

COMITE EDITORIAL

José Manuel Ramírez,
Teresa Rosell, Balbino Pardávil,
María Dolores Caballero,
Luz Verde, Amelia Sampedro,
Pedro Compte y Gustavo García

COORDINADOR GENERAL

Pedro Compte

SECRETARIA

Marta Pazos

CONSEJO ASESOR

Elvira Cortajarena,
Gregorio Rodríguez, Joan Artells,
Josep Arenas, M.ª Angeles
Campo, Miguel Angel Cabra,
Rosa Doménech, Teresa Ordinas,
Ana Díaz, J.M. García Madaria
y Luis Valenciano

EDITA

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

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

**ADMINISTRACION,
REDACCION Y
SUSCRIPCIONES**

Doctor Cortezo, 11 - 2.º
28012 Madrid. Tel. 468 37 06
Horario: martes y jueves
de 9 a 12 horas

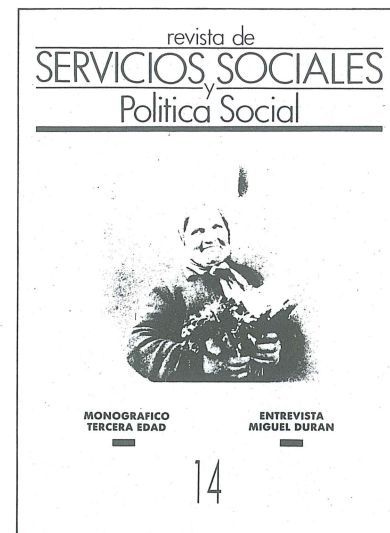
REALIZA

Consultores Editoriales, S.A.L.
Lagasca, 71. Tels. 431 13 36
y 431 14 59. 28001 Madrid

IMPRIME

Grefol, S.A.
Depósito Legal: M-16020-1984

S U M A R I O



Portada: Duane Michals

EDITORIAL

EN PORTADA

ENTREVISTA AL DIRECTOR GENERAL DE LA O.N.C.E., D. MIGUEL DURAN. *Por Ana Díaz y Gustavo García*..... 6

POLITICA SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES

SERVICIOS SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD: TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS. *Por M.ª Angeles Tresserra*..... 14

LA ATENCION INSTITUCIONALIZADA Y NO INSTITUCIONALIZADA A LA TERCERA EDAD. *Por Rafael Pineda*..... 18

APROXIMACION A LAS NECESIDADES DE AYUDA A DOMICILIO Y PLAZAS RESIDENCIALES EN LA POBLACION ESPAÑOLA MAYOR DE 65 AÑOS. *Por Balbino Pardávil*..... 28

TRABAJO SOCIAL CON TERCERA EDAD

TRABAJO SOCIAL CON ANCIANOS: PLANTEAMIENTOS BASICOS Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL. *Por Macario Fresno*..... 38

TRABAJO SOCIAL Y ANIMACION DE LA VIDA DIARIA EN UNA RESIDENCIA ASISTIDA. *Por Begoña Ramírez y Rafael Mendía*..... 46

ASPECTOS DE UN SERVICIO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA. *Por Enric Roca*..... 58

CONDICIONES Y ACTITUDES DE VIDA DE LOS ANCIANOS DE BARCELONA. *Estudio de alumnos de la E.U.T.S. de Barcelona dirigido por C. Mercedes Tabueña*..... 64

CONSEJO GENERAL, COLEGIOS PROFESIONALES Y ESCUELAS

CONVENIO DE COLABORACION CON LA FUNDACION DE AYUDA A LAS DROGODEPENDENCIAS.....	72
MASTER EN GERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES.....	76
I JORNADAS PARA FORMADORES EN TRABAJO SOCIAL. <i>Por Ana Llanez</i>	78
ENTREVISTA PRESIDENTA COLEGIO PROFESIONAL DE VALLADOLID. <i>Por Pedro Compte</i>	80
LA GUINDILLA.....	82

FOTOGRAFIAS

Servifoto.....	Págs. 6, 9, 12, 13
Pedro Compte.....	Pág. 16
Taller Fotográfico Casa Juventud de las Fuentes (Zaragoza).....	Págs. 26, 45, 69, 84
Le Diascorn.....	Pág. 20
Jesús Serrano.....	Págs. 23, 35
Bruce Davison.....	Págs. 25, 37
Edouard Boubart.....	Pág. 48
René Burri.....	Pág. 52
Víctor Viñuales.....	Pág. 61
H. Cartier Bresson.....	Págs. 56, 63

EDITORIAL

Los ancianos, los viejos o "la tercera edad", según se prefiera, conforman un sector de población tradicionalmente destinatario de los Servicios Sociales.

Su aumento cuantitativo está generando en la sociedad europea, y especialmente en nuestro país, transformaciones que afectan tanto al conjunto de la Política Social como a los Servicios Sociales: sustancialmente, de la atención sólo a los "ancianos desamparados", aquéllos con menos recursos y apoyos sociales, se plantea ahora una Política Social hacia la Tercera Edad, constituida en sector sociológico de primera magnitud.

Muestras de este nuevo enfoque del tratamiento social de la vejez en España son la reciente aprobación de un proyecto de Ley de Prestaciones No Contributivas para mayores de 65 años, la elaboración de un informe del Senado sobre la situación de la Tercera Edad en España o el proceso de elaboración del Plan Gerontológico Nacional por el Ministerio de Asuntos Sociales.

Los Servicios Sociales se han centrado, como sistema propio, en la cobertura de las necesidades de convivencia y alojamiento de este sector de población: clubs, residencias, programas de ayuda a domicilio... siendo un campo profesional consolidado para los Trabajadores Sociales. En este número de la Revista se intentan mostrar diversos aspectos de la evolución de los Servicios Sociales para la Tercera Edad: su necesario aumento cuantitativo y cualitativo, la integración con los Servicios Sanitarios, Culturales y Deportivos en programas y equipamientos, la participación y el protagonismo de los ancianos en los servicios... Otros, como el de la creciente intervención del sector privado y su regulación o el de la integración comunitaria de los servicios, quedan apuntados, a expensas de un posterior desarrollo en sucesivos números de la revista.

Finalmente, los lectores notarán que se ha ampliado la sección "El Consejo Informa", con aparición de noticias sobre los Colegios Profesionales y las Escuelas de Trabajo Social. Con ello se pretende profundizar nuestro carácter de revista profesional, dando cabida a los diferentes sectores que están desarrollando el Trabajo Social como profesión en España.

EN PORTADA

Por Ana Díaz y Gustavo García. *Secretaria General del Consejo General de Colegios Oficiales de D.T.S. y A.A.SS. y Coordinador Técnico Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, respectivamente.*

ENTREVISTA A DON MIGUEL DURAN, DIRECTOR GENERAL DE LA O.N.C.E.



EN PORTADA

¿Podría describirnos cuál es la estructura de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (O.N.C.E.), su papel como director de la misma?

La O.N.C.E. está gobernada por un Consejo integrado por doce consejeros y dos vicepresidentes elegidos democráticamente cada cuatro años desde 1982. El Consejo elige de entre sus componentes al Director General. Existen en este momento unos 25.000 afiliados, que son en su totalidad ciegos totales o personas con deficiencias visuales. Además en su estructura debe contarse con sus trabajadores, unos 30.000, que no sólo son ciegos sino también personas con otras minusvalías.

¿Qué porcentaje de ciegos españoles son afiliados a la O.N.C.E.?

Ciegos en España andan por el orden de unos 50.000, luego estarán ahora afiliados un 50%. La explicación de esta relación puede deberse a diferencias de recursos económicos; existen familias a las que no les puede interesar que su hijo esté en la O.N.C.E., educándolo a su manera. Luego existen muchas personas que con deficiencias visuales pueden defenderse por sus propios medios y no están en la O.N.C.E.

El porcentaje de afiliación no ha registrado un aumento importante en los

últimos años. Una de las causas es la política de prevención de la ceguera en la infancia que se está desarrollando. Lo que si ha aumentado es el nivel de trabajadores; desde diciembre de 1987, con el "cuponazo" hemos incorporado 8.000 trabajadores minusválidos.

¿Cuál sería la clave de la transformación de la O.N.C.E. en estos últimos años?

Creo que esta transformación se basa en un período de participación interna; a partir de 1982 existe un proceso democrático y tras dos o tres años de ajuste, la máquina productora y creadora de los afiliados de la O.N.C.E. ha comenzado a funcionar. La hiperparticipación de los afiliados creo que es el activo más importante de la O.N.C.E. junto con un acendrado principio de unidad.

La O.N.C.E. es una organización tutelada por la Administración, ¿qué papel ha jugado en todo este proceso?

Muchas cosas se han hecho a pesar de algunas personas de la Administración. También con el apoyo de otras. Ahora quizás vivimos una época más benigna que otras anteriores debido a la existencia de un Ministerio de Asuntos Sociales, en cuyo desenvolvimiento tenemos depositadas grandes esperanzas. No obstante diría que

Desde diciembre de 1987, con el "cuponazo" hemos incorporado 8.000 trabajadores minusválidos.

el mayor volumen de cosas que la O.N.C.E. ha hecho, han ocurrido a pesar de algunas personas de la Administración.

Nos gustaría que definiera lo que es hoy la O.N.C.E., ¿es algo más próximo a un grupo financiero? ¿Dónde está su identidad como organización no gubernamental prestadora de servicios?

La O.N.C.E. es una Corporación de Derecho Público de base asociativa, basada en un derecho constitucional inalienable, de ámbito estatal y constituida por deficientes visuales en tanto que organización. Luego tiene otra vertiente específica que es la empresarial, basada fundamentalmente en la explotación de una determinada modalidad de juego de azar; ahora desde hace un tiempo intentamos diversificar ese espectro empresarial participando en otras empresas y en otras formas de obtener empleo y rentabilidad.

Los profesionales saben que sin recursos económicos no es posible hacer Trabajo Social. Lo que intentamos es no tener que mendigar los recursos económicos de ninguna administración ni de ningún grupo privado, valiéndonos por nuestros propios medios. Siempre existe alguien que enarbola eso de la O.N.C.E. no tiene por qué hacer esto; la O.N.C.E. pienso que puede hacer

con su dinero lo que cualquiera con el suyo, ya que nuestro dinero es tan legítimo, o puede que más, que el de cualquiera. En este sentido estamos dispuestos a concurrir en diferentes empresas, entre otras cosas para tirar hacia arriba del empleo de minusválidos, que en este país casi nadie se ocupa de ello, y para, porque no, obtener el dinero con qué financiar los servicios que la O.N.C.E. presta.

La pregunta venía en parte porque para los que provenimos del mundo de los Servicios Sociales es una envidia ver como se puede conjugar la actividad económica y la autofinanciación con la actividad social.

En todo caso. ¿de qué actividad de la O.N.C.E. se siente usted más orgulloso en su gestión?

Me siento particularmente satisfecho de cómo la O.N.C.E. ha defendido su identidad corporativa y de cómo ha proyectado su actividad empresarial, genéricamente así. Si de actividades se trata, pues mencionaría la venta del cupón; lo mantendremos con altos niveles competitivos.

También me siento satisfecho de la calidad de las campañas de difusión y proyección exterior de la O.N.C.E. y estoy contento con el grupo humano que la compone.

Ya que menciona la di-



fusión exterior de la O.N.C.E., ¿qué mensaje o imagen quieren ustedes que el público tenga de la entidad a través de estas campañas?

La publicidad nos está sirviendo no para vender más o menos cupones, sino para que la sociedad nos tome como un grupo social normal, que nos vean como personas normales capaces de parir buenas ideas. Los mensajes que tratamos de emitir son muy concretos; siempre hacen referencia a lo que para nosotros son realidades. El niño de la última campaña es una realidad a la que no se le haría mucho caso de no existir la O.N.C.E.

Una pregunta maliciosa pero demandada por los lectores, ¿puede considerarse a los ciegos como privilegiados en el mundo de las minusvalías, dada la cobertura de la O.N.C.E.?

Históricamente, cuando el cupón no era nada, nadie se acordaba de nosotros. Tu le ofrecías a muchas personas con minusvalías incorporarse a la venta del cupón y te decían que ellos no hacían de mendigos. Después de que el cupón ha conseguido reflotarse es cuando han aparecido estos comentarios. Los ciegos inventamos el cupón antes de la guerra civil y hemos

peleado por él. Los años de dificultad los hemos pasado solos, los videntes y los ciegos de la O.N.C.E. Es paradójico que ahora nos tilden de privilegiados. Además en estos momentos existen 8.000 personas con otras minusvalías trabajando en la O.N.C.E.

¿Está resuelto el tema de PRODIECU?

Depende de qué vertiente de este caso tratemos. El proceso de integración ha sido satisfactorio para aquéllos que se han integrado en él. El aspecto judicial no está resuelto todavía; las canalladas de entonces, contra la O.N.C.E. y contra las personas que fueron utilizadas, no están resueltas todavía. Es un delito social impresionante el de los promotores de PRODIECU, con un desentendimiento, no lo olvidemos, de las administraciones públicas.

Dado el carácter de esta Revista existen muchos presidentes de Asociaciones de Minusválidos de distinta clase que leen la misma. ¿Se atrevería usted a dar unas orientaciones a los mismos desde su experiencia de gestor?

Les recomendaría que sumen y que no resten. Que se nucleen en torno a buenas ideas, y sobre todo no les recomiendo que intenten meterse en el sector del juego de azar en España tal como está ahora. Lo que si les diría es que el

movimiento de los minusválidos hay que verlo en su conjunto. El artículo 49 de la Constitución no puede ser papel mojado. La O.N.C.E. está tratando de actuar ahí como aglutinante; el 3% de nuestro presupuesto bruto, unos 8.000 millones de pesetas, van cada año a dotar la Fundación de Cooperación e Integración Social de Personas con Minusvalía, en la que creamos empleo alternativo al cupón, cuyo futuro no es eterno. Deben desarrollarse ideas unitarias y ofrecer soluciones cuando se reivindica algo, sobre todo ante la Administración. Hay que intentar conseguir que la Administración sea coherente con los preceptos constitucionales que tienen algo que ver con la Política Social.

¿Cómo ve usted el desarrollo general de los Servicios Sociales en general, no sólo para las personas con minusvalías? Por otra parte, ¿cree usted que el desarrollo de servicios paralelos para las personas ciegas puede ser una dificultad para su integración?

A los Servicios Sociales, tal como están concebidos en España, los veo insuficientes y mal orientados. Insuficientes en sus dotaciones económicas por parte de las Administraciones Públicas, aunque existe un esfuerzo importante de algunas Administraciones locales. Su mala orientación

A los Servicios Sociales, tal como están concebidos en España, los veo insuficientes y mal orientados.

se debe a la tendencia a funcionarizarlo todo, propia de este país; la gente tiende a trabajar solamente desde los despachos, con criterios organizativos más propios de una fábrica de tornillos que del trato con las personas. Este es un fracaso de quienes dirigimos a los profesionales. Se necesitan muchos más millones del Ministerio de Asuntos Sociales y de las Comunidades Autónomas y luego han de usarse estos millones de un modo correcto, evaluado y controlado.

Sobre una posible red paralela de la O.N.C.E. habría que decir que en España se están haciendo infinidad de redes paralelas. Yo por convicción política soy federalista, pero ahora creo que hemos pasado, en un movimiento pendular, de un centralismo a ultranza a una depresión estéril. Las diferencias entre Comunidades Autónomas y entre éstas y la Administración Central son a veces impresentables en el campo del Trabajo Social.

Respecto a la O.N.C.E., nosotros tenemos un mandato legal, nuestro propio Real Decreto que nos regula, por el cual se nos dice "ocupense ustedes de los ciegos". El Estado delega en parte en nosotros, a pesar de las controversias. Para ello la O.N.C.E. dispone de un buen equipo de profesionales como psicó-

logos, maestros, asistentes sociales,... El peligro de hacer cosas por nuestra cuenta existe, pero la opción es muy clara: o lo haces así o corremos el peligro de que las cosas no lleguen a esos supuestos servicios comunes; como en principio ni siquiera son comunes para nadie, tampoco puede que nos den mucho sentido de comunidad; en segundo lugar probablemente tampoco llegarían los mismos servicios que se pueden prestar desde aquí y como la demanda es fuerte, no tenemos más remedio que atenderla.

Que esto tiene sus dificultades es cierto; las intentamos paliar a través de convenios con otras entidades: Cruz Roja, Comunidades Autónomas,... sobre todo para atención domiciliaria; es la única manera de unirse a la red pública, a pesar de sus numerosas deficiencias.

¿Cómo valora usted el papel de los Trabajadores Sociales en la O.N.C.E.?

Es imposible que no existan; pensar lo contrario sería pensar en un modelo de la O.N.C.E. distinto. Sin profesionales de la prestación de servicios no existiría la O.N.C.E. que queremos. Nuestras actuaciones empresariales van destinadas a financiar éstos, pero si no tuviéramos una perspectiva clara no tendríamos contratados más de un

El Estado delega en parte en nosotros, a pesar de las controversias.

centenar de asistentes sociales.

¿Qué pasaría si el cupón dejara de funcionar?

Tengo confianza en el futuro del cupón y de nuestro status. En todo caso estamos pasando a una diversificación de nuestras actividades. Si las cosas empezaran a fallar creo que habría la suficiente unidad en la O.N.C.E. como para repartir las cargas.

La presencia de la O.N.C.E. en los medios de comunicación, ¿cree usted que contribuye a una mayor sensibilidad hacia los temas sociales?

La O.N.C.E. apareció en casi todos los periódicos en febrero de 1986 a causa de la caída al metro de una de sus afiliadas. Desde en-

tonces me planteé que en este país las cosas en materia de información social tenían que cambiar. Los temas se tocan de una manera sesgada y mal orientada.

Cuando desde fuera no puedes cambiar hay que meterse dentro. Por ejemplo, si nos dan el canal de televisión, la competencia en materia de información social es exclusivamente de la O.N.C.E. dentro de los accionistas. Hemos creado la agencia de noticias "Servi Media" de información general, pero en materia de política social intervendremos directamente para orientar a los medios de comunicación. La presencia activa de la O.N.C.E. en diferentes empresas está acostumbrando a la gente a permitir que su



pensamiento admita que los minusválidos podemos hacer cosas. Aquí vamos a dar la batalla.

Para finalizar nos gustaría conocer su opinión sobre el Proyecto de Ley de Pensiones no contributivas y sobre las iniciativas de algunas Comunidades Autónomas, la vasca por ejemplo, en torno al Salario Social.

Me parece bien; creo que hay una buena intención de los políticos, aunque un poco tardía y sospechosamente cercana a procesos electorales, aunque esto sea normal. Ahora quizás se podía haber ido un poco más allá: hay gente que necesita dinero para vivir, lisa y llanamente; pero hay gente a la que se le puede dar ese di-

nero y un poco más desde una perspectiva de verdadera integración social. Sin duda hay un colectivo que podría recibir ese dinero y podría entregar a cambio algo de sus capacidades, esto no está previsto y ahí se pierde una gran oportunidad. En el fondo la caridad del Estado es casi peor que la caridad individual, aunque mi forma de verlo puede no ser objetiva porque los ciegos preferimos la batalla al pensionismo.

Desde el punto de vista empresarial pueden hacerse muchas cosas. Por ejemplo, si la Administración quisiera adjudicar el consumo de su material a empresas de minusválidos, la O.N.C.E. participaría en este proyecto... ahí está el ejemplo de Inglaterra.



SERVICIOS SOCIALES

Por M.^a Angeles Tresserra. *Directora General Institut Català D'assistència i Serveis Social.*

SERVICIOS SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD: TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS

Es conveniente impulsar simultáneamente en el seno de la sociedad, el concepto de solidaridad generacional.

Es del todo evidente, que estamos viviendo un proceso de progresivo envejecimiento poblacional, al que podemos considerar como único en un nuevo fenómeno social.

Le llamaríamos nuevo e inesperado; nuevo por el dinamismo y potencial de crecimiento que presenta, e inesperado porque, hace una década, ni siquiera los expertos podían preverlo ni pronosticar la intensidad con que se está manifestando.

Analizando además las causas de este proceso, nos encontramos con alguna como el aumento de la esperanza de vida, que si bien en si misma es positiva, al presentarse de forma brusca y acelerada, en un ámbito general de crisis de valores, dará lugar a la aparición de tensiones lógicas en diferentes campos: económico, sanitario, cultural, vivienda, urbanismo y social.

Es por ello absolutamente necesario conseguir que la sociedad tenga, al mismo tiempo, una percepción real y lo más detallada posible de este fenómeno social, y que a la vez tome conciencia del mismo para adoptar, y cambiar si es preciso actitudes, de forma que resulten positivas para el conjunto de la población y especialmente para aquellos profesionales que en definitiva serán prioritariamente receptores de demandas específicas.

Refiriéndonos a las tendencias, y a las distintas formas de abordar posibles soluciones y/o alternativas, vemos la necesidad de efectuar previamente una serie de consideraciones:

1. El colectivo presenta como característica constante la variabilidad. Es pues un colectivo dinámico, considerándolo tanto individual como en su conjunto.

2. Son necesarias medidas que preserven la intimidad y la individualidad, poniendo verdadero énfasis en el concepto de persona no sólo como ser bio-psico-social, sino también como portador de una historia de vida. Bajo ningún concepto puede contemplarse un tratamiento homogeneizador o estandarizante.

3. Es preciso encontrar fórmulas reales y resolutivas, que respetando las dos consideraciones antes expuestas, respeten además al máximo el "lugar de vida" de la persona, evitando las separaciones de su medio ambiente y del entorno familiar.

4. Es conveniente impulsar simultáneamente en el seno de la sociedad, el concepto de solidaridad generacional, de los jóvenes y adultos versus ancianos y viceversa.

5. Es necesario considerar socialmente, y reforzar técnicamente a todos aquellos profesionales que ya trabajen en este sector, y a los que tengan que incorporarse paulatinamente en él, implantando equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios.

6. Es absolutamente imprescindible, transformar criterios subjetivos, más próximos al concepto benéfico-asistencial, en derechos que permitan la realización personal al máximo. Ello incidiría tanto en una política económica digna de las pensiones, así como en acceso y disponibilidad en las prestaciones.

7. Es imprescindible, pues, planificar sin prescindir de lo

POLITICA SOCIAL

expuesto anteriormente, así como crear los equipamientos y alternativas a los mismos, incorporando permanentemente el concepto "calidad de vida".

Es por ello que de forma gradual y sectorizada tanto geográfica como urbanísticamente, las tendencias evolucionan hacia la atención integrada, mediante los servicios de atención primaria, donde es prioritaria aquella atención que complementada cuando sea preciso con la atención sanitaria, retrase al máximo el internamiento, a pesar de las dificultades de adaptación de la vivienda, que sufre a su vez un envejecimiento paulatino, con pocas posibilidades, si no existe una prestación específica al respecto, de ser resuelto positivamente.

La atención primaria, es efectuada por equipos multidisciplinarios, en contacto con el centro de referencia. Este centro debe ser polivalente, es decir integrar servicios como el Centro de Día, rehabilitación, podología, lavandería y comedor, acondicionado con espacios que permitan actividades lúdicas y además plazas residenciales, que tendrán las características de asistidas. Ambos equipos deberán ser interdisciplinarios.

Estos circuitos así planteados, que en las zonas urbanas, tienen un ámbito de distrito o (barrio), en las zonas rurales pueden existir en municipios de 2.000 a 5.000 habitantes, e incluso comple-

Las tendencias evolucionan hacia la atención integrada, mediante los servicios de atención primaria.

mentarse con un centro socio-sanitario de ámbito comarcal y próximo a un centro hospitalario.

El centro que denominamos socio-sanitario, se trata de un paso intermedio entre una residencia asistida y un hospital de agudos. Existen dos modalidades: plazas socio-sanitarias de larga estancia, donde al grado de dependencia se suma una enfermedad crónica, que precisa tratamiento médico y vigilancia sanitaria permanente, pero que además y debido a la posible larga estancia, está complementada con medidas sociales dirigidas a incrementar la calidad de vida.

La segunda modalidad, que definimos como centro que sustituye al hogar pero con soporte sanitario, que consiste en ser de naturaleza social

pero con una mayor participación sanitaria dadas las características de los usuarios. Se trata en este caso de las plazas socio-sanitarias asistidas.

Estas posibilidades, que, de alguna manera, implican una mayor complejidad asistencial, permiten que las personas mayores por el hecho de estar enfermas no se vean continuamente trasladadas en función de su tratamiento, sino que máxime se muevan en el ámbito del sector urbano correspondiente, o en el ámbito comarcal.

Compaginar calidad de vida y asistencia técnica, frente a una necesidad creciente, y a una escasez de recursos físicos, y en ocasiones humanos, es evidentemente un reto importante.



I CONGRESO INTERNACIONAL INFANCIA Y SOCIEDAD

Palacio de Congresos de Madrid

20 a 23 de Noviembre de 1989

BIENESTAR

**DERECHOS
SOCIALES**

de
**la
INFANCIA**



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES

Dirección General de
Protección Jurídica del Menor

AVANCE DE PROGRAMA Y LLAMADA PARA COMUNICACIONES

Por Rafael Pineda Soria. *Consejero Técnico de la Dirección General del INSERSO. Ponencia presentada en las Jornadas "La Tercera Edad en Europa. Necesidades y demandas".*

LA ATENCION INSTITUCIONALIZADA Y NO INSTITUCIONALIZADA A LA TERCERA EDAD

Hace sólo unos meses asistí a un acto, organizado por una Dirección Provincial del INSERSO, en el que se hacía el lanzamiento de un programa de actuaciones en favor de la Tercera Edad.

La sala de cine donde se celebraba aquel acto estaba completamente llena de personas mayores, que se habían desplazado desde todos los puntos de la geografía provincial.

No es fácil olvidar el clima, el calor humano y, sobre todo, la palabra viva, pausada y retadora del Presidente de la Junta de Gobierno de un Hogar para la Tercera Edad:

"No nos lleveis a la Residencia, dejad que eso lo decidamos nosotros. Y si algún día la razón nos falla o las circunstancias lo exigen, hacedlo; allí nos cuidarán bien.

Si nuestros hijos y nietos no quieren aprender de nosotros tendrán que taparse los oídos, porque cantaremos al viento, y nos nos enterrarán fácilmente porque moriremos de pie.

...Sabemos poco de letras. En esto llevan razón. ¡Pues aprenderemos! La cultura no es sólo saber cuántos son dos y dos. La cultura es experiencia, es leyenda y es sudor. De aquí al 2000 aprenderemos lo que nos falta para que se oiga la voz de la Tercera Edad...

A pesar de nuestro orgullo, nos dejaremos ayudar y daremos mil por cien..."

Ninguna cita he podido recordar con más fuerza para la introducción de mi ponencia que las palabras que acabo de reproducir.

"Atención no institucionalizada y Atención institucionalizada a la Tercera Edad" es el título que me ofreció la Organización de estas Jornadas para encabezar mi intervención.

La síntesis de lo que voy a decir y que ofrezco desde ya, como un adelanto de mi exposición, es esta: "Convivialidad versus institucionalización".

O, para ser más exacto, haciéndome eco de las palabras citadas, "tanta convivialidad como sea posible y tanta institución como sea necesaria".

Desarrollaré esta ponencia en los siguientes puntos:

- 1.º Convivialidad.
- 2.º Las diversas alternativas de atención integrada.
- 3.º Edad para vivir.
- 4.º La Residencia.
- 5.º Contribución del INSERSO en los actuales niveles de servicios integradores y de equipamientos residenciales prestados por la Administración.
- 6.º Contribución del INSERSO en la me-

jora del equipamiento de Residencias y de servicios.

7.º Previsiones de futuro.

Como han podido observar, hablo desde el INSERSO.

Soy funcionario del Instituto Nacional de Servicios Sociales, Ministerio de Asuntos Sociales.

Me he dedicado a temas de la Tercera Edad desde los seis últimos años y durante cuatro años fui jefe del Servicio de Centros Residenciales. Después, como Consejero Técnico de la Dirección General, estoy llevando, entre otros asuntos, la elaboración del proyecto de Plan Gerontológico, considerado por nuestra Ministra como "Programa Estrella" del Ministerio.

1.º Convivialidad

Utilizo esta palabra para significar el estado o la situación de convivencia. Se englobarían bajo este epígrafe todos los programas dirigidos a la Tercera Edad que tengan como objetivo propiciar y potenciar la integración social de los mayores.

La convivencia con la familia y con la Co-

La institución cerrada y segregada ha sido el recurso de esa sociedad para prestar atención a estos grupos de personas.

munidad, fruto en gran medida de la solidaridad y la comprensión humanas, es el primer bien, el gran bien del que se ha privado en un inmediato pasado a las personas de la llamada Tercera Edad. También a otros grupos, como el sector de personas con minusvalía grave. Pero ahora, centramos la atención en el colectivo que nos ocupa.

La mayoría de las veces, esto ocurría como consecuencia, consciente o inconsciente, de una estructura social que había venido postergando y marginando, por definición,

a cuantos se pensaba que no podían formar parte del engranaje productivo.

La institución cerrada y segregada ha sido el recurso de esa sociedad para prestar atención a estos grupos de personas, sin advertir que las soluciones institucionalizadas de esta naturaleza mataban la convivencia y agigantaban las limitaciones, las frustraciones y la desgana de vivir.

2.º Las diversas alternativas de atención integrada

Afortunadamente, desde hace algunos años —no demasiados— se están abriendo paso otras alternativas y otros modos de concebir la propia institución.

- Programa de ayuda a domicilio.
- Viviendas adaptadas.
- Viviendas en régimen de Aparthotel o similar.

- Pisos o viviendas tuteladas.
- Programa de "Vacaciones Tercera Edad".

— Fomento de la participación social de las personas mayores mediante el incremento de la vida asociativa.

— Programas para fomentar en los mayores el empleo del ocio y tiempo libre para dar sentido a la vida y superar la soledad y el aislamiento.

- Y otros.

El denominador común de todos estos programas es la "integración".

La integración es una necesidad sentida y un anhelo profundo que todos los hombres tenemos, también los ancianos. Tal vez ellos la necesiten más.

Los viejos quieren ser tratados sin diferencias paternalistas y sin olvidos injustos.

3.º Edad para vivir

Hay que dar más sentido a la vida en la vejez.

Efectivamente, es necesario afirmar, defender, y difundir que, por definición un jubilado, es un "ex-trabajador", pero no un "ex-ser-vivo". Lo que digo del jubilado, vale exactamente igual para toda persona mayor que entró en el área de esa dimensión de la vida humana que ha venido en llamar-

se "Tercera Edad". La vitalidad del anciano debe procurarle elementos que le personalicen, le alienten y le ilusionen con la realidad inmediata, es decir, presente, y la realidad de futuro. El futuro no es patrimonio exclusivo de los jóvenes.

Es necesario ahondar en esta concepción vitalista de la Tercera Edad.

La jubilación no margina de la vida. No es legítimo ni bueno creerse marginado de la sociedad, de las preocupaciones de los hombres y de las ilusiones que mantienen en tensión el corazón de los humanos, por el hecho de haber cumplido 65, 70 u 80 años.

Es necesario propiciar el aprovechamiento de la riqueza cultural de los mayores y de sus experiencias en beneficio para toda la sociedad e incrementar el disfrute, por su parte, de todas las facetas de la vida del país.

"Vivir, decía poéticamente Aleixandre, es seguir vibrando por toda la vida que sientes a tu alrededor, y participar de ella. Vivir es saberse vivo hasta el instante final. ...Mientras se vive, hay que esperar la vida".

4.º La Residencia

El cuarto punto de mi exposición se refiere a la Residencia, es decir, a la atención institucionalizada en lo que tradicionalmente se ha venido llamando Centro cerrado.

No obstante la importancia que hemos tratado de dar a la convivencialidad y a todos los programas que intentan garantizar la integración social de los mayores, la Residencia también es necesaria.

No era absolutamente radical en el rechazo a la atención institucionalizada aquel jubilado que escuchamos al principio: "Si algún día —decía él, proclamando un Programa de integración— la razón nos falla o las circunstancias lo exigen, llevadnos a la Residencia, allí nos cuidarán bien".

La asistencia institucionalizada tiene sentido y es necesaria para un colectivo que por circunstancias varias, grado de deterioro físico y psíquico, carencia de vivienda, soledad, etc., la necesitan.

Desde este punto de vista, en esto, como en todas las cosas, no se puede ser radical.



Atención institucionalizada y atención no institucionalizada no son dos modalidades de atención contrarias, sino distintas y complementarias. Ambas se dan la mano y se complementan. Mientras que las alternativas a la institucionalización ofrecen soluciones idóneas a los ancianos que no necesitan el ingreso en una Residencia, esta facilita la respuesta adecuada a los problemas de personas de edad avanzada que padecen síndromes invalidantes que les incapacitan para llevar una vida independiente o viven solas, o no pueden ser atendidas adecuadamente por sus familiares al tenerse que ir éstos al trabajo.

No me quedaría satisfecho en esta justificación de la Residencia, si inmediatamente no expusiera algunos de los criterios operativos que deben informar su ubicación, contenido y funcionamiento.

a) Los Centros, debido al principio de integración, deberían ubicarse dentro del casco urbano, con el fin de que el residente no se sienta aislado y exista la posibilidad de que el anciano se integre a las actividades comunitarias y la Comunidad pueda llegar y entrar al Centro.

Se defiende con este criterio el concepto de Residencia lo más vinculada posible a la Comunidad, que en realidad sea un Centro Social de la tercera edad, donde exista integración con el resto de ancianos y si puede ser de la población, con comedores, asistencia de día, etc.

b) El concepto "asistencia de día" que acabo de citar, es una proyección importante de la Residencia hacia el medio comunitario que en la medida de lo posible, deberíamos desarrollar y potenciar. Aparte de significar una actitud solidaria con las familias que no pueden atender al anciano por necesidad de acudir al trabajo, es un medio de facilitar al anciano incapacitado la convivencia y la vida en relación con sus compañeros.

c) En este mismo sentido, por razones de apoyo a las familias y, en definitiva de solidaridad social, se debería desarrollar un programa de estancias temporales en

Residencias, bien reservando un cupo de plazas "ad hoc", bien ocupando plazas de residentes durante el período de vacaciones de éstos. Realmente, muchas familias necesitan de este apoyo para poder disfrutar de un merecido descanso.

Es necesario afirmar, defender, y difundir que, por definición un jubilado, es un "ex-trabajador", pero no un "ex-ser-vivo".

d) Quiero referirme también a la participación de los residentes en la vida del Centro. Mucho se ha avanzado ya después de la publicación, por Orden Ministerial de 16 de mayo de 1985, del Estatuto Básico de los Centros de la Tercera Edad del INSERSO. El contenido de este Estatuto ha tenido incidencia en otros muchos Centros que han estado atentos a la demanda de nuestro tiempo de dar paso a una participación real y efectiva de sus usuarios en la elaboración de sus programas de actividades y en el desarrollo de los mismos.

Cierto que aún queda mucho por andar. Se refleja la falta de voluntad participativa de los ancianos en la marcha de las Residencias, quizá porque en su vida no se han acostumbrado a participar y a exigir sus derechos. Opinan que con los años esto cambiará.

e) Finalmente, en relación con las Residencias, me atrevo a decir, dentro de esta corriente de opiniones y reflexiones que sería conveniente comenzar a pensar en una nueva tipología de Centro más pequeño, y destinado fundamentalmente a los ancianos del área socio-sanitaria correspondiente.

5.º Contribución del INSERSO en los actuales niveles de servicios de integración y de equipamientos residenciales prestados por la Administración.

Con este punto paso de una exposición filosófica o conceptual al ofrecimiento de unos

datos indicativos de cómo el Ministerio de Asuntos Sociales, a través del INSERSO, viene convirtiendo en realidad este "corpus doctrinal".

5.1. Contribución en los actuales niveles de los servicios de integración.

Me referiré en primer lugar a los servicios no residenciales, o lo que es lo mismo, a los servicios integradores. Como más significativos citaré:

- La ayuda a domicilio.
- Los hogares.
- Las vacaciones para la Tercera Edad.
- a) Ayuda a domicilio

Por lo que se refiere al servicio de Ayuda a domicilio, el INSERSO ha venido realizando un importante esfuerzo por generalizar e impulsar este Programa en colaboración con Entidades, fundamentalmente Corporaciones Locales, hasta el punto que, en los últimos años, se ha triplicado el número de beneficiarios.

En 1988 el número de beneficiarios de este Programa, por lo que se refiere a personas de la Tercera Edad, ha ascendido a 8.147: (1.530 por acción directa y 6.617 por acción concertada).

Hemos intentado conocer el significado de este dato dentro del conjunto nacional, pero aún no hemos podido llegar a conseguir la cifra global de beneficiarios del Programa de Ayuda a domicilio.

Los componentes del grupo de trabajo para la elaboración del Plan Gerontológico estamos en contacto con la Federación de Municipios, Cáritas Nacional, Cruz Roja y otras Entidades para conocer el nivel de cobertura que alcanza este Programa. Dato imprescindible para fijar los objetivos que ha de proponerse el referido Plan.

b) Los Hogares

Con respecto a los hogares o Centros de Día se ha seguido, igualmente, una política de desarrollo o de crecimiento significativo.

De 354 Centros en 1982 se ha pasado a 444 en 1988. En 1986, el número de hogares existentes en España era de 1.630. Ese mismo año el número de hogares dependen-

tes del INSERSO era de 432, lo que significa una cuarta parte.

c) Vacaciones Tercera Edad

Finalmente, por lo que respecta al Programa de Vacaciones para Tercera Edad comentar brevemente que el INSERSO comenzó a desarrollar este Programa en la temporada de 1985-86, proporcionando vacaciones a precios reducidos a 21.000 personas de la Tercera Edad. Para la temporada 86-87 ese número ascendió a 152.500. Pasó a 225.000 en la temporada 87-88. Y en la última temporada, 88-89 el número de beneficiarios del Programa ha sido de 250.000 aproximadamente.

5.2. Contribución del INSERSO en los actuales niveles de equipamientos residenciales.

En cuanto a la contribución del INSERSO a la cobertura de la necesidad de plazas residenciales, decir que las inversiones en centros de esta naturaleza han sido verdaderamente importantes.

En 1982 el número de plazas en Residencias dependientes del INSERSO era de 12.512. En diciembre de 1988 el número de plazas ascendía a 16.366, lo que significa un incremento del 30,80%.

De las 16.366 plazas residenciales del INSERSO, 12.434, teóricamente, son de válidos y 3.932 de asistidos. Dato, a todas luces, inconsistente con la tesis mantenida en mi exposición, y que el INSERSO tiene bien asumida.

Actualmente, el número total de plazas residenciales, según un estudio reciente del INSERSO (Best Line), asciende a 106.485.

Por consiguiente, la contribución del INSERSO en este campo es de un 15,36%.

6. Contribución del INSERSO en la mejora del equipamiento de Residencias y de Servicios en general.

No quisiera quedarme en aspectos puramente cuantitativos.

Por eso mi exposición se extiende haciendo algunas consideraciones de carácter cualitativo.

No es posible, por razones de tiempo, ha-

cer una exposición exhaustiva. Por ello seleccionaré algunos datos de mayor interés.

6.1. Las Residencias

a) Directrices sobre proyección y contenido de un Centro Residencial.

Tras catorce años de experiencia en la construcción de Residencias, en 1987 el INSERSO publica un documento técnico sobre Proyección y contenido de un Centro residencial.

Este estudio, elaborado sobre la base de una seria autocrítica, tiene como objetivo contribuir a que las Residencias para la Tercera Edad encuentren su verdadera naturaleza y reúnan las características adecuadas. Y no sólo las que en el futuro quieran abrirse, sino también las ya existentes, de modo que éstas se sometan a las reformas necesarias para adaptarse a los requisitos de este modelo.

Lógicamente, el destinatario primero de este documento fue el propio INSERSO. Pero también el documento ha prestado una decisiva asistencia técnica a otras Entidades públicas y privadas, no sólo de nuestro país, sino también de hispanoamérica.



Este documento no tiene rango de norma. La normativa sobre requisitos mínimos que debe tener una Residencia para la Tercera Edad se está dictando por las diferentes Comunidades Autónomas.

b) Estatuto Básico de Centros.

Con rango de Orden Ministerial se publicó el 16 de mayo de 1985 el "Estatuto Básico de Centros".

Este Estatuto define de manera abierta y flexible los distintos tipos de Centros; concede mayor autonomía a los órganos rectores de los mismos y revitaliza el sistema de convivencia. Todo ello, recogiendo las aspiraciones de nuestra sociedad y las recomendaciones de Organismos Internacionales implicados en la problemática de la Tercera Edad.

La aplicación de este Estatuto ha tenido una gran trascendencia en el funcionamiento de los Centros, y muy particularmente en la participación de los usuarios en la vida del Centro a través de la Asamblea General y de la Junta de Gobierno. Se ha favorecido el ejercicio de la democracia y se ha desarrollado la solidaridad que, a su vez, exige y facilita el ejercicio de la responsabilidad personal y colectiva.

c) Otras normas sobre régimen interno.

Además del Estatuto Básico, se han ido dando otra serie de normas de régimen interno de los residentes, que regulan aspectos concretos (dietas alimenticias, asistencia geriátrica, terapia ocupacional, ingresos, traslados y permutas, etc.). Todo ello ha ido configurando un "modus operandi" que en todo caso ha pretendido la objetividad, la igualdad de oportunidades y el bienestar de los beneficiarios.

d) Preocupación por una vida ascendente

Con independencia de las normas, podemos decir que se ha dado una preocupación constante por una vida ascendente en el ámbito de las Residencias y de todos los servicios.

Los Cursos de formación interna de los Directores de los Centros y de todos los profesionales de los mismos, han sido una

constante a lo largo del tiempo, impulsando y desarrollando su capacitación y cualificación, de conformidad con las exigencias técnicas del servicio que desempeñan.

Se han prodigado los intercambios de experiencias con visitas a Centros de interés, así como los documentos técnicos con directrices y orientaciones en todos los campos.

Recientemente, el INSERSO ha hecho una evaluación de los servicios para la Tercera Edad, a través de la Universidad Autónoma de Madrid.

Diríase que al hacer esto, el INSERSO ha reflexionado sobre sí mismo, sobre su forma de actuar con los mayores. Se ha acercado a los Centros con voluntad de oír.

Entiendo que alguien tiene voluntad de oír cuando está en actitud de escucha, no para oír lo que él desea, sino para desear lo que oiga.

Atención institucionalizada y atención no institucionalizada no son dos modalidades de atención contrarias, sino distintas y complementarias.

Con esto quiero decir que el INSERSO, al hacer esta evaluación, ha entrado en una dialéctica acción-reflexión. Es una etapa crítica de todo proceso que implica no sólo el seguimiento propiamente dicho de un Programa, sino que supone, además, un sistema periódico de revisión y constituye una fuerza dinámica, ya que las observaciones que se deriven permitirán la superación de las acciones o la reformulación del Programa, en su caso, en cuanto a los objetivos, medidas, nivel de participación de los destinatarios, actuación de los profesionales, etc.

7. Previsiones de futuro

Si un filósofo de nuestros días ha definido al hombre como "un pasado en retención y un futuro en proyecto", yo diría, igualmen-

te, que el INSERSO, además de contar con ese cúmulo de experiencias y de vivencias al que nos acabamos de referir, está proyectado hacia el futuro.

7.1. Punto de partida.

Como punto de partida diré que, como es obvio, las líneas de actuación política que habrán de aplicarse en el ámbito de la Tercera Edad han de basarse, por una parte, en los principios inspiradores de nuestra Constitución, supremo marco institucional en el que ha de articularse esa política, sin solución de continuidad respecto a las metas ya alcanzadas, pero con sentido de perfeccionamiento; por otra parte, nuestras líneas de actuación han de encontrar su fundamento en el concepto de Estado de Bienestar, cuyos postulados armonizan la garantía de los derechos sociales desde el Estado con la responsabilidad ciudadana en la defensa y ejercicio de dichos derechos; por último, la política en el campo de la Tercera Edad habrá de inspirarse en la más pura y avanzada filosofía en materia de servicios sociales.

7.2. Nuestras líneas de actuación.

Con fidelidad a estos imperativos y con la preocupación de alcanzar los mejores resultados en la aplicación de los recursos disponibles, nuestras líneas de actuación se proyectarán fundamentalmente en este sentido:

1.º Elaboración del anteproyecto de un Plan Gerontológico

No vale el voluntarismo, ni la improvisación. La planificación permite "conducir" en vez de "dejarse llevar".

El Plan deberá seleccionar unas líneas de actuación, fijará unos objetivos (coherentes, realistas, calendarizados en el tiempo), y unas medidas para alcanzar los objetivos.

La planificación habrá de integrarse plenamente en el marco global que se establezca, en su caso, a niveles Central y Autonómico, de forma que permita la complementariedad de recursos de las Administraciones Públicas.

Y deberá tratar de promover la solidaridad social, mediante el apoyo de actividades e



iniciativas procedentes de la propia sociedad.

Lógicamente, el Plan deberá proponerse desarrollar la red de equipamientos de servicios sociales, dando prioridad a aquéllos que garanticen una convivencia social y familiar normalizada.

En coherencia con el esquema desarrollado hasta ahora, las líneas de actuación, pienso que deberían orientarse hacia los campos siguientes:

a) Propiciar y potenciar la integración social de las personas mayores, garantizándoles una vivienda adecuada a sus necesidades:

- adaptación de su domicilio.
- otras alternativas tales como:
 - Viviendas tuteladas.
 - Viviendas de planta baja, adosadas o independientes, fundamentalmente en zonas rurales, con espacios para pequeño huerto o jardín.
 - apartoteles o similares.

b) Propiciar la permanencia de los ancianos en su casa y en su entorno mediante la generalización y cualificación del servicio de ayuda a domicilio.

c) Asimismo, deberá actualizarse el Programa de necesidades de los Hogares para que se configuren tanto como Centros dispensadores de determinados servicios, como lugares de encuentro abiertos a la Comunidad.

d) Es lógico también que, por lo que se refiere a las políticas integradoras y de mejora de la calidad de vida, se intente abordar las áreas de salud, asistencia sanitaria, cultura, ocio y participación.

e) Respecto a la atención institucionalizada hemos de plantearnos que la oferta de plazas residenciales es todavía muy escasa en relación con la demanda existente.

Por tanto, habrá que diseñar una red de Residencias con capacidad para cubrir las necesidades del colectivo de la Tercera Edad.

Partiendo de una ratio de 3,5 plazas residenciales por cien personas mayores de 65 años, se necesita prever para el año 2000, teniendo en cuenta la proyección demográfica, 107.588 plazas.

Esta cifra se explica por los siguientes datos:

— Total proyección de la población mayor de 65 años para el año 2000, según el

estudio demográfico "Best Line" = 6.116.591.

— Ratio establecida = 3,5 plazas por cien personas mayores de 65 años.

— Total de plazas residenciales año 2000, en base a esa ratio = 214.073.

— Plazas residenciales existentes en 1988, según estudio de recursos "Best Line" = 106.485.

— Incremento de plazas para cubrir las 214.073 recomendadas con la ratio del 3,5% = 107.588.

Se puede preguntar que en base a qué criterio puede fijarse la ratio en el 3,5%. La verdad es que no es fácil establecer una ratio con garantías de acierto. La dificultad viene dada por los muy diferentes factores que condicionan la cuestión, tales como:

— El ambiente sociofamiliar del país. No todos los países, ni siquiera todas las regiones de un mismo país, tienen la misma concepción de la unidad familiar. Es posible todavía ver en España y, sobre todo, en el medio rural, la figura del padre-patriarca al que, en ningún caso, la familia va a dejar de atender.

Es cierto que factores económicos de convivencia familiar y relativos al hábitat y al trabajo, van a condicionar una decisión que puede no ser deseable desde una óptica personal, pero no cabe duda de que una concepción de la unidad familiar de tres generaciones limitaría, mientras no se modi-

fique, la estimación de plazas necesarias en Residencias para la Tercera Edad.

— Desarrollo de los servicios sociales comunitarios. Los servicios de ayuda a domicilio son decisivos para apoyar el mantenimiento domiciliario del anciano discapacitado. A mayor desarrollo de estos servicios, como ocurre en el Reino Unido, debe corresponder una menor necesidad de plazas residenciales.

— Calidad de la asistencia sanitaria. La existencia de equipos de atención geriátrica domiciliar y/o de enfermería asistencial comunitaria pueden ser decisivos a la hora de decidir la permanencia en domicilio a este tipo de ancianos.

Por otra parte, la existencia o no de plazas hospitalarias de "larga estancia" para ancianos pacientes que necesitan de este tipo de atención matiza, igualmente, la necesidad de plazas residenciales. En Inglaterra existen cerca de 40.000 plazas de esta naturaleza, mientras que en España prácticamente no existen.

Lo esbozado puede bastar para comprender lo variable que puede ser la estimación de necesidades de plazas. Una referencia de la ratio utilizada en algunos países citaré: Bélgica que utiliza el 5%, Alemania Oriental el 4%, Reino Unido el 2,5%. El Reino Unido presenta la ratio más baja de las manejadas. Hay que destacar, como he dicho antes, el gran desarrollo de los servicios sociales comunitarios.

En nuestro país, la sociedad Española de Geriátrica y Gerontología sugiere que la estimación de necesidad de plazas residenciales debe cifrarse en el 4%: 4 plazas por 100 habitantes mayores de 65 años.

Nuestro criterio es que debe rebajarse algo, hasta el 3,5%, siempre que se potencien los servicios sociales comunitarios.

Así las cosas, repito que con esta ratio, la necesidad de incremento de plazas a nivel nacional es de 107.588 al año 2000.

La magnitud del problema, tanto por el número de plazas a construir, como por el volumen económico que supone la construcción

y equipamiento de estas plazas (376.500 millones aproximadamente) al día de hoy, a razón de 3,5 millones la plaza, obliga a hacer una planificación escalonada.

Y no sólo por las razones aducidas, sino además, porque la necesidad de plazas hasta el año 2000 se ha estimado en base a la proyección demográfica y, por consiguiente, el crecimiento de la población anciana irá produciéndose año a año.

Construir 107.588 plazas residenciales en 12 años supone un ritmo de 8.965 plazas cada año.

A las dificultades expuestas, de carácter económico y de tiempo, hay que superponer otra: la dificultad, por no decir la imposibilidad de abordar unidireccionalmente, es decir, desde sólo la Administración una planificación de estas dimensiones.

El concepto "asistencia de día" es una proyección importante de la Residencia hacia el medio comunitario.

Por consiguiente, habrá que decidir qué porcentaje se reserva la Administración y qué porcentaje sería de iniciativa privada.

Actualmente, la oferta de Residencias y plazas se distribuye de la siguiente manera:

— Oferta pública: 20,1% de Residencias que corresponden al 32,4% de plazas.

— Oferta privada: 79,9% de Residencias que corresponden al 67,6% de plazas.

Como pueden observar, hay que hacer muchas reflexiones y habrá que tomar una opción política.

— Sin que sea suficiente que nuestras consideraciones se centren únicamente en el dato cuantitativo. Una vez más me permito insistir en la necesidad de velar por los cuidados idóneos y de carácter integral que hay que prestar a los residentes.

2.º Características de la atención que en el futuro se preste a la Tercera Edad.

Entiendo, y en esta línea van los criterios

del INSERSO, que la planificación deberá ser sectorial multidisciplinar y coordinada.

— El criterio de sectorización es un modo de acercar los servicios donde está la necesidad. Habrá que diseñar un mapa de sectores sociosanitarios.

— El carácter multidisciplinar es una exigencia del concepto integral de atención, que requiere la concurrencia de distintos profesionales.

— El concepto de coordinación es un requisito para posibilitar la integración de los recursos y equipamientos que, por razones históricas, han sido asumidos por diferentes Organismos, respetando las diversificaciones técnicas y el funcionamiento institucional propio de cada Organismo.

Es necesario implantar líneas de actuación interrelacionadas, dentro de una concepción amplia de atención a las necesidades, cuya satisfacción ha de perseguir la política de bienestar social.

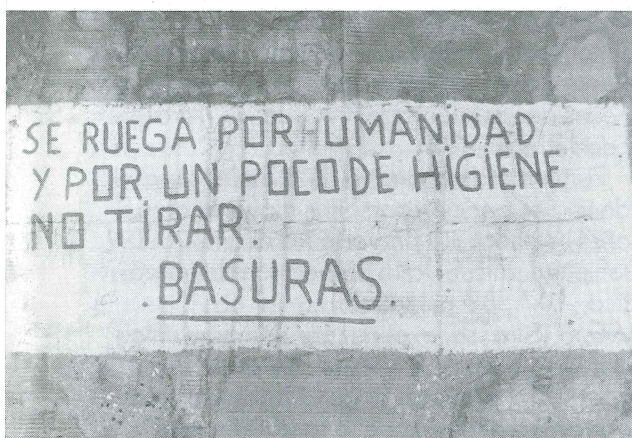
EPILOGO

Quiero terminar expresando mis fundadas esperanzas de ver conseguida la integración social de las personas mayores en nuestro país.

Nuestro Ministerio, a través del INSERSO, ha definido y está matizando con notable precisión cuáles son los problemas específicos, y cuáles son sus posibles soluciones. En términos de estricta comparación, por la documentación estudiada y por los contactos realizados, me atrevo a afirmar sin jactancia ninguna, que nos situamos en muy buena posición en cuanto a desarrollo de esfuerzo, de sensibilidad y de programas.

Confiemos en que el ulterior desenvolvimiento de nuestra política con la Tercera Edad, abunde dicho esfuerzo hasta culminar el proyecto de integración que proclama nuestro ordenamiento jurídico.

Termino recogiendo el eco de las palabras con que empecé: "De aquí al 2000 aprenderemos lo que nos falta para que se oiga la voz de la Tercera Edad".



ESTUDIO NECESIDADES

Por Balbino Pardávil. *Diplomado en Trabajo Social. Centro Estatal de Documentación e Información de Servicios Sociales. (CEDISS).*

APROXIMACION A LAS NECESIDADES DE AYUDA A DOMICILIO Y PLAZAS RESIDENCIALES EN LA POBLACION ESPAÑOLA MAYOR DE 65 AÑOS

I. INTRODUCCION

Como prestaciones básicas del sistema de servicios sociales en España entendemos la información, valoración y asesoramiento, la ayuda a domicilio, la convivencia y la inserción social.

Con este artículo queremos realizar una aproximación a las necesidades de la población mayor de 65 años, respecto a las prestaciones de ayuda a domicilio y convivencia en centros residenciales.

Los principales problemas que se plantean a la hora de efectuar el trabajo surgen fundamentalmente de la carencia de datos estadísticos suficientes sobre las cuestiones a estudiar.

Sin querer entrar a cuestiones de fondo relativas a definiciones ni concepciones teórico-prácticas sobre las prestaciones de ayuda a domicilio y convivencia si quisiéramos indicar lo siguiente:

- las prestaciones de ayuda a domicilio y convivencia constituyen, desde nuestro punto de vista, un derecho de todos los ciudadanos de 65 años y más en situación de necesidad.

- el objetivo fundamental de la política asistencial dirigida hacia el colectivo de ter-

cera edad debe consistir en mantener integrado al anciano, en la medida de lo posible, en su medio cotidiano de vida. Para ello los servicios de ayuda a domicilio proporcionan un instrumento básico.

- los centros residenciales deben procurar fomentar igualmente la integración y convivencia del anciano con su entorno habitual, utilizándose como recurso auxiliar.

- es necesario desarrollar alternativas a los centros residenciales habituales, como pueden ser las viviendas tuteladas.

II. NECESIDADES DE AYUDA A DOMICILIO

Una aproximación a las necesidades de ayuda a domicilio de la población mayor de 65 años ofrece diversos problemas metodológicos. El principal, para nosotros, es como medir la necesidad de dicho servicio entre el colectivo objeto de investigación.

Queremos diferenciar dos escalas de "necesidad":

- la necesidad potencial, o aquella establecida en base a indicadores objetivos.

- la necesidad real del servicio demandada por la población concernida.

POLITICA SOCIAL

Nosotros abordaremos en el presente trabajo únicamente la necesidad potencial del servicio de ayuda a domicilio.

1. Los indicadores

Para analizar la necesidad potencial de la prestación de ayuda a domicilio entre la población mayor de 65 años, hemos seleccionado tres indicadores (nota 1):

- el **grado de validez** para la realización de actividades de la vida cotidiana.

- la **forma de convivencia**.

- los ingresos económicos o **nivel de renta**.

Según diversas investigaciones (nota 2) de un 15% a un 20% de la población de 65 años y más sufre problemas de validez o movilidad que le imposibilitan de manera parcial o total para atender las labores cotidianas del hogar, como pueden ser: preparar la comida, limpiar la casa, hacer la compra, lavar y planchar la ropa, asearse, etc. generando dependencia de otras personas.

Por otro lado, y de una manera estimativa, alrededor de un 40% de la población estudiada vive sola o con una persona que supera también los 65 años de edad —fundamentalmente matrimonios— (nota 3).

Por último, cerca de un 70% de los pensionistas españoles, en enero de 1989, cobraba menos de 40.000 pesetas al mes de pensión (de ellos un 33% menos de 30.000 pesetas al mes), y otro 24% ingresa cantidades no superiores a las 70.000 pesetas (nota 4).

Consideramos que una persona con problemas de validez, que vive sola o con una persona anciana y carece de ingresos económicos suficientes, reúne condiciones para definirle como "sujeto potencial con necesidad de ayuda a domicilio".

En base a los indicadores anteriormente descritos, y sin excluir la posibilidad de otras aproximaciones a la cuestión, desarrollaremos a continuación nuestras hipótesis.

GRADO DE VALIDEZ: 15 a 20% de personas con problemas de validez.

FORMA DE CONVIVENCIA: alrededor de

un 40% de ancianos solos o conviviendo con ancianos.

NIVEL DE RENTA: 70% de pensionistas con ingresos inferiores a 40.000 pesetas.

2. Necesidad potencial de ayuda a domicilio por grado de validez

Según las proyecciones elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística la población española alcanzará a 31 de diciembre de 1990 la cantidad de 39.272.809 personas. Un 13,21% de la población total —5.189.935 personas— tendrá 65 años y más (nota 5).

Este porcentaje del 13,21% de población mayor de 65 años, ofrece diferencias sustanciales según las comunidades autónomas. (Ver tabla número 1).

Mientras las comunidades autónomas del interior del Estado ofrecen unos índices de envejecimiento más elevados sobre la media: Aragón (17,21%), Castilla y León (16,83%); Castilla-La Mancha (15,61%); las zonas de mayor desarrollo económico muestran generalmente valores por debajo o equiparables a la media: Madrid (11,65%), País Vasco (11,85%). Esta situación se reproduce igualmente cuando analizamos las tasas de población de 75 años y más, que supondría un 5,37% de la población española a 31 de diciembre de 1990.

Si partimos del supuesto que un 15% de la población mayor de 65 años sufre serias limitaciones de movilidad y validez, tenemos entonces que un total de 778.490 personas con sujetos potenciales de necesitar atención domiciliaria. En el supuesto de centrarnos únicamente en la población mayor de 75 años (2.109.606 personas), pero adoptando un porcentaje del 20% como indicador de grado de validez los sujetos potenciales alcanzan la cifra de 421.921 personas (ver tabla 2).

Las cifras anteriores referidas a la población mayor de 65 años, suponen la existencia de **dos casos por cada cien habitantes** sobre el conjunto de la población del Estado, con necesidad potencial de ayuda do-

TABLA n.º 1: DISTRIBUCION DE LA POBLACION TOTAL, POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS Y POBLACION MAYOR DE 75 AÑOS POR COMUNIDADES AUTONOMAS

	Población total	Población > 65 años		Población > 75 años	
		N.º	%	N.º	%
Andalucía	6.950.416	775.263	11,15	304.436	4,38
Aragón	1.210.391	208.415	17,21	87.842	7,25
Asturias	1.134.110	176.471	15,56	70.670	6,23
Baleares	678.754	99.186	14,61	41.771	6,15
Canarias	1.479.404	136.680	9,23	56.125	3,79
Cantabria	531.822	76.349	14,35	31.950	6,00
Castilla La Mancha	1.706.044	266.419	15,61	111.505	6,53
Castilla y León	2.634.180	443.354	16,83	193.688	7,35
Cataluña	6.146.431	847.503	13,88	337.588	5,49
C. Valenciana	3.807.462	485.512	12,75	188.298	4,94
Extremadura	1.108.075	159.902	14,43	69.682	6,28
Galicia	2.854.902	440.575	15,43	191.963	6,72
Madrid	5.004.425	583.489	11,65	232.800	4,65
Murcia	1.036.196	115.879	11,18	45.051	4,34
Navarra	523.040	73.836	14,11	30.244	5,78
País Vasco	2.206.943	261.606	11,85	100.151	4,53
La Rioja	259.980	39.496	15,19	15.842	6,09
TOTAL	39.272.805	5.189.935	13,21	2.109.606	5,37

Fuente: Elaboración propia. Datos población Proyección INE a 31/XII/90.

miciliaria. Lógicamente las Comunidades Autónomas, según sus tasas de envejecimiento, presentan variaciones en el número potencial de casos. Por ejemplo en Castilla y León los casos serían 2,52 por cada cien habitantes y en Andalucía 1,67 casos por cada cien habitantes.

3. Necesidad potencial de ayuda según el grado de validez y forma de convivencia.

Calculamos que alrededor de un 40%, como mínimo, de la población mayor de 65 años vive sola o con personas ancianas —el

cónyuge habitualmente—. Partiendo de este dato (ver tabla 3) y cruzándolo con el porcentaje de personas no válidas resulta que en 311.396 personas concurren dos circunstancias que las convierten en sujetos potenciales de necesitar servicios de ayuda a domicilio: grado de validez insuficiente y forma de convivencia que impide, normalmente, la asistencia cotidiana de sus necesidades por otras personas del domicilio. En otras palabras, según esta hipótesis **seis de cada cien personas** de la tercera edad, necesitan po-

tencialmente de servicios de ayuda a domicilio —un caso por cada 125 habitantes en el conjunto de la población—.

Estos datos relativos a las necesidades potenciales de ayuda a domicilio pueden ajustarse al disponer de información real.

A continuación explicaremos un supuesto práctico, relativo a la ciudad de Barcelona. En el estudio titulado "Un sistema d'indicadors socials per a la ciutat de Barcelona. La gent gran" (nota 6) elaborado por la Se-

taría Técnica del Area de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona, se ofrecen los siguientes datos para el año 1985 de la ciudad de Barcelona; referidos a la población de 65 años y más:

1. Población anciana: 255.885 (14,4%).
2. Población que vive sola: 49.107 (19,2%).
3. Población que vive con una persona de 65 años y más: 65.848 (25,7%).
4. Total de 2 y 3: 114.995 (44,9%).

TABLA n.º 2: DISTRIBUCION DE LA POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS CON PROBLEMAS DE VALIDEZ Y DE POBLACION MAYOR DE 75 AÑOS CON PROBLEMAS DE VALIDEZ POR COMUNIDADES AUTONOMAS (21/XII/89)

	Población > 65 años	Población > 65 años no válid.	Población > 75 años	Población > 75 años no válid.
		(15%)		(20%)
Andalucía	775.263	116.289	304.436	60.887
Aragón	208.415	31.262	87.842	17.568
Asturias	176.471	26.471	70.670	14.134
Baleares	99.186	14.878	41.771	8.354
Canarias	136.680	20.502	56.125	11.225
Cantabria	76.349	11.452	31.950	6.390
Castilla La Mancha	266.419	39.922	111.505	22.301
Castilla y León	443.354	66.503	193.688	38.738
Cataluña	847.503	127.125	337.588	67.518
C. Valenciana	485.512	72.827	188.298	37.660
Extremadura	159.902	23.985	69.682	13.936
Galicia	440.575	66.086	191.963	38.393
Madrid	583.489	87.523	232.800	46.560
Murcia	115.879	17.382	45.051	9.010
Navarra	73.836	11.075	30.244	6.049
País Vasco	261.606	39.241	100.151	20.030
La Rioja	39.496	5.924	15.842	3.168
TOTAL	5.189.935	778.490	2.109.606	421.921

TABLA n.º 3: DISTRIBUCION DE LA POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS QUE VIVE SOLA O CON PERSONAS ANCIANAS, IBID CON PROBLEMAS DE VALIDEZ Y DE POBLACION MAYOR DE 75 AÑOS QUE VIVE SOLA O CON PERSONA ANCIANA, IBID CON PROBLEMAS DE VALIDEZ POR COMUNIDADES AUTONOMAS

	(a) Población >65 años que vive sola o con p. ancianas (40%)	(b) Población >65 años con prob. validez (15% sobre (a))	(c) Población >75 años que vive sola o con p. ancianas (40%)	(d) Población >75 años con prob. validez (20% sobre (c))
Andalucía	310.105	46.516	121.774	24.355
Aragón	83.366	12.505	35.137	7.027
Asturias	70.588	10.588	28.268	5.654
Baleares	39.674	5.951	16.708	3.342
Canarias	54.672	8.201	22.450	4.490
Cantabria	30.540	4.581	12.780	2.556
Castilla La Mancha	106.568	15.985	44.602	8.920
Castilla y León	177.342	26.601	77.475	15.495
Cataluña	339.001	50.850	135.035	27.007
C. Valenciana	194.205	29.131	75.319	15.028
Extremadura	63.961	9.594	27.873	5.575
Galicia	176.230	26.435	76.785	15.357
Madrid	233.396	35.009	93.120	18.624
Murcia	46.352	6.953	18.020	3.604
Navarra	29.534	4.430	12.098	2.420
País Vasco	104.642	15.696	40.060	8.012
La Rioja	15.798	2.370	6.336	1.267
TOTAL	2.075.974	311.396	843.842	168.768

Fuente: Elaboración propia. Datos población Proyección INE a 31/XII/90.

Aplicando los indicadores de grado de validez (15%) y forma de convivencia (44,9%) obtenemos los siguientes resultados:

- necesidad potencial por grado de validez: 38.383 personas o 2,15 casos por cada cien habitantes de Barcelona.
- necesidad potencial según grado de va-

lidez y forma de convivencia: 17.324 personas o 0,96 casos por cada cien habitantes de Barcelona.

4. Necesidad potencial de ayuda a domicilio según grado de validez, forma de convivencia y nivel de renta.

El último indicador que emplearemos para

aproximarnos a la necesidad potencial de ayuda a domicilio en el colectivo estudiado consiste en el **nivel de renta**.

Como ya explicamos, cerca de un 70% de los pensionistas españoles cobraban menos de 40.000 pesetas al mes de enero de 1989 (ver tabla n.º 4). Podemos suponer que para el grupo de población mayor de 65 años, las pensiones suponen su fuente básica de ingresos, al margen de situaciones concretas, como por ejemplo, los ancianos que son beneficiarios de pensión asistencial, cuya cuantía ronda las 20.000 pesetas.

Desde nuestra óptica, estos niveles de renta imposibilitan a sus beneficiarios el acceso a servicios privados de "ayuda a domicilio" de una manera casi total, al no poder contratar sin algún tipo de subvención los trabajos de una empleada de hogar. Además, el porcentaje de pensionistas que no supera las setenta mil pesetas de ingresos mensuales (24%) encuentra seriamente limitado su acceso a dichos servicios.

Por tanto, formular como hipótesis que **únicamente un 10% de las personas de 65 años y más puede pagar particularmente**

servicios de ayuda a domicilio pensamos que es bastante ajustado.

Aplicando el indicador en el conjunto del Estado, existen 280.256 personas sujetos potenciales de necesitar servicios de ayuda a domicilio al carecer de ingresos económicos suficientes, vivir solos o con personas ancianas y sufrir problemas de validez física: **1 caso por cada 140 habitantes**.

En relación a los datos manejados hasta este momento queremos recalcar dos cuestiones. La primera que los indicadores utilizados son aproximados y los resultados obtenidos ofrecen estimaciones.

La segunda, que siempre nos referimos a demanda potencial, es decir a personas que reúnen desde nuestro punto de vista condiciones objetivas para ser usuarios de servicios de ayuda domiciliaria.

Personas de 65 años y más pueden necesitar, por otras circunstancias servicios de ayuda a domicilio. Igualmente, parte de los colectivos potenciales estimados tendrán cubiertas este tipo de necesidades por otros medios, como por ejemplo la ayuda de la familia, de los vecinos, etc. (nota 7).

TABLA n.º 4: DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NUMERO DE PENSIONES POR TRAMOS SEGUN EL IMPORTE MENSUAL DE LAS MISMAS

Primer día de cada trimestre

Años/ meses	Hasta 10.000	de 10.001 a 20.000	de 20.001 a 30.000	de 30.001 a 40.000	de 40.001 a 50.000	de 50.001 a 60.000	de 60.001 a 70.000	Más de 70.000
1988								
Enero	2,91	10,82	29,58	34,69	7,81	4,09	2,95	7,15
Abril	2,87	10,77	29,52	34,57	7,86	4,12	2,98	7,31
Julio	2,83	10,65	29,39	34,49	7,91	4,16	3,03	7,54
Octub.	2,82	10,62	29,26	34,27	8,04	4,21	3,07	7,71
1989								
Enero	1,86	9,61	21,65	34,73	15,99	4,27	3,26	8,63

Fuente: I.N.S.S.

III. NECESIDADES DE PLAZAS RESIDENCIALES PARA LA POBLACION ESPAÑOLA DE MAS DE 65 AÑOS

En España, se ofertan aproximadamente 120.000 plazas residenciales para la tercera edad. Esta cifra comprende las plazas pú-

blicas y privadas así como las plazas para válidos y asistidos (nota 8).

Continuando nuestro análisis en base a las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística para el 31 de diciembre de 1990, que calcula una población de 5.189.935 personas mayores de 65 años y en el caso de permanecer constante el número de plazas residenciales, el índice de co-

TABLA n.º 5: DISTRIBUCION DE LAS PLAZAS RESIDENCIALES EXISTENTES, DE LAS PLAZAS RESIDENCIALES NECESARIAS CON UN 5% DE COBERTURA Y LA CARENCIA TOTAL POR COMUNIDADES AUTONOMAS

	1 Plazas residenciales ancianos	2 P. Residen. por renta sobre poblac. >65 años	3 N.º de plazas con 5% de cobertura	4 Carencia total (3-1)
Andalucía	16.552	2,13	33.763	17.211
Aragón	5.346	2,56	10.421	5.075
Asturias	2.471	1,40	8.824	6.353
Baleares	2.181	2,19	4.959	2.778
Canarias	2.936	2,14	6.834	3.898
Cantabria	2.350	3,07	3.817	1.467
Castilla La Mancha	6.849	2,57	13.321	6.472
Castilla y León	12.245	2,76	22.168	9.923
Cataluña	21.032	2,48	42.375	21.343
C. Valenciana	8.759	1,80	24.276	15.517
Extremadura	4.423	2,76	7.995	3.572
Galicia	5.354	1,21	22.029	16.675
Madrid	14.586	2,47	29.174	14.588
Murcia	1.654	1,42	5.794	4.140
Navarra	3.241	4,38	3.692	451
País Vasco	7.615	2,91	13.080	5.465
La Rioja	1.708	4,32	1.975	267
TOTAL	119.302	2,29	259.497	135.195

Fuente: Elaboración propia. Datos población Proyección INE a 31/XII/90.

bertura sería de 2,29 plazas por cada 100 ancianos mayores de 65 años.

Este índice es ligeramente inferior en la actualidad. La Comunidad Europea recomienda la existencia de cinco plazas residenciales por cada 100 ancianos, de las cuales una plaza debe reunir las condiciones de asistida. Si aplicamos dicho indicador a la realidad española, tenemos que, el número de plazas residenciales debiera ser 260.000 (ver tabla n.º 5). Es decir, que de acuerdo con las recomendaciones de la Comunidad Europea el déficit de plazas residenciales en el Estado supera las 135.000, de ellas, 27.000 plazas asistidas. El déficit anterior se encuentra desigualmente distribuido por el territorio del Estado. Mientras que Comunidades autónomas como Navarra (4,38 plazas por cada 100 ancianos) o La Rioja (4,32 plazas presentan dotaciones casi equiparables con las recomendaciones de la Comunidad Europea, otras autonomías ofrecen déficits alarmantes: Galicia (1,21 plazas), Murcia (1,49), Valencia (1,80).

Analizando la cuestión desde otro punto de vista, en España, para superar el déficit de plazas residenciales sería necesario construir 1.350 residencias para ancianos con una capacidad media de 100 plazas (ver tabla n.º 6).

Por último aunque nuestras estimaciones cifran en 27.000 las plazas asistidas a crear, posiblemente este número sea superior dadas las carencias actuales en este tipo de prestación.

NOTAS

1. Analizando diversas memorias de funcionamiento de servicios de ayuda a domicilio la falta de movilidad y la incapacidad física se configuran como una de las causas más señaladas para solicitar el servicio. (Alava, 1988; Sevilla, 1986...).

2. Concretamente, la Comisión interministerial para la reforma sanitaria, Ponencia II-6, "Medicina preventiva y promoción de la salud: geriatría y tercera edad" para el año 1982 indicaba lo siguiente: entre el 15 y el



20% de las personas de 65 años y más presentan una dependencia seria que requiere una especial atención socio-sanitaria. A su vez un 5% de la población anciana presenta una dependencia total para realizar las actividades de la vida cotidiana.

3. Para construir este indicador nos hemos basado fundamentalmente en diversas encuestas del Instituto Nacional de Servicios Sociales a la población usuaria de sus centros de día para la tercera edad.

4. Boletín Informativo de la Seguridad Social. Gestión Económica; Dirección General de Régimen Económico de la Seguridad Social. Madrid, marzo 1989.

5. Los datos demográficos utilizados en este trabajo hacen siempre referencia a la proyección de población del Instituto Nacional de Estadística a 31 de diciembre de 1990.

6. Soler, Joan y otros. Un sistema d'indi-

cadors socials per a la ciutat de Barcelona. La gent gran. Ayuntamiento de Barcelona. Area de Servicios Sociales.

7. Un documento muy interesante sobre todos los aspectos considerados respecto a la necesidad de ayuda a domicilio en este artículo es el siguiente: Actes du Colloque sur la protection sociales des personnes très âgées: alternatives à l'hospitalisation; Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1986.

8. Los datos relativos al número de plazas residenciales por comunidades autónomas provienen de la sistematización de la información reflejada en las diferentes Guías de Recursos Sociales publicadas hasta el momento en el Estado. Debido a la diferente fecha de conclusión de los trabajos de campo de cada Guía se pueden presentar pequeñas diferencias respecto a la situación actual en alguna Comunidad Autónoma.

TABLA n.º 6: DISTRIBUCION DE LA CARENCIA DE PLAZAS RESIDENCIALES, EL NUMERO DE PLAZAS ASISTIDAS Y EL NUMERO DE RESIDENCIAS DE ANCIANOS A CREAR POR COMUNIDADES AUTONOMAS

	1 Carencia total	2 20% asistidas	3 N.º de residen. de 100 plazas a crear
Andalucía	17.211	3.440	172
Aragón	5.075	1.015	51
Asturias	6.353	1.271	64
Baleares	2.778	555	28
Canarias	3.898	779	39
Cantabria	1.467	293	15
Castilla La Mancha	6.472	1.294	65
Castilla y León	9.923	1.984	99
Cataluña	21.343	4.268	213
C. Valenciana	15.517	3.103	155
Extremadura	3.572	714	35
Galicia	16.675	3.335	166
Madrid	14.588	2.917	146
Murcia	4.140	828	41
Navarra	451	90	4—5
País Vasco	5.465	1.193	54
La Rioja	267	53	2—3
TOTAL	135.195	27.078	1.352

Fuente: Elaboración propia. Datos población Proyección INE a 31/XII/90.



TRABAJO SOCIAL CON ANCIANOS: PLANTEAMIENTOS BÁSICOS Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

I. ANALISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LA POBLACION ANCIANA

Según las predicciones demográficas de las Naciones Unidas, en el año 2000 el mundo contará con 590 millones de personas de sesenta o más años de edad, y en el año 2025 serán 1.100 millones, con un aumento del 224% en relación con las cifras de 1975. Dicha población habitará tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

El aumento del número y proporción de las personas de edad va acompañado de un cambio en la estructura de la población por edades: una reducción de la proporción de niños en la población aumenta la proporción de las personas de edad. Se prevé que el grupo de sesenta y más años de edad, que significaba un 15% del total en 1975, se elevará a un 18% en el año 2000 y a un 23% en el año 2025.

Debe tenerse en cuenta el aumento de la esperanza de vida al nacer y la incidencia en relación a la masculinidad, ya que según el estudio realizado, las mujeres constituirán una mayoría creciente en la población de más edad. Las diferencias de longevidad en

los sexos pueden tener efectos sobre las condiciones de la vida, los ingresos personales, la atención médica y otros sistemas de apoyo.

En las regiones más desarrolladas las dos terceras partes de los ancianos vivían en zonas urbanas en 1975 y se prevé que esta proporción aumentará a las tres cuartas partes para el año 2000. En las regiones en desarrollo, las tres cuartas partes de los ancianos se encontraban en zonas rurales, esta proporción podría modificarse considerablemente y situar para el año 2000, al 40% en las zonas urbanas. No obstante, las migraciones pueden influir en estos cambios.

Este fenómeno del envejecimiento ha tenido lugar en España con cierto retraso respecto a otros países del occidente europeo: en nuestro país, aún hoy, el índice de envejecimiento es inferior al de otras sociedades de nuestro entorno.

Sin embargo, a lo largo de este siglo y en especial desde 1950, la población mayor de 65 años crece constantemente y lo mismo ocurre con la tasa de envejecimiento. A ello es preciso añadir que la esperanza media de vida de los españoles mayores de 60 años ha aumentado a lo largo de este período, debido a la mejora de las condiciones de vi-

da. Incremento y envejecimiento son, por consiguiente, las dos características básicas de la población española de más de 65 años.

Se prevé que el grupo de sesenta y más años de edad, que significaba un 15% del total en 1975, se elevará a un 18% en el año 2000 y a un 23% en el año 2025.

Las dos consecuencias inmediatas son: por un lado la asistencia social a los ancianos en España debe incrementarse y por otro debe diversificarse. Entre los mayores de 65 años se encuentran personas relativamente en condiciones de buena salud, que mantienen altos niveles de actividad y disponen de ingresos suficientes, y personas muy mayores, que sufren evidentes deterioros físicos y carecen de los más elementales medios de subsistencia.

Está claro que no se puede aplicar a todos los mayores de 65 años el mismo tipo de política asistencial y, sobre todo, que el mayor peso relativo de los mayores de 75 años complica notablemente la situación.

Otra de las características de la población anciana española es el predominio de las mujeres. Esto tiene una consecuencia importante desde el punto de vista de la asistencia social: el tipo predominante de prestación social que reciben los ancianos, la pensión, viene determinada por la actividad desarrollada a lo largo de la vida. Dado que en su inmensa mayoría, las mujeres actualmente ancianas se dedicaron exclusivamente a "sus labores", sus derechos de pensión se derivan exclusivamente de su estado civil anterior.

Asimismo, la mayor parte de los actuales ancianos desempeñaron empleos no cualificados en la agricultura y la industria, lo que no les ha permitido obtener buenas pensiones ni haber conseguido ahorros, o al menos una vivienda digna para la vejez.

El desarraigo es también una situación especial de los ancianos en la sociedad moderna. Las condiciones de las viviendas en la ciudad, por su tamaño, en muchos casos hace imposible la convivencia con hijos o familiares.

II. RECOMENDACIONES DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LAS NACIONES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO ENCAMINADAS A LA ORIENTACION DE UNA POLITICA SOCIAL APLICADA A LOS ANCIANOS

Las naciones reunidas en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento conscientes de que un número creciente de sus habitantes es de edad avanzada y considerando su preocupación común por el envejecimiento, deciden: Formular políticas a nivel internacional, regional y nacional para mejorar las condiciones de vida de las personas de edad; reafirman su convicción de que los derechos inalienables consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos son de plena aplicación a las personas ancianas, y reconocen que los ancianos deben disfrutar en sus familias y comunidades de una vida plena, saludable, segura y satisfactoria, siendo estimados como parte integrante de la sociedad.

En relación con el estado de BIENESTAR SOCIAL la Asamblea realiza una serie de recomendaciones:

— Los servicios de bienestar social deberán tener por objeto la creación, promoción y mantenimiento, durante el mayor tiempo posible, de las funciones activas y útiles de las personas de edad en la comunidad y para la comunidad.

— Las organizaciones oficiales y no oficiales deberán tener en cuenta las necesidades especiales de las personas de edad y fomentar las cooperativas en la prestación de ser-

vicios, incluyendo como miembros plenos o consultores a las personas de edad.

— Debe fomentarse la participación de los jóvenes en la prestación de servicios y atención a las personas de edad. Asimismo debe estimularse en la medida de lo posible la autoayuda recíproca.

— Los Gobiernos deberán esforzarse por reducir o eliminar cualquier presión de tipo fiscal que pese sobre las actividades voluntarias y no estructuradas.

— Se debe asegurar que la atención a los ancianos en instituciones se dé en condiciones dignas, de manera que gocen de la calidad de vida que les corresponde y se respeten sus creencias, necesidades, intereses y vida privada. Los Estados deberán establecer los criterios mínimos para poder asegurar una mejor calidad en la atención institucional.

Se deberá estimular la formación de grupos y movimientos de personas de edad.

III. CRITERIOS PARA UNA ASISTENCIA INTEGRAL DE LAS PERSONAS MAYORES

Los tres objetivos básicos:

— En primer lugar, cubrir las necesidades básicas de comida, vestido y salud que su situación económico-social les impide mantener y las no menos básicas de ser reconocido como se es y de mantener relaciones con los demás.

— Allanar las dificultades de hábitat que su nueva situación física les hace encontrar para proseguir su permanencia en él: resolviendo problemas estructurales de sus viviendas, eliminación de barreras arquitectónicas que impidan su relación social y reformando los

dispositivos sociales de la comunidad para que les sigan siendo útiles. (Salud, deporte, cultura, ocio y tiempo libre).

— Devolver al anciano su sentido de pertenencia a la comunidad, haciéndoles sentirse útiles para toda la sociedad de la que siguen formando parte.

Este planteamiento sólo puede llevarse a cabo con el desarrollo de un plan que se rija por estos criterios de orientación.

El plan a de ser:

Integral: cada dispositivo no es un ente aislado sino un elemento indispensable que dá apoyo y cobertura. El objetivo principal será mantener al anciano el máximo tiempo posible en el medio que él conoce y domina.

Participativo: haciéndoles partícipes de cuanto el entorno social les ofrece, y con sus criterios y nuestra técnica conjugados damos respuesta a sus preocupaciones.

La asistencia al anciano se debe ofrecer:

Zonificada: con definición de zonas geográficas que determinan la creación de Sectores Geriátricos para posibilitar la máxima cercanía de los dispositivos asistenciales.

Insertada: en la vida social habitual, y por ello en los dispositivos asistenciales generales para no contribuir a su segregación social.

Comunitaria: implicando en esta labor a toda la comunidad, lo que requiere información permanente a la población para que ésta empiece a cambiar sus criterios sintiéndose un poco más solidaria.

Económica: no podemos olvidar la realidad social de nuestros escasos recursos, por ello es preciso, coordinarlos eficazmente y evaluar permanentemente nuestra labor para poder conseguir directrices, planes y realizaciones.

En la asistencia integral al anciano se debe tener en cuenta, para que los servicios que se ofrecen sean rentables socialmente, que el anciano tenga acceso a una protección económica, proporcionando unas pensiones en relación con el coste real de la vida y la exención de impuestos en casos necesarios.

Los médicos de familia, en su doble función

Dado que en su inmensa mayoría, las mujeres actualmente ancianas se dedicaron exclusivamente a "sus labores", sus derechos de pensión se derivan exclusivamente de su estado civil anterior.

preventiva y curativa, constituyen el verdadero núcleo, la unidad básica de asistencia sanitaria a los ancianos.

Los objetivos de la rehabilitación geriátrica, que debe ser precoz y continuada, son fundamentalmente tres: reactivación, resocialización y reintegración familiar.

Los servicios sociales médico-asistenciales deben estar íntimamente relacionados con los servicios sociales gerontológicos para una integración efectiva. Debe existir una coordinación de todas las instituciones a favor de los ancianos tanto públicas como privadas.

La asistencia a los ancianos es labor de todos: familia, sociedad, instituciones públicas y privadas y, ocupando un puesto destacado, las asociaciones de voluntarios.

IV. PROGRAMAS DE ASISTENCIA A LA TERCERA EDAD

La cobertura de protección de los servicios sociales asigna unas prestaciones específicas para las personas mayores y otras generales para la totalidad de los colectivos protegidos, en las que se contemplan también actuaciones referidas a la tercera edad: la integración social (que incluye el "turismo social") y la ayuda a domicilio.

El grupo de programas específicos de asis-

tencia a la tercera edad se diversifica en los tres siguientes:

- atención geriátrica.
- acción asistencial y social.
- alojamiento y manutención.

Está claro que no se puede aplicar a todos los mayores de 65 años el mismo tipo de política asistencial y, sobre todo, que el mayor peso relativo de los mayores de 75 años complica notablemente la situación.

Todos ellos destinados a prestar diversas atenciones y asistencia a las personas mayores de sesenta años para incrementar su bienestar. La finalidad del primero es mejorar la salud del colectivo; la del segundo, mejorar sus niveles de convivencia, participación e integración en la sociedad y su mantenimiento como personas activas y útiles en y para la comunidad; la del tercero es facilitar vivienda y alimentación a los ancianos que no pueden atender a estas necesidades con sus propios medios o recursos, ni aún con la ayuda de sus familias o terceros, en su propio domicilio, así como crear un clima de convivencia estable para los mismos.

CUADRO n.º 1: PROGRAMAS DE ASISTENCIA A LA TERCERA EDAD

Atención Geriátrica

- Medicina preventiva a nivel individual y colectivo.
- Servicios de podología.
- Medicina asistencial.

Acción Asistencial y social

- Asesoramiento, información y orientación individual.
- Promoción de actos culturales, recreativos y artísticos.
- Atención domiciliaria. Alimentación y renovación de prótesis, ortopedia, aparatos auditivos y oculares.

Alojamiento y manutención

- Prestación de servicios para alcanzar una mejor calidad de vida en los centros residenciales.
- Limpieza e higiene.
- Alojamiento en régimen de internado.

V. TRABAJO SOCIAL CON ANCIANOS

De acuerdo con los principios generales de los Servicios Sociales, es importante destacar algunos aspectos del Trabajo Social con ancianos.

Los principios de actuación deben fundamentarse en el conocimiento de la realidad, es decir, conocer la problemática que hace referencia a las personas mayores y su valor dentro del contexto social.

Conocimiento de la situación sociocultural, recursos económicos, salud y nutrición, vivienda y medio ambiente, familia, etc. a la vez que los recursos e instituciones que pueden atender las necesidades.

Así, podremos establecer una correlación entre necesidades y recursos y comprobar en que aspectos la situación es más desfavorable.

Los médicos de familia, en su doble función preventiva y curativa, constituyen el verdadero núcleo, la unidad básica de asistencia sanitaria a los ancianos.

Los aspectos que debemos tener en cuenta a la hora de fomentar programas para la tercera edad son los siguientes:

I. Superación de la marginación a dos niveles:

1.1. Sensibilización de la Sociedad respecto a la problemática de la marginación de las personas mayores mediante campañas, conferencias...

1.2. Estimular la participación de los ancianos de forma que sean un factor activo en la lucha por sus derechos y superación de la marginación que genera la actual estructura de la sociedad.

II. Prestación de servicios teniendo en cuenta:

2.1. Que la persona mayor permanezca en su contexto social y pueda continuar una vida normal a nivel de amistades, familia, etc.

III. Humanización y normalización de los servicios:

3.1. Este objetivo significa el respeto a la persona y a su independencia.

Son necesarios unos servicios para dar respuesta a unas necesidades que es importante planificar con miras a que el anciano tenga un ambiente confortable y evitar las masificaciones.

Trabajo Social desde los Centros de Servicios Sociales

Los Centros de Servicios Sociales son la entidad que a nivel de distrito o barrio, promueve los servicios que son competencia del Area, realiza una animación comunitaria para motivar la participación de la población, coordina las entidades sociales existentes en la zona y es el motor de la acción social descentralizada.

Niveles de Actuación:

A. Actuación a nivel de comunidad:

La primera actuación para poder realizar un trabajo profundo en el sector de tercera edad, es el conocimiento de la realidad de la zona. La estructura física, población de personas mayores en relación con la población total, nivel sociocultural, la historia del barrio si son cascos históricos o de nueva estructura, etc. las entidades, comunidades, asociaciones, instituciones y los recursos disponibles.

Actividades concretas a promover a este nivel:

- Información a nivel general de los programas, proyectos, estudios, etc.
- Estudio de las necesidades del barrio, con las prioridades y posibilidades de actuación y participación de la comunidad.
- Estudio económico de las pensiones.
- Relación y colaboración especialmente con los asistentes sociales del distrito.
- Relación y comunicación con los grupos del barrio que trabajan en la misma

problemática para evitar duplicidad de trabajo.

— Trabajo de animación comunitaria para que las personas mayores tomen conciencia de la problemática y se sientan implicadas.

— Potenciar las comisiones de ancianos en el distrito y la participación de los ancianos en las mismas.

— Promover grupos voluntarios para ayudar y llevar a término determinadas tareas.

— En general aplicación de los programas para tercera edad, planteando las dificultades que puedan existir para llevarlos a cabo.

Medios de actuación:

— En primer lugar el trabajador social por su capacidad de análisis, relación y conocimiento.

— El conocimiento de la realidad, la dimensión de la problemática y su evaluación.

— La comunidad, con su dialéctica social.

— El programa de tercera edad: objetivos, estrategias y servicios.

— La animación comunitaria.

B. Actuación a nivel de Instituciones:

Las instituciones son un factor muy importante en la atención de los problemas de tercera edad, ya que son los recursos que fundamentan una buena parte del programa.

— Trabajo dedicado especialmente a las instituciones que son del Area: promoción de los grupos de animación y terapia ocupacional para llevar a cabo el programa del Area, especialmente la ergoterapia, la ludoterapia y la animación educativa y recreativa, estableciendo horarios fijos para estas actividades.

— Estudio y análisis de las instituciones de tercera edad existentes en la zona: instituciones públicas, privadas, religiosas, etc.

— Canalizar los recursos humanos, culturales, recreativos, económicos, artísticos, etc. del barrio para que colaboren en las actividades, y la comunidad asuma como un ele-

mento más del barrio las instituciones y dé respuesta a sus necesidades.

— Análisis y posibles soluciones a los problemas de relación, de convivencia de los grupos que se formen en las instituciones.

— Asistencia técnica a las instituciones del Area, ofreciendo soporte a los trabajadores, asesoramiento y supervisión.

— Potenciar los socios de los clubs para que sean capaces de llevar a término la gestión del centro y orientarlos en sus actividades.

— Coordinar las diferentes instituciones para realizar actividades conjuntas, excursiones, fiestas, campamentos, etc.

Medios de actuación

— Con el equipo de tercera edad de la zona.

— Las personas o grupos que forman las instituciones.

La atención personalizada es la base de toda actuación que tenga en cuenta la humanización de un servicio.

— Los programas de animación y terapia del Area.

— Los recursos de la comunidad, del barrio, del Area de Servicios Sociales.

— El conocimiento de los problemas de cada institución.

C. Actuación a nivel individualizado:

La atención personalizada es la base de toda ocupación que tenga en cuenta la humanización de un servicio. Esto en la mayoría de las ocasiones es más necesario en los servicios para la tercera edad, ya que estas personas necesitan muchas atenciones y sentir que se cuenta con ellos.

Las actuaciones básicas han de ser:

— Información y asesoramiento en los diferentes niveles: jurídico, institucional, de recursos o cualquier otra problemática que presenten.

— Tramitación de solicitudes de pensio-

nes, ayuda a domicilio, exención de tasas, etcétera.

— Intervención en las familias, para que tomen conciencia de la obligación de ayuda a las personas mayores, de lo que significa para ellos el ingreso en la residencia, de la participación económica en caso de que cuenten con recursos económicos.

— Buscar los recursos adecuados para cada caso o posibles soluciones.

— Realizar los informes socioeconómicos de las personas que han solicitado el ingreso en residencias, visita a los domicilios pa-

ra poder conocer en profundidad las condiciones de vivienda, relaciones familiares, etc.

— Atender la problemática particular de los socios de los clubs y de los que están ingresados en residencias.

Medios de actuación.

- El trabajador social de la zona.
- La persona que demanda el servicio.
- El conocimiento de los recursos.
- El soporte técnico del equipo.

Realizada una descripción del Trabajo Social con ancianos desde los Centros de Ser-

CUADRO n.º 2: GESTION DE RECURSOS PARA LA TERCERA EDAD

M.º de Trabajo y Seguridad Social	M.º de Asuntos Sociales	Comunidades Autónomas
<ul style="list-style-type: none"> — INSALUD - Salud. — INSS - Pensiones. 	<ul style="list-style-type: none"> — INSERSO. 	<ul style="list-style-type: none"> — Residencias. — Centros de día. — Comedores. — Ayudas individuales. — Ayudas institucionales. — Hospitales geriátricos de día. — Hospitales geriátricos.
Ayuntamientos	Cáritas	Cruz Roja
<ul style="list-style-type: none"> — Residencias. — Centros de día. — Cartillas de asistencia sanitaria (beneficencia). — Ayuda a domicilio. 	<ul style="list-style-type: none"> — Residencias — Clubs parroquiales. — Comedores. — Ayudas individuales. 	<ul style="list-style-type: none"> — Plan geriátrico escalonado. — Hospitales. — Ayuda a domicilio. — Unidades geriátricas y hospitales de día.
Entidades privadas	Obra benéfico-social de las Cajas de Ahorros	Voluntariado social
<ul style="list-style-type: none"> — De carácter religioso benéfico-asistenciales. — Privadas de carácter lucrativo. 	<ul style="list-style-type: none"> — Residencias. — Clubs. 	<ul style="list-style-type: none"> — Apoyo dentro de servicios específicos.

vicios Sociales, es necesario concretar el desarrollo del mismo en los aspectos más significativos relacionados con la situación específica de las personas mayores en diferentes ámbitos:

ECONOMIA: Orientación sobre: jubilación, cobro de pensiones, revalorización de las mismas.

SALUD: Orientación sobre: referencia a centros sanitarios, seguimiento en el curso de la enfermedad.

Prevención de: enfermedades propias de la edad, con orientaciones propias y familiares.

El reto social se centra en poder dar la respuesta adecuada a los ancianos con problemas de discapacidad tanto a nivel físico como psíquico.

FAMILIA: Analizar la situación y relación con el resto de la familia.

Colaborar en la mejora de las relaciones.

Entrevistarse con el interesado y familiares.

ANIMACION SOCIO-CULTURAL: Partiendo de su situación, animar y orientar a relacionarse, participar en actividades, charlas, coloquios, etc.

OCIO Y TIEMPO LIBRE: Orientar sobre su aprovechamiento.

— Animar a participar con otros grupos similares.

— Aprovechamiento de sus vivencias históricas, culturales, recreativas, etc.

— Contribuir al desarrollo de actividades donde el anciano se encuentre atendido y escuchado.

En estas líneas he intentado realizar una reflexión sobre la situación general del anciano y la respuesta desde el Trabajo Social siempre teniendo en cuenta las limitaciones propias en relación con los programas establecidos.

Como se puede apreciar el anciano necesita cubrir diversos vacíos que le crea su si-

tuación, saber crearle nuevas inquietudes y actividades es la filosofía de un trabajo conjunto entre los profesionales y los propios ancianos.

Comentar brevemente que en estos momentos el reto social se centra en poder dar la respuesta adecuada a los ancianos con problemas de discapacidad tanto a nivel físico como psíquico. Realizar un Plan Gerontológico adecuado puede significar la forma más solidaria de atención para los ancianos.

BIBLIOGRAFIA

Revista 60 Y MAS. Publicación del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES.

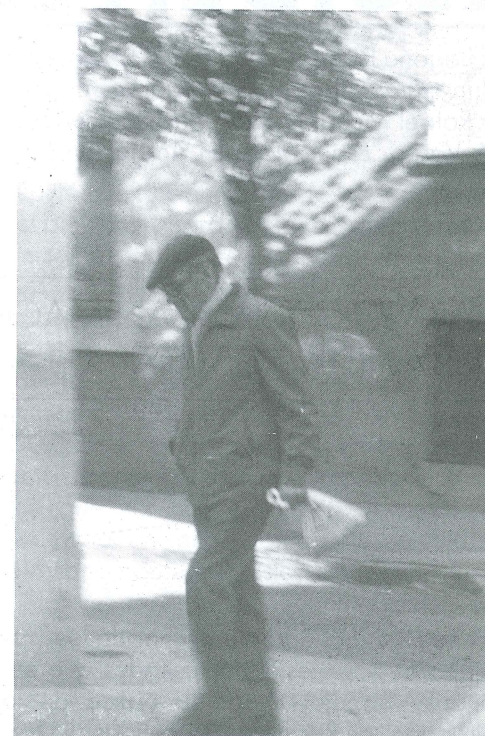
CEIDTS Centro de investigación y Documentación para el Trabajo Social "Programa de Servicios Sociales para la Tercera Edad".

I Congreso de Gerontología y Geriátrica de Castilla y León. Mayo 88.

Servicios Sociales para la vejez. Fernando Perlado.

La Vejez. Simone de Beauvoir.

Introducción a la Gerontología Social. S. del Campo y otros.



RESIDENCIAS

Por Begoña Ramírez de Olano. *Diplomada en Trabajo Social. Residencia Asistida de Leioa del Instituto Foral de Asistencia Social (IFAS) de la Diputación Foral de Vizcaya.*

Por Rafael Mendía. *Licenciado en Ciencias de la Educación, I.C.E. de la Universidad del País Vasco. Especialista en Animación Socio-cultural.*

TRABAJO SOCIAL Y ANIMACION DE LA VIDA DIARIA EN UNA RESIDENCIA ASISTIDA

A nadie extraña hoy escuchar de los Trabajadores Sociales las dificultades que entraña su trabajo, desde la óptica de la animación, en Residencias Asistidas de Tercera Edad. Sin embargo la enumeración de las dificultades pueden llevar a muchos trabajadores y trabajadoras a la conclusión de que dicha animación es imposible. Que es un mero enunciado de manual de funciones y por más que nos empeñemos siempre será limitada, tan limitada que será prácticamente imperceptible con la consiguiente frustración profesional sobre una de las funciones básicas de su trabajo.

Sin embargo no podemos quedarnos con un análisis superficial de la cuestión que bloquee toda posible salida. Es preciso desarrollar un análisis más global con objeto de avanzar en la búsqueda de soluciones adecuadas.

Desde este punto de vista podemos avanzar en una visión de la Residencia Asistida como un sistema que en su conjunto trata de dar respuesta a una demanda. Desde el análisis de la demanda podríamos enunciar que es un "programa residencial" que trata de dar respuesta a la población anciana precisada de ayuda personal en función de una minusvalía. También podríamos hacer el

enunciado desde una óptica diversa diciéndolo que se trata de "un programa asistencial de rehabilitación" que se desarrolla en el marco de una residencia.

Sería intrascendente el análisis si no tuvieramos consecuencias desde la propia concepción de la vida del anciano usuario del servicio.

Evidentemente estamos hablando del enfoque de la vida residencial desde una óptica hospitalaria o desde el enfoque del Bienestar Social. Una u otra visión es la pieza clave de la actuación del Trabajador Social, más aún, es lo que puede dar sentido al Trabajo Social de Animación de la vida diaria de una Residencia Asistida.

La sutil diferencia —debe ser muy sutil puesto que los enfoques existentes se escoran de manera alarmante y casi única sobre lo hospitalario— es la diferencia esencial que condiciona todo el enfoque, toda la actuación, toda la estrategia de intervención.

Se ha de decir que las residencias asistidas nacen en sí mismas condicionadas por lo hospitalario. Sin que esto sea ni bueno ni malo, sí es absolutamente condicionante para las ulteriores posibilidades de intervención social y sociocultural.

Lo hospitalario condiciona el modo de or-

ganización. Los trabajadores mayoritariamente provienen de ramas sanitarias (Auxiliares de Clínica, Celadores, ATS, Fisioterapeutas, etc.). Su organización es de corte hospitalario (los turnos, el modo de adscripción a las plantas, incluso las denominaciones que recuerdan más un hospital que una residencia). No sólo se trata de este enfoque sino que muchas reivindicaciones de los sindicatos van en esta línea como modelo de referencia. La prestación de los servicios es de corte hospitalario (gran concentración de servicios en períodos de mañana y vacío a las tardes). La propia arquitectura que condiciona la concepción de la propia vida es la reproducción de un hospital (alas, estaciones, cuartos y pocos espacios más...). Incluso los espacios exteriores, los servicios complementarios. Lo hospitalario prima, condiciona y limita todo tipo de intervenciones. Los programas rehabilitadores se realizan al margen del tipo de vida y el tipo de vida poco aprovecha de los programas rehabilitadores. La rehabilitación y la vida discurren paralelos con pocos momentos de encuentro. Quizá hasta se ignoran.

¿Qué queda, pues, para la animación? ¿Qué queda para lo cotidiano de la vida de las personas residentes si lo cotidiano es lo rehabilitador y la rehabilitación es lo cotidiano? ¿Qué otras dimensiones de la persona, concebida como un todo tienen cabida en la vida de una Residencia Asistida?

VIDA DIARIA Y ESTIMULACION

La expresión "animación de la vida diaria", es considerada confusa, leída desde los parámetros desde donde se interpreta en la actualidad la vida del anciano y más en concreto del anciano residente y sobre todo del anciano residente minusválido.

El término de "vida diaria" se ha circunscrito casi exclusivamente a las actividades para atender a los mínimos vitales. Esta lectura, hecha desde la perspectiva de la rehabilitación física, es una lectura restrictiva y descontextualizada, por lo que, en muchas ocasiones, permanece carente de sentido.

TERCERA EDAD

Es difícil encontrar materiales que hagan referencia a otras visiones de la "vida diaria" e incluso de "las actividades de la vida diaria".

De esta forma tratamos de superar la concepción de acciones aisladas, desvinculada del ambiente, para hablar de ambientes estimulantes, donde se potencia la actitud activa, y de la animación de la vida diaria en/de estos ambientes..

Desde aquí queremos avanzar más en nuestra búsqueda aproximándonos a otro término confuso como es el de "animación". El uso de la palabra, del término y en concreto de la práctica de la animación tiene mucho que ver con el interés de mantener "activo al anciano" con objeto de evitar o retrasar su deterioro físico y mental.

Sin embargo, frecuentemente, casi siempre, se utiliza una concepción "reduccionista" de ambos términos "Animación de la vida diaria" puesto que se lee, por un lado desde la óptica terapéutica y por otro de la óptica "activista".

Evidentemente estamos hablando del enfoque de la vida residencial desde una óptica hospitalaria o desde el enfoque del Bienestar Social. Una u otra visión es la pieza clave de la actuación del Trabajador Social, más aún, es lo que puede dar sentido al Trabajo Social de Animación de la vida diaria de una Residencia Asistida.

Ambas concepciones seguramente tienen su parte de razón, pero son razones restrictivas que no contemplan a la vida del anciano como un todo. Más aún contemplan la vida del anciano como algo en desconexión con el medio. Así como que contemplan el ambiente residencial y los servicios asistenciales de manera muy mecánica.



Falta, a nuestra manera de ver, una referencia al medio. Una persona, en tales condiciones, en tal ambiente, conviviendo con tales personas, es capaz de desempeñar tales funciones de la vida cotidiana.

Siendo por otra parte importantísimo definir un repertorio suficientemente amplio, no restrictivo, de lo que por "actividades de la vida cotidiana" podemos entender aproximándonos a criterios que van en la línea de mejora integral de la calidad de vida del anciano.

Desde el punto de vista de la vida residencial es fundamental el diseño de modelos de vida diaria ricos en estímulos, comunidades de vida que sean capaces de acoger a los ancianos, considerándoseles como los principales "protagonistas" de la casa. Una institución, como ya se ha dicho repetidamente, es el lugar de "vivir" el anciano, hasta sus últimos días. Por lo tanto no caben concepciones parciales de la institución, ni consideraciones de ancianos como si de un "muñeco desmontable" se tratara, para contemplar sus males, sus trozos de vida, desprovistos de cualquier otra significación.

Un modelo comunitario que concibe la residencia como un "ambiente" de vida, donde se ubique todo lo demás, es el telón de fondo desde donde queremos enfocar nuestra búsqueda de un modelo de animación. Una animación basada en la "vida diaria" y no en actividades puntuales desvinculadas de la vida común.

Sin embargo la realidad de la práctica es muy distinta y desde ahí debemos partir para diseñar modelos de intervención, que propicien la creación de entornos válidos para un desarrollo lo más completo posible de la vida del anciano, conjugando las distintas facetas y planteamientos.

El uso del tiempo libre por parte del anciano en residencia refleja globalmente su escasa participación en actividades programadas: un 64% de los ancianos no participan con frecuencia en actividades de paseo, un 76,9% en actividades recreativas y un 81,7% en actividades culturales. A la falta de relación humana se asocia, inevitablemente, una falta de participación en actividades sociales de ocio. No resulta extraño, con estas cifras, que la residencia no sea pre-

cisamente un modelo de buen vivir social para los residentes: (Sanzo, L. 1985).

En definitiva, alto porcentaje de personas que no participan en actividades, predominio de actividades simples —paseo, TV, radio— nula participación en actividades culturales complejas y bajo nivel de actividades comunicativas —juego, tertulia— son los elementos que mejor definen la situación. La traducción de estas actividades en una relación social extra-residencial ofrece un panorama aún más desolador. Un alto porcentaje de los ancianos no salen nunca del centro por motivos claros de discapacitación, hecho que refleja un peligroso nivel de aislamiento social.

La generalizada ausencia de participación activa en actividades refleja bien a las claras el escaso dinamismo de la vida sociocultural en nuestros centros. Esta ausencia de participación puede deberse a que la población anciana que acogen las Residencias Asistidas tiene una media muy alta de edad (en torno a los 80/84 años), enfermos, con dolor físico y psíquico, con múltiples patologías físico-psíquico-sociales, con depresiones derivadas de su enfermedad; de situaciones de pérdidas en y de su entorno (cónyuge, hijos, casas, etc.); del elevado número de personas minusválidas acogidas en un centro (entre 200 y 300 residentes en Residencias de carácter público) que configuran y destilan tristeza, resignación; del diario convivir personas de tan variada patología todas juntas, soportando además de su propia limitación física la demencia de "las otras"; de ancianos que castigan a este entorno porque no es el suyo, con su apatía, su absentismo y su negativismo.

Realmente la animación no suple problemas estructurales de fondo que condicionan en gran medida la posibilidad de respuesta. En función de esto sería conveniente replantear las unidades asistidas en centros de válidos en número que puedan ser asumidos sin condicionar desmesuradamente el ambiente. De la misma forma propiciar una correcta atención a la problemática de las personas

con demencias establecidas, siendo por otra parte preciso abordar debidamente en el entorno adecuado a los ancianos con enfermedades crónicas que les hacen incapaces de beneficiarse de ambientes residenciales.

Este conjunto de personas es al que nos referimos cuando hablamos de usuarios de Residencias Asistidas. El correcto dimensionamiento de las mismas, la diversidad de los usuarios en entornos de calidad, es condición indispensable para poder avanzar en proyectos de animación de la vida residencial.

Si bien estaríamos en contra de la concepción de la Residencia como entidad asistencial de carácter totalizador, la práctica de la vida diaria de las residencias asistidas es que se trata el hogar último y definitivo, y único de referencia para la gran mayoría de los ancianos. Si añadimos a esto el excesivo número de plazas (entre 200 y 300 ancianos minusválidos) y su ubicación en muchos casos, e incomprensiblemente, lejos de cualquier núcleo de población mínimamente receptivo, nos encontramos con un panorama de difícil abordaje desde el punto de vista de la animación.

El término de "vida diaria" se ha circunscrito casi exclusivamente a las actividades para atender a los mínimos vitales. Esta lectura, hecha desde la perspectiva de la rehabilitación física, es una lectura restrictiva y descontextualizada, por lo que, en muchas ocasiones, permanece carente de sentido.

La concepción de la Residencia Asistida como un lugar para vivir, que dé respuesta al mayor número de necesidades del anciano entre las que se encuentra la necesidad de relación, hace más urgente la presencia de un programa de animación que recorra transversalmente todos los programas terapéuticos. Es decir que nada puede tener referencia a otra cosa que a la vida. Y la re-

habilitación para el desempeño de la vida diaria, pasa inexorablemente por la rehabilitación desde un punto de vista de la vida en comunidad de las personas mayores. Nada ni ningún profesional puede escaparse de la dimensión comunitaria del trabajo. Nada ni nadie es ajeno a las intervenciones en función de un proyecto de desarrollo de la comunidad, es decir del desarrollo de la vida diaria en la comunidad de los residentes.

Desde este punto de vista el Trabajo Social de índole comunitario es el hilo conductor de toda la vida residencial. El Trabajador Social es su principal impulsor y dinamizador, pero todos los profesionales de la residencia son agentes de la dinamización socio-comunitaria de los residentes. De manera especial los profesionales de cualquier rango y categoría que tienen relación directa con el anciano.

Así el Trabajo Social Comunitario en una Residencia asistida, es un proyecto de intervención que trata de motivar y estimular a un colectivo de forma problematizadora, para que inicie un proceso de desarrollo social y cultural.

Dentro de este proyecto tienen cabida otras dimensiones del Trabajo Social. La dimensión individual, la dimensión grupal y la dimensión comunitaria.

Siete componentes de la Animación en el Trabajo Social Comunitario.

El Trabajo Social Comunitario o de Animación se realiza atendiendo a siete elementos:

1. La relación interpersonal

La base de la Animación de la Comunidad es la relación interpersonal en un grupo, estructurada de forma educativa.

Persigue el desarrollo de cada participante, pero dicho progreso dependerá del establecimiento de interacciones significativas con otros participantes, y de la evolución de tal interacción.

Entre otras concepciones referidas a la comunicación, la opción básica se concibe de la siguiente forma:

a) La comunicación no es un hecho puntual sino un proceso social permanente. To-

da conducta es comunicación. Es imposible dejar de comunicarse. Todo lo que hacemos y decidimos en todo momento, incluido el no hacer ni decir nada es significativo a efectos de comunicación.

b) La comunicación no es un proceso lineal sino circular, un sistema con retroalimentación en el cual no interesa saber dónde está el comienzo y el fin (emisor/receptor, causa/efecto) porque la influencia es recíproca en todo momento.

c) La comunicación no es un proceso exclusivamente verbal y consciente sino que incluye multitud de códigos y canales no verbales (gesto, mirada, mímica, espacios...) que han de interpretarse adecuadamente.

Un modelo comunitario que concibe la residencia como un "ambiente" de vida, donde se ubique todo lo demás, es el telón de fondo desde donde queremos enfocar nuestra búsqueda de un modelo de animación. Una animación basada en la "vida diaria" y no en actividades puntuales desvinculadas de la vida común.

d) La comunicación no puede entenderse aislada del contexto. Ningún mensaje tiene significación intrínseca. "Sólo en el contexto del conjunto de los modos de comunicación, relacionado a su vez con el contexto de interacción, puede adquirir sentido la significación". Lo importante pues es el análisis del contexto y no del contenido estructurado.

Desde el Trabajo Social Comunitario el inicio de cualquier intervención posible asienta sus bases en la posibilidad de comunicación. Promover la comunicación se convierte en el principal empeño.

La Comunicación de carácter dual, Trabajador-Residente, ofreciendo la posibilidad de que esta comunicación tenga lugar, sin considerarla pérdida de tiempo, supone

la actitud de escucha fundamentalmente por parte del Trabajador Social, pero también de todos los trabajadores. Supone también la posibilidad de intercambio de puntos de vista, no sólo el enunciado de demandas. Incluye igualmente la posibilidad de que la comunicación se dé en las condiciones adecuadas, ya sea de intimidad si fuera necesario, de sosiego, de tiempo. De la misma forma, la disponibilidad de lenguajes alternativos para que aquéllos que no disponen de lenguaje oral puedan expresar tanto sus demandas como sus sentimientos y deseos. De la misma manera supone disponer las claves interpretativas para captar lo que el otro, normalmente el residente, quiera manifestar o comunicar. Claves que requieren disponer de los referentes del contexto para ubicar los mensajes en su correcta dimensión y profundidad.

La Comunicación no se agota en la relación Trabajador-Residente, tiene como objetivo que se produzca en la relación Residente-Residente. Esto pasa por disponer de las oportunidades ambientales en cuanto a la ubicación de los espacios y los tiempos adecuados para el encuentro entre residentes en ambientes sosegados y "no obligatorios". Y se soporta en la condición indispensable de que sea posible la comunicación Trabajador-Trabajador.

Pero si es interesante la Comunicación dual, tanto o más lo es la comunicación grupal, para lo que se precisa el disponer de estructuras de encuentro que, mediante temas, o intermediarios o facilitadores como pueden ser fotografías, recuerdos, estímulos exteriores, faciliten la posibilidad de comunicación en pequeños grupos.

Por último, la posibilidad de crear un ambiente rico en estímulos de comunicación, la residencia como medio de comunicación a través de diversos canales: radio/televisión de la residencia aprovechando las posibilidades de la megafonía y el vídeo; periódicos; establecimiento de las posibilidades para que el intercambio entre personas y grupos se produzca.

2. En un grupo estable

Una de las características de la estructura social de una Residencia es justamente la participación en la vida de la misma a través de la intervención individual y de grupos intermedios. En un grupo los participantes se relacionan entre sí, con el animador y con el grupo como totalidad. Y el animador pierde el monopolio de la intervención; es el grupo el que pasa a ser el principal agente animador.

Los grupos en el entorno residencial se pueden configurar en torno a espacios definidos, plantas o alas, que condicionan determinados tipos de relaciones. O en orden a determinados intereses, como por ejemplo grupos de participación, de talleres, de actividades, de paseo, de ayuda mutua, de lectura colectiva, de música o de trabajos concretos.

Cuanto más grupos y de más variada naturaleza se creen, más rica, más activa y estimulante será la vida de la Residencia.

Los grupos pueden cambiar en función de momentos, de temporadas, de la potenciación de intereses. Los grupos en la vida diaria pueden hacer posible una participación efectiva en la vida residencial. Estamos hablando de grupos de compañía y de autoa-

Realmente la animación no sufre problemas estructurales de fondo que condicionan en gran medida la posibilidad de respuesta. En función de esto sería conveniente replantear las unidades asistidas en centros de válidos en número que puedan ser asumidos sin condicionar desmesuradamente el ambiente.

yuda y paseo, grupos que supervisan con patrones muy sencillos los menús con los médicos, grupos que analizan la calidad de la vida del estilo de Círculos de Calidad en los que participan debidamente dinamizados tanto residentes como trabajadores de diver-

sa categoría. Círculos de Calidad en función de las distintas plantas o servicios, etc.

El grupo es la estructura intermedia a través de la cual puede articularse la vida de la residencia.

No estamos hablando de estructuras complejas con instrumentos participativos complicados que dificultan la participación, más que la facilitan. Creemos que hay que crear instrumentos sencillos, con lenguajes y medios comprensibles y asumibles por los propios residentes para expresar opiniones, para dar su punto de vista, para dar su criterio ante este u otro acontecimiento. Debemos desarrollar la creatividad, junto con los propios residentes para simplificar aquello que los técnicos hacemos complicado, y para dar cauces y oportunidades de expresión para aquellas personas que tienen la expresión limitada, tanto por lo limitado de su vocabulario y jerga técnica como por lo limitado de su expresión por estar ésta limitada. Todos pueden expresar sus puntos de vista para lo que hay que crear los vehículos precisos. Esta es la función de dinamización grupal en el Trabajo Social Comunitario.

3. Mediante una serie de actividades

Además de la actividad concreta, es importante la manera de llevarla a cabo. Se

alude frecuentemente a que la Animación es un estilo o manera de hacer, más que una actividad particular.

Algunas ideas parciales sobre la manera de animar las actividades son las siguientes:

a) Dinamizar el grupo en función de la vida diaria y las actividades.

No es el animador el que hace, ni el que "enseña" a hacer; el animador posibilita que el grupo vaya haciendo y aprendiendo de su acción.

b) Dinamizar como proceso.

La dinamización se configura como un proceso, como un camino donde se diseñan los puntos de partida a partir del análisis de la propia realidad y se va avanzando a través de pequeñas metas.

La toma de conciencia de los pequeños avances hacen posible que se produzcan nuevos avances.

La constancia en el proceso por parte del animador asegura de alguna manera aquello que es importante, la razón de continuidad en los procesos, que forzosamente pueden verse interrumpidos por el sucesivo descuelgue de algunos residentes. Por ello los procesos deben ser debidamente planeados, diseñados con horizonte temporal y definidos en el tiempo para que en lo posi-



ble cierren ciclos de actividades, más que grupos indefinidos que van desanimándose progresivamente hasta que nos encontramos prácticamente en la nada.

Sin embargo lo que importa es el camino, todo el proceso implicado en:

— **la elección de la actividad:** momento apto para incidir en la implicación personal, los mecanismos de toma de decisiones, el consenso, la amplitud de perspectivas...

— **la preparación de la actividad:** incidiendo en la adecuada distribución de funciones, la capacidad, la búsqueda de soluciones a los imprevistos...

— **la evaluación de la actividad:** revisando el producto, el proceso, los problemas y las perspectivas.

c) Dentro de un programa.

No consiste en una mera yuxtaposición de actividades inconexas, sino en la articulación de todas ellas dentro de un programa graduado. Y siempre con la participación activa de la gente.

Además de un estilo, la animación de las actividades implica la ejecución de un cierto número de funciones cuya responsabilidad recae en el animador; entendiéndose por ello no que sea él en exclusiva el encargado de realizarlas directamente, sino que es el responsable de garantizar su desarrollo efectivo: hacer que funcionen.

Un programa parte, dentro del proceso, del desarrollo de diversas etapas como son:

- Análisis de la realidad.
- Hipótesis de trabajo.
- Planificación de la actuación.
- Ejecución de la acción.
- Evaluación.

4. Y mediante los momentos de vida cotidiana.

Cuando se habla de animación en Centros de la Tercera Edad y en concreto de residencias, los planteamientos y la práctica de la animación han prestado más atención a las actividades, a las técnicas y a los "grandes" proyectos que a las cosas de cada día. Son momentos triviales, habituales, normalmente periódicos o repetitivos, que a pesar de

su potencial como instrumento de animación son frecuentemente despreciados y desvalorizados. Pensamos que la vida cotidiana es un elemento importante que ha de ser incluido en el proyecto de intervención:

Así el Trabajo Social Comunitario en una Residencia asistida, es un proyecto de intervención que trata de motivar y estimular a un colectivo de forma problematizadora, para que inicie un proceso de desarrollo social y cultural.

a) **Los momentos son significativos.** Recordamos que la relación interpersonal es un proceso continuo, que se establece en todo momento y no sólo cuando el animador lo persigue conscientemente y voluntariamente. La presencia o ausencia del animador en las situaciones cotidianas es tan importante o más que su intervención respecto al resto de los elementos. Articular un planteamiento coherente (en estructura, en actividades...) para todos los momentos es la manera de evitar que una brillante labor parcial (respecto al grupo, o a las grandes actividades...) se vaya al traste por el descuido de las pequeñas cosas de cada día.

b) **Ocupa un tiempo importante.** Evidentemente, la cantidad de situaciones de vida cotidiana está en función del contexto de intervención. En todo caso es un elemento que siempre está presente, y su carácter de periodicidad lo constituye en soporte y marco de referencia (espacial, temporal y también relacional) para la vida grupal y sus actividades planificadas.

c) **Es un tiempo relativo a necesidades básicas.** En la vida cotidiana se han de satisfacer necesidades fisiológicas, de seguridad, de confianza en la autonomía personal... por ello, y también desde la perspectiva de la Tercera Edad institucionalizada y minusválida, es medio de reconstruir la propia personalidad y aumentar la autorregulación... Si

los ancianos pueden llegar a dominar el conjunto de los elementos que configuran su vida cotidiana y las reglas que la regulan, estarán en disposición de producir una mayor independencia personal, elaborar paso a paso sus criterios de interpretación, de acción y de intervención en la construcción y modificación de las realidades que viven.

La intervención en los momentos de vida cotidiana ha de desarrollarse a través de los trabajadores cercanos, desde una perspectiva de conjunto y de manera coordinada.

Desde la perspectiva de lo cotidiano hay que establecer instrumentos que permiten a los trabajadores de diverso rango implicarse en su dinamización y no cargar sobre otro la responsabilidad de la dinamización de la propia vida residencial.

Si bien hay trabajos específicos del Trabajador Social, hay una gran cantidad de procesos que deben seguirse, como ya se ha dicho anteriormente desde el conjunto de los agentes que intervienen. Así es bueno diseñar plantillas que permitan describir la intervención de cada cual en el proceso.

A modo de ejemplo:

Objetivo a cumplir	Profesionales que intervienen y modo de intervención						
	T. Social	Animador	Terapeuta	Fisio	Médico	Gobern.	Auxiliar
Objetivo 1							
Objetivo 2							

La Comunicación no se agota en la relación Trabajador-Residente, tiene como objetivo que se produzca en la relación Residente-Residente.

5. Desde una institución. La vida residencial concebida desde la dimensión de Animación o de Trabajo Social Comunitario no puede

ser una "conquista" del Trabajador Social, que animado por su empeño y entusiasmo arranca pequeñas parcelas al conjunto de la Residencia, como viene ocurriendo frecuentemente. No son "cosas" del Trabajador Social. O pequeños adornos al tedio de la vida diaria que se le ocurren al Trabajador y que "consigue" de la Dirección.

El grupo es la estructura intermedia a través de la cual puede articularse la vida de la residencia.

La concepción de la Residencia Asistida como un ambiente rico en estímulos, rico en iniciativas, desde un "estilo" centrado en los ancianos, en sus intereses, en el diseño de marcos relacionales y de calidad de vida, es "la apuesta" de la Residencia en su conjunto.

Por lo tanto, siendo "la apuesta" o "la opción" va más allá, mucho más lejos, que el mero voluntarismo del Trabajador que arranca pequeñas concesiones de la Dirección y

de la Institución. Es toda la Institución la que se concibe, diseña sus planes, organiza sus estructuras para servir al objetivo fundamental que es la mejora de la calidad de vida del anciano, que el residente sea el protagonista fundamental, el objetivo clave de toda la vida residencial.

De lo contrario nos encontraremos que la residencia se diseña en función de la Institución que la sustenta, cuando no de los intereses muy particulares de los trabajadores.

Se trata simplemente de recuperar en Norte, la función fundamental de una residencia de ancianos. Supone reformular las prioridades de la vida residencial. No valen, pues, planteamientos de simplemente asegurar el mínimo vital de los ancianos acogidos, como frecuentemente se formula, reduciendo el mínimo vital al cobijo, comida y atención médica.

El diseño de una residencia desde el punto de vista de la Animación es un paso más de carácter cualitativo. Es la institución la que se plantea que la vida residencial con ancianos minusválidos tiene unas limitaciones que hay que compensar mediante el diseño de intervenciones que potencien la calidad de vida. Que conciba al residente de mero usuario a agente y prevea los procesos para que esto sea posible.

Esto, evidentemente, no puede ser empeño exclusivo del Trabajador Social y de dos o tres profesionales "concienciados" de la plantilla. Es el empeño de la Institución. Sólo desde aquí podremos avanzar en esta línea. De otra manera planteado serán pequeños arañazos que haremos a la epidermis de la institución desde nuestro proverbial voluntarismo, pero que no harán mella en lo profundo de las estructuras.

Pensamos que la vida cotidiana es un elemento importante que ha de ser incluido en el proyecto de intervención.

6. En una comunidad/entorno. Si una característica de una Residencia Asistida es su diseño "cuasi-total", no siempre debe ser un punto de partida inamovible, una fatalidad sin retorno.

Sin embargo depende mucho de la ubicación de la Residencia el que se puedan configurar flujos relacionales entre los residentes y el entorno.

La Residencia puede y debe facilitar estos flujos mediante contactos, de carácter formal

e informal. Contactos con otras instituciones de carácter municipal para hacer uso de sus servicios dedicados al conjunto de la población y de la Tercera Edad, como pueden ser los Clubs de Jubilados, pero podrían ser de la misma forma los Programas de Gimnasia para la Tercera Edad, excursiones, iniciativas que cada vez son más frecuentes en los Ayuntamientos.

La intervención en los momentos de vida cotidiana ha de desarrollarse a través de los trabajadores cercanos, desde una perspectiva de conjunto y de manera coordinada.

De la misma forma determinados ancianos de la comunidad podrían hacer uso de determinados servicios de la Residencia que de alguna manera cumplirían la función de servicios comunitarios. Por ejemplo servicios de Terapia Ocupacional, Fisioterapia, etc. incluidos los servicios de comedor y tiempo libre. Un flujo de contactos entre las personas mayores de la comunidad donde se ubica la residencia "normalizaría" la situación y propiciaría la propuesta de proyectos de animación combinados entre instituciones diversas. De la misma forma, los contactos intergeneracionales se podrían desarrollar de manera más fluida y propuestas de ayuda mutua entre colectivos de ancianos residentes y externos podrían tener cabida. Debería estimularse la participación en iniciativas culturales generales para la población. Del mismo modo instalaciones, como el jardín y posibles huertas e invernaderos, de los ancianos de la residencia podrían ser compartidos por ancianos del pueblo, pudiéndose establecer una interesante comunicación y una riqueza todavía insospechada no sólo en lo que respecta a los ancianos sino incluso con otras personas no ancianas que pueden compartir proyectos comunes. Avanzando más, la residencia podría ser un punto de re-



ferencia importante para la comunidad cobijando dentro de sí a un Centro de día y a los Servicios Sociales Comunitarios destinados a la Tercera Edad. Tampoco podríamos descartar la posibilidad que la residencia pudiera tener anexo un Aula de cultura de uso múltiple para el barrio, de manera que la Residencia no sea un equipamiento específico y aislado de la propia comunidad, y algo extraño a la misma, sino algo inmerso.

Si una característica de una Residencia Asistida es su diseño "cuasi-total", no siempre debe ser un punto de partida inamovible, una fatalidad sin retorno.

Entre otras cuestiones, cabría diseñar determinados itinerarios "sin barreras" para facilitar el acercamiento de las personas residentes hacia la población general y a iniciativas de la población donde se ubica la residencia. Tampoco deberíamos de dejar de reivindicar el que por la residencia pase una

línea regular de autobuses adaptados de uso general que faciliten todo este flujo de personas. Esto, que en alguna medida parece un sueño, empieza a poder ser realidad en tanto en cuanto los servicios urbanos e interurbanos de viajeros doten a sus líneas de autobuses adaptados para minusválidos. En algunas poblaciones esto está empezando a ser realidad y no podemos desesperar de que esto en unos años no sea una realidad generalizada.

Evidentemente estamos hablando de un paso más en la propuesta de animación de la vida diaria, que aumentaría mucho la calidad de vida.

Así considerada la cuestión, avanzamos en el diseño de la animación trascendiendo a la simple dotación de actividades de ocupación de ocio, hablamos de varios niveles de animación dentro del Trabajo Social:

— Nivel 1: Trabajo Social Individualizado.

— Nivel 2: Trabajo Social de Grupo.

— Nivel 3: Trabajo Social Institucional-Comunitario.

— Nivel 4: Trabajo Social Intercomunitario-Interinstitucional.

7. El animador. Estos procesos enunciados no se generan de manera espontánea. Si decimos que son una opción residencial estamos diciendo que son un proceso debidamente planificado a varias bandas.

En el conjunto de la Residencia hay que diseñar procesos de formación a todos los niveles, iniciando por los directivos y continuando por todo tipo de trabajadores.

El ser el dinamizador y de alguna manera el coordinador de los procesos de Animación Comunitaria Institucional no quiere decir que es el único agente.

Señalamos que es preciso iniciar los procesos por los directivos, pero muchas veces se quedan ahí. Sólo sirven para aumentar su

nivel de información y no trascienden al conjunto de la vida residencial. Debe extenderse a todos los profesionales y también a los residentes, a cada cual en su nivel y en su responsabilidad. De esta forma hay que diseñar procesos formadores centrados en la propia tarea, focalizados en la Residencia, disponiendo de tiempos y de profesionales que desempeñen tareas de formación permanente y de reciclaje.

El Trabajador Social puede ser el motor impulsor de los procesos. Pero pesada carga depositamos sobre sus hombros si se encuentra sólo ante la situación. El ser el dinamizador y de alguna manera el Coordinador de los procesos de Animación Comunitaria Institucional no quiere decir que es el único agente.

Junto al Trabajador como Animador de procesos es imprescindible disponer de un equipo de animadores profesionales que dinamicen lo concreto, actuaciones en el espacio y en el tiempo. Pero hay que considerar que junto a los animadores profesionales hay que impulsar la dimensión de animadora de todos los profesionales que intervienen en la vida residencial, desde el Director, hasta el Auxiliar y el Conserje, pasando por los Técnicos de diverso nivel.

Para caminar en esta línea de animación hay que liberar de alguna manera al Trabajador Social del componente burocrático de muchas de sus actuaciones, incluyendo otro tipo de ayudas que le descarguen de la burocracia diaria que se compone de pequeños papeles, informes, listados, notas, etc. que bien podrían ser realizadas, bajo su supervisión, por un Auxiliar Administrativo u otro tipo de profesionales.

TRABAJO SOCIAL Y ANIMACION

En estos apuntes hemos tratado de diseñar un avance de lo que podría ser. Queda mucho camino por desbrozar y muchas reflexiones por hacer que más adelante podríamos compartir con el lector.

En su última obra "El Camino del ser" Carl Rogers, ya anciano, reflexiona sobre cómo vivir su vida desde sus postulados de la pedagogía/terapia centrada en el cliente:

"Las personas a quienes se infunden dichas actitudes desarrollan una mayor autocomprensión, una mayor confianza en sí mismas y una mayor habilidad para elegir su conducta. Aprenden de un modo más significativo y disponen de mayor libertad para ser y llegar a ser... Me siento mayor y a la par creciendo".

Bibliografía consultada

- Rogers, C. (1987) *"El camino del ser"*. Kairos. Barcelona.
- Franch, J./Martinell, A. (1986) *"La animación de grupos de TL y de vacaciones"*. Cuadernos de Pedagogía Laia. Barcelona.
- López de Aguilera, I. (1986) *"Bases teóricas de la animación socio-cultural. Diseño pedagógico de la ASC en grupos de base. El animador sociocultural"* en Encuentros sobre Animación Sociocultural. Bilbao.
- Mendía, R./Ramírez de Olano, B. (1987) *"Una propuesta de formación de personas mayores como animadores de grupos de personas mayores"*. II Encuentro sobre marginación de Euskadi. Bilbao.
- Mendía, R./Ramírez de Olano, B. (1987) *"Aproximación paradigmática para elaborar un proyecto de animación de la vida en una residencia de tercera Edad"*. II Encuentro sobre marginación de Euskadi. Bilbao.
- Mendía, R./Ramírez de Olano, B. (1987) *"Diseño teórico-práctico de modelos de formación de personas de tercera edad como animadores de grupos de personas mayores. Programa: Protagonistas en la Tercera Edad"*. Trabajo realizado con ayuda del Dto. de Cultura del Gobierno Vasco.
- Mendía, R./Ramírez de Olano, B. (1987) *"Modelos de intervención socio-cultural en residencias asistidas de Tercera Edad I y II"*. Trabajo realizado con ayuda del Dto. de Cultura del Gobierno Vasco.
- Sanzo, L. (1985) *"Ancianos en Residencias. Una evaluación de la situación de los ancianos en residencias de la Comunidad Autónoma Vasca"*. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.

ASISTENCIA DOMICILIARIA

Por Enric Roca Carrió. Diplomado en Trabajo Social. Responsable del Servei d'Assistència Domiciliària de l'Ajuntament de Manresa.

ASPECTOS DE UN SERVICIO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

INTRODUCCION

Desde nuestro Ayuntamiento se ha concebido durante largo tiempo, la Atención Domiciliaria como un recurso útil y satisfactorio para atender una parte importante de los problemas de la población anciana. Por ello, las primeras actuaciones en política social fueron dirigidas a la creación de un Servicio de Asistencia Domiciliaria para atender a personas con ciertas dificultades. Se proyectó como un servicio polivalente, dirigido a diversos tipos de problemas y con una dotación socio-sanitaria.

Se trataba de ofrecer un servicio preparado para atender diferentes aspectos abordables desde el domicilio, con posibilidades de moldear la oferta de trabajo según cada caso concreto y sus propias

peculiaridades. Principalmente se ha ido ofreciendo servicio, con una franja horaria amplia, desde primera hora de la mañana hasta última hora de la noche. Dentro de este espacio horario se ha intentado ofrecer un diverso listado de posibilidades utilizables según cada situación concreta, que ayuden a resolver las diferentes necesidades planteadas en cada caso, tanto personales como familiares.

Hemos concebido la atención con una dimensión flexible, potenciadora de los recursos propios, disponible en los momentos necesarios y personalizada por cada situación concreta a través de una intervención integrada, gracias al trabajo en equipo de los diferentes profesionales y al esfuerzo para dar en cada domicilio la dimensión profesional apropiada.

El Trabajador Familiar es el profesional base del Servicio a Domicilio y su relación con el usuario es su instrumento principal.

DINAMICA INTERNA

Los profesionales con los que cuenta el Servicio son de formación variada: Trabajadores Familiares, Trabajadores Sociales y Enfermeras. De alguna manera la integración de sus trabajos son los que permiten dar una atención social y sanitaria a la población susceptible de ser atendida en su domicilio.

El Trabajador Familiar es un profesional orientado a atender situaciones en las que la familia no puede resolver sus propios problemas, adoptando un papel participador en el grupo familiar, que ayudará en la mejora de los problemas planteados. Su dimensión profesional se adaptará a cada familia concreta y podrá desarrollar una orientación educativa, asistencial, formativa, supervisadora o de control, según los casos. Es el profesional base del Servicio a Domicilio y su relación con el usuario es su instrumento principal.

El Diplomado en Enfermería es el profesional que interviene en aquellos aspectos sanitarios que aparecen en el caso y que puede adoptar una actitud asistencial o formativa, además de dar asesoramiento y supervisión del trabajo sanitario del Trabajador Familiar.

El diplomado en Trabajo Social es el profesional que interviene en los aspectos sociales de las personas atendidas y que da una dimensión glo-

bal al conjunto del Servicio.

Para integrar el trabajo de todos ellos se dispone de espacios adecuados para ello, donde deben tratarse los aspectos relacionados con la coordinación, programación y supervisión de los casos. Decidiéndose la fijación de actividades y objetivos, su revisión o su consecución, acordando la posible alta.

El trabajo suele iniciarlo el diplomado en Trabajo Social, quien recibe la primera solicitud, a través de estudiar el caso en profundidad y estudiar los recursos posibles a utilizar. Una vez concretados los objetivos de una intervención domiciliaria, introduce al Trabajador Familiar como profesional que desarrollará la actividad programada en el domicilio y que va a mantener una relación directa y profunda con el grupo o persona destinataria de la atención. A partir de su intervención y a medida de la detección de nuevas necesidades, el Trabajador Social y el Diplomado en Enfermería irán complementando la intervención a través de un trabajo directo con los usuarios y una labor de soporte al Trabajador Familiar.

Las actividades ofrecidas generalmente van orientadas a:

— **la ayuda personal**, donde se desarrollan aquellos actos dirigidos a la persona, tales como levantarlo, encamarlo, higiene personal, vestirlo, acompañarlo fuera de la casa, ayudarlo a comer, contro-

El diplomado en Trabajo Social es el profesional que interviene en los aspectos sociales de las personas atendidas y que da una dimensión global al conjunto del Servicio.

lar la medicación, atender pequeñas curas, enseñar algunos hábitos (alimentación, recuperación,...) y estimular la autonomía personal.

— **la ayuda en la casa**, donde se recogen aquellos trabajos dirigidos al hogar, como: cuidar la ropa, hacer la comida, comprar, vigilar por el orden de las cosas, organización de la casa y ayudar a mejorar la economía doméstica.

— **la ayuda a los familiares**, donde se recogen aquellos trabajos dirigidos al núcleo familiar, tales como asesoramiento, soporte, sensibilización o supervisión. Para aquellos casos donde el grupo familiar está en condiciones para atender el problema, pero precisa una intervención para asegurar y ayudar a mejorar el problema.

El conjunto de toda la intervención es recogido a través de una historia común, que recoge todos los aspectos de interés de la evolución del caso.

DINAMICA EXTERNA

Las solicitudes para disponer de ayuda en el domicilio son de procedencia múltiple. Cabe decir que a través de trípticos, notas de prensa, publicaciones,... la población susceptible de recibir ayuda está suficientemente informada. Pero además, se ha trabajado la derivación de casos de otros profesionales sanitarios o sociales. Sobre todo a partir de un Programa de Pre-

paración Precoz del Alta Hospitalaria, que se ha impulsado en los centros sanitarios de la zona, han ido apareciendo variadas demandas de atención de personas con problemas sociales o sanitarios, que desde la institución hospitalaria no se podían abordar largamente. Así, el Servicio de Ayuda a Domicilio, entre demandas de otras procedencias, se encuentra especialmente disponible para atender este tipo de situaciones.

Para ello, el proceso establecido para la intervención del Servicio, consta de cuatro fases:

1) Detección de la demanda

El profesional que conoce el caso, detecta la necesidad. Valora los recursos a ofrecer. Estudia la posibilidad de una atención domiciliaria. Realiza una hipótesis de trabajo, proponiendo al usuario este tipo de intervención. Finalmente solicita la intervención del Servicio de Asistencia Domiciliaria.

2) Estudio de la demanda

El profesional solicitante traspasa la información que dispone al Servicio. Desde donde se estudia la problemática más detalladamente, a través del contacto en el hospital, en caso de estar hospitalizado, la visita al domicilio y la entrevista con los familiares. Finalmente decide la intervención, fijando los objetivos de la intervención y las actividades a realizar.

3) Inicio de la intervención

Desde el Servicio se informa al profesional solicitante de

esta decisión, fijándose la intervención (hora, días, frecuencia,...) a partir de este momento comienza la atención del caso.

4) Fin de la intervención

A partir de la evolución que el caso va siguiendo, se decide la posible consecución de los objetivos, o se valoran dificultades para conseguirlos, por lo que se opta dar de alta el caso y en qué condiciones (oferta de otros recursos, seguimiento a otro nivel,...). Finalmente se informa al profesional solicitante de la decisión y de los motivos que han llevado a esta valoración.

Cabe decir que la dimensión propia del Servicio es insuficiente para abarcar las múltiples necesidades de la población atendida, por ello

es importante disponer en su órbita de diferentes recursos colaboradores, que podrán ayudar en los objetivos fijados y con los que se debe mantener una relación fluida. Este es el caso de personas que pueden ofrecer ayuda en las situaciones de actividades mecánicas (limpieza de la casa, control nocturno, movilización de enfermos encamados,...), que en algún momento pueden ser necesarios. Igualmente conviene establecer vínculos de relación y coordinación con aquellos equipos y servicios susceptibles de intervención en la problemática trabajada (centros de salud, practicantes de zona, asociaciones de voluntarios,...). Con todo ello es posible ofrecer una atención más compacta y amplia, que



El conjunto de toda la intervención es recogido a través de una historia común, que recoge todos los aspectos de interés de la evolución del caso.

puede hacer de la atención domiciliaria un recurso asequible y próximo, capaz de dar respuesta a las diferentes necesidades de las personas atendidas, que la convierten en una oferta estable y alternativa a otros niveles de atención.

CUESTIONES FINALES

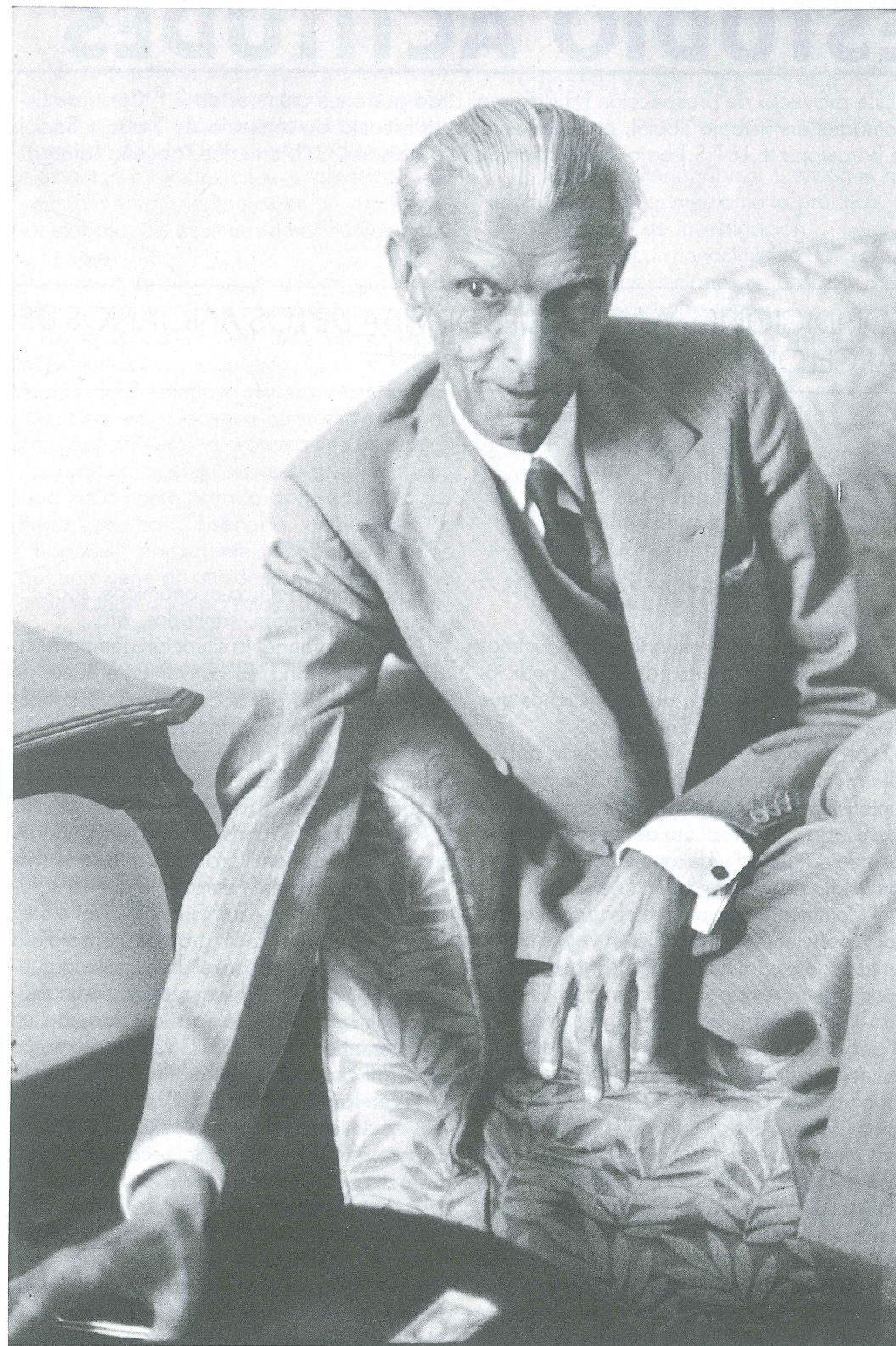
Para finalizar creemos conveniente reseñar algunos aspectos más. Aquí debe plantearse el problema de la universalidad de la atención domiciliaria, como un aspecto necesario para su normalización y su aceptación como respuesta alternativa. Tenemos constancia del aumento progresivo de situaciones en las que se opta por un recurso de este tipo, pero ello debe ir acompañado de los cambios institucionales adecuados que den respuesta a la multiplicidad de problemas planteados. Ello sólo será posible cuando se disponga de recursos suficientes para poder atender todo tipo de situaciones y la atención al domicilio se convierta en un recurso disponible a partir de la detección de ciertas necesidades y en respuesta previa a la aparición de otras nuevas.

Otro aspecto es el problema terminológico, en el que se discute el nivel al que pertenecen los Servicios Domiciliarios, entre atención primaria y atención especializada. Creemos que este tipo de Servi-

cios, ciertamente, dan una atención integradora en el entorno y atienden al usuario en su propio medio natural, pero presentan una serie de características determinadas, que los configuran como servicios especializados. Así, la atención domiciliaria requiere una atención amplia y continuada, con unos profesionales dedicados exclusivamente a este tipo de atención, hallándose vinculada a una serie de servicios e instituciones y ofreciendo una actuación muy particular dirigida a un número de población muy determinado. Por todo ello, nuestra opinión es que se aproxima el término de Servicio Especializado. Otra cosa sería aquellos casos en los que se establece un control o seguimiento a través de visitas domiciliarias, pero que no requieren la amplitud y la especialidad del caso anterior.

Por último, creemos que para dar a la atención domiciliaria su justo papel de atención alternativa a la institucionalización, conviene vertebrarla dentro de un circuito asistencial con los diferentes niveles de atención que garantice al usuario la dedicación necesaria y oportuna para cada momento de su evolución. Así a través de una oferta universalizada, con una dedicación especializada y vinculada a los demás recursos de la población, la atención domiciliaria se convierte en un recurso válido y útil, capaz de responder positivamente a su función.

Se discute el nivel al que pertenecen los Servicios Domiciliarios, nuestra opinión es que se aproxima el término de Servicio Especializado.



ESTUDIO ACTITUDES

Este proyecto de prospección ha sido realizado por once alumnos de 2.º Curso de Diplomados en Trabajo Social, pertenecientes a la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Barcelona (E.U.T.S.) bajo la dirección de la profesora, C. Mercedes Tabueña Lafarga.

CONDICIONES Y ACTITUDES DE VIDA DE LOS ANCIANOS DE BARCELONA

PRESENTACION

Este estudio está destinado a introducirnos en el conocimiento acerca de las condiciones y actitudes de vida de los ancianos que viven actualmente en Barcelona.

El proceso de envejecimiento de la población mundial será uno de los rasgos más característicos de la evolución demográfica de finales de siglo, producto del descenso de la tasa de natalidad y del aumento de la esperanza de vida.

El Continente Europeo es el que tiene **mayor coeficiente** o tasa de envejecimiento (proporción relativa entre mayores de 65 años y menores de 14) con un 58,3% en el año 1980 y la previsión de llegar al 69,4% el año 2000. Por el contrario, los Continentes con **menor tasa** de envejecimiento son África, con una previsión para el año 2000 de un 7,8% y Asia, con un 10,3%. (1).

Es un hecho patente que la población envejece de forma alarmante y progresiva en nuestro Continente. En Cataluña concretamente, las personas mayores de 65 años pasarán de representar un 12% en el año 1986 a un 14% el año 1991 (2). Es preciso por lo tanto, prestar una atención especial a este proceso, que ya hoy nos plantea una serie

de problemas político-económicos, sociológicos, psicológicos, sanitarios, etc.

Para comprender la situación demográfica actual en España, es conveniente hacer un breve recorrido por el que ha sido el proceso evolutivo de la población.

En el siglo XVIII, se inicia una reducción de la mortalidad catastrófica, especialmente la epidémica, que se consolida hacia el año 1900. También se consigue una reducción de la mortalidad infantil ordinaria que se vuelve a acelerar solamente durante la guerra europea (1914/1918) y que también se reflejó en España. Se produce un gran descenso de la fecundidad que se consolida durante la guerra civil (1936/1939) y que provoca un descenso muy brusco de la natalidad, de un 27% en el período 1931/1935 a solamente un 21% cuatro años más tarde (3).

Ya en la década de los 50, se percibe un envejecimiento de la población que sitúa a España en la media de la escala europea. Parece que en la década de los 60, se recupera la tasa de natalidad y la situación tiende a normalizarse. Pero en estos momentos, el proceso de envejecimiento se ha acentuado motivado por la menor tasa de natalidad, la baja tasa de mortalidad y la prolongación de la esperanza de vida.

TERCERA EDAD

Por este motivo, es preciso tener un conocimiento **real y actualizado** de la situación de las personas que se encuentran en este grupo de edad para así poder disponer de elementos de reflexión y evaluación, que contribuyan a orientarnos en y para la mejor elaboración de líneas de acción dirigidas a la vejez.

La vejez se ha convertido en los últimos años en un problema social importante.

Las sociedades industriales, valoran a las personas por su producción. Cuando la persona se jubila, tiene la sensación de que deja de ser útil y pasa a convertirse en una carga social; esto le provoca una sensación de frustración peligrosa tanto para su integridad física como para la psíquica. Para paliarla, se han diseñado actividades o "hobbies" para gente mayor, pero no se pueden generar aficiones ni desarrollar la imaginación a los 65 años, si anteriormente no se ha preparado al individuo para ello.

Respecto a la estructura familiar, observamos que en los grandes centros urbanos se configura un nuevo tipo de familia, la nuclear, de la cual el anciano ha sido excluido debido, por un lado, a la incorporación de la mujer al mundo laboral y consecuentemente su cambio de rol que dificulta la atención y el cuidado de los mayores y por otro lado, la propia estructura de las viviendas, de dimensiones más reducidas de lo que solía ser habitual.

Por otra parte, los factores ecológicos, ambientales, de inseguridad ciudadana, escasez de espacios abiertos y acogedores, falta de solidaridad, agresividad patente, etc., influyen en la calidad de vida de todos, pero especialmente de aquéllos que tienen menos elementos para enfrentarse a los mismos, especialmente los niños y los ancianos.

Hoy en día, debemos considerar que nuestros mayores tienen derecho a unos servicios sociales garantizados por la Constitución y proporcionados por el Estado de las Autonomías, para atender a sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio. (Constitución Española, Art. 50).

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El **objeto** del presente estudio tiene una doble vertiente:

A) **Objetivo Pedagógico.** Conseguir que el alumno asimile, mediante la práctica, todo un proceso de investigación.

B) Conseguir un conocimiento de la actual situación de los ancianos en Barcelona respecto a los siguientes temas:

- Profundizar en temas de relación entre el anciano y la sociedad;
 - soledad?
 - aislamiento?
 - dependencia?
- La persona mayor en la familia;
 - relación con su pareja
 - relación con sus hijos
- Efectos de la jubilación;
 - psicológicos
 - económicos
 - otros
- Actitud ante el ingreso en una residencia.
- Situación de la vivienda, etc.

PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

Para conseguir los objetivos marcados en este estudio, hemos llevado a cabo el siguiente proceso metodológico:

El estudio se ha realizado en **tres fases** bien diferenciadas en el tiempo:

Primera fase:

Para cubrir el objetivo del **conocimiento teórico** del objeto de estudio, es decir, la población mayor de 65 años, se han desarrollado las siguientes **actividades**:

a) Lecturas recomendadas sobre el tema (ancianidad) para abordar aspectos psicológicos, sociológicos, demográficos, sexuales, sociales, etc.

b) Creación de un "dossier de prensa" con las noticias más representativas sobre el tema, con el correspondiente comentario personal del alumno.

c) Exposición y discusión en grupo de aspectos puntuales relacionados con el tema general.

d) Entrevistas con profesionales expertos en el campo de la vejez (profesores, asistentes sociales, etc.).

Por lo que respecta al estudio de la **zona de influencia** se ha logrado mediante las actividades que detallamos:

a) Observación directa de los barrios donde se realizará el trabajo de campo. Interpretación de la misma y transmisión grupal.

b) Visita a todos los centros, públicos o privados, que de alguna forma tengan relación con el tema central objeto de estudio, como Clubs de Ancianos, Residencias, Centros Cívicos, etc.

c) Estudio de las variables histórico-culturales y socio-económicas de los distritos escogidos.

— El período de tiempo utilizado para cubrir esta primera etapa ha sido, desde el mes de octubre al mes de diciembre de 1988.

Segunda fase:

Centrada primordialmente en la **preparación y ejecución** del trabajo de campo, a tal efecto actuamos de la siguiente forma:

a) Elaboración del cuestionario entrevista. Contemplando la pasación de la entrevista piloto.

b) Preparación de la **muestra**. Las variables estratificadoras empleadas han sido:

- Personas mayores de 65 años.
- Del total contemplar el 50% hombre y el 50% mujeres.
- En cada distrito realizar 100 entrevistas, con un total de N-326.

- El tipo de **muestreo** aplicado es el de estratificado por cuotas, asignando a cada entrevistador un número de entrevistas a realizar (30), e indicando los estratos a contemplar y dejando a su arbitrio la elección de la población a entrevistar.

c) Aplicación de la entrevista.

Esta etapa duró desde el mes de enero al mes de marzo de 1989.

Tercera fase:

La última fase consiste en:

- Tabulación de los datos.
- Análisis de los mismos.
- Conclusiones y alternativas.

d) Elaboración del informe.

La fecha de finalización del presente estudio fue mayo de 1989.

Número total de entrevistados, N=326.

Sexo: Hombres=166; Mujeres=160

Edad: La media de edad de los entrevistados es de

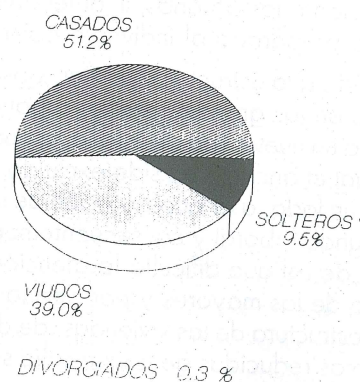
Mujeres=73 años

Hombres=74 años

Estado Civil

Como puede observarse la mayoría, más de la mitad de la población, manifiesta estar casado (51,22%), siguiendo a continuación los viudos (38,95%), mientras que los divorciados sólo representan el 0,30%.

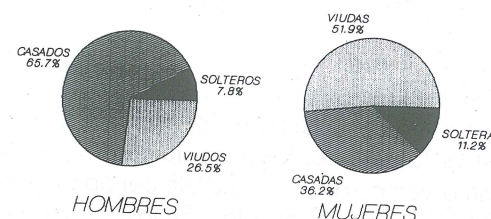
ESTADO CIVIL



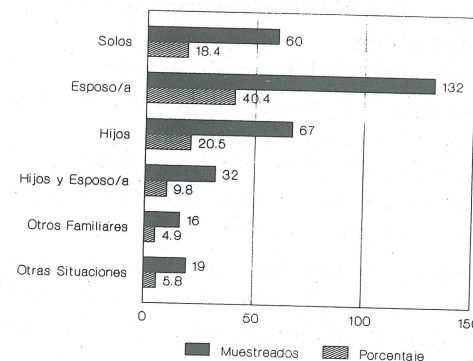
Comparando estos datos según la variable sexo, vemos que mientras entre los hombres se contabiliza un 65,7% de casados, entre las mujeres significan solamente el 36,25%. Respecto a los viudos las mujeres representan el 51,89% y los hombres solamente un 26,5%. También sobresalen las mujeres solteras con un 11,25% frente a un 7,8% de hombres.

El 40% del total de las personas entrevistadas conviven con su cónyuge. En segundo lugar pero con muy poca diferencia con el tercero, el 20,5% manifiestan que viven con los hijos y el 18,4% solos.

ESTADO CIVIL SG. SEXOS



CONVIVENCIA

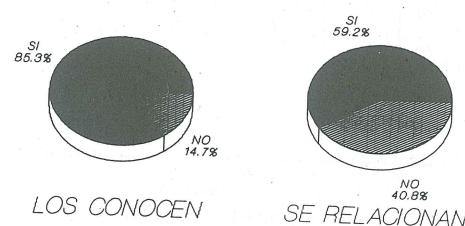


Al analizar bajo la variable sexo vemos que el tanto por ciento más representativo lo asumen los hombres que viven con su esposa alcanzando un 53,1%, en cambio respecto a las mujeres el mayor tanto por ciento lo presentan las que viven solas, con un 29,3%.

Contacto con los vecinos

A la pregunta de si conocen a sus vecinos el 85,27% contestan que sí. Pero profundizando en si tienen relación frecuente, el tanto por ciento disminuye a un 59,20%.

VECINOS



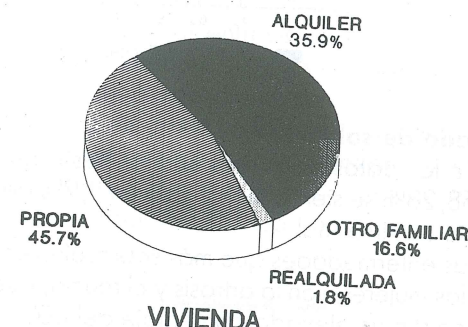
Distancia de los familiares con respecto al domicilio

La mayoría de los entrevistados tienen a sus familiares viviendo en la misma ciudad y de ellos un gran porcentaje en el mismo distrito. La diferencia entre hombres y mujeres no es significativa.

Vivienda

Destacan con un 45,70% los entrevistados que manifiestan poseer una vivienda propia. Sólo un 1,84% viven como realquilados.

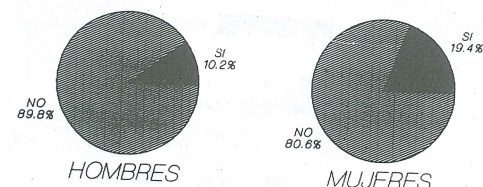
La gran mayoría consideran que el estado de su vivienda es bueno (tiene las condiciones mínimas de habitabilidad). Un 2,76% por el contrario, considera que está en mal estado.



Ayuda en las tareas domésticas

A la cuestión de si precisaban ayuda para atender las tareas propias del hogar, limpieza, etc., un 14,72% indican que no tienen debidamente cubierta esta necesidad. El resto no consideran necesario por el momento recibir una ayuda o bien tenían la situación solventada.

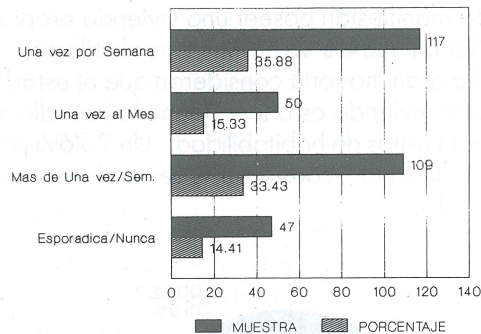
AYUDA TAREAS HOGAR



Frecuencia con la que hace o recibe visitas de familiares o amigos

Se detecta que el anciano es visitado por sus familiares una vez o más por semana en un 69,31% del total de la muestra. Y hay que destacar que un 14,41% es visitado o hace visitas esporádicamente o nunca.

FRECUENCIA VISITAS



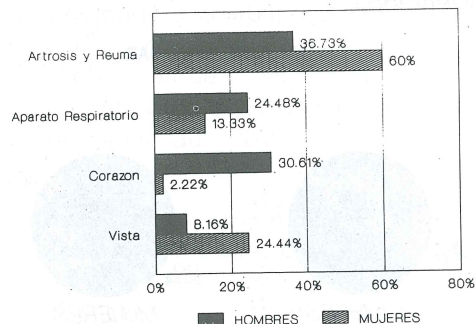
Estado de salud

De los datos obtenidos se manifiesta que el 58,28% se siente bien y sólo un 8,9% declara sentirse mal.

Las enfermedades que más sobresalen entre las mujeres, son la artrosis y el reuma, que alcanzan un elevado porcentaje del 60% y siguen en importancia las deficiencias y problemas de la vista con un 24,44%.

Respecto de los hombres, también destacan la artrosis y el reuma con un 36,73% pero le siguen las enfermedades del corazón con un elevado 30,61%, que entre las muje-

SALUD



res alcanza solamente un 2,22%. Respecto la vista, entre los hombres es la afección con el porcentaje menor, un 8,16%.

Pensión y cuantía

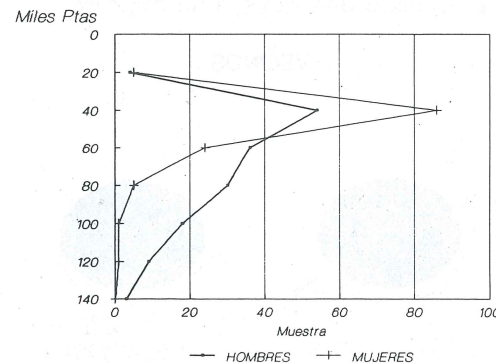
Del total, solamente un 7,37% dice no percibir ningún tipo de pensión, mientras que el resto sí la percibe. Respecto la cuantía de la misma vemos que un 46,35% percibe entre 20.000 y 39.000 pesetas. En los dos extremos vemos que un 2,98% se incluye en el grupo de los que perciben menos de 20.000 pesetas, y el 0,99% alcanzan las 120.000 pesetas o más.

Analizando el dato según el sexo, observamos que la pensión más generalizada es la que se encuentra entre las 20.000 y 39.000 pesetas que percibe el 86% de la muestra y que con más de 100.000 pesetas solamente aparece un 0,70%.

Entre los hombres las cantidades están más repartidas, un 32,56% recibe una pensión perteneciente al intervalo de las 20.000 a las 39.000 ptas. seguido de un 21,66% que la recibe del intervalo entre las 40.000 y las 59.000 ptas. Con pensiones superiores a las 100.000 detectamos 7,32%.

A la pregunta de si la consideran suficiente, contestan que no un 58,28% mientras que el resto si la consideran suficiente. De este No suficiente, son las mujeres las que sobresalen con un 63% frente a un 54% de los hombres.

CUANTIA DE LA PENSION



CONCLUSIONES

El perfil de la persona entrevistada ha sido el siguiente hombre o mujer, en número aproximado, con una media de edad de 74 años, residentes en su mayoría en la zona donde se ha realizado el estudio, de estado civil en su mayoría casados.

Hemos considerado importante el establecer correlaciones respecto a la variable SEXO puesto que así podemos matizar mejor ciertas diferenciaciones, como por ejemplo que existen más viudas que viudos, que la proporción de mujeres que viven solas es diferencialmente significativa y mayor que la de los hombres, que las pensiones de las mujeres son más bajas, etc.

Destacamos que ante el estado de viudez, el hombre tiene mayor predisposición a volver a casarse que la mujer, motivado quizás por el grado de dependencia adjudicado tradicionalmente al marido respecto a las tareas domésticas.

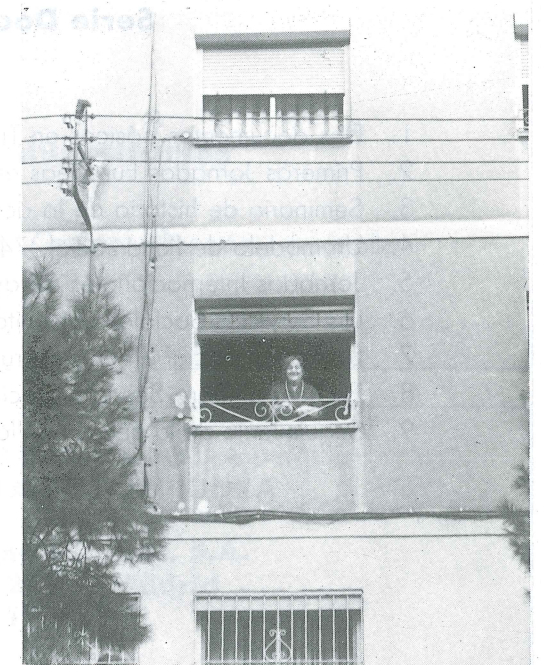
Un dato interesante a comentar, es el relativo al contacto que los ancianos entrevistados establecen con sus vecinos; la mayoría de ellos afirman conocer el vecindario, lo que se explica por el hecho de que llevan muchos años viviendo en el mismo edificio. Ahora bien, comparando este dato con el de si tienen **relación** con ellos, el porcentaje disminuye. El hombre por naturaleza precisa del contacto con los demás pero existen elementos derivados de los efectos de las sociedades urbanas, como grandes edificios, la inseguridad ciudadana, etc. que inducen al anonimato.

Según nuestros datos, **la vivienda** de nuestros ancianos, en su gran mayoría de propiedad y además la consideran como una vivienda en condiciones. Aquí debemos destacar la presencia de ciertos criterios de subjetividad al considerar como **buena** la vivienda que habitan, aunque posiblemente no lo sería para otras personas. En la zona a la cual nos referimos (Poble Nou, Sants, Les Corts, etc.) los edificios fueron construidos, en su gran mayoría hace unos 70 años, y en

muchos de ellos no se han efectuado reformas posteriores, por lo que es frecuente encontrar casas habitadas por ancianos que carecen de cuarto de baño, ascensor, etc., que nos obliga a considerar su adecuación a los usuarios, nada más que **relativa**.

En la entrevista realizada, se contemplaba un espacio reservado para interrogarles acerca de su opinión respecto a las **residencias para ancianos**, a la cual la gran mayoría respondía estar de acuerdo en que debían de existir para atender casos de necesidad, pero muy pocos encajaban la posibilidad de ser ellos los posibles usuarios de la residencia, considerándolo sinónimo de incapacidad, dependencia... También observamos que en general se tiene poca información sobre cómo son las actuales residencias, confundiendo con los "antiguos" asilos, etc.

En general, los entrevistados han manifestado **sentirse bien** en estos momentos, tanto a nivel afectivo como de salud, pero con las reservas de un futuro incierto particularmente por lo que respecta a **no llegar a ser una carga** ni para la familia ni para la sociedad tanto a nivel económico como sanitario.



COLECCION TRABAJO SOCIAL

Serie Libros

1. Introducción al Bienestar Social. 745 pesetas.
2. Política social y crisis económica. 745 pesetas.
3. Los Servicios Sociales en una perspectiva internacional. 1.500 pesetas.
4. Los Servicios Sociales I. 975 pesetas.
5. Los Servicios Sociales II. 1.250 pesetas.

Serie Documentos

1. Dos documentos básicos en Trabajo Social. 320 pesetas.
2. Primeras Jornadas Europeas en Servicios Sociales. 320 pesetas.
3. Seminario de historia de la acción social. 975 pesetas.
4. Un modelo de ficha social. 745 pesetas.
5. Jornadas Internacionales de ayuda a domicilio. 500 pesetas.
6. Los Servicios Sociales comunitarios. 450 pesetas.
7. La Acción Social en el área rural. 600 pesetas.
8. Encuentro sobre Servicios Sociales Comunitarios. 850 pesetas.
9. Seguimiento de la gestión de los S.S. Comunitarios. 850 pesetas.

Serie Cuadernos

1. Relación entre Servicios Sociales y Sanitarios. 450 pesetas.

Serie Papeles para el Trabajo Social

- Los medios de comunicación en el Medio Rural. 350 pesetas.
Expresión oral para profesionales del Medio Rural. 350 pesetas.
Técnicas básicas de Planificación y Programación. 350 pesetas.
La Movilización de los Factores Culturales y el Desarrollo de las áreas rurales. 350 pesetas.
Los Servicios Sociales Comunitarios como alternativa de generación de empleo. 350 pesetas.
La Informática como instrumento para el Trabajo Social. 350 pesetas.
El Proceso de Evaluación en las Estructuras Básicas de Servicios Sociales. 350 pesetas.
Estructura y procedimiento administrativo en la Administración local. 350 pesetas.
La Dinámica de Grupos en el Ambito Rural. 350 pesetas.
Las escenas temidas del Trabajador Social. 350 pesetas.
Cuadernos de Trabajo. 350 pesetas.
Colección completa. 3.500 pesetas.

Serie Textos Universitarios

1. Los Centros de Servicios Sociales. Conceptualización y desarrollo operativo. 1.900 pesetas.

**DE VENTA EN LIBRERIAS O
DIRECTAMENTE EN LA DISTRIBUIDORA**

**Siglo XXI de España Editores, S.A.
Calle Plaza, 5 - 28043 Madrid
Tel. (91) 759 48 09**

CONVENIO DROGODEPENDENCIAS

CONVENIO MARCO DE COLABORACION ENTRE LA FUNDACION DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCION Y CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES DE ESPAÑA

El día 28 de junio de 1989, el Consejo General firmó un convenio marco con la Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción, en presencia de S.M. La Reina. Este convenio que fue asimismo firmado por los colegios profesionales de médicos, farmacéuticos, ATS, psicólogos y profesores de educación física, tiene como objetivo el establecimiento de un programa de formación continuada en drogodependencias en orden a mantener actualizados los conocimientos de los profesionales.

La ejecución y desarrollo del programa de formación será coordinado por una Comisión de seguimiento compuesta por dos personas del Consejo General y dos de la Fundación.

En Madrid, a 28 de junio de 1989

REUNIDOS
de una parte D. Eduardo Serra Rexach, en nombre y representación de la FUNDACION DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCION.

De otra parte Dña. Elvira Cortajarena Iturrioz, en nombre y representación del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España

EXPONEN

que ambas Instituciones entienden de su común interés el fomento de la Formación Continuada en materia de Drogodependencias, reconociendo las ventajas de una cooperación que permita el mejor aprovechamiento de los recursos de ambas partes, en razón de lo cual, establecen el presente CONVENIO MARCO, al amparo de las siguientes

CONSEJO, COLEGIOS, ESCUELAS

CLAUSULAS

Primera.— La colaboración prevista se plasmará en el establecimiento de un Programa de Formación Continuada en Drogodependencias con el propósito de mantener actualizados los conocimientos de los profesionales que incluya:

a) El diseño de un curso de 50 horas, en el que figuren los objetivos, programas y metodología.

b) La realización de cuantos cursos sea posible organizar, teniendo en cuenta tanto las posibilidades estructurales de la F.A.D., como la demanda por parte del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España, estableciendo de mutuo acuerdo el número de profesionales asistentes a cada curso.

Los alumnos que superen las evaluaciones correspondientes recibirán la titulación de "Certificado en Drogodependencias" otorgado por el distrito universitario que corresponda, de entre los que la F.A.D. tenga establecido Convenio de Colaboración. Independientemente, la F.A.D. y el Consejo General podrán certificar conjuntamente dichos estudios.

c) El seguimiento periódico para profesionales cualificados mediante seminarios y talleres.

Segunda.— El Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España que considera necesario el

desarrollo de la Formación Continuada en materia de drogodependencias para poder ofrecer un servicio asistencial a la comunidad, aportará su estructura gerencial y administrativa al desarrollo de este Programa de formación.

Tercera.— La F.A.D., cuyos objetivos contemplan la formación de profesionales como medida prioritaria en la prevención de las Drogodependencias, será responsable del desarrollo del programa y su preciso nivel científico y pedagógico.

Cuarta.— Ambas Instituciones habrán de coadyugar en cada caso concreto, para concertar la mejor forma de financiación y la infraestructura a establecer.

Quinta.— La ejecución y desarrollo del programa adoptado en virtud del presente Convenio será coordinado por una Comisión de Seguimiento, compuesta por cuatro personas, dos por cada una de las partes.

La Comisión, convocada por su Presidente, o a petición al menos de dos de sus miembros, tendrá como mínimo una reunión anual, siendo de su competencia, además del Análisis y Planificación del Programa, la propuesta a las respectivas Instituciones de cuantas medidas estimen convenientes para un mejor desarrollo del Convenio.

Sexta.— Los trabajos realizados en colaboración que, a juicio de la Comisión de Seguimiento, hayan de ser publicados, lo serán con el nombre

de los dos organismos, sin perjuicio de los derechos que puedan corresponder al autor o autores del trabajo.

Séptima.— El presente Convenio tendrá una duración de dos años, prorrogables a juicio de las partes, debiendo ser revisado anualmente por la citada Comisión de Seguimiento, a fin de agilizar en lo posible su desarrollo.

Octava.— El presente Convenio quedará extinguido:

a) Al finalizar el segundo año, de no haber sido prorrogado.

b) A petición de una de las partes, denunciándolo dos meses antes de la revisión anual a que se refiere la cláusula séptima.

c) Por incumplimiento de alguna de las cláusulas de este Convenio.

Y en prueba de la conformidad, se firma el presente documento, por duplicado ejemplar, en el lugar y fechas indicados.

ACTIVIDADES Y SERVICIOS DE PREVENCIÓN

La FUNDACION DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCION (F.A.D.) es una Institución privada, de carácter benéfico-asistencial, independiente de toda filiación política o confesional, abierta a toda colaboración.

Creada con la finalidad de llevar a cabo cuantas actividades encaminadas a la lucha contra las drogodependencias puedan contribuir a mejorar las condiciones de la vida humana, erradicando tan grave amenaza, ha considerado objetivo inicial prioritario la prevención, aplicando su esfuerzo en tres direcciones: Información, Formación y Participación Social, y ofrece a los ciudadanos los siguientes servicios:

INFORMACION

— Un Centro de Información y Orientación, sobre recursos y tratamiento para personas dependientes, al que se puede acceder gratui-

tamente y desde cualquier punto de España llamando al teléfono 900-16 15 15.

— Un Centro de Documentación sobre drogas dotado de una base de datos automatizada, al servicio especialmente de profesionales y estudiosos, cuyos servicios pueden demandarse llamando al teléfono 91-202 40 45.

— Un Centro de Asesores sobre drogodependencias, para Medios de Comunicación y Organizaciones que lo requieran.

— Un Servicio de Publicaciones que ofrecerá: Catálogo General, Boletín Trimestral de Nuevas Adquisiciones y Sumarios de publicaciones periódicas, Boletín Informativo sobre Recursos y Actividades relacionados con el ámbito de las Drogas, Boletín de Prensa Internacional en el tema de Drogodependencias. Estas publicaciones irán dirigidas al público en general y a los profesionales.

Patrocina la actividad de este Instituto la Obra Social de la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid. INSTITUTO DE DOCUMENTACION E INFORMACION SOBRE DROGODEPENDENCIAS (INDID)
Avda. de Burgos, 3.
28036 Madrid

FORMACION

Un Instituto Universitario, creado según Convenio suscrito con la Universidad Complutense de Madrid, fundamentalmente dedicado a la investigación científica y técnica y a la actividad docente.

Ha iniciado su actividad con cursos dirigidos a la obtención de dos de los títulos propios de dicha Universidad: "Master" y "Experto" en Drogodependencias, estando proyectado impartir próximamente las enseñanzas correspondientes a otras titulaciones como "Diplomado" y "Doctor" en Drogodependencias.

Es propósito de la FAD, facilitar cursos de formación a cualquier interesado (profesionales, padres, profesores, educadores, etc.) a través de convenios de colaboración con Universidades e Instituciones.

El ICD quiere constituirse además en un foro abierto, en el que tengan cabida la investigación, la formación puntual, conferencias, publicaciones, etc.

INSTITUTO COMPLUTENSE DE DROGODEPENDENCIAS
Universidad Complutense de Madrid

Facultad de Medicina. Pabellón 3.

Tel. 582 12 31

PARTICIPACION SOCIAL

Para estimular la necesaria

participación de todos los miembros de la sociedad española, creando conciencia de la gravedad del problema de las drogas, la Campaña de Prevención se ha iniciado dirigiéndose al grupo más amenazado: la juventud.

"La calle habla" a través de jóvenes voluntarios de los que partió la idea, pintan, distribuyen pegatinas, lucen camisetas y en todo tipo de concentraciones juveniles y actos deportivos van apareciendo pancartas con el lema "Engánchate a la vida" y una jeringuilla tachada.

Músicos, autores, intérpretes, casas editoras, ofrecen su colaboración y ya son varias las canciones alusivas que se encuentran en el mercado del disco y cassettes.

Las Agencias de Publicidad, los Medios de Comunicación y las empresas de investigación sociológica, colaboran desinteresadamente, y personajes populares de toda índole —en especial aquéllos que tienen mayor influjo en la juventud— participan en la Campaña con declaraciones testimoniales, que difunden los medios de comunicación.

El campo es muy amplio y la Campaña extenderá su acción a padres, educadores... y a todos los ciudadanos, pues a todos afecta el problema y todos pueden hacer algo para contribuir a su erradicación.

Avda. Burgos, 3
28036 Madrid
Tel. 202 40 45



MASTER GERENCIA

MASTER EN GERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Psicología
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Escuela Universitaria de Trabajo Social

Promueven:

Consejo General de Colegios Oficiales de
Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales
Colegio Oficial de Psicólogos

Colaboran:

O.N.C.E.
Cruz Roja Española

El actual desarrollo e implantación de los Servicios Sociales en nuestro país, ha dado lugar a la aparición de una gran cantidad de centros dirigidos a atender la demanda que los ciudadanos realizan al Sistema Público de Servicios Sociales.

La concepción teórico-metodológica que subyace al funcionamiento de estos dispositivos es claramente interdisciplinar.

Estas circunstancias han motivado la necesidad de iniciar o, en otros casos, potenciar el diseño de una figura gerencial para estos

centros (figura que, por otra parte, está ampliamente reconocida y apoyada en los Sistemas Públicos de Servicios Sociales de la mayoría de los países occidentales).

Como quiera que el Gerente en Servicios Sociales debe aglutinar tanto conocimientos específicos de intervención en servicios sociales, como de gerencia en su sentido más amplio (ordenamiento legal, movilización de recursos económicos, dirección de recursos humanos, etc.) y dado que la formación académica de ninguno de los profesionales que

CONSEJO, COLEGIOS, ESCUELAS

actualmente están interviniendo en este área resulta lo suficientemente completa para abarcar todos los aspectos implicados, resulta evidente la necesidad de instrumentar una capacitación profesional que venga a cubrir todos estos aspectos.

Por tanto, este Master en Gerencia de Servicios Sociales, pretende cubrir las necesidades de formación de los responsables de los Servicios Sociales y desarrollar un plan de capacitación adecuado a las tareas propias de sus puestos de trabajo.

CONTENIDOS DEL MASTER

- ESTRUCTURA: Político-económica:
 - Autonomías
 - Estado Español
 - Europa
- ESTADO DE BIENESTAR SOCIAL.
- ORGANIZACION:
 - El sistema de Servicios Sociales.
 - La teoría de sistemas de servicios.
 - La organización como sistema.
 - Psicología Social de la organización.
 - Roles de dirección.
- GESTION:
 - Gestión de presupuesto.
 - Gestión de personal.
 - Gestión de normativas.
- TEORIA GERENCIAL.
- TAREA-PRODUCCION:
 - Investigación o conocimiento de la realidad.
 - Planificación.
 - Programación.
 - Evaluación.
 - Difusión del Servicio.
- INFORMATIZACION:
 - Técnica informe-propuestas.
 - Sistema informático.

PROFESORADO

Estará compuesto por profesores de la Universidad Complutense de las Facultades y Escuelas Universitarias participando por los siguientes departamentos:

— Departamentos de C. Política y de la Administración de Contabilidad, de Derecho, de Presupuestos, de Psicología Diferencial del Trabajo, de Psicología Social.

Y profesionales expertos en los distintos contenidos.

DURACION DEL CURSO

Dos cursos académicos. Número de horas: 600. Créditos: 60.

El curso se impartirá los viernes y sábados.

Las plazas son limitadas, con proceso de selección: hoja de preinscripción y curriculum.

TITULACION EXIGIDA

Licenciado, Diplomado o equivalente.

PREINSCRIPCION

Se realizará, personalmente o por correo certificado, en la secretaría de títulos propios de la facultad de Psicología, Campus de Somosaguas. 28023 Madrid.

Plazo: del 18 de septiembre al 13 de octubre.

MATRICULA

Plazo: del 23 de octubre al 4 de noviembre.

Importe: 200.000 pesetas por curso, que se podrán abonar en dos plazos (125.000 ptas. al formalizar la matrícula y 75.000 ptas. durante el mes de enero de 1990).

INFORMACION GENERAL

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Teléfono 91/241 57 76.

Colegio Oficial de Psicólogos. Teléfono 91/247 38 10.

Facultad de Psicología. Teléfono 91/715 65 11 (219).

Dirección: Fernando Chacón Fuertes.
Coordinación: Ramón Rojo i Gene

FORMACION DE FORMADORES

Por Ana Llenez. Coordinadora Convenios Programa Consejo General.

I JORNADAS PARA FORMADORES EN TRABAJO SOCIAL

La rápida evolución de los Servicios Sociales, acaecida en España durante la presente década, ha provocado cierto desfase en el contenido de la formación universitaria respecto a las exigencias lógicas de un ejercicio profesional a la altura de las circunstancias.

Ante dicha situación, era necesario iniciar una línea de trabajo que permitiera:

- * Identificar las características profesionales precisas demandadas por los nuevos modelos de Servicios Sociales.

- * Adecuar los contenidos de la formación a los perfiles profesionales requeridos.

- * Conseguir los instrumentos técnicos y documentales que posibiliten el alcance de tales objetivos, asumiendo esta exigencia, y como continuación de los trabajos impulsados a lo largo de años anteriores, ofrece su escuela de verano para que en estas Jornadas de Trabajo se debatan los documentos para la formación de futuros profesionales que han sido elaborados.

DESARROLLO

Las I JORNADAS PARA FORMADORES EN TRABAJO SOCIAL, se celebraron en Valladolid con una participación de 150 personas, durante los días 28, 29 y 30 del pasado mes

de junio. Patrocinadas por el Ministerio de Asuntos Sociales a través de la Dirección General de Acción Social.

El Comité Técnico de las mismas lo componían profesionales y profesores de Escuelas, que elaboraron los siguientes Documentos:

1. LA SUPERVISION EN EL TRABAJO SOCIAL, cuyo coordinador fue Lorenzo Sánchez Pardo.

2. LA INTEGRACION TEORIA-PRACTICA EN EL TRABAJO SOCIAL que fue coordinado por Enric Dolcet i Pastells.

3. LA DIMENSION INSTITUCIONAL DEL TRABAJO SOCIAL en el que actuó como coordinador José Daniel Rueda Estrada dando origen a la Escuela de Verano del Consejo General, que procurará diferentes encuentros que pondrán en contacto a profesionales de la Acción Social.

Asimismo, el Comité Organizador estaba formado por dos personas del Colegio Oficial de Valladolid, y la Coordinadora de Convenios del Consejo General, las cuales llevaron a cabo la preparación y puesta a punto de las mismas.

La inauguración se celebró en el Salón de Actos de la Caja de Ahorros Popular de Valladolid, y fue realizada por doña Patrocinio Las Heras Pinilla, Directora General de Ac-

CONSEJO, COLEGIOS, ESCUELAS

ción Social, doña María Jesús Brezmes, Presidenta del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Valladolid; don José Manuel Ramírez Navarro, Vocal de Formación Permanente y Publicaciones del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

DEBATE DE LOS DOCUMENTOS Y METODOLOGIA

Los documentos se debatieron en las aulas del Colegio de las Francesas de la citada localidad.

Por cada documento se realizaron dos grupos de aproximadamente 30 personas cada uno, compuestos por profesionales del Trabajo Social y profesores de Escuelas, a cargo de cada cual, había una persona para moderar y recoger las conclusiones derivadas del debate.

Por cada documento se debatieron los siguientes puntos:

1. LA SUPERVISION EN EL TRABAJO SOCIAL

- Evolución histórica de la Supervisión en Trabajo Social.

- La supervisión y el Trabajo Social.
- La supervisión de alumnos.
- La supervisión de profesionales.
- La Formación de Supervisores.

2. LA INTEGRACION TEORIA-PRACTICA EN EL TRABAJO SOCIAL

- Programas integrados en la Asignatura de Trabajo Social.
- Programas integrados con otras disciplinas.
- Modelos curriculares.
- Integración de la experiencia profesional en los Programas de Formación.
- Criterios para la elaboración de un Proyecto de Prácticas.

3. LA DIMENSION INSTITUCIONAL DEL TRABAJO SOCIAL

- La Entidad de Servicios Sociales como organización: formación, principios y perspectivas. Estructura formal (organigramas). Sistema de flujos. Individuo y grupo en la Organización. Cambio organizacional.
- Dinámica de Funcionamiento de una Entidad: Procesos de Planificación, Programación, Dirección, Control y Evaluación.

Como resumen, podríamos aludir que este tipo de encuentro favorece la reflexión y aplicación de las diferentes tendencias en la Formación del Trabajador Social en todo su proceso.



COLEGIO VALLADOLID

Por Pedro Compte. *Coordinador R.S.S. y P.S.*

ENTREVISTA A LA PRESIDENTA DEL COLEGIO PROFESIONAL DE VALLADOLID

María Jesús Breznes, presidenta del Colegio Profesional de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Valladolid compagina este cargo con su tarea profesional como Coordinadora de Servicios Sociales en la Diputación Provincial de Valladolid. La Revista de Servicios Sociales y Política Social ha entrevistado a esta compañera, iniciando así una serie de entrevistas que en sucesivos números mostrarán la tarea desarrollada por los Colegios Profesionales del Estado Español.

Nuestro plan de trabajo no variará en lo sustancial excepto en el proceso de coordinación que queremos impulsar para los ocho Colegios de la Región

En primer lugar sería interesante que explicaras a los lectores de la Revista cuál es la trayectoria de la Junta que tú presides y su situación actual.

La nueva Junta surgió de una situación en la que habiendo acabado el mandato de la Junta anterior no existían candidaturas. Un grupo de personas que no teníamos experiencia anterior en el Colegio nos presentamos para salvar este vacío y ya llevamos un año de funcionamiento.

¿Cuáles son las características de los colegiados de Valladolid?

Tenemos 360 colegiados, de los cuales unos 100 están en paro. La mayoría de los que trabajan lo hacen en servicios de carácter público, sobre todo en los Servicios Sociales del Ayuntamiento y Diputación Provincial. Unos 30 ó 40 colegiados residen en Avila, entre los cuales se está planteando un proceso de formación de Colegio propio. El alto número de colegiados en paro responde en parte a la existencia de una Escuela de Trabajo Social en nuestra ciudad, con una larga trayectoria, mientras que el mercado de trabajo es reducido en la provincia.

¿Nos describes las principales líneas de actuación del Colegio?

La primera tarea que abordamos como Junta fue la convocatoria de convalidación de titulaciones hecha por nuestra Universidad, con la cual estamos en desacuerdo, ha-

CONSEJO, COLEGIOS, ESCUELAS

biendo presentado un recurso. De momento a la convocatoria del año 1988 no se presentó ningún colegiado y puede repetirse la situación en 1989.

Seguidamente nos planteamos dos objetivos a corto plazo; que todos los colegiados reciban una información constante y actualizada, como servicio mínimo y básico que el Colegio debe proporcionar y, en segundo lugar, abordar un programa de formación tanto para los colegiados en activo como para el numeroso colectivo en paro.

Desarrolla más lo referente a este programa de formación.

No tenía sentido elaborar un programa uniprovincial y nos hemos puesto de acuerdo con el conjunto de colegios de la Comunidad Autónoma en la elaboración de un Plan Regional de Formación, subvencionado en parte por la Junta de Castilla y León.

Este Plan se divide en tres bloques: cursos de formación, seminarios y jornadas. En el primero se abordan contenidos fundamentalmente de metodología y gestión, pensados para actualizar y capacitar a los colegiados en paro. Los seminarios reúnen a grupos de profesionales en activo que, sobre la experiencia de los Servicios Sociales y el Trabajo Social en nuestra Comunidad, debaten y elaboran documentos. Por último, en noviembre de 1989 realizaremos unas jornadas sobre la Acción Social en Castilla y León, organizadas por los Colegios de la Comunidad.

¿Qué problemas y expectativas tiene el Colegio?

Tenemos problemas de infraestructura y presupuesto que creo generales a un Colegio pequeño como éste. También está el problema de participación de los colegiados; es difícil en Valladolid como en todos los sitios, pero también está claro que cuando se ofrecen oportunidades concretas de participación en el trabajo, estos responden. Nuestra experiencia como Junta es también un factor a considerar.

Por otro lado tenemos un potencial grande de actuación basado ante todo en las excelentes relaciones del Colegio con las

instituciones de la ciudad y la provincia. Nuestro plan de trabajo no variará en lo sustancial excepto en el proceso de coordinación que queremos impulsar para los ocho Colegios de la Región. En estos momentos no se puede proponer una Federación sino que es un proceso a medio plazo.

¿Qué relaciones mantiene el Colegio con el Consejo General?

Creo que las relaciones entre Consejo y Colegio deberían ser más fáciles y fluidas que en la actualidad. Existen aspectos a criticar al Consejo, pero éste está ofreciendo servicios y oportunidades concretas que los Colegios tampoco aprovechan para participar.

¿Algún tema de interés que hayamos obviado?

Creo que las relaciones entre Consejo y Colegios deberían ser más fáciles y fluidas que en la actualidad

Sí, recientemente la Junta de Castilla y León ha establecido la figura profesional del animador sociocomunitario en los Centros de Acción Social de la Comunidad Autónoma. En la definición de sus funciones se reducen las tareas de los trabajadores sociales a la información, orientación y ayuda a domicilio. Funciones como la promoción de apariciones y servicios son atribuidos en su totalidad a esta nueva figura.

Estamos elaborando un dossier en el que se reconozca que, primero, la animación comunitaria no es tarea exclusiva de una profesión, sino que tiene un carácter interprofesional; segundo, que dentro de la animación comunitaria hay tareas para las que los trabajadores sociales están más preparados. Este dossier se pasará a la Junta y estará a disposición de los Colegios que lo soliciten.

LA GUINDILLA

Cyrano

"NUDO A NUDO" LOA AL MACRAME

Ríos de tinta han corrido, bien es cierto, sobre las muchas transformaciones habidas en pocos años, desde la benéfica y paternalista acción, al asistencialismo desarrollista, para llegar al buen puerto de unos servicios sociales postmodernos cual habemos.

No se han ahorrado en ello elogiosos calificativos a las instituciones locales, autonómicas y estatales; y al bien hacer de los profesionales que han dirigido, el pulso firme, esta nave por mares no siempre en calma; como bien se reconoce el benefactor efecto de nuevas tecnologías en la intervención: lo sistémico, la interdisciplinariedad, la informática, las técnicas de programación y evaluación...

Pero dime, querido colega, con la mano en el corazón: ¿no es injusta la historia con sus protagonistas? ¿no es cruel al repartir honores y olvidos?; porque, ¿no es bien cierto, a

fe mía, que entre tanto río de tinta al respecto, ni un solo párrafo encontrarse puede que justicia haga al que ha sido, más que ningún otro, protagonista de este camino? ¿Qué no sabes de quien hablo...? ¿tampoco tú vas a hacer justicia a la historia...? Hablo, por supuesto, del MACRAME.

El MACRAME ha sido, como ninguna otra cosa, paradigma de los nuevos servicios sociales, comadrona que ha alumbrado su nacimiento; ha sido perejil de todas las salsas, su alfa y omega, su partenaire y su sostén (con perdón), inspiración y camino, báculo y carburante.

¿Quién no conoce y quién no ha hecho uso de las múltiples aplicaciones de este producto sin par? El MACRAME ha entrado en las entrañas mismas de los tabernáculos donde se veneran los más sagrados misterios de la acción social y hasta ha llegado a

ser, en este Olimpo naciente todas y cada una de sus deidades, en una misteriosa y excitante transmutación; porque el MACRAME ha sido y aún es, bien lo sabes, alma y esencia del desarrollo de la comunidad y de la animación comunitaria, de la prevención de la marginación y de la inserción social, de la solidaridad, la convivencia y la participación.

Nudo a nudo se ha escrito la historia de los Servicios Sociales en España; nudo a nudo hemos ascendido desde el arcano mundo de las tinieblas benéficas, a través del purgatorio asistencial, hasta el luminoso edén de los Servicios Sociales. Nudo a nudo y a través de sus cordeles, hemos mejorado nuestro propio Yo profesional, porque, ¿quién puede decirse libre de haber programado, organizado, impulsado, colaborado, financiado o consentido cursos de MACRAME?

Nudo a nudo, nudo a nudo..., mal que no quieran reconocerlo tanto exegeta miope del sector, para quienes ni siquiera las evidencias son suficientes.

Hay que hacer justicia a la historia verdadera y aun al presente; porque, ¿no es injusto y contranatura, dime, que con tanta movida de prestaciones y todo eso, no se haya reconocido el MACRAME como una de ellas? ¿Es que los ciudadanos no tienen derecho a disfrutar del MACRAME? ¿Por qué ni una sola Ley Autonómica de Acción Social, ni una sola siquiera, mencio-

na el MACRAME como acción básica y específica de los Servicios Sociales? ¿Por qué no existe ningún estudio económico del sector que ponga de manifiesto la gran incidencia de los gastos en MACRAME sobre el conjunto de los gastos sociales?

¿Por qué, en definitiva, este muro de silencio, esta oscuridad malintencionada y manipuladora en torno al MACRAME...? ¿Por qué, eh...? Pero Cyrano sabrá destrozarse muros y hacer la luz?

Y por eso, puedo proponer y propongo:

a) Que se dedique alguno de los tantos y tantos Congresos y Jornadas como se realizan, a analizar el papel del MACRAME en el desarrollo y en el momento actual de los Servicios Sociales. O al menos que este tema se incluya en las diferentes Jornadas, Congresos y/o Seminarios a celebrar en el futuro; verbi gracia:

—Jornadas de Servicios Sociales en el medio rural: Ponencia base, "El MACRAME en el medio rural". Taller, "El MACRAME".

—Jornadas Hispano-Lusas: Ponencia, "EL MACRAME en España; el MACRAME en Portugal".

—Jornadas sobre la Compactación: Ponencia, "El MACRAME" en el macroárea de Bienestar Social".

b) En la reforma de las enseñanzas de Trabajo Social, ha de incluirse el MACRAME como materia troncal.

c) En vez de tanto master en gerencia y cosas de esas, por

LA GUINDILLA

muy necesarios que sean, siempre será más necesario, útil y demandado un "master en nuevas tecnologías aplicadas al MACRAME".

d) Aun cuando no se llegue a dedicar una Dirección General específicamente dedicada al MACRAME, como algunos deseábamos, en el Ministerio de Asuntos Sociales si debería al menos disponer un Asesor específico para el MACRAME, dentro del Gabinete de la Ministra.

e) Que la Dirección General de Acción Social del Ministerio firme un Convenio Programa con alguien para estudiar la incidencia económica del MACRAME en el conjunto de los Servicios Sociales.

Medidas a todas luces necesarias, para preservar el Programa por excelencia en tantos y tantos Servicios Sociales a lo largo de estos años y aun hoy; pues nudo a nudo, no sólo se ha escrito la historia del sector, sino que se sigue tejiendo el presente, para admiración de las generaciones venideras que nos contemplarán, atónitos, prendidos en las redes que nosotros mismos tejemos; nudo a nudo...

Mas en tanto llega este público y general reconocimiento, no ha de faltar el nuestro, porque, ¡Oh MACRAME! bien te has hecho merecedor a esta guindilla que te entrega tu admirador, que lo es



CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES

IV ENCUENTRO HISPANO-LUSO *para* TRABAJADORES SOCIALES

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO

SOCIAL Y

ASISTENTES SOCIALES DE HUELVA

10, 11, 12 de NOVIEMBRE
1989

MATALASCAÑAS
HUELVA

ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES

SUSCRIBASE A

revista de
SERVICIOS SOCIALES
y
Política Social

Doctor Cortezo, 11, 2.º 28012 Madrid

TARIFAS UN AÑO (4 números)

Estudiantes o colegiados..... 1.800 Ptas.
Resto..... 2.100 Ptas.
Extranjero..... 3.000 Ptas.
Números sueltos..... 650 Ptas.
N.º 0, 1 y 4..... agotados

NOMBRE.....
DIRECCION.....
POBLACION..... C.P.....
PROVINCIA.....
TELEFONO.....
Es colegiado o estudiante..... SI ☐ NO ☐
(Aportar fotocopia carnet correspondiente)
El importe de la suscripción lo haré efectivo:
☐ Recibo domiciliado en Banco o Caja de Ahorros sita en España (en este caso, rellenar el boletín adjunto).
☐ Adjunto cheque bancario n.º.....

SR. DIRECTOR DEL BANCO (o CAJA DE AHORROS)
.....
Domicilio de la Agencia.....
Población.....
Titular de la cuenta.....
Número de la cuenta.....
Sírvase tomar nota de atender hasta nuevo aviso, con cargo a mi cuenta, los recibos que a mi nombre le sean presentados para su cobro por la Revista de Servicios Sociales y Política Social.
Fecha.....
Atentamente
(firma)
.....
Envíennos también este boletín a la redacción. Nosotros nos ocuparemos de hacerlo llegar a su Banco.

II JORNADAS DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD Zaragoza, 23, 24 y 25 de noviembre de 1989

PROGRAMA CIENTIFICO

1.ª Ponencia:
"Relación entre Servicios Sociales y Sistema Sanitario".

2.ª Ponencia:
"Modelos de atención primaria en Salud. La presencia del Trabajo Social".

3.ª Ponencia:
"Trabajo Social y Promoción de la Salud".

4.ª Ponencia:
"Necesidades formativas de los Trabajadores Sociales en materia de Salud y Sistema Sanitario. La situación en España y en otros países".

5.ª Ponencia:
"La humanización de la Asistencia Sanitaria. Los Servicios de Atención al paciente. Las quejas de los usuarios".

6.ª Ponencia:
"Repercusiones de la ancianidad en el sistema sanitario".

7.ª Ponencia:
"Necesidades que plantea la asistencia a pacientes con SIDA al Sistema Sanitario y a los

Servicios Sociales".

8.ª Ponencia:
"Factores sociales, salud y enfermedad".

9.ª Ponencia:
"Salud laboral, las repercusiones del accidente de trabajo".

Cada Ponencia irá acompañada de las Comunicaciones Libres que podrán presentar los congresistas según la información adjunta.

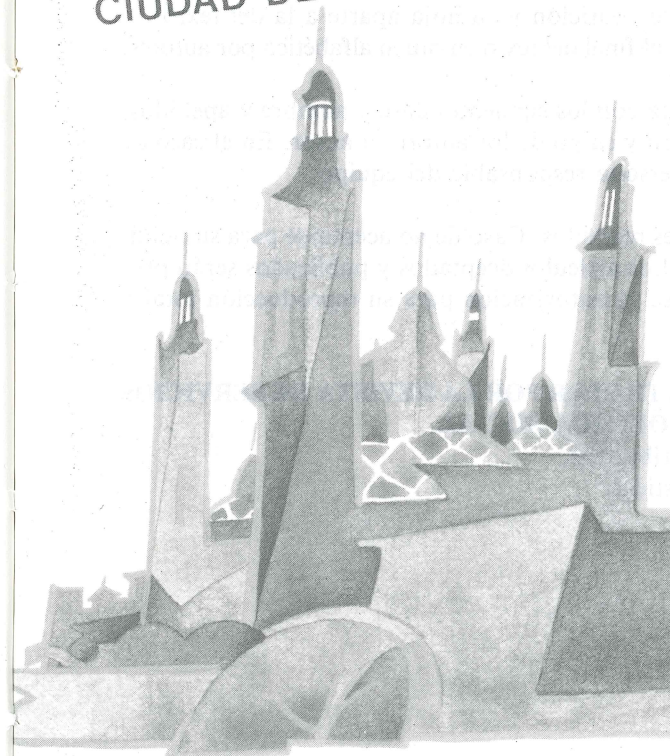
Para solicitar más información: Asistente Social, planta 11. Asociación Trabajo Social y Salud. Hospital Clínico Universitario. Avda. San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza. Teléfono: (976) 35 64 00

Organizan:
Asociación Española de Trabajo Social y Salud.
Escuela Universitaria de Estudios Sociales.
Universidad de Zaragoza.

II JORNADAS DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD

Zaragoza, 23, 24 y 25 de noviembre de 1989

ZARAGOZA
CIUDAD DE CONGRESOS



PRESENTACION DE ARTICULOS.

CRITERIOS GENERALES

1. La Revista de Servicios Sociales está abierta a la presentación de artículos y colaboraciones de todos los profesionales de la Acción Social y en especial de los Trabajadores Sociales. Dado el tratamiento monográfico de temas que la Revista desarrolla en su nueva etapa, los artículos a presentar versarán sobre:
 - Investigaciones, trabajos teóricos y metodológicos sobre aspectos de Política Social y Servicios Sociales del tema monográfico a tratar.
 - Investigaciones, trabajos teóricos y metodológicos, descripciones de experiencias sobre el Trabajo Social en el ámbito o sector de intervención tratado.
2. Los trabajos se remitirán a la redacción de la Revista de Servicios Sociales y Política Social, c/. Dr. Cortezo, 11 - 2, 28012 Madrid, o a la sede del Consejo General, c/. Campomanes, 10 - 1, 28013 Madrid, mecanografiados en papel tamaño DIN A-4, a una sola cara y doble espacio. Mínimo de 7 páginas y máximo de 30 páginas.
3. Indicaciones:
 - Tablas y figuras en hoja aparte, indicando lugar de colocación en el artículo.
 - Anotaciones numeradas por orden de aparición y en hoja aparte a la del texto.
 - Referencias bibliográficas presentadas al final del texto en orden alfabético por autores.
4. Se acompañarán los artículos de una nota con los siguientes datos: nombre y apellidos, dirección, teléfono de contacto, profesión y cargo de los autores o autor. En el caso de trabajos colectivos se hará constar la persona responsable del equipo.
5. El Comité Editorial revisará los originales recibidos. Caso de no aceptarse para su publicación, éstos se remitirán a los autores. Los artículos aceptados y publicados serán propiedad de la Revista, debiendo solicitarse su autorización para su reproducción total o parcial.

PROXIMOS TEMAS MONOGRAFICOS A TRATAR POR LA REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES Y POLITICA SOCIAL

1989. Salario Social y Prestaciones no contributivas.
Trabajo Social en el ámbito de la Justicia.
1990. Trabajo Social y Familia.
Trabajo Social y Empresa.