promoción y protección de la salud, curación y rehabilitación de la enfermedad.

La función del trabajador social es detectar, valorar, ofrecer soporte y realizar el seguimiento de los problemas sociales que genere la pérdida de salud del individuo o familia para potenciar su autonomía y mejorar su calidad de vida.

La atención individual, a la que nos acabamos de referir, no va a ser desarrollada por corresponderse con la práctica asistencial basada en las necesidades concretas del paciente y familia tanto a nivel sanitario como social y ello nos permite desarrollar de forma más extensa lo que supone la principal innovación del trabajo que presentamos, es decir, su dimensión grupal y comunitaria.

De las múltiples necesidades que los cuidadores transmitían a los trabajadores

sociales de los centros de salud en la atención individual, se observaba que un grupo de ellas eran irresolubles si no se contaba con el apoyo de la familia o de un entorno social inmediato capaz de ofrecer ayuda, de ahí surgió el Programa de Voluntariado.

Programa de voluntariat al S.A.P. Sta. Coloma de Gramenet

Las necesidades observadas en la atención individual y familiar eran:

- *Necesidad de compañía:* muchas personas incluidas en el Programa Salut a Casa pasaban largos períodos de tiempo inactivos en sus domicilios. Sus relaciones, con frecuencia escasas, quedaban prácticamente reducidas a la relación con su cuidador y su núcleo familiar si éste existía.
- *Necesidad de acompañamiento y soporte en el paseo:* a veces se presupone que un paciente incluido en el Programa Salut a Casa es una persona que no puede salir de su domicilio pero esto no es del todo cierto. Si bien estos pacientes tienen una movilidad reducida, es cierto que no pueden acudir al centro de salud para recibir la atención sociosanitaria, pero probablemente con la ayuda o la vigilancia de otra persona si podrán bajar a la calle, acudir a la plaza más próxima y tomar el aire, o bien los más arriesgados asistir al centro cívico o de tercera edad más cercano.
- *Necesidad de breves y periódicos espacios de descanso al cuidador principal:* ya nos hemos referido en el apartado anterior a la presión y cansancio a la que muchos cuidadores están sometidos por largos espacios de tiempo. A veces puede resultar más beneficioso el descanso frecuente, periódico y de corta duración, que el de 15 días o un mes de ingreso que ofrecen centros residenciales y sociosanitarios.
- *Necesidad de realización de pequeñas gestiones:* a veces, la realización de un trámite burocrático puede resultar compleja para muchas personas y puede requerir el acompañamiento de una persona.
- *Necesidad de acompañamientos hospitalarios:* el acudir a visitas hospitalarias puede requerir a menudo la presencia de otras personas que ayuden a mejorar la movilidad y la comprensión de las indicaciones médicas a seguir.

Estas necesidades que eran formuladas como demandas en numerosas ocasiones por profesionales del propio equipo asistencial o bien por pacientes y/o familias fueron el punto de partida para pensar en la posible intervención de voluntarios.

Una de las primeras acciones fue proceder a buscar personas voluntarias en las entidades y organizaciones que tenían funciones de voluntariado en la comunidad

utilizando los circuitos de coordinación que ya teníamos establecidos o creando nuevas relaciones.

Si bien existían grupos de voluntariado vinculados a organizaciones, ninguno de ellos se adaptaba a las necesidades de nuestros pacientes y familias. Básicamente las dificultades se situaron en la falta de formación básica y seguimiento de la actividad voluntaria que se realizaba, vinculada sobre todo a algunas iglesias de la comunidad, y en la falta de compromiso de alguna entidad de proporcionar voluntarios estables por espacios de tiempo superior a los tres meses.

Dada esta situación, se optó por crear desde la atención primaria de salud un equipo de voluntarios capaces de poder satisfacer estas necesidades.

De este modo nació el Programa de Voluntariat a Sta. Coloma de Gramenet, un programa impulsado por las trabajadoras sociales de los centros de salud del SAP Sta. Coloma y formado por un colectivo de personas residentes en la ciudad. Estas personas ofrecen su tiempo de forma desinteresada para prestar un servicio de carácter sociosanitario basado en el acompañamiento y soporte en el paseo de personas con dependencias, bajo la supervisión y dirección de las trabajadoras sociales que lo impulsaron.

La captación y selección de voluntarios se realizó del siguiente modo: se

diseñaron pósters bajo el eslogan de "Tu ets necessari, fes-te voluntari" (Tú eres necesario, hazte voluntario) y se distribuyeron por los centros de salud, los servicios sociales y las entidades de la ciudad. Así como en la participación anual de la Fira de la Solidaritat (Feria de la solidaridad) que promueve el Ayuntamiento de la ciudad.

El póster, anteriormente citado, una anotación en un informativo escrito que edita el Ayuntamiento de la ciudad, un espacio informativo en un programa de radio y la detección de personas posibles que se hizo desde las consultas de los centros de salud, fue toda la campaña de captación de voluntarios.

Si bien, las publicaciones, los pósters y el programa de radio ayudaron a dar a conocer el programa y "crear ambiente", lo realmente efectivo fue la selección de personas voluntarias que se efectuó de modo verbal y directo en las consultas de los centros de salud.

A todas las personas interesadas en participar como voluntarias se les entrevistó personalmente valorando aspectos como:

- la motivación para ejercer la actividad voluntaria
- la experiencia previa como voluntario
- la experiencia previa como cuidador familiar

- la preferencia por determinado tipo de atención
- capacidades e incapacidades personales en relación a ciertas situaciones y tareas.
- también fueron preguntados por sus estudios, profesión, habilidades, gustos, dedicación laboral y disponibilidad horaria para las tareas de voluntariado.

Una vez constituido el grupo se establecieron reuniones mensuales entre las trabajadoras sociales y los voluntarios para trabajar las dificultades que generaba la relación con pacientes y familias, así como los aspectos prácticos que dificultaban su tarea.

El grupo inicial fue de 25 personas, en su mayoría mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 25 y entre los 55 y 70 años. En la actualidad el grupo más estable lo constituyen el grupo de personas comprendidas entre los 60 y los 75 años de edad.

Desde el inicio se pautaron reuniones mensuales que se han mantenido en el tiempo y en las que conducidas por las trabajadoras sociales se hablan de temas de interés para los voluntarios, desde aspectos formativos, a la propuesta de nuevos casos y el seguimiento de aquellos que ya se están atendiendo.

Durante estos años se ha atendido a 150 pacientes, número significativo si se tiene

en cuenta que los voluntarios hacen servicios semanales para ellos.

De su actividad cabe destacar la satisfacción de los pacientes y los cuidadores que esperan con alegría el día de la visita del voluntario.

Según nos transmiten y constatamos, los pacientes, establecen una relación amigable en la que es posible tener un espacio para una conversación amena, una partida al domino o las cartas, la lectura de libros, el paseo o el acompañamiento al médico.

Los cuidadores, por su parte, aprovechan la visita del voluntario para descansar, ir a la peluquería o realizar la compra con tranquilidad. Y finalmente los voluntarios expresan que dan, pero reciben mucho a cambio, les resulta gratificante ver como les esperan los pacientes y se sienten también cuidados por ellos por las muestras de agradecimiento y cariño que les dan.

En estos momentos el grupo de voluntarios está constituido como asociación y forma parte de ACUIVOL (Asociación de Cuidadores y Voluntarios de Sta. Coloma), asociación que más tarde pasaremos a explicar.

Siguiendo en la misma línea, además de las necesidades relacionadas con el voluntariado, el Trabajo Social Individual y familiar nos permitió detectar las problemáticas y necesidades específicas que presentaban los cuidadores y

observamos en ellos problemáticas similares, sufrimientos personales que pueden extrapolarse a otros, dificultades en la relación cuidador-enfermo, cuidador-familiares... pudiendo establecer perfiles y síntomas que a menudo evolucionan en el conocido síndrome del cuidador.

Podríamos hablar entre otros de:

- pérdida de relaciones sociales
- pérdida de espacios de autocuidado (tiempo libre, desinterés por la propia persona...)
- labilidad emocional
- dificultad para realizar ciertas tareas de atención al enfermo
- dificultad para compatibilizar el cuidado del enfermo con otras responsabilidades
- dificultad para dormir
- stress
- consumo de psicofármacos
- dolores lumbares, cefaleas
- sintomatología psicosomática

Esta variedad de sintomatología que de forma recurrente detectábamos en la atención individual fue el motor necesario

para poder programar sobre los cuidadores un abordaje grupal.

Atención grupal

El trabajo social grupal¹¹ tiene como objetivo incidir en el proceso de transformación del individuo y del propio grupo a través de una acción educativa en la tarea y en las relaciones, que permita adquirir una actitud creativa para modificar su situación y capacitar a sus miembros como elementos activos de la comunidad a la que pertenece.

Esta visión fue la que se aportó para gestar el Programa Cuidar i Cuidar-se y la que sustentó la actividad específica del trabajo social sanitario en este ámbito.

Programa *cuidar i cuidar-se* (2003)

El Programa está dirigido a cuidadores familiares de personas con dependencias que con el objetivo de incidir en este sector de población y ofrecerles soporte ante las necesidades (expresadas o no) que planteen, ofrece actividades concretas y pautadas desde la fase inicial o de diagnóstico de la enfermedad, hasta la fase de cuidados paliativos y acompañamiento en el proceso de elaboración del duelo. Distingue cinco grupos de cuidadores :

- I. emergentes (fase inicial de la enfermedad)
- II. de enfermos semidependientes
- III. de enfermos de larga evolución

IV. de enfermos terminales
V. la atención al duelo del cuidador

Para los grupos I, IV y V el programa prevé intervenciones desde la atención individual, mientras que recurre a intervenciones grupales para el resto de los grupos.

En el caso de los cuidadores de enfermos semidependientes, se organizan grupos socioeducativos liderados por enfermería y destinados a reforzar las habilidades en el cuidado del enfermo y facilita una guía práctica elaborada por los profesionales del SAP Sta. Coloma.

El grupo III, de cuidadores de enfermos de larga evolución, se beneficia de grupos socioterapéuticos liderados por las trabajadoras sociales de los centros de salud.

Finalmente el grupo V además de la atención individual prevé la grupal desde la Asociación de soporte emocional en el duelo¹².

Como novedad, el Programa también incluye un subprograma el Com cuidar-se en el que se recogen las necesidades de los profesionales sanitarios y se prevén intervenciones concretas para ellos, desde la formación continuada hasta la contención en el seno de Grupos Balint interdisciplinares.

Tras hacer una breve síntesis del Programa, pasamos a especificar la intervención en

Grupos Socioterapéuticos para el Grupo III correspondiente a Cuidadores de Enfermos de Larga Evolución que como hemos dicho, lideran las trabajadoras sociales.

Los Grupos socioterapéuticos tienen como objetivo ofrecer un espacio de contención al cuidador en el que expresar los sentimientos y las dificultades que le genera la relación con el enfermo.

Se pensó en cuidadores de personas que llevaban más de un año cuidando de pacientes incluidos en el Programa Salut a Casa y en aquellos que tenían una alta dependencia en las actividades de la vida diaria.

Cabe recordar que se trata de cuidadores, en general, con gran habilidad en los cuidados pero que sus necesidades, expresadas o no, no están centradas en la atención al enfermo, sino en disponer de un espacio en el que poder expresar sus sentimientos y emociones, ya que si no corren el riesgo de padecer sobrecarga y claudicación familiar.

La metodología que se aplica en cada grupo socioterapéutico que se crea es la siguiente:

- Selección de los participantes por parte del personal médico y de enfermería atendiendo a los criterios anteriormente citados.
- Una vez hecha esta selección se pasa a la Trabajadora social del equipo quien realiza entrevistas individuales con los

candidatos para cribar los perfiles más idóneos y proponer su participación en el grupo.

En esta entrevista se profundiza en: la historia de la relación de cuidados, se pasa el Test de Goldberg que ofrece indicadores de ansiedad y depresión y una vez aceptada la inclusión del cuidador en el grupo se valora la necesidad de que un voluntario permanezca en el domicilio con el paciente mientras el cuidador acude a las sesiones de grupo. A la finalización del grupo se vuelve a pasar a los participantes el Test de Goldberg, en el que a mayor puntuación corresponde un mayor indicador de ansiedad o depresión.

(Ante la formación del segundo grupo, se decidió incorporar como medida de evaluación, además del test de Goldberg, el de Zarit que valora sobrecarga y depresión. Ambos se pasaron al inicio y final de los grupos que llegaron a continuación).

Los grupos están conducidos por trabajadoras sociales con formación grupal con roles diferenciados de conducción y co-conducción y con la inclusión

11. E. Esteve. El Trabajo Social Grupal. En Trabajo social concepto y herramientas básicas. ICESB. Barcelona 1989

12. ASED. Asociación de soporte emocional en el duelo. Nacida en el año 1997 bajo el impulso del equipo PADES (Programa de Atención Domiciliaria Equipo de Soporte) del SAP Sta. Coloma de Gramenet. Institut Català de la Salut

de dos enfermeras como observadoras participantes.

Hasta este momento se han realizado tres grupos socioterapéuticos. Los dos primeros fueron de 8 sesiones y el siguiente de 12, ya que se creyó necesario ampliar el número de sesiones.

El primer grupo contó con la participación inicial de 20 cuidadores de los cuales 6, dejaron el grupo en la fase de inicio por empeoramiento o muerte de los familiares a los que cuidaban.

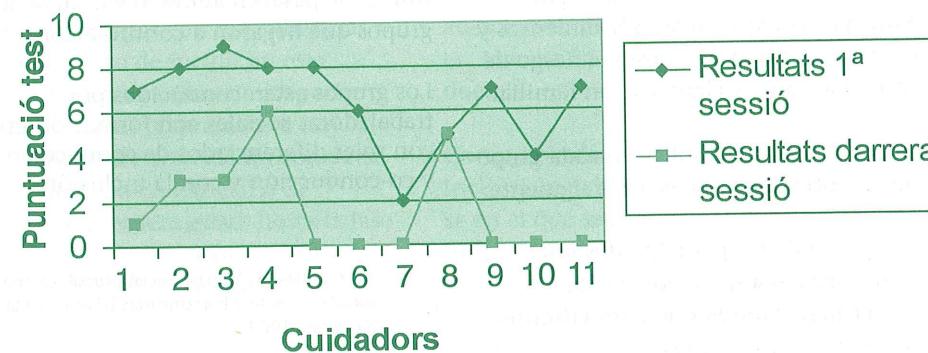
Los resultados obtenidos de los Test de Goldberg pasados al inicio y al final

del grupo muestran una mejora en los síntomas depresivos y de ansiedad.

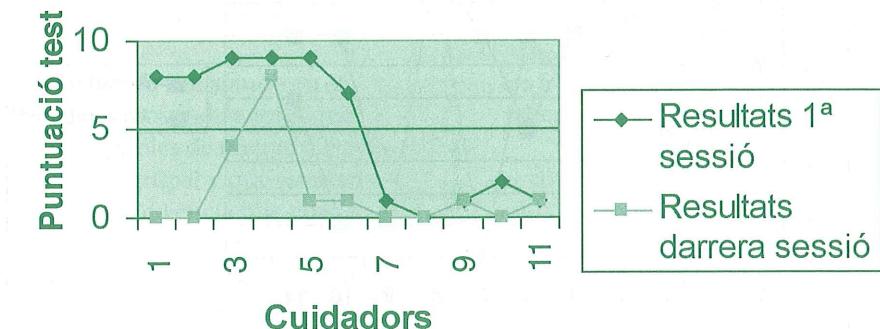
Por lo que respecta al segundo grupo contó con la participación de 16 personas, una de las cuales abandonó el grupo por fallecimiento de su familiar. A continuación, se presentan los resultados del Test de Goldberg y del Test de Zarit pasado al inicio y final de las sesiones grupales.

Los resultados del test de Zarit muestran diferencias estadísticamente significativas entre los datos obtenidos en la fase inicial y terminal del grupo.

ESCALA GOLDBERG DEPRESSIÓ



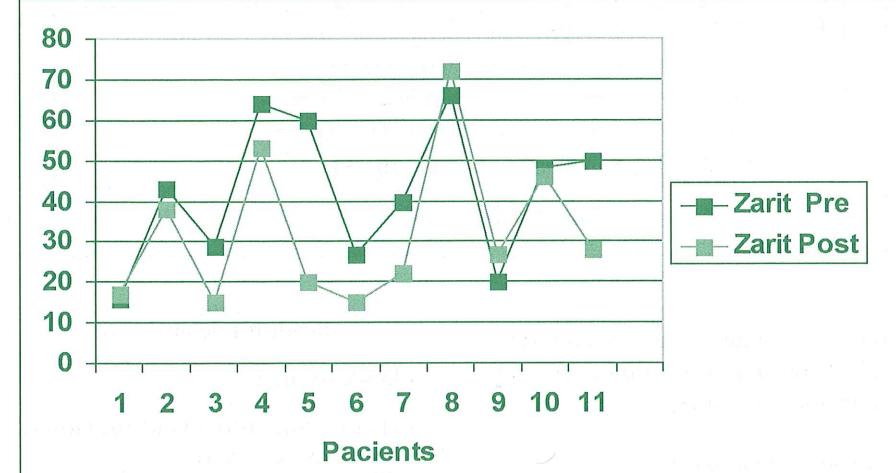
ESCALA DE GOLDBERG ANSIETAT

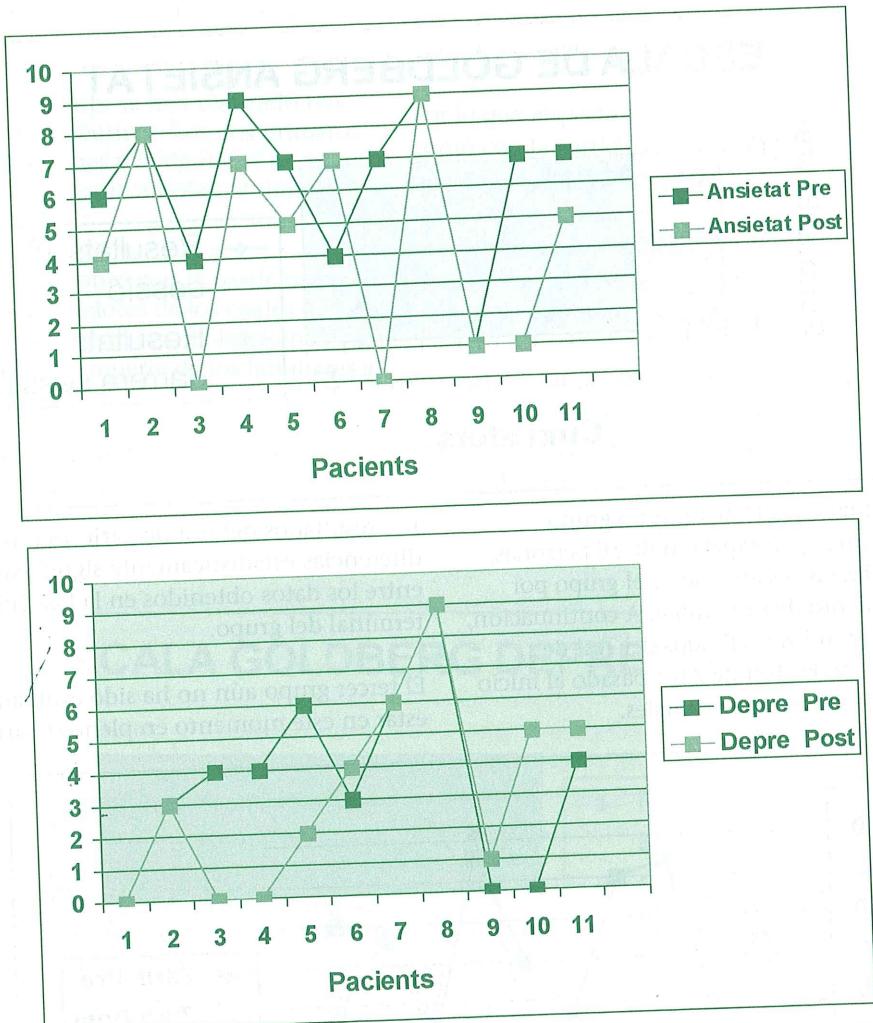


Por lo que respecta al segundo grupo contó con la participación de 16 personas, una de las cuales abandonó el grupo por fallecimiento de su familiar. A continuación, se presentan los resultados del Test de Goldberg y del Test de Zarit pasado al inicio y final de las sesiones grupales.

Los resultados del test de Zarit muestran diferencias estadísticamente significativas entre los datos obtenidos en la fase inicial y terminal del grupo.

El tercer grupo aún no ha sido evaluado por estar en este momento en pleno desarrollo.





De la observación cualitativa se desprende que además de posibilitar la ampliación del mapa de relaciones sociales, mejoran:

- los síntomas depresivos

- los indicadores de ansiedad
- la sobrecarga
- el conocimiento y la utilización de recursos de soporte

- la culpa que puede generar en algunos casos la decisión de utilizar un recurso residencial para el paciente, sea de carácter temporal o definitivo.

Actualmente estamos trabajando en la identificación de otros indicadores que pueden ser susceptibles de mejora a través de la intervención grupal y que estarían relacionados con la creencia que puede:

- disminuir e incluso desaparecer en algunos casos el consumo de psicofármacos.
- disminuir la frecuentación a la consulta por sintomatología relacionada con la atención al enfermo.
- Mejorar las estrategias de cuidado al enfermo y la ampliación de la colaboración de otros miembros de la familia.

No obstante y a pesar de las mejoras objetivas que el grupo aportó a los cuidadores, pensamos que éstas eran todavía muy frágiles y que cabía crear espacios que permitieran la continuidad, ya que se corría el riesgo de que una vez finalizado el grupo, por acomodación, el cuidador se volviera a aislar en el ámbito doméstico.

Es por ello que, creímos necesario avanzar en el tema y en este sentido estimulamos la continuidad ofreciendo soporte para la creación de una asociación que posibilitara:

- la ayuda mutua
- el aprendizaje (talleres formativos, charlas, conferencias)
- los aspectos lúdicos (excursiones, talleres de manualidades..)
- el autocuidado (yoga, relajación, piscina..)
- la reivindicación y la lucha por las necesidades no resueltas.

Los cuidadores fueron receptivos a la idea y en estos momentos la asociación ya es una realidad.

Atención comunitaria

La atención comunitaria incluye por una parte el *Programa de Voluntariat a Sta. Coloma de Gramenet* ya descrito en otro apartado anterior, y la creación de la Asociación ACUIVOL que a continuación pasamos a explicar.

ACUIVOL (Asociación de cuidadores y voluntarios de Sta. Coloma)

La Asociación creada en septiembre del año 2004, cuenta con 30 socios fundadores y tal como hemos mencionado antes, nació como prolongación de los grupos socioterapéuticos pensados para los cuidadores de enfermos de larga evolución en un intento de perpetuar las nuevas

relaciones establecidas en el grupo, favoreciendo su autonomía y el soporte mutuo y la creación de una plataforma en la que expresar sus necesidades colectivas y elevarlas a las administraciones correspondientes.

La creación de la asociación permitió además, poder incluir también al Grupo de Voluntarios que como hemos dicho prestaban su atención a los pacientes dependientes y a sus cuidadores

Actualmente está legalizada, tiene NIF y cuenta con un local (cedido por el Ayuntamiento de la ciudad) situado en la Casa de la Solidaritat; dispone de trípticos informativos, ha empezado a realizar actividades y está planificando las del año 2005.

Han constituido la Junta directiva que está formada por la Presidenta, el Tesorero, la Secretaria y tres vocales que son los que están liderando la asociación bajo la tutela de las trabajadoras sociales.

Se han entrevistado con cargos políticos de la administración local para hacerles conocedores de sus necesidades y les han transmitido sus demandas.

También han participado en un acto público que bajo el auspicio del Ayuntamiento y con el soporte de las trabajadoras sociales, se ha organizado recientemente en la ciudad y con el título I a mi qui em cuida? (Y a mi quien me

cuida) pretendía sensibilizar a la población en la problemática de los cuidadores, presentar la asociación y motivar para la captación de voluntarios.

La asociación además, se nutre de nuevos socios que provienen de la difusión que los profesionales de los diferentes EAPS (Equipos de atención primaria) hacen en sus consultas, al igual que desde los diferentes centros socio-sanitarios del territorio, las Unidades funcionales interdisciplinarias (UFISS) ubicadas en los hospitales, los Servicios Sociales municipales...

En la actualidad todos aquellos socios que lo deseen se reúnen los lunes y los miércoles en el local de la asociación y participan en las actividades organizadas:

- Taller de manualidades: liderado por dos de las integrantes de la asociación.
- Yoga

En estos momentos están trabajando para poder realizar masajes a horas convenientes, conseguir precios reducidos para acudir a la piscina y programar charlas informativas sobre temas de su interés.

Finalmente, constatar que aunque no ha sido fácil iniciar una tarea de esta envergadura, la ilusión y fuerza que todos los integrantes de la asociación han puesto para que su deseo fructificase y se convirtiese en realidad, ha merecido la pena.

Y volviendo al esquema que presentamos a continuación, el resto de intervenciones que se especifican están relacionadas con la vinculación de pacientes y cuidadores con asociaciones y grupos de ayuda mutua en relación a patologías concretas (Alzheimer, cáncer, esclerosis múltiple...) y también con aquellas actividades que con la finalidad

de sensibilizar a la población general se realizan en foros más amplios.

Por otra parte, el resto de actividades que constan son proyectos que esperamos poder realizar en un futuro próximo y que explicaremos más adelante.

AUTONOMIA PACIENTE	ATENCIÓN INDIVIDUAL	ATENCIÓN GRUPAL	ATENCIÓN COMUNITARIA	NIVEL DE PREVENCIÓN
Anciano frágil	<ul style="list-style-type: none"> - Detección. - Valoración de necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Talleres de memoria. - Talleres de conservación de habilidades. - Vinculación a grupos existentes o de nueva creación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Voluntariado como acompañamiento y soporte en el paseo. - Voluntariado para actividades concretas (recetas, acompañamientos médicos,...) - Actividades lúdicas de carácter trimestral dirigidas a los mayores de 75 años que viven solos y no presenten otros indicadores de fragilidad y de carácter mensual para los demás. Todas ellas contando con el acompañamiento de los voluntarios. 	Primaria Secundaria
Semidependientes	<ul style="list-style-type: none"> - Programa "Salut a Casa" - Valoración de necesidades. - Contención. - Intervención familiar. - Aplicación de recursos de soporte a domicilio y estancias temporales por descanso de cuidadores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Charlas informativas a grupos de enfermos con patologías concretas. - Vinculación a asociaciones y Grupos de Ayuda Mutua para patologías. 	<ul style="list-style-type: none"> - Voluntariado como acompañamiento y soporte en el paseo. - Actividades lúdicas de carácter mensual para pacientes acompañados de voluntarios. 	Terciaria

Alta dependencia	<ul style="list-style-type: none"> - Programa "Salut a Casa" - Valoración de necesidades - Contención - Intervención familiar - Aplicación de recursos de soporte a domicilio y alternativos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vinculación a asociaciones y Grupos de Ayuda Mutua por patologías. 	<ul style="list-style-type: none"> - Voluntariado como acompañamiento a domicilio y sustitución del cuidador en su tiempo libre. 	Terciaria
CUIDADOR FAMILIAR	ATENCIÓN INDIVIDUAL	ATENCIÓN GRUPAL	ATENCIÓN COMUNITÁRIA	NIVEL DE PREVENCIÓN
De anciano frágil	<ul style="list-style-type: none"> - Detección - Valoración de necesidades 			Primaria
De enfermos Semidependientes	<ul style="list-style-type: none"> - Programa "Salut a Casa" - Valoración de necesidades - Contención - Intervención familiar - Aplicación de recursos de soporte a domicilio y estancias temporales por descanso de cuidadores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa "Cuidar i Cuidar-se" - Charlas informativas para mejorar el cuidado del enfermo y el autocuidado del cuidador. - Vinculación a asociaciones y Grupos de Ayuda Mutua por patologías. - Grupos socio-terapéuticos a cuidadores con sobrecarga y riesgo de claudicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asociación de cuidadores y voluntarios de Sta. Coloma (ACUIVOL). - Charlas de sensibilización a la población respecto la figura del cuidador. 	Secundaria

De alta dependencia	<ul style="list-style-type: none"> - Programa "Salut a Casa" - Valoración de necesidades - Contención - Intervención familiar - Aplicación de recursos de soporte a domicilio y alternativos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vinculación a asociaciones y Grupos de Ayuda Mutua por patologías. - Grupos de socioterapéuticos a cuidadores con sobrecarga y riesgo de claudicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Associació de Cuidadors i Voluntaris de Sta. Coloma. (ACUIVOL) - Charlas de sensibilización a la población respecto la figura del cuidador. 	Secundaria
De enfermo terminal	<ul style="list-style-type: none"> - Programa "Salut a Casa" - Valoración de necesidades - Contención y intervención familiar - Aplicación de recursos de soporte a domicilio y alternativos 	<ul style="list-style-type: none"> - Vinculación a asociaciones y Grupos de Ayuda Mutua para patologías 	<ul style="list-style-type: none"> - A la muerte del enfermo, vinculación con la Asociación de soporte al duelo. 	Secundaria

Tiempo de desarrollo

El trabajo presentado parte de los primeros años de actividad de los equipos de atención primaria de salud, con una actitud de revisión continua y mejora de las intervenciones sociales realizadas en el tiempo, en relación a las necesidades observadas y a las posibilidades de respuesta. Debe observarse como una

actividad progresiva y dinámica que ha ido configurando nuevas iniciativas, dando cohesión y creando un marco para la atención social a las dependencias.

Desde el inicio en 1993 a la actualidad se ha desarrollado la atención individual y familiar en el marco del Programa de Atención Domiciliaria, actualmente conocido como *Programa Salut a Casa*.

En el año 1997 se crea el *Programa de Voluntariat al SAP Sta. Coloma*.

En este mismo año se inicia un ciclo de charlas a la población con la finalidad de sensibilizarla en torno a temas como el Alzheimer, el Parkinson, la Esclerosis Múltiple, el SIDA, el Cáncer...realizadas en los locales de los centros de salud o bien en foros más amplios de la ciudad. Estas charlas pretendían también informar y vincular a las personas con las asociaciones y grupos de ayuda mutua en relación a los temas tratados.

En el año 2002 se crean dos nuevos programas conjuntamente con los profesionales de enfermería: *Cuidar i Cuidar-se* (pensando en los cuidadores familiares) i *Com Cuidar-se* (pensando en los profesionales sanitarios).

En el año 2003 se inicia la aplicación de los programas *Cuidar i Cuidar-se* dando lugar a la formación de grupos socioeducativos liderados por enfermería y socioterapéuticos liderados por trabajadores sociales que se complementaron con talleres de relajación, y del *Com Cuidar-se* con la formación de Grupos Balint.

Finalmente en el año 2004 y como consecuencia de la intervención realizada sobre los cuidadores familiares en los grupos socioterapéuticos nace la Asociación de Cuidadores y Voluntarios de Sta Coloma de Gramenet (ACUVOL), aglutinando la atención a los cuidadores con el soporte del voluntariado.

En la actualidad esta asociación con personalidad jurídica propia inicia su actividad hacia los cuidadores de la ciudad ofreciendo: desde espacios de relación y lúdicos para los cuidadores, hasta charlas de sensibilización hacia la población general.

Propuestas de futuro

Continuar con las intervenciones y programas descritos anteriormente y avanzar en los aspectos que a continuación se detallan:

Anciano frágil

Hasta el momento la atención a este grupo se ha realizado desde la atención individual complementándola con la participación de voluntarios para el acompañamiento en necesidades concretas.

En el año 2005 se prevén actividades de carácter trimestral para crear espacios de encuentro y relación entre las personas frágiles con el soporte del voluntariado.

Otras actividades previstas y en espera de resolver su financiación se dirigen a la creación de Talleres de Memoria y también de conservación de habilidades.

En referencia a las personas semidependientes

Dada la existencia de personas semidependientes con dificultades de integración social por la presencia de

barreras arquitectónicas, nos proponemos a través del voluntariado valorar las posibilidades de favorecer su acceso al exterior, vinculándolos a grupos de iguales para realizar actividades concretas.

En referencia al acuivol

Seguir en la línea de prestar asesoramiento y soporte a la Asociación de Cuidadores y Voluntarios de Sta. Coloma.

Aportaciones nuevas al sector

La principal innovación pasa por crear un marco global de atención social a las dependencias que integra todas las actividades dirigidas a este sector de población, aportando una dimensión grupal y comunitaria de forma estructurada y pautada, y posibilitando la evaluación de las diferentes acciones.

La riqueza de las diferentes intervenciones descritas ha creado un clima de sensibilización en el profesional sanitario en relación a las personas con dependencia y sus cuidadores, de manera que, en la medida de lo posible, la aplicación del programa se hace extensiva a toda la ciudad de Sta. Coloma de Gramenet.

El hecho de que la ciudad de Sta. Coloma de Gramenet tenga un único Servicio de Atención Primaria del *Institut Català de la Salut* y el buen clima de trabajo entre los trabajadores sociales de los centros de

salud, ha posibilitado también realizar una oferta global a toda la población, ofreciendo unos servicios con carácter homogéneo y equitativo.

De nuevo, la coordinación y trabajo conjunto entre el S.A.P Sta Coloma y el Ayuntamiento de la ciudad ha creado las bases necesarias para cristalizar las intervenciones de carácter comunitario.

La creación de una nueva Asociación impulsada por los trabajadores sociales del Centro de Salud, y compuesta por cuidadores familiares, (iniciativa inexistente hasta ahora en nuestro entorno ya que muchas de ellas estaban aglutinadas en relación a patologías, de cuidadores de Alzheimer, de enfermos mentales,...) ha propiciado la sensibilización de las instituciones de la ciudad y ha creado una plataforma en la que los cuidadores sienten que tienen personas con las que compartir sus inquietudes y elevar sus necesidades.

Importancia

La atención social a las dependencias constituye una mirada integradora hacia las necesidades que plantean las personas con dependencias o riesgo de padecerlas y sus cuidadores, creando un espacio de sensibilización que va más allá de la atención individual, que facilita su integración en el entorno a través de la atención grupal y en el trabajo con los afectados desde la atención comunitaria para que se expresen con voz propia, siendo

La Coordinación Sociosanitaria: misión, estrategia, tareas, metodología

M.º Jesús Brezmes Nieto

DTS. Consultora de Desarrollo
Organizacional¹

"Cuando encontramos un tornillo insuficientemente atornillado, convendría darle unas vueltecitas más hasta ajustarlo en su sitio. Hay quien prefiere, sin embargo, fabricar un segundo tornillo para atornillar el primero y, como éste al fin no se ajusta lo bastante, se fabrica un tercer tornillo destinado a atornillar al tornillo que atornille al primer tornillo desatornillado. Y así hasta el infinito. A esto se llamó en otros tiempos trabajar para ser pobre"

Antonio Machado

En mi opinión, este texto es una metáfora que describe de una forma magistral lo que ha ocurrido y ocurre con la coordinación sociosanitaria. El "tornillo" entre el sistema de salud y el sistema de SS. Sociales no ajusta. En ocasiones (llámese planificación) ni siquiera entra en contacto, en otras (llámese organización) no se han previsto condiciones mínimas, y en otras más (llámese niveles de los sistemas) se ha dejado al albur de una experiencia piloto, ó solamente en uno de los niveles, ó se ha abandonado a la primera fricción ¡que cada cual recuerde su experiencia!

Son dos sistemas, sanitario y social, que deben prestar servicios a la misma población: personas y grupos que necesitan simultáneamente prestaciones sociales y sanitarias para vivir con dignidad. Son sistemas cuya estructura y cuya cultura

tienen rasgos compartidos, pero que también tienen enormes diferencias y muy distinto desarrollo.

Conceptos como "enfoque integral", "prestaciones integradas", incluso terminología relacionada con la orientación al cliente, no son ajenos a ninguno de los dos sistemas. Ambos, en sus documentos, comparten un lenguaje político y profesionalmente correcto. Pero frecuentemente trabajan de espaldas uno a otro y cotidianamente, ante ciudadanos con problemas complejos y situaciones difíciles, utilizan muletillas del tipo "eso que se lo resuelvan los servicios sociales", "eso dígaselo a los de salud".

Existen dificultades "objetivas" para la coordinación sociosanitaria, derivadas de estructuras, trayectoria histórica y cultura profesional muy diferentes. A ellas se suman prejuicios, que sin duda surgen de experiencias concretas, y que operan como verdades absolutas que bloquean posibilidades de consenso y colaboración.

notas

1. El artículo está confeccionado desde la experiencia de formar parte del equipo que realizó la primera redacción del Ilo Plan Sociosanitario de Castilla y León y puso en funcionamiento las estructuras de coordinación sociosanitaria. Formaron parte de él Félix Igea (médico) Mafalda Rodríguez-Losada (trabajadora social), Ma José de la Fuente (enfermera) y la autora, bajo la dirección de José Luis García, licenciado en derecho y entonces Director General de Planificación Sociosanitaria. Las opiniones y análisis, no obstante, proceden únicamente de la reflexión personal.

que legitima su existencia; cada uno en su ámbito de intervención y ambos un ámbito compartido, integrado por ciudadan@s que necesitan la prestación conjunta de servicios sociales y sanitarios.

Son conceptos clave, en el modelo de coordinación sociosanitaria que se plantea⁴:

- Atención integral: entendida desde la aproximación global a las necesidades de las personas, especialmente en lo que afecta a la conciencia de que la enfermedad tiene repercusiones en la vida cotidiana y que tales repercusiones son inabordables desde el sistema de salud y a la conciencia de que no es posible la intervención social en las condiciones de vida y convivencia sin conocer la influencia de la enfermedad, perspectivas y posibilidades de cuidados.
- Atención integrada: concebida como actuación coordinada de los servicios sanitarios y sociales en un espacio de intervención común (la persona y su situación sanitaria y social) y en una dirección compartida (prestar a la persona y su familia los cuidados sanitarios y sociales con la calidad necesaria para mejorar sus condiciones de vida).
- Población diana: no un sector específico de población, sino los ciudadan@s que necesitan prestaciones, sucesivas o simultáneas, de ambos

sistemas, sea cual fuere su edad, discapacidad o dependencia.

- Prioridad a los recursos generales, en razón de que constituyen la estructura básica para la prestación de servicios sanitarios y sociales a todos los ciudadanos, sin discriminación; de ahí que la atención integrada se deba prestar prioritariamente desde ellos; prescindir de su vinculación a cuantos recursos específicos sean necesarios para resolver problemas añadidos de accesibilidad o por la especialización que requieran, lleva inexorablemente a producir despilfarros y rompe la necesaria continuidad asistencial.
- Primacía a las intervenciones en el ámbito familiar y comunitario, en el entendimiento de que reforzar los servicios de atención primaria, en salud y en servicios sociales, es mejorar los cuidados y es contribuir a evitar el sufrimiento añadido del desarraigo y de la exclusión social.
- Racionalidad de los dispositivos del último nivel

Garantizar la prestación integrada de servicios sanitarios y sociales sobre los individuos, familias y/o grupos sociales que necesitan prestaciones de ambos sistemas para vivir con dignidad exige:

- *Integración en la planificación*
- *Integración en la prestación*

de dos sistemas que frecuentemente se han ignorado.

Como ocurre con otros prejuicios, hay elementos reales a partir de los que se generaliza y concluye que la coordinación sociosanitaria ha fracasado. Hay elementos reales en la escasísima eficacia que tuvieron los proyectos piloto de coordinación sociosanitaria promovidos desde los acuerdos entre INSALUD e INSERSO, a principios de los años 90. Los hay también en muchos de los intentos de atención integral a personas con toxicomanías o con enfermedad mental.

La pregunta es ¿Alguna vez se han puesto las condiciones mínimas para que tuvieran éxito? ¿Es realmente imposible que los gestores y los profesionales de la salud y de los servicios sociales trabajen juntos?

En uno de los encuentros de profesionales de estructuras provinciales de coordinación sociosanitaria se formulaba la “visión de futuro” en los siguientes términos:

“Imaginamos un futuro en el que los profesionales de salud y de servicios sociales, y los gestores de las organizaciones sanitarias y sociales, reflexionan conjuntamente sobre las necesidades y sobre como prestar los mejores servicios posibles. Imaginamos que toman decisiones conjuntamente y cada uno se compromete a poner a disposición de la persona que necesita servicios sanitarios y sociales todo lo que puede y, si no es suficiente, juntos se proponen mejorar hasta que lo sea.

Imaginamos un futuro en el que la persona, la familia o el grupo que necesita prestaciones sanitarias y sociales, no va de un lado a otro intentando recoger pedacitos de prestaciones para intentar construir el puzzle de prestaciones encajadas que necesita. Imaginamos que el primer profesional al que se dirija, sea del sistema sanitario o del sistema social conecta con todos los que pueden aportar la piezas necesarias.

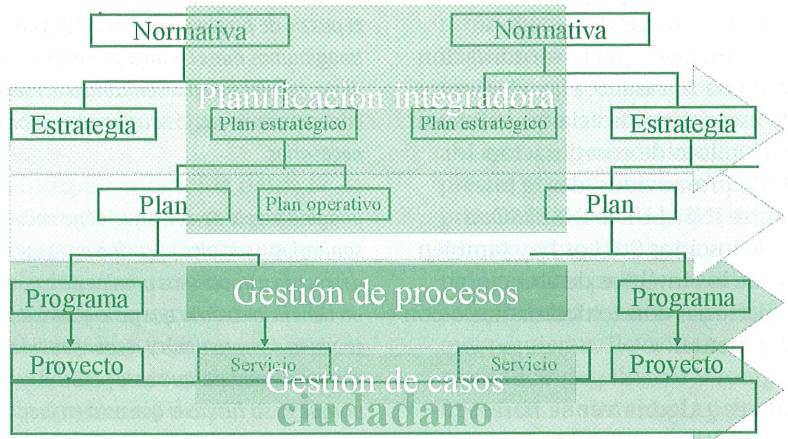
Imaginamos la persona que tiene necesidades sanitarias y sociales participa en la confección del puzzle y aporta sus propias piezas, que no es un beneficiario de lo que se le quiera dar; asume también compromisos y responsabilidades en resolver sus problemas, porque es la persona la que decide, porque es su futuro el que está en juego y porque los profesionales le dan toda la información que necesita para valorar y decidir.

La diferencia entre la forma de hacer las cosas y el mundo en que nos movemos y como deseamos que sea en el futuro, es una enorme brecha y hay que rellenarla. No es fácil, no es rápido, no sirve un único material (mas leyes, mas recursos, que cambien los jefes...) para llenar la brecha”.

Existe experiencia ya consolidada, si con ello nos referimos a planes integrales para un colectivo de población determinado, de la misma forma que existen mecanismos de

4. Derivados de los principios del II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Decreto 56/2003, de 15 de Mayo de 2003

Integración en la planificación
Coordinación Sociosanitaria: **Integración en la prestación**



consulta interdepartamentales que hacen posible la incorporación de rectificaciones o matices a borradores o anteproyectos de planes.

Los desajustes aparecen cuando no hay refrendo en el ámbito normativo, o cuando a la planificación estratégica no le siguen planes en los que se definen las adaptaciones o cambios organizativos, la estructura territorial y la distribución de responsabilidades y recursos. Mas aún cuando no se han previsto herramientas que permitan realizar la valoración de los progresos, y de los incumplimientos, en plazos preestablecidos. Así ocurrió en el 1a Plan Sociosanitario de Castilla y León, cuyo resultado mas importante fue alentar la reflexión sobre los incumplimientos.

En el extremo de la planificación normativa y de la planificación estratégica se encuentran el nivel operativo y de la atención directa al ciudadano, en el que se juega realmente la validez, o invalidez, de la planificación. Parece una obviedad decirlo, pero si el ciudadano no advierte mejora en la atención que se le presta, nada de lo anterior tiene sentido en términos de utilidad social (recordemos que se trata de servicios públicos, cuyo coste sufragan l@s ciudadan@s, y cuyos resultados deben ser visibles al menos en el medio plazo).

Es cierto que la mejora en la atención al ciudadano que se verifica en el nivel reconocimiento de derechos, pero más aún en el nivel de ejercicio de tales derechos,

este último directamente vinculado al acceso y a la prestación concreta de servicios. Una planificación, que no llegue a desglosarse hasta este nivel, es el "papel mojado" o la demagogia que contribuye de manera inequívoca al escepticismo, el descrédito y la desconfianza hacia los gestores de los sistemas de protección social, sea cual sea el nivel en el que intervienen.

Pueden considerarse, al menos, tres claves importantes en los procesos de planificación integrada:

Búsqueda activa del consenso en la planificación, no solo porque sin este requisito es imposible avanzar hacia la planificación integrada, sino porque se corre el gran riesgo de "adjudicar" a uno de los sistemas responsabilidades que no puede, o no quiere, asumir y porque se corre el riesgo de dejar grandes espacios de vacíos (terreno de nadie o el terreno de disputa, que tanto sufrimiento añadido lleva para l@s ciudadan@s). La incidencia de esta clave en la planificación sociosanitaria resulta claramente visible; no hay mas que pensar en las fricciones entre los sistemas en la definición de lo que es "sanitario" o "social", por ejemplo la atención a personas con enfermedad mental grave y prolongada, la atención psicogeriatrica y una parte importante de los servicios que reclaman las personas con enfermedad crónica e invalidante.

Compromiso en la ejecución de los planes y programas consensuados, clave que

necesariamente ha de tener en cuenta que (tanto para el sistema de salud, como para el sistema de servicios sociales) puede ocurrir que el ámbito sociosanitario no sea, ni mucho menos, la prioridad en el desarrollo del sistema, ni en esfuerzo organizativo, ni en esfuerzo presupuestario. Es lógico y es previsible.

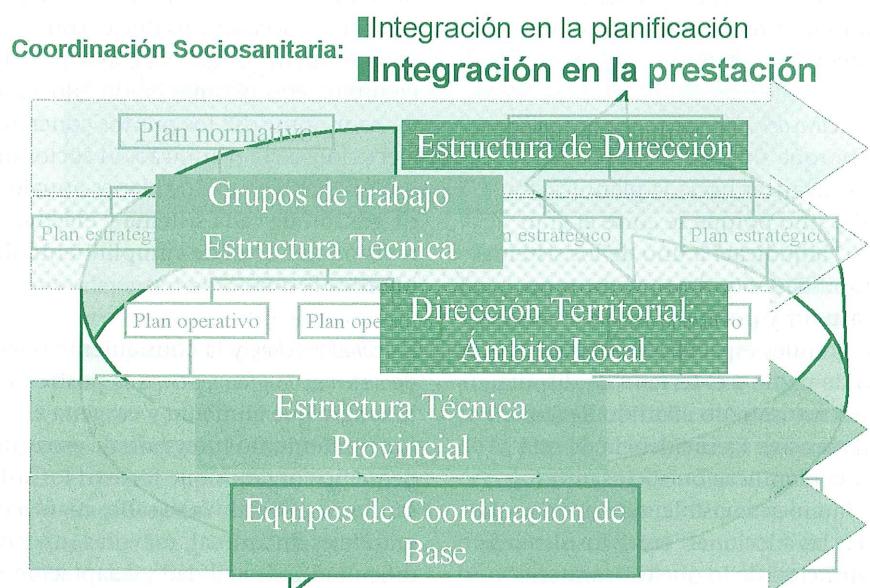
Sabiéndolo, es mas importante aún prevenir los olvidos, sin que sea necesario crear mas mecanismos que el uso consciente de los que ya existen. Basta, por ejemplo, con plasmar en un "documento de compromisos" los puntos concretos de ejecución de la planificación sociosanitaria, que se incluyen en los planes anuales de gestión de cada sistema y efectuar la revisión del nivel de cumplimiento de idéntica forma.

La comunicación, y la consiguiente previsión de sistemas de información, a la poste es la sangre que alimenta y oxigena el funcionamiento integrado de esos grandes y pequeños órganos que forman los sistemas sanitario y social. Ya se sabe, cuanto mas grande es un animal, mayores son sus dificultades de agilidad y adaptación al medio, mayores los problemas de conexión entre sus elementos. La descentralización (a veces es solamente desconcentración) es una de las tendencias mas acusadas, en pugna constante con la concentración del poder de decisión y las obsesiones por el control. Las pequeñas organizaciones pueden utilizar la comunicación directa y verificar la comprensión de la información.

En nuestras organizaciones y en el terreno de la protección social no es fácil seguir los acontecimientos, ni comprender los cambios de orientación. Precisamente por eso la comunicación es un proceso crítico que requiere un exquisito cuidado.

La realidad es tozuda: miles de ciudadanos necesitan servicios sanitarios y sociales simultánea ó

sucesivamente para vivir con dignidad y cientos de profesionales de la salud y de los servicios sociales se llaman e intentan ponerse de acuerdo en qué hacer. En caso contrario se produce el terrible peregrinaje del usuario y su familia de los servicios sanitarios a los servicios sociales, intentando recabar los pedazos de información y los pedazos de prestaciones que les permita construir como se pueda el puzzle de cuidados y recursos que necesita.



No basta con planificar: hay que estructurar, hay que crear cauces formales que faciliten la coordinación, recuérdese, de dos sistemas complejos y hay que hacerlo en todos los niveles de la estructura: niveles técnicos y políticos, nivel de base, intermedio y de gestión.

Hay también experiencia abundante que surge tanto por iniciativas y programas en ámbitos territoriales y en sectores concretos, como por proyectos piloto adecuadamente refrendados o, como antes se indicaba, porque la realidad lo exige y grupos de profesionales se posicionan en la

búsqueda de alternativas que redunden en el abordaje integral de las necesidades y en articular respuestas eficaces. Es alentador (o desalentador, según la perspectiva con la que se observe) comprobar que es una preocupación compartida por buena parte de los países europeos, algunos con sistemas de protección social con prestaciones y coberturas mucho más avanzadas que las nuestras: se realizan proyectos, se comparan y evalúan y se deducen orientaciones⁵.

Los rasgos comunes que se destacan en la evaluación de experiencias europeas de prestación integrada de servicios sanitarios y sociales, como factores de éxito, y que se resumen las conclusiones y recomendaciones para la coordinación sociosanitaria, son:

- Los equipos interprofesionales,
- vinculados al territorio,
- que apoyan el "entorno vital" de los clientes,
- que coordinan los servicios prestados por distintos proveedores
- que enlazan con el marco o sistema asistencial específico.

Como puede advertirse no hay muchas diferencias, por ejemplo, con las propuestas que incluyen programas como "Viure en familia" de Cataluña, o algunos programas específicos del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, aunque difieren en las medidas organizativas que se adoptan.

El II Plan Sociosanitario de Castilla y León apostó claramente por los equipos interprofesionales, vinculados al territorio y apoyando "el entorno vital". Siguiendo el principio de prioridad a los recursos generales y normalizados, configuró las estructuras de coordinación sociosanitaria en la propia base asistencial, es decir desde los Equipos de Atención Primaria de Salud (Centros de Salud) y de Servicios Sociales (CEAS).⁶ Se denominaron Equipos de Coordinación de Base (ECB) integrados por profesionales sanitarios y por profesionales de SS. Sociales.

Se les encomendó la gestión de casos complejos en su ámbito territorial y situó a sus interlocutores técnicos en el nivel provincial, aprovechando la estructura preexistente denominada "Comisiones de Coordinación Sociosanitaria", de ámbito provincial, cuyo mandato esencial se dirigía a apoyar el trabajo de los ECB en dos formas: promoviendo la mejora de los procesos de prestación de servicios y buscando respuesta a casos especialmente complejos que

notas

5. Publicaciones relacionadas con el Proyecto "Carmen", promovido por la Comisión Europea, sintetizadas por EHMA. (European Health Management Association)

sobre estructuras integradas, gestión de casos, cambio cultural, gestión de la información y gestión de la calidad

6. Junta de Castilla y León Decretos 72/2000 de 13 de Abril y 49/2003 de 24 de Abril, que regulan la composición, funcionamiento y relaciones de las estructuras de coordinación sociosanitaria.

desbordan las posibilidades del ECB. En las Comisiones de Coordinación se encuentran los responsables técnicos de los Ayuntamientos, las Diputaciones y de las Gerencias de Área de Salud y las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales. Sus referentes en el nivel político se organizan para la coordinación sociosanitaria en las Comisiones de Dirección.

En el nivel regional, a partir de la creación de la Dirección General de Planificación Sociosanitaria, se sitúo un equipo técnico, con la misión específica de promover y apoyar a las estructuras técnicas y ser a su vez estructura de asesoramiento y apoyo a las estructuras de dirección, especialmente al Consejo de Dirección del IIº Plan Sociosanitario.

Las estructuras de coordinación sociosanitaria, técnicas y políticas que han de analizar propuestas y tomar decisiones, ligadas a la planificación sociosanitaria, son complejas ciertamente, pero funcionan cuando existe voluntad de que así lo hagan. Y es una cuestión fundamental, en mi opinión, no solo que la coordinación sociosanitaria llegue a la base asistencial, sino que también impregne a las estructuras intermedias, los centros y servicios específicos y el conjunto de las estructuras de gestión.

No tiene mucho sentido, sea sentido científico o sea sentido común, la pretensión de que desde la base se resuelvan problemas de prestación integrada de servicios sanitarios y sociales, que se sitúan, por ejemplo en la rigidez de requisitos y/o condiciones de acceso a algunos centros y

servicios, en las carencias de dispositivos intermedios, o en los déficit de tratamientos de fisioterapia..... Lo que tiene sentido es que la detección de carencias se acompañe de información y propuestas, sean de mejora de procesos, de adaptación o de modificación y/o incremento de recursos. Tiene sentido igualmente que las propuestas se contrasten y tramiten y, mas aún lo tiene que reciban respuesta de quienes tienen la capacidad de adoptar decisiones.

De eso se trata cuando se plantean estructuras de coordinación sociosanitaria en el nivel técnico y en el nivel político y cuando se regula normativamente la relación entre ellas. No es suficiente, no es "la solución", pero sí es estratégico (coordinación sociosanitaria en todos los niveles) y si constituye uno de los soportes necesarios.

"Cuando una cosa está mal, decía mi maestro -habla Mairena a sus alumnos- debemos esforzarnos en imaginar otra que esté bien; si encontramos, por azar, algo que esté bien, intentemos pensar algo que esté mejor. Y partir siempre de lo imaginado, de lo supuesto, de lo apócrifo, nunca de lo real".

Antonio Machado

Como se indicaba antes, con una visión de futuro ambiciosa (búsqueda de consenso y coordinación sociosanitaria en todos los niveles de los dos sistemas), la comparación con la realidad hace que sea visible una gran brecha, o un largo camino, para los que no sirve un único material, y no sirve solo una herramienta.

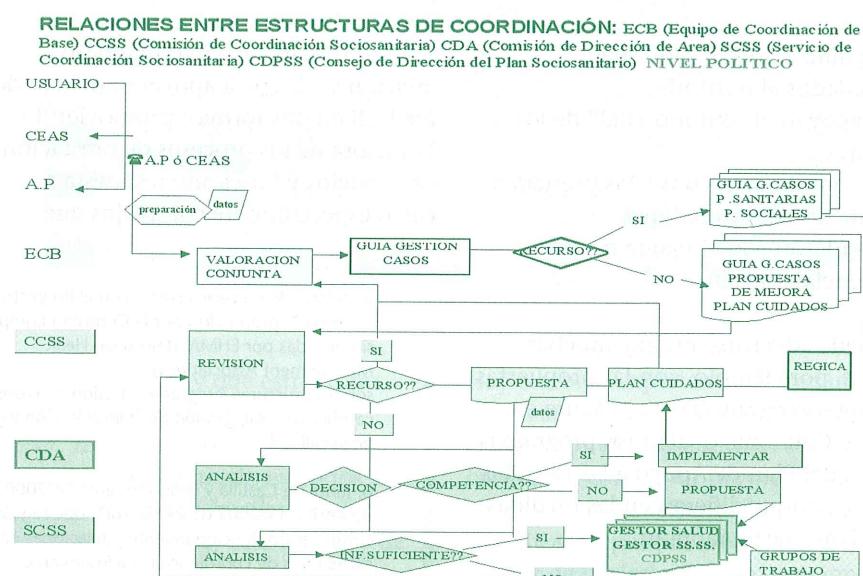
No se trata de protocolos y procedimientos: los protocolos y los procedimientos sirven para simplificar una parte de una actividad, o de un proceso. No se trata de derivar, ni de remitir informes. Son imprescindibles y muy útiles, cuando se ha hablado previamente, cuando se conoce lo que hay detrás, la misión y la estrategia a la que sirven y los resultados a cuya consecución contribuyen.

Es necesario potenciar estructuras de coordinación sociosanitaria, no solo impulsando un marco normativo común. Es preciso que sean estructuras operativas, en las que se refuercen la orientación a las necesidades de las personas y la eficacia en la asignación de recursos. Y resulta crucial encontrar criterios, lenguaje, herramientas en suma, metodología común y un sistema de información compartido. Su operatividad y su eficacia, en términos de resolver problemas concretos de personas concretas, se valorarán si existen resultados que estén directamente relacionados con⁷:

- Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios en el ámbito comunitario, que implica, al menos:
 - mejorar los cuidados en el domicilio
 - dar cobertura profesional al apoyo familiar: cuidar a los cuidadores
 - extender los recursos de convalecencia y rehabilitación

7. Síntesis de líneas estratégicas del IIº Plan Sociosanitario de Castilla y León

notas



- reforzar y flexibilizar los recursos intermedios
- Mejorar la atención integral en centros sociales y la continuidad de cuidados en los hospitales, con las medidas siguientes:
 - integración funcional de profesionales sanitarios en el sistema de salud, (asegurar cumplimiento de criterios y normas técnicas, racionalizar gasto farmacéutico)
 - Generalizar, a todos los hospitales, la valoración de riesgo social al ingreso en hospitales, los equipos de valoración y cuidados geriátricos y las unidades de continuidad asistencial
 - Implantar programas de atención a cuidadores familiares de enfermos hospitalizados
 - Incrementar recursos para convalecencia
- Atender necesidades específicas de los colectivos que presentan situaciones de especial dificultad

El objetivo prioritario, sin olvidar la prestación los servicios con el nivel de especialización que se requiera, es el de prestar los apoyos necesarios, para garantizar la accesibilidad a los servicios generales, a personas que sufren diferentes procesos de exclusión social.

Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios no es solo un conjunto de tareas a realizar. Es la misión (la razón de ser de la

coordinación sociosanitaria) y, como tal, incluye un posicionamiento, integrado por valores y actitudes, medibles a través de conductas concretas que actúan en esa dirección.

El compromiso con las personas (ó, si se desea utilizar terminología mas acorde con los tiempos, la orientación al cliente) constituye un valor esencial.

El sentido de *interdependencia* resulta complementario al anterior. Ningún sistema (o profesional, o servicio) tiene la capacidad de resolver, por si solo, situaciones complejas y problemas interrelacionados.

Comprender la *complejidad*, es asumir la dimensión organizativa de la colaboración entre múltiples actores, de distintos servicios y entidades, con hábitos de funcionamiento largamente consolidados y, como ya se indicaba, con modelos mentales y prejuicios que interactúan.

Sostener la *visión de futuro*, que implica observar realidad desde sus potencialidades, mas que desde sus carencias, y utilizar los fracasos y errores como elementos de aprendizaje para avanzar.

La *profesionalidad*, entendida como búsqueda de los mejores resultados para el usuario, el aprendizaje permanente y el análisis de la realidad.

La *proactividad*, en lo que afecta a implicarse en la búsqueda de alternativas, en comunicarlas y extenderlas.

Y todo ello articulado con buenas dosis de *realismo*, entendido como dar el valor que merecen los pequeños pasos que se dan, siempre que se den en la dirección correcta, de forma que el realismo llevaría a:

- a) seleccionar las alternativas mas factibles
- b) teniendo en cuenta que formen parte de una estrategia global (si no es así, puede que "las soluciones de hoy, sean los problemas de mañana").

Poner en funcionamiento equipos de trabajo interprofesionales, es una de las orientaciones clave deducidas de la evaluación de experiencias europeas para la prestación integrada de servicios sanitarios y sociales.

También es un elemento de la realidad la frecuencia con la que existen fracasos y claudicación de equipos de trabajo cuya tarea es compleja y en los que no existe dirección jerárquica.

LA TAREA Y LA METODOLOGIA



No es fácil trabajar en un equipo en el que, además de una tarea compleja, coinciden figuras profesionales expertas, cada uno en su terreno, sin que ninguna de ellas tenga estatus, o rol formalizado, de dirección de

equipo. Así son las estructuras técnicas de coordinación sociosanitaria.

De ahí la importancia del acuerdo sobre misión, visión y valores, sobre los que se

basan las "reglas de juego" (ó el código de conducta, o las "buenas prácticas") de las que se dote el equipo. De la misma forma es necesario dotarse de herramientas que faciliten procesos de análisis, negociación y adopción de decisiones, que son solo algunos de los procesos que generan conflictos.

Una metodología conocida y compartida permitirá limar las aristas que provocan el lenguaje diferente y las culturas profesionales específicas, también diferentes. La dificultad añadida es, decidida una metodología, es necesario incorporar también principios y tecnología de otras.

Para trabajar sobre la visión de futuro y sobre las estrategias, por ejemplo, es importante utilizar herramientas que proceden de la metodología de planificación estratégica.

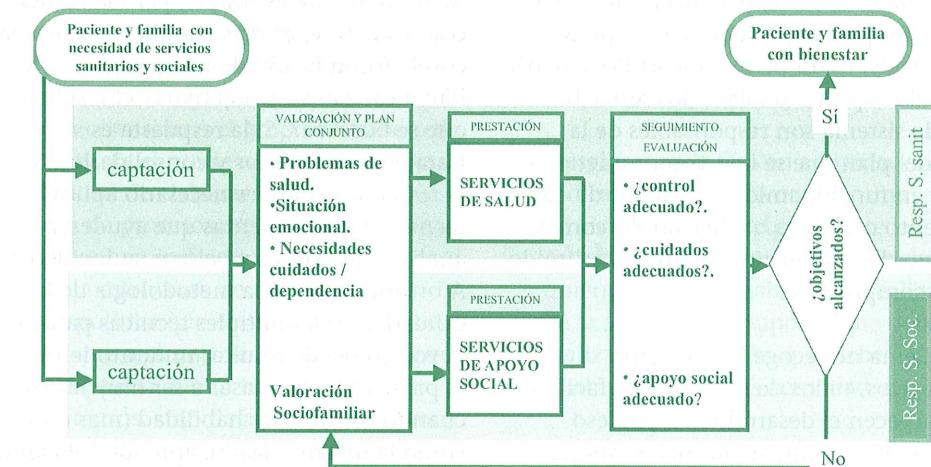
No será fácil "comprender la complejidad", tanto de las organizaciones, como de las personas y sus situaciones, el "abordaje global", o el sin utilizar principios y criterios del pensamiento sistémico. Conocer y practicar las disciplinas de "la organización inteligente", abierta al aprendizaje, es sin duda útil para abordar los problemas procedentes de los distintos modelos mentales presentes y para enfocar las dificultades de progreso y la eficacia del trabajo en equipo.

Pero, en mi opinión, la metodología con mas posibilidades de desarrollo y de

aplicación a la prestación integrada de servicios sanitarios y sociales, procede de la cultura de la calidad: la orientación al cliente, la visualización de la red de proveedores y clientes, la gestión por procesos, y los útiles y herramientas para la mejora continua, junto a la reingeniería de procesos, son cuando menos parcialmente conocidas y frecuentemente bien conocidas por profesionales y gestores de salud y de servicios sociales.

El esquema es simple y representa únicamente el mapa global de todos los procesos de coordinación sociosanitaria. Todos se inician con una fase de captación de la situación que se prevé que solo pueda abordarse adecuadamente mediante la prestación de servicios sanitarios y sociales.

Es claramente un requisito de calidad imprescindible en la fase de captación la percepción de la necesidad de prestación conjunta, percepción que claramente exige la sensibilidad de "darse cuenta". Para ello resulta clave interesarse (compromiso con las personas) y recabar algunos datos mínimos. Es una fase aplicable, tanto a los profesionales de atención directa, como a los gestores que tienen ante si una situación de dificultad que se sabe que afecta a un conjunto de ciudadanos. Realiza la captación uno de los dos sistemas, que tiene la responsabilidad de alertar al otro y acordar el momento en que se realizará la fase de valoración conjunta (proactividad, sentido de interdependencia).



Entre captar y alertar hay tareas a realizar, tal como se expresa en el flujo de relaciones entre estructuras de coordinación: cada interviniente ha de recabar la información disponible sobre la persona/el grupo que previsiblemente necesitará la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios. La valoración y el plan conjuntos se agrupan en una sola fase porque se realizan en el mismo momento y por las mismas personas; el resultado intermedio de esta fase es un acuerdo en el que se decide sobre las necesidades que se van a abordar, con que actuaciones, quien asume la responsabilidad de cada una de ellas, cómo se va a organizar su simultaneidad o sucesión y en qué momentos se realizarán las valoraciones de resultados. De ahí

la referencia a que no son suficientes protocolos o envío de informes.

Es imprescindible, especialmente cuando los intervinientes apenas se conocen, que cada uno de ellos pueda exponer la información y la percepción que tiene de la situación (y pueda modificar "in situ" su diagnóstico, a la luz de la información y la percepción de otros). Es además una excelente oportunidad de aprendizaje⁸ y, por lo tanto, también exige un considerable esfuerzo.

8. Es notable el desconocimiento que generalmente tenemos los profesionales de SS.Sociales sobre las prestaciones y la organización de los servicios sanitarios y aún mas de los profesionales de salud sobre los SS.Sociales. Y la confusión de una parte (lo que conocemos) con el todo es aún mayor como fuente de prejuicios.

El resultado tangible, para los profesionales y mas aún para la persona o el grupo del que se trate, es un plan compartido, a partir del cual los profesionales ó los servicios de cada sistema son responsables de la parte del plan que se han comprometido a poner en funcionamiento. A partir de ese momento cada uno ha de cumplir con el máximo de calidad aquello que ha asumido como compromiso.

El esquema no recoge los procesos estratégicos, ni los de soporte, que facilitan o entorpecen el desarrollo del proceso concreto de coordinación sociosanitaria, pero merece la pena recordar que el análisis de la relación con el entorno y los procesos de organizativos de carácter general, y de cada organización, necesariamente deben estar presentes. En caso contrario puede que se asuman compromisos imposibles de desarrollar, en forma de alternativas inviables (por normativa, por presupuestos, por directrices....). En coordinación sociosanitaria en la base asistencial la relación con el entorno es clave (recuérdese una de las 5 recomendaciones deducidas de programas europeos: "enlazar con el marco o sistema asistencial específico") Tiene, sin ninguna duda, carácter estratégico también el acuerdo con las personas destinatarias (se trata de intervenir en su vida) y la introducción de las modificaciones, y de los compromisos, que ellas aporten para obtener el resultado que se prevé.

El seguimiento, pautado o a demanda, es de nuevo una fase de análisis conjunto.

Aparentemente es simple, pero la realidad, como siempre, es mas compleja. Se inicia con la formulación de una pregunta: ¿Se han alcanzado los objetivos / el resultado que se buscaba?. Si la respuesta es sí, se trata de mantenerlos y consolidarlos. Si la respuesta es no, es necesario aplicar técnicas y herramientas que ayuden a analizar los errores y valorar su incidencia. Afortunadamente la metodología de la calidad aporta múltiples técnicas para ello, cuyo uso puede resultar un tanto lento al principio, para pasar a ser muy rápido cuando se adquiere habilidad (mas o menos como la informática: se aprende sólo en la medida en que se usa). Se trata entonces de tomar decisiones de cambio del plan o de introducción de mejoras que eliminan, ó minimicen, los errores o problemas detectados; recuérdese que, en esta metodología, los errores son oportunidades de aprendizaje y el resultado de su análisis tiene que llevar a que tal error no vuelva a repetirse.

"No os empeñéis en corregirlo todo. Tened un poco el valor de ver vuestros defectos. Porque hay defectos que son olvidos, negligencias, pequeños errores que son fáciles de enmendar y que deben enmendarse; otros son limitaciones, imposibilidades de ir mas allá, y la vanidad os llevará a ocultarlos. Y eso es peor que jactarse de ellos"

Antonio Machado

Es fundamentalmente también en el momento de analizar resultados cuando suelen confirmarse las carencias o los

déficit (ya percibidos cuando se realiza la valoración y el plan) que son adjudicables a otras instancias: dificultades o problemas que desbordan la capacidad de decisión del equipo, la comisión ó el grupo de trabajo de que se trate. Es el momento de plantearse la posibilidad de elaborar una propuesta de mejora de procesos estratégicos o de soporte que han influido y tramitarla a través de la estructura de coordinación técnica o política que corresponda, sabiendo que será a su vez analizada y que tendrá respuesta. No se trata de grandes planteamientos, sino de activar el realismo, proponiendo avances (frecuentemente muy pequeños, para quienes los proponen, pero grandes para l@s ciudadan@s a los que afectan) en la dirección correcta.

La gestión de procesos ayuda, en suma, a llevar al nivel operativo las opciones que se plantean en el nivel ideológico y de identidad (misión, visión, valores). Los componentes básicos de un proceso de prestación de servicios son prácticamente siempre los mismos. Es necesario:

- Identificar la entrada: la situación de partida que se pretende modificar.
- Identificar la salida (el resultado, el producto): definir el cambio que se producirá en la situación, teniendo como referente la misión y la estrategia a cuyo cumplimiento contribuyen.
- Identificar las fases e intervinientes: los bloques de actividades que simultánea o sucesivamente aportan resultados parciales (el objetivo de cada fase) al resultado final (con los criterios e indicadores que se hayan establecido).
- Desglosar cada fase en actividades, indicando el objetivo y la forma de alcanzarlo (los requisitos de la actividad), en los que se debe incluir quién es el responsable de la realización de la actividad, tiempo en que debe realizarlo y conexión que debe establecer con otras actividades.
- Representar gráficamente, si es posible, a través de diagramas que ayuden a ver en cada momento el punto de desarrollo del proceso.

Entre los criterios y requisitos de calidad de los procesos, para la coordinación sociosanitaria resultan cruciales los siguientes:

1. *El proceso debe ser explícito*, es decir conocido por todas las personas que deben realizar aportaciones para la obtención del resultado.
- Profesionales que se prevé que formen parte de los equipos.
- Responsables técnicos de servicios sociales básicos, atención primaria, salud mental, centros base y responsables de programas y servicios específicos del ámbito de salud y de los servicios sociales.

- Gerentes, concejales, diputados y delegados territoriales.
- 2. *El proceso debe ser participado y compartido*, es decir que existan espacios para el debate, aclarar dudas, prever obstáculos e incorporar propuestas.
- La información escrita es imprescindible, pero limita extraordinariamente la aportación de sugerencias y apenas permite verificar el impacto: solo con la información escrita no es posible conocer si se ha entendido correctamente la información y la posición de colaboración, indiferencia u hostilidad.
- Las reuniones y entrevistas semi-estructuradas son el instrumento adecuado para la obtención de consenso, para contar con apoyos y obtener compromisos de trabajo.
- 3. *El proceso debe ser organizado*, de forma que cada una de las personas sepa que actividad debe realizar, así como con que otras actividades y otros intervenientes está relacionado.
- La representación gráfica del proceso (mapa del proceso y flujo gráfico) resultan especialmente útiles; para que cada persona compruebe la importancia de su aportación; es igualmente útil que cada interveniente tenga otro profesional de referencia, para resolver las dudas que puedan plantearse.

4. *El proceso debe ser monitorizado*, para ser evaluable, es decir que se haya previsto un procedimiento para extraer la información significativa de cada una de las actividades realizadas y se hayan incluido en el flujo gráfico las fechas para el análisis de resultados e introducción de mejoras (acciones para la disminución de las posiciones de indiferencia u hostilidad/sopores para sintetizar la información/identificación de factores facilitadores del proceso....).

Una aplicación para la coordinación sociosanitaria que concreta, al menos en cuanto a criterios, los puntos indicados, es la denominada "Guía para la gestión compartida de casos"⁹, que es el soporte utilizado en los últimos dos años por los ECB (Equipos de Coordinación de Base). La guía para la gestión compartida es la herramienta común para los 145 ECB que están en funcionamiento en Castilla y León. El proceso de gestión se desglosa de la siguiente forma:

La aplicación de la Guía finaliza con una *valoración global*, con observaciones

Para el ECB es el momento de responder a una pregunta básica sobre el proceso de aprendizaje compartido del ECB. La pregunta es: *Si el ECB se encontrase ante un caso similar: ¿Cómo actuaría?*, para analizar si actuaría igual, reforzaría algunas actuaciones, suprimiría otras, incorporaría nuevos enfoques, prestaciones, intervenientes.....

↑↑↑

1. - CAPTACIÓN:

- Profesional que la realiza:.....
- Datos de identificación del usuario:.....

* Motivo por el que llega y datos del cliente que justifican la prestación de servicios de forma conjunta:

Procedimiento de contacto establecido para valoración multiprofesional.

Fecha: _____

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿La información inicial ha sido suficiente?
2. ¿El procedimiento de conexión es adecuado?
3. ¿El tiempo que transcurre entre la conexión y la valoración multidisciplinar es el adecuado a la necesidad de rapidez en la intervención?

Misión: Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social.- Garantizar la calidad en la gestión de casos.

↑↑↑

• Problemas – necesidades detectadas

Problemas de salud

Necesidad de cuidados de enfermería

Situación de dependencia

Valoración sociofamiliar

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿La información disponible es suficiente?
2. ¿La definición de la situación y necesidades es precisa y comprensible?
3. ¿Se ha incorporado la percepción, las demandas y la colaboración del usuario y de su familia?

Misión: Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social.- Garantizar la calidad en la gestión de casos.

↑↑↑

VALORACIÓN Y PLAN DE CUIDADOS

2. - VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL Y ESTABLECIMIENTO DEL PLAN DE CUIDADOS CONJUNTO.

2.1 VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL

- Profesionales que intervienen

Desde el ámbito de apoyo social	Desde el ámbito sanitario
---------------------------------	---------------------------

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿La Valoración y el Plan de Cuidados son realizados por 1@ profesionales que intervienen en la prestación de servicios?
2. Si se ha realizado por otros profesionales (Se han concertado con 1@ profesionales que intervienen directamente con el usuario?)

Misión: Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social.- Garantizar la calidad en la gestión de casos.

Para ayudar a responder a esa pregunta básica, es útil plantearse las siguientes cuestiones:

- ¿Se han cumplido los requisitos de cada actividad? (Captación, valoración multidisciplinar y plan de cuidados, seguimiento,...).
- ¿Cuáles han podido ser las causas de los incumplimientos? (metodología de análisis)

9. Los equipos que han utilizado la Guía han detectado una buena cantidad de mejoras, que se incorporaron una vez que se contrasten. La Guía, entre otras utilidades, ha generado otra herramienta: el registro de casos sociosanitarios (REGICAS) que ha permitido ir analizando perfiles y modalidades de combinación de prestaciones.

Notas

2.2 PLAN DE CUIDADOS:

Servicios propuestos como idóneos:

Servicios que efectivamente se pondrán en marcha: Responsable:

Motivos de la no posibilidad de prestación de los servicios idóneos (en su caso):

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿Hay posibilidades de puesta en funcionamiento de los servicios idóneos?
2. ¿Se han organizado los cuidados de forma que se que minimice la carencia de servicios idóneos?
3. ¿El usuario y su familia están de acuerdo con el Plan de Cuidados?
4. ¿Se ha transmitido a la Comisión de Coordinación información precisa sobre la carencia de los servicios considerados idóneos?

Misión: Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social. - Garantizar la calidad en la gestión de casos.

Planificación del seguimiento:

Responsables, procedimientos de contacto – comunicación acordados, momentos de reevaluación pactados, ...

Fecha:

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿Cada profesional conoce el Plan de Cuidados y sabe como contribuye su tarea al cumplimiento global?
2. ¿Cada profesional sabe con quién debe ponerse en contacto ante imprevistos, dudas o variaciones en su tarea?
3. ¿Se ha acordado en qué fechas y momentos se realizarán revisiones del Plan?

Misión: Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social. - Garantizar la calidad en la gestión de casos.

3.- DESARROLLO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE SEGUIMIENTO:

3.1 EVOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS ABORDADOS:

En los problemas de salud:

En la necesidad de cuidados de enfermería:

En la situación de dependencia:

En la situación sociolaborativa:

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿Se revisa la situación en el plazo acordado?
2. ¿Las variaciones en la situación (resultados de mantenimiento / mejora de la situación inicial) son los previstos?
3. ¿Qué factores no previstos están influyendo?

Misión: Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social. - Garantizar la calidad en la gestión de casos.

3.2 EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS Y MODIFICACIONES ESTABLECIDA

Momentos de evaluación (tanto programados como a demanda)

Varaciones sobre el plan inicial que se han llevado a cabo (Nuevos servicios o actividades y responsables de los mismos - Planificación del seguimiento)

VALORAR LA CALIDAD E INTRODUCIR MEJORAS

1. ¿Se ha detectado necesidad de refuerzo o modificación de cuidados?
2. ¿Se ha actuado sobre ellas con prontitud?
3. ¿Se han comunicado a los profesionales que intervienen en el caso?
4. ¿Se ha pactado con el usuario y su familia?
5. ¿Se han reajustado el Plan de Cuidados?

Misión: Garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios sobre un mismo individuo, familia o grupo social. - Garantizar la calidad en la gestión de casos.

- ¿Se han alcanzado los objetivos propuestos?
- ¿Cuáles han podido ser las causas de su no consecución?
- ¿La información aportada es suficiente?
- ¿La información aportada es relevante?
- ¿Qué otros aspectos merece la pena comentar?

Podremos utilizar una u otra técnica, una u otra herramienta, pero siempre serán apoyos para la reflexión ó instrumentos para organizar la información y tratar de objetivarla, hasta donde sea posible. No pueden sustituir a la metodología y la herramienta que ya Sócrates (y seguramente otros antes) nos enseñaron: la metodología del cuestionamiento y de la reflexión.

"Siempre será peligroso encaramar a los puestos directivos a hombres de talento mediano, por mucha que sea su buena voluntad, porque a pesar de ella -digámoslo con perdón de Kant- la moral de esos hombres es también mediana. A última hora ellos traicionan siempre a la causa a la que decían servir, se revuelven airadamente contra ella. Propio es de cabezas medianas embestir contra todo aquello que "no les cabe en la cabeza". A todos nos conviene, amigos queridos, que nuestros dirigentes sean siempre los más inteligentes y los más sabios"

Antonio Machado

Avanzar hacia una coordinación sociosanitaria eficaz para l@s ciudadan@s, como , como avanzar hacia sistemas públicos mas eficaces al servicio de l@s ciudadan@s, exige no solamente que nuestros dirigentes sean mas inteligentes y mas sabios; también nosotr@s, también l@s profesionales necesitamos ser mas competentes.

Necesitamos incrementar nuestras competencias. Necesitamos seguir aprendiendo a ser profesionales:

- Capaces de comprender la estructura y la estrategia de nuestras organizaciones y la estructura y la estrategia de coordinación sociosanitaria
- y de comprender el entorno, las redes, los cambios.
- y de contribuir a la mejora y el cambio de nuestro trabajo, nuestro equipo, nuestra organización.
- y de soportar ambigüedades y tolerar incertidumbres.
- y de trabajar conforme a normas y procedimientos (y aplicarlos con flexibilidad).
- y conscientes de nuestra contribución a la mejora de la calidad de vida y la dignidad de l@s ciudadan@s mas frágiles y para evitar sufrimientos inútiles.

El modelo de coordinación planteado reúne, sobre el papel, las condiciones para el éxito, pero el desarrollo que ha ido obteniendo lentamente, paso a paso, en la base asistencial no ha sido correspondido en otras estructuras y ese es el riesgo fundamental para que progrese y se consolide. En la práctica difícilmente nos encontraremos con todas las condiciones necesarias: Aún así es posible obtener buenos resultados porque, pese a quien pese, la vida y las organizaciones cambian y en los cambios siempre aparecen nuevas oportunidades. No sirve, en las organizaciones como en la vida, pararse a esperar.

Nos encontramos ahora con una nueva oportunidad, una posibilidad de cambio trascendental del sistema público de servicios sociales, siempre que seamos capaces de aprovechar la futura ley que abordará los derechos a las prestaciones sociales de las personas en situación de dependencia. Abrirá un importante ámbito para la transformación del sistema. Reabrirá también el debate y las propuestas sobre la coordinación sociosanitaria

Documentación consultada:

IIº Plan Sociosanitario de Castilla y León.

Manual de funcionamiento de las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria.

Manual de funcionamiento de los Equipos de Coordinación de Base.

(estos documentos pueden ser consultados en la web de la Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Dirección Gral. de Planificación y Ordenación).

Revista de la Federación de Enfermería Comunitaria

Proyecto "Carmen". Web de EHMA (European Health Management Association).

Atención Primaria: un modelo de coordinación sociosanitaria. SEMFYC.

La accesibilidad: elemento clave para la inclusión social de las personas dependientes que residen en el medio rural

Javier Charroalde Vallés. Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología. Master en Gerencia de Servicios Sociales por la UCM. Consultor Experto en Proyectos Sociales.

Los autores del Libro Blanco sobre la Dependencia (MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, 2004), a la hora de acercarse a la definición de este fenómeno social, utilizan las limitaciones para el desarrollo de las actividades de la vida diaria como uno de los referentes básicos en la descripción de las situaciones de dependencia. De acuerdo con el contenido de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDES) realizada por el Instituto Nacional de Estadística cuyos resultados detallados se publicaron en el 2002, las actividades de la vida diaria son las siguientes: "realizar cambios de las posiciones del cuerpo; levantarse, acostarse; desplazarse dentro del

hogar; deambular sin medio de transporte; asearse; controlar las necesidades, vestirse; comer y beber; cuidarse de las compras, de las comidas, de la limpieza y planchado de la ropa, de la limpieza y mantenimiento de la casa y del bienestar de los miembros de la familia" (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, 2001). Además, la citada encuesta establece cuatro niveles de dificultad (inexistente, moderada, severa y total) a la hora de valorar los problemas que presentaban los encuestados en la realización de las citadas actividades de la vida diaria.

Con los parámetros indicados, la EDDES arroja el balance que se puede observar en la tabla 1, y que se puede resumir en que más de un millón y medio de personas presentan una dificultad grave o imposibilidad total para realizar alguna de las actividades de la vida diaria (AVD). 815.491 personas presentan imposibilidad total para realizar

Tabla 1.- Personas con alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria por máximo grado de severidad y grupo de edad

	Total mayores de 6 años	Población de 6 a 64 años	Población de 65 a 79 años	Población de 80 y más años
Total	2.285.340	820.525	862.420	602.395
Discapacidad moderada	693.817	287.610	279.230	126.977
Discapacidad severa	731.705	258.241	307.792	165.672
Discapacidad total	815.491	261.547	257.455	296.489
No consta	44.326	13.127	17.942	13.257

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Resultados detallados, Madrid, 2002.

al menos una de las actividades de la vida diaria reseñadas y, para 731.705 personas, es grave su dificultad para realizar al menos una de las AVD's.

Bien es cierto que, como se recoge en el Libro Blanco, la EDDES no diferencia entre las actividades básicas de la vida diaria¹

(ABVD's) y las actividades instrumentales de la vida diaria² (AIVD's) pero, a pesar de ello, sí que permite acercarse a la magnitud de la situación de la Dependencia en España.

Por lo que se refiere a la discapacidad en el medio rural, y según la misma EDDES, la estimación del número de personas

Tabla 2.- Personas con alguna discapacidad por sexo, grupo de edad y tamaño del municipio de residencia						
	Población de 6 a 64 años		Población de 65 a 79 años		Población de 80 y más años	
	Total de municipios	Hasta 10.000 hab.	Total de municipios	Hasta 10.000 hab.	Total de municipios	Hasta 10.000 hab.
Ambos sexos	1.405.992	383.431	1.320.533	436.540	752.119	257.687
Mujeres	691.554	188.837	818.137	258.078	520.706	173.788
Varones	714.438	194.594	502.396	178.462	231.413	83.900

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Resultados detallados, Madrid, 2002.

con alguna discapacidad que residen en municipios menores de 10.000 habitantes supera la cifra de un millón de personas mayores de 6 años.

A partir de los datos divulgados por el INE en la citada encuesta, el informe 4/2003 del Consejo Económico y Social (CES, 2003) sobre La situación de las personas con discapacidad en España, pone de relieve que se produce "una concentración (de personas con discapacidad) superior a la media (9 % en el conjunto de España) en las

localidades menores de 10.000 habitantes "se obtiene como resultado una prevalencia (de la discapacidad) del 11 por ciento". Y, continúa el informe: "esto significa que casi la tercera parte del colectivo de personas que padecen discapacidades (31%) habitan espacios rurales, dato interesante si se pone en relación con la distribución del conjunto de la población española (23%)". Concluye el citado informe con que "la asociación entre ruralidad y vejez parece una de las explicaciones más verosímiles en la preponderancia de este hábitat".

Precisamente en la tabla 2 puede apreciarse que si ya del total de personas que manifiestan alguna discapacidad en el segmento de población de 6 a 65 años, el 27,27% residen en municipios del medio rural (menores de 10.000 habitantes), cuando se observa la columna de los mayores de 80 años con alguna discapacidad, el porcentaje de los que residen en el medio rural se eleva hasta un significativo 34,26%.

Abunda en este sentido el trabajo sobre "Envejecimiento en el mundo rural" (Rodríguez P. 2004) cuando en sus conclusiones pone de manifiesto que "El envejecimiento y sobre-envejecimiento que se está experimentando en las zonas rurales origina que haya cada vez más personas que alcanzan una avanzada edad, y algunas de ellas se encuentran en situación de fragilidad o con problemas de Dependencia.... Las condiciones geográficas y orográficas de determinados enclaves rurales, unido a la escasez de servicios y ausencia de intervenciones, originan, sobre todo entre las personas que comienzan a presentar dificultades de movilidad, un riesgo evidente de aislamiento, de pérdida de oportunidades, de falta de estímulos y de vulnerabilidad, que acelera las situaciones de Dependencia. Este riesgo se convierte en un problema real cuando no existen suficientes redes sociales próximas y cuando se carece de transporte público accesible.". Y concluye la autora su informe haciendo una llamada a los poderes públicos, pues pone de manifiesto

que "vivir en los pueblos significa también carecer de oportunidades para acceder a los servicios y una restricción clara en el ejercicio de los derechos. Estos territorios incorporan, por tanto, un elemento de discriminación que afecta a un grupo importante de población, lo que plantea a los poderes públicos la necesidad de intervenir para favorecer la equidad en el acceso a los servicios y compensar las dificultades contextuales".

Satisfacción de necesidades desde la dependencia

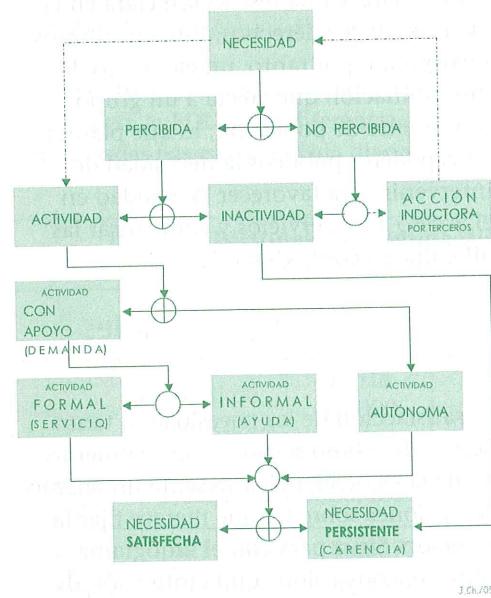
La satisfacción de las necesidades, tanto personales como sociales, especialmente desde la Dependencia, presenta un abanico de opciones sobre las que merece fijar la atención. Sirva para ello el fluograma adjunto, construido con la intención de transitar paso-a-paso por la secuencia.

notas

1. El Libro Blanco señala como ABVD las siguientes: "actividades esenciales de autocuidado y de movilidad física que son necesarias para llevar una vida independiente en casa, como cambiar las posiciones del cuerpo; levantarse y acostarse; desplazarse dentro del hogar, asearse controlar las necesidades; vestirse, desvestirse y arreglarse; comer y beber"

2. Y como AIVD el Libro Blanco recoge las siguientes: "actividades asociadas a las tareas domésticas y de administración del hogar, que implican interacciones complejas con el medio, como deambular sin medio de transporte, cuidarse de las compras, de las comidas, de la limpieza y planchado de la ropa, de la limpieza y mantenimiento de la casa y del bienestar de los demás miembros de la familia".

PROCESO DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES POR LA PERSONA DEPENDIENTE



Una primera cuestión es que la necesidad, por ejemplo una necesidad básica como la de la higiene personal, ante todo, puede ser percibida o no percibida por la propia persona dependiente. Lo habitual es que una persona de un entorno social normalizado cuide su higiene personal, pero puede darse el caso que para otra persona, en otro tipo de circunstancias, en otro contexto, el umbral de higiene sea tan bajo que ponga en peligro su salud y la de las personas de su entorno. Y ello porque no le dé importancia, es decir, que no perciba la necesidad personal y social de la higiene. En este supuesto, la persona no

hace por sí misma nada por mejorarlal; se muestra inactiva al respecto. No obstante puede, mediante la acción de terceros, ser inducida y, en su caso, ayudada a mejorar su higiene personal mediante un surtido de argumentos con diverso grado de imperiosidad. De persistir la persona en no aceptar que necesita de un grado mínimo de higiene, la carencia se irá aumentando, lo que puede llevar al deterioro de la situación.

A propósito de la acción inductora por terceros, ésta se convierte en especialmente importante, y en ocasiones imprescindible, ante personas cuya limitación se manifiesta en su incapacidad para su propio autogobierno, caso por ejemplo, de las personas afectadas por estados avanzados de la enfermedad del Alzheimer (en el diagrama estas situaciones se reflejan mediante las líneas de puntos).

Cuando la persona adopta una posición activa frente a la percepción que tiene de que quiere satisfacer la necesidad en cuestión, y como se recoge en el diagrama, la actividad puede acometerse de dos formas diferentes: de manera autónoma o mediante apoyo de terceros.

La satisfacción de una necesidad de manera autónoma por la persona dependiente es posible, en tanto las limitaciones de las capacidades humanas que manifiesta no le impidan específicamente efectuar la actividad o actividades ligadas a la necesidad que quiere satisfacer.

Hay que señalar que, en ocasiones y debido a circunstancias personales que coyunturalmente pueden acompañar a la limitación funcional principal, es posible que como consecuencia final resulte que la necesidad a la que se ha tratado de responder de manera autónoma quede sin la respuesta adecuada, es decir, persista como necesidad no satisfecha, como carencia, bien por voluntad propia o a su pesar (por no disponer del apoyo necesario).

Si la satisfacción de la necesidad requiere apoyo y se solicita por parte de la persona dependiente, se está ante la situación en la que la pretensión de satisfacción de la necesidad percibida por el sujeto toma forma de demanda. La captación de dicha demanda por el entorno de la persona dependiente es imprescindible para que ésta pueda obtener una posible respuesta a la necesidad que manifiesta.

La demanda puede tener dos vías de respuesta: por un lado, la respuesta que se ha venido en denominar informal, es decir, la proporcionada por el entorno íntimo o social de la persona: familiares, amigos, vecinos, etcétera. Ahora bien, a pesar de que éste es el apoyo más habitual que reciben las personas dependientes, en ocasiones y en función de las características de este entorno –existencia o no de familiares, amigos, vecinos, dispuestos y en condiciones de ayudar– puede suceder que la demanda quede insatisfecha, que la necesidad puesta de manifiesto no tenga la

respuesta adecuada y, por tanto, persista en forma de carencia.

Otra manifestación del apoyo informal, esta vez en sentido contrario, es la que conduce a la hiper-protección de la persona dependiente. En el mundo de las personas con discapacidad, sobre todo cuando ésta es de tipo intelectual, se viven numerosas situaciones en las que el entorno lleva a la sobreprotección de la persona dependiente y, en ocasiones, llegan a anular su potencial de autonomía; llegan a generar una dependencia mayor que la que tendría la persona en otro contexto más inclinado a potenciar su autonomía.

La tercera forma de orientar la satisfacción de la necesidad, cuando la demanda de apoyo es formulada por la persona dependiente, es por medio de la intervención formal de la red de servicios. Ésta se articula mediante un proceso técnico en el que la demanda, una vez detectada por el sistema, es analizada por profesionales y puesta en relación con la oferta de recursos más adecuada para satisfacerla. Si los recursos disponibles resultan los adecuados y son aplicados convenientemente, el proceso puede conducir a la satisfacción de la necesidad manifiesta.

En esta vía las salvedades son también importantes pues, como se ha indicado, tienen que existir los recursos adecuados, estar disponibles y han de ser aplicados convenientemente a la necesidad que

se trate. A este respecto, los servicios para el bienestar han de estar dotados de la suficiente flexibilidad como para adaptarse a las necesidades a las que deben hacer frente. Esta circunstancia se pone especialmente de manifiesto en el medio rural.

Como se refleja en el diagrama adjunto, la necesidad puede ser satisfecha o persistir como carencia independientemente de cual sea la línea de actividad por la que se pretenda hacer frente: de forma autónoma, ayuda informal o servicio formal. Lo que en cada caso ha de buscarse es la vía que proporcione el mayor grado de bienestar personal y social de la persona dependiente.

Ahora bien, en el marco de la presente reflexión, la satisfacción de las necesidades presenta, bajo cualquiera de las formas expuestas, un condicionante fundamental y es el de la accesibilidad a los recursos.

Si hablamos de satisfacción autónoma de la necesidad, la adaptación del entorno de la persona, la supresión de las barreras que un entorno determinado puede presentar, o la proporción a la persona de ayudas técnicas específicas, pueden potenciar la autonomía personal en el proceso de satisfacción de la necesidad. En este sentido, tanto la ayuda informal como formal serán necesarias en menor medida, o podrán tener un mayor alcance, si vienen acompañadas de un entorno accesible para el sujeto y de las citadas ayudas técnicas pertinentes. Entorno accesible y ayudas técnicas,

elementos ambos fundamentales para potenciar la autonomía de las personas en la satisfacción de sus necesidades, tienen que ser considerados a la luz de las capacidades humanas del sujeto, cuyo bienestar se pretenda mejorar. Como se señala en el siguiente epígrafe, serán las capacidades humanas de la persona dependiente las que marcarán la pauta de las adecuaciones del entorno y ayudas técnicas que se requieran en cada ocasión.

La accesibilidad: elemento clave para la inclusión social

Factores que inciden en el grado de autonomía de las personas

Se parte del principio de que una persona, para ser autónoma, ante todo ha de querer serlo. Pues bien, a partir de ahí, la autonomía de las personas (y de modo especial de las personas dependientes)



viene condicionada por tres elementos fundamentales que, adecuadamente combinados, pueden actuar de forma altamente positiva en orden a su logro. Como se refleja en el cuadro adjunto, capacidades humanas, accesibilidad del entorno y disponibilidad de ayudas técnicas, conforman lo que se podría denominar ejes básicos de la autonomía

personal. Un adecuado ajuste entre los tres elementos es la principal garantía de que se está logrando la mayor autonomía posible de la persona, por otra parte, dependiente. Por lo que se refiere a las capacidades humanas, en el documento sobre "Directrices para que el desarrollo de las normas (técnicas) tengan en cuenta las necesidades de las personas mayores y

Tabla 3.- CAPACIDADES HUMANAS

Sensoriales	Físicas	Cognitivas	Alergias
Vista	Destreza	Intelecto / Memoria	
Oído	Manipulación		
Tacto	Movimiento		
Gusto / Olfato	Fuerza	Lenguaje/ lectura / escritura	
Equilibrio	Voz		Contacto / alimentos / respiración

Fuente: Guide CEN/CENELEC 6.

las personas con discapacidad" (AENOR, 2003), las citadas capacidades humanas se agrupan en cuatro bloques, como recoge la tabla 3.

La accesibilidad al entorno que rodea o puede rodear a la persona en un momento dado, como se ha apuntado en párrafos anteriores, conforma uno de los condicionantes básicos de la autonomía personal, especialmente de las personas que pudieran tener una limitación funcional severa o total en alguna o varias de sus capacidades humanas. La consideración de la accesibilidad al entorno, por otra parte, no ha de circunscribirse exclusivamente a la derivada de la eliminación de barreras físicas.

A una mejor comprensión de lo que supone la accesibilidad al entorno en sentido integral ayuda el concepto de Accesibilidad Global, pues refleja claramente las diferentes dimensiones que se han de considerar al analizar la accesibilidad a un entorno construido, con el que potencialmente están llamadas a interactuar las personas.

Así, se entiende como Accesibilidad Global aquella "cualidad que tienen o se confieren a los entornos, en los que se puede disfrutar de bienes o servicios, según el contexto dado, con el fin de adecuarlos a las capacidades, necesidades y expectativas de todos sus potenciales usuarios independientemente

de su edad, sexo, origen cultural o grado de capacidad. Y ello, de tal modo que éstos puedan realizar, sin dificultad ni sobreesfuerzo, todas las acciones de deambulación, aprehensión, localización y comunicación que estén ligadas a los procesos que se espera realicen en, o en relación con dichos entornos, especialmente las que se deriven de situaciones de emergencia" (AEN/CTN 170, 2001).

En orden a potenciar la autonomía de las personas, y de manera especial la de las personas dependientes, a parte del grado de funcionalidad de las capacidades humanas y de la adecuación del entorno, la tercera pieza fundamental es la disponibilidad, en su caso, de la apropiada ayuda técnica, elemento éste que puede definirse como "cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico usado por la persona con discapacidad, fabricado especialmente o disponible en el mercado, para compensar, mitigar o neutralizar dicha discapacidad" (AEN/CTN 41, 2001).

Interacción entre capacidades humanas y entorno en orden a la accesibilidad

Repasados los elementos que pueden condicionar la autonomía de las personas, y dada la significación que para la accesibilidad tiene la interacción entre las capacidades humanas y el entorno, se pasa a continuación a considerar las consecuencias derivadas de dicha interacción.

La primera cuestión que hay que poner de manifiesto al analizar la interacción (y su posible resultado) entre la persona y su entorno en un momento dado es que, si bien el problema, es decir la inaccesibilidad, lo sufren las personas, quienes lo generan son los entornos excluyentes por su inadaptación. Es el cómo (y por qué) se han diseñado y dado forma a los entornos construidos lo que ha generado las situaciones de inaccesibilidad para ciertos ciudadanos. Además, nuestra sociedad, hasta hace relativamente poco tiempo, apenas se planteaba la cuestión de la accesibilidad como un elemento directamente ligado al ejercicio de la ciudadanía, ni siquiera al rol de la persona con discapacidad como consumidor.

Afortunadamente las cosas han cambiado (aunque, como se repite muy habitualmente desde la Fundación ONCE: "... queda mucho por hacer") y es por ello que cobra especial significación el analizar en qué medida la accesibilidad a bienes y servicios está relacionada con las capacidades humanas. Ello permite delimitar con mayor precisión las intervenciones que se requieran tanto en los entornos de la vida privada como de la pública, para adecuarlos para el uso y disfrute por personas con limitaciones funcionales concretas.

Como se aprecia en la tabla 4, el constructo accesibilidad se ha desagregado en las cuatro dimensiones que permiten singularizar los diferentes componentes

de la misma. Para ello se han seguido los denominados Requisitos DALCO, establecidos en la ya citada norma técnica UNE 170001-1. Como se establece en ella,

Tabla 4.- Dimensiones de la accesibilidad y las capacidades humanas

CAPACIDADES HUMANAS	DIMENSIONES DE LA ACCESIBILIDAD			
	Deambulación D	Aprehensión A	Localización L	Comunicación CO
Sensoriales	Visión		L	CO
	Oído			CO
	Tacto	A		
	Gusto / Olfato			
	Equilibrio	D		
Físicas	Destreza		A	
	Manipulación	D	A	
	movimiento	D	A	
Cognitivas	Fuerza	D	A	
	Voz			CO
	Intelecto / Memoria		L	CO
Alergias	Lenguaje / Analfabetismo			
	Contacto/ Alimentos/ Respiratoria		L	CO
		A		

Fuente: Elaboración propia a partir del PNE 170006 IN

para garantizar la accesibilidad global a los entornos construidos³.

los Requisitos DALCO son un "conjunto de requisitos relativos a las acciones de deambulación, aprehensión, localización y comunicación, que han de satisfacerse

3. Sobre entorno construido, la norma UNE 170001-1 del AEN/CTN 170 dice: "Concepto que incluye no sólo espacios edificados, sino también aquellos otros lugares en los que se ha producido la intervención humana dirigida a facilitar su uso social".

El cruce de los Requisitos DALCO con las capacidades humanas permite delimitar aquellas dimensiones de la accesibilidad que pueden verse afectadas por una disminución o carencia de alguna de las funciones básicas humanas (celdas sombreadas). Como se pone de manifiesto, a los efectos de promover la accesibilidad, va a tener distinta incidencia el que la limitación funcional de una persona provenga de una u otra de sus capacidades humanas.

Precisamente esta forma de abordar la problemática de la accesibilidad permite denotar, por ejemplo, que la inexistencia de barreras a la deambulación es un requisito que, de no cumplirse, va a poder limitar la accesibilidad a ese entorno a personas con las capacidades físicas de manipulación, movimiento y fuerza, y con la capacidad sensorial del equilibrio reducidas.

Desde otro ángulo se puede considerar que, según sea la limitación funcional que presenta una persona así serán las dimensiones de la accesibilidad que habrán de considerarse si se quiere potenciar su autonomía en un entorno dado.

En este sentido, fijada la atención en un entorno concreto, y analizados los diversos procesos que una persona desarrolla o se pretende que lleve a cabo en dicho lugar, la matriz de segmentación adjunta permite, a la luz de los citados procesos de interacción, establecer qué dimensiones de la accesibilidad entran en juego en

cada uno de los procesos singularizados y, consiguientemente, cuáles son las capacidades humanas que en grado de limitación o inexistencia pueden afectar a la accesibilidad (autonomía) de las personas que las manifiestan. Resolver dichas interacciones negativas mejorará la accesibilidad y, por ende, potenciará la autonomía de la persona, a pesar de que para otros procesos (que en el entorno analizado no se dan) resulte una persona dependiente.

La necesidad de efectuar adaptaciones en un entorno determinado (por ejemplo, el hogar de un anciano o de una persona con discapacidad), estará en función de las capacidades del sujeto en el momento dado, de la previsible evolución (regresión) de las mismas, y del grado de autonomía que se pretenda mantener o alcanzar.

Conviene recordar que las adaptaciones del entorno, complementadas en su caso por las ayudas técnicas y, en ocasiones, por entrenamientos específicos encaminados a la adquisición de nuevos hábitos o modificación de los existentes hasta entonces, forman un conjunto de medidas destinadas a potenciar la autonomía de la persona y coadyuvar a su inclusión social.

Basta un repaso a las ABVD's y a las AIVD's, de las que se ha hablado al comienzo de este artículo, para percibirse del importante papel que la mejora de la accesibilidad del entorno –y las ayudas técnicas– pueden jugar a favor de la autonomía de las

personas en situación de dependencia. La accesibilidad no podrá anular la dependencia, pero sí reducir su grado y, en cualquier caso, puede ayudar a recuperar, mantener o evitar pérdida de niveles de autonomía. Lo que sí se puede afirmar con contundencia es que la inaccesibilidad de los entornos agrava la Dependencia de las personas, y por tanto constituye un factor de exclusión social.

Accesibilidad en el medio rural

Llegados a este punto, en el que ya se han tratado de fijar las ideas a propósito de la importancia de la accesibilidad en la consecución de la inclusión social de las personas en situación de Dependencia, parece momento adecuado para centrar la reflexión sobre la accesibilidad en el hábitat que nos ocupa: el medio rural. ¿Qué reflejo tiene el medio rural en los documentos en los que se fijan las líneas de apoyo a la accesibilidad? ¿Es el medio rural objetivo de políticas públicas y de iniciativas específicas a favor de la accesibilidad?

La escasez de literatura al respecto de la accesibilidad y el medio rural ha impulsado a realizar, con los límites espaciotemporales que comporta un breve trabajo como el presente, una inmersión en documentos significativos relacionados con la accesibilidad en nuestro país, elaborados, emitidos o publicados por instancias públicas de los últimos años. El objetivo ha sido tratar de localizar

las referencias que específicamente se pudieran hacer al medio rural, tanto en las reflexiones como en las sugerencias, propuestas, iniciativas, proyectos, etcétera, plasmados en dichos documentos. Como se va a comprobar, no son todos los que hay, pero los consultados son realmente importantes en lo que a la accesibilidad en España se refiere.

Se ha tomado como referencia inicial del chequeo documental el año 2002, anterior al celebrado Año Europeo de las Personas con Discapacidad pues, como es habitual en estas ocasiones, en ese período vieron la luz algunos documentos que se han convertido en referentes sobre la cuestión de la inclusión social y, por supuesto, de la accesibilidad.

Por orden cronológico, el primero de los documentos consultados ha sido el Libro Verde (Accesibilidad en España) (INSTITUTO UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS EUROPEOS, 2002). Cuando aborda la situación de la accesibilidad del espacio urbano, en el diagnóstico que de la situación presenta, resalta que "es de destacar que los problemas de accesibilidad son mayores en los núcleos rurales y en las pequeñas áreas urbanas que en las ciudades medianas y grandes, destacando como mejor situadas las ciudades de entre 100.000 y 250.000 habitantes, seguidas por las metrópolis". Más adelante, cuando presenta el Diagnóstico Final: "El estado de la accesibilidad en España en 2001", vuelve a plasmar idéntica conclusión.

En aquel mismo año 2002 se proclamó la denominada "Declaración de Madrid. No discriminación más acción positiva es igual a inclusión social" (CONGRESO EUROPEO SOBRE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, 2002), que en sus propuestas para la acción llama a "fortalecer la legislación sobre accesibilidad para asegurar que las personas con discapacidad tengan el mismo derecho de acceso a todos los medios sociales y públicos, al igual que otras personas". Pero no hay referencia expresa a la importancia del tamaño del hábitat.

El documento "Valoraciones y opiniones recibidas sobre el Libro Verde de la Accesibilidad en España" (EQUIPO ACCEPLAN, 2002), en el que se recogen las emitidas tanto por "entidades de la administración central y autonómica como por ayuntamientos, corporaciones locales y ONG's y representantes de usuarios", aporta algunos apuntes interesantes. Por ejemplo, cuando se refleja la opinión de corporaciones locales sobre "los aspectos de la accesibilidad que no se han estudiado (en el Libro Verde) y deberían haberlo sido" la Diputación de Soria considera "que se debiera haber estudiado más la accesibilidad en el medio rural". Hay otras dos referencias en el documento que merecen significarse: la primera relacionada con la opinión aportada por la Diputación de Burgos a propósito de la necesidad de dedicar "mayor atención al medio rural con población envejecida". Y, por último, la aportación de la C.A. de Asturias que indica que en el diagnóstico (del Libro Verde) no

se reparaba en la "problemática en el medio rural" y continúa, "aunque el libro (Verde) sea "urbanocéntrico" se debería ampliar el diagnóstico hacia la población en hábitat disperso".

Ya en el 2003, el Consejo de Ministros del 25 de julio aprueba el I Plan de Accesibilidad 2004 – 2012, lo que supone un hito a favor de la accesibilidad en España. En la parte primera dedicada al Diagnóstico, se reproduce literalmente el párrafo del Libro Verde, citado anteriormente, en el que se ponían de manifiesto los mayores problemas de accesibilidad que presentan los núcleos rurales.

Más adelante, cuando aborda los principios generales del Plan se afirma que "la mejora de la accesibilidad contribuye a la sostenibilidad en la medida que mejora la calidad de vida de cualquier comunidad urbana o rural aumentando el rango de usuarios de sus entornos y servicios".

Finalmente, en la "Estrategia 13: mejora de los planes territoriales de promoción de la accesibilidad", se recoge, por fin, una propuesta de actuación concreta, la 1304, denominada "Programa-Piloto de apoyo a los núcleos rurales incorporando asesoramiento sobre accesibilidad en las oficinas comarcales".

La propuesta 1304 se fundamenta, según los autores del Plan, en una reflexión que comienza con una frase realmente

definitoria, como radiografía paradigmática de la situación en el medio rural: "la accesibilidad en el medio rural está en gran medida olvidada". Y continúa, "Los ayuntamientos carecen de medios materiales y técnicos para plantear soluciones, que resultan caras dada la escasa densidad poblacional, y para aspirar al desarrollo de Planes de Accesibilidad. No existen tampoco medios de transporte público, ni paradas o vehículos accesibles; y tampoco hay servicios de taxi accesibles cercanos, por lo que la solución a los problemas es estrictamente familiar. En ocasiones, la mentalidad aún poco evolucionada conlleva el deseo de mantener a las personas con discapacidad apartadas de la vida social y recluidas en el entorno familiar, lo que imposibilita su acceso a cualquier servicio o prestación básica de tipo educativo, asistencial o social; por no decir de ocio".

Ante este panorama, lo primero a reseñar es la dificultad técnica y el elevado coste económico de puesta en marcha de cualquier programa de mejora de accesibilidad en medio rural".

Por último, el texto indica los principales componentes de la actuación, entre los que destaca: el estudio y posterior proyecto piloto; el apoyo en estructuras administrativas u organizativas ya vigentes, que han de servir de plataforma de acceso a las villas y pueblos y, con mayor dificultad, a las aldeas y caseríos (Ejemplo: Oficinas comarcales de rehabilitación u otras

similares de intervención urbanística); y "otros componentes pendientes de desarrollo".

En su anexo, el Plan singulariza las funciones que asigna a los diferentes agentes llamados a participar en la actividad (1304). Así, al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS) se le asignan funciones de financiación, activación, gestión y desarrollo, asistencia técnica y consultiva, y control y evaluación. A las Comunidades Autónomas las funciones de financiación, activación, facilitación y control y evaluación. Y a las Corporaciones Locales el Plan, para el desarrollo de la acción 1304, asigna las funciones de gestión y desarrollo, y asistencia técnica y consultiva.

Y aquí termina toda la referencia específica al medio rural del I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012, lo cual representa una sola propuesta de actuación entre las cerca de sesenta que el Plan ofrece, dirigida específicamente al hábitat en el que reside el 23% de la población española.

Por lo que se refiere a la accesibilidad a las llamadas Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) desde el medio rural, en el documento "Las Personas con Discapacidad frente a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en España", elaborado por el IMSERSO y la Fundación Auna, coincidiendo con el Año Europeo de las Personas con Discapacidad,

se hace referencia al acercamiento de las TIC al medio rural. En concreto, se señala que dentro del Programa España.es y a través del área de actuación navega.es, se impulsa la medida “Telecentros (Internet Rural y en Bibliotecas Fase II).

Según la citada medida, se pretenden instalar 2000 nuevos centros de acceso público a Internet, en áreas rurales, con Banda Ancha. De su aplicación se hace responsable al Ministerio de Ciencia y Tecnología MCYT (a través de Redes) y al Ministerio de las Administraciones Públicas (MAPA), conjuntamente con las CC.AA. y las CC.LL..

Conviene recordar que la iniciativa España.es (MINISTERIO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, 2004) se puso en marcha por el Gobierno de España, después del Plan INFO XXI, y como respuesta a la iniciativa europea e-Europe. Del estudio de la iniciativa se desprende que, la ejecución de la citada medida, “Internet Rural”, estaba inicialmente prevista para los años 2003-2005, y anuncia que “se está en fase de creación de cerca de 3.300 telecentros distribuidos por toda nuestra geografía” (MINISTERIO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, 2004: p.56). Posteriormente, tras significar que hay un retraso en el medio rural respecto a las tecnologías de banda ancha pues se dice que, a la fecha, dejaba fuera al 70% de los municipios, informa de que “muchas zonas rurales sólo cuentan con comunicaciones a través de líneas TRAC

(Telefonía Rural de Acceso Celular) que no permite el acceso a Internet”⁴.

La medida de potenciar la red de telecentros del programa se planteaba el objetivo de la creación, en el período 2004-2005, de los citados 2.000 telecentros o puntos de acceso público a Internet, que unidos a los que sitúa en fase de creación, alcanzaría la cifra de 5.300, con lo que “se cubriría la práctica totalidad de municipios de entre 500 y 10.000 habitantes” (MINISTERIO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, 2004: p. 57).

El programa añade una advertencia de sumo interés para poder alcanzar el objetivo de lograr accesibilidad a las TIC por parte de los habitantes (con o sin limitaciones funcionales) en el medio rural, cuando precisa que “será necesario pues coordinar esta actuación con las que contemplen formación en el uso de las nuevas tecnologías, con las especificidades de las poblaciones rurales o grupo sociales en riesgo de quedar excluidos, así como con aquéllas que incentiven la cohesión y la integración social a través de las nuevas tecnologías” (MINISTERIO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, 2004: pp. 61 y sig.).

Para el éxito de la medida los autores del programa reclaman la continuidad en su implicación tanto del MAPA como de la Federación Española de Municipios y Provincias, a los que considera que se deben unir agentes implicados en el desarrollo rural como la Red Española de Desarrollo Rural, las CC.AA y, por

supuesto, el Ministerio de Ciencia y Tecnología (MCYT).

Por su significación para el acceso a las TIC por parte de las personas con discapacidad merece especial atención el subprograma “IV.2 Formación e Integración Digital” de España.es, ya que dedica un epígrafe especial a “Accesibilidad y Discapacidad”.

El subprograma se propone un objetivo sumamente loable e imprescindible para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y especialmente de las residentes en el medio rural: “lograr la integración social y territorial de las personas con dificultades añadidas de acceso a las TICs, tales como: discapacitados físicos y sensoriales, dispersión geográfica u otras características que impliquen riesgo de exclusión digital” (MINISTERIO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, 2004: pp. 61 y sig.).

Después de plantear la oportunidad que supone actuar en ese momento⁵, establece que las actuaciones en este terreno se llevarán a cabo en el marco del Acuerdo celebrado entre el MCYT, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y la Fundación ONCE, para el “desarrollo de una Sociedad e la Información donde estén integradas las personas con discapacidad”.

Luego de desgranar un conjunto de actuaciones, entre las que se hace mención expresa al Plan Nacional de I+D+I (2004-2007) en línea a que se

aumente la “disponibilidad de sistemas y aplicaciones que cumplan los estándares de accesibilidad, diseño para todos y de tecnologías asistivas”, se hace una priorización de acciones, entre las que se señalan varias especialmente relevantes en esta ocasión:

- “Desarrollo de tecnologías y herramientas asistivas que proporcionen calidad de vida adecuada a colectivos discapacitados con la posibilidad de adaptarse a situaciones concretas en función de las necesidades de los colectivos a que van dirigidas.
- Desarrollo de herramientas y aplicaciones destinadas a facilitar la inclusión social de los habitantes de las zonas rurales” (MINISTERIO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, 2004: p. 64).

Una vez descrita la citada iniciativa a favor de acercar las nuevas TIC a las personas con discapacidad, también a las residentes en el medio rural, parece conveniente completar el panorama con dos notas: una, sobre el propio horizonte temporal

notas

4. Al momento de la elaboración del informe, se conoce que en España existen más de 250.000 líneas TRAC, utilizadas no sólo por ciudadanos sino también por establecimientos industriales, agroalimentarios y turísticos.

5. Se hace una referencia expresa a que el Plan de Acción e-Europa 2005 promueve el “diseño para todos” y el que se adopten las directrices WAI (Iniciativa de Accesibilidad a la Web) en los sitios públicos.

de las actuaciones, establecido en dos años (2004-2005), y dos, el hecho de que en el actual Gobierno heredero del que aprobó el Programa España.es ya no existe el Ministerio de Ciencia y Tecnología. Sus competencias han sido distribuidas entre otros Departamentos, con lo que ello supone de reajustes, revisiones, etcétera. No obstante, en el documento España.es se da cuenta de que veintitrés Diputaciones Provinciales y Cabildos Insulares se habían adherido ya al programa "Internet Rural" en su primera fase.

El acceso a las TIC para las personas con limitaciones funcionales y, sobre todo para personas en situación de dependencia en el medio rural, es una oportunidad irrepetible, y en ocasiones, casi una condición imprescindible para poder mantener en el futuro un grado aceptable de inclusión social.

Para terminar esta panorámica sobre la accesibilidad en el medio rural, si quiera un breve apunte sobre algunas normas de referencia. Por lo que se refiere al ámbito estatal, dos leyes concretas: Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y del Comercio Electrónico (LSSI); y Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal (LIONDAU).

La LSSI, en su Disposición Adicional Quinta, referida a la "accesibilidad para las personas con discapacidad y de edad

avanzada a la información proporcionada por medios electrónicos", establece que las Administraciones públicas habrán de tomar las medidas oportunas para que la información de sus propias páginas de Internet pueda ser accesible a personas con discapacidad y edad avanzada, antes del 31 de diciembre de 2005. Más adelante, en su disposición final tercera fija plazos al operador designado para la prestación del servicio universal, para que haga posible que los usuarios de la Telefonía Rural de Acceso Celular (TRAC) puedan tener acceso funcional a Internet.

La LIONDAU de 2003, por su parte, insta a los poderes públicos a tomar medidas de acción positiva⁶ suplementarias para las personas con discapacidad que objetivamente "sufren un mayor grado de discriminación o presentan menor igualdad de oportunidades". En este sentido se refiere específicamente, y entre otras, a "las personas con discapacidad que viven habitualmente en el ámbito rural".

A parte de lo reseñado, resulta sumamente importante el hecho de que varias de sus disposiciones finales están dedicadas a las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación: en las relaciones con las Administraciones públicas (d. f. quinta); en el acceso y utilización de los bienes y servicios a disposición del público (d. f. sexta); de las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social (d. f. séptima); de los medios de

transporte (d. f. octava); y, por último, en el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones (d. f. novena). A pesar de fijar plazos demasiado lejanos para algunas de las obligaciones que establece, la LIONDAU es, en cualquier caso, un hito fundamental en favor de la inclusión social de las personas con discapacidad, en definitiva, para potenciar su calidad de vida.

En el ámbito de las CC.AA., la mayoría de éstas disponen ya de Leyes de Accesibilidad⁷. Pues bien, en una revisión de alcance que se ha realizado a un buen número de ellas, no se han localizado indicaciones expresamente referidas al medio rural si bien, por extensión, ha de suponerse que lo es de aplicación aquello que en las citadas normas se establezca de modo general. Otra cuestión es que las normas se cumplan, también en el medio rural.

Y ya para terminar, cabe hacer referencia a un instrumento ampliamente utilizado para operativizar la accesibilidad como son los Planes de Accesibilidad. Tal es el caso de los Planes Municipales de Accesibilidad, de los que ya gozan numerosas ciudades de España. Estos instrumentos de planificación, si bien son todavía escasos en municipios del medio rural, por las propias características relacionadas con el poco volumen de población, su dispersión y, sobre todo, la falta de presupuestos municipales, no obstante pueden ser una buena herramienta para potenciar la accesibilidad en el medio rural, como

instrumento para la compatibilización y coordinación de las actuaciones que se pudieran poner en marcha por las diferentes Administraciones Públicas.

En este sentido se puede destacar el papel que instancias como las Diputaciones Provinciales pueden jugar en el desarrollo de este tipo de planes, como en el caso de la provincia de Lugo donde la Diputación Provincial (DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE LUGO, 2005) presta su apoyo en la elaboración del Plan de Accesibilidad⁸, por el momento, a una veintena de municipios de su provincia de los cuales 19 tienen la consideración de rurales, pues su población estriba entre los 9.520 habitantes de Foz y los 1.425 de Muras.

6. La propia LIONDAU en su artículo 8 considera medidas de acción positiva a "aquellos apoyos de carácter específico destinados a prevenir o compensar las desventajas o especiales dificultades que tienen las personas con discapacidad en la incorporación y participación plena en los ámbitos de la vida política, económica, cultural y social, atendiendo a los diferentes tipos y grados de discapacidad"

7. Existen Ordenanzas Municipales sobre accesibilidad normalmente en municipios urbanos.

8. Otra iniciativa en esta línea es el Plan Provincial de Accesibilidad de Granada

Bibliografía

AEN/CTN 41 CONSTRUCCIÓN (2001) UNE 41500
IN – *Accesibilidad en la edificación y el urbanismo. Criterios generales de diseño*; AENOR; Madrid

AEN/CTN 170, NECESIDADES Y ADECUACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2003): PNE 170006 IN: "Directrices para que el desarrollo de las normas tengan en cuenta las necesidades de las personas mayores y las personas con discapacidad"; AENOR; Madrid. Versión oficial de la Guide CEN/CENELEC 6. Comité Europeo de Normalización (CEN) y Comité Europeo de Normalización Electrotécnica (CENELEC).

AEN/CTN 170, NECESIDADES Y ADECUACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2001): UNE 170001 – 1 – *Accesibilidad Global. Criterios para facilitar la accesibilidad al entorno. Parte 1: Requisitos DALCO*; AENOR; Madrid.

CES (2003): "La situación de las personas con discapacidad en España"; Colección Informes. Informe 4/2003; pág. 15. Web: <http://www.ces.es>

CONGRESO EUROPEO SOBRE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2002): Declaración de Madrid "No discriminación más acción positiva es igual a inclusión social". Madrid. En <http://www.cermi.es/>

DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE GRANADA: *Plan Provincial de Accesibilidad de Granada*. En <http://www.ddm.es/Archivos/acceso/introduccion.htm>

DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE LUGO (2005): <http://www.diputacionlugo.org/html/accesibilidad.htm>

EQUIPO ACCEPLAN INSTITUTO UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS EUROPEOS. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA (2002): *Proceso de Participación y Debate del Libro Verde de la Accesibilidad en España*. En www.cocemfe.es/libroverdeaccesibilidad

IMSERSO Y FUNDACIÓN AUNA (2003): *Las Personas con Discapacidad frente a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en España*. En www.cermi.es

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2001): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Avance de resultados; pág 41*. IMSERSO, INE, Fundación ONCE, Madrid

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS EUROPEOS. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA (2002): *Libro Verde (Accesibilidad en España. Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras)*; 1ª Edición; IMSERSO; Madrid

MINISTERIO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA (2004): *Programa de Actuaciones para el Desarrollo de la Sociedad de la Información en España 2004-2005*. España.es. En http://www.csi.map.es/csi/pdf/espana_es_actuaciones.pdf

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2004): *Libro Blanco sobre la "Atención a las personas en situación de dependencia en España*; MTAS; Madrid. Disponible en la Web.

RODRIGUEZ, P (2004): "Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares y políticas específicas". *Perfiles y Tendencias. Boletín sobre el envejecimiento*; nº 11. Observ. de personas mayores; IMSERSO; Madrid.

El alcoholismo femenino: una perspectiva profesional

Josefa Gómez Moya. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Valencia.

"En aquellos años, los temas de alcohol y drogas, no sólo estaban insuficientemente estudiados, sino que dedicarse a ellos, era para cierta gente señal inequívoca, de que a uno le gustaba meterse en lios."
(HERRERO, 2000:359)

El presente artículo forma parte de una investigación, que versa sobre el alcoholismo femenino. Hemos intentado presentar aquí un fragmento, adaptado y muy resumido a su vez, del capítulo que hace referencia al posicionamiento de los profesionales ante el fenómeno del alcoholismo en las mujeres.

El alcoholismo ha sido calificado como una enfermedad social y como un problema social, tanto si para aseverarlo recurrimos a considerar los factores causales como las consecuencias.

Una de las primeras contribuciones que llegaron a nuestro país, digna de mención, por los aportes interdisciplinarios de la misma, fue la obra de David Pittman publicada en 1966, donde encontramos referencias al análisis sociológico del alcoholismo.

Lo que propone dicho autor es que los índices del alcoholismo según diferentes

grupos poblacionales, sean considerados resultantes de la interacción de tres núcleos fundamentales de variables o factores. Los factores dinámicos: apuntan a las variables con las que los clínicos relacionan los esquemas motivacionales o de la personalidad. Las orientaciones normativas: relacionadas con las normas, las ideas y los sentimientos centrados en el acto de beber y que están arraigados en las tradiciones culturales de los diferentes grupos. Los factores alternativos: resumen todas las formas de conducta –normales o patológicas– que responden a una pauta cultural y que, excluido el consumo excesivo de alcohol, pueden representar el papel de equivalentes funcionales o de alternativas de la bebida, en cuanto constituyen formas de adaptación a las situaciones de inquietud psíquica aguda (PITTMAN, 1996: 55).

Si partimos de la premisa de que el alcohol es permisible desde el punto de vista cultural, los índices de alcoholismo en un grupo dado pueden ser concebidos como un producto de factores dinámicos, normativos y alternativos.

En el caso individual, este esquema sugiere la idea de que el alcoholismo implica la convergencia de un estado de tensión psíquica (que puede responder a varias causas) con un tipo particular de orientación o de actitud normativa hacia la bebida, comunicada presumiblemente al individuo por otros miembros del grupo social.

Desde nuestra perspectiva nos interesan los aspectos que se refieren al alcoholismo en su vertiente social, y este es el enfoque desde el que intentamos contemplar el fenómeno. La finalidad prioritaria de la investigación consistió en conocer el proceso de recuperación de la mujer alcohólica, por lo que nos centramos en el análisis de los elementos que influyen en el alcoholismo de las mujeres, y que lo convierten en un objeto de estudio complejo. Esta complejidad se debe a que en su configuración y expresión intervienen factores relativos a las condiciones del contexto social y a la socialización de las mujeres en dicho contexto.

En la rehabilitación de la mujer alcohólica, entendida como un proceso prolongado en el tiempo, desempeñan un importante papel las instituciones y las redes informales de apoyo social. En ambos casos, las figuras o actores sociales que intervienen, son pilares básicos para la mujer alcohólica. Por ello cobra especial relevancia, la relación que establece la mujer con el/la profesional al que se dirige en demanda de ayuda.

No cabe duda de que la perspectiva de los/las profesionales respecto al alcoholismo de la mujer, sus opiniones y actitudes tienen una incidencia especial en el proceso de recuperación y que la figura profesional produce un impacto -positivo o negativo- en la mujer. Por tal motivo los/las profesionales han sido considerados actores sociales de excepción y sus discursos nos

descubren planteamientos plagados de autenticidad y realismo.

Trabajar con alcohólicos/as: vocación o profesión

Los/las pioneros/as de las drogodependencias en España comenzaron a tratar alcohólicos/as en la década de los años sesenta, sin apenas reconocimiento institucional y con escasos medios. La mayoría de los equipos, compuestos por un médico psiquiatra y una asistente social, trabajaban en centros de salud mental, y hospitalares psiquiátricos.

El cruce de titulación y sexo, médico varón y asistente social mujer, determinaba la línea a seguir por el equipo, en el que los valores, el funcionamiento y las decisiones venían marcadas fundamentalmente por los varones médicos.

La incorporación de otros/as profesionales años más tarde, en la década de los años 70, así como la ampliación de los equipos, rompe este esquema diversificando las funciones y las responsabilidades.

No podemos separar ni las configuraciones de los equipos ni el curso de los razonamientos de los/las profesionales, del contexto global en que se producen. Por un lado, porque dichas opiniones son un componente importante en el nuevo sistema de atención estructural, y desde esta perspectiva deben entenderse. Por otro lado, porque tanto el impacto del fenómeno del alcoholismo como

la percepción que se tiene del mismo, está condicionado por el conjunto de factores que definen los escenarios sociales en los que dicho fenómeno tiene lugar.

En efecto, en el imaginario colectivo, la noción de alcoholismo, y todavía más el alcoholismo de la mujer, camina inseparablemente unido a conceptos morales, de ahí que se siga juzgando y discriminando tanto a las mujeres alcohólicas, como a sus familiares. La etiqueta de alcohólica, trasciende así la condición de proceso, no es un hecho que presente unos límites, sino que adquiere tal naturaleza, que como expresa CRIADO 2001: 14, "certifica la posición de desigual".

Los/las profesionales que trabajan en el ámbito de los problemas sociales, aún teniendo una visión excepcional de las consecuencias que produce el consumo abusivo de sustancias psicoactivas, no pueden estar liberados/as completamente de una concepción moralista porque se han socializado en un contexto que así lo entiende. Tampoco pueden estar completamente separados de sus propios posicionamientos personales. Pensamos, sin embargo, que precisamente esa subjetividad que impregna los planteamientos objetivos, racionales y aprendidos, enriquece el conocimiento del fenómeno del alcoholismo, que vivimos a diario desde perspectivas diferentes y en ocasiones opuestas, dependiendo del papel que se juegue en el citado fenómeno. Los/las profesionales llegan a trabajar en

alcoholismo por vías diferentes; por haber tenido algún contacto inesperado con personas alcohólicas, o a través de estudios y trabajos transversales al fenómeno del alcoholismo. Podemos decir que, en general, no ha existido un planteamiento objetivo "a priori" que les haya conducido a tomar esa decisión. Se desprende de sus discursos una cierta casualidad, algo con lo que se encuentran y que responde a un deseo oculto, a una tendencia no manifiesta. Una vez han contactado con el mundo de las drogodependencias, se sienten de algún modo atrapados en él, se sienten "enganchados" al trabajo.

...Yo acabé ese trabajo de campo y fue cuando me quedé ya enganchada al tema drogas. Nunca había estudiado, nunca había trabajado a nivel asistencial. En ese momento me pregunté qué podía hacer yo...

El contacto cotidiano con situaciones graves, con personas cuya vida ha sido un fracaso y con problemas irresolubles, requiere de una especial predisposición. En el transcurso de los años, el/la profesional se endurece, por decirlo de alguna manera, o se protege a sí mismo/a. De ahí que algunos/as de ellos/as nos hablan de una separación tajante entre los aspectos de índole profesional y su vida privada como mecanismo de protección de la esfera de lo personal. Aunque bien sabemos que esa línea divisoria no está claramente definida y que, en la mayoría de ocasiones, las personas adquieren una visión del propio mundo condicionada por la visión que la realidad laboral les proporciona.

"Con mi entorno no suelo hablar de mi trabajo. Nunca hablo de mi trabajo, con mi familia no hablo de mi trabajo, con mis amigos, ni siquiera con mis compañeros de clase que aún nos vemos, no hablamos de trabajo, de cualquier cosa menos de trabajo. Aunque es difícil porque ocupa más de la mitad de tu vida..."

A esta separación personal/profesional, también se le puede otorgar otra interpretación en la que se baraja lo objetivo y lo subjetivo. Hasta dónde debe alcanzar la objetividad profesional es un tema discutido en el ámbito de los equipos de trabajo, sobre todo en el área de la salud y concretamente en el área de la salud mental y el alcoholismo. La mayor o menor implicación del/la profesional es un debate que todavía se mantiene sobre la mesa. Quizá porque las alcohólicas reclaman una atención que no lo hace el/la enfermo/a que acude al servicio de traumatología. La asistencia al alcohólico/a significa atender a una persona que de alguna manera vuelca su intimidad y su vergüenza en el profesional. La necesidad de extrovertir los sentimientos y descargar sus problemas en "el otro" conlleva un tipo de relación en donde el/la profesional ha de saber moverse, intentando acercarse a la persona y al mismo tiempo mantener la distancia necesaria para que sus intervenciones sean terapéuticas y no meros consejos. En este alejamiento/acercamiento, el/la profesional corre el riesgo de decantarse hacia alguno de los extremos y ello en la mayoría de los casos pudiera ser contraproducente:

"...Ese vínculo, entre lo profesional y lo personal, yo pienso que los profesionales a veces nos escudamos en una cierta profesionalidad para no acercarnos a los sujetos que tienen problemas, o para no verlos"

Cabe también señalar el alto grado de exigencia personal que muestran los/las profesionales en su trabajo. Posiblemente el nivel de esfuerzo que reclaman de las personas que atienden está influyendo en sus planteamientos de vida propios. De otro modo no podrían trabajar en ese ámbito, porque para trabajar en él hay que comprenderlo y para comprenderlo hay que acercarse tanto, que implica lo personal.

El mundo de las drogodependencias y en particular del alcoholismo representa un sub-mundo dentro del contexto social, con sus propias normas y modelos de funcionamiento, con su propio lenguaje y mecanismos de relación. Qué duda cabe que los/las profesionales se encuentran muy cercanos a esa subcultura. En determinados momentos se le permite al profesional traspasar la línea divisoria existente entre los que dependen de una droga y los que no, —los "normales" y "los que no lo son"—, para acceder a la intimidad y la reserva guardada tras esa línea imaginaria. El alcoholismo deja de ser un concepto para el/la profesional, para convertirse en personas con nombre, en individualidades, que se dejan conocer por aquellos que entran en su mundo, el mundo del alcohol, de la dependencia, de la incomprendión y en definitiva del

sufrimiento. Los de "afuera" piensan y juzgan y por tanto adquieren una instantánea de las situaciones, una visión propia y lejana. Pero, los de "dentro" establecen unas normas como mecanismo de defensa. Aceptar su situación e intentar modificarla, requiere unos canales de comunicación que sólo se usan dentro de ese submundo, porque sólo en él se entiende el lenguaje de la dependencia, de la agresividad o del fracaso, en el mismo nivel de entendimiento y aceptación. Para unos los alcohólicos "mienten" para beber, para otros, los alcohólicos necesitan "autojustificarse" una conducta que les culpabiliza.

Nunca un/a profesional estará en el mismo lado de la línea, por razones obvias, y eso lo sabe tanto él mismo como los/las alcohólicos/as que atiende, pero es tal el acercamiento, que en ocasiones, ambos pueden olvidarlo y, es en ese momento, cuando el/la profesional percibe que algo de sí mismo está aportando en su trabajo.

La intervención de los/las profesionales en el tratamiento del alcoholismo, podemos decir que está en la actualidad exenta de terapias agresivas y se intenta acercar a cada persona individualizando las técnicas que se aplican. A pesar de ello el proceso de la mujer alcohólica que inicia un tratamiento, reviste mayores dificultades que para el hombre, entre otras cosas porque mayoritariamente son hombres quienes están al cargo de ellos y también porque en general las terapias son pensadas para hombres.

Del mismo modo, la forma de beber de las mujeres, la falta de apoyos familiares y los problemas que la rodean también condicionan que el pronóstico sea en principio más pesimista que para el alcohólico varón.

El mundo vital de la alcohólica

Aunque el tipo más frecuente de alcoholismo femenino, es el de ama de casa, esposas y madre de familia, el aumento del consumo entre las mujeres durante los últimos años, el cambio en el rol de la mujer en nuestra sociedad y su diversificación a consecuencia de su incorporación al mercado laboral y al mundo social, ha producido un cambio en la tipología de la mujer alcohólica, de forma que, como dice ETTORRE 1998: 12, habría que romper con la idea tradicional de considerar como un grupo homogéneo el de la mujer alcohólica. Existen múltiples factores diferenciales que derivan diferentes causas, modos de beber y efectos de su dependencia alcohólica. Unificar y homogeneizar, resta individualidad en la consideración del problema de cada persona y dificulta su comprensión.

Es evidente que entre las nuevas tendencias del consumo de alcohol aparece el aumento de ingestas alcohólicas en la juventud, (SANCHEZ, 2002: 14) incluyendo tanto a hombres como a mujeres y ello da como resultado que aumente el perfil de mujer joven consumidora de alcohol e incluso en combinación con otras sustancias.

Los profesionales tienen su propia visión sobre la mujer que tiene problemas con el alcohol y también tienen opiniones mediatisadas por los discursos imperantes en cada momento. Parece mantenerse en dichos discursos que el perfil de la mujer alcohólica ha cambiado, porque ahora son más jóvenes y consumen otras drogas, pero la realidad es que, quien mayoritariamente acude a tratamientos en los centros específicos para el tratamiento del alcoholismo no responde a esas características, sino que se acerca más al perfil clásico de la alcohólica que se oculta para beber, que es adulta y tiene problemas con su familia.

"Actualmente tratamos el alcoholismo en la mujer ya adulta, ya formada... de forma esporádica tenemos algún caso que es mucho más complejo, el de la adolescente, ...de policonsumo de otro tipo de sustancia..."

"...Hay muchos matices en una mujer alcohólica que son distintos a los del varón. El hombre es un bebedor más social, generalmente se inicia socialmente y sigue bebiendo socialmente y cuando viene a tratamiento es porque aparecen problemas sociales o familiares. La mujer es una bebedora de casa, clandestina, oculta y generalmente empieza a beber en un momento dado de la vida que aparece una situación estresante o angustiante, a los 30 años, y entonces utiliza el alcohol, quizás como un fármaco mal utilizado para aliviar esas tensiones..."

La espectacularidad de los consumos de drogas ilegales y la alarma social producida por el aumento de los consumos en las

mujeres jóvenes –circunstancias ambas que configuran un perfil de mujer drogadicta–, solapa actualmente otros modos de consumo de mujeres adultas que beben en exceso e incluso llegan a la dependencia.

Aunque pueda resultar interesante conocer el número de mujeres que tienen problemas con la bebida, la clase de alcohol que beben o cuándo lo beben, puede asimismo resultar muy revelador las relaciones entre el consumo de alcohol por las mujeres con sus experiencias como mujeres en la sociedad. Los/las profesionales necesitan comprender y desmenuzar todo lo que rodea al consumo de las mujeres. La preocupación por el problema del alcoholismo de la mujer, necesita abordar temas sociales amplios, y además, establecer relaciones entre éstos y la raíz del porqué beben las mujeres.

La forma en que las mujeres experimentan su papel como mujer, o las sutilezas de poder experimentadas en las relaciones de género, podría tener un efecto en la forma como ellas beben:

"Yo ahí quizás insistir en que casi todos los problemas de drogas llevan parejos los de emancipación de alguna forma. Entonces serían como procesos de evaluación personal, de autonomía personal que se han cortado, que están como en suspenso. En el caso de la mujer, yo insistiría en ese proceso de autonomía personal, de tener una identidad clara como sujeto, y que eso es un problema más. Y ahí nos da idea de que es un problema social, de que el alcoholismo en la mujer lleva parejo un lastre, un lastre también que

generalmente no se aborda, no se suele abordar. Y que es difícil también que los profesionales estemos concienciados de ese lastre."

Una característica digna de comentar es la condición de privacidad del alcoholismo femenino frente al alcoholismo de los hombres, que tanto en la manera de beber como en el período del tratamiento, es una cuestión mucho más pública. Pero en relación con el género, hay otro tema que merece importancia por cuanto que siempre tiene una presencia, latente, inconfesada, y en ocasiones incomprensible. Se trata del fantasma de la sexualidad que para la mujer juega en su contra:

"Una mujer bebiendo, en algún momento pues es mucho más interesante, sexualmente, -se siente tan culpable que hace todo lo que la pareja quiere, después de dos chilidos-, entonces una mujer que deja de consumir, empieza a ponerse en su sitio en cuanto a autoestima, empieza a no aceptar determinados comportamientos de su pareja, normalmente la mujer con problemas de alcohol ha tenido problemas de violencia y humillaciones, y violencia psicológica, y eso es un problema enorme en el tratamiento, hay que andar con muchísimo cuidado con el trabajo, creo, con una mujer alcohólica hay que andar con mucho cuidado porque la puedes poner, sin darte cuenta, en una situación de peligro real para ella con su pareja."

Los/las profesionales desde su punto de vista, consideran que las mujeres tienen una serie de problemas en sus casas, con sus propias familias y con la propia posición como mujer alcohólica en nuestra sociedad, que necesitan ser atendidos para poder

considerar una auténtica rehabilitación. Estos problemas, que evidentemente también los tienen los hombres, tienen una dimensión distinta para la mujer. Para el hombre son problemas como consecuencia de una conducta ética continuada; escuchamos repetidamente de las esposas que su marido es muy buena persona si no bebiera. Sin embargo en el caso de las mujeres parece ser que esa misma conducta ética aun siendo en gran parte, el origen de los problemas de la familia, se personaliza en la mujer, la cual no es tan buena persona, sino que "por ser degenerada" y beber, ocasiona los desastre familiares. A la mujer no se le perdona que no cumpla su papel en la familia y en la sociedad, independientemente del nivel cultural o clase social.

Estas situaciones llevan a la mujer a desarrollar sentimientos de culpa y baja autoestima, lo cual aún complica más su vida, porque le impide resolver con la suficiente objetividad los problemas a los que se enfrenta, y vuelve a recurrir al alcohol, y al menos cree que mitiga esa situación al no ser percibida, bajo los efectos de la bebida:

"...la mujer alcohólica empatiza tanto, que se siente culpable de todo..."

Es evidente que el alcoholismo tiene un gran impacto en el núcleo familiar, porque la comunicación entre todos los miembros de la familia se altera, la ansiedad es una constante en las relaciones familiares y

existen múltiples evidencias de que la violencia doméstica y el alcohol están a menudo relacionados.

Está claro que el consumo de alcohol puede llevar a las familias a experimentar diversas formas de alteraciones emocionales y funcionales, pero también es cierto que no se pueden relacionar todos los problemas familiares con las conductas de las mujeres bebedoras.

A todas las mujeres el consumo de alcohol les trae dificultades en su vida y se han relacionado toda una serie de sentimientos con la inclinación negativa hacia la bebida de las mujeres, aburrimiento, miedo, ansiedad, vergüenza,... y soledad.

La soledad acompaña a la mujer alcohólica como su sombra. El sentimiento de soledad la lleva a beber en exceso, incluso a adquirir una dependencia por su causa. La mujer es dependiente en su rol femenino, depende del hombre, de la familia, llena su soledad dependiendo de algo, aunque sea el alcohol:

"La soledad de la mujer alcohólica a la hora de rehabilitarse es muchísimo mayor que la del hombre. La prueba la tienes en que a los alcohólicos varones, todos, siempre vienen acompañados de una mujer... y con la mujer no es así por desgracia. Si consigues que al principio o bien el marido o los hijos la acompañen, eso acaba pronto." [...] "... no está sola a nivel de consulta, es que está sola a nivel de casa... y a nivel social... la discriminación es terriblemente más dura con ella que con un hombre en las mismas

condiciones. A nivel laboral, a nivel de reinserción, a todos los niveles."

El proceso de recuperación

Los actores sociales piensan, toman decisiones y actúan basándose en la cultura grupal en que se desenvuelven sus vidas. Sin embargo, en toda cultura hay aspectos visibles que podemos observar y copiar como son los hábitos y las costumbres, pero también hay aspectos ocultos (WHITE, 1999: 16). Son los pensamientos, actitudes, creencias y valores de nuestra sociedad. Determinan lo que hacemos y lo que decimos. Necesitamos observar, escuchar, analizar y estudiar los grupos y los actores sociales, para comprender los problemas sociales y entrar en un proceso de comunicación más eficaz entre los grupos y dentro de ellos mismos.

No podemos dejar de considerar la figura del/la profesional como puntal básico en la recuperación de la mujer alcohólica. En función de la atención recibida y de la imagen que la mujer percibe del profesional que la trata, en muchas ocasiones ésta adquiere con el/ella un compromiso, a partir del cual basa su rehabilitación. Un compromiso con alguien que confía en ella. Ese es el punto de inicio para tomar su decisión. Los miembros de la familia no suelen ser válidos para esto, porque ya no existe confianza mutua ni apenas respeto. Por lo tanto tiene que ser una persona ajena, desconocida, pero que empatiza desde el primer momento con la alcohólica,

conoce su flaqueza y hace de espejo, aunque devolviendo una imagen que puede llegar a ser positiva. Después necesitará de las terapias y los tratamientos adecuados.

Es necesario señalar, la escasez de grupos terapéuticos o grupos de autoayuda compuestos y dirigidos sólo por y para mujeres. Las mujeres tienen pocas posibilidades de desvelar su auténtico problema ante grupos mixtos, por dos motivos. El primero es el temor a que se repita el enjuiciamiento, que han vivido con anterioridad, por parte de los hombres. El segundo es la vergüenza a manifestar malos tratos y conductas degradantes delante de hombres.

Sería importante, que los programas de alcoholismo, en el que están incluidas las mujeres tuvieran ciertas características específicas, tales como: proporcionar información sobre los riesgos específicos que presentan las mujeres ante la ingestión de bebidas alcohólicas; evitar críticas que puedan incrementar los sentimientos de baja autoestima y ocultamiento del problema; intentar que la primera visita la realice una mujer y potenciar grupos de autoayuda para mujeres. Cuando una mujer se incorpora por vez primera a un centro, o a un grupo, suele acudir asustada y avergonzada, pensando que van a enjuiciarla por el hecho de ser mujer alcohólica. Por lo general los grupos de autoayuda mixtos despliegan al máximo su capacidad de acogimiento y comprensión cuando se incorpora un nuevo miembro,

y aunque la mujer se siente aceptada por sus iguales alcohólicos, el nivel de acercamiento al grupo sería mucho mayor si además de estar unidos por el alcohol, les uniera también la homogeneidad de género. (GÓMEZ 2005:118).

Conclusiones

El enjuiciamiento socio-moral sobre el alcoholismo no se ha superado en nuestra sociedad, siendo más evidente, si el alcoholismo es femenino. La mujer alcohólica es menospreciada socialmente en mayor medida que el hombre alcohólico. En el imaginario social la mujer alcohólica se encuentra entre el vicio y la enfermedad, hasta tal punto que las propias mujeres alcohólicas no lo tienen claro. Vicio es un concepto que suele aparecer unido a la falta de conciencia de alcoholismo. El concepto de enfermedad desculpabiliza a la mujer alcohólica, porque la libera de la estigmatización.

Para el enfoque interaccionista, desde el que partimos en nuestra investigación, lo importante es la relación dinámica, el proceso de elaboración de lo normal y lo desviado. En la explicación de tales procesos, que tiene lugar en un contexto, hay que hacer referencia a otros más básicos, en definitiva, al orden social y sus mecanismos ocultos y últimos. El significado de desviación social está ligado a una colectividad y un sistema social determinados; por lo tanto, no existen

comportamientos desviados en sí, sino solamente definiciones sociales de lo que es un acto conforme o desviado.

El perfil de la mujer alcohólica que accede a los centros de tratamiento es muy particular, si se tiene en cuenta su imagen pública y la privada. Fundamentalmente es el de una mujer poco convencional, que trabaja fuera de la casa, cree en su emancipación, y se exige a sí misma una superación personal. Al mismo tiempo es una mujer tradicional, esposa y madre, a la que invade un gran sentimiento de culpa por el hecho de beber, quedando su papel en la familia totalmente desdibujado.

A este perfil general, se han añadido otras tipologías de mujeres, a consecuencia del aumento y diversidad de los consumos. Las jóvenes bebedoras de fin de semana apenas llegan a los servicios asistenciales porque todavía no presentan patologías con relación al alcohol, sin embargo las jóvenes drogadictas que también beben alcohol, sí recurren a los centros de tratamiento, pero su perfil responde al de mujer toxicómana más que al de alcohólica.

El alcoholismo de las mujeres se caracteriza por su ocultismo, las mujeres beben en privado y esconden las consecuencias y los efectos que les ocasiona el alcohol.

La pareja de la alcohólica, por lo general, no ayuda a la mujer a ponerse

en tratamiento. La oculta. Tampoco le acompaña durante el periodo de recuperación, y en ocasiones, boicotea la rehabilitación porque prefiere a la mujer bebida, que no plantea problemas de competencia en la estructura familiar.

La relación establecida con los profesionales durante el proceso de ayuda para rehabilitarse, genera en las mujeres alcohólicas, una gratitud que les mantiene en su convicción de no volver a beber. Es como si hubiera adquirido un vínculo o compromiso personal que no debe quebrantarse. De ahí la importancia de los agentes sociales en el proceso de recuperación, porque la mujer está socializada en la dependencia y por sí misma no realiza el esfuerzo. El sentido a su vida siempre lo encuentra en función de otros, bien sea la familia, el grupo o el terapeuta. Por ello, otra dependencia que la alcohólica puede desarrollar, como elemento sustitutivo, es con el profesional o con el grupo.

Las respuestas sociales al alcoholismo femenino deben tender hacia medidas de soluciones diversas, que cuenten con un seguimiento de carácter técnico que permita evaluar y contrastar los resultados obtenidos, aunque somos conscientes de que no existen fórmulas magistrales para terminar con el problema.

Bibliografía

CRIADO, M.ª.Jesús. (2001) *La línea quebrada*. CES. Colección Estudios. Madrid.

ETTORRE, Elizabeth. (1998) *Mujeres y alcohol*. Narcea. Madrid.

GÓMEZ , Josefa. (2005) *El alcoholismo femenino. Una perspectiva sociológica*. Octaedro- Rialla. Barcelona- Valencia.

HERRERO, Rafael. (2000). "La Revista Española de Drogodependencias cumple 25 años". Revista española de Drogodependencias Vol. 25, nº 4: 359-370

PITTMAN, David. (1966) *Alcoholismo. Un enfoque interdisciplinario*. Horme. Buenos Aires.

SANCHEZ, Lorenzo. (2002) "El consumo abusivo de alcohol en la población juvenil española". *Trastornos adictivos* 2002,4 (1). 12-19.

WHITE, Carolina. (1999) "Análisis cultural de situaciones comerciales". The College of St. Catherine. St. Paul. Minnesota.

Montserrat Solé i Aubia. Profesora asociada de la Escuela Universitaria de Trabajo Social. Universidad de Barcelona.

Josep Rodríguez Roca. Profesor asociado del Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

En los últimos veinte años han llegado a España personas que provienen de diferentes partes del mundo. Estas personas se han instalado, principalmente, en las comunidades autónomas de Cataluña, Madrid, Andalucía y Valencia, debido a las oportunidades de incorporación al mercado laboral que existen, especialmente, en sectores en los que debido al nivel salarial, a los horarios, a la temporalidad de los contratos o, incluso a la peligrosidad, resulta difícil conseguir mano de obra autóctona.

Cataluña con 423.988 inmigrantes, a 31 de diciembre de 2004¹, es la Comunidad Autónoma con el segundo porcentaje (un 23,31%) más elevado de inmigrantes de todo el Estado Español. Las características más importantes de esta inmigración es su alto grado de heterogeneidad (con representantes de 170 países) y su dispersión por casi todo el territorio, donde los porcentajes más importantes se dan en poblaciones relativamente pequeñas ya que las fuentes principales de ocupación se encuentran en los servicios y en la agricultura².

Si bien la comunidad más representada es la marroquí (con 166.260 personas), en los últimos tres años, ha aumentado de manera espectacular la llegada de personas de otros países, anteriormente, muy poco representados. Algunos siguiendo la dinámica internacional (los que provienen del antiguo bloque soviético: Rumanía, Polonia y Ucrania), otros debido a ciertos lazos históricos (Ecuador y Perú) y otros, básicamente nuevos, sin relación histórica y con la particularidad de que casi la mayoría de los que han llegado a España, se han instalado en el área de Barcelona como por ejemplo los inmigrantes provenientes de Pakistán que es uno de los colectivos que más ha crecido en los últimos tiempos.

De hecho antes del año 2000, año en que se promulgaron las leyes 4/2000 y 8/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social³, y que como consecuencia se inició un proceso extraordinario de

* Trabajo ganador de la segunda mención especial del VI Premio Padre Rubio S.J. para avances en el conocimiento de la inmigración, de la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid

1. Fuente: Ministerio del Interior

2. Solé Aubia, M. (1999) *Els Plans territorials d'integració dels immigrants: una estratègia per promoure la participació, la coordinació i el consens*. Revista *Idees*. Núm. 3. Barcelona.

3. BOE núm. 307, de 23 de diciembre de 2000.

regularización, la presencia de ciudadanos pakistaníes era muy poco notoria. No fue hasta la protesta por las denegaciones de permisos de residencia, por no cumplir los requisitos señalados, cuando un grupo de 100 inmigrantes se encerraron en dos iglesias de Barcelona y se declararon en huelga de hambre. Las imágenes en la televisión de estos encierros hicieron público y notorio a la mayoría de ciudadanos y administraciones la presencia de pakistaníes en la ciudad. Este estudio pretende fundamentalmente, iniciar una vía de investigación que permita responder alguna de esas preguntas y, a la vez conocer un poco más un colectivo que, si bien no pasan desapercibidos por el conjunto de la población, es todavía muy desconocido.

Algunas ideas clave para entender el origen de la inmigración Pakistání

Territorio y población

La República Islámica del Pakistán es un país asiático creado artificialmente en el año 1947 por la partición de la India, en base a un criterio religioso. Las últimas cifras de población del año 2000 cifran la población del Pakistán en 142 millones de habitantes⁴.

Los pueblos que habitan Pakistán constituyen un variado mosaico de etnias y lenguas, con el vínculo religioso islámico

como único hilo conductor de la unidad nacional. El idioma oficial es el urdu, muy similar al hindi de la India, pero escrito con caracteres arábigos; puede decirse que mientras que el hindi es la lengua de los hindúes (miembros de la religión hindú), el urdu es la variante de esa misma lengua empleada por los musulmanes de India y Pakistán. En gran medida, el urdu constituye una lengua religiosa, empleada en el culto, siendo la materna para apenas el 7% de los pakistaníes a pesar de su condición de oficial⁵.

El urdu es conocido y enseñado en todas las escuelas, y es la lengua de la administración. Debido a la colonización británica, el inglés también es conocido básicamente por la población con estudios secundarios y universitarios, donde es la única lengua utilizada. El punjabí es el idioma más difundido y hablado por más del 60% de la población, sobretodo del Punjab. El punjabí se escribe en caracteres persas e indios y es muy parecido al hindi.

El país está dividido en cinco provincias: Sind, Baluchistán, Punjab, Kachemira y Frontera del Noroeste (NWEP). La palabra Pakistán se forma a partir de las iniciales de las cinco provincias y del sufijo TAN, que significa país: Punjab, Afghan (provincia del Noroeste), Kachemira, Indus, Sind, BaluchisTAN⁶.

La provincia de Baluchistán, en el sur oeste del país, es montañosa y desértica y la principal actividad económica es

la ganadería. Es la provincia menos desarrollada y menos poblada, donde perdura una forma de organización tribal.

La provincia del Sind está en el sur este y constituye la parte final del valle del río Indus. Junto con la provincia del Punjab son las zonas más pobladas del Pakistán. La capital del Sind y a la vez puerto principal, Karachi, es la ciudad más grande del Pakistán con altos índices de inmigración de otras partes del Pakistán y de la India. Está considerada también la capital cultural del Pakistán. En las zonas rurales, de regadío en su mayor parte, se mantiene una estructura feudal.

La provincia del Noroeste (NWFP), con frontera con Afganistán, es muy montañosa y poco comunicada con el resto del país. Su capital es Peshawar. Muchos de sus habitantes se ven obligados a emigrar debido a la poca tierra cultivable existente. Es en esta zona donde se concentran los campamentos más grandes de refugiados afganos.

La provincia del Kachemir, con permanente disputa con la India por la definición de sus fronteras, es también la zona más montañosa y su principal actividad económica es la agricultura.

La provincia del Punjab, con frontera en el Este con la India, es la parte central del valle del río Indus. Es la zona más poblada con más de la mitad de la población del Pakistán y con tres de las ciudades

más grandes Lahore, Rawalpindi y la capital del país, Islamabad, ciudad creada artificialmente y aún no terminada, donde viven casi exclusivamente los funcionarios del Gobierno. El Punjab es la zona más rica del Pakistán y con la tierra más fértil.

Religión

El Islam es la religión mayoritaria (97%)⁷ del Pakistán a pesar de que en las zonas del Cachemir y del Sind viven también hindúes, budistas y cristianos. El Islam llegó al valle del Indus en el siglo VII (el mismo siglo en que llegó a la península Ibérica). Llegó de la parte de Persia lo que marcó algunas de las diferencias con el Islam de origen árabe. Además, la influencia del hinduismo y del budismo así como de la colonización británica, marca algunas de las tradiciones diferentes a las propias del Islam, sobretodo festividades y costumbres. El Islam del Pakistán es principalmente sunní (77%).

4. Web: http://go.hrw.com/atlas/span_htm/pakistan.htm

5. Nuevo Diccionario Enciclopédico Universal. Vol.10. Durvan SA de Ediciones. 1991.

6. Ruksana Qamber. Catedrática de Estudios Pakistáníes. Universidad de Barcelona. (Comunicación personal).

7. Web: http://go.hrw.com/atlas/span_htm/pakistan.htm

La emigración laboral pakistání:⁸

Los datos oficiales de los flujos migratorios de salida muestran que 3.486.631 trabajadores pakistáníes se trasladaron al extranjero entre 1971 y 2003. De éstos, sólo 6.560 (0,2%) se dirigieron a países europeos. Más de la mitad al Reino Unido que tradicionalmente ha sido el principal receptor de nacionales pakistáníes con un total de tres cuartos de millón. Alemania se encuentra en segundo lugar, seguido de Italia y Grecia. Pero en términos numéricos la emigración pakistání en Europa ha sido bastante baja en las tres últimas décadas. A principios de los años sesenta se encontraban entre los primeros trabajadores que emigraron a los seis países ricos en petróleo: Bahrein, Kuwait, Oman, Qatar, Arabia Saudí i los Emiraatos Árabes Unidos.

La inmigración Pakistání en España: evolución y cifras actuales

La evolución del crecimiento del colectivo pakistání ha sido espectacular en los primeros tres años del siglo XXI. A pesar de ello y de acuerdo con la evolución cuantitativa, así como la determinación de algunos indicadores de asentamiento, se podría sostener que el flujo migratorio pakistání en España, y concretamente en Barcelona ha protagonizado tres fases distintas⁹:

- Abarca las décadas de los años setenta y ochenta, en la que se produce la primera llegada básicamente procedente de otros países europeos. Eran básicamente hombres solos.

- A partir de los años ochenta y hasta mediados de los noventa. El colectivo inicia su proceso de asentamiento: se feminiza el colectivo, aparecen comercios regentados por pakistáníes y se concretan iniciativas asociativas.

- Finales de los noventa hasta la actualidad. El perfil cambia, volviéndose a masculinizar y incrementándose espectacularmente las cifras.

Una de las características de los pakistáníes es su concentración geográfica. Así, la gran mayoría de los pakistáníes que tenían permiso de residencia el 31 de diciembre de 2003 en España, 11.720 estaban en Cataluña, de los cuales 11.252 vivían en la provincia de Barcelona, y, más concretamente, 9.294 estaban empadronados en la ciudad de Barcelona¹⁰. Pero incluso en la ciudad de Barcelona, el 53% de los pakistáníes vivían en el distrito de Ciutat Vella.

Otra característica particular, es el alto grado de masculinidad entre el colectivo. El 93,98% de los pakistáníes es de sexo masculino, siendo solamente 617 las mujeres con permisos de residencia, 67 de las cuales lo tiene de régimen comunitario. En cuanto a la edad, se observa que la gran

mayoría están en plena edad laboral. Así, son 9.663 los pakistáníes que tienen entre 16 y 64 años. La cifra de los que están de alta en la Seguridad Social disminuye a 5.851, la gran mayoría de los cuales son hombres (5.746) de 25 a 54 años (4.917) y que están cotizando en el régimen general (4.210) y en el régimen agrario (1.085). En cuanto a los demandantes de ocupación, 1205, el 85,15% no percibían ningún tipo de prestación, 482 lo eran del sector servicios y 227 de la industria, y la gran mayoría (1.151) hacía menos de 6 meses que había formulado la solicitud¹¹.

A parte de estos datos estadísticos, hay otros elementos que dan prueba de la visibilidad que este colectivo adquiere: los establecimientos comerciales regentados por personas de este origen y las asociaciones y espacios de culto. Así por ejemplo, en 2001, de un total de 209 establecimientos regentados por extranjeros en el barrio del Raval (379 en total de Ciutat Vella), 112 estaban regentados por pakistáníes, lo que representa un 53%. Hay que decir que la primera carnicería halal que se creó en este barrio en 1983 fue por iniciativa de un comerciante pakistání. La principal agencia de viajes que organiza el peregrinaje a La meca para los musulmanes de Barcelona y alrededores está gestionada por matrimonio pakistání. Por último, de los cuatro centros de culto islámico presentes en el barrio del Raval, tres de ellos fueron creados y/o están gestionados por pakistáníes, y las expresiones islámicas más multitudinarias que se celebran en el

barrio son organizadas por una de las dos comunidades musulmanas pakistáníes en el polideportivo del Raval¹².

Estudio del colectivo de Pakistáníes de Barcelona

Con la finalidad conocer aspectos sociales, económicos y culturales de la vida de los pakistáníes de Barcelona se diseñó un estudio con los siguientes objetivos:

Objetivos

- Describir las características básicas asociadas al sexo, edad y estado civil de la población de pakistáníes de Barcelona.
- Determinar las regiones pakistáníes de procedencia, así como los períodos más importantes de llegada, analizando los países en los que han vivido antes de llegar a España.

8. Shah, Nasra M. "La emigración laboral pakistání: nuevos destinos en Europa". Revista CIDOB d'Afers Internacionals, no 68, diciembre 2004-enero 2005.

9. Moereas, Jordi, "¿Ravalistán? Islam y configuración comunitaria entre los paquistaníes en Barcelona. Revista CIDOB d'Afers Internacionals, no 68, diciembre 2004-enero 2005.

10. Datos obtenidos de la página web del Ayuntamiento de Barcelona: <http://www.bcn.es/estadistica/dades>

11. Ministerio del Interior. Anuario Estadístico de Extranjería 2001.

12. Moreras, J. Idem.

- Describir su distribución por barrios, analizando si los pakistaníes que viven en Barcelona lo hacen principalmente en un mismo barrio y mantienen básicamente relaciones con sus compatriotas.
- Describir el tipo y la distribución de los comercios regentados por población pakistaní.
- Conocer sus prácticas religiosas.
- Determinar si los pakistaníes que viven en Barcelona tienen un nivel de formación medio pero un alto desconocimiento de las lenguas del país de acogida.
- Describir las ocupaciones principales de la población pakistaní.
- Analizar los motivos de la emigración y las razones por las que escogió la ciudad de Barcelona como residencia, así como si todo concuerda con sus ideas previas.
- Recoger información sobre sus expectativas de futuro y si realizan envíos de dinero al Pakistán.
- Analizar el uso de servicios sanitarios, sociales y educativos que realizan.
- Obtener información sobre el grado de pertenencia a asociaciones y sindicatos.

Análisis de los resultados del cuestionario

Características básicas asociadas al sexo, edad y estado civil

La práctica totalidad de los entrevistados, 96,8%, fueron hombres (271). Únicamente, pudieron ser entrevistadas 9 mujeres (3,2%). Esto es debido, básicamente, a tres motivos: la gran mayoría de los inmigrantes pakistaníes son hombres, tal como reflejan las estadísticas oficiales, ya que son los que conforman la primera oleada inmigratoria, llegando posteriormente las mujeres por reagrupación familiar. Por otro lado, también cabe recordar que las entrevistas fueron realizadas en lugares públicos, habitualmente mucho menos frecuentados por la mujer musulmana. De todos modos, según los datos de nuestro estudio, el 71,5% de los hombres casados tiene el cónyuge en Pakistán. Son, por lo tanto, muy pocas las mujeres que ya han venido por reagrupación familiar. Del total de hombres que tienen a la esposa en Pakistán, el 25,4% expresan haberse planteado reagrupar a la familia, pero también hay que destacar que el 13,2% manifiesta que aún no sabe qué hacer.

En lo referente al estado civil existe un leve predominio de los hombres casados (53,9%) por encima de los solteros. Los hombres casados tienen una media de edad de casi 36 años, bastante superior a la de los solteros que tienen 26 años.

En cuanto a las mujeres entrevistadas, recordemos que solo han podido ser 9, tienen una media de 32,5% años de edad, todas están casadas, han venido por reagrupación familiar, y tienen una media de hijos superior a 3 (esta media de tres hijos coincide con la de los hombres que aún no han podido reagrupar a sus familias). La mitad de las mujeres tienen a todos sus hijos viviendo en Barcelona, mientras que el resto aún tienen algún hijo viviendo en Pakistán.

Regiones pakistaníes de procedencia, períodos de llegada y países en los que han vivido anteriormente

El 90'7% provienen de la zona del Punjab. Es por ello que el 63,6% manifiesta que su lengua materna es el punjabí, y que conoce perfectamente el urdu, la lengua oficial del Pakistán. De las mujeres entrevistadas, 7 provienen del Punjab y 2 del Kachemir.

Si consideramos la totalidad de entrevistados la media de tiempo que hace que llegaron a Barcelona es de 3 años. El 84,6% de los entrevistados manifiesta haber llegado en los últimos 4 años. El 10% de los entrevistados lleva más de 8 años viviendo en Barcelona, siendo la persona que más lleva 22 años y la que menos un mes. Estas cifras nos describen una pequeña comunidad de pakistaníes que, posiblemente, está en el origen de la red de apoyo que ha hecho posible la llegada

de un contingente muy importante y su asentamiento en el Barrio del Raval.

Por otro lado, analizando los resultados de las entrevistas, al menos un 65% de los entrevistados no estaban en Barcelona antes del 31 de Marzo de 2000. Creemos que tampoco lo estaban, a juzgar por los itinerarios recorridos, en ningún otro lugar de España. No podemos precisar cuantos de los que no estaban en esa fecha consiguieron regularizar su situación de manera extraordinaria, ya que durante la entrevista se ha omitido, de manera consciente, el preguntar por su situación de regularidad. El motivo ha sido evitar las posibles desconfianzas que esta pregunta pudiera producir, ya que los objetivos del estudio van mucho más allá de conocer la situación de regularidad o irregularidad de los inmigrantes entrevistados.

La hipótesis más plausible, confirmada por miembros de la comunidad pakistaní, es que el encierro de los meses de Enero, Febrero y Marzo de 2001, sirvió de llamada para muchos pakistaníes que estaban viviendo de forma irregular en otros países europeos. Nuevamente, las redes de amistad y parentesco jugaron un papel importantísimo dando cobijo y apoyo al contingente que llegó en aquellos momentos.

Otra de las observaciones que se desprende del análisis de los cuestionarios es que el flujo de llegada de inmigrantes pakistaníes continua, independientemente de los

procesos administrativos destinados a controlar los cupos. Una cifra a destacar es que durante el último año han llegado el 27% de los entrevistados, no es necesario decir que este contingente de personas mantienen una situación irregular y no constan en los censos y estadísticas oficiales.

En cuanto a las mujeres, la media de estancia en Barcelona es de casi 4 años.

Casi el 40% de los entrevistados ha vivido en otro país antes de llegar a España. De hecho el 28,2% ha vivido en otro país europeo. Los países europeos más habituales son Francia, Alemania y el Reino Unido. Los países no europeos que acumulan mayor número de estancias son: Irán y Arabia Saudí.

Distribución por barrios, convivencia y relaciones sociales

La mayoría de los pakistanés entrevistados (62,9%) residen en el barrio del Raval, el resto, en su mayoría, se reparten por los otros barrios de la misma ciudad a excepción de un total de 15 (5,35%), que manifestaron vivir en otras ciudades del área metropolitana de Barcelona. Sea como sea todos ellos tienen relación con el barrio del Raval, ya que tienen parientes o amigos, trabajan y/o realizan sus compras en los comercios del barrio.

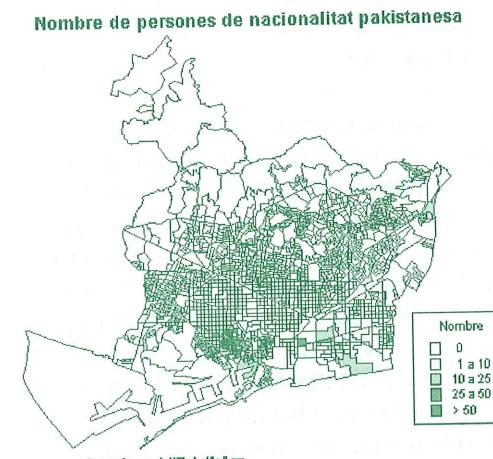
165 de las personas entrevistadas viven con amigos de su misma nacionalidad, lo

que supone el 58,9%. El resto vive con su familia, ya sea nuclear (15,4%) o extensa (12,5%). Esta cifra aumenta cuando se analizan las mujeres, en que la totalidad vive con la familia.

El 81,4% tiene amigos de su misma nacionalidad. Este porcentaje es muy similar independientemente del género y de tener o no hijos.

Podemos considerar que es poca la relación que tienen con ciudadanos españoles ya que sólo el 28,2% manifiesta conocer a algún español y el 27,5% afirma no conocer a nadie. Esta cifra no varía prácticamente a pesar de que tenga hijos residiendo en Barcelona, y, sin embargo, la tercera parte de las mujeres manifiestan relacionarse con ciudadanos españoles.

Fuente: Instituto Municipal de Estadística de Barcelona



Fuente: Instituto Municipal de Estadística de Barcelona

Sorprendente también es el resultado de las relaciones que mantienen con personas provenientes de otros países asiáticos. El 61,1% dice no conocer a nadie, el 15,4% manifiesta tener amigos asiáticos. Estas cifras disminuyen a 55,1% en el caso de los que tienen hijos. El 44,4% de las mujeres dice no conocer a otros asiáticos.

Los resultados son muy parecidos en las relaciones con personas de origen africano y las que provienen de Sudamérica. Más de 72% manifiesta no conocer a nadie de estas procedencias, y sólo el 15% dice conoce a alguna persona. Los porcentajes bajan al 67% en el caso de tener hijos y de ser mujer.

Otro de los elementos analizados fue su pertenencia a alguna asociación. El 82,9% manifestó no pertenecer a ninguna, el 11,4% no se pronunció. El 100% de las mujeres manifestaron no pertenecer a ninguna asociación.

Tipo y distribución de los comercios regentados por población pakistaní

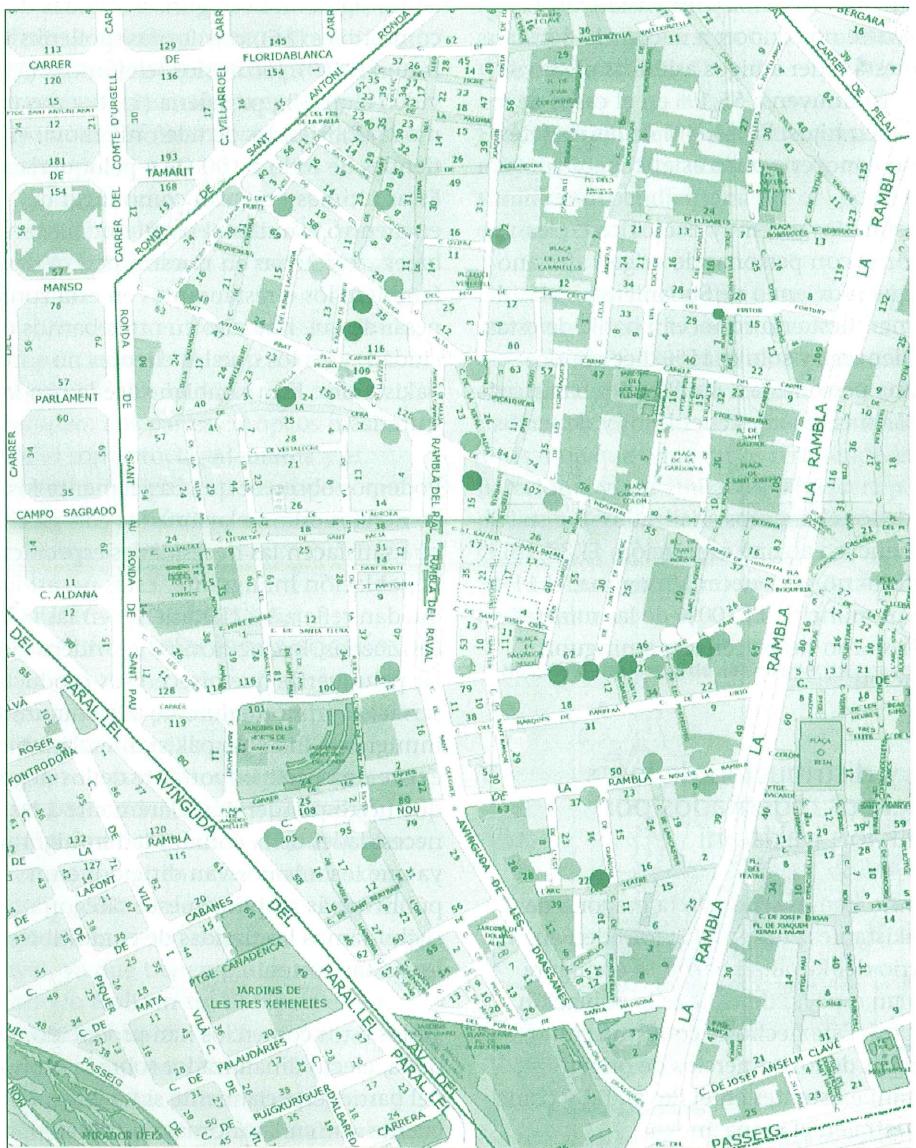
Tal como hemos señalado la mayoría de los pakistanés entrevistados residen en el barrio del Raval. El barrio se configura como un espacio de vida de la población pakistaní. Este hecho se confirma con el análisis de los comercios de origen pakistaní existentes en el Raval, tal y como se muestra en el mapa anexo.

El mapa adjunto señala la existencia de comercios regentados por pakistanés en las siguientes categorías: tiendas de comestibles (16), carnicerías, pollerías y fruterías (10), locutorios telefónicos (11), video clubs (2), pastelería (1), tiendas de moda (2), tiendas de telefonía móvil (1), tiendas de todo a 100 (1) y peluquerías (4). Estas últimas destacan como lugar de encuentro, similar al papel que juegan los bares y cafeterías en nuestro país. A destacar también, los 6 restaurantes en esta zona, a pesar de que hay más en otros barrios de la ciudad, y en los que los clientes no son sólo pakistanés. Esto también sucede con las fruterías.

Podemos observar que básicamente los comercios están relacionados con productos que satisfacen las necesidades específicas de la población inmigrante. Estas necesidades quedan reflejadas claramente en las carnicerías, los locutorios, los videos clubs y las peluquerías que ofrecen sus productos y servicios primordialmente a la comunidad inmigrante, no sólo pakistanés. También existe una parte importante de los negocios que no responden tan claramente a las necesidades de la comunidad inmigrante, ya que los mismos van dirigidos a un público más amplio en esta categoría incluiríamos las tiendas de comestibles y los restaurantes.

Todos estos comercios han producido, sin duda, efecto dinamizador sobre la economía del barrio, especialmente si tenemos en cuenta que en las últimas dos décadas la

Mapa de la distribución de comercios regentados por pakistaníes en el barrio del Raval



tendencia del comercio en el barrio era la de cerrar sus puertas debido a lo que se ha denominado "crisis del pequeño comercio", fundamentada, según los propios comerciantes, en la competencia de las grandes superficies, la disminución de la población con mayor poder adquisitivo, el incremento constante de impuestos, la falta de relevo generacional, etc.

Mayoritariamente los comercios son regentados por familias enteras. En ocasiones, también trabajan personas muy relacionadas con la familia que tienen la confianza de las mismas. Estas personas, por lo general, trabajan sin contratos laborales, desarrollando largas jornadas y con sueldos muy bajos. Este tipo de comercio familiar supone un modo de vida y de integración en el mercado laboral que evita aspectos negativos relacionados con la discriminación que sufren los inmigrantes en su ingreso en el mundo laboral, ya que normalmente se ven obligados a realizar las tareas que los trabajadores autóctonos no desean realizar.

Prácticas religiosas

El 100% de los entrevistados son musulmanes, de los que el 82,5% manifiesta practicar su religión en Cataluña correctamente. Sólo el 13,2% afirma que no lo puede hacer como quisiera y el 2,9% no la practica porque no quiere.

El papel que juega la religión en el comunidad pakistaní es importante tal

como reconocen. De hecho, el trayecto migratorio refuerza aún más el carácter de los oratorios musulmanes como lugares donde confluyen religión e identidad comunitaria. A través de las prácticas religiosas los musulmanes se encuentran con su comunidad. La observancia de las principales prácticas religiosas, de los cinco pilares, teniendo en cuenta su evidente contenido social, se convierte en definidora de la pertenencia a esta comunidad. La ritualización de comportamientos propios actúan como marcadores identitarios de la comunidad¹³.

Nivel de formación y conocimiento de las lenguas del país de acogida

El 5,4% afirmaron no tener ningún tipo de estudios, el 38,6% de las personas dijeron tener estudios primarios y/o coránicos, el 36,1% secundario y el 13,2% estudios superiores. Entre los estudios superiores destacan: estudios de magisterio (8), economía (3), derecho (2), medicina (2), ingeniería (5).

Esta cifra varía cuando se analiza el colectivo de mujeres, en que 5 manifiestan tener estudios primarios, sólo 1, secundarios, y 3 ningún estudio.

En cuanto al conocimiento de otros idiomas, a parte de las lenguas del Pakistán, el 54,6% manifiestan hablar correctamente

13. Moreras, J (1999) Musulmanes en Barcelona. CIDOB edicions. Barcelona.

el inglés, el 95,4 conoce el español, y sólo el 12,9% habla con dificultad el catalán. De los que afirman que hablan español, el 66,1% admite tener dificultades con la lengua. También en este caso, las mujeres manifiestan diferencias: el 66,7% no habla inglés, el 88,9% habla el español con dificultad, y el 88,9% no habla el catalán. Ninguna de ellas habla otro idioma.

Ocupaciones principales de la población pakistaní

El 63,6% de los encuestados trabajaba en su país. La mayoría de los que trabajaban lo hacían en el comercio (41,01%), la agricultura (10,11%), en diversos oficios –mecánico, carpintero, soldador, sastre– (9,5%) en la construcción (8,42%), en la industria (7,3%), y en oficios que se necesitan estudios superiores –maestros, médicos, ingenieros, abogados– (7,3%).

Si analizamos la cifra de las personas que manifiestan tener estudios superiores (13,2%), vemos que sólo la mitad ejercía la profesión (7,3%).

En cuanto a la pregunta de si trabaja actualmente, el 58,2% manifiesta hacerlo. De las personas entrevistadas que tienen hijos, sólo el 66,2% manifiesta trabajar, esta cifra disminuye al 50,7% en el caso de los que no tienen hijos.

De los que trabajan actualmente, el 44,78% en el sector del comercio, y el 21,47% en la hostelería y restauración.

Motivos de la emigración y las razones por las que escogió la ciudad de Barcelona como residencia

Sin duda, como cabía esperar, el motivo básico de la emigración es la búsqueda de un trabajo y una mayor calidad de vida para ellos y sus familias. El factor determinante en la elección de la ciudad de Barcelona es la existencia de familiares (38,6%) y amigos o conocidos (84,3%). Estas cifras confirman que en el caso de la comunidad pakistaní de Barcelona las redes migratorias basadas en el parentesco, la amistad, la nacionalidad o incluso en el beneficio de los trasladados o del trabajo irregular han constituido y siguen constituyendo un sistema que presta un apoyo eficaz al mantenimiento del proceso migratorio.

En este sentido la familia en el país de origen también constituye un apoyo importante, ya que una parte importante ha dejado mujer e hijos a cargo de la familia extensa.

Pero sólo, el 28,2% de los entrevistados manifiesta haber venido a Barcelona por tener una oferta de trabajo. Sólo un 11,8% lo ha hecho por reagrupación familiar.

Expectativas de futuro y envío de dinero a Pakistán

El 62,5% de los entrevistados manifiestan la voluntad decidida de quedarse a vivir

para siempre en Barcelona, hecho que contrasta con la imagen y las opiniones de otros procesos migratorios "Mito del retorno". Profundizando en sus respuestas observamos que el motivo básico del planteamiento de quedarse es el estado de inseguridad que afirman que existe en Pakistán y el nivel de protección social que pueden llegar a disfrutar sus familias, según palabras textuales "nivel impensable en mi país". Pero, por otro lado, no todos están seguros de haber mejorado su calidad de vida en Barcelona, ya que solo el 53,6% lo afirma, el 32,1% no están seguros. Las duras condiciones de trabajo, los salarios bajos, el alejamiento de sus familias y, en algunos casos, el hacinamiento en las viviendas les hacen dudar de haber mejorado su calidad de vida.

El 48,9% afirma enviar dinero a su familia. Se observan diferencias entre los hombres que tienen hijos de los que no los tienen. Así, mientras los primeros, en el 63,2% de los casos manifiestan enviar dinero, los segundos, sólo lo hacen en el 38,2%. Sólo una mujer dice que envía dinero a su familia, muy posiblemente, el hecho de enviar dinero es una tarea reservada a los hombres.

Uso de servicios sanitarios, sociales y educativos

Este apartado pretende conocer el grado de utilización de los servicios considerados básicos en los primeros años de llegada y adaptación a un nuevo territorio. En

general, aparte de los servicios sanitarios, las cifras de utilización y conocimiento de los diferentes servicios es muy bajo, habiendo algunas diferencias según qué tipo de recurso.

El 48,2% de los entrevistados han utilizado en algún momento los servicios hospitalarios. Es muy posible que la situación de irregularidad les obligara a tener que utilizar los hospitales como vía de acceso a los servicios sanitarios. Esta hipótesis es aún más plausible si pensamos en la media de edad de los entrevistados y en el hecho de que generalmente emigran los más preparados físicamente, ya que los que no lo están no pueden hacerlo.

En cuanto a haber acudido al médico de atención primaria, el 62,9% manifiesta haberlo hecho y el 35% no. Esta cifra incrementa cuando los entrevistados tienen hijos al 70,6% los que lo han hecho. Las mujeres son las que mayoritariamente acuden al médico (77,8%).

En referencia al uso de los servicios sociales, sólo el 20% los ha utilizado. La idea de que la familia y los amigos juegan un papel vital como estructura de apoyo social al inmigrante pakistaní se ve reforzada con esta cifra. Cuando analizamos más profundamente los usuarios de los servicios sociales observamos que en su gran mayoría son aquellos que han reagrupado a su familia en Barcelona. Muy posiblemente el contacto con los servicios sociales se realiza para la tramitación de

becas comedor para los hijos, y no para buscar el apoyo en los primeros momentos de la llegada del inmigrante, ya que, como decíamos, este lo recibe del entorno comunitario más cercano. Otro dato que confirma esta idea es que más de la mitad de los que han utilizado los servicios hospitalarios se corresponden con los que tienen hijos.

Tampoco han utilizado los servicios de las ONGs y organizaciones sindicales. Sólo el 2,9% ha afirmado haber utilizado estos servicios, resultado en línea de la autosuficiencia comunitaria, pero sorprendente, ya que estas organizaciones son las que, mayoritariamente, ayudaron a preparar la documentación para la regularización durante el proceso extraordinario del año 2001. Es posible que fueran vistas como parte integrante del proceso administrativo de regularización y por lo tanto no hayan sido percibidas como auténticas estructuras de apoyo. Creemos que sería interesante que en próximos estudios se profundizara sobre la percepción que tienen los inmigrantes de las estructuras de apoyo en los países receptores.

Sólo el 2,5% han utilizado los servicios de albergue, mientras que el 5,7% ha utilizado los comedores sociales.

La práctica totalidad de los que tienen hijos en edad escolar y han realizado el reagrupamiento familiar utiliza los servicios escolares para los mismos.

Finalmente, con relación a la utilización de las escuelas de adultos como vía de integración y aprendizaje de la cultura y la lengua del país de acogida, sólo el 21,3% ha utilizado este servicio.

Conclusiones

Según los resultados del estudio, podemos observar que los inmigrantes pakistaníes que viven en Barcelona siguen una serie de pautas comunes a otros procesos migratorios, o sea, siguen un modelo tradicional de migración. Lo que de momento parece diferente es su adaptación en el territorio, ya que se dan diferencias respecto a otros colectivos que llegaron anteriormente.

Las características comunes a otros modelos migratorios son las siguientes:

- Los primeros en llegar han sido los hombres. Las mujeres que viven en Barcelona llegaron después de un proceso de reagrupación familiar. También es muy similar a otros colectivos la media de edad. La gran mayoría tienen entre 25 y 45 años, o sea están en plena edad laboral. Su nivel de formación es medio-alto, hecho que se ha dado en las primeras oleadas migratorias de otras colectividades. Además, la gran mayoría provienen de la misma zona del Pakistán, la región del Punjab, y más concretamente de las dos ciudades más importantes: Islamabad, la capital del país, y Rawalpindi.

- El hecho de que se instalen en Barcelona es debido a que conocen a algún familiar o amigo que llegó antes que él y que le ofrece la información y primera acogida necesaria durante los primeros tiempos. Así se confirma que la circunstancia que influye decisivamente es la existencia y el grado de consolidación de colonias del mismo origen en el territorio¹⁴.

- Los hombres pakistaníes que viven en Barcelona tienen un nivel medio-alto de estudios y formación. Pertenecen a una clase media pakistaní que tiene un trabajo y unos recursos que invierte en intentar mejorar su situación fuera de su país. Además provienen de una de las zonas más ricas y desarrolladas del Pakistán. Así, no son las personas más necesitadas y pobres del Pakistán las que llegan sino personas que tienen ya cierta capacidad para emprender el viaje: capacidad económica, personal, familiar y de relaciones que les permiten pagar el viaje, dejar a su familia durante un tiempo sin sus recursos, disponer de una red familiar y de amistades en el país de origen y en el de acogida que apoye la iniciativa, y con un espíritu emprendedor, un carácter decidido y de superación personal. En este caso, pues, se confirma el hecho de que en realidad son pocas las personas que consiguen salir de su país, superar los obstáculos que se encuentran por el camino, llegar al lugar de destino y establecerse¹⁵.

- La mayoría de pakistaníes están ocupando una serie de lugares de trabajo en el mismo sector de ocupación. En este caso, el sector servicios y más concretamente en el comercio, la hostelería y la restauración: venta ambulante de butano, tiendas de recuerdos para turistas, bazares, restaurantes y tiendas de alimentación. Es casi nula su presencia en los trabajos domésticos, en la industria y en la agricultura.

- La primera lengua que aprenden los pakistaníes es el español, siendo el conocimiento del catalán casi nulo por parte de la gran mayoría. Este hecho que se da en todos los colectivos de inmigrantes, puede sufrir diferencias aun difíciles de predecir. En general los inmigrantes que provienen de zonas donde es común la existencia de varios idiomas (países subsaharianos) tienden a hablar más rápidamente las dos lenguas oficiales. En el caso de los pakistaníes que viven en Barcelona y que hablan el punjabí como lengua materna y el urdú como lengua oficial de su país, habrá que ver si seguirán la tendencia que se da en el caso de los inmigrantes plurilingües, o bien, interpretar que el

14. Colectivo IOE, Marroquís a Catalunya. Ed. Institut Català d'Estudis Mediterranis. Barcelona, 1994.

15. Diputació de Barcelona, II Informe sobre immigració i treball social. Barcelona: Col·lecció serveis socials, 12, 1997. p. 34.

papel que ejerce el urdu como lengua de unidad, lo sea en Cataluña también el español.

- Mantienen relaciones sociales básicamente con sus compatriotas, siendo muy pocas las que tienen con ciudadanos españoles y, sorprendentemente, las que mantienen con otras personas de origen asiático, sobretodo porque parece que con uno de ellos, los indus, viven en el mismo barrio y seguramente utilizan algunos de los mismos comercios (alimentación, peluquerías, locutorios....). En este sentido habrá que ver si mantienen un estilo muy particular de la mayoría de inmigrantes asiáticos que se caracterizan por un alto grado de hermetismo, con una sociabilidad básicamente endogámica y con un talante poco conflictivo¹⁶.

- Las cifras de utilización y conocimiento de los servicios sanitarios, sociales y educativos son muy bajos, incrementándose en la medida que llegan las esposas con los hijos. Este hecho confirma que en un primer momento la ayuda comunitaria es la principal fuente de resolución de las necesidades básicas. Posteriormente acuden a los servicios públicos existentes para el conjunto de la población.

Diferencias respecto a otros procesos migratorios:

- El crecimiento de la población pakistaní no ha seguido una evolución progresiva de crecimiento, sino que la gran mayoría ha llegado en los últimos tres años, y de manera espectacular durante el año 2001. A pesar de ello es de prever en un futuro próximo un crecimiento sostenido de la población pakistaní masculina, debido básicamente a las actuales dificultades para obtener un permiso de trabajo inicial al no tener el Estado Español un convenio de cooperación bilateral con Pakistán. Seguramente el mayor incremento será por reagrupación familiar (concluyendo la reagrupación de los que ya la han iniciado y con el inicio de los que aún no lo han hecho). Así pues, crecerá el número de mujeres y niños en edad escolar.

- Sorprende también la voluntad de quedarse en España y de no tener, como pasa muchas veces con otros colectivos inmigrantes la idea de retorno una vez se haya conseguido una cierta cantidad de recursos.

- En cuanto a la ubicación geográfica, destaca su presencia en un primer momento de manera exclusiva en una sola zona de Barcelona. Este hecho, que se ha dado también con otros colectivos, tiene sus puntos de diferencia. Ningún colectivo llegado anteriormente había creado negocios propios y en un mismo barrio de manera tan espectacular. Normalmente,

en un primer momento trabajaban por cuenta ajena y, sólo en algunos casos, al cabo del tiempo creaban sus propios negocios para satisfacer las necesidades de sus compatriotas. Los pakistaníes sin embargo han ocupado un espacio de la ciudad, no sólo en alquiler de viviendas, sino también en alquiler y compra de comercios destinados a cubrir las necesidades de sus compatriotas, y con la existencia de una sala de oración donde acuden básicamente pakistaníes. Habrá que ver si en un futuro próximo esta guetización continúa o bien, siguen el modelo de distribución geográfica por otros barrios de la ciudad y del área metropolitana, y en

una tercera etapa por toda la geografía catalana, como ha sido en el resto de comunidades.

Son aun pues muchos los interrogantes planteados, que el paso del tiempo irá descifrando. El estudio realizado aporta algunos resultados novedosos de un colectivo aún no muy analizado, comparando los resultados con otros procesos migratorios habidos en el mismo espacio geográfico, destacando similitudes y diferencias, pero en definitiva con un mismo denominador común: la necesidad de conocer mejor a los que llegan para dilucidar mejor nuestro futuro compartido.

16. Solé, M. Els immigrants estrangers a Catalunya: la il·lusió d'un viatge. Rev. Fòrum. Barcelona (en prensa)

Antonio Gracia Pastor. Psicólogo.
Mª Dolores Rodríguez López-Peláez. Agente de igualdad Associació Institut Genus.

Un reencuentro

El otro día cenamos en casa un grupo de amigos. Fue en cierto modo un reencuentro ya que algunos de nosotros nos reuníamos por primera vez en mucho tiempo. Al principio, como suele ocurrir cuando se ha creado un vacío de tiempo, aun entre amigos, la conversación –un tanto impersonal para romper el hielo durante la cena–, recayó en el trabajo, en nuevos proyectos, nuevas responsabilidades y las dificultades. Con un cierto pudor, aprovechamos también unos instantes para repasar detalles de nuestras vidas, contarnos los viajes que habíamos realizado, como crecían nuestros hijos... Estábamos, sin ser muy conscientes de ello, hablando de cambios: de cambios en nuestras vidas y de cambios de la realidad. En fin, una conversación agradable y un tanto temerosa compartiendo complicidades sutiles y todavía enmascaradas, con la excusa de una buena cena.

Después del café y de unas cuantas copas, lo que había estado encima de la mesa desde el principio, empezó a aflorar. La conversación, poco a poco pero inevitablemente, fue girando hacia las consecuencias de esos cambios, ya de manera concreta. En términos generales,

todos habíamos mejorado socialmente –unos mas y otros no tanto–, pero, como no podía ser menos, esta mejora en nuestro nivel de vida también había influido en nuestros valores y en la manera de relacionarnos con los demás, de vincularnos los unos con los otros, en nuestra mirada sobre el mundo en definitiva.

A medida que avanzábamos en el reencuentro, empezaron a surgir emociones y sentimientos: a pesar de nuestros evidentes progresos “sociales” –o precisamente por ello– empezamos a compartir (o a percibir) la sensación de haber abandonado, o en última instancia, de haber dejado de alimentar valores, ideales que, cuando éramos jóvenes, eran para nosotros todo aquello que es la esencia de la dignidad de las personas. Sin saber muy bien el porqué y el cómo, nos habíamos ido deslizando hacia posturas de confortabilidad moral, sobredimensionando el individualismo y sin siquiera haberlo elegido conscientemente, habíamos optado por la ideología dominante que sobredimensiona el individualismo. Una ideología centrada en el yo y en la búsqueda de la satisfacción a partir del abanico de elecciones y posibilidades que nos ofrece nuestro entorno: estábamos dejando de ser ciudadanos para ser meros consumidores. Por ello, y a pesar de nuestros logros y de nuestra reconocida capacidad para conseguir lo que nos proponíamos, vivíamos con una extraña inquietud, un cierto desosiego inaprensible de que algo

importante se nos habla ido perdiendo por ese camino que habíamos elegido o que nos había elegido a nosotros.

Fue curioso –o quizá inquietante?– el constatar que cada uno de nosotros, en mayor o menor medida, teníamos en nuestras estanterías libros que ofrecían ayudas mágicas para reducir el estrés, para encontrarse a uno mismo, para mejorar las relaciones, incluso alguno de nosotros intentaba encontrar “la solución” en pensamientos alternativos mientras otros buceábamos en lejanas culturas. Simplemente nos sumergíamos en la búsqueda de “la inocencia perdida”. Es decir, que aun habiendo alcanzado algunas, o muchas, de nuestras metas, había algo más sutil, más imperceptible que nos impedía valorar hasta que punto esa inmersión en “la cultura del éxito” había sido eficaz para estar mejor con nosotros mismos y con “el otro” y los otros. Sí había servido para armonizar nuestros propios demonios, para nuestra propia serenidad y para la convivencia. Para la ética del civismo. Pero, a pesar de ello, aparentemente todos reivindicábamos lo mismo: disponer de tiempo para ser y para estar, para escuchar, para ser escuchado. Para compartir, en definitiva, para cuidar y ser cuidado de la mano de la responsabilidad social..

Hagámonos un favor, decíamos algunos, recuperemos el coraje, el valor de “perder el tiempo”; démonos permisos para vivir esas pequeñas y agradables sensaciones

que constituyen el indicador de estar viviendo el presente en toda su magnitud. Recuperemos el valor de “las cosas chiquitas”.

Una reunión de equipo o una declaración de principios

Al día siguiente en el trabajo, preparando un Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, introduciendo el principio de “Mainstreaming de Género”, todo el equipo coincidía en valorar que las políticas de acción positiva, no sólo estaban alcanzando ciertos límites, sino que parecían revalorizar todo aquello que tenía que ver con el “ámbito público” a costa de lo que aporta a la sociedad el “ámbito privado”. Por todo ello, se consideraba necesario avanzar paralelamente en la modificación de los roles de las mujeres y de los hombres y, sobre todo, buscar estrategias que permitiesen incidir en la organización social que sustenta esta desigualdad.

¿Qué significado profundo tiene una organización social que, no solo está estructurada en dos áreas diferenciadas (ámbito privado/ ámbito público), sino en la que participan dos colectivos (mujeres y hombres) con lógicas diferentes de organización del trabajo, de distribución del tiempo y de separación entre lo laboral y personal? De momento, a nuestro parecer, tiene una lógica interna un tanto perversa. Y si a esta estructura ideológica añadimos la ideología dominante del individualismo

a ultranza como casi única alternativa, que minimiza las diferencias de género, esta lógica toma carta de naturaleza.

Consecuentemente, la introducción del principio de mainstreaming en el plan de igualdad que estábamos diseñando, debía introducir modificaciones en las características y en la relación entre el mundo público y el privado y, consecuentemente, cuestionar la base cultural y política que mantiene la jerarquía entre lo que es masculino y lo que es femenino o lo supuestamente femenino y lo supuestamente masculino. Para ello, debíamos buscar, proponer y consensuar estrategias que permitieran a la organización responsable de impulsar el plan, exemplificar qué significa tener incorporada la perspectiva de género en sus políticas y programas como principio organizativo que permita afrontar esta relación asimétrica, originada en las desigualdades, entre lo público y lo privado, entre lo masculino y lo femenino. Desde nuestra perspectiva, que las y los responsables de llevar a cabo las políticas y los programas visualicen y vivencien lo que supone incorporar la perspectiva de género en la gestión, harían factible y posibilitaría que estas políticas provocasen cambios duraderos.

Todos los que compartíamos la responsabilidad de diseñar el plan, opinábamos que la estrategia “Mainstreaming de Género” tendría que invertir la tendencia anterior de pretender

un cambio en las mujeres para mejorar su posición en una sociedad en la que prevalecen exclusivamente los valores, usos y costumbre masculinas. Para ello se imponía actuar activamente sobre las estructuras y, sobre la ciudadanía para que el papel real de la mujer, en todas sus dimensiones, se visibilice y se valore en sus justos términos. Probablemente, esto sea lo que, prioritariamente, podría provocar cambios duraderos, en las estructuras familiares, en las prácticas institucionales, en la organización del trabajo y del tiempo libre, en el desarrollo personal e independencia de las mujeres. Todo ello, obviamente, involucrando a los hombres.

De la declaración de principios a la reflexión y al compromiso

Mientras escuchaba y participaba de esta declaración de principios, no podía dejar de pensar en la conversación, implícita y explícita, de la noche anterior.

Me imaginaba a las personas con las que deberíamos compartir en un futuro todas estas reflexiones y nuestras propuestas para el Plan de Igualdad, en sus despachos delante de los ordenadores, en reuniones.... Seguramente muchas de ellas estarían buscando formas de mejorar su capacidad de influencia sobre los otros para llevar a cabo su proyecto, para alcanzar un reconocimiento por los logros conseguidos,.. Algunas, durante el transcurso de nuestra reunión de equipo, estaban, porqué no, adquiriendo nuevos

compromisos que ocuparían ese corto espacio de tiempo del que disponen para estar con su familia, con sus amigos.... La mayoría de ellas acogerían nuestras propuestas positivamente pero la mayor dificultad para llevarlas a buen término es que necesitarían de un tiempo, un tiempo que deberían sustraer de otras actividades del ámbito público o del privado. Así pues, empujado por estas ideas y siempre influido y motivado por la conversación de la noche anterior, me dispuse a compartir con el equipo estas reflexiones.

A partir de ellas, empezamos a comentar algo evidente: gran parte de las actuaciones públicas realizadas hasta el momento en materia de igualdad habían ido dirigidas a la incorporación de las mujeres al mundo público sin contrapartida equivalente en la valoración social del mundo privado.

La consecuencia de esta falta de reconocimiento había sido, a nuestro entender, la muy escasa y minoritaria asunción de responsabilidades y de dedicación, por parte de los hombres, de todo aquello que tiene que ver con en el ámbito privado. Es decir, la ética del cuidado, la importancia de las relaciones interpersonales, la creación de vínculos, la transmisión de valores humanos como el respeto al otro, la igualdad, ... no estaban emergiendo en sus justos términos y, por ello, era difícil visualizarlos con el atractivo suficiente para incorporarlos en la vida privada y en la pública. En definitiva, todo aquello que tiene

connotaciones con la dignidad como condición inalienable del ser humano, no había sido identificado como el núcleo principal a partir del cual construir estrategias encaminadas a la igualdad entre mujeres y hombres.

Es más, puestos a analizar, nos sobraban elementos para pensar que, frecuentemente, las actuaciones dirigidas a conseguir la igualdad de oportunidades, se enfocaban y la habíamos enfocado desde lo que podríamos denominar las consecuencias sociológicas, en el sentido de las consecuencias que tienen para la comunidad, es decir para los demás, O sea, cuestionando lo que deberían hacer los demás, sin autocuestionarnos si nosotros vivimos aplicando y transmitiendo este conjunto de valores relacionados con la ética del cuidado. Hasta no llegamos a preguntar si, por ejemplo, en el espacio laboral -ese en el que compartimos tantas horas y tantas cosas- priorizábamos las relaciones interpersonales, el trato respetuoso de las diferencias...

Pocas veces habíamos abordado el tema de la igualdad de oportunidades desde una mirada introspectiva, interiorizada, desde una perspectiva más personal, reflexionando sobre las implicaciones que podría tener en nuestros respectivos comportamientos, la valorización de todo aquello que estábamos llamando ámbito privado. Es decir, apenas habíamos tenido en cuenta como estos cambios podían y debían afectar al comportamiento



individual y cotidiano de cada uno de nosotros y, por extensión, a los actores que deberían participar en el Plan de Igualdad que estábamos diseñando.

Observábamos que los planes anteriores y los de otras organizaciones identificaban los objetivos a conseguir y, en el mejor de los casos, las mejoras que se deseaban introducir en ciertos procesos, sin incorporar la variable del cambio de valores que implica para los actores ir más allá del liderazgo, de la gestión del poder para poder dirigir las actuaciones. Veíamos que en cierta manera, la mayoría de los planes consideraban y consideran que los cambios conductuales se producirán por generación espontánea a partir de la implementación de instrucciones precisas, de protocolos consensuados, de sistemas de comunicación para transmitir el sentido y la finalidad de los cambios propuestos, de mecanismos para obligar a actuar de determinada manera, de actividades formativas. Acciones centradas en aportar soluciones concretas, y un tanto coyunturales, a situaciones altamente complejas, utilizando factores que, normalmente, son puramente instrumentales, que no abordaban ni abordan la raíz de la desigualdad: la desvalorización de todo aquello que tiene que ver con la capacidad de establecer vínculos, el cuidado de la relación, cooperar con otros respetando su libertad, la educación como transmisión de valores... Nos atrevimos a opinar que, seguramente por esto, gran parte de dichos planes se diseñaban y se llevaban a cabo

sin la participación de los protagonistas en los procesos o con una participación puramente formal, porque la participación añade complejidad e incertidumbre en la ejecución de los mismos.

Parece que hayamos perdido la memoria o retrocedido en el tiempo: ¿Dónde están aquellas reivindicaciones que exigían, para otros colectivos, el dar protagonismo a los verdaderos protagonistas, reivindicar la voz, tener el coraje de asumir que no siempre se requieren intermediarios?. Un paso atrás...

¿Y qué opinamos nosotros?. Muy sencillo: que todas estas "soluciones / milagro", basadas en la creencia de que es posible el cambio en "el otro" sin que previamente emerja como necesidad, y que dicho cambio además no implica modificar, por nuestra parte, nuestra relación con este "otro"; presuponen que los cambios en las personas -en este caso las que deben incorporar en sus actuaciones todo lo que supone la igualdad real de oportunidades entre mujeres y hombres - son viables sin un cuestionamiento de los propios valores y un desarrollo y crecimiento personales de los responsables del proyecto (técnicos, agentes sociales, políticos...), en definitiva de todos nosotros.

Para nosotros, pensar que los cambios pueden y solo pueden darse en los demás, confirmaría de alguna manera que no existe una apuesta y un reto valientes por cambiar los valores que sustentan la vida pública y la vida privada. De la misma manera que

no se tienen en cuenta qué ideología, qué actitudes y qué tipo de conducta han de implicar a hombres y mujeres para conciliar el mundo laboral y el personal.

Una vez llegados a este punto, el equipo concluía que nada se puede hacer sin una interiorización y un trabajo previos que nos permitan aterrizar posteriormente en acciones concretas, y pasamos a analizar cómo y en qué nuestros propios valores habían experimentado transformaciones, qué estábamos haciendo para valorar y/o revalorizar, personalmente, todo aquello que tenía que ver con lo que ha venido llamándose "vida privada". Más exactamente, qué debíamos conservar, qué cambiar y qué modificar en nuestros propios valores para exemplificar con nuestra conducta las aportaciones de los "valores del ámbito privado" al "ámbito público", como si, en cierta manera, de vasos comunicantes se tratase. No olvidemos que una acción, para que sea ética, ha de cumplir con unos mínimos: dar satisfacción a la persona a la que va dirigida, tener eficacia y ser eficiente.

¿Que cambien los otros para que nosotros sigamos igual?

¿Y hacia donde nos llevaba nuestro "brainstorming"? Hacia una conclusión, sencilla en su enunciado y compleja, muy compleja en su incorporación material y emocional: solo introduciendo, sin ambigüedades, una metodología de trabajo que exemplificara nuestro discurso, se

podía hacer visible que implica incorporar la perspectiva de género en la actuación cotidiana. Es decir, poner en marcha un cambio de valores que creasen un espacio y unas condiciones objetivas y subjetivas que propiciasen y promocionasen la incorporación de los "valores privados" en el diseño y ejecución del plan -ámbito público-. Lo privado y lo público.

¿Y de qué estamos hablando? Pues de democracia. Y si hablamos de democracia, ¿Cómo no prever basar nuestras actuaciones en el respeto a las personas, a sus derechos, a sus procesos individuales?, Cómo no dirigirlas a su empoderamiento, y, por consiguiente, a potenciar su autonomía, moral y funcional, y su capacidad de decisión. Para ser coherentes tendríamos que apostar por la incertidumbre y aceptar que, en muchas ocasiones, las decisiones libres de los demás y las consecuencias derivadas de estas decisiones, diferentes o no de aquello que nosotros consideramos "único o mejor", podrían generar la frustración que produce el no conseguir aquello que nosotros consideramos, precisamente, lo mejor para todos.

En definitiva, debíamos cambiar nosotros en lugar de esperar que cambiase los demás. Nuestro hacer profesional tendría que limitarse, de alguna manera, a facilitar el desarrollo de habilidades de cooperación para la toma de decisiones y el respeto a su proceso de crecimiento y autonomía, dentro de un marco de responsabilidad y

co-responsabilidad. Intervenciones, pues, que considerasen a mujeres y hombres como personas adultas que disponen de potencialidades que les han ayudado en sus vidas: de acuerdo con los criterios esbozados sus cambios dependerán, por ende, de estas potencialidades internas y la valoración externa de los "valores privados".

Y precisamente por democracia y por el respeto que genera una actitud vital democrática hacia las personas hemos de incorporar la cooperación como un valor, porque un valor es. Un valor que debería marca las metodologías de trabajo, las estructuras de dirección, de participación y gestión de tal manera que los y las profesionales vivan la cooperación como un paso adelante incluso como algo similar a la autoridad moral y no como una pérdida de poder o de las propias competencias. Porque la experiencia evidencia que, actuaciones encaminadas a dar respuestas unilaterales y sin el consenso de otros agentes sociales, han llegado a dificultar el proceso de implantación de acciones concretas, situando el control de la situación como algo ajeno a los propios protagonistas.

De ahí que, los profesionales que participamos en el diseño e implantación del plan de Igualdad, debamos desarrollar

aquellas habilidades que nos permitan trabajar desde el reconocimiento del papel y de las responsabilidades diferenciadas de las y de los diferentes agentes sociales, organizaciones y entidades o asociaciones de mujeres. Una metodología de trabajo, basada en la cooperación, que va más allá de la simple coordinación, que implica un proceso de transformación de las relaciones entre personas, en contraposición de estrategias basadas en el poder y el protagonismo.

No decimos que sea fácil ni difícil: es otra cosa Hemos de aprender todos a trabajar de diferente manera. Sin que se opere este cambio en la manera de trabajar, el alcanzar los objetivos de igualdad estaría seriamente comprometida, al mismo tiempo que reforzamos una mirada androcéntrica sobre la realidad.

Concluyendo, incorporemos un hacer centrado en la persona, que tenga la cooperación como valor nuclear. Quizá así podamos hacer revivir en el ámbito público, en nuestro entorno una sensación de disponibilidad que nos permita ser, estar y escuchar, dónde los vínculos y su cuidado y mantenimiento sean parte fundamental de la vida comunitaria y dónde ajustar el propio tiempo al de los demás no sea vivido como "perder el tiempo".

De interés profesional

Comparecencia, en relación con el libro blanco sobre atención a las personas en situación de dependencia en España, de la Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, Ana M^a Aguilar Manjón.

**Comisión no permanente para las políticas integrales de la discapacidad.
Sesión núm. 16 celebrada el martes, 27 de septiembre de 2005**
(Diario de sesiones del Congreso de los Diputados nº 376).

El señor PRESIDENTE: Iniciamos el período de sesiones reanudando las comparecencias en torno al libro blanco, que ya en el anterior período tuvimos la ocasión de ir desarrollando.

Hoy doy la bienvenida a doña Ana María Aguilar Manjón, presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, que comparece en esta Comisión en relación también con el libro blanco sobre atención a las personas en situación de dependencia en España.

Le deseo una grata estancia entre nosotros, le reitero la bienvenida y con mucho gusto vamos a escuchar las manifestaciones que en su comparecencia estime a bien realizarnos. Tiene la palabra, señora Aguilar Manjón.

La señora PRESIDENTA DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES. (Aguilar Manjón): En primer lugar quiero agradecer la convocatoria del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales para

participar en esta Comisión, porque consideramos que nuestra profesión constituye un elemento fundamental de conocimiento y relación con la realidad de las personas que por diferentes razones viven una situación que les impide su independencia, al desarrollar nuestra labor en diferentes niveles de atención a la ciudadanía, donde la demanda es realizada de forma directa por las personas afectadas o por sus redes de apoyo.

Quiero resaltar el avance social que supone para nuestro país que el debate sobre el libro blanco culmine en la aprobación de una ley que reconozca el derecho subjetivo de la cobertura de las distintas necesidades que presentan las personas que viven diferentes situaciones de dependencia en el marco de la normalización. Avanzar en el camino del reconocimiento de derechos sociales de los ciudadanos, de un colectivo, eleva el bienestar del conjunto de la ciudadanía al hacer una sociedad más solidaria, más justa y más humanizada. Esta ley conseguirá elevar nuestro bienestar, ya que hablamos de un colectivo de más de 1.200.000 personas, que verán reconocido como derecho subjetivo algo que hasta ahora dependía del presupuesto, y otro tanto más que podrán ejercer los derechos que ya tenemos todos reconocidos y que por atender a sus familiares se ven obligados a renunciar a ellos. Ley que necesariamente ha de ser transversal y que debe implicar a los sistemas sanitario, de servicios sociales, educación y garantía de rentas; ley en la que debe estar recogida la

responsabilidad pública y la participación privada no lucrativa, y la lucrativa porque ya lo está.

Es fundamental que se contemple y regule la participación de entidades sin ánimo de lucro, pues es la manera que se tiene de articular la respuesta de la sociedad, civil frente a los problemas y situaciones vividas en nuestra sociedad, que redundan en la consecución de mayor cohesión social. Además, si no fuera así sería injusto, ya que la misma viene desarrollando actuaciones en esta línea y cuenta con una larga experiencia de la que podemos incorporar grandes logros. En la misma medida, contemplar la iniciativa privada en la línea de concertación supone reconocer la parte positiva de la actuación de la misma y la necesidad de dicho sector en la respuesta que se tiene que articular como sociedad comprometida con las distintas situaciones vividas por los ciudadanos y ciudadanas y con el avance y desarrollo de dicha sociedad.

Aprobar una ley como esta supondrá no solo dar respuestas que se necesitan a personas que están viviendo distintas situaciones que requieren el apoyo indispensable de otros, sino también facilitar a muchas ciudadanas la incorporación a la vida laboral, pues por el momento están obligadas a atender a su familiar. También supondrá que unas 300.000 personas cuenten con un puesto de trabajo gracias a los retornos económicos que produciría la ley.

Antes de entrar en cuestiones concretas me gustaría realizar una consideración relacionada con el concepto que desde nuestra perspectiva es obligada. Se ha aceptado la definición realizada por el Consejo de Europa para determinar cuándo existe dependencia, y como ustedes ya conocen, tiene que darse la concurrencia de los tres factores.

Debemos decir que desde nuestra perspectiva se olvida de las limitaciones de tipo social que también pueden hacer que exista dicha dependencia. Por tanto, hablamos de dependencia psicofísica con unas consecuencias sociales, pero no hablamos de dependencia social. Ciento es que la línea que se debe seguir es la existente en Europa y además, querer hacer una ley que abarque tan amplio espectro podría conducir a una aplicación de la misma impracticable. Por ello tan solo quiero hacer esta reflexión a modo de aclaración y quizá comenzar a hablar de dependencia psicofísica.

Otra cuestión que también genera confusión, tanto en el libro blanco como en las intervenciones en los medios que se realizan en torno a la atención de las situaciones de dependencia, es hacer referencia al sistema nacional de atención como cuarto pilar del Estado del bienestar. Señorías, el cuarto pilar del Estado del bienestar lo constituye el sistema público de servicios sociales, que aborda ampliamente la convivencia personal y la integración social, haciendo posible la atención integral

a las necesidades de todas las personas y de manera específica a las que se encuentran en riesgo de exclusión y/o marginación social. Por ello demandamos dotar del cuerpo jurídico que le corresponde a los servicios sociales, que garantice por derecho el acceso a las prestaciones y servicios que influyen directamente en el bienestar de los ciudadanos.

La protección social de las personas en situación de dependencia psicofísica debe ser planteada y desarrollada de forma transversal a los sistemas existentes (servicios sociales, sanidad, educación, garantía de rentas), pues se trata de una oportunidad para reforzar las carencias que presentan estos sistemas y porque crear una estructura paralela (sistema nacional de dependencias) pondría en riesgo los derechos consolidados al amenazar claramente algunas de las estructuras y funciones de los ya existentes, particularmente del sistema de servicios sociales, que presenta mayor debilidad al estar menos considerado.

Las prestaciones de permanencia en el hogar existen y se están proporcionando desde los servicios sociales generales, es decir, desde las administraciones locales, como el servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, el préstamo de elementos de ayudas técnicas, ayudas económicas para adaptaciones geriátricas, servicios de comida a domicilio, y también existen las atenciones extradomiciliarias que tienen la misma finalidad. Los servicios sociales

generales gestionan íntegramente los centros de día municipales para personas mayores, del mismo modo que gestionan, informan y hacen la propuesta de las solicitudes de centro de día y residencias para personas con discapacidad y para mayores, por ser estos equipamientos de responsabilidad de las administraciones autonómicas. Es decir, existe la red de recursos de atención y apoyo en la que se encuentran todos, o casi todos, a excepción del asistente personal, los que la ley va a describir como apoyos y prestaciones reconocidas a los diferentes grados de dependencia, eso sí, concebidos no como derecho subjetivo, sino como para dar respuesta a demanda expresa y ordenada meticulosamente por orden de urgencia social dada su escasez. Ahí será donde la ley venga a producir un cambio esencial, ya que pasar de actuar a demanda a actuar desde el reconocimiento de un derecho supone una gran diferencia. Tocará, pues, aumentar los recursos, y ello inevitablemente se hará con la colaboración del tercer sector que, a nuestro juicio, debe contar con preferencia frente al sector privado en los concursos, siendo siempre la responsabilidad directa de la Administración, quien velará por el cumplimiento de la normativa, la calidad del servicio y la ejecución del mismo, y también existe la estructura, los centros de servicios sociales, que permite disponer de los profesionales, entre ellos de trabajo social fundamentalmente, referentes profesionales del sistema, para llevar a cabo la gestión de estos equipamientos,

apoyos, servicios y prestaciones, o el control sobre ellos cuando la gestión no es directa, comprobando su adecuación a las necesidades de los usuarios, la incorporación de los mismos, el seguimiento de su adaptación, el grado de satisfacción de sus necesidades, así como la evolución de las mismas y la reelaboración de nuevas estrategias de atención cuando éstas se hacen precisas. Estas actuaciones, que serán imprescindibles para la aplicación de las previsiones de la ley, constituyen el quehacer fundamental de las unidades de trabajo social, asignadas en cada barrio administrativo, precisamente para que los ciudadanos dispongan en proximidad de los recursos que integran el sistema público de servicios sociales. Estamos hablando de unas actuaciones que son consustanciales a los trabajadores sociales del sistema público de servicios sociales.

La desigual distribución de la población en el territorio nacional hace que no sean válidos los mismos modelos para llevar a cabo la atención en los ámbitos urbano y rural. Por ello es necesario pensar y desarrollar modelos que hagan posible que los derechos de los ciudadanos y ciudadanas en situación de dependencia residentes en el ámbito rural sean efectivos.

En relación con los profesionales, quiero apuntar que resulta imprescindible incrementar la ratio de profesional por habitantes. El sistema de servicios sociales está infradotado de profesionales, presenta dificultades para alcanzar sus objetivos y por

ello se hace inviable en estos momentos la posibilidad de afrontar el reto de la atención a las personas en situación de dependencia. Esto guarda una estrecha relación con la necesidad de elaborar los mapas en las diferentes comunidades autónomas. Estos mapas no solamente establecerán la ratio de profesional por habitantes, sino la dotación de infraestructuras y económica necesaria para abordar la atención requerida en los diferentes territorios. Pero no únicamente la dotación de los profesionales y recursos de diferente tipo resolvería la situación. El nuevo escenario se debe presentar garantizando a los usuarios la posibilidad de ejercer sus derechos y los profesionales juegan un papel importante en el mismo. Por ello se hace necesario garantizar que los profesionales estén suficientemente preparados para afrontar las diferentes situaciones, que no estarán exentas de dificultades, además de ofrecer una protección a los mismos ante las situaciones que, derivadas de su responsabilidad, puedan suponer reclamaciones. Para ello se debe asegurar que los profesionales están formados en las diferentes materias sobre los derechos de los usuarios y la responsabilidad que tienen con su actuación. Además deben contar con la posibilidad de un servicio de asesoramiento para que, ante determinadas situaciones, puedan realizar sus consultas de tal manera que les ayude a tomar las decisiones más adecuadas.

Este nuevo escenario requiere que todos los profesionales estén cubiertos con pólizas

de seguros que afronten las contingencias posibles. El marco más apropiado para llevar a cabo esta actuación, cuando hablamos de profesiones colegiadas, son los propios colegios profesionales.

Ahora bien, en algunas comunidades autónomas nos encontramos con una contradicción en la ley de colegiación autonómica. Los profesionales pertenecientes a profesiones colegiadas y que trabajen para la Administración autonómica en determinadas comunidades autónomas, como puede ser el caso de servicios de salud y de servicios sociales, están exentos de colegiación. Así pues, es la propia Administración la que debe garantizar que los profesionales son protegidos ante cualquier eventualidad o resolver esta cuestión de tal forma que faciliten que las organizaciones colegiales realicen parte de su trabajo, que es fundamental, y que se trata de garantizar a la ciudadanía el ejercicio profesional adecuado.

En el terreno de lo privado, vía contratación de prestación de servicios, es responsabilidad de la Administración exigir a las empresas o entidades que contrate que garanticen las condiciones en las que se realiza el servicio y, por tanto, debería tener en cuenta, además de otras cuestiones, las citadas anteriormente. Sea cual sea el sistema de financiación que se decida, éste tiene que garantizar la universalidad de los derechos sociales. Se debe poner especial cuidado en evitar que la fórmula por la que se opte pueda llegar a generar un

sistema dual en el que existan diferencias de nivel de los ciudadanos por ninguna otra razón que no sea la propia situación de dependencia psicofísica. Ni la capacidad económica, ni la ubicación geográfica o la cotización o no a la Seguridad Social deben ser argumentos que provoquen discriminación alguna.

Para lograr la universalización de los derechos sociales y la consolidación del sistema público de servicios sociales es preciso superar la actual fórmula de financiación, y defendemos el establecimiento de un marco normativo de ámbito estatal que garantice el acceso a las prestaciones básicas a todos los ciudadanos y ciudadanas, con independencia de su lugar de residencia, y que establezca una financiación estable del sistema. En tanto se logra este objetivo propugnamos que el plan concertado debe cumplirse, mejorarse y ampliarse como garantía de financiación y desarrollo del sistema público de servicios sociales, si la atención a las situaciones de dependencia quiere ser real y efectiva. Concebimos la proximidad como un valor en el ámbito de los servicios sociales porque favorece la individualización de los procesos de intervención y la adaptación a las necesidades reales de los ciudadanos y ciudadanas y a la realidad social y territorial en la que viven, a la vez que permite movilizar y potenciar los recursos disponibles en el territorio.

Tanto los servicios sociales de atención primaria que se prestan a través de las

corporaciones locales, como aquellos servicios sociales especializados que se requieran, deben ofrecerse como derechos sociales mínimos homogéneos en todo el territorio del Estado y acordes de manera dinámica con la evolución de las necesidades de las personas, familias y grupos, so pena de caer en grandes desigualdades territoriales. Por ello, para que los servicios sociales asuman estas funciones con garantía, debe dotarse adecuadamente al ámbito municipal de los recursos necesarios, siendo actualizados los contenidos tanto económicos, humanos como dotacionales del plan concertado para las prestaciones básicas. Para que el sistema de servicios sociales afronte con eficacia las funciones que tiene atribuidas y las que se sumarán con la aprobación de la ley para la atención a las personas en situación de dependencia, es necesario que se apruebe una ley general de servicios sociales.

Compartimos el establecimiento de baremos estatales para la valoración de las situaciones de dependencia psicofísica, que han de aprobarse en esta Cámara, e insistimos en la necesidad de la elaboración de planes individualizados a ejecutar desde el ámbito local. Es necesario elaborar carteras de servicios que permitan su adecuación a las diferentes situaciones de dependencia y en las que necesariamente tienen que estar incluidas las mesas de coordinación sociosanitarias, cuyo principal referente debe ser el ámbito local. Se debe dar un paso adelante y

dotar de formal lo que hasta la actualidad se denomina informal, apoyo informal. Los cuidados que requieren las personas en situación de dependencia deben ser facilitados con la misma garantía de calidad a todas aquellas personas que lo necesiten. Es valorado positivamente la remuneración que se establece para los cuidadores, pero se debe velar porque el cuidado se ajuste a las necesidades y con el rigor y calidad apropiados. Por ello se debe realizar el esfuerzo formativo y de control necesario para lograrlo.

La aportación que han de realizar los usuarios para participar en los servicios y prestaciones ha de basarse en las capacidades económicas de cada uno de ellos, sin que dicha capacidad limite en ningún caso el acceso a los servicios y prestaciones.

El nuevo escenario de protección social debe ser aprovechado para impulsar, apoyar y promover la economía social, así como la investigación, desarrollo e innovación y el consiguiente desarrollo económico, pero en ningún caso la responsabilidad debe recaer en el mercado, le corresponde a la Administración el diseño y control de las prestaciones del sistema.

El Estado debe ser el garante de los derechos de los ciudadanos, haciendo especial hincapié en lo referente al acceso a los servicios, en la gestión de las prestaciones básicas y en el proceso de planificación. Igualmente, se debe garantizar el adecuado

funcionamiento de los servicios prestados por entidades privadas, ejerciendo el adecuado control de los servicios financiados con recursos públicos y un adecuado servicio de inspección que garantice el correcto funcionamiento de todos los centros y servicios del sistema. Igualmente, el Estado debe promover el compromiso social y participación que deben suponer tener en cuenta al tejido asociativo y al conjunto de los ciudadanos en toda política social. Asimismo, es preciso fomentar la coordinación, potenciando y haciendo operativos los órganos de participación de los diferentes ámbitos territoriales, haciéndolos auténticos instrumentos de debate, reflexión y coordinación.

Se deben garantizar mecanismos sencillos para que los usuarios puedan ejercer sus derechos, así como dotar a las instituciones y entidades de instrumentos de vigilancia ética para velar por los posibles efectos que pueda provocar la puesta en marcha de tecnología en la que se manejen datos sensibles. Se debe exigir que los profesionales estén adecuadamente formados y asesorados para garantizar los derechos de los usuarios y protegidos frente a los posibles riesgos derivados de su trabajo. Asimismo, los diferentes auxiliares que intervienen en el cuidado de las personas en situación de dependencia han de estar suficientemente preparados y formados para desempeñar su cometido. Para ello se deben establecer programas de formación profesional u ocupacional que lo garanticen.

Además de favorecer las subvenciones para la adaptabilidad del entorno en general, y en particular de los hogares de las personas en situación de dependencia, se tiene que regular o hacer cumplir que las edificaciones y los entornos se planeen de manera que no sean excluyentes.

Esto supondría realmente una disminución del presupuesto que se tendría que dedicar para adaptaciones. Por ello es necesario que se incorpore a la acción urbanística evaluaciones de impacto social.

Reitero el agradecimiento por tener la oportunidad de trasladar el sentir de nuestro colectivo y quedo a su disposición para las posibles preguntas que requieran de mi aclaración.

El señor PRESIDENTE: ¿Grupos que desean intervenir?

Por el Grupo de Izquierda Verde-Izquierda Unida- Iniciativa per Catalunya-Verds, tiene la palabra la señora García Suárez.

La señora GARCÍA SUÁREZ: En primer lugar quiero saludar a la señora Aguilar y comentar también, tanto a usted como al resto de compañeros, que, aunque me he incorporado un poquito más tarde, desde el despacho he podido seguir, mientras hacía una serie de trabajos, la intervención, por lo que creo que prácticamente he recogido la mayoría de las cuestiones, todas ellas muy importantes, que usted ha planteado.

Ha hecho una intervención muy completa. Se lo digo no porque sea lo políticamente correcto, sino porque creo que ha ido tocando todos aquellos puntos que son claves en el debate que estamos teniendo en torno a la futura ley de la dependencia. Sin duda cada uno de ellos daría como para tener horas de discusión. Como representante del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo y Asistentes Sociales, creo que ha sido muy clara sobre cómo piensan que se ha de organizar esta futura prestación, este nuevo derecho, y usted lo ha expresado muy bien. Si bien no tenemos este derecho en estos momentos, me gustaría saber cómo afecta en el trabajo cotidiano de los equipos de servicios sociales y cuál es el agujero tan importante que tenemos en la sociedad en estos momentos. De ahí la necesidad de regular este nuevo derecho, de concretarlo, y de dar respuesta a estas necesidades amplias de un colectivo no reducido, como muy bien también ha explicado, sino de un colectivo en el que estamos todos, está toda la sociedad, como ya hemos dicho en alguna ocasión, en algún momento posiblemente de nuestra vida.

Le quiero decir que comparto (nuestro grupo comparte y yo personalmente también porque vengo de este ámbito) el planteamiento sobre el contenido que usted ha expresado. Por eso mismo voy a ir directamente a una pregunta, aunque son varias pero todas hablan en torno a lo mismo. Usted sabe que en estos momentos no tenemos el

proyecto de ley de dependencia. Esperemos tenerlo pronto, pero en todo caso no lo tenemos y esto se está retrasando. Lo que sí hemos tenido es una aportación en el presupuesto del año 2005 de 50 millones de euros. Lo que también esperamos tener es una aportación bastante mayor a ésta para los presupuestos del año 2006, ya que el Gobierno ha anunciado una cifra de cien millones. Nuestro grupo parlamentario la considera insuficiente y vamos a presentar una enmienda pidiendo una aportación como mínimo del doble de la que ha apuntado el Gobierno. Teniendo en cuenta la situación actual y que las comunidades autónomas han empezado ya a recibir estos 50 millones que se aprobaron para este año y los nuevos que vendrán para el próximo, con este presupuesto, ¿cuáles cree que serían las prioridades, conociendo la realidad como la conoce y la ha planteado, donde tendría que ir destinado este presupuesto?

No tenemos todavía la ley, pero hay una realidad y es que la ley no va a cambiar. La ley lo que va a hacer en todo caso es regular ese derecho, ese acceso, qué responsabilidades y qué competencias va a tener cada Administración.

La realidad está ahí y hay también un presupuesto que ya se empieza en estos momentos a destinar y que va a ser bastante más importante para este año próximo.

Como la ley no llega y el presupuesto sí, ¿dónde ha de ir destinado prioritariamente

este presupuesto? Conocedora usted de la realidad, creo que nos puede ayudar a que desde los grupos parlamentarios podamos insistir hacia dónde creemos que han de ir los criterios de priorización.

El señor PRESIDENTE: Por el Grupo Popular tiene la palabra el señor Oreiro.

El señor OREIRO RODRÍGUEZ: Bienvenida doña Ana María Aguilar y también le agradezco su planteamiento. Antes de iniciarse la Comisión he manifestado que tengo una larga experiencia de convivencia con el colectivo de asistentes sociales, concretamente con dos compañeras de trabajo en servicios sociales. Esta larga convivencia profesional me ha hecho pensar que la asistente social es un eslabón fundamental en la cadena de la rehabilitación del discapacitado, entendido como normalización que usted ha mencionado. La verdad es que nos ha dibujado una perspectiva global de cómo interpreta usted la futura ley de la dependencia.

Algunos comparecientes anteriores nos han hecho ver que quizás esta nomenclatura no sería la más adecuada y hablaban de ley para el fomento de la autonomía personal. Probablemente sea un enfoque más en positivo y creo que todos los compañeros en esta Comisión hemos llegado al convencimiento de que sería más adecuado, pero yo quisiera formular una serie de cuestiones a raíz de su exposición, que me parece completa y que ya de hecho

ha contestado a muchas de las que tenía aquí preparadas. Sin embargo, hay algo que me llamó la atención y que quiero manifestar: mi acuerdo además con el planteamiento que usted ha hecho.

Comentó que existe ya una red de servicios. Efectivamente hay una red de servicios y apoyo al discapacitado que está establecida por ley. Lo que pasa es que ha puntualizado algo que me parece muy interesante, y es que con la ley se pasaría de actuar por demanda a actuar por reconocimiento de derecho. Eso desde nuestro punto de vista es algo fundamental y nos parece un avance extraordinario. Ha hecho mención también a la necesidad de incrementar la ratio de profesionales y a mejorar la cualificación, la formación de los mismos, procurando también la protección de estos profesionales. Este trío de condiciones (formación, incremento de la ratio y protección de los profesionales) estamos seguros que repercutirá sin duda en beneficio de la atención al discapacitado. Quiero resaltar que los trabajadores sociales son absolutamente indispensables. Lo he dicho al principio, pero quiero que quede perfectamente claro a la hora de la incorporación del discapacitado al mundo social de su entorno. A veces la propia discapacidad y el trauma que produce la ruptura de una evolución normal requiere no sólo la rehabilitación física o psíquica sino la incorporación paulatina pero sin traumas a la dinámica social, y esto más que nadie lo hacen adecuadamente los trabajadores sociales.

Dicho esto, quisiera hacerle una serie de preguntas por si tiene a bien puntualizar algunas cosas que nos interesaría aclarar. En primer lugar, si cree suficiente la cartera de servicios que anuncia el libro blanco sobre la dependencia y, en todo caso, qué otros servicios considera usted que serían necesarios. Por otra parte, yo tenía aquí cuál es su valoración genérica sobre el libro blanco pero, a raíz de lo que ha manifestado, creo entender que es una valoración positiva, en el sentido, como habíamos comentado, de actuar por reconocimiento de derecho en un futuro próximo, así lo deseamos nosotros también. ¿Debe ser considerada la atención a la discapacidad como un derecho universal? Otra cuestión sería si cree necesaria la colaboración con el sector privado y en qué medida considera que debería participar, así como si el colectivo que usted representa vería viable que cada persona debiera pagar los servicios de acuerdo con sus posibilidades económicas. ¿Cree necesario que la futura ley recoja la figura del asistente personal? Creo que usted ha mencionado que no estaba contemplado y nos interesaría saber si consideran necesario el reconocimiento de esta figura.

Por último, dado que usted acertadamente ha hablado de la proximidad como un valor, nos interesaría conocer su opinión sobre la participación en el trabajo de rehabilitación o normalización de la incorporación del discapacitado al mundo de la normalidad. ¿Qué papel tendrían las corporaciones locales, los ayuntamientos,

dado que esa proximidad está establecida en su exposición como un valor? Agradeciéndole de nuevo su comparecencia y la exposición de las ideas claras que nos ha aportado, nos ofrecemos para lo que guste mandar.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Socialista tiene la palabra la señora Corral.

La señora **CORRAL RUIZ**: Quiero agradecer, igual que el resto de las señorías que me han precedido en el uso de la palabra, muy especialmente en nombre de mi grupo la comparecencia de la señora Aguilar. Tengo que decir que ha sido una intervención muy rica, ha sido una intervención muy clara y muy interesante, y también me gustaría confesar que este grupo tenía puesto el listón y las expectativas muy altas en torno a esta intervención: Por ello felicitamos de todo corazón y también con todo el convencimiento a la señora Aguilar por su exposición.

Este grupo la ha invitado en este momento de las comparecencias, digamos que en la recta final, porque queríamos tener la situación clara y esperábamos un momento maduro para escuchar al Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Esto es así porque entendemos que las trabajadoras y los trabajadores sociales sin duda es la profesión que se enfrenta y se ha enfrentado históricamente con la situación de los déficit de la autonomía personal. Se han enfrentado desde el día a día, desde el

cara a cara, desde la experiencia, desde la sensibilidad, y yo creo que conocen estas situaciones. Si alguna profesión tenemos que decir que conoce estas situaciones desde la raíz, sin duda tenemos que señalar a las trabajadoras y a los trabajadores sociales. De aquí nuestras expectativas y nuestro interés en esta comparecencia. Lo que hemos comprobado es que el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales está dando el nivel de las expectativas, que ha hecho reflexiones profundas en torno a este asunto que tanto nos preocupa y en el que tenemos puestas tantas ilusiones. La verdad es que la mayoría de las preguntas que pensaba hacer a la señora Aguilar están ya, por una parte, formuladas, y por otra, me las ha contestado en su intervención. Sin embargo, quizás me gustaría que abundara un poco más en torno al carácter integral y transversal de la ley. Sin duda hay diferentes sistemas, el de salud, el de educación, que tienen que dar respuestas en el desarrollo de la futura ley de la autonomía personal para atender a las personas en situación de dependencia. Como muy bien ha puesto de manifiesto en su intervención, el sistema público de servicios sociales debe tener un papel protagonista. Por ello yo preguntaría cómo podemos articular ese acoplamiento de diferentes sistemas para dar la mejor atención. Sé que en parte esto que le estoy preguntando está contestado.

También esta ley, como muy bien ha dicho, viene a fortalecer este cuarto pilar del Estado del bienestar, que también ha

quedado claro. Todos tenemos claro que este cuarto pilar del Estado del bienestar son los servicios sociales, y viene sin duda no sólo a reforzar prestaciones básicas, sino a reconocer derechos de carácter subjetivo, derechos de apoyo a la familia, de ayuda a domicilio, de teleasistencia, de centros de día, de alojamientos, de residencia, y sin duda más. Me sumo a la pregunta que ha hecho el portavoz del Grupo Popular respecto a insistir en su reflexión de qué más prestaciones añadimos.

Los servicios sociales municipales en este país son los que están recibiendo esta demanda que se va a convertir en derecho, y yo le rogaría que nos ampliara quizás un poco más el papel de los servicios sociales municipales, o de los servicios sociales de atención primaria, que posiblemente podamos compartir que son la puerta de entrada al sistema de esta ley de las dependencias. Creo que debería ser así. También ha insistido en el valor de la proximidad. Para ser eficaz esta ley sin duda tiene que estar descentralizada.

Hay una cuestión en este sentido sobre la que surgen ciertas dudas, y es en cuanto a la aplicación del baremo. La aplicación del baremo es lo que genera el derecho. Debe de ser así para que esta ley sea equitativa y haya igualdad de oportunidades. El baremo debe aprobarse a nivel de Estado y será el mismo para los ciudadanos de Cádiz, de Santander y de Madrid, será el mismo en todo el territorio, ¿pero quién aplica este baremo?

Una pregunta que también me surge sería: ¿El Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales entiende que cabría algún perfil de especialización para que esta profesión pueda dar una respuesta más eficaz a la ley? En el mismo sentido preguntaría su opinión en torno a que exista un observatorio nacional que haga un seguimiento y control de la gestión de esta ley. No quiero cansar más a la señora Aguilar porque ha sido una mañana supongo dura, muy interesante para todas las señorías que hemos tenido la ocasión de escucharla. Yo soy también trabajadora social y creo que nos enemos que felicitar porque esta es una gran oportunidad para impulsar un nuevo y necesario marco de protección, que está basado en los principios de responsabilidad pública, de universalidad y de derecho subjetivo, que son los tres grandes retos que tienen actualmente las prestaciones de los servicios sociales.

El señor PRESIDENTE: Para responder a las intervenciones y preguntas de los portavoces de los grupos parlamentarios tiene la palabra la señora Aguilar.

La señora PRESIDENTA DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES (Aguilar Manjón): Muchas gracias, señorías, en cuanto al acuerdo habido con la intervención, aunque haya generado preguntas que nosotros y nosotras, las trabajadoras

sociales, nos seguimos haciendo en relación a un tema que desde luego no está cerrado, que además es muy complejo y que se tardará años en poder decir que estamos trabajando todo lo bien que tenemos que trabajar en torno a ello. Intentaré responder a todas las preguntas que me han hecho. La señora García Suárez me preguntaba las prioridades para aplicar el presupuesto de este año y la dotación para el año que viene. Yo creo que estaría en la misma línea que parte de los comparecientes anteriores en esta Comisión. La mayor parte de las personas en una situación de dependencia preferiblemente quieren estar en sus casas. En la medida en que eso pueda ser posible, diría que la prioridad es la ayuda a domicilio; ayuda a domicilio y más, como otras prestaciones que suponen la permanencia en el hogar inicialmente. ¿Por qué? Porque realmente en este momento hay muchísima demanda y hay muy poca cobertura a esa demanda. Si hay que empezar por aplicar algo de lo que no tenemos una ley todavía sería por las prestaciones y por la permanencia, quizás también porque es más inmediata. La primera razón es por la preferencia de las personas y la segunda porque es de una aplicación más inmediata. Si estamos hablando de plazas en centros de día, o en residencias u otro tipo de recursos, evidentemente que tienen que existir los recursos. Si los recursos no existen y no dedicamos dinero a ello estaremos un tiempo sin atender determinadas situaciones. Por tanto, yo daría prioridad a las preferencias de las

personas y comenzaría por las prestaciones que suponen la permanencia en el hogar, aunque evidentemente no sea nada fácil. Digo esto porque nos encontramos con desigualdades territoriales y quizás donde no exista ninguna demanda de estas prestaciones se quedarían sin la distribución de ese trocito de la tarta. Es una cuestión realmente delicada pero si tuviera que decidirme por alguna de las prestaciones tendría que ser por esa que he comentado, teniendo en cuenta que hay muchos flecos que atar y cuestiones que barajar a la hora de tomar esa decisión. El señor Oreiro me ha preguntado en primer lugar si consideraba suficiente la cartera de servicios que está planteada y que si debe ser universal la atención a las situaciones de discapacidad. Por un lado diría que el planteamiento inicial de la cartera de servicios es acertado, aunque dentro de esa cartera de servicios evidentemente luego tendrán que sumarse diferentes prestaciones, pero yo creo que recoge el conjunto de esos posibles servicios, creo que sí, que inicialmente el planteamiento es bueno. Por otro, si estamos planteando la universalidad para la atención a las personas en situación de dependencia, no sería muy coherente no plantear la universalidad para la atención a las personas que tienen una discapacidad; por tanto, por coherencia evidentemente sí, universalidad también para la atención a la discapacidad.

Otras dos de las preguntas que ha realizado el señor Oreiro tienen que ver

con la financiación y el sector privado y en qué medida puede participar tanto el sector privado como la aportación de los usuarios. En qué medida ha de participar el sector privado. Sería muy difícil en estos momentos no reconocer que el sector privado ya está realizando un trabajo en torno a la atención a la dependencia, muy difícil no reconocerlo y muy difícil eliminarlo, es evidente que está ahí.

¿En qué medida debe participar? Lo he expuesto en la comparecencia inicial. Creo que tiene que ser vía concierto, que es acertado, que la responsabilidad siempre tiene que ser de la Administración, que debe de dotar de esas medidas de control y de inspección para garantizar que los servicios corresponden a las premisas que se han establecido y que lo está realizando con la calidad que se requiere, que se le exige. En cuanto al copago, para los servicios sociales el copago no es nada nuevo, habrá otros sectores a los que quizás les cueste más plantearse ese tipo de financiación, pero los servicios sociales nacieron ya con ese tipo de financiación, con esa aportación de los usuarios. Diré que copago sí, que aportación de los usuarios sí, pero siempre, y vuelvo a insistir en lo que ya he comentado antes, en relación con sus rentas, con sus posibilidades, y siempre y cuando no limite el acceso a las prestaciones. Ha preguntado también sobre si se considera necesaria o no la figura del asistente personal y comentaba que no estaba contemplada. Yo me he referido a la no contemplación del asistente personal en los servicios sociales,ería,

por tanto, una figura nueva. También diría que nos genera duda por cómo se podría llegar a articular esa figura del asistente personal, ahí entra claramente la elección del usuario por el asistente personal, por la persona asistente que sea, y de qué manera realmente se podría controlar esa prestación, porque no dejaría de ser una prestación, si bien otra posibilidad que existiría sería una prestación económica para ese asistente personal. Ante esto no hay una negativa pero nosotros estamos más en la línea de la prestación de servicios que por las prestaciones económicas; pero no es una negativa, es algo que quizás nos genera bastante dudas y nos resulta muy difícil posicionarnos frente a ello. Ha preguntado también qué papel tendrían los ayuntamientos en la aplicación de la ley, no sé si ésta ha sido también la pregunta que ha formulado la señora Corral y ya aprovecho para contestarle. El papel de los ayuntamientos, del ámbito local, es fundamental. Son los que por cercanía prestan los servicios quizás de mejor manera, más rápidamente, todo lo que podamos añadir y que es conocido por todos y por todas. Por un lado, serían quienes planificaran, gestionaran y ejecutaran las diferentes prestaciones y, por otro, hay un papel fundamental que tiene que ver con la aplicación del baremo. Para aplicar el baremo existen las diferentes fórmulas que se están utilizando en este momento en distintos sistemas, como es el educativo con equipos multidisciplinares. En el propio sistema de servicios sociales también existen equipos multidisciplinares,

en otros sistemas es a través de la peritación de los profesionales. En este sentido quizás debiéramos plantear una posibilidad más, y es que quienes aplicasen esos baremos en el ámbito local pudieran ser los diferentes profesionales cuya intervención se requiere para la determinación del grado de dependencia, y que quizás, por introducir un elemento nuevo, se creara una unidad administrativa que fuera la que determinara realmente esa aplicación y dictaminara, pero consideramos que por ser quienes están en el ámbito local los que conocen mejor a los usuarios que se acercan a servicios sociales y en definitiva quienes van a continuar realizando un trabajo más o menos largo en colaboración con esos usuarios, no con esos usuarios sino en colaboración con ellos, la aplicación de esos baremos debiera realizarse en ese ámbito. No sé si he contestado, quizás sí, a todas las preguntas del señor Oreiro, creo que sí, y vamos a ver si centro un poquito. Preguntaba la señora Corral cómo se podría articular esta ley en los diferentes sistemas. Respecto a los servicios sociales en este momento contamos con diferentes leyes en las diferentes comunidades autónomas y quizás esa sea una base fundamental para implementar a través de esas leyes la aplicación de esta otra. No sé si con ello respondo realmente a su pregunta y si hace referencia a la imbricación o transversalidad con otros sistemas, pero un pilar fundamental son las leyes de servicios sociales autonómicas con las que contamos en este momento, que nos ofrecen una base estupenda para hacerlo. En cuanto a

ampliar el papel de los servicios sociales como puerta de entrada, lo he ampliado a la hora de definir que la aplicación de los baremos debiera realizarse desde el ámbito local, creo que eso extiende el papel de los servicios sociales generales o de atención primaria. Hay una pregunta a la que me resulta muy difícil responder, que es qué más prestaciones añadiría. La verdad es que no traía preparado algo como eso y en este momento me resulta muy difícil responderla. Yo creo que, aunque poco desarrollado, no consolidado suficientemente y con muchas carencias y déficit, las prestaciones que en este

momento están contempladas en servicios sociales en el plan concertado que existe responden, a excepción del asistente personal, a las necesidades que se pueden plantear y debemos atender. Por mi parte no tengo ninguna aclaración más.

El señor PRESIDENTE: Quiero agradecer, en nombre de la Comisión, a doña Ana María Aguilar Manjón su presencia aquí entre nosotros y la información que nos ha dado, las respuestas a las preguntas que se le han formulado, y reiterarle nuestra bienvenida a esta su Comisión.

Comentario de libros

1. *Leucania* *luteola* (Hufnagel) *luteola* (Hufnagel) *luteola* (Hufnagel) *luteola* (Hufnagel)

En las últimas décadas se han generado en nuestro país un amplio campo legislativo y normativo, que aunque pueda ser, sin duda, mejorable, es una base sólida para que los usuarios de los servicios sociales puedan exigir sus derechos como tales. En pocos escenarios de las políticas sociales se ha producido un cambio tan sustancial en esta materia, como en los servicios sociales, en los que se ha pasado de la graciabilidad que caracterizaba las prácticas benéficas y asistenciales, todavía vigentes en los años 80, a un sistema de protección social que se basa en exigencias cívicas y en derechos reconocidos.

El problema es que todavía, muchas personas que utilizan los servicios sociales, no son conscientes de estos derechos o no conocen cómo pueden exigirlos. De la misma manera, son muchos los profesionales que desconocen la existencia de algunos de estos derechos y de las responsabilidad de ellos se derivan para su propia práctica profesional. Una práctica muy sensible en esta materia, por afectar a derechos tan fundamentales, que alcanza su máximo exponente cuando algunos de estos derechos aparecen enfrentados, o cuando concurren obligaciones legales contradictorias, como es el caso de aquellas situaciones en las que la ley obliga al profesional a comunicar a los jueces la existencia de malos tratos a mujeres, incluso contra su voluntad, y la obligación que tiene el profesional de respetar la libre voluntad de sus usuarios y de garantizar, con su secreto profesional,

la confidencialidad de todo aquello que conoce con motivo de su intervención. Son situaciones complejas, que ya se han producido en algunos lugares y que todo parece indicar que cada vez van a tener una mayor incidencia en la práctica de los servicios sociales.

Por todo ello, este manual se propone informar y hacer conscientes a los usuarios de que derechos pueden exigir, pero también puede ser de especial utilidad para los profesionales de los servicios sociales, tanto para informar a sus usuarios (una labor que los profesionales nunca debemos perder de vista), como para conocer cuáles son las responsabilidades que se derivan del ejercicio de estos derechos, en el desarrollo de su propia intervención profesional.

Con rigor técnico y lenguaje comunicativo, expresa qué se considera servicios sociales y quienes pueden ser usuarios de los mismos. El núcleo central de la Guía es el *Catálogo de Derechos*, estructurado en tres bloques:

- *Derechos de la persona, ya que si bien el derecho a los servicios sociales "no tiene categoría de Derechos Fundamental, constitucionalmente reconocido, afecta directamente a alguno de ellos, como el derecho a la igualdad, a la intimidad, a la plena participación o el derecho de asociación, entre otros".*

- *Derechos como usuarios de servicios prestados por la Administración. "Cuando los servicios sociales son prestados por una Administración Pública, de forma directa o concertada, lo que*

ocurre en una gran mayoría de estos servicios, sus usuarios tienen los derechos que se derivan del mantenimiento de relaciones con la Administración en un Estado de Derecho"

- Derechos como usuarios y consumidores. "Los usuarios de los Servicios Sociales tienen, además, derechos específicos como "usuarios", protegidos por mandato Constitucional. Los mecanismos de protección de los consumidores y usuarios son aplicables a los servicios públicos, en particular, los Servicios Sociales, ya que se considera "usuario" toda persona que utiliza o disfruta, como destinatarios finales, de servicios (incluyendo los sociales), cualquiera que sea la naturaleza pública o privada, individual o colectiva de quienes los facilitan o expiden."

El catálogo resultante incluye los siguientes derechos:

- Derecho a que se respete la libertad de conciencia, las convicciones religiosas, morales o ideológicas, así como la intimidad en lo que respecta a tales creencias o convicciones.
- Derecho al secreto profesional de su historia social
- Derecho de asociación
- Derecho a la protección legal cuando no se posea la capacidad de decidir por sí mismo
- Derecho al respeto de la integridad física y moral
- Derecho a la protección de sus datos personales

- Derecho a acceder, permanecer y cesar en la utilización de los servicios por voluntad propia, salvo en los supuestos legalmente contemplados
- Derecho a la continuidad en la prestación de los servicios
- Derecho de participación
- Derecho a un programa de intervención individual, definido y realizado con la participación y reconocimiento del usuario
- Derecho a evaluar la calidad de los servicios sociales
- Derecho a exigir la responsabilidad de las Administraciones Públicas y del personal a su servicio
- Derecho a la protección de su salud, calidad de vida y seguridad
- Derecho a la información
- Derecho a la protección de sus legítimos intereses económicos y sociales.

Para cada uno de estos derechos se concreta su base jurídica y el contenido detallado de lo que los usuarios pueden exigir en relación con los mismos. Así, por ejemplo, en el caso del "Derecho a la protección de sus datos personales", se dice:

Como usuario de los servicios sociales, en el ejercicio del derecho a la protección de sus datos personales, puede usted exigir:

- que sólo le exijan aquellos datos de carácter personal que sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con los fines para los que se pretenda con ellos.
- que sus datos personales no sean usados para fines incompatibles con aquellos para los que se hubieran recogido.
- que sean cancelados sus datos cuando hayan dejado de ser necesarios.
- el derecho a ser previamente informado de la existencia de un fichero o tratamiento de datos, su finalidad y de quienes van a ser los destinatarios.
- que se le pida el consentimiento inequívoco para el tratamiento de sus datos, salvo en los casos previstos en la Ley.
- el derecho a acceder, rectificar, cancelar y oponerse a dichos datos

La Guía concluye detallando las Vías de Reclamación que los usuarios de los servicios sociales pueden utilizar, así como el Arbitraje de consumo y la potestad sancionadora de las Administraciones Públicas.

Además de la Guía, el trabajo realizado por el grupo de expertos de la UCA ha dado como resultado un documento con

"Recomendaciones y Propuestas" dirigido a las Instituciones, para mejorar la protección de los derechos de los usuarios de los servicios sociales. Una de las recomendaciones de más calado es la que propone "que ante una hipotética reforma constitucional, se estudie la posibilidad de elevar el derecho a los Servicios Sociales a la categoría de Derecho Fundamental", o la que aconseja que se elabore "una normativa específica que regule los derechos y obligaciones en materia de información y documentación de los usuarios de los Servicios Sociales, como la que existe en materia de centros y servicios sanitarios" (en referencia a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica)

El equipo redactor de la Guía de Derechos de los Usuarios de los Servicios Sociales en Aragón ha estado formado por Francisco Cucala (magistrado de la Audiencia de Zaragoza), Víctor Escartín y Miguel A. Bernal (de la Cátedra de Derecho Administrativo de la Universidad de Zaragoza), Roberto Zarazaga (abogado, de la UCA), y ha sido coordinado por Gustavo García y Nieves Pérez.

Gustavo García Herrero

Farré Salvá, Sergi
Gestión de conflictos: taller de mediación.
Un enfoque socioafectivo.
Barcelona, Editorial Ariel, 2004, Pp. 327

Este libro nos abre a una comprensión del conflicto desde la posibilidad de abordarlo “como si...”, como si estuviésemos en esas situaciones cotidianas en que nos encontramos conectándonos con los demás mediante la diferencia, el malestar, el malentendido, la ironía, la desconfianza, los prejuicios, los juegos de poder, y ese largo etcétera que nos hace sentir similares y diferentes a la vez.

Asomémonos con el autor a una situación de la vida cotidiana: Nuria vive en el sobreático y Montse en el ático y son vecinas desde hace muchos años. Cuando se encuentran se saludan y charlan. Pero desde hace un tiempo Nuria ha observado que Montse ya no se detiene a hablar y muestra prisa. Hace pocos días al regresar Montse y su familia de un fin de semana, encontraron su piso mojado debido a una gran filtración que provenía del piso de Nuria. Montse cogió el teléfono y le espetó a Nuria, gritando: "¡Esto es el colmo, la gota que colmó el vaso! ¡Tengo el piso hecho un desastre! ¡Eres una desconsiderada! ¡Ya estoy harta de vosotros! ¡Qué falta de consideración!" Y sin más, le colgó. Nuria se quedó desconcertada. Al día siguiente Nuria y Montse coinciden en el ascensor y... Así comienza uno de los juegos de rol que Farré nos propone para, mediante la empatía dramática, experimentar cómo podríamos conducir ese diálogo y gestionar la relación en adelante.

La propuesta del autor es la de aprender del conflicto desmenuzándolo, viendo cómo

resuena en nuestro interior. Se trata de ir avanzando poco a poco, para desmontar paso a paso la relación interpersonal que sustenta a todo conflicto.

Se trata de aprender del conflicto, pero no sólo *acerca* de él sino *en y con* el conflicto. Y por eso, el autor escogió el enfoque pedagógico conocido como socioafectivo porque permite la experimentación directa de situaciones como la de Nuria y Montse. Esta aproximación permite un acercamiento al darse cuenta (awareness), a la reflexión posterior a la experiencia y a tomar conciencia de lo vivido, todo lo cual posibilita sentir, emocionarse y ponerse en la cabeza y el corazón, no sólo de uno mismo sino del otro con el que se está interrelacionado. Es un enfoque coherente con la perspectiva del autor que, alejado de la infructuosa lógica del ganar-perder, apuesta por formas más participativas para tratar el conflicto.

La estructura del libro que permite su lectura a través de dos registros. Por un lado, el registro lineal dirigido al lector que quiere enterarse y saber más acerca de la gestión de conflictos. Y por otro, una guía más pautada, dirigido a formadores-dinamizadores de talleres que desean aprender dinámicas para conducir grupos en relación al abordaje de los conflictos. Partiendo de dramatizaciones sobre situaciones cotidianas (que tanto el lector como el dinamizador pueden profundizar ya sea mediante la empatía dramática, como mediante la propuesta de juegos

de rol), Farré nos introduce en diferentes maneras de mirar, sentir y gestionar el conflicto. Así se presentan diferentes aproximaciones como la negociación cooperativa y la mediación. También la mediación es presentada no sólo desde la perspectiva teórica sino que es explicada mediante prácticas simuladas que permiten prepararse para mediaciones informales.

Otro aspecto interesante de la obra es que el autor transita constantemente entre la vida cotidiana y los aspectos macro. Consecuente con la perspectiva del conflicto como una realidad presente en nuestras vidas, el autor empareja situaciones del ámbito más personal con otras de política internacional. Así, por ejemplo, coteja el conflicto entre los padres de un niño reticente a vestirse para ir al colegio (conflicto zanjado con un *tour de force* parental) con el artículo 42 del Capítulo VII de la Carta de la Organización de las Naciones Unidas sobre la aplicación de la fuerza militar para salvaguardar la paz y la seguridad. Y aunque puedan parecer magnitudes incomparables no lo son en absoluto porque, *mutatis mutandi*, la utilización del autoritarismo tanto en el ámbito de la familia como en el concierto internacional es un uno de los recursos (no el único ni el mejor) para imponer por la fuerza el "orden" o la "paz".

La traductibilidad entre el ámbito privado y el público se puede seguir en varios de los capítulos y refuerza otra de las ideas centrales del autor sobre el conflicto:

la disonancia en la comunicación y la divergencia en la percepción de una misma realidad constituyen una barrera en la intercomunicación. Por eso, las dinámicas y ejercicios presentados sirven para facilitar la toma de conciencia de las propias actitudes comunicativas del lector.

A lo largo de la estructura expositiva del libro el autor consigue, mediante un esfuerzo riguroso, interconectar los aspectos teóricos y abstractos de la mediación y la gestión de conflictos con la esfera personal y la vida cotidiana. Este método de exposición ayuda a la comprensión y al análisis de los temas tratados y el conjunto de la obra resulta reforzado.

Otro acierto del autor es ofrecer al final de cada capítulo una serie de recursos para seguir avanzando en la comprensión de los temas propuestos, de manera que cada lector o formador puede nutrirse de otros recursos si así lo desea.

En definitiva, este libro constituye una acertada y ágil conjunción entre teoría y práctica y su lectura permite avanzar en la comprensión de que vivir el conflicto y aprender a transformarlo es una buena opción en nuestras vidas.

María Percaz Four-Pome

Presentación de artículos indicaciones generales

1. Los artículos han de ser inéditos. El Comité Editorial podrá entender oportuna la publicación de textos que hayan sido publicados en el extranjero.
 2. Los artículos para el Dossier no excederá de 25 folios, los artículos para las Sección Libre de 20 y los artículos para la sección de Interés Profesional tendrá una extensión máxima de 12 folios, incluidos cuadros y referencias bibliográficas. (En los tres casos el folio tendrá en torno a las 30 líneas por folio y a 70 caracteres por línea).
 3. Las citas de autores se incluirán en el texto señalando apellido del autor con mayúsculas, año, dos puntos y página del libro al que se haga referencia. Asimismo se han de incluir las referencias a las fuentes de procedencia de los cuadros, gráficos, tablas y mapas que se incluyan adecuadamente numerados en el texto.
 4. En las referencias bibliográficas sólo se podrán recoger los autores expresamente citados en el texto. Si el autor lo estima oportuno podrá recoger también bibliografía recomendada, no más de tres referencias. Las referencias bibliográficas se pondrán al final del texto, siguiendo el orden alfabético:
 - a) Libros: Apellido/s del autor en mayúscula, nombre del autor/es en minúscula; año de publicación entre paréntesis seguido de dos puntos; título del libro subrayado o en cursiva; Editorial; lugar de publicación.
 5. Los artículos irán precedidos de un breve resumen en español e inglés que no exceda de las 10 líneas. Se indicarán las "palabras claves" (no más de 5) para facilitar la identificación informática. Se incluirá un breve currículum vitae del autor o autores que no supera las 8 líneas.
 6. Los comentarios de libros tendrán una extensión máxima de 60 líneas (70 caracteres/línea), especificándose el autor, título, editorial, lugar y fecha de publicación de la obra así como el nombre y apellidos de quien realiza la crítica.
 7. El trabajo se ha de presentar en soporte papel e informático, adjuntando la dirección de contacto del autor o autores a:
- Consejo General de CODTS y AA.SS.
A/A Revista de Servicios Sociales y
Política Social
Avd. Reina Victoria nº 37 – 2ºC.
28003 MADRID
E-mail: consejo@cgtrabajosocial.es

Títulos de la Revista publicados

- Nº 21: LAS NECESIDADES SOCIALES

Nº 22: AREAS DE BIENESTAR SOCIAL Y ACCIONES INTEGRADAS (agotado)

Nº 23: ARTICULOS SUELtos

Nº 24: ARTICULOS SUELtos

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

Nº 29: ARTICULOS SUELtos

Nº 30: EVALUACION

Nº 31-32: INCIDENCIA DE LA CRISIS EN EL ESTADO DE BIENESTAR

Nº 33: INTERVENCION EN EL AMBITO FAMILIAR (I)

Nº 34: INTERVENCION EN EL AMBITO FAMILIAR (II)

Nº 35: NUEVAS NECESIDADES/NUEVAS RESPUESTAS

Nº 36: LA ARTICULACION DEL TEJIDO SOCIAL

Nº 37: JUVENTUD

Nº 38: EXCLUSION SOCIAL

Nº 39: LA FORMACION PARA EL TRABAJO SOCIAL. NUEVOS RETOS

Nº 40: COMUNIDAD Y TRABAJO SOCIAL

Nº 41: ETICA EN LA INTERVENCION SOCIAL

Nº 42: DISCAPACIDAD PSÍQUICA Y CALIDAD DE VIDA (I)

Nº 43: DISCAPACIDAD PSÍQUICA Y CALIDAD DE VIDA (II)

Nº 44: INTERCULTURALIDAD

Nº 45: NUEVA PERSPECTIVA DE GENERO

Nº 46: TRABAJO EN EQUIPO

Nº 47: AMBITO LOCAL Y VIDA COTIDIANA

Nº 48: IMAGEN, COMUNICACION E INTERVENCION SOCIAL

Nº 49: CALIDAD (I)

Nº 50: CALIDAD (II)

Nº 51: CULTURA DE LA SOLIDARIDAD (I)

Nº 52: CULTURA DE LA SOLIDARIDAD (II)

Nº 53: TRABAJO SOCIAL Y MEDIACION

Nº 54: ENFOQUES Y ORIENTACIONES DE LA POLITICA SOCIAL

Nº 55: LA INTERVENCION SOCIAL ANTE LOS PROCESOS DE EXCLUSION

Nº 56: HABITAT Y CONVIVENCIA

Nº 57: EL METODO: ITINERARIOS PARA LA ACCION (I)

Nº 58: EL METODO: ITINERARIOS PARA LA ACCION (II)

Nº 59: NUEVAS TECNOLOGIAS

Nº 60: FAMILIA: POLITICAS Y SERVICIOS (I)

Nº 61: FAMILIA: POLITICAS Y SERVICIOS (II)

Nº 62: DISCAPACIDAD

Nº 63: DESARROLLO Y TRABAJO SOCIAL

Nº 64: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (I)

Nº 65: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (II)

Nº 66: DIMENSION COMUNITARIA EN TRABAJO SOCIAL (I)

Nº 67: DIMENSION COMUNITARIA EN TRABAJO SOCIAL (II)

Nº 68: APRENDIZAJE Y FORMACION (I)

Nº 69: (DE) CONSTRUCCION SOCIAL DE LA SEXUALIDAD (I)

Nº 70: (DE) CONSTRUCCION SOCIAL DE LA SEXUALIDAD (II)

Nº 71: APRENDIZAJE Y FORMACION (II)

Nº 72: LA PROTECCION SOCIAL A LA DEPENDENCIA (I)

Próximas publicaciones:

Nº 73: LA PROTECCION SOCIAL A LA DEPENDENCIA (II)

Nº 74: INTERVENCION SOCIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Nº 75: VIOLENCIA: CONTEXTOS E INTERVENCION SOCIAL (I)

Nº 76: VIOLENCIA: CONTEXTOS E INTERVENCION SOCIAL (II)

Próximas publicaciones:

- Nº 73: LA PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA (II)
 - Nº 74: INTERVENCIÓN SOCIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA
 - Nº 75: VIOLENCIA: CONTEXTOS E INTERVENCIÓN SOCIAL (I)
 - Nº 76: VIOLENCIA: CONTEXTOS E INTERVENCIÓN SOCIAL (II)

Publicaciones del Consejo General Colección "Trabajo Social"

Serie "Libros"

1. Los Servicios Sociales en una Perspectiva Internacional. El sexto sistema de Protección Social
A.J. Kahn y S.B. Kamerman
Precio: 9,65 €

2. Los Servicios Sociales I
Gloria Rubiol
Precio: 5,92 €

3. Los Servicios Sociales II
Gloria Rubiol
Precio: 7,60 €

4. Nuevos Paradigmas en Trabajo Social. Lo social natural
Ricardo Hill
Precio: 5,77 €

Serie "Textos Universitarios"

1. Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico
Amaya Ituarte Tellaeché
Precio: 5,77 €

2. Aproximaciones el Trabajo Social
Natividad de la Red Vega
Precio: 13,82 €

3. Trabajando con familias. Teoría y práctica
Elisa Pérez de Ayala Moreno St^a María
Precio: 17,43 €

4. Imagen y comunicación en temas sociales
Gustavo García Herrero y
José Manuel Ramírez Navarro
Precio: 27 €

5. La historia de las ideas en el trabajo social

Haluk Soydan
Traducción: Cándida Acero
Precio: 19,50 €

6. El Protagonismo de la Organización Colegial en el desarrollo del Trabajo Social en España

Manuel Gil
Precio: 10 €

7. Intervención metodológica en Trabajo Social

Coord: Clemente J. de Navarro Yáñez

Serie "Documentos"

3. Primeras Jornadas Europeas de Servicios Sociales. Países del Área Mediterránea
Precio: 1,95 €

4. Un modelo de ficha social.
Manual de utilización
Precio: 4,54 €

5. Los Servicios Sociales en el Medio Rural
Precio: 3,67 €

6. Encuentro sobre Servicios Sociales Comunitarios
Precio: 5,17 €

7. Libro Verde del Trabajo Social
"Instrumentos de Documentación Técnica"
Dolors Colom
Precio: 15 € Colegiados
20 € No colegiados

Serie "Cuadernos"

1. Relación entre Servicios Sociales y Sanitarios
AGOTADO

2. La formación en la gerencia de Servicios Sociales
Precio: 3,97 €

3. Voluntariado y Centros de Servicios Sociales
Francisco Bernardo Corral
Precio: 4,21 €

4. La animación sociocultural: una alternativa para la tercera edad
M^a Victoria Cubero
Precio: 4,27 €

5. Trabajo Social en los Servicios Sociales Comunitarios
Angel Acebo Urrechu
Precio: 5,77 €

6. El trabajador Social en los servicios de apoyo a la educación
Eugenio González González
M^a Jesús González Alonso y
M^a Jesús González González
Precio: 6,07 €

Serie "Papeles"

1. II Jornadas de Servicios Sociales en el Medio Rural. Carmona 1987
Precio: 9,02 €

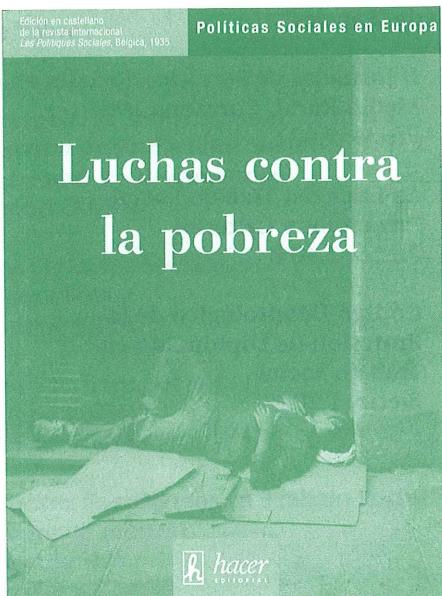
2. La Ética del Trabajo Social. Principios y Criterios
Precio: 2,40 €

3. Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social
Precio: 1,20 €

Forma de pago. Enviar:

- Cheque bancario (a nombre del Consejero General de Diplomados en Trabajo Social).
- Giro Postal al Consejo General.
- Transferencia a Banco Popular: C/ Gran Vía, 67. 28013 Madrid C.C.C.: 0075-0126-93-0601284373

ÚLTIMA PUBLICACIÓN DE
POLÍTICAS SOCIALES EN EUROPA
Nº 18 Luchas contra la pobreza



Edición y suscripciones
Editorial Hacer, S.L.
c/ Carme, 16, 2º 1ª
08001 Barcelona
hacerproduccio@yahoo.es
Tel y fax: 93 317 58 01

Próximo número
Nº 19 (febrero 2006)
La mediación en el medio escolar

Editorial Hacer, S.L.
c/ Carme, 16, 2º 1ª
08001 Barcelona
hacerproduccio@yahoo.es
Tel y fax: 93 317 58 01

ÍNDICE

- Análisis e impulso de las grandes instituciones internacionales
- Reducir la pobreza mundial a la mitad
François Bourguignon
- Tendencias a largo plazo en los países de la OCDE
Michael Föster
- La estrategia europea
Odile Quintín
- Estrategias y técnicas contra la exclusión y la pobreza: OIT
Jordi Estivill
- Los costes de olvidarse de ciertas categorías analíticas para entender nuestras realidades
Vicenç Navarro
- Aplicación dentro de las políticas nacionales
- Bélgica: de la ayuda social a la acción social
Myriam Bodart
- Francia: los "recalculados" o los avatares de la contractualización
Michel Messu y Blandine Destremau
- España: fines y medios en la lucha contra la pobreza
Josefa Fombuena Valero
- Recensiones SIIS

Suscripción Revista de Servicios Sociales y Política Social

Año 2006.
(Nºs. 73, 74, 75 y 76)

Tarifa anual según categoría (4 números)

- Colegiados o estudiantes 32,17 €
(Aportar copia acreditativa)
- Resto 38,61 €
- Extranjero 43,99 €
- Número suelto 11,80 €
- Librería 34,74 €
- Gastos de envío* 1,80 €

Suscripción

Nombre
Dirección
Población C.P.
Provincia
Teléfono Móvil
Fax
NIF

Forma de pago

- Cheque bancario (a nombre del Consejo General de Diplomados en Trabajo Social)
- Recibo domiciliado en Banco o Caja de Ahorros.
(En este caso cumplimentar la siguiente columna)
- Transferencia (adjuntar comprobante) a Banco Popular
C.C.C.: 0075-0126-93-0601284373
- Giro Postal al Consejo General

Fecha

(Firma)

* Por cada revista suelta de años anteriores al vigente y del presente año se aplican gastos de envío. Y por cada suscripción fuera de plazo.

Datos

Banco
Domicilio
Población
Titular de la Cuenta

Nº de la Cuenta (CCC)

Código cuenta cliente (CCC)		
Entidad	Ofic.	DC
		N.º 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.

Enviar este boletín a:

Revista de Servicios Sociales y Política Social.
Avda. Reina Victoria, 37 - 2º Centro
28003 Madrid

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999, por el que se regula el derecho de información en la recogida de los datos, se le informa de los siguientes extremos:

- Los datos de carácter personal que sean recabados de Ud. son incorporados a un fichero automatizado, denominado REVISTA, cuyo responsable es el Consejo General de CODTS y AASS.
- La recogida de datos tiene como finalidad la gestión, publicación y envío de la Revista Servicios Sociales y Política Social a sus suscriptores, profesionales y entidades que desarrollan su actividad en el campo de la intervención social.
- La información facilitada y/o el resultado de su tratamiento tiene como destinatarios, además del propio responsable del fichero, los gestores del envío postal.

En todo caso, tiene Ud. derecho a ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, determinados por la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

A efectos de ejercitar los derechos mencionados, puede Ud. dirigirse por escrito al responsable del fichero, en la siguiente dirección:

Consejo General CODTS y AASS
Av. Reina Victoria, 37 - 2º C
28003 Madrid
Teléfonos: 91 541 57 76/77 - Fax: 91 535 33 77
e-mail: consejo@cgtrabajosocial.es



EURORESIDENCIAS Centros de Mayores



NO ES UNA RESIDENCIA, ES UNA EURORESIDENCIA.

CENTROS DE REHABILITACIÓN

Asistencia Médica - Enfermería 24 h. - Fisioterapia

Terapia Ocupacional - Unidad de demencia



902 010 066

www.euroresidencias.es



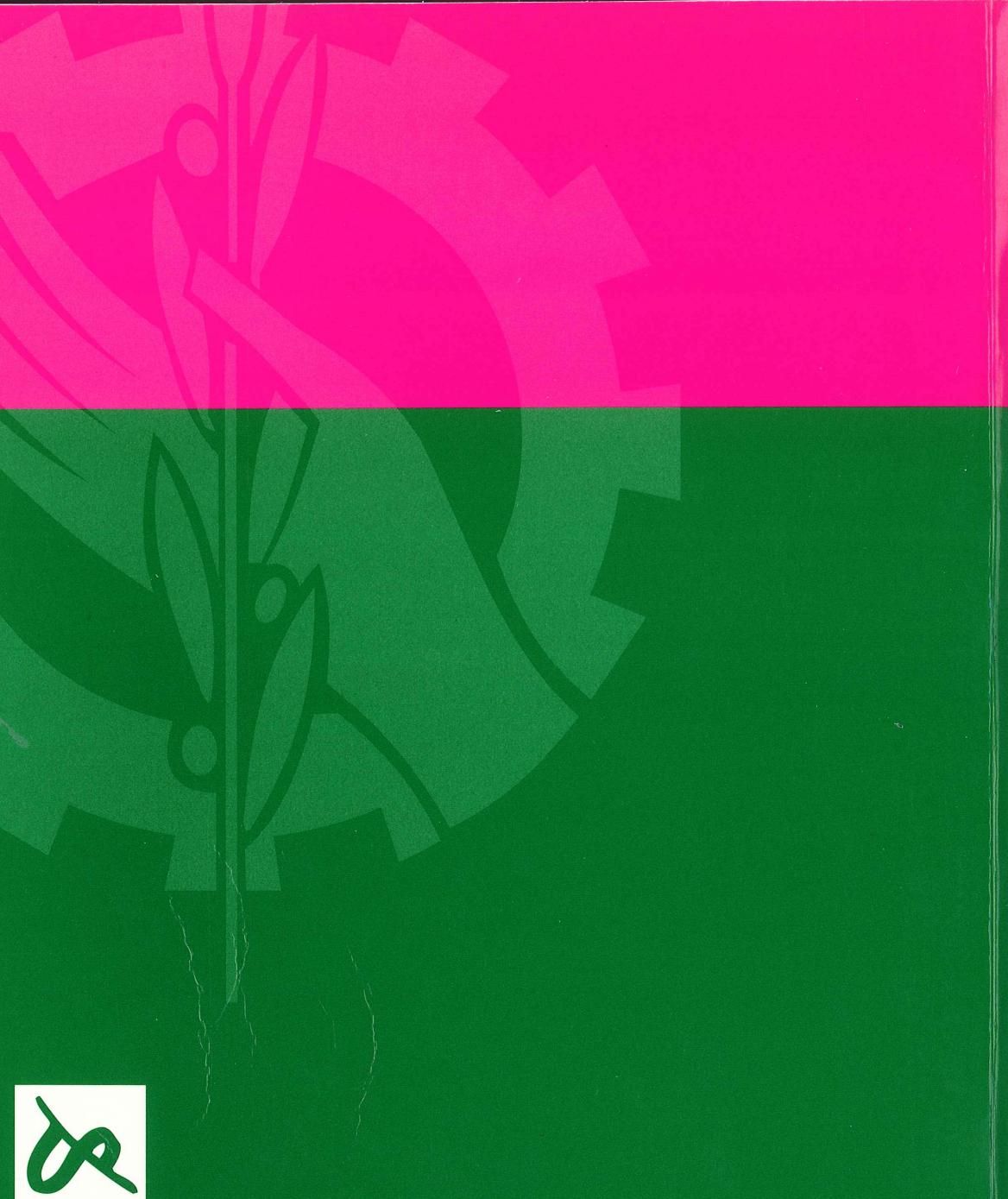
Consejo General

Diplomados en Trabajo Social
y Asistentes Sociales



EURORESIDENCIAS
Centros de Mayores

**PREMIO A LAS BUENAS PRÁCTICAS
PROFESSIONALES EURORESIDENCIAS 2005/06**



**Consejo General
de Colegios Oficiales
de Diplomados en Trabajo Social**

Colabora:



Año 2005
Precio: 11,40 €

Reina Victoria, 37
28003 MADRID