

r e v i s t a d e

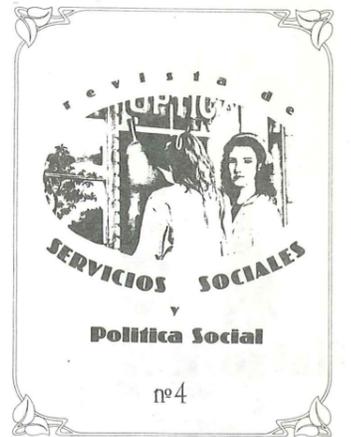


**SERVICIOS SOCIALES**

y

**Politica Social**

nº 4



Portada:  
Angeles Maldonado

## Sumario

<b>EDITORIAL</b> .....	5
<b>LA LEGISLACION AUTONOMICA DE SERVICIOS SOCIALES</b> , por Isabel Montraveta y Antoni Vilá .....	6
<b>COMENTARIOS DE LA NUEVA LEY REGULADORA DE LAS BASES DEL REGIMEN LOCAL DE 2 DE ABRIL DE 1985: "LOS SERVICIOS SOCIALES EN LA ADMINISTRACION LOCAL"</b> , por Miguel Angel Cabra de Luna .....	10
<b>ANALISIS SOBRE LA EDUCACION ESPECIAL</b> , por Paz Raña, Alberto Mariño y Felicitas Rodríguez. ....	16
<b>RECURSOS SANITARIOS ESPAÑOLES</b> , por Jesús M. de Miguel .....	19
<b>PROBLEMAS DE ALTA EN HOSPITALES</b> .....	33
<b>CULTURA, SALUD Y PARTICIPACION COMUNITARIA</b> , por Natalio Kisserman .....	37
<b>INFORME DE LA COMISION ESPECIAL DEL SENADO SOBRE EL TRAFICO Y CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA</b> , por Octavio Granado Martínez y Ana Clara Miranda de Lage .....	40
<b>CONCLUSIONES DEL I SEMINARIO ESTATAL SOBRE SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL</b> .....	50
<b>SEMINARIO SOBRE LA APLICACION DE INDICADORES EN LOS SERVICIOS SOCIALES</b> , por J. M. Pascual i Esteve .....	57
<b>I JORNADAS INTERNACIONALES DEL SERVICIO SOCIAL DE AYUDA A DOMICILIO</b> .....	59
<b>PAREJA, FAMILIA Y SOCIEDAD</b> , por María Jesús Ballestín, María Belén Babiano y Tomasa Báñez .....	61
<b>ACTUAL SITUACION DE LOS ALUMNOS DE TRABAJO SOCIAL</b> , por María Méndez de Valdivia y Encarna Guillén Sadaba .....	63
<b>DESCRIPCION DE LA PROFESION DEL TRABAJO SOCIAL EN LA "CLASIFICACION INTERNACIONAL UNIFORME DE OCUPACIONES" (O.I.T.)</b> .....	66
<b>LIBROS</b> .....	69

### COMITE EDITORIAL

Elena Peláez, Rosario del Amo,  
Gloria Rubiol, Balbino Pardavila,  
Fuencisla del Amo, Gloria Pujol

### COORDINADOR GENERAL

Balbino Pardavila

### DISEÑO

Fuencisla del Amo

### SECRETARIA

Consuelo Gutiérrez

### COLABORADORES REDACCION

Antonio Moral, Elvira Cortajarena,  
Emilio González, Gregorio Rodríguez,  
Iris Martínez, Joan Artells, Josep Arenas,  
Landelino Cisneros, M.<sup>a</sup> Angeles Campo,  
M.<sup>a</sup> José Furriel, Miguel Angel Cabra,  
Mikel Esnal, Montserrat Colomer,  
Ricardo Montoro, Román Zulaika,  
Rosa Doménech, Teresa González,  
Teresa Urdinas, Víctor Martín.

### ILUSTRACION

Angel Carrasco, Angeles Maldonado,  
Dionisio Ridruejo, David Santa Isabel,  
Francisco Solé y Alberto Urdiales.

### 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.<sup>o</sup>. 28012 Madrid  
Teléfono 468 37 06.  
Horario: martes y jueves de 19 a 21 h.

### REALIZA

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

### IMPRIME

GREFOL  
Polígono II, Parcela, 1 Móstoles (Madrid).  
Depósito legal: M-16020-1984.



Ilustración de Fuencisla del Amo.

## Editorial

Aproximadamente cerca de la cuarta parte de la población española reside en zonas rurales. En el Estado español se contabilizan un millar de pueblos con una población entre los tres mil y diez mil habitantes; mil seiscientos pueblos cuyos padrones oscilan entre mil y tres mil habitantes y son más de cuatro mil quinientos los pueblos, aldeas y lugares con menos de mil personas.

Aunque todos somos conscientes de la presencia de graves problemas en las áreas rurales, la realidad económica, cultural y social profunda de dichas áreas resulta escasamente conocida. Por una parte su medio de subsistencia fundamental, la tierra, se halla injustamente repartido entre la población de numerosas zonas, particularmente las situadas al sur del Estado. Por otro lado las estructuras agrarias y ganaderas adolecen de un fuerte anquilosamiento y, lo que es dramático, cualquier intento de modernización genera automáticamente una abundante destrucción de puestos de trabajo.

Junto a ello, la carencia, a veces tercermundista, de infraestructura sanitaria, educativa, cultural, de servicios sociales comunitarios y para sectores específicos de población, engendra una progresiva desertización y abandono humano de extensos territorios, e igualmente es causa de que el nivel de vida, el bienestar social colectivo de los habitantes de las áreas rurales, sea la de ciudadanos de segunda, una existencia de ciudadanos "olvidados", cuando no marginados.

En la coyuntura de crisis económica continuada que padece el Estado español, no podemos permitirnos despilfarros de ningún tipo, y menos, del recurso natural por excelencia de un país: sus espacios, sus territorios.

Dentro de una actuación, de una planificación coordinada, descentralizada y participativa, las Administraciones Públicas, principalmente las comunidades autónomas y la iniciativa social, deben plantearse, en una escala incomparablemente mayor a la actual, la utilización integral de las posibilidades del territorio español; la transformación de las estructuras: su reforma agraria e industrial adecuándolas no sólo a las necesidades de la Comunidad Económica Europea, sino a la de sus pobladores; y dotar de los servicios sociales básicos a las zonas rurales promoviendo su desarrollo sociocultural.

Trabajando en esta línea, en el ámbito de la política social, de los servicios sociales, el Consejo General de Asistentes Sociales, en colaboración con la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la Diputación General de Aragón y los Ayuntamientos de Daroca (Zaragoza) y Graus (Huesca) organizó a fines del pasado año las I JORNADAS ESTATALES DE SERVICIOS SOCIALES RURALES y el I SEMINARIO DE SERVICIOS SOCIALES EN EL AREA RURAL, cuyas conclusiones, las de éste último, publicamos en el presente número.

# LA LEGISLACION AUTONOMICA DE SERVICIOS SOCIALES

## I Parte

### INTRODUCCION

Después de casi siete años de la promulgación de la Constitución española, es quizá un momento oportuno para reflexionar sobre la incidencia que ésta ha tenido en el ámbito de los servicios sociales. Un análisis del punto de partida nos revela que uno de los problemas más importantes que tenía planteados el sector era "la dispersión orgánica y la necesidad de un marco legislativo que resuelva la actual superposición de concepciones benéfico-caritativas, discrecionales y complementarias, coexistentes en el sistema de Seguridad Social, y que ordene la distribución de responsabilidades y las relaciones entre los distintos niveles de la Administración Pública y el sector privado" (1). En este trabajo procuraremos exponer nuestra opinión sobre el nivel de logros alcanzados ante las enormes expectativas suscitadas por nuestros textos constitucionales y estatutarios en materia de servicios sociales que se fundamentaban en el cambio que suponía pasar de una situación básicamente benéfico-asistencial y centralizada a otro modelo de bienestar social, participativo y autonómico.

Este análisis lo realizamos fundamentalmente a partir de la dinámica imprimida por las leyes autonómicas de Servicios Sociales, que evidentemente han tomado la iniciativa en este campo. Así estudiaremos, en primer lugar, las posibilidades legislativas autonómicas en la materia, para, en segundo lugar, realizar un análisis comparativo del contenido de las leyes de Servicios Sociales aprobadas y del papel que han asumido como factor de desarrollo de los servicios sociales.

No ignoramos la existencia de respetables y cualificadas opiniones contrarias a las que sustentamos (2) y ante las cuales queremos oponer nuestros puntos de vista, con el fin de contribuir modestamente a suscitar un amplio debate en torno a estos temas que continúan abiertos y que pueden ser de gran trascendencia para el futuro de los servicios socia-

les. Es decir, frente a nuestras tesis favorables a unas leyes de servicios sociales autonómicas legisladas en base a la competencia exclusiva que tienen atribuidas en la materia, se proponen alternativas basadas en leyes estatales, que para unos actuarían supletoriamente para aquellas comunidades que no hubieran ejercido su potestad legislativa (art. 149, 3, CE), para otros se trataría de leyes de bases fundamentadas en la gran ductilidad con que trata nuestra Constitución el tema de la Seguridad Social (art. 41CE), y finalmente en opinión de otros, cabría actuar ante las leyes autonómicas aprobadas por la vía de las leyes armonizadoras (art. 150, 3 CE).

Adelantando parte de nuestras conclusiones, ante la primera de las alternativas citadas opinamos que, aunque legalmente sería discutible dicha ley estatal al haber asumido la totalidad de las CC.AA. en sus respectivos estatutos, competencia exclusiva en la materia, es con todo la más respetuosa con los entes autonómicos. Respecto a la Ley de Bases, por la vía de la Seguridad Social, en nuestro trabajo exponemos ampliamente las razones que la desaconsejan, y basta señalar que esta postura y "teniendo en cuenta la naturaleza protéica de la "seguridad social" y su relación dialéctica con la "asistencia social" muy bien puede suceder que determinados institutos enmarcados hasta ahora en el ámbito de esta última se deslicen hacia el campo de la primera. Las consecuencias serían inimaginables, pero posibles: se extraerían del terreno de las competencias exclusivas de las comunidades determinadas materias y se produciría por esta vía una recentralización de competencias" (3). Con respecto al procedimiento armonizador compartimos la preocupación del profesor Jesús Leguina que señala "las leyes de armonización pueden ser además un instrumento normativo muy peligroso para las autonomías y de cuya necesidad es lícito dudar. El interés general que supuestamente justificaría su promulgación, exigiría más

bien respetar al máximo ese reducto último de competencias legislativas exclusivas (de confines bien estrechos, por lo demás) que la Constitución confía a los entes autonómicos...", "esta facultad estatal de armonización o coordinación de los ordenamientos regionales en beneficio del interés general elimina virtualmente los espacios de poder regional exclusivo, transformándolos en ámbitos de competencias normativas concurrentes con los del Estado, lo cual exigirá una enorme prudencia política a la hora de su eventual ejercicio por el Parlamento para no reducir a cenizas la expresión más genuina de la autonomía política —la competencia legislativa exclusiva— y con ella el modelo mismo de distribución territorial del poder consagrado en la Constitución". (4).

Finalmente, consideramos que estas alternativas de legislación estatal podrían entrar en peligroso conflicto con las múltiples y valiosas experiencias llevadas a cabo por las CC.AA., que de facto se han revelado como la entidad territorial idónea para la prestación de los servicios sociales, como lo acreditan sus logros en tan escaso tiempo de funcionamiento, y que han mostrado unos reflejos capaces de reaccionar ante el reto de asumir un cúmulo heterogéneo de servicios transferidos, procedentes de una diversidad de organismos estatales con sistemas, procedimientos y filosofía dispares, mediante el establecimiento de medidas planificadoras (mapas de servicios sociales y planes de actuación), racionalizadoras y unificadores (programas unificados de prestaciones), descentralizadoras (servicios sociales de base o generales municipales), organizativas (creación de órganos e institutos unificados de gestión), y, especialmente, por medio del diseño de modelos propios de servicios sociales capaces de romper con la inercia y ambigüedad de la situación heredada y de establecer unos servicios

(\*) Abogados

sociales modernos, solidarios y dirigidos a todos los ciudadanos de su comunidad (Leyes de Servicios Sociales).

### AMBITO DE LAS COMPETENCIAS LEGISLATIVAS AUTONOMICAS EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES

En este apartado trataremos de algunas de las cuestiones que consideramos básicas para la delimitación del orden competencial de las CC.AA. en materia de servicios sociales:

a) **La Asistencia Social y los Servicios Sociales.** Los términos "Asistencia Social" y "Servicios Sociales" debido al proceso histórico que ha vivido el sector en nuestro país, se encuentran situados, sin unos perfiles nítidos, entre los conceptos benéfico-caritativos —de los cuales persisten importantes rémoras—, y el de bienestar social. Ante esta ambigüedad ambos términos se han venido utilizando de forma confusa y administrativamente como sinónimos (5).

Nuestra Constitución tampoco contribuye a la clarificación terminológica. La única cita expresa a los "servicios sociales" la encontramos en el art. 50, referente a la tercera edad y lo hace en un sentido muy amplio: salud, vivienda, cultura y ocio; aunque otros artículos hacen referencia a su ámbito: art. 25 (reeducación y reinserción social de delincuentes); art. 39 (familia); art. 48 (juventud); art. 49 (disminuidos); etc. La alusión a la "asistencia social", viene recogida en el art. 148, 1, 20.<sup>a</sup> CE, al citarla como posible competencia exclusiva autonómica, y en el art. 41 relativo a la Seguridad Social aparece el término "asistencia y prestaciones sociales" de discutida interpretación.

Esta definición constitucional ha propiciado un incremento de los trabajos exegéticos de dichos términos desde las distintas disciplinas: jurídicas, históricas, sociales, etc.

Los técnicos del trabajo social han logrado establecer distinciones teóricas sobre los conceptos mencionados, si bien es cierto que sin lograr una unanimidad.

La interpretación de las comisiones mixtas de traspasos consideró el término constitucional "asistencia social" como comprensivo de los "servicios sociales" y así se transfirieron, con carácter de competencia exclusiva, las materias de "servicios y asistencia sociales". La única excepción son los servicios sociales de la Seguridad Social (INSERSO), en

cuya transferencia ha primado la procedencia de ésta y siguen, por tanto, el régimen competencial del art. 149, 1, 17 CE (6).

En este mismo sentido ha sido interpretado por las leyes de servicios sociales aprobadas por los parlamentos del País Vasco (Ley 6/1982, de 20 de marzo), Navarra (Ley Foral de 21 de marzo de 1983) y Madrid (Ley de 6 de junio de 1984), así como por los proyectos presentados al Parlament de Catalunya por el Consell Executiu de la Generalitat (1983 y 1985) y por el Grup Socialista (1981). En éste se establecía de forma clara en la exposición de motivos que "es necesario que el Parlament de Catalunya empiece a legislar sobre aquellas materias que son competencia exclusiva de la Generalitat, evitando, en la medida de lo posible, los defectos que padece la normativa estatal".

Algunos tratadistas han acudido a la distinción que de ambos términos realiza la normativa de la Seguridad Social, que si bien son válidos dentro del sistema, no consideramos que puedan extenderse fuera de su ámbito. También se ha encontrado base jurídica de distinción de los términos en la Carta Social Europea, norma originariamente extraestatal que al haber sido ratificada por España ha pasado a formar parte de nuestro ordenamiento jurídico. Tampoco consideramos que pueda ser un elemento decisivo en la interpretación, ya que al proceder de una realidad histórica y jurídica distinta es de difícil aplicación automática a nuestro caso.

Así pues, consideramos que el término constitucional "Asistencia Social" comprende como materia conexa los Servicios Sociales, es decir, "no existe una clara separación entre asistencia social y servicios sociales; son términos que se confunden y complementan y que la suma de ambos marca el ámbito de los traspasos en materia de servicios sociales" (7).

b) **Criterios generales del orden competencial.** La distribución de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas viene establecida en la Constitución y en los respectivos estatutos de autonomía.

Las competencias que se reservan con carácter exclusivo al Estado se relacionan en el art. 149, 1 CE, ampliables en base a la cláusula residual del art. 149, 3 CE. Entre las materias enumeradas no se cita la asistencia ni los servicios sociales.

El quantum competencial autonómico queda prefigurado básicamente en los arts. 147, 148 y 149 CE. Entre las 22

materias asumibles por las comunidades autónomas figura la "asistencia social" (art. 148, 1, 20.<sup>o</sup> CE). Correlativamente, los respectivos estatutos de autonomía recogen la competencia exclusiva en la materia de servicios sociales, aunque no lo hacen con una terminología y descripción uniforme (8).

c) **El Principio de Igualdad.** Debemos asimismo analizar la incidencia del principio de igualdad en el régimen competencial en materia de servicios sociales. Algunos tratadistas sostienen que la asistencia y los servicios sociales son condiciones básicas que al dejar su ejercicio como competencia exclusiva autonómica podrían conculcar dicho principio.

Parecería sorprendente que si el legislador constitucional hubiera considerado la materia como condición básica no la reservara como competencia exclusiva del Estado, como hizo con otras materias (art. 149, 1 CE), y en cambio las relaciones explícitamente como materia asumible por las comunidades autónomas. Por otro lado, aparte de las suspicacias que presupone este planteamiento hacia la actuación de las comunidades autónomas, nos asaltan serias dudas sobre la eficacia de la custodia del principio de igualdad mediante una regulación básica descentralizada de una normativa que ha de hacer frente a realidades y necesidades tan distintas y cambiantes, especialmente si tenemos en cuenta los resultados de la relativamente cercana experiencia centralista. Mas bien parece que este argumento asimila igualdad-uniformidad y heterogeneidad-privilegios.

Esta interpretación puramente formal del principio de la igualdad ha sido superada por la doctrina constitucional europea, que se ha decantado decididamente hacia la consideración del principio en su sentido real y efectivo, que puede implicar diferencias de trato debido a las desigualdades existentes en las situaciones sociales. En este mismo sentido el Tribunal Constitucional español, en su sentencia de 20 de noviembre de 1981, establecía claramente que el art. 14 CE (los españoles son iguales ante la ley) "no prohíbe que el legislador contemple la necesidad o conveniencia de diferenciar situaciones distintas y de darles un tratamiento diverso, que incluso puede venir exigido, en un estado social y democrático de derecho, para la efectividad de los valores que la Constitución consagra con el carácter de supremos del ordenamiento, como son la justicia y la igualdad, (Art. 1) a cuyo efecto atribuye además a los poderes públicos el que promueban las condiciones

para que la igualdad sea real y efectiva (Art. 9, 3) lo que prohíbe el principio de igualdad, jurídicamente, es la discriminación... que la desigualdad de tratamiento legal sea injustificada por no ser razonable". Queda claro que únicamente las desigualdades irrazonables podrán calificarse de discriminatorias y, por tanto, el establecimiento de normas reguladoras de la materia diferentes entre las comunidades autónomas no significa, en principio, un atentado a dichos principios. Esta interpretación reviste especial interés en los servicios sociales en que la diversidad de realidades de los grupos y territorios reclaman a menudo soluciones distintas y en que continuamente se exigen replanteamientos rápidos y ágiles para hacer frente a necesidades sociales dinámicas y cambiantes.

d) **La Seguridad Social.** En base a la gran ductilidad del concepto de seguridad social establecido en el Art. 41 CE, algunos autores consideran que la asistencia y los servicios sociales forman parte de dicho régimen y que, por tanto, estas materias siguen el régimen competencial previsto en el art. 149, 1, 17.º CE; reservándose, así, el Estado la competencia exclusiva en la legislación básica y régimen económico (9).

Consideramos que esta opinión es doctrinalmente minoritaria, y que —como señala el profesor Argullol— “la mayoría de los autores se inclinan por considerar que las actividades reconducibles a la asistencia social no deben entenderse como parte de la Seguridad Social...”, constatando el hecho de que “la totalidad de las comunidades autónomas han asumido competencias exclusivas —eso es, potestad legislativa, reglamentaria y de administración en materia de asistencia social, si bien en ocasiones no son totalmente idénticas las descripciones de este campo material” (10).

Al tratar este tema el profesor Almansa Pastor considera que “dentro del vigente sistema de Seguridad Social un importante sector de protección complementaria es asumido por la asistencia y servicios sociales asistenciales, concebidos como conjunto de medidas protectoras complementarias de la protección básica de la Seguridad Social y dentro del sistema protector de ésta, a diferencia de la asistencia social estatal estructurada como sistema protector de necesidades sociales con entidad sistemática propia. Pues bien, pese a que el Art. 41 de la Constitución aluda expresamente a una asistencia junto a prestaciones complementarias, lo bien cierto es que la profusión de mecanismos asis-

tenciales en la Constitución impele a pensar en la idea de un sistema asistencial de carácter estatal y público, unificando por la “vía atractiva” de la asistencia social estatalizada, externo a la Seguridad Social y complementario en cuanto sistema al sistema de ésta, e integrador de las actuales protecciones asistenciales complementarias que se encuentran hoy dentro de la Seguridad Social...

Como consecuencia de todo lo anterior, dado que la protección de asistencia social tiende a constituirse en sistema propio y externo al de Seguridad Social, cuyo régimen jurídico competencial corresponde **íntegra y exclusivamente a las comunidades autónomas** por virtud de lo dispuesto en el Art. 148, 1, 20.ª (11).

Todo ello, es además congruente con el Art. 43 CE, del que parece desprenderse que “la protección sanitaria tiende similarmente a constituirse en propio sistema de sanidad con contemplación de la salud desde una óptica más amplia que la limitativa de la Seguridad Social” (12), así como el proyecto de Ley de Sanidad y de la Ley Catalana 12/1983, de 14 de julio, de la Administración Institucional de la Sanidad, la Asistencia y los Servicios Sociales, a tenor de los cuales parece claro el inicio de la separación de los distintos sistemas de protección social: que en opinión del profesor Borrajo (13) podrían ser: “En primer lugar, el sistema sanitario, que encontraría su fundamento en el Art. 43; en segundo lugar, el sistema de pensiones que encontraría su fundamento en el Art. 50; en tercer lugar, el sistema de servicios sociales, que encontraría su fundamento en el citado Art. 50, complementado con los Arts.: 49, 39, 40, 1 y 2, 44, 48, etc.; en fin, en cuarto lugar, el sistema de seguridad social con fundamento en el citado Art. 44”.

Añadiendo que “la letra de la Constitución permite esta desagregación en la función general de protección social asignada a los poderes públicos y, con la articulación de los cuatro sistemas, **la garantía institucional quedaría respetada**, pues de ella no se deriva, en ningún caso, la congelación de un complejo organizativo dado en un momento determinado. El Tribunal Constitucional acepta esta libertad de opciones del legislador futuro respecto de las decisiones que haya podido adoptar el legislador en momentos anteriores”, (STC 28 de julio de 1981); aunque en su opinión “la desagregación de los cuatro sistemas de protección social aludidos, es posible,

pero también, hay que reconocerlo, puede ser criticada como una construcción poco operativa. Con todo informa cumplidamente de la gran elasticidad de las instituciones contempladas en muchos preceptos constitucionales...”.

e) **Los estatutos de autonomía.** En base a la previsión constitucional del Art. 148,1, 20 CE, los correspondientes estatutos de autonomía acogen bajo diversas denominaciones la competencia exclusiva en materia de servicios sociales, que si bien es cierto que denota una “falta de rigor en la descripción constitucional y estatutaria de las competencias autonómicas” (14), tampoco debemos olvidar que es consecuente con la confusión y ambigüedad terminológica imperante en aquellos momentos y que ha sido precisamente la legislación autonómica la que ha contribuido a perfilar y concretar estos conceptos mediante las leyes de servicios sociales, como veremos en la segunda parte de este trabajo.

Referente a las competencias en materia de Seguridad Social queda claro que el Estado se reserva la “legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las comunidades autónomas” (Art. 149,1, 17 CE). Sin embargo, los distintos estatutos de autonomía recogen esta competencia con diferente intensidad (8).

Este aspecto es importante pues “en la realidad institucional del Estado español la Seguridad Social va más allá de las prestaciones económicas y sanitarias y asume auténticos servicios sociales, y éstos son prestados también directamente por la Administración estatal o sus organismos autónomos y responden al concepto clásico de la asistencia social... Más allá de nominalismos, el hecho cierto es que el orden competencial hay que buscarlo en los diversos enunciados que aluden, aunque sea de forma desconectada, a la Seguridad Social y a la sanidad, y también a la asistencia social, la higiene o las fundaciones benéfico-asistenciales” (15).

Esta dualidad de servicios sociales estatales y de la Seguridad Social, produce enormes disfunciones en el ejercicio autonómico de las competencias y repercute negativamente en la calidad y coste de los servicios prestados. Con el fin de subsanar tales defectos algunas CC.AA. han creado entidades gestoras (16) que unifican, racionalizan y simplifican las prestaciones y servicios sociales, aunque subsisten algunos problemas debido a la diversidad de niveles competenciales y de fuentes de financiación que única-

mente quedarán totalmente solventados mediante la unificación en un único sistema de servicios sociales de carácter estatal y público, externo a la Seguridad Social, como ya hemos expuesto (17).

f) **Normativa de traspasos.** Finalmente queremos destacar el papel de otra pieza legislativa que nos puede ayudar en este complejo tema competencial, nos referimos a la normativa de traspasos de servicios, la cual aunque “no constituye una definición del alcance de la competencia correspondiente, ni de su dimensión material, pero los términos en que se hacen, según se desprende de los respectivos acuerdos, constituyen elementos interesantes y útiles para un reconocimiento de muchas de las cuestiones que plantean con vistas al ejercicio de las competencias”... “Ahora bien, este valor enunciativo, con cláusulas de significación clara por lo que respecta a la indicación de algunos confines materiales o en la precisión de contenidos de competencias del Estado, tiene, además de la lectura positiva de las cláusulas explícitas, la significación de una reserva confirmada a la comunidad autónoma de todos los aspectos no condicionantes

#### NOTAS

- (1) MAPA DE SERVICIOS SOCIALES, Cap. Configuración normativa e institucional. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 1984.
- (2) Pueden consultarse entre otras, las ponencias presentadas a las I Jornadas Nacionales de Estudio del Comité Español para el Bienestar Social, publicadas en “Los Servicios Asistenciales y Sociales en el Estado de las Autonomías”, Editorial Marsiega, Madrid, 1983.
- (3) Aznar López, Manuel, “Normativa Constitucional y Estatutaria sobre los servicios asistenciales y sociales. Reflexiones en torno a un modelo inédito”. I Jornadas Nacionales de Estudio del Comité Español para el Bienestar Social, publ. ct.
- (4) Leguina Villa, Jesús, “Las Comunidades Autónomas” en “La Constitución Española de 1978. Estudio sistemático”, Edt. Cívitas, S.A. Madrid, 1980.
- (5) Hay varios ejemplos de esta confusión de terminos en la organización administrativa en la que se han producido sucesivos cambios de denominación de la Dirección General competente en la materia. Otros ejemplos claros pueden observarse en los decretos de traspasos en los que se utilizan indistintamente los términos “benéfico-asistencial” y “Servicios Sociales”.
- (6) Pueden consultarse los reales decretos de traspasos, por ejemplo el 2678/1980, de 26 de septiembre y el 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspasos de servicios del Estado a la Generalitat de Catalunya en materia de sanidad y servicios y asisten-

ni precisados en los cuales el ejercicio autónomo de las potestades implícitas en la atribución de las competencias puede tener una virtualidad plena”. (18).

Es pues, importante el análisis minucioso de los correspondientes decretos de traspasos para establecer en cada caso el alcance de las posibilidades del ejercicio de las competencias. Aunque, evidentemente, no es este el objetivo del presente trabajo, consideramos interesante subrayar algunas notas características de esta normativa:

a) Se constata en su redactado que la suma de la asistencia social y los servicios sociales constituyen el ámbito de la transferencia.

b) En general se explicita como base legal del traspaso de servicios el correspondiente artículo estatutario que atribuye a la comunidad competencia exclusiva en la materia.

En los traspasos referentes a los servicios sociales de la Seguridad Social se invoca además la normativa estatutaria que establece la competencia compartida en esta materia, en cuyos casos, de los acuerdos se deduce que prevalece sobre la exclusiva.

c) Los traspasos de servicios del Estado incluyen las prestaciones económicas periódicas procedentes del FNAS, las cuales plantean una problemática competencial y financiera específica, que precisa de un diálogo entre los distintos titulares de las competencias con el fin de llegar a acuerdos de futuro sobre el tema de las pensiones asistenciales.

d) Del exámen cronológico de dicha normativa se aprecia una evolución hacia una mayor precisión y detalle del contenido de los servicios que se traspasan. Esta diferencia puede constatarse de la simple lectura de los primeros y últimos acuerdos de las comisiones mixtas aprobados, especialmente si se refieren a materias de seguridad social.

Esta característica, interpretada a la luz de los párrafos del dictamen transcrito al principio de este apartado, nos revela una disminución de las transferencias, al reducirse la reserva a favor de la comunidad autónoma de los aspectos no condicionados ni precisados.

Es decir que, las comunidades autónomas cuyas transferencias se realizaron en primer lugar, tienen en la práctica un ejercicio más amplio de sus competencias.

- cia sociales y sobre traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Generalitat de Catalunya en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO), respectivamente.
- (7) Ferez, Manuel y Monraveta, Isabel, “Análisis crítico de la política de transferencias a comunidades autónomas y preautónomas. Alternativas”. II Jornadas Socialistas de Servicios Sociales, publicado en Cuadernos de Política Sectorial: Cambio Social y Servicios Sociales, Madrid, 1981.
- (8) Puede consultarse el minucioso cuadro sinóptico elaborado por Manuel Aznar y que figura como anexo a la ponencia presentada a las I Jornadas Nacionales de Estudio del Comité Español para el Bienestar Social, op. cit.
- (9) De esta opinión parece que participaba la Secretaría General de la Seguridad Social, que en el Acto de Clausura de las I Jornadas Nacionales de Estudio del Comité Español para el Bienestar Social, afirmaba que “el Ministerio asume en el campo que nos ocupa, la elaboración de una Ley de Servicios Sociales, que antes del verano será presentada a las Cortes Generales que, desarrollando el artículo 41 de la Constitución, establecerá un Sistema Público de Servicios Sociales en el marco de un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos. También en un sentido parecido apunta el “Documento Base sobre la Reforma de la Seguridad Social para la Comisión Tripartita del Acuerdo Económico y Social (A.E.S.). Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid, 1985, y el Manifiesto

- del V Congreso Estatal de Trabajadores Sociales (Asistentes Sociales) Leioa-Vizcaya, 22-25 de noviembre.
- (10) Argullol Murgadas, Enric. “La ordenación de las competencias del Estado y de las comunidades autónomas en materia de Seguridad Social”. Jornadas Técnicas sobre Sanidad y Seguridad Social en el estado de las autonomías. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1984.
- (11) Almansa Pastor, José Manuel. “Seguridad Social complementaria y comunidades autónomas”. Jornadas Técnicas cit.
- (12) Almansa Pastor, José Manuel, op. cit.
- (13) Borrajo Dacruz, Efrén. “El modelo de Seguridad Social en la perspectiva autonómica”. Jornadas Técnicas cit.
- (14) Aznar López, Manuel, op. cit.
- (15) Dictamen núm. 37 del Consell Consultiu de la Generalitat sobre la adecuación al Estatuto de Catalunya del Dictamen de la Comisión de Política Social sobre el Proyecto de Llei de Administración Institucional de la Sanidad, la Asistencia y los Servicios Sociales en Catalunya. *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya*, núm. 113, enero de 1983.
- (16) Vilà, Antoni. “Los Servicios Sociales en la Ley 12/1983, de 14 de julio, de Administración Institucional de la Sanidad y de la Asistencia y los Servicios Sociales. Revista de Treball Social, Barcelona, 1985.
- (17) En el sentido que le da el Prof. Almansa Pastor de “sistema propio” y con un régimen competencial “íntegra y exclusivamente de las comunidades autónomas”.
- (18) Dictamen núm. 37 cit.

# COMENTARIOS DE LA NUEVA LEY REGULADORA DE LAS BASES DEL REGIMEN LOCAL DE 2 DE ABRIL DE 1985: “LOS SERVICIOS SOCIALES EN LA ADMINISTRACION LOCAL”

## INTRODUCCION: La Filosofía de la nueva Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local

Como demuestra nuestra historia y proclama hoy la Constitución, decir régimen local es decir autonomía. La pervivencia misma, a lo largo del tiempo y bajo las más diversas circunstancias políticas, de esta nota caracterizadora muestra, no obstante, la indeterminación y ambigüedad del concepto. Sólo su configuración positiva desde unos postulados y en un contexto jurídico-político determinado, es capaz de dotarlo de un contenido preciso.

Para empezar, el sentido de la autonomía local no puede prescindir de esa referencia fundamentadora de nuestro orden constitucional en que España, designándose a sí misma como sujeto real y protagonista de su historia, se constituye en Estado social y democrático de derecho; anticipando así la formalización de ese dato en la fórmula concisa de residenciar toda la soberanía en el pueblo español. La autonomía local ha de situarse, pues, a la luz de ese principio y en la perspectiva de los principios nucleares que la Constitución contiene para la total estructuración del Estado.

La voluntad del pueblo español ha sido la de enriquecer su trama organizativa, multiplicando sus centros de decisión, sin mengua de la superior unidad de su realidad unificadora. La definición de los municipios y provincias se hace de forma suficiente aunque no prolija, en el texto supremo. La autonomía municipal debe ser el principio rector de la

regulación de cada entidad. El criterio para evitar contradicciones con otras instancias radica en la determinación de sus intereses respectivos. Qué cosa sea el interés respectivo no ha sido desarrollado por la Constitución aunque sí ha determinado los asuntos de interés de la Comunidad Autónoma (art. 148.1) y del Estado (art. 149.1). Con esos elementos y con los datos que se desprenden de la realidad misma de las cosas, es posible construir las instituciones locales manteniéndolas en el lugar que debe corresponderles en un Estado complejo como el actual; y a las Cortes Generales compete enriquecer y concretar el diseño básico de las entidades locales como una de las piezas de la entera organización territorial del Estado. Presupone, pues, una perspectiva territorial, es decir, global y no sectorial. Su desarrollo representa poner en pie una institución territorial y, consecuentemente, su Estatuto subjetivo —puntos de referencia del nuevo ordenamiento desde y por ellos vertebrado— y la ordenación de la capacidad potencialmente universal de dicha institución. Todos los sectores de la realidad a que se extiende la acción pública se encuentran, por ello, aludidos y en mayor o menor medida afectados. Se está en definitiva, ante una Ley que atañe a la construcción misma del Estado y al diseño de uno de los ordenamientos jurídico-administrativos que en él se integran.

## DE LA ADMINISTRACION LOCAL EN GENERAL

La Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local congruente con nuestra Constitución regula dos entidades loca-

Miguel Angel Cabra de Luna (\*)

les básicas (el municipio y la provincia), sin olvidar la isla en los archipiélagos Balear y Canario, así como las comarcas, las áreas metropolitanas, las mancomunidades de municipios y las entidades de ámbito territorial inferior al municipal instituidas o reconocidas por las comunidades autónomas (caseríos, parroquias, aldeas, barrios, pedanías, etc.). Para la efectividad de la autonomía garantizada constitucionalmente a las entidades locales, la legislación del Estado y la de las comunidades autónomas, reguladora de los distintos sectores de acción pública, según la distribución constitucional de competencias, deberá asegurar a los municipios, las provincias y las islas su derecho a intervenir en cuantos asuntos afecten directamente al círculo de sus intereses, atribuyéndoles las competencias que proceda en atención a las características de la actividad pública de que se trate la capacidad de gestión de la entidad local, de conformidad con los principios de descentralización y de máxima proximidad de la gestión administrativa a los ciudadanos. Las leyes básicas del Estado previstas constitucionalmente, deberán determinar las competencias que ellas mismas atribuyan o que, en todo caso, deban corresponder a los entes locales en la materia que regulen (art. 1 de la Ley).

Las competencias de las entidades locales pueden ser propias o atribuidas por delegación.

(\*) Subdirector General de Pensiones y Prestaciones Asistenciales, de Asistencia Técnica y Tutela de la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Las competencias propias se ejercen en régimen de autonomía y bajo la propia responsabilidad, atendiendo siempre a la debida coordinación en su programación y ejecución con las demás administraciones públicas.

Las competencias atribuidas se ejercen en los términos de la delegación, que puede prever técnicas de dirección y control de oportunidad que, en todo caso, habrán de respetar la potestad de autoorganización de los servicios de la entidad local.

En el caso de los Servicios Sociales como veremos más adelante pueden darse los dos supuestos citados ya que la Ley comentada reconoce a los municipios competencia propia en la prestación de Servicios Sociales (art. 25, 2, K), e indirectamente como consecuencia de lo anterior, a la provincia (art. 36), pero es innegable que las comunidades autónomas en función de sus respectivos estatutos de autonomía tienen competencias (legislativas y de ejecución) en esta materia, al igual que el Estado la posee (legislación básica y régimen económico), en cuanto se trata de los Servicios Sociales de la Seguridad Social (arts. 41, 149, 1, 1.<sup>a</sup> y 17.<sup>a</sup> de la Constitución), como garantes de unas prestaciones mínimas básicas para todos los españoles en estado de necesidad. Sin embargo ello no quiere decir que tanto las comunidades autónomas como el estado no puedan delegar sus competencias de servicios sociales, especialmente a nivel de la gestión, en las entidades locales (arts. 8, 27 y 37 de la Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local).

En su calidad de administraciones públicas de carácter territorial y dentro de la esfera de sus competencias, corresponden en todo caso entre otras, a los municipios, las provincias y las islas:

a) Las potestades reglamentarias y de autoorganización (capacidad de dictar ordenanzas y de organizarse libremente con respecto a las leyes).

b) Las potestades tributaria y financiera (capacidad de generar ingresos y de gastar).

c) La potestad de programación y de planificación (perfectamente aplicable a los servicios sociales en su ámbito territorial y cuando sea de su competencia).

De otro lado hay que señalar que la administración local y las demás administraciones públicas ajustarán sus relaciones recíprocas a los deberes de información mutua, colaboración coordinación y respeto a los ámbitos competenciales respectivos. Procederá la coordinación de las competencias de las entida-

des locales entre sí y, especialmente con las de las restantes administraciones públicas, cuando las actividades o los servicios locales trasciendan el interés propio de las correspondientes entidades, incidan o condicionen relevantemente los de dichas administraciones o sean concurrentes o complementarios de lo de éstas (este es el caso de los servicios sociales en determinadas situaciones, es decir cuando se trate de actividades supramunicipales, autonómicas o estatales). Pero hay que tener en cuenta que según dispone la ley, las funciones de coordinación no afectarán en ningún caso a la autonomía de las entidades locales.

Este aserto legal nos lleva a repetir lo expresado en la introducción de este trabajo y es que la autonomía local se vertebra sobre un equilibrio dinámico propio de un sistema de distribución del poder, tratando de articular los intereses del conjunto y buscando el beneficio de los ciudadanos. Esta afirmación es válida tanto para las comunidades autónomas como para el Estado y es perfectamente aplicable a un sector tripartito como es el de los servicios sociales, en el que intervienen la administración local, la autonómica y la estatal.

## DEL MUNICIPIO

El municipio para la gestión de sus intereses y en el ámbito de sus competencias puede promover toda clase de actividades y prestar cuantos servicios públicos contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal. El municipio ejercerá en todo caso, competencias en los términos de la legislación del Estado y de las comunidades autónomas, entre otras, en la prestación de los **Servicios Sociales y de promoción y reinserción social** (art. 25, 2, K). En nuestro caso en términos generales la legislación del Estado es la normativa básica actualmente vigente y la futura Ley de los Servicios Sociales de la Seguridad Social y la legislación de las comunidades autónomas son las distintas leyes autonómicas de Servicios Sociales donde estén promulgadas. Asimismo de acuerdo con el art. 26, 1, C) de la Ley, los municipios con población superior a 20.000 habitantes, por sí o asociados prestarán servicios sociales. De una manera clara y concisa por primera vez se establece como obligación legal de determinados municipios los servicios sociales. Evidentemente se ha dado un salto cualitativo sobre la anterior situación que venía regulada por la Ley de

Régimen Local, texto refundido aprobado por Decreto de 24 de junio de 1955 que sólo otorgaba a los municipios competencias sobre el padrón de beneficiencia, la protección de menores, la prevención y represión de la mendicidad, atenciones de índole social y sostenimiento de albergues de transeúntes (arts. 101 y siguientes de la antigua Ley de Régimen Local). En qué se plasmará la prestación de servicios sociales, a nivel municipal dependerá del marco de la legislación del Estado y de las comunidades autónomas en esta materia, y de las disponibilidades presupuestarias asignadas a este fin.

Otro detalle de carácter ideológico a tener en cuenta es que la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local, como hemos mencionado más arriba no sólo establece que es competencia del municipio la prestación de servicios sociales, sino también los de “promoción y reinserción social”, es decir mantiene una postura positiva (la promoción y la reinserción social) que no se ve empañada por las posiciones asistencialistas que propenden a mantener la marginación, ya que sólo atienden los problemas sociales como una vía de buscar alivio, sin atacar sus causas en la mayoría de las ocasiones y por tanto no dando una solución a largo plazo. Desde esta óptica es criticable que el art. 26, 1, c) de la nueva Ley sólo cite como obligación de los municipios con población superior a 20.000 habitantes, “la prestación de servicios sociales”, excluyendo así los de promoción y reinserción.

El listón de 20.000 habitantes hace quedar un tanto coja la obligatoriedad de los servicios sociales a nivel municipal, si se considera como una visión de Estado, ya que de acuerdo con el cuadro Anexo sobre los municipios y población en España, 7091 municipios (14.079.450 habitantes), ubicados la gran mayoría de ellos en zonas rurales, no tienen obligación de prestar servicios sociales. Pero no hay que llamarse a engaño, pues como se estudia en el próximo apartado, serán las diputaciones provinciales (art. 31) las que habrán de prestar los servicios sociales, con la ayuda de las comunidades autónomas y del Estado. Este caso de hecho ya ha empezado a producirse).

Independientemente de lo anterior, los municipios de menos de 20.000 habitantes si bien no están obligados a mantener servicios sociales, de acuerdo con la Ley y (art. 25, 2, K ya citado) ejercerán competencias en esta materia y para ello podrán mancomunarse (art. 44).

MUNICIPIOS Y POBLACION EN ESPAÑA

A. MUNICIPIOS DE MAS DE 100.000 HABITANTES

Tramo de habitantes	N.º de municipios	Población	Nombres
1. Sobre 1.000.000 de habitantes	2	4.911.465	Barcelona, Madrid.
2. De 400.000 a 999.999 habitantes	5	2.897.497	Bilbao, Málaga, Sevilla, Zaragoza, Valencia.
3. De 300.000 a 399.999 habitantes	2	680.391	Las Palmas, Valladolid.
4. De 200.000 a 299.999 habitantes	11	2.807.413	Alicante, Badalona, Gijón, Granada, Hospitalet de Llobregat, La Coruña, Palma de Mallorca, Murcia, Sabadell, Vigo.
5. De 100.000 a 199.999 habitantes	26	3.758.102	Almería, Alcalá de Henares, Alcorcón, Albacete, Badajoz, Baracaldo, Burgos, Cádiz, Cartagena, Elche, Getafe, Huelva, La Laguna, Leganés, León, Lérida, Móstoles, Oviedo, Pamplona, Salamanca, San Sebastián, Santa Coloma de Gramanet, Santa Cruz de Tenerife, Tarrasa, Tarragona.
SUMA.....	46	15.054.848	

La ley garantiza un verdadero derecho subjetivo a los servicios sociales, con todo lo que este concepto jurídico conlleva, pues el art. 18 estipula como derecho de los vecinos la posibilidad de exigir la prestación y, en su caso, el establecimiento del correspondiente servicio público, en el supuesto de constituir una competencia municipal propia de carácter obligatorio (los servicios sociales lo son en los municipios de más de 20.000 habitantes como ya hemos dicho). El contenido de este artículo debe ponerse en conexión con el art. 24 de la Constitución que consagra el derecho de los ciudadanos a obtener la tutela efectiva de los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos.

La ley no hace referencia alguna al padrón de beneficiencia, que "de iure" desaparece. Cuando las Cortes Generales aprueben la Ley General de Sanidad, que extenderá las prestaciones sanitarias a la población marginada no beneficiaria del sistema de la Seguridad Social, entonces posiblemente desaparezca "de facto" el padrón de beneficiencia. Por el contrario sí hace mención al padrón municipal en el que se inscribirá todo español o extranjero que viva en territorio nacional, habiendo de hacerlo en el municipio en que reside habitualmente. El término extranjero, a efectos de servicios sociales, expresa las siguientes situaciones: refugiados, asilados e inmigrantes. Es muy importante reseñar que el art. 18, 2 de la Ley dispone que los extranjeros domiciliados que sean mayores de edad tienen los derechos y deberes

B. MUNICIPIOS DE MAS DE 50.000 Y MENOS DE 100.000 HABITANTES

Tramo de habitantes	N.º de municipios	Población
1. De 50.001 a 99.999 habitantes	52	3.406.847

C. MUNICIPIOS DE MAS DE 20.000 Y MENOS DE 50.000 HABITANTES

Tramo de habitantes	N.º de municipios	Población
1. De 20.001 a 49.999 habitantes	159	4.502.069

D. MUNICIPIOS DE MENOS DE 20.000 HABITANTES

Tramo de habitantes	N.º de municipios	Población
1. De 10.001 a 20.000 habitantes	247	3.954.716
2. De 5.001 a 10.000 habitantes	541	3.534.103
3. De 100 a 5.000 habitantes	6.303	6.590.631
SUMA.....	7.091	14.079.450
<b>TOTALES:</b>	<b>7.348</b>	<b>37.043.214</b>

Observaciones: En los totales hay pequeñas diferencias por ajuste.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del INE - CENSO 1981.

propios de los vecinos, salvo los de carácter político. Esto quiere decir que tienen derecho a exigir la prestación de servicios sociales (como ya hemos visto anteriormente), lo que supone una

directriz de no discriminación y lo que es más importante un pleno desarrollo del principio de normalización, cumpliéndose al mismo tiempo los tratados internacionales suscritos por España en



David 85.

Ilustración de David Santa Isabel.

esta materia (Convención de Ginebra sobre Estatuto de los Refugiados de 28 de julio de 1951, y Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica de 11 de diciembre de 1953.

En la línea de acercar los servicios a los administrados y para facilitar la participación ciudadana en la gestión de los asuntos locales y mejorar ésta, los municipios podrán establecer órganos territoriales de gestión desconcentrada (Juntas de Distrito, etc.) con la organización, funciones y competencias que cada ayuntamiento les confiera, atendiendo a las características del asentamiento de la población en el término municipal, sin perjuicio de la unidad de gobierno y gestión del municipio. Esta es ya una experiencia que se está produciendo en multitud de municipios españoles.

La Administración del Estado, de las comunidades autónomas y otras entidades locales podrán delegar en los municipios el ejercicio de competencias en materias que afecten a sus intereses propios (pueden ser los servicios sociales), siempre que con ello se mejore la eficacia de la gestión pública y se alcance una mayor participación ciudadana. La disposición o el acuerdo de delegación debe determinar el alcance, contenido, condiciones y duración de ésta, así como el control que se reserve, la Administración delegante y los medios personales, materiales y económicos que ésta transfiera. En todo caso, la Administración delegante podrá, para dirigir y controlar el ejercicio de los servicios delegados, emanar instrucciones técnicas de carácter general y recabar, en cualquier momento, información sobre la gestión municipal, así como enviar comisionados y formular los requerimientos pertinentes para la subsanación de las deficiencias observadas. En caso de incumplimiento la Administración delegante podrá revocar la delegación o ejecutar por sí misma la competencia delegada en sustitución del municipio.

La efectividad de la delegación requerirá su aceptación por el municipio interesado, y, en su caso, la previa consulta e informe de la comunidad autónoma, salvo que por ley se imponga obligatoriamente, en cuyo caso habrá de ir acompañada necesariamente de la dotación o el incremento de medios económicos para desempeñarlos. Las competencias delegadas se ejercen con arreglo a la legislación del Estado o de las comunidades autónomas correspondientes o en su caso, la reglamentación aprobada por la entidad local delegante.

Esta posible delegación de competen-

cias puede dar pie a una descentralización de los servicios sociales en la administración municipal y facilita las transferencias del Estado en esta materia a Ceuta y Melilla, si no se constituyen en comunidades autónomas en virtud de la disposición transitoria quinta de la Constitución.

## DE LA PROVINCIA

La provincia es una entidad local determinada por la agrupación de municipios con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines. Son fines propios y específicos de la provincia garantizar los principios de solidaridad y equilibrio intermunicipales, en el marco de la política económica y social, y en particular:

a) Asegurar la prestación integral y adecuada en la totalidad del territorio provincial de los servicios de competencia municipal.

b) Participar en la coordinación de la Administración local con la de la comunidad autónoma y la del Estado.

El gobierno y la administración autónoma de la provincia corresponden a la diputación u otras corporaciones de carácter representativo.

Según el art. 36 de la Ley, son competencias propias de la diputación las que les atribuyan, en este concepto, las leyes del Estado y de las comunidades autónomas en los diferentes sectores de la acción pública (en nuestro caso legislación básica del Estado en Servicios Sociales y leyes autonómicas de Servicios Sociales), y en todo caso:

a) La coordinación de los servicios municipales entre sí para la garantía de la prestación integral adecuada de éstos.

b) La asistencia y la cooperación jurídica, económica y técnica a los municipios, especialmente los de menor capacidad económica y de gestión.

c) La prestación de servicios públicos de carácter supramunicipal y, en su caso, supracomarcal.

d) En general, el fomento y la administración de los intereses peculiares de la provincia.

A los efectos de lo dispuesto en las letras a) y b) anteriores, la diputación:

1) Aprueba anualmente un plan provincial de cooperación a las obras y servicios de competencia municipal, en cuya elaboración deben participar los municipios de la provincia. Las comunidades autónomas aseguran en su territorio la coordinación de los diversos planes provinciales.

El Estado y las comunidades autónomas, en su caso, pueden sujetar sus subvenciones a determinados criterios y condiciones en su utilización o empleo.

2) Asegura el acceso de la población de la provincia al conjunto de los servicios mínimos de competencia municipal y la mayor eficacia y economicidad en la prestación de éstos mediante cualesquiera fórmulas de asistencia y cooperación con los municipios.

La Ley atribuye a la diputación provincial claras competencias en materia de servicios sociales ya que ha de velar por la eficaz prestación de los servicios mínimos encargados a los municipios, entre los que se incluyen la prestación de los servicios sociales, y para ello se le inviste de potestades supramunicipales que serán utilizadas para cubrir las deficiencias de los servicios sociales municipales, especialmente en las zonas rurales y más deprimidas.

En los momentos actuales queda fuera de lugar por obsoleta la atribución de competencias que la vieja Ley de Régimen Local de 1955 otorgaba a la diputación provincial y que se refería esencialmente a la creación y sostenimiento del hogar infantil y el hogar de ancianos desvalidos (arts. 243 y ss. de la antigua Ley de Régimen Local).

Asimismo y en paralelo con lo dicho respecto al municipio, las comunidades autónomas podrán delegar competencias en las diputaciones, así como encomendar a éstas la gestión ordinaria de servicios propios en los términos previstos en los Estatutos correspondientes.

En este último supuesto las diputaciones actuarán con sujeción plena a las instrucciones generales y particulares de las comunidades.

La Ley establece regímenes especiales en relación con los órganos forales de Alava, Guipúzcoa y Vizcaya que conservan su régimen peculiar en el marco del estatuto de autonomía de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Las comunidades autónomas uniprovinciales y la foral de Navarra asumen las competencias, medios y recursos que corresponden en el régimen ordinario a las diputaciones provinciales.

## RELACIONES INTERADMINISTRATIVAS

La Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local es muy escrupulosa en la regulación de las relaciones entre la administración local y el resto de administraciones públicas; ello se debe a que

son pocas las competencias exclusivas de unas y otras administraciones y si cada una tira para sí sin tener en cuenta a las otras en el ejercicio de sus funciones, el servicio público no funcionará bien en detrimento de los ciudadanos y lo prescrito por el art. 103.1, de la Constitución quedaría en papel mojado: "La administración pública sirve con objetividad los intereses generales y actúa de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación, con sometimiento pleno a la Ley y al Derecho".

A estos efectos la ley dispone que para la efectividad de la coordinación y la eficacia administrativas, las administraciones del Estado y de las comunidades autónomas, de un lado, y las entidades locales, de otro, deberán en sus relaciones recíprocas:

a) Respetar el ejercicio legítimo por las otras administraciones de sus competencias y las consecuencias que del mismo se deriven para las propias.

b) Ponderar, en la actuación de las competencias propias, la totalidad de los intereses públicos implicados y, en concreto, aquellos cuya gestión esté encomendada a las otras administraciones.

c) Facilitar a las otras administraciones la información sobre la propia gestión que sea relevante para el adecuado desarrollo por éstas de sus cometidos.

d) Prestar, en el ámbito propio, la cooperación y asistencia activas que las otras administraciones pudieran precisar para el eficaz cumplimiento de sus tareas.

La Administración del Estado y la de las comunidades autónomas deberán facilitar el acceso de los representantes legales de las entidades locales a los instrumentos de planificación, programación y gestión de obras y servicios que les afecten directamente. En todo caso, las administraciones que tengan atribuidas la formulación y aprobación de instrumentos de planificación deberán otorgar a las restantes una participación que permita armonizar los intereses públicos afectados. Este mandato legal incide directamente sobre el proceso de elaboración de los Mapas de servicios sociales y de cualquier plan sectorial (menores, minusválidos, tercera edad, etc.).

La cooperación económica técnica y administrativa entre la administración local y las administraciones del Estado y de las comunidades autónomas, tanto en servicios locales como en asuntos de interés común, se desarrollará con carácter voluntario, bajo las formas y en los términos previstos en las leyes, pudiendo tener lugar, en todo caso, mediante

los consorcios o convenios administrativos que suscriban. De cada acuerdo de cooperación formalizado por alguna de estas administraciones se dará comunicación a aquellas otras que, resultando interesadas, no hayan intervenido en el mismo, a los efectos de mantener una recíproca y constante información. Esta obligación es fundamental para que pueda existir una política de servicios sociales a nivel de Estado.

Las leyes del Estado o de las comunidades autónomas podrán crear, para la coordinación administrativa, órganos de colaboración de las administraciones correspondientes con las entidades locales. Estos órganos, que serán únicamente deliberantes o consultivos, podrán tener ámbito autonómico o provincial y carácter general o sectorial. A nivel de los servicios sociales diferentes leyes autonómicas sectoriales han creado ya órganos de participación donde intervienen las corporaciones locales.

Es muy importante subrayar que la Ley comentada dispone que tanto la Administración del Estado como las de las comunidades autónomas podrán participar en los respectivos órganos de colaboración establecidos por cada una de ellas. Es una cláusula de cierre que al llevarse a la práctica evitará la actual dispersión existente en nuestro sector entre los distintos niveles territoriales.

Finalmente hay que decir de acuerdo con el art. 59 de la Ley que en el supuesto de que la coordinación necesaria no fuera posible, a través de los instrumentos jurídicos más arriba mencionados, en materias concurrentes o complementarias (los servicios sociales lo son así), las leyes del Estado y las de las comunidades autónomas, reguladoras de los distintos sectores de la acción pública (en nuestro caso la legislación básica del Estado en Servicios Sociales y las leyes autonómicas de Servicios Sociales), podrán atribuir al Gobierno de la Nación o al Consejo de Gobierno, la facultad de coordinar la actividad de la administración local y, en especial, de las diputaciones provinciales en el ejercicio de sus competencias.

La coordinación se realizará mediante la definición concreta y en relación con una materia, servicio o competencia determinados de los intereses generales o comunitarios, a través de planes sectoriales para la fijación de los objetivos y la determinación de las prioridades de la acción pública en la materia correspondiente. En la tramitación de los mismos se habrá de contar con las corporaciones locales implicadas.

Las entidades locales ejercerán sus facultades de programación, planificación u ordenación de los servicios o actividades de su competencia en el marco de las previsiones de los planes a que se refiere el párrafo anterior.

## INFORMACION Y PARTICIPACION CIUDADANA

La información y especialmente la información ciudadana son dos aspectos muy importantes para los servicios sociales a nivel de la administración local. Si los servicios sociales se prestan sin la participación del tejido social se tenderá a la reproducción de la marginación. De aquí que sea conveniente hacer especial hincapié en los arts. 69 y 72 de la Ley que establece que las corporaciones locales facilitarán la más amplia información sobre su actividad y la participación de todos los ciudadanos en la vida local. Asimismo éstas favorecerán el desarrollo de las asociaciones para la defensa de los intereses generales o sectoriales de los vecinos, les facilitarán la más amplia información sobre sus actividades y dentro de sus posibilidades, el uso de los medios públicos y el acceso a las ayudas económicas para la realización de sus actividades e impulsarán su participación en la gestión de la corporación. A tales efectos pueden ser declaradas de utilidad pública.

## DE LAS HACIENDAS LOCALES

Es el punto final de obligada referencia; de nada valdrá otorgar amplias competencias en servicios sociales a las corporaciones locales, si ello no va aparejado de su correspondiente financiación. A estos efectos el art. 105 de la Ley preceptúa que se dotará a las haciendas locales de recursos suficientes para el cumplimiento de los fines de las entidades locales.

Las haciendas locales se nutren, además de tributos propios y de las participaciones reconocidas en los del Estado y en los de las comunidades autónomas, de aquellos otros recursos que prevé la Ley.

El Gobierno en estos momentos está preparando un proyecto de ley de haciendas locales, en el cual habrá de contemplarse el sistema definitivo de financiación de la administración local, que permitirá posiblemente incrementar la cuota de participación de las entidades locales, en los ingresos públicos.

# ANALISIS SOBRE LA EDUCACION ESPECIAL

## INTRODUCCION

La publicación del Real Decreto 334/1985 de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial (B.O.E. de 16 de marzo de 1985), por lo necesario y lo esperado abre un nuevo campo de expectativas del que nosotros, como trabajadores del ámbito educativo en el marco de la educación especial no nos podemos sustraer.

Con el objeto de reflexionar sobre sus posibles repercusiones dividimos el trabajo en una serie de apartados. Para ello antes de realizar una aproximación a su viabilidad, presentaremos en primer lugar un análisis de los aspectos más relevantes del Real Decreto, posteriormente haremos un estudio diacrónico de la legislación estatal en materia de Educación Especial en los últimos años, para, por último mostrar una breve panorámica de la situación de la Educación Especial en diversos países europeos.

## I. ANALISIS DEL REAL DECRETO

El Real Decreto pretende convertirse en la respuesta educativa a un cambio de actitudes sociales sobre la atención a deficientes e inadaptados habidos durante las dos últimas décadas reflejado en las legislaciones correspondientes aludiendo a la homologación con otros países más adelantados en este campo de atención especial.

Para ello no se ciñe a ningún ámbito educativo en concreto, sino que se presenta como algo más amplio, reglamentado desde lo previo a la escolaridad, hasta los estudios superiores incluidos los universitarios.

Es a partir de los enunciados filosóficos comunes: normalización, integración, sectorización, individualización, cuando el Real Decreto enumera sus líneas fundamentales: la primera de ellas es aceptar la inviabilidad de llevar a cabo la integración escolar sin la dotación de recursos técnicos y humanos al sistema

ordinario, por lo que establece que éste será dotado de servicios "dinamizadores" que los permabilicen y que faciliten el objetivo de la integración; en segundo lugar se establece la necesidad de una real y permanente coordinación entre centros ordinarios y centros específicos tendentes a la consecución del objetivo común de la integración.

Continuando con la lectura del R.D. nos encontramos con la concretización del papel de la E.E. dentro del sistema educativo y que aporta propuestas importantes como es la atención temprana previa a la escolarización (de 2 a 5 años) como fase preparatoria y con carácter preventivo para su escolarización integrada; asimismo, se vuelve a hacer hincapié en la dotación de apoyo al sistema ordinario que lo haga más flexible en vistas de las incorporaciones en él de deficientes e inadaptados, y al carácter transitorio de la escolarización en los centros y unidades específicas de E.E., hasta que se superen los problemas que impidan la escolarización en centros normalizados.

Por otra parte los apoyos a la E.E. se concretan a tres niveles:

- Valoración y orientación educativa, que comprende las ya consabidas funciones de prevención y detección precoz, evaluación pluridimensional, elaboración y seguimiento de los P.D.I.

- Refuerzo pedagógico, que vendrá dado, sobre todo, por la mayor especialización del profesor del aula, una menor proporción alumno/profesor, la colaboración de los padres en el proceso y una mayor individualización de la enseñanza.

- Por último los tratamientos y atenciones personalizadas que, en función del principio de individualización, y según las necesidades podrán consistir en logopedia, fisioterapia, etc.

Los tres niveles de apoyo descritos serán llevados a cabo por profesionales especializados, ya sea de forma fija en los centros, o bien en régimen ambulatorio organizados sectorialmente. Según sea su cometido se integrarán en equipos o en los propios claustros de los centros.

Paz Raña (pedagoga)\*  
Alberto Mariño (psicólogo)\*  
Felicitas Rodríguez (asistente social)\*

Otro bloque relevante en su contenido es el que se refiere a las adaptaciones del sistema pedagógico ordinario, tendentes a conseguir el mejor desarrollo del principio de individualización de la enseñanza; estas adaptaciones pueden hacerse tanto a nivel de contenidos como a nivel de métodos, material, etc. (arbitrando fórmulas para aquellos individuos que no pueden seguir el ritmo que se pretende "normal", al primar el criterio de desarrollo psicobiológico sobre el criterio estrictamente cronológico.

También es de destacar dentro del apartado de las disposiciones adicionales, la contemplación de la atención pedagógica especial a los niños en edad escolar hospitalizados o atendidos en centros asistenciales, así como la necesidad de incluir en la formación del profesorado de E.G.B. estudios sobre la E.E., la formación de comisiones de ámbito sectorial encargados de coordinar esfuerzos y la estimulación de la investigación en el ámbito de la E.E.

Por último se especifican los criterios para la selección de los centros que asuman la experiencia de integración, que se resume en que deben cubrir un sector de población de 100.000 a 150.000 habitantes, y que aseguran la continuación de la integración o la renovación de la misma.

## II. ESTUDIO DIACRONICO DE LA LEGISLACION (1) ESPAÑOLA SOBRE EDUCACION ESPECIAL, DESDE LA LEY GENERAL DE EDUCACION (2)

1) Ley de agosto de 1970, de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa en donde se puede subrayar: - Que la finalidad de la E.E. será la de preparar a los deficientes e inadaptados para la incorporación tan plena como sea posible a la vida social y a un sistema de trabajo.

(\*) Miembros del Equipo Psicopedagógico de Apoyo a Orense.

- Que sólo cuando la profundidad de las anomalías que padezcan los deficientes e inadaptados lo haga absolutamente necesaria, se llevará a cabo en centros especiales.

- Que se fomentará el establecimiento de unidades E.E. en centros docentes de régimen ordinario para los deficientes leves.

- Que el MEC establecerá los objetivos, estructuras, duración, programas y límites de la E.E. que se ajustarán a los niveles, aptitudes y posibilidades de desenvolvimiento de cada deficiente o inadaptado y no a su edad cronológica.

2) Orden 30 de agosto de 1971, en donde se autoriza y se dan normas para la realización del censo de alumnos deficientes e inadaptados necesitados de E.E.

3) Orden de 17 de junio de 1974 por la que se estructura el sistema de enseñanzas de F.P. en centros E.E.

4) Real Decreto 23 de abril de 1975, de creación del Instituto Nacional de Educación Especial.

- cuya misión esencial será la de conseguir la progresiva extensión y perfeccionamiento del sistema de educación especial,

- y entre otras funciones estaría la de establecer directrices y determinar objetivos en E.E., promover cursos de perfeccionamiento, procurar la creación de unidades transitorias en colegios ordinarios.

5) Plan Nacional de Educación Especial 1977.

Contiene los criterios básicos para el desarrollo normativo de la E.E. en España:

- Se recogen los principios que los inspiraron y el desarrollo de cada uno de ellos:

- Normalización.

- Integración. Aparecen reseñadas las formas de integración tanto a nivel de preescolar, en la que se aboga por una integración casi incondicional, como a nivel de E.G.B., en donde se habla de las distintas modalidades de integración:

Integración completa en unidades de educación ordinaria.

Integración combinada E.G.B./E.E. Integración parcial en aulas especiales en centros ordinarios.

Escolarización en centros específicos y a nivel de F.P.

- Sectorización. En este apartado ya se reseñan los aspectos básicos: definición y delimitación del sector, su funcionalidad, incidiendo en una coordinación sectorial de funciones.

- Individualización. En este último principio se definen las diversas funciones de los equipos multiprofesionales y del personal del apoyo que lo desarrolla.

- Además, aparecen una serie de orientaciones para la puesta en práctica del plan, y que abarca desde servicios de apoyo a aulas especiales y su coordinación, programas y preparación del personal.

6) Circular del MEC, 23 de junio de 1981, en la que se establecen criterios de actuación en el campo de la E.E. y de la que, entre otras cosas podemos destacar:

- Que, siempre que sea posible, todo alumno sujeto de E.E. deberá integrarse en la enseñanza ordinaria.

- Que será requisito previo a la admisión de alumnos en Unidades E.E. en centros ordinarios o en centros específicos, la existencia de una valoración diagnóstica, efectuada siempre que sea posible por un equipo multiprofesional.

- Que en la elaboración de los programas de desarrollo intervendrán el equipo docente.

- Especifica los modos de escolarización ya reseñados en el PNEE.

- Regula ciertos aspectos concernientes a unidades E.E. en centros ordinarios:

- Que tendrán como característica fundamental la homogeneidad de los alumnos en cuanto a nivel de desarrollo y aprendizaje.

- No deberán escolarizarse alumnos considerados como límites, ni los que estén afectados por retrasos escolares.

- Es preciso dar prioridad absoluta para que tales puestos escolares sean ocupados por deficientes.

7) Ley 7 de abril de 1982, de Integración Social del Minusválido, de la que se podría destacar:

- El reconocimiento de los derechos a los disminuidos en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales para su completa realización personal y su total integración social.

- Que las medidas tendentes a la promoción educativa, cultural, laboral y social de los minusválidos, se llevarán a cabo mediante su integración en las instituciones de carácter general, excepto cuando por las características de su minusvalía requieran una atención peculiar a través de servicios y centros especiales.

- Funcionarán unidades de transición entre centros de E.E. y centros ordinarios para facilitar la integración de los alumnos.

- La E.E. es un proceso encaminado

a conseguir la total integración social del minusválido.

8) Orden 9 de septiembre de 1982, por la que se regula la composición y funciones de los equipos multiprofesionales dependientes del INE:

- Se especifican las funciones ya conocidas:

- acción preventiva en el medio social, familiar y escolar.

- detección precoz de deficiencias, anomalías o trastornos.

- valoración pluridimensional de las necesidades y capacidades del sujeto.

- elaboración y seguimiento del programa de desarrollo individual.

- contribuir a la elaboración del diseño del cuadro de necesidades completas del sector.

- Estos articularán su funcionamiento a través de inspecciones de Educación Básica, F.P. y Bachillerato.

9) Real Decreto 15 de octubre de 1982 de Ordenación de la Educación Especial, en donde incide en las formas de desarrollar la E.E.:

- Que se concretan en las modalidades de escolarización señaladas en el PNEE.

- Se reseña las funciones de los E.M. recogidas en la Orden del 9 de septiembre de 1982.

- Se prevé la presencia de grupos de apoyo formados por profesorado especializado y cuya misión consistirá en prestar asistencia técnica, incluso de modo itinerante, y elaborar materiales y otros recursos didácticos, según las necesidades de los alumnos E.E. integrados en centros ordinarios.

## III. PANORAMICA DE LA SITUACION ACTUAL DE LA EDUCACION ESPECIAL EN PAISES DE EUROPA (1)

La existencia de servicios interdisciplinarios de atención a sujetos susceptibles de E.E. o, en todo caso, de apoyo a determinados sectores de población escolar; compuesta en la mayor parte de los casos por psicólogos, pedagogos, asistentes sociales y, a veces médicos, figura en los organigramas de gran parte de las administraciones educativas de los países europeos, abarcando unas veces restringidos sectores de población (Italia, Francia, Dinamarca, etc.), otros, ámbitos municipales en donde los servicios educativos se encuentran descentralizados administrativamente (como es el caso de Noruega), y otras, centros escolares ordinarios, que cuentan con un equipo especializado para resolver sus propias necesidades.

Es conveniente contactar asimismo la existencia de profesores de apoyo en la casi totalidad de países de referencia (llamados en algunos sitios profesores auxiliares en otros, maestros ayudantes...), que son personal especializado que presta su ayuda, bien, a grupos de niños deficientes incorporados en aulas ordinarias, o bien, a los profesores que los acogen.

Con respecto a la formación del profesorado de E.E. destaca el hecho de que en varios países (Francia, Luxemburgo, Dinamarca...) se exige estar previamente en posesión del título de profesor de Enseñanza Básica, requiriéndose en algunos de ellos, años de experiencia docente.

También es interesante subrayar el papel que tienen los padres de niños deficientes como grupos de presión en la evolución de mentalidades (caso de Francia), y cuyo punto de vista es decisivo para la escolarización del niño en alguna modalidad de integración; incluso en algunos casos, pueden recurrir judicialmente, si piensan que la ubicación de su hijo no es la adecuada.

Asimismo, se constata que en la mayoría de los países existen centros específicos que acogen a niños deficientes alegando que por su grado de deficiencia no son susceptibles de integrarse en escuelas ordinarias, existiendo, no obstante, coordinación entre ambas instituciones. En otros países, no aparecen centros específicos como tal, desarrollando los niños deficientes su escolarización en aulas especiales de colegios regulares o en las mismas aulas ordinarias con apoyo.

La modalidad de educación temprana y por extensión de integración precoz se recoge como prioritaria en algunos lugares, teniendo los niños con problemas derecho a admisión preferente en varios de ellos.

#### IV. APROXIMACION A LAS CONDICIONES PARA LA OPERATIVIZACION DEL REAL DECRETO

En vista de la información antes tratada, por un lado observamos que a nivel de legislación comparada con países europeos, y a pesar de algunas diferencias en el tratamiento de varios puntos, podemos considerar que la legislación actual es perfectamente homologable con aquellos países. Aunque hasta que no se proceda al desarrollo concreto del R.D. no podemos confirmar la misma homologación.

Por otro lado, es evidente que el

actual R.D. recoge, da forma y a veces amplia, muchos aspectos relevantes ya tratados en anteriores disposiciones.

Las legislaciones precedentes ya posibilitaban la puesta en práctica del concepto de integración educativa, organizando de una forma sistemática mecanismos de acercamiento de la E.E. al sistema educativo ordinario, y salvo experiencias esporádicas y meritorias no se ha llevado a cabo, y si además las condiciones de infraestructura humana, física y económica, condicionantes de todo el proceso de integración educativa no han variado sustancialmente, la existencia del actual R.D. en sí mismo, nos crea una cierta cautela a la hora de prever su aplicación y resultado.

Dentro de este contexto, vamos a exponer ciertas condiciones que, sin pretender agotarlas creemos que son imprescindibles y que se deberían tener en cuenta para hacer viable la realidad de la integración:

— Ampliar positivamente la mentalidad integradora. Pese a que, tal como aparecen en las primeras líneas del R.D., existe un cambio positivo en esta línea en las últimas décadas, todavía subyacen dentro del sistema social y educativo actitudes de segregación que no favorecen un mayor número de experiencias.

La escasa profundización en esta línea, lleva, en muchas ocasiones, a considerar a la mera ubicación en un aula ordinaria como objetivo integrador logrado, o a denominar experiencias de integración a lo que, en algunos casos, con apoyos a dificultades escolares.

Es, por tanto, necesario profundizar en esta tarea básica, abundando en la información sobre ventajas o inconvenientes (para el deficiente y el sistema educativo ordinario) de la integración, posibilidades, conceptos de deficiencia en sí, etc. y difundiendo las experiencias reales habidas. Al mismo tiempo las experiencias que se inicien deben ser mimadas y apoyadas por todas aquellas instituciones y servicios implicados.

— Desarrollo y puesta en práctica sin demora de los mecanismos ideados para apoyar la integración escolar.

La carencia de este tipo de recursos de apoyo puede provocar que muchas de las experiencias iniciadas, no llegaran a ser totalmente exitosas, en otros casos, puede actuar como un freno para el inicio de otras nuevas.

Esto exige una voluntad decidida de operativizar los niveles de apoyo estipulados, partiendo siempre del conocimiento del medio donde se vayan a plasmar y regulando los sistemas de especia-

lización de los profesionales adscritos a ellos.

— Modificar la realidad física de los centros escolares, adecuándola a las necesidades de integración.

Las condiciones arquitectónicas de la mayoría de los centros escolares no posibilita la incorporación a ellos de muchos niños afectados.

— Coordinación de todos los recursos sociocomunitarios existentes, para rentabilizar el trabajo en el ámbito E.E. evitando la duplicidad de atención en determinadas áreas y la incidencia incompleta en otras.

Si estas condiciones se logran satisfacer, se vería mejorado el sistema educativo hasta tal punto que posibilitaría el que cualquier centro educativo a su vez podría ampliar el número inicial de Centros de Integración tal y como aparecen en el R.D., asignados a sectores de población determinados.

Por otra parte, entendiendo la integración como un proceso continuo y conscientes de las dificultades que conlleva, es importante evitar actitudes pasivas que hipotequen el avance en dicho proceso a la espera de la modificación total de las características antes reseñadas.

Por último, no queremos dejar de saludar lo que, a nuestro juicio, son innovaciones importantes del R.D. tales como:

— La asunción por el MEC del ámbito de la educación temprana.

— La sistematización de los niveles de apoyo a la escuela.

— La posibilidad de atención a deficientes en centros de integración.

— La aparición de profesionales fijos en un centro o itinerante que faciliten asistencia técnico-pedagógica y/o tratamientos específicos.

— La atención a niños hospitalizados e institucionalizados en centros asistenciales.

— La alusión a la formación del profesorado y profesionales en E.E.

— La promoción de la investigación en este ámbito.

#### NOTAS

(1) A pesar del epígrafe, abarcamos un espectro mayor que el puramente legislativo al incluir en este apartado el Plan Nacional de E.E. y una circular MEC.

(2) Reseñamos aquellos aspectos que nos parecen más relevantes de cara al análisis.

(3) Tomando como referencia: Italia, Francia, Alemania Federal, Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Holanda y Luxemburgo.

## LA SALUD PUBLICA DEL FUTURO

# RECURSOS SANITARIOS ESPAÑOLES

Jesús M. de Miguel

#### ESTRUCTURA DEL SECTOR

El sistema sanitario español gira desde la década de los cuarenta en torno a un sector sanitario público fuerte dentro de la Seguridad Social, que en un principio se denominó Instituto Nacional de Previsión y posteriormente Instituto Nacional de la Salud (más conocido como INSALUD). Este es una especie de "National Health Service" a la española que atiende aproximadamente el 85 por ciento de la población, cubre el 70 por ciento del consumo sanitario y mantiene el 25 por ciento de las camas

hospitalarias del país (sin duda las mejores y más eficientes camas). En su dinámica interna la Seguridad Social señala el invento falangista de una institución al servicio de los trabajadores (pero con el dinero de los trabajadores) que ha servido sobre todo para apoyo del Estado, de los profesionales dentro del sector sanitario y de las empresas privadas. El Instituto Nacional de Previsión (INP) luego Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), se ha ido convirtiendo gradualmente en un organismo inmanejable, difícil de controlar, y sin una responsabilidad pública clara. La falta de información es mayor aún respecto del sector privado, en que no sabemos ni el número de pacientes totales que se ven

ni los tratamientos, ni la evolución de sus procesos patológicos.

Sin embargo el INSALUD no ha seguido un desarrollo racional, ni siquiera planificado, sino que ha cambiado conforme a impulsos internos del sector público, y como resultado de negociaciones y regateos del sector privado dispuesto a no perder sus privilegios. Como consecuencia la Seguridad Social se ha fragmentado sucesivamente, aunque conservando una centralización alta, convirtiéndose en una organización llena de problemas para los fines que se propone. Nuestra hipótesis central es que la estructura de la Seguridad Social depende de dos factores: primero, el imparable crecimiento burocrático como con-

secuencia de aplicar un modelo privado al sector público, hasta el punto de que el INSALUD no ha servido para remediar las prioridades esenciales (maternidad, medicina ambulatoria, preventiva, mental) sino que se ha limitado a crecer fragmentándose; segundo, el sector público ha servido fundamentalmente como una organización que protege los intereses de los grupos privados en el sector sanitario (médicos, industria farmacéutica, iglesia, farmacéuticos, hospitales), sin efectuar un plan efectivo de prioridades para la población total.

El sistema de aseguramiento a la Seguridad Social es obligatorio, a través de las cuotas pagadas por los trabajadores asegurados, y protegiéndose así a los trabajadores, pensionistas, y sus familias respectivas. Los porcentajes aproximados son: 30 por ciento de trabajadores, 10 por ciento de pensionistas y 60 por ciento de familiares. El sistema sanitario ha sido un sector prioritario dentro de la Seguridad Social a costa de las pensiones y de la previsión familiar. En especial el sistema de pensiones es muy bajo, aunque parece que aumenta en los últimos años, si bien a menor ritmo que el de la sanidad. Parece que la población protegida por la Seguridad Social se ha estabilizado recientemente al nivel del 80-85 por ciento de la población, e incluso parece que se nota últimamente un ligero retroceso. Estas oscilaciones pueden deberse también al índice de parados en el país, que en 1985 superó el 20 por ciento.

A finales de 1981 se llegó a un sistema sanitario de la Seguridad Social que cubría a 10,5 millones de trabajadores en toda España. Hay que distinguir entre "afiliado" a la Seguridad Social, es decir el trabajador con cartilla del INSALUD, y los familiares a cargo del afiliado los que generalmente se denominan "beneficiarios". El total de afiliados más beneficiarios son los realmente "asegurados" por la Seguridad Social. Como en cada cartilla de la Seguridad Social además de afiliado hay de media 1,6 beneficiarios, el sistema alcanza a 31,7 millones de personas incluyendo 4,1 millones de pensionistas. Esto supone que todavía el 16 por ciento de la población española no está cubierto por el sistema de atención sanitaria de la Seguridad Social.

La población no incluida en la Seguridad Social es precisamente la que más necesita de la asistencia sanitaria: algunos parados, ancianos, ilegítimos, población rural, minorías étnicas, madres solteras, inmigrantes ilegales, menores de

edad, enfermos mentales, pacientes crónicos, etc. Todavía los trabajadores por cuenta propia y los estudiantes no mantienen los mismos privilegios dentro de la Seguridad Social. Otros grupos carecen de la asistencia sanitaria, como son los escritores de libros o los representantes de comercio. Los trabajadores por cuenta propia no pudieron afiliarse hasta 1962, y sólo con una reducida indemnización en caso de intervención quirúrgica en el caso de los sectores urbanos. La población más desprotegida de todas fue la de los jornaleros (seguramente la que más necesitaba la ayuda) que no recibieron atención sanitaria hasta 1962, y que todavía no tienen un seguro de paro completo. Los agricultores (propietarios) no tuvieron derecho a la asistencia sanitaria parcial hasta 1969; entre 1969 y 1975 obtuvieron el derecho a la hospitalización y asistencia a la maternidad. Desde 1975 tienen los mismos derechos que el resto de la población protegida, pero abonan el 50 por ciento del precio de los medicamentos.

Aunque el INSALUD cubre el 85 por ciento de la población, no posee más que el 70 por ciento de los recursos sanitarios del país, y sólo una cuarta parte de las camas. Este problema se soluciona contratando servicios con el sector privado o con el resto del sector público (municipal, diputaciones, beneficencia). Es lo que en la jerga sanitaria española se denominan "conciertos" o "servicios concertados". En un lustro el porcentaje de "conciertos" se duplicó, llegando al 22 por ciento del coste total del INSALUD en 1983. Mientras tanto los hospitales de la Seguridad Social permanecían ocupados en porcentajes menores al 80 por ciento de su capacidad y a menudo decrecientes. Los conciertos suponían un gasto inútil, con falta de control, mala calidad de asistencia, dosis elevadas de corrupción, sistemas particulares de contratación del personal, no participación de la población o de los pacientes en su gestión, y a la larga un coste más alto. En los presupuestos del INSALUD de 1983, los conciertos suponen aproximadamente 170.000 millones de pesetas, del total de 800.000 millones que cuesta la atención sanitaria dentro del INSALUD. Esto supone respecto de 1982 el mayor incremento de presupuesto (un 23 por ciento de crecimiento lineal) seguido de los gastos en productos farmacéuticos (incremento del 17 por ciento) y de los hospitales propios (incremento del 11 por ciento). El resto de las partidas del gasto disminuye.

Tan sólo uno de cada seis pacientes

hospitalizados paga directamente al hospital (toda o una parte de) la cuenta; y en cerca de cuatro de cada diez casos quien paga es una institución distinta. El mayor "concertador" (mejor dicho contratador) de servicios es la Seguridad Social, que cubre el coste de una cuarta parte de pacientes que no son ingresados en sus hospitales. En total el sector público atiende al 63 por ciento de todos los pacientes hospitalizados al año, pero paga la cuenta del hospital al 72 por ciento. El INSALUD, que es propietario del 23 por ciento de las camas del país, se encarga anualmente del 40 por ciento de los ingresos, y paga el 64 por ciento de las cuentas. Apenas hay diferencias entre los hospitales de beneficencia-pública (Administración Central, Administración Local) y la beneficencia-privada (Beneficiencia, Iglesia Católica, Cruz Roja). En ambos grupos la cuarta parte de los pacientes paga directamente el coste, y la mitad corre a cargo de la Seguridad Social. En el sector privado (hospitales particulares) el 35 por ciento de los ingresos son luego pagados por la Seguridad Social. La distribución de pacientes hospitalizados en 1976 corrobora la idea de que tanto los hospitales de beneficencia como los particulares viven del sector público. El sistema es aún más confuso en el País Vasco, y sobre todo en Cataluña, en donde el sector privado y el supuestamente benéfico son más poderosos. La Seguridad Social no puede atender a todos sus asegurados, pero dedica un 5 por ciento de sus camas a pacientes-de-pago, gastando además el dinero de alquilar camas en otros hospitales en vez de construir camas propias. La beneficencia del sector privado a pesar de su título no es filantrópica, y en vez de dedicarse a los pobres y más necesitados ingresa a ricos-que-pagan (28 por ciento de los casos) y trabajadores-con-seguro (66 por ciento). Los hospitales particulares viven sobre todo del sector público (36 por ciento). (Véase la Tabla 1).

En los años setenta la explosión universitaria en el caso de las Ciencias Médicas era tal que se duplicaba la tasa de estudiantes cada cuatro años. Así en 1970 había 31.011 estudiantes de Medicina en España; en 1975 eran ya 57.533 (un incremento del 86 por ciento); y en 1980 había 71.595 (24 por ciento de incremento). En parte este hecho fue posible por el proceso de feminización de las Facultades de Medicina y Farmacia (acudía cada vez una proporción mayor de mujeres). En 1970 había un 20

TABLA 1

Régimen económico de los enfermos ingresados según la propiedad del hospital en 1976

(En porcentajes de enfermos ingresados)

Quién cubre el coste:	Total	Hospitales públicos:			
		Total	Administración Local	Seguridad Social	Administración Central
Pagan directamente:	18%	12%	25%	4,7%	22%
No pagan directamente:	43	67	20	91	30
Paga otra institución (concertados):	39	22	54	3,8	48
Seguridad Social	26	18	46	1,9	45
Seguros libres	8,9	0,6	1,6	0,2	1,3
Diputación	0,6	0,4	1,2	0,1	0,5
Ayuntamiento	0,3	0,2	1,2	*	0,1
Otros	3,3	2,1	4,5	1,6	1,0
TOTAL (3.067.568)	100%	100%			
	(3.067.568)	(1.942.291)	(382.413)	(1.220.836)	(346.042)
Pagan directamente:	29%	30%	23%	19%	44%
No pagan directamente:	3,0	3,0	3,3	2,6	3,0
Paga otra institución (concertados):	68	67	73	78	53
Seguridad Social	38	33	42	60	37
Seguros libres	23	28	22	9,6	12
Diputación	0,9	0,2	4,5	1,6	*
Ayuntamiento	0,5	0,4	0,1	1,2	0,8
Otros	5,4	5,7	4,6	5,4	3,5
TOTAL (3.067.568)	100%				
	(1.122.917)	(735.192)	(130.261)	(161.708)	(93.039)

Fuente: INE. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, 1976, vol. 1 (Madrid, INE, 1981), p. 71.

por ciento de mujeres estudiando Medicina; 28 por ciento en 1975; y 44 por ciento en 1980. En la actualidad, los médicos presentan una pauta norte-sur (el norte con profesionales y el sur no), y las camas de hospitales una pauta este-oeste (el este con camas y el oeste no). Estas pautas se confunden cada vez más. En 1963 las diferencias eran muy claras, con un sur y Galicia muy desatendidos. En cambio en 1973 los servicios y el personal sanitario crecen a partir de la Comunidad Valenciana y de la "dasi-cora" sevillana. La distribución provincial de médicos es incluso menos desequilibrada que la de camas, aunque Galicia está mejor equipada de hospitales que de médicos. Esta distribución llama de nuevo la atención sobre el problema acuciante del sur español, de Galicia, y un amplio sector de Castilla-La Mancha.

Las profesiones sanitarias participan de la tendencia general emigrando de las regiones menos desarrolladas hacia el triángulo industrial (Madrid-País Vasco-Cataluña), decreciendo el valor del capital humano no sólo en cantidad sino en calidad (según las leyes del mercado).

La población activa española es sólo un poco más de la tercera parte de la población total (concretamente el 36 por ciento). Entre dos y tres personas de cada 100 trabajan en el sector sanitario. Los 322.100 trabajadores sanitarios (según datos de finales de 1979) suponen aproximadamente el 2,4 por ciento de la población económicamente activa del país. No es un número demasiado alto,

sobre todo si se tiene en cuenta que hay más de 200.000 camas en los hospitales, aproximadamente 150.000 estudiantes y cerca de 9.000 profesores dedicados a la sanidad. En total, pues, estamos ante un colectivo de trabajadores y estudiantes de aproximadamente medio millón de personas 477.184 en 1979).

El sector sanitario es cada vez más asalariado e institucional. El 95 por ciento del personal trabaja por-cuenta-ajena (frente al 70 por ciento del total de la población activa). Curiosamente es uno de los pocos sectores en que la mujer está más asalariada que los varones, precisamente porque las mujeres son "enfermeras" y los varones "médicos", cristalizando así una división sexista profunda y secular de las profesiones sanitarias. En las últimas décadas los hospitales han sido los grandes contratadores de personal, algo que contrasta con la imagen de que se va hacia una red de atención primaria de salud, de-a-pie, y comunitaria. Hay ya 1,1 personas trabajando por cada cama, cuando eran sólo 0,5 en 1963, y apenas 0,3 en 1949. Además lo que más ha crecido es el personal sanitario, frente al no-sanitario. En la actualidad cerca de las dos terceras partes de los médicos del país trabajan en un hospital. Ya en 1976 había más de 200.000 personas trabajando en los hospitales; la quinta parte tituladas superiores, y una cantidad mayor aún de enfermeras. En la actualidad el sector hospitalario contrata a más de 285.000 personas.

El sector sanitario es eminentemente femenino, como puede observarse en la Tabla 2 adjunta. El 59 por ciento del

TABLA 2

Personal del sector sanitario español en 1979

Tipos de personal del sector sanitario	Número total	Tasa por 10.000 habitantes (c)	Proporción de mujeres	Proporción residentes en las capitales de provincia (d)
Médicos	81.658	22	15%	69%
Odontólogos	3.532	1	6	69
Farmacéuticos	21.986	6	47	54
Veterinarios	7.922	2	2	38
Enfermeras	111.107	30	69	71
Matronas	4.620	1	100	53
Fisioterapeutas	2.072	0,6	47	79
Total pers. sanitario (a)	232.897	63	45%	67%
Total de personal (b)	322.100	87	59% (e)	...

Notas: (a) Según datos de los respectivos Colegios Profesionales recogidos por el INE (31 diciembre de 1979).

(b) Estimación de la Encuesta de población activa (octubre-diciembre de 1979): "Sanidad y servicios veterinarios".

(c) Sobre la población total estimada para 1979 de 36.994.862 habitantes (para 1 de julio).

(d) El 36 por ciento de la población española reside en las capitales de provincia.

(e) Eso supone que el 95 por ciento del personal-no-sanitario son mujeres.

\* Fuentes: Instituto Nacional de Estadística, Anuario estadístico de España 1989 (Madrid: INE, 1981), pp. 349, 667-674, 475, 479.

Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de población activa: octubre-noviembre-diciembre 1979 (Madrid: INE, 1981), p. 31.

personal del sector sanitario son mujeres, cuando éstas son sólo el 29 por ciento de la población activa total del país. El grupo más "femenino" de todos es el de matronas, seguido del personal-no-sanitario (el 95 por ciento mujeres), y el personal de enfermería (el 69 por ciento). En el otro extremo sólo hay un 2 por ciento de veterinarias y un 6 por ciento de odontólogas. Estamos ante un capital humano muy cualificado y con experiencia. Más de la tercera parte tiene un título superior universitario (frente al 2 por ciento en la población activa total) y una proporción similar tiene un título medio (un 3 por ciento en la población activa). Tan sólo un 28 por ciento del personal del sector sanitario no tiene un título profesional. Además, la distribución del personal de sanidad es eminentemente urbana. Ya el Censo de 1970 señalaba que el 68 por ciento de las enfermeras y el 78 por ciento de los médicos trabajaban en zona urbana, aunque en esta zona sólo vivía la mitad de la población española. Las dos terceras partes trabajan en la actualidad en las capitales de provincia donde sólo vive algo más de la tercera parte de los españoles. Curiosamente, los trabajadores más urbanos son las enfermeras.

A pesar de ser legión, el personal del sector sanitario es todavía escaso para el nivel de desarrollo de España. Se sigue además un modelo elitista con un exceso de personal con título superior. Hasta 1973 había más médicos que enfermeras en el país; debido a que el sistema hospitalario primero contrató a médicos y sólo cuando se saturó de médicos empezó a contratar enfermeras (1). El crecimiento de la tasa de enfermeras en estas últimas décadas ha sido altísimo. Por cada 100 enfermeras (ATS, matronas y practicantes hasta 1977, según la legislación) que había en 1955, había 285 en 1980. El crecimiento mayor se ha producido en Murcia, Extremadura, y Andalucía, precisamente las zonas más deprimidas. Todo parece indicar que hay un exceso relativo de médicos-por-cama en los hospitales españoles, con apenas 77 consultas a pacientes ingresados al año. Cada vez más son los MIR (médicos internos y residentes), que en 1976 eran ya el 22 por ciento de todos los médicos de hospital, los que llevan el peso del sistema hospitalario (véase cuadro A).

En general, con 30 millones de consultas ambulatorias, y 1,4 millones de estancias en hospitales, el sector sanitario público distribuye su personal aproximadamente en un 40 por ciento dedi-

cado a ambulatorios (con muchos médicos, el 57 por ciento del total).

En la actualidad en España no hay muchos más hospitales que hace doscientos años: 773 en 1787 frente a

abundancia de camas y la occidental una escasez llamativa. Se constata además una notable decadencia del sur, que pasa de una situación privilegiada, a una de las más carenciales. Lo más llamativo de

A	Año 1980:	
	Número	%
Personal sanitario del INSALUD:		
AMBULATORIOS:	65.781	43,3%
Médicos:	36.246	23,9%
General de zona	16.723	11,0
General de urgencia	2.067	1,4
Especialista titular	13.683	9,0
Especialista ayudante	3.773	2,5
Paramédicos:	29.535	19,4%
Practicante de zona	9.941	6,5
Practicante de urgencia	1.568	1,0
Enfermera ATS	10.257	6,8
Matrona	2.730	1,8
Auxiliar de Clínica	5.039	3,3
HOSPITALES:	86.023	56,7%
Médicos:	20.088	13,2%
Catedráticos y consultores	61	0,04
Médico	13.896	9,2
MIR	6.131	4,0
Paramédicos:	65.935	43,4%
Practicante ATS	34.428	22,7
Fisioterapeuta	970	0,6
Terapeuta ocupacional	119	0,1
Matrona	1.292	0,8
Auxiliar de Clínica	29.126	19,2
TOTAL	151.804	100%

1.054 en 1981. Sin embargo, hay cinco veces más camas por población (de 11.677 a 202.969 camas). Se ha producido un notable proceso de concentración, con lo que los hospitales de hoy en día son de media diez veces más grandes. Por lo menos en los dos últimos siglos (para los que tenemos estadísticas) la estructura este/oeste del sistema hospitalario español apenas ha cambiado: la España-oriental mantiene una relativa

la mala utilización de recursos hospitalarios en España es el bajo grado de ocupación de los hospitales, que de media están llenos sólo al 69 por ciento. Lo paradójico es que el norte de la península, que tiene más camas hospitalarias, mantiene precisamente un grado de ocupación mayor.

A nivel general, y en la Tabla 3, puede observarse la evolución de los hospitales españoles en las últimas décadas.

TABLA 3

Evolución de los hospitales en España

Características en los hospitales:	Años:			
	1949	1963	1972	1981
Número de hospitales	1.622	1.648	1.287	1.054
Número de camas	127.343	156.819	177.385 (a)	202.969
Número de camas nuevas anuales	...	2.105	2.285	2.843
Tamaño medio de los hospitales (camas/hospital)	78	95	138	193
Camas por 10.000 habitantes	44,5	49,3	51,6	51,3
Ocupación de los hospitales	68%	...	70%	71%

Notas: (a) A partir de 1972 se incluyen incubadoras.

Fuente: INE, Censo de establecimientos sanitarios y benéficos, 1949 (Madrid: INE, 1953), p. 7.

INE, Censo de establecimientos sanitarios, 1963 (Madrid: INE, 1963), p. 1. INE, Estadística de establecimientos sanitarios 1972 (Madrid: INE, 1975), pp. 15, 17.

INE, Estadística de establecimientos sanitarios 1981 (Madrid: INE, 1984), pp. 18,50.

Se ha producido un proceso de concentración (cada vez hay menos hospitales) y de incremento del tamaño medio (que han pasado de 78 a 180 camas de media entre 1949 y 1979). Sin embargo, el esfuerzo no ha supuesto un gran incremento de camas per cápita, que apenas han pasado de 4,5 a 5,5 por 1.000 habitantes en las últimas décadas. En resumen, contrario a una imagen estereotipada de supuesta expansión imparable del sector hospitalario el progreso ha sido pequeño en los últimos años. En general, la carencia de camas es uno de los problemas básicos de la estructura sanitaria española.

El INSALUD es propietario de más de 50.000 camas, que representa ya en 1980 más del 26 por ciento de todas las camas del país; divididas en tres tipos de hospitales: "especiales" (a nivel nacional), "ciudades" (complejos hospitalarios), y "residencias" (hospitales generales). Los Centros Especiales son sólo cinco hospitales en España; tres de ellos en Madrid, uno en Toledo y el otro en Santander (es decir, con el 60 por ciento de las camas en Madrid). En total tienen 3.657 camas; y no están ocupados más que al 57 por ciento de su capacidad, lo que los hace poco eficientes y muy caros. La Ciudades Sanitarias son 14, incluyendo en realidad 45 hospitales (generales, maternales, infantiles y de trauma-

matología), con un total de 20.806 camas. Finalmente hay además 118 Residencias Sanitarias por toda la geografía española, con 27.945 camas, ocupadas al 72 por ciento. A pesar de tener la cuarta parte de las camas del país el INSALUD (en 1979) hospitalizaba al 42 por ciento de los pacientes, realizaba el 36 por ciento de las consultas externas, daba trabajo al 44 por ciento del personal hospitalario, y cubría el coste (directamente a 1,4 millones y con "concertos" a 1,0 millón más) al 70 por ciento de la población que se hospitalizaba. (Ver la Tabla 4).

En el conjunto del país los hospitales generales suponen aproximadamente la mitad de los recursos de camas hospitalarias (el 56 por ciento). Sin embargo, esos hospitales ingresan a muchos más enfermos (el 75 por ciento). Lógicamente las estancias causadas son relativas al número de camas, y por lo tanto alrededor de la mitad. Los hospitales-generales se especializan además en consultas-externas, cubriendo más del 70 por ciento de todas las consultas externas realizadas en establecimientos sanitarios con régimen de internado.

La mayor parte de las camas del país (el 29 por ciento) se dedican a cirugía general y especialidades quirúrgicas. Siguen en importancia por su número las camas dedicadas a psiquiatría (el 22 por ciento). Otra quinta parte se dedican a medicina interna y especialidades médicas.

La estructura de los hospitales-generales a pesar de representar más de la mitad de las camas, es diferente. Aumentan considerablemente las camas de cirugía y medicina interna, y disminuyen los tipos de asistencia para los que ya hay hospitales especializados (psiquiatría, tuberculosis) aunque no así en pediatría u obstetricia. El caso más llamativo es el de psiquiatría, que, teniendo el 22 por ciento de las camas del país, no tiene más que un 3 por ciento de camas de los hospitales generales.

En la Tabla 5 se puede observar la distribución de enfermos en los hospitales (además de camas y estancias) según los tipos de asistencia. Cirugía, medicina interna y partos superan juntos el 79 por ciento de los enfermos ingresados en hospitales de España, pero sólo el 55 por ciento de las camas, dado que son enfermos de estancias no muy largas. Psiquiatría, por ejemplo, que ocupa casi

TABLA 4

Funcionamiento de los hospitales del INSALUD en España, en 1980

Funcionamiento:	Tipos de hospitales en 1980:				
	Total del INSALUD (a)	Centros Especiales	Ciudades Sanitarias	Residencias Sanitarias	Concertados en RFA (b)
Camas en servicio	52.408	3.657	20.806	27.945	9.828
Personal por cama (c)	2,6	2,9	2,8	2,5	2,7
Porcentaje de ocupación	74%	57%	79%	72%	72%
Estancia media (en días)	10	16	10	9	14
Coste por estancia en pesetas (d)	11.364	14.087	12.327	10.226	10.159
Investigación y docencia en el coste	6,2%	8,1%	7,3%	4,7%	6,6% (e)
Consultas externas por cama: (f)					
Especialidades	159	185	185	136	...
Radiología	118	227	150	80	...
Análisis	855	1.954	1.065	554	...

Notas: (a) No incluye los concertados en RFA.

(b) Instituciones Concertadas en Régimen de Financiación y Administración por el INSALUD.

(c) Índice de personal de hospitalización por cama ocupada.

(d) Incluye docencia e investigación.

(e) Incluye únicamente los gastos de docencia.

(f) Al año (es decir, en 1980).

Fuente: Instituto Nacional de la Salud, Información económico-funcional de las instituciones sanitarias; Año 1980 (Madrid: INSALUD, 1981), pp. 19-199.

RECURSOS SANITARIOS ESPAÑOLES

Tipos de asistencia:	% de camas en 1979:	
	Todos los hospitales	Hospitales del INSALUD
Cirugía general y especialidades quirúrgicas	29,2%	39,9%
Psiquiatría	21,6	0,2
Medicina interna y especialidades médicas	19,8	21,8
Pediatría	7,7	15,2
Obstetricia	7,1	10,8
Ginecología	3,3	4,5
Tuberculosis	3,8	0,0
Rehabilitación	1,9	2,3
Cuidados intensivos	2,0	3,1
Otras	3,6	2,2
TOTAL	100% (203.819)	(53.327)

la cuarta parte de las camas (el 23 por ciento), no ingresa más que el 2,3 por ciento de los pacientes. Desde la perspectiva de las estancias —que son las que realmente sirven para planificar los recursos necesarios— la psiquiatría recupera su importancia (con el 29 por ciento de las estancias a nivel nacional) aunque se señala la mayor productividad del dispositivo hospitalario psiquiátrico.

En el global de España, la morbilidad hospitalaria supone más de 3 millones de pacientes hospitalizados (3.378.641 en 1982) y más de 45 millones de días de estancia (45.645.752). Las mujeres son hospitalizadas más que los varones, concentrando el 56 por ciento de los

pacientes. Sin embargo, una proporción alta (más del 38 por ciento) de las hospitalizaciones de mujeres se refieren a partos, con lo que en realidad la mujer presenta un morbilidad hospitalaria más reducida (si corrigiésemos las cifras descontando embarazos, partos y puerperios las mujeres sólo supondrían el 44 por ciento de las altas). A su vez, incluso contando los partos, las mujeres sólo ocupan el 47 por ciento de las estancias, dado que los partos tienen estancias muy cortas. Así, en números globales, la media de días de estancia para el varón es de 17,8 y para la mujer de 12,4 días. Las provincias que hospitalizan a más del 10 por ciento de la población no son

TABLA 5

Enfermos atendidos en los hospitales en España, en 1977

Tipos de asistencia:	Camas de hospitales		Enfermos ingresados:		Estancias:	
	Número	%	Número	%	Número	%
Cirugía	57.245	28,6	1.260.508	38,9	14.461.156	28,8
Psiquiatría	46.010	23,0	76.005	2,3	14.332.445	28,5
Medicina interna	37.521	18,7	595.352	18,4	9.647.528	19,2
Pediatría	15.145	7,6	304.112	9,4	2.859.862	5,7
Obstetricia	14.781	7,4	695.226	21,4	2.975.712	5,9
Tuberculosis	8.006	4,0	17.408	0,5	1.797.385	3,6
Ginecología	6.156	3,1	163.823	5,0	1.223.336	2,4
Rehabilitación	4.081	2,0	18.365	0,6	950.128	1,9
Cuidados intensivos	3.878	1,9	45.171	1,4	340.141	0,7
Otros	7.374	3,7	65.579	2,0	1.704.317	3,4
TOTAL	200.197	100%	3.241.549	100%	50.292.010	100%

Fuente: INE, Anuario estadístico de España 1981 (Madrid: INE, 1982), pp. 649-652.

las que tienen un nivel de salud más alto: Alava, Baleares, Burgos, La Coruña, Logroño, Navarra, Sevilla, Zaragoza (aun cuando todas —a excepción de Sevilla— están en el norte del país). El nivel de salud de la población no depende necesariamente de la tasa de hospitalizaciones.

En cualquier caso, en los hospitales españoles “mueren” pocas personas. Legalmente apenas el 2,3 por ciento de las altas se producen por fallecimiento (eso representa 74.635 óbitos en hospitales). En números redondos, aproximadamente sólo una de cada cinco personas que fallecen en España lo realizan dentro de un hospital. Sin embargo la mayoría de los partos (más de 9 de cada 10) se producen en hospital.

Los españoles han duplicado su esperanza de vida en 60 años: entre 1900 (35 años de esperanza de vida) y 1960 (70 años de esperanza de vida). Las diferencias por sexo parecen aumentar, y cada vez las mujeres obtienen más ventaja respecto de los varones. Ver cuadro B.

El máximo de progreso se realizó entre 1900 y 1930, pero la Guerra Civil rompió el ritmo de progreso que no pudo recuperarse hasta 1940, y sólo lentamente. En estos momentos la esperanza de vida es relativamente alta, comparable con otros países europeos. En 1981 la tasa bruta de mortalidad era ya sólo de 7,6 por mil habitantes, y la tasa de mortalidad infantil (incluyendo a los menores de 24 horas) de 10,3 por cada mil nacimientos).

DIFICULTADES BASICAS

Resumir todos los problemas de un sector tan vital para el país es tarea difícil. Nos limitaremos a presentar algunos de los temas más importantes, o en los que una acción rápida es más esencial: falta de recursos públicos, excesivo número de médicos, diferencias entre la atención privada y pública, desigualdades sanitarias, producción y consumo farmacéutico, atención primaria de salud, y asistencia materno-infantil.

Lo que se deduce de los datos es que hasta finales de 1982 el INSALUD tiende a la privatización del sector sanitario público, a la degradación de la atención primaria, y facilita —debido a su inespecificidad— la máxima corrupción y el déficit más incontrolado de su presupuesto (se calculaba el 16 por ciento al cierre del presupuesto de 1982). La verdad es que es un presupuesto cuantioso (se acerca ya al billón de pesetas), en el que lo que menos aumenta es la atención

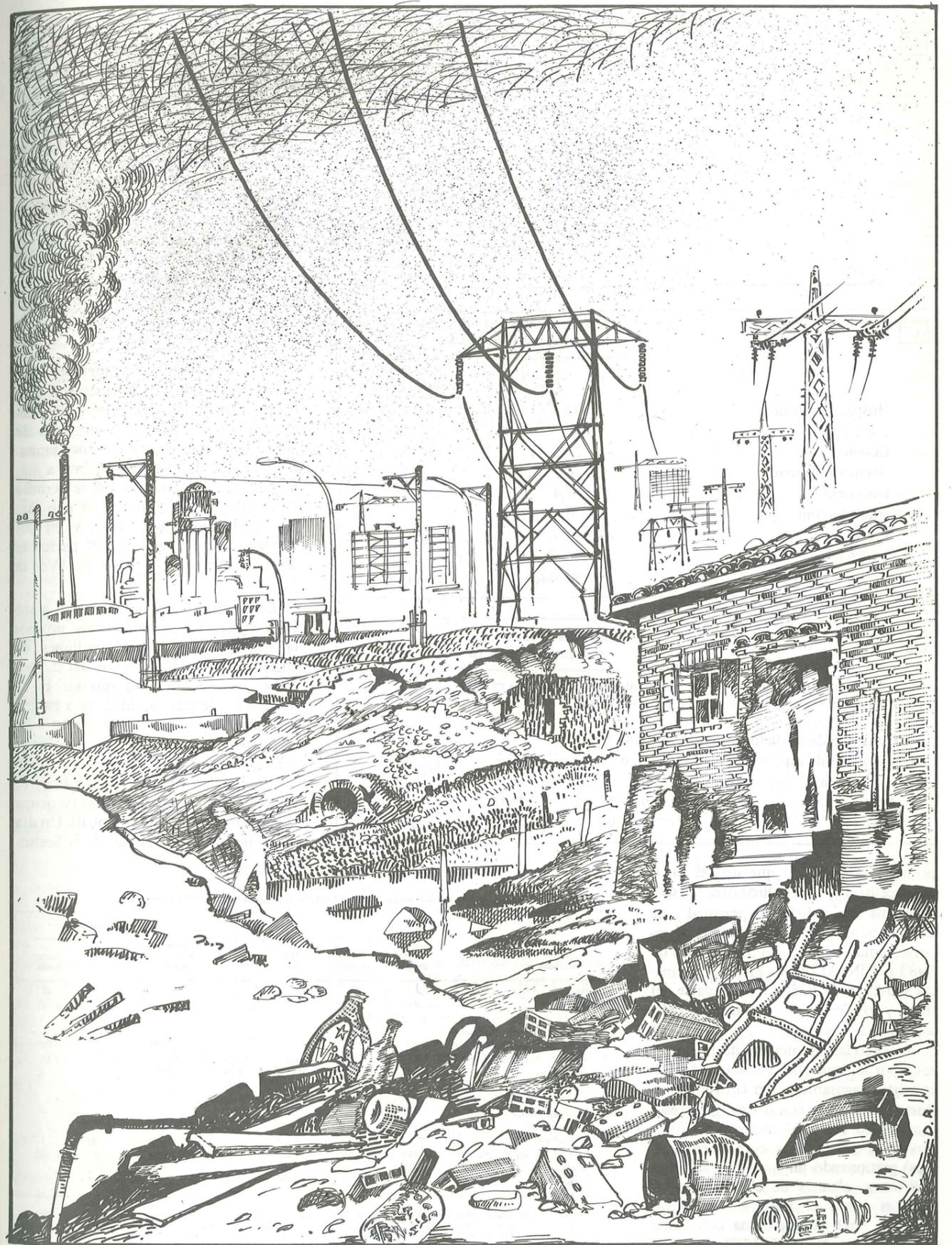


Ilustración de Dionisio Ridruejo.

Años	Total	Varones	Mujeres	% Δ M/V
1900	35	34	36	5,5%
1930	50	48	52	6,6
1940	50	47	53	13,9
1950	62	60	64	7,5
1960	70	67	72	7,1
1970	72	70	75	7,9
1975	73	70	76	8,2

	%	Incremento respecto a 1982
Hospitales propios	32,8%	+ 11%
Farmacia	32,5	+ 17
Conciertos	21,5	+ 23
Atención primaria	6,1	- 22
Docencia	1,4	- 7
Investigación	0,2	- 35
Prevención	0,1	- 70
TOTAL (millones de pesetas)	100% (781.946)	+ 11,8% (89.125)

Tipo de exámenes:	Instituciones abiertas	Consultas externas de hospitales	TOTAL
Consultas de medicina general	100,9	—	100,9
Consultas de especialidades	66,7	7,3	74,0
Radiología	13,2	6,2	19,4
Análisis	104,1	45,0	149,1
TOTAL	284,9	58,5	343,4

primaria de salud, lo que más el gasto farmacéutico y los conciertos, y que mantiene una política de personal y de distribución regional y provincial de recursos equilibrada. En el presupuesto de 1983 del INSALUD los gastos de farmacia suponían ya casi la tercera parte del total, y los "conciertos" más de la quinta parte. Ver cuadro C.

En 1980 la asistencia sanitaria organizada por la Seguridad Social española se convirtió seguramente en la primera industria del país, como una gigantesca mutualidad con 14,3 millones de afiliados (más sus familias como beneficiarios) gestionando un total de 1.415 instituciones, algunas de ellas verdaderas fábricas como el hospital "Francisco Franco" (sic) de Barcelona con 2.308 camas. En total el INSALUD mantiene

aproximadamente 54.000 camas hospitalarias, que permitieron asistir a 1,4 millones de pacientes y realizar 14,5 millones de días de estancia (con una media de 10 días de estancia por paciente, y ocupando los hospitales al 76 por ciento de su capacidad). En el sector de instituciones abiertas (ambulatorios y similares) se realizaron 101 millones de consultas de medicina general, 67 millones de consultas especializadas, 104 millones de análisis, y 13 millones de radiografías (actos radiológicos). Si se suman las consultas externas de los hospitales, en que también se ven pacientes ambulatorios, tenemos las cifras aproximadas: en el cuadro D.

La cifra final es considerable: 343 millones de visitas ambulatorias al año, lo que supone aproximadamente 9 visitas por cada habitante al año. Sólo de personal fijo en sus instituciones sanitarias la Seguridad Social contrata a más de 142.000 personas, lo que le permite tener en sus hospitales a 2,6 personas trabajando por cada cama, y en sus ambulatorios el atender a 19 pacientes de medicina general por hora. (Ver la Tabla 6).

En 1980, la Seguridad Social gastó en hospitales y ambulatorios propios la cantidad de 214.521 millones de pesetas, con un incremento del 22 por ciento respecto del año anterior. El 82 por ciento de esta cantidad fue a parar a los hospitales, y el 14 por ciento a las instituciones abiertas (ambulatorios principalmente). Dentro de los hospitales un 10 por ciento de su presupuesto se gasta en consultas externas (y ocupa el 9,2 por ciento de su personal). Un día de estancia en un hospital de la Seguri-

TABLA 6 Funcionamiento de las Instituciones Sanitarias (propias) de la Seguridad Social en el año 1980

Funcionamiento:	Total de España (media)	Hospitales			Instituciones abiertas (a):		
		Centros especiales	Ciudades sanitarias	Residencias sanitarias	Centros de Diagnóstico y tratamiento	Ambulatorios	Consultorios
Número de centros	1.336 (a)	5	14	118	4	471	487
Personal	142.488	9.175	56.617	53.545	938	18.780	4.701
TIEMPO (en minutos y segundos):							
Consulta de medicina general	3'10"	—	—	—	3'17"	3'04"	3'15"
Consulta de especialidades	8'41"	35'39"	26'03"	31'20"	41'44"	6'33"	4'35"
Radiología	3'52"	4'05"	8'51"	3'59"	11'29"	2'30"	—
Análisis	0'32"	0'33"	1'05"	0'39"	2'22"	0'22"	—
COSTE (en pesetas de 1980):							
Estancia hospitalaria	11.364	14.087	12.327	10.226	—	—	—
Consulta de medicina general	84	—	—	—	189	90	77
Consulta de especialidades	344	1.949	1.864	1.503	1.990	193	112
Radiología	300	999	544	322	898	182	—
Análisis	40	81	94	47	175	22	—

Notas: (a) El total incluye además servicios de urgencia (173), Servicios Especiales de Urgencia (16), y Dispensarios de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (48). No incluidos aquí, pero también dependientes de la Seguridad Social, hay las Escuelas Sanitarias (65), y las Instituciones concertadas en régimen de financiación y administración por el INSALUD (14). Fuente: Instituto Nacional de la Salud, Información económico-funcional de las instituciones: Año 1980 (Madrid: INSALUD, 1981), pp.4 y 527.

dad Social cuesta aproximadamente 11.364 pesetas (por supuesto, los hospitales más especializados son más caros); de ellas, 699 pesetas van a parar a los programas docentes y de investigación (es decir aproximadamente el 6 por ciento). El coste incluido de la comida no supone más que 196 pesetas por paciente y día (el 1,7 por ciento del coste total diario). El coste medio por paciente ingresado varía pues según el tipo de hospitales: ver cuadro E.

	Coste medio (en pesetas) en 1980:	
	Por día de estancia	Por paciente ingresado
Centros especiales	14.087	209.062
Ciudades sanitarias	12.327	118.784
Residencias sanitarias	10.226	89.879

El presupuesto del INSALUD para 1982 ascendió a 718.133 millones de pesetas; alrededor de 20.000 pesetas por español (y española) al año, o lo que es lo mismo la tercera parte de los 2,3 billones de pesetas del presupuesto de la Seguridad Social. El presupuesto del INSALUD para 1982 supuso un incremento mínimo de recursos en atención primaria de salud respecto al año anterior (sólo el 12 por ciento) y sin embargo un aumento de casi el doble (23 por ciento) en hospitales. Para toda la política de sustitución del sistema de ambulatorios por una red articulada de centros-de-salud el presupuesto de 1982 sólo reservó 11.310 millones de pesetas, es decir el 17 por ciento del presupuesto de inversiones, mientras que el 80 por ciento del dinero lo dedicó a hospitales. Año tras año, lo que más crece es el gasto en conciertos, industria farmacéutica, y hospitales. Lo más paradójico es que en lo que menos se gasta es en investigación (a pesar de las graves deficiencias ya reconocidas por todos), en medicina preventiva y social (a pesar del síndrome tóxico por ingestión de colza envenenada y otras epidemias), y en ambulatorios y centros de salud (a pesar de que se considera que la atención primaria de salud es prioritaria). Sin embargo, al mismo tiempo se admiten déficits de por lo menos el 16 por ciento anual en farmacia y en conciertos. El cambio es tan acelerado, que en unos pocos años es posible que se produzca un hundimiento del sector de atención primaria de salud y de la salud pública en general.

Junto a la carencia de camas hospitalarias, uno de los problemas funda-

mentales del sector sanitario español es el excesivo número de médicos. Todavía no se realiza una planificación pública de las necesidades de médicos en el país, pues se considera que la profesión médica se autorregula y autodistribuye. Tampoco se ha realizado a fondo un sistema de selección de estudiantes en las Facultades de Medicina. Todavía no se ha planteado ningún procedimiento de distribución de médicos a nivel regional, rural, y sector público en exclusiva, ni

se cree que sea un problema a plantearse algún día en una economía de mercado, a pesar de que en este último lustro se llegó a que el 84 por ciento de los médicos trabajasen ya para el sector público. La creación de nuevas Facultades de Medicina no se ha realizado con un criterio de zonas con carencia de médicos, sino a veces al revés. Todo esto ha producido que la distribución geográfica de médicos empeore en vez de mejorar. Tampoco se han cambiado los objetivos del sistema —ni siquiera de las Facultades de Medicina— con lo que existe una carencia considerable de médicos-generales (versus médicos-especialistas), y médicas. A ningún nivel se toman medidas, a pesar de ser España uno de los países del mundo con una proporción relativa más pequeña de médicas-mujeres.

La crisis económica que empieza en 1973 en vez de contener esa explosión llega realmente a estimular su crecimiento. A partir de 1973 hay en España más estudiantes de Medicina que médicos. Sin embargo, a partir de ese año aumentan aún más. Hasta 1982 sigue creciendo la cohorte de españoles y españolas de 18 años; y las promociones en Medicina son además cada vez más jóvenes. Es por lo que se hace necesario el *numerus clausus* en Medicina a partir de finales de la década de los setenta. La selectividad en las Facultades de Medicina según la legislación del *numerus clausus* de 1979, supone que empiezan la carrera de Medicina tan sólo 7.320 estudiantes cada año en primer curso (sin embargo en 1980 todavía había 8.477 en primer curso, es decir un 16 por ciento más de lo legal). Si todos ellos terminasen la

carrera (en los seis años precisos) esto supondría todavía un incremento anual —sobre la base del número de médicos de 1980— del 8,5 por ciento anual. Pero incluso si se cumpliera la cuota establecida, la situación no se estabilizaría hasta bastante después.

En el sistema sanitario español, el sector público cubre aproximadamente el 70 por ciento de los recursos, y el sector privado el 30 por ciento restante. Estos porcentajes apenas han cambiado en las últimas décadas. En la Tabla 7 se observa tan sólo un tímido proceso de privatización, pasando la proporción de camas privadas de ser el 30 por ciento en 1949 al 33 por ciento en 1981. Se observa, eso sí, un creciente deterioro del sector público; y hasta los años ochenta un proceso de creciente centralización de ese sector (que en sus servicios centrales pasa del 32 por ciento de las camas en 1949 al 44 por ciento treinta años después).

Otro de los problemas fundamentales es el de las desigualdades sanitarias, según grupos sociales. A pesar del gasto realizado y los recursos utilizados por el sector público sanitario, las desigualdades sanitarias no han hecho más que aumentar durante estos últimos años. En el caso español los cinco factores de desigualdad más importantes son: clases sociales (diferencias entre la élite y los trabajadores manuales no-cualificados, parados y grupos marginados), estratos rurales-urbanos (es decir las enormes diferencias entre el campo y la ciudad, que con los procesos de emigración se han agudizado); regiones o áreas territoriales de todo tipo, incluso dentro de una provincia o ciudad; sexo con la permanente discriminación contra la mujer; y edad con desigualdades mayores en la infancia y en la ancianidad. Estas cinco categorías suponen, al mezclarse, una sistema de desigualdades sanitarias muy difícil de romper (2).

Por ejemplo, el caso de la ilegitimidad (uno de los pocos factores para los que existen datos) supone todo tipo de problemas sociales y sanitarios. La tasa de mortalidad infantil es el doble de lo que debería ser. Los nacimientos ilegítimos representan aproximadamente el 3 por ciento del total, mientras que son el 6 por ciento de las muertes fetales tardías. Dentro del fenómeno de la ilegitimidad el fenómeno más curioso es el del sexo. En total nacen 109 varones por cada 100 mujeres; sin embargo entre los ilegítimos la ratio se eleva a 117 varones por cada 100 mujeres.

España es un país de enormes dife-

TABLA 7

Evolución de la propiedad de camas hospitalarias (en porcentajes)

Hospitales según su propiedad	Años:			
	1949	1963	1972	1981
Total público:	69,9%	66,8	69,7	67,2
Administración local:	38,4	30,3	28,7	23,4
Diputaciones y cabildos	29,1	25,8	26,3	21,1
Municipios	9,4	3,2	3,1	2,3
Seguridad Social	2,9	9,1	18,7	26,8
Administración central:	28,7	27,4	21,4	16,9
Gobernación (a)	14,3	18,2	10,8	6,7
Militares o defensa	14,3	9,1	7,3	5,3
Educación y ciencia	...	...	2,8	4,6
Otros	...	...	0,4	0,3
Total privado:	30,0	33,2	30,2	32,8
Particulares	18,6	21,0	14,3	19,2
Iglesia	10,2	10,8	9,1	7,1
Beneficiencia (b)	...	...	5,1	4,6
Cruz Roja	1,2	1,3	1,6	1,8
Otros	...	0,1	—	0,1
TOTAL	100%			
	(127.343)	(156.819)	(177.385)	(202.969)
Camas públicas (por 10.000 habitantes)	31,1	32,9	36,0	34,5
Camas privadas (por 10.000 habitantes)	13,3	16,4	15,6	16,8

Notas: (a) Los grupos "Educación" y "Otros" no aparecen especificados en algunos casos y suponemos están incluidos en "Gobernación". A partir de 1977 este grupo se denomina "Administración Institucional de la Sanidad Nacional".  
 (b) Los grupos "Beneficiencia" y "Otros" no aparecen especificados en algunos casos, y se supone están incluidos en "Particulares".  
 Fuentes: INE, Censo de establecimientos sanitarios y beneficios 1949 (Madrid: INE, 1953), p. 28.  
 INE, Censo de establecimientos sanitarios 1963 (Madrid: INE, 1966), pp. 10, 11.  
 INE, Estadística de establecimientos sanitarios 1972 (Madrid: INE, 1975), p. 18.  
 INE, Estadística de establecimientos sanitarios 1981 (Madrid: INE, 1984), pp. 51, 54.

rencias territoriales: entre regiones, y entre campo y ciudad. Es un país de baja densidad poblacional con un alto nivel de urbanización. Tiene serios problemas en la organización de los servicios sanitarios y la distribución del capital humano, lo que eleva sensiblemente el coste de la sanidad. Por ejemplo, la concentración de médicos/as en las capitales de provincia es un fenómeno llamativo. El 79 por ciento del total de médicos/as residen en las 50 ciudades que son capitales de provincia, y sólo un 8 por ciento están en las zonas rurales.

En realidad lo que sucede es que los trabajadores están pagando un amplio sector privado (como el de los médicos, hospitales privados concertados, o la industria farmacéutica) que cada vez depende más de los ingresos provenientes de la Seguridad Social. Este sector privado no se ha contentado con salarios o beneficios bajos, sino que entre otras cosas consiguió triplicar en una década el consumo farmacéutico. Una parte considerable de estos beneficios del sector privado han ido a parar a empresas multinacionales, que han revertido sus beneficios al extranjero (a través del conocido sistema de pagos altos por materias primas, relativamente baratas, importadas). En los años ochenta el gasto farmacéutico supone cerca de un tercio de todos los recursos públicos sanitarios.

Por otro lado, la ausencia de una asistencia adecuada de medicina-general al paciente ha llevado a sustituir la visita por la receta de medicamentos de forma indiscriminada. Durante años esta situación ha provocado que el usuario se acostumbre a ella, con lo que se produce un consumismo farmacéutico iatrogénico y una falta de educación sanitaria entre la población. Dejando aparte el elevado coste económico de tal situación, el sector público ha tratado de atajar ésta con medidas inadecuadas (o al menos demasiado parciales) que inciden tan sólo sobre el usuario. La experiencia ha demostrado que el presente tiquet moderador del consumo farmacéutico (el 40 por ciento) ha aumentado las desigualdades, no ha reducido el gasto global, y ha desarrollado canales paralelos de corrupción (a través de recetas de pensionistas).

Al revés de lo que se supone que debería suceder, se observa en España un claro deterioro de la atención primaria de salud (APS) dentro del sector público. El sistema de ambulatorios no sólo es lo peor del sector público sanitario sino el que más se deteriora, con la congestión de otros servicios (sobre todo hospitalarios) aumentando la desorganización. El sector hospitalario del INSALUD es grande, y crece despacio en cuanto al número de camas (2,2 por ciento anual).

El sector ambulatorial es pequeño (menos del 14 por ciento del presupuesto total), de mala calidad y baja dedicación, aun cuando el incremento anual de gasto es sólo un poco menor al del sector hospitalario (es el 21 por ciento anual). (3).

Hasta diciembre de 1982 el Ministerio de Sanidad y Consumo afirmaba que la prioridad básica era poner en funcionamiento una red nacional de APS (atención primaria de salud) y crear así centros-de-salud en todas las regiones. Eso es parte de la política recomendada por la Organización Mundial de la Salud que consiste en gastar el 70 por ciento del presupuesto sanitario en APS. Sin embargo, la realidad iba por otros derroteros. En 1983 los hospitales representaban aproximadamente el 60 por ciento del presupuesto del INSALUD, y cerca del 80 por ciento de sus inversiones. Con esas cifras la situación no sólo no cambiaba sino que evidentemente empeoraba. El coste de las instituciones abiertas del INSALUD ascendió en 1983 a 47.489 millones de pesetas, es decir el 6,1 por ciento del total; lo que era bajo en relación a la posibilidad de crear una adecuada red de APS en el país.

En números redondos el INSALUD invirtió en 1983 algo más de 29.000 millones de pesetas, lo que suponía aproximadamente 800 pesetas por habitante (de las 20.000 con que contaba esa sanidad pública). Tan sólo un modesto 16 por ciento se dedicaba a los centros sanitarios abiertos. Con 120 pesetas por habitante y año no fue posible crear una red nueva de APS por todo el país; sobre todo si al mismo tiempo se invertían 650 pesetas por habitante en crear y desarrollar hospitales. Además la mayor parte de los dineros dedicados a APS se dirigían todavía a los sistemas ya superados: ambulatorios y consultorios. Por ejemplo en 1981 en centros-de-salud sólo se gastaron 287 millones de pesetas, lo que representa menos del 1 por ciento del presupuesto gastado en inversiones. Sólo se crearon centros-de-salud en 11 (de las 50) provincias. Hay incluso provincias donde en todo el año de 1981 el INSALUD no invirtió nada en centros sanitarios abiertos, y todo el dinero fue a los hospitales: Alava, Guadalupe, Orense, Palencia, Salamanca y Segovia. Curiosamente, corresponden con zonas donde la red de APS era deficiente.

La red de APS no es ni homogénea ni coordinada. Hay por lo menos seis tipos de instituciones abiertas: centros de diagnóstico y tratamiento, ambulatorios,

consultorios, dispensarios y servicios de urgencia. Los ambulatorios concentran el 68 por ciento del presupuesto, habiendo en total 471 centros de este tipo. Las instituciones abiertas gastan su presupuesto fundamentalmente en personal (el 76 por ciento del gasto), pues hay unas 28.151 personas trabajando en ese sector, es decir, la quinta parte de todo el personal sanitario de la Seguridad Social.

Es conocida la rapidez con que los médicos españoles diagnostican a sus pacientes: de media 3 minutos y 10 segundos. Poco más es una visita de radiología, y algo más del doble las consultas de especialistas. De estas últimas hay claramente dos tipos: las que se realizan en ambulatorios y consultorios, que son rapidísimas (6 y 4 minutos), y las que se llevan a cabo en las consultas externas de los hospitales o en los centros de diagnóstico y tratamiento que duran alrededor de media hora. La radiología y los análisis de laboratorio dependen también de la supuesta gravedad del paciente o importancia de la enfermedad. Según el tiempo así el coste. Una consulta de medicina-general cuesta 84 pesetas de media, pero sólo 77 pesetas si se realiza en un consultorio y 198 pesetas si se lleva a cabo en un centro de diagnóstico y tratamiento (CDT). Las consultas de especialidades varían aún más: desde 113 pesetas en un consultorio hasta casi dos mil pesetas en los CDT o en los hospitales especiales. Las diferencias que se observan referentes al coste de radiología y de análisis de laboratorio son menos justificables. En resumen, estamos ante un sistema sanitario enormemente grande y complicado, con centros de diversos tipos, divididos por funciones y jerarquías, con una atención ambulatoria rápida y no cara, pero con grandes diferencias de coste según los centros. No parece que haya una coordinación de servicios, ni instituciones, ni personal.

El tema es complicado pues no hay dos sistemas separados: hospitales y ambulatorios (instituciones "abiertas" en general), sino tres: hospitalizaciones, consultas externas en hospitales, y consultas externas en instituciones abiertas. La parte del león se la llevan las hospitalizaciones (el 71 por ciento del presupuesto), un poco más de la quinta parte las consultas externas (el 22 por ciento), menos de un 5 por ciento la docencia e investigación, y un 2 por ciento las prestaciones a terceros. Cerca de los 50.000 millones de pesetas se gastan al año en España en consultas externas: el 40 por ciento en los hospitales, y el 60 por

ciento restante en instituciones abiertas. Las consultas externas de los hospitales sirven de puerta de entrada a la hospitalización posterior (o son el resultado de anteriores hospitalizaciones). En el total hay 6,0 consultas externas al año por cada ingresado (que no necesariamente coinciden en la misma persona). Nuestra hipótesis es que los 21 millones de consultas externas no sólo cubren la entrada o acceso al hospital, sino además la carencia de una red de APS (atención primaria de salud) en España. En un hospital nacen ya la casi totalidad de los niños: el 96,4 por ciento de los partos en España y mueren en hospitales la cuarta parte de los fallecidos (25,4 por ciento).

En lo que se refiere a ingresos hospitalarios, más de la tercera parte de los ingresos de las mujeres se refieren al ciclo reproductor: parto (normal o complicado), complicaciones del embarazo y del puerperio, y "aborto". En el total nacional esos casos representan el 38 por ciento de las hospitalizaciones femeninas. Llama la atención el que, a pesar de que la población incluida en la atención sanitaria de la Seguridad Social es mayor del 85 por ciento, el porcentaje de partos realizados por el sector público sea del 60 por ciento y decreciente. En 1976, hubo en total 678.810 partos, de los cuales fueron sencillos el 98,6 por ciento. Todavía un 4,1 por ciento de los nacimientos pertenecían a mujeres de más de 40 años de edad. Casi todos los partos se realizan en la actualidad en un centro sanitario (hospital público el 60 por ciento, clínica o maternidad privada el 40 por ciento) —es decir el 83 por ciento en 1976— y el 17 por ciento en el domicilio, generalmente con asistencia sanitaria. En total tan sólo un 0,8 por ciento de los partos se realizan sin la asistencia de personal sanitaria cualificado; cifra que aunque parece pequeña todavía supone 5.621 partos al año sin una atención técnica mínima.

En España, donde el control de natalidad es relativamente tardío y débil, se tiende moderadamente a limitar los nacimientos, pero sólo en una minoría de casos a espaciarlos voluntariamente. La proporción de parejas que practican el control de natalidad antes del primer embarazo es baja, y así el intervalo protogenésico es corto. El gran avance en contracepción en España se debe en gran medida a la introducción de la píldora, sobre todo en zonas urbanas. En los pueblos (de menos de 10.000 habitantes) sólo un 3 por ciento de mujeres casadas (y no embarazadas) utilizan la

píldora, frente a un 23 por ciento en las grandes ciudades. Bien es verdad que en las grandes ciudades ha descendido un poco el coito interrumpido, e incluso el condón, pero la mayor parte del aumento se debe a la píldora, y muy secundariamente al ritmo. La influencia considerable de la Iglesia Católica en las políticas generales de control de natalidad no se refleja en la conducta privada de las personas, ni siquiera en aquellas que se autodenominan como "católicas-practicantes". El método del ritmo (el único permitido por la ideología católica) es utilizado como sistema de contracepción por una proporción pequeña de parejas (una de cada diecisiete), no muy superior a otros países no-católicos. Por otro lado, un tercio de las mujeres casadas, y que se consideran católicas-practicantes, controlan la natalidad por algún método prohibido por la Iglesia Católica (4).

El coste psicológico y social de controlar la natalidad (la fecundidad en un sentido amplio) sin un nivel de tecnología contraceptiva elevado (y racionalmente elevado) es alto, pues implica —como se ha puesto de manifiesto en el caso español— retraso en el matrimonio, pautas sexuales poco satisfactorias, y una alta tasa de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) ilegal, con una baja salud materno-infantil. En cualquier caso nuestros cálculos sugieren que las IVE en España no superan la cifra de 150.000, y que el resto de los cálculos que señalan desde 400.000 hasta un millón de IVE al año no tienen una base científica. En Londres abortan más de 20.000 españolas cada año, siendo así España el primer país extranjero.

A nivel general de toda España, se observa que históricamente la mortalidad postneonatal era muy alta, incluso más alta que la mortalidad neonatal, para a partir de 1962 ser al revés. La mortalidad postneonatal es la que más ha descendido, lográndose el máximo progreso en el periodo 1961-1972, que coincide plenamente con la década del desarrollo. A partir de 1973 la tasa se estabiliza. En cambio la mortalidad neonatal era estable hasta 1967, pero desciende a partir de esa fecha a mayor ritmo. En la actualidad ambas tasas parecen bastante estables, conservándose una tasa de mortalidad postneonatal bastante por encima de la neonatal.

#### POLITICA, POLITICOS, POLITICAS

El análisis de la política sanitaria del sector público español es necesariamente

te breve, pues los procesos de planificación sanitaria han sido escasos y poco serios. En cualquier caso conviene diferenciar entre planes a largo plazo (tales como reforma globales del sistema sanitario); a medio plazo (procesos de planificación sanitaria); y a corto plazo (políticas concretas y programas específicos). (5).

Hasta noviembre de 1982 (por lo menos) el sector sanitario público permitió una sucesiva fragmentación, pagó cada vez más por el consumo farmacéutico, contrató cada vez más hospitales (a pesar de tener un nivel de ocupación inferior al 70 por ciento en los suyos), permitió el deterioro del sector ambulatorio, se desentendió de los pacientes crónicos y de los mentales, permitió la experimentación en sus hospitales con pocas garantías éticas, aceptó la utilización privada de sus hospitales a pesar de que debían estar saturados por los pacientes públicos, contrató a una mayoría de la profesión médica e indirectamente al 70 por ciento de la profesión farmacéutica sin ejercer un control adecuado, y utilizó sus recursos económicos mal y en apoyo de un capitalismo a veces deficitario. Las presiones del sector burocrático público y de las empresas privadas iban dirigidas a que el INSALUD se expandiera (es decir, gastase más recursos en el sector privado) y no a que se organizase mejor.

La política general del nuevo Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) se centra en la desaparición del actual INSALUD (hacia 1986), después de que se realicen las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, y su sustitución por un Sistema Nacional de Salud (6). El periodo de reforma global abarca desde 1982 hasta 1986 (precisamente la legislatura socialista) e incluye cuatro leyes básicas: Defensa del Consumidor (en 1983), de Sanidad (en 1985), del Medicamento (en 1985), y de Sanidad Alimentaria (en 1986). Los datos básicos para estas cuatro reformas se van a obtener a partir de una "Encuesta Nacional de Salud" que se piensa realizar por el MSC en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística.

En sus líneas maestras el futuro Sistema Nacional de Salud (SNS) se creará integrando todo el sector público sanitario, incluida también la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, e incluso algunos piensan que los seguros libres de asistencia sanitaria. El SNS atenderá a todos los ciudadanos, transfiriendo sus funciones a las Comunidades Autónomas. Ello supondrá la

creación de una alta inspección del Estado, y el desarrollo de un Plan de Salud Integrado, que sería común para todas las Comunidades Autónomas. La nota característica de ese plan es que sería "integral", es decir que asumiría la coordinación de las funciones de asistencia sanitaria, prevención de las enfermedades, y promoción de la salud.

A finales de 1983 existía ya un Anteproyecto de la Ley General de Sanidad (en una versión de 101 artículos), pero la ley no se remite al Parlamento hasta el mes de abril en 1985. En líneas generales plantea la existencia de tres grandes instituciones: el ministerio o Departamento de Sanidad (que incluiría un instituto de investigación y una escuela de salud pública), la Alta Inspección del Estado, y el Sistema Nacional de Salud (SNS). A nivel español el SNS se divide en 17 servicios sanitarios de las comunidades autónomas, que son realmente "autónomos". Para coordinar su actuación habrá un Consejo Interterritorial, un Plan Integrado de Salud, y un Comité Consultivo. Se conserva además un Servicio de Salud de la Administración del Estado.

A nivel de cada comunidad autónoma el sistema sanitario público se dividirá en una serie de regiones (llamadas Areas de Salud, que a su vez se pueden subdividir en zonas básicas de salud). Cada una de las unidades territoriales autosuficientes mantendrá tres tipos de centros: la red de hospitales, con al menos un hospital general; la red de atención primaria de salud, que seguramente se denominarán Centros de Atención Primaria (o CAP). Cada comunidad autónoma tendrá a su vez su Plan de Salud, que está coordinado con la planificación general de todo el país.

Esta futura reforma sanitaria no sólo reduce al mínimo las funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, y del propio ministro, sino incluso del SNS que se descentraliza en 17 Servicios Sanitarios Autónomos. Es muy posible que en el futuro la calidad de atención y la organización de la asistencia difiera sensiblemente de una comunidad autónoma a otra, creando tensiones y conflictos.

La financiación del nuevo sistema es seguramente el caballo de batalla de la reforma, dados los déficit que ya tiene el actual INSALUD, y contando con las acciones del sector privado y otros grupos de presión (fundamentalmente la profesión médica, los hospitales, la Iglesia, los otros colegios profesionales, las sociedades de seguros y la industria

farmacéutica). Se supone que el nuevo sistema se basará en un fondo de todos los recursos públicos sanitarios (presupuestos generales del Estado, de la Seguridad Social, comunidades autónomas y administración local).

Esta futura ley va a condicionar la planificación sanitaria que se estaba realizando a medio y corto plazo. Sin embargo hay que tener en cuenta que durante el franquismo el poder político de la profesión médica era reducido y no se produjo un proceso real de planificación sanitaria, a pesar de los Planes de Desarrollo Económico y Social. El retraso español en estos aspectos es secular. Nunca ha existido una planificación sanitaria o de calidad-de-vida apropiadas.

Las pocas medidas no coordinadas que se han aplicado en el sector público (por ejemplo, los planes sanitarios de 1964 a 1975) han tenido hasta la fecha poco éxito, o incluso han producido efectos no deseados (7).

En septiembre de 1978, el Boletín Oficial del Estado publicó un Real Decreto por el que se establecía la confección del Mapa Sanitario del Territorio Nacional. Se pensaba realizar a base de "mapas sanitarios" provinciales, que tenían que estar listos en un periodo máximo de seis meses. Cuatro años después todavía algunas provincias no habían terminado sus mapas sanitarios. Los que se han ido publicando suelen partir de dos hipótesis falsas: primera, que el sector (sanitario) privado va a colaborar voluntariamente con un plan propuesto; y segunda, que la división territorial en regiones sanitarias va a resolver la mayoría de los problemas sanitarios de cada provincia y reducir las desigualdades sanitarias (8).

Es curioso observar que en algunos países —y tal es el caso de los europeos meridionales (y entre ellos España)— las camas hospitalarias están peor distribuidas incluso que los médicos (9). Se supone que los médicos mantienen libertad para escoger su lugar de desempeño profesional, y por lo tanto que escogerán los lugares en donde puedan maximizar sus ingresos. Sin embargo, la decisión de construir un hospital —sobre todo si es público— debería ser más racional y acomodarse a las necesidades de la población. Sin embargo esto no es así y la mala distribución (y carencia generalizada) de camas hospitalarias es uno de los problemas más agudos de España en los años ochenta. Incluso el sector público hasta hace poco construía sus hospitales allí donde podían crecer más

y ser más exitosos, generalmente en las regiones más ricas. Por otro lado, aunque el INSALUD ha dado trabajo a una buena parte de la profesión médica que ha querido trabajar en este sector (por encima del 60 por ciento de los médicos), y con varios empleos a la vez, el crecimiento anual del número de médicos en el país es mayor que el crecimiento de la Seguridad Social. Los médicos jóvenes no van a poder integrarse en el sector público, y el sector privado parece saturado. En resumen, que la planificación sanitaria española ha sido hasta ahora escasa, e incluso contradictoria. Es probable que la nueva reforma sanitaria socialista tenga que elaborar un proceso de planificación "ex novo".

## ESTRATEGIAS FUTURAS

El tema de investigación fundamental es evaluar lo que el sector sanitario puede hacer para elevar el nivel de salud de la población. La hipótesis general es que el objetivo final no es el de reducir los recursos del sector sanitario, sino utilizarlos de forma diferente.

El presupuesto sanitario relativo actual, en relación por ejemplo con el gasto en subsidios de paro o pensiones, es excesivamente alto. No se suele indicar qué presupuestos sociales deben disminuir (relativamente) para que pueda aumentar el sanitario. En el caso de la sanidad no se trata de gastar más, sobre todo si ese gasto adicional es iatrogénico o si sólo redundaría en un mayor lucro del sector privado o de la corrupción pública, sino de reorganizar mejor los recursos actuales. Es paradójico que coincida el proceso de democratización con la necesidad de recortar el gasto sanitario, pues esta democratización va a suponer seguramente unas mayores demandas de los grupos que trabajan en, o para, el sector sanitario público (y las demandas serán mayores cuanto más poder relativo mantengan dentro del sector, lo contrario de lo que convendría esperar) y unas mayores demandas de la población. Es posible pues que la redistribución de recursos, y su aumento, si se produce, beneficie a los grupos que ya estaban más beneficiados, y perjudique a los más desasistidos. Con todo ello se puede poner en duda que un mayor gasto/consumo redunde en un mayor nivel de salud de la población. En cualquier caso el objetivo fundamental del sector público sigue siendo la disminución de las desigualdades sociales y sanitarias de la población española.

Entre los fallos fundamentales del actual sistema, resalta el limitado impacto del sector sanitario en la reducción de las enfermedades. A menudo la relación es la inversa; es decir que la asistencia sanitaria se convierte en iatrogénica. Todavía se aplica en España el principio de que la atención sanitaria es a menudo inversamente proporcional a las necesidades reales de asistencia por parte de la población.

Los epidemiólogos, y otros técnicos en salud pública, han comprobado que en los últimos años (desde 1973) está aumentando la morbilidad en los sectores menos asistidos por el sector público y en maternidad y jóvenes (lo que supone un deterioro permanente del nivel de salud de la población) (10). Se observa que la influencia de las características socio-económicas sobre el nivel de salud de la población se aminora a medida que avanza el desarrollo económico. Este proceso lleva a que el propio desarrollo económico ya no sea suficiente para solucionar los problemas de la sanidad, y requiera un sistema sanitario moderno, y de aquí el planteamiento de una reforma sanitaria, o al menos de una planificación sanitaria. La crisis de 1973 ha acelerado este proceso.

En segundo lugar, el sector sanitario mantiene un impacto muy limitado sobre el objetivo de reducir las desigualdades sanitarias (y sociales) de la población. En el caso español, el coste de la Seguridad Social, y por lo tanto de la asistencia sanitaria del INSALUD, corre todavía a cargo de los trabajadores (y sus empleadores) conforme a escalas de contribución regresiva, aunque protege a la mayoría de la población (era ya el 83 por ciento en 1980). Este sistema no sólo no sirve como un modelo de redistribución de riqueza, sino que beneficia en mayor medida a las personas no activas, y a las clases más acomodadas. Quien paga más relativamente son los trabajadores con salarios más bajos; éstos pagan a través de cuotas o indirectamente a través de las cuotas de los empresarios que repercuten en los bienes de consumo o en los salarios de los trabajadores. En cualquiera de los casos el sistema es regresivo, esto es, su coste es mayor cuanto menor es el nivel económico de la población. La clase alta en España no sólo utiliza la mejor atención privada, sino que además hace un uso más efectivo (y rápido, saltándose normalmente las listas de espera) de los recursos sanitarios del sector público. No existen datos completos, pero nuestra sospecha es que —por lo menos desde 1973— las de-

sigualdades sanitarias no hacen más que crecer.

En tercer lugar, el objetivo del sistema sanitario (no sólo del sector privado, sino incluso del público) no es otro que el mantenimiento del "status quo" político y social, es decir de la estructura socio-económica y de clases del país. El sector sanitario es un factor más de desigualdad dentro de la sociedad, en vez de ser lo contrario. Los presupuestos aumentan no tanto para cubrir las necesidades de los pacientes como para calmar el voraz apetito de los grupos de presión dentro del sector sanitario. Cada vez hay más datos que hacen sospechar que el sistema sanitario puede ser iatrogénico en determinadas circunstancias. Existe un sentido de inutilidad de la política sanitaria, pues todavía el acceso a la asistencia sanitaria es inversamente proporcional a la necesidad de esa asistencia por parte de la población.

En la base de los fallos actuales del sector sanitario está la crisis del welfare state y sobre todo del modelo de un sistema sanitario "único, público y gratuito" (a semejanza del modelo de educación obligatoria). En España se observa, hasta octubre de 1982, un imparable desarrollo del sector secundario, una degradación de la APS en el sector público, y un creciente proceso de privatización del sistema sanitario. El sistema sanitario público va a enfrentarse con problemas serios ya que la financiación de la Seguridad Social está en un impasse. Hay que recordar que el sistema sanitario de la Seguridad Social creció a costa de otros sectores de la Seguridad Social, tales como el seguro de paro y sobre todo las pensiones, que sin embargo van a tener que acaparar la atención durante los años ochenta. Seguramente los años de primacía del "seguro de enfermedad" se han acabado y ahora le toca reducir sus recursos relativos. En cualquier caso, la crisis del welfare state no es un fenómeno único en España (11).

Sin embargo, una visión catastrofista del sector sanitario que sólo mire a los fracasos es inexacta. También ha habido éxitos, que aunque cuantitativamente menores suponen un cambio cualitativo importante. Por ejemplo, en el caso español, en algunos sectores se ha producido una relativa desmedicalización o por lo menos la dominación profesional (médica) se ha reducido o ha tenido que competir con otras (por ejemplo, la planificación familiar con los grupos feministas, o en higiene mental con psicólogos y trabajadores sociales). A menudo se han creado alternativas a los sistemas

de atención sanitaria oficiales. Se observa también una influencia positiva de grupos sociales concretos, no sólo de partidos políticos y sindicatos, sino sobre todo de movimientos populares (como los ecologistas, feministas, homosexuales y en el caso de las grandes urbes, las "asociaciones de vecinos") (12). No hay duda, por ejemplo, que el movimiento feminista ha introducido más cambios en el sector sanitario que cualquier grupo político (13). El movimiento de derechos de los pacientes, de la población, o más recientemente de los niños y niñas, es todavía débil y tardío en España, pero ha tenido ya bastante éxito (14). Por ejemplo, el 60 por ciento de los casos que llegan al Defensor del Pueblo son relativos a temas sanitarios. Otro de los éxitos del actual sistema sanitario es la incorporación activa de los sindicatos en la gestión y control del INSALUD y algunos centros sanitarios. Aunque el poder real —de voto— suele ser mínimo) debido a su situación minoritaria, sin embargo su presencia constante ha logrado cambios importantes, aunque no siempre a favor de la población y los pacientes, sino generalmente a favor del propio personal sanitario.

Entendemos que existen dos razones más para conservar intactos los recursos del sector sanitario. En primer lugar,

aunque el sector sanitario actual no cura demasiado, cumple otras muchas funciones dentro de la estructura social. Desarrolla, por ejemplo, un papel psicoterapéutico obvio, solucionando problemas o al menos atendiendo a personas con problemas netamente sociales (por ejemplo: problemas familiares, estrés, falta de satisfacción con el trabajo, paro, inactividad, aislamiento, etc.). Esto es obvio en los ambulatorios, en donde los médicos se quejan de que el 75 por ciento de los que ven no están enfermos. En segundo lugar, como ilustró el caso del envenenamiento por aceite de colza adulterado, una epidemia puede aparecer en cualquier momento y necesitaríamos de una estructura tradicional de atención (15). Por ejemplo, se observa (además de la colza) un incremento sustancial de casos de tuberculosis, y de enfermedades venéreas (16).

Lo más característico del sistema sanitario español, es que la población está convencida de que la atención sanitaria es una responsabilidad pública (17). La Constitución de 1978 así lo recoge, como un derecho de los españoles/as. Sin embargo el proceso realizado en los hechos (que no en las actitudes, o en las palabras) ha sido limitado. La mayor parte de los cambios se han realizado en estructuras no-rígidas, sin que pongan en

cuestión la estructura del sector sanitario global. Los datos nos llevan a considerar que el sector sanitario es muy resistente a cualquier tipo de cambio estructural (18). Todas las reformas son realizadas lentamente, convenciendo a los grupos básicos con poder de que el nuevo sistema no les perjudica, sino que permite una canalización no sólo de los recursos de las economías domésticas, sino de impuestos especiales a los trabajadores o a la población (a través de cuotas obligatorias o impuestos generales del Estado), hacia sus intereses privados profesionales o de empresa. En este sentido, el sector público asegura un nivel de consumo determinado al sector privado, y no tanto un nivel de asistencia sanitaria de calidad a la población. Los cambios han sido hasta ahora lentos, generalmente fragmentarios, y más bien tendentes a crear nuevos programas y organismos que a redistribuir los recursos. Los cambios se han realizado llegando a un consenso general entre los diversos grupos y casi nunca oponiéndose a un grupo frontalmente o creando oposición entre grupos. En ese sentido, la meta de la salud para todos en el año 2000 aparece todavía en España algo lejana, aun cuando existan personas que estamos ya convencidas de la necesidad de luchar incansablemente por ella.

## PROBLEMAS DE ALTA EN HOSPITALES

### INTRODUCCION

*El presente estudio, realizado en el 1.º semestre de 1984, se planteó a raíz de una reunión de profesionales en Trabajo Social en el campo sanitario, celebrada en el Colegio de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid en abril de 1983, tratándose como problema común a todos los profesionales, la problemática de salida de determinados pacientes al ser dados de*

*alta del hospital. Ello origina que sean remitidos al servicio de Asistencia Social que a partir de ese momento queda responsabilizado de que el enfermo salga lo antes posible del centro, independientemente de la gravedad del problema que planteó y de los recursos disponibles en la comunidad para solucionarlos.*

*Nos pareció imprescindible documentar esta realidad y estudiar las distintas situaciones y carencias y con las conclusiones obtenidas proponer alternativas para posteriormente poner en conocimiento de los organismos relacionados con el tema los datos obtenidos.*

Resumen del estudio de "PROBLEMAS DE ALTA HOSPITALARIA", realizado por AA.SS. de los siguientes hospitales: Ciudad Sanitaria La Paz:

Regina Jarillo  
Hospital Clínico:  
Alfonsa Rodríguez  
Hospital Provincial:  
Conchita de Diego  
Resid. Primero de Octubre:  
María Luisa Ancín  
Centro Nacional de Rehabilitación:  
Pilar Gálvez  
Hospital de La Princesa:  
Pilar Galán

- (1) Carmen Domínguez-Alcón, et al; Sociología y enfermería (Madrid: Pirámide, 1983) capítulo 6, pp. 90-118.
- (2) M. Angeles Durán. Desigualdad social y enfermedad (Madrid: Tecnos, 1983).
- (3) Federico Bravo, et al., Sociología de los ambulatorios: Análisis de la asistencia sanitaria primaria en la Seguridad Social (Barcelona: Ariel, 1979).
- (4) Juan Díez Nicolás y Jesús M. de Miguel. Control de natalidad en España (Barcelona: Fontanella, 1982). Asimismo, Políticas de población (Madrid: Espasa-Calpe, 1985).
- (5) Jesús M. de Miguel. La sociedad enferma: Las bases sociales de la política sanitaria española (Madrid: Akal, 1979).
- (6) Ernest Lluch Martín, Política general del Ministerio de Sanidad y Consumo (Madrid: Servicio de Publicaciones del MSC, 1983), 67 pp.; y Política farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo (Madrid: Servicio de Publicaciones del MSC, 1983), 53 pp.
- (7) Jesús M. de Miguel, "The Spanish health planning experience 1964-1975", Social Science and Medicine, 9 (1975): 451-459.
- (8) Instituto Nacional de la Salud, Mapa sanitario Nacional (Madrid: INSALUD, 1982), Generalitat de Catalunya, La Sanitat a Ca-

- talunya: Análisis i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social (Barcelona: Departament de la Presidencia, 1980). Departamento de Sanidad y Seguridad del Gobierno Vasco. Mapa sanitario de la comunidad autónoma vasca (Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1982).
- (9) Benjamín González, El capital humano en el sector sanitario: La distribución de médicos en España (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1979).
- (10) Generalitat de Catalunya, Informe: El tabaquisme a Catalunya (Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1983).
- (11) Javier Yuste, et al., Apuntes para un libro negro de la Sociedad Social (Madrid: Akal, 1982). Joaquín Vergés, La Seguridad Social española y su cuentas (Barcelona: Ariel, 1975).
- (12) Louis Lemkow y Fred Buttel. Los movimientos ecologistas (Madrid: Mezquita, 1983).
- (13) Carmen Bernis y Cristina Cámara, "La mujer y la medicina", pp. 205-229 en M. Angeles Durán, ed., Liberación y utopía (Madrid: Akal, 1982).
- (14) Josep A. Rodríguez, et al., "Análisis sociológico de la participación y derechos de

- la persona enferma dentro del sector sanitario", pp. 227-464 en FRATER, eds. La sanidad española desde la perspectiva del usuario y la persona enferma (Madrid: Ediciones Encuentro, 1983).
- (15) Jesús Infante, El libro negro de la colza: El misterio del síndrome tóxico por aceite de colza (Barcelona: Puntual, 1981).
- (16) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1982 (Madrid: INE, 1984).
- (17) Instituto Nacional de Previsión, Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España: Estudio socioeconómico sobre el conjunto de la asistencia sanitaria española (Madrid: INP, 1977).
- (18) Jesús M. de Miguel, Estructura del sector sanitario (Madrid: Tecnos, 1984).

Nota de la Redacción: Este artículo es la reproducción completa del capítulo II del libro *La Salud Pública del futuro* de Jesús M. de Miguel, publicado por Editorial Ariel. En la sección de libros, incluimos una reseña.

*El trabajo de investigación se realizó en base a dos cuestionarios:*

— Uno de carácter clínico, que refleja la situación del paciente, que debía ser cumplimentado por el médico como profesional responsable entre otros aspectos del alta hospitalaria, que fue muy difícil conseguir debido a la irregular colaboración de los facultativos.

— Otro de carácter socio-familiar que aplicaría el asistente social y que recogía los datos relativos a: composición familiar, grado de cooperación en la problemática de salida, nivel económico, condiciones de la vivienda y otros.

Se aplicaron 402 encuestas obteniendo los datos mediante entrevista directa con el enfermo y/o los familiares. Se observaron resistencia a las respuestas relacionadas con el tema económico.

### Análisis e interpretación de datos

— Aunque el trabajo versa sobre la problemática de los enfermos al ser dados de alta, ésta está íntimamente relacionada con la de los ancianos hospitalizados, un porcentaje muy elevado son personas de más de 61 años y la mayoría sobrepasa los 71 años.

— La zona Centro, Latina y Carabanchel, han dado el mayor número de problemas de alta, aunque hay que tener en cuenta que estas son zonas que pertenecen a centros sanitarios en donde más encuestas se han realizado.

En el distrito de Vallecas, perteneciente al Hospital Provincial, el porcentaje es muy alto, aun a pesar de no haber sido estudiada toda la población atendida en dicho centro.

— La gran mayoría tiene cobertura sanitaria de Seguridad Social; sólo el Hospital Provincial atiende Beneficiencia. Los casos en los que el propio hospital ha tenido que hacerse cargo de los gastos han sido mínimos.

— Las personas que en el cuestionario se considera que "están solas", son aquellas que no tienen ningún familiar que en un momento dado pueda colaborar en la resolución del problema. Así, observando en los resultados, el porcentaje de los que están solos (12 por ciento), es más o menos el mismo que el de aquellos que teniendo familia, no conviven con ella (12,9 por ciento). Por encima de este porcentaje se sitúa el 73 por ciento que sí convive con la familia, de los cuales, colaboran en la solución a

la problemática del alta sólo un 69 por ciento.

Se entiende por colaboración, el seguir aquellas orientaciones dadas desde el hospital para una adecuada salida del enfermo.

Casi la mitad de las familias que SI colaboraron, lo hacen exclusivamente en gestiones que son orientadas por el asistente social. Colaboran económicamente un porcentaje muy bajo (9,9 por ciento).

— Un 83 por ciento de los pacientes contabilizados con problemas de alta, son pensionistas de la Seguridad Social. El 49,24 por ciento (la mitad aproximadamente), tiene una pensión cuya cuantía oscila entre 16.000 y 25.000 pesetas/mes, seguido de un 15 por ciento que percibe menos de 15.000 pesetas/mes. Un 76,5 por ciento no supera el salario mínimo interprofesional.

Asimismo, un porcentaje elevado de viviendas (36,9 por ciento) no supera las condiciones mínimas de habitabilidad (luz, agua corriente, servicios, etc.).

— El 63 por ciento de las viviendas, tienen espacio suficiente, aunque aquí se ha incluido tanto la vivienda familiar como la del propio enfermo en el caso en que viva solo.

— El 79 por ciento de los pacientes, ingresa en el hospital por el servicio de urgencias, en situación límite desde el punto de vista clínico, situación que se vería aliviada si al enfermo se le presentara una atención primaria suficiente y adecuada.

— El 12,9 por ciento (52 pacientes), han permanecido en el hospital, a partir de ser dados de alta, más de 31 días, lo que unido a los días retenidos por el resto de los encuestados supone un elevado número de estancias hospitalarias causadas innecesariamente. Esto tiene como consecuencia un gasto sanitario que podría ser empleado en otro tipo de asistencia (convalecientes, centros de cuidados mínimos, etc.) y un retraso considerable en el ingreso de enfermos agudos en largas listas de espera por estar las camas ocupadas por estos pacientes que podríamos llamar crónicos.

— Entre los problemas clínicos más frecuentes, están los A.C.V. (35,5 por ciento). Le siguen los traumatológicos (22,4 por ciento) y finalmente el cáncer terminal (9,45 por ciento). De este dato se deduce el grado de invalidez y la situación crítica de estos pacientes.

— El 60,5 por ciento no se vale por sí mismo, el 28,1 por ciento se vale con ayuda de otra persona y el resto, 8,9 por ciento, se vale por sí mismo. Las dos pri-

meras cifras nos indican que un 88,6 por ciento de los pacientes encuestados precisan, al menos, de una persona para su manejo diario, ayuda que dadas las condiciones de vida actuales, es difícil facilitar.

— Consideramos que los puntos referentes a "Asistencia que necesita" y "Solución adoptada", se encuentran interrelacionados, por lo que las conclusiones serán conjuntas.

A la necesidad planteada sólo se ha dado respuesta adecuada con el recurso idóneo en un 37 por ciento de los casos. El resto se ha solucionado con distintas opciones, según se puede observar en la relación ya descrita. De ella cabe destacar:

a) Uno de los recursos más frecuentemente utilizados, lo constituye las residencias privadas de ancianos, dándose la circunstancia de ser la única opción NO estatal de las expuestas.

Este recurso merece mención especial ya que las condiciones en que se encuentran la mayoría de ellas son muy deficientes, no teniendo control sanitario ni administrativo. A ello hay que añadir el costo de las mismas que generalmente sobrepasa en mucho la cuantía media de la pensión del usuario, no guardando en absoluto relación precio-calidad.

La explicación a la utilización con más frecuencia de este tipo de residencias privadas frente a las residencias oficiales (INSERSO, comunidad autónoma, etc.) se debe a la gran dificultad que existe en estas últimas para obtener plaza en un periodo relativamente corto de tiempo y a las condiciones de admisión exigidas, que hacen prácticamente imposible el acceso de los pacientes que no se valen por sí mismos y de los menores de 65 años. Se añade a esto la circunstancia de que las plazas disponibles en este tipo de residencias oficiales suelen encontrarse en lugares muy distantes

de la residencia habitual del paciente y esto provoca el desarraigo del medio en caso de ocuparla.

Todas estas dificultades, no existen en el caso de las residencias privadas, lo que finalmente fuerza a la familia de los enfermos y a los asistentes sociales a utilizarlas como mal menor, aunque no por ello desconocido y reiteradamente denunciado.

b) Los centros de crónicos a que hacemos mención en este estudio se refieren a centros dependientes o concertados con Seguridad Social (Sanatorio de la Fuenfría, Primo de Rivera, SEAR, etc.) y centro de la comunidad autónoma

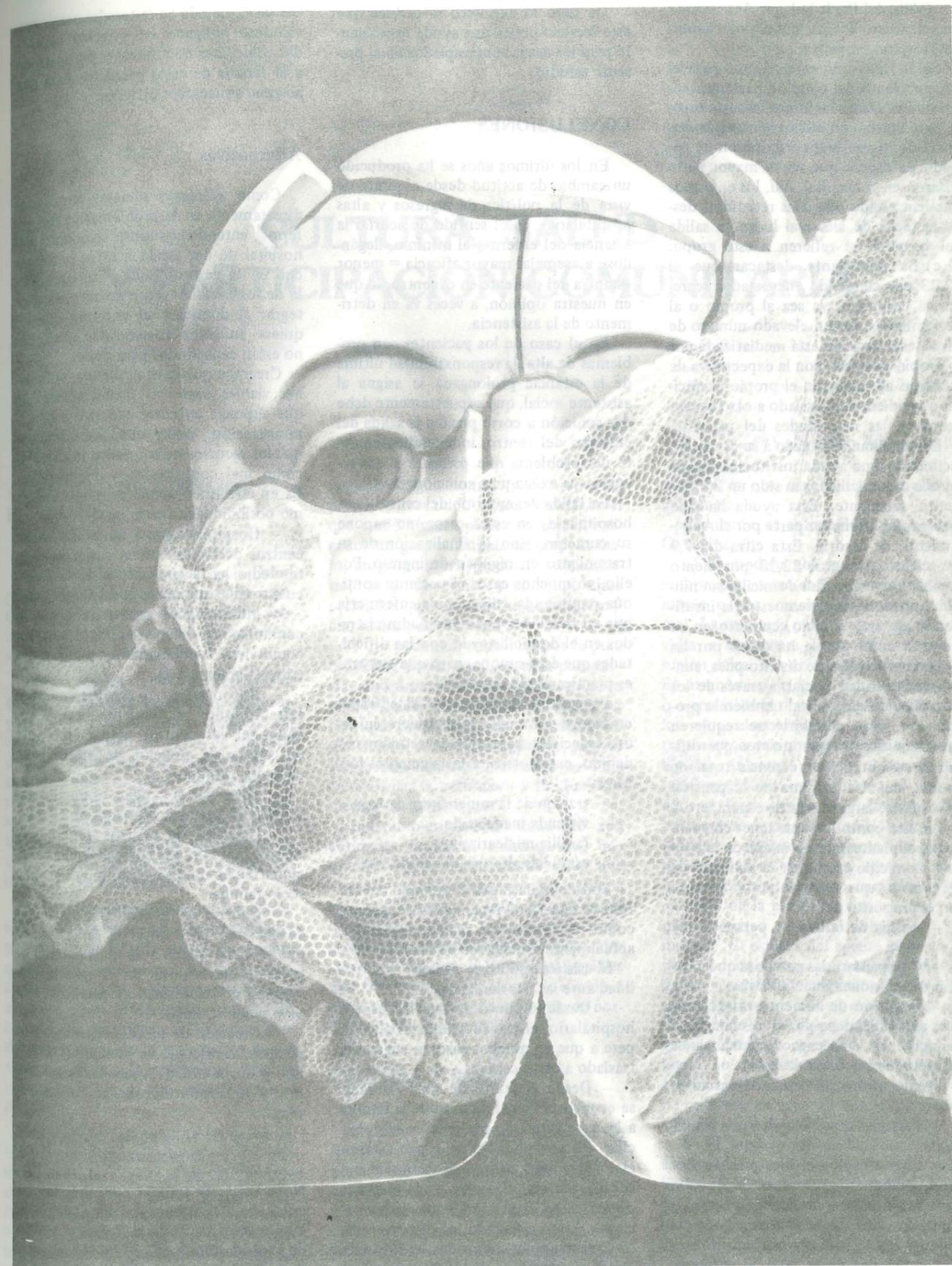


Ilustración de Alberto Urdiales.

ma (Villa del Prado) al que únicamente tienen acceso los pacientes procedentes del Hospital Provincial.

Se ha obtenido este recurso para el 27 por ciento del total de pacientes encuestados. Dadas las largas listas de espera para ingreso en dichos centros, la mayoría de los traslados requirieron un periodo de espera que en su mayor parte pasaron en el hospital. Así, los enfermos que han estado más días retenidos, desde la fecha de alta real hasta su salida del hospital, se refieren a este grupo.

c) Es importante destacar que el 22,23 por ciento de encuestados regresan al domicilio, ya sea al propio o al de familiares. En un elevado número de casos, esta decisión está mediatizada por el propio hospital, con la expectativa de atención adecuada en el propio domicilio o pendiente de traslado a otro centro acorde a las necesidades del paciente.

Los que han retornado a su domicilio recibiendo una ayuda institucionalizada (ayuda a domicilio), han sido un 7,9 por ciento solamente. Esta ayuda ha sido prestada en su mayor parte por el Ayuntamiento de Madrid. Esta cifra del 7,9 por ciento frente al 22,23 por ciento que han regresado a su domicilio sin ningún tipo de ayuda, demuestra la insuficiencia de este servicio, cubierto en su mayoría como ya se ha dicho por las juntas municipales de distrito pues, aunque la Seguridad Social, a través de los Hogares del Pensionista, también lo proporciona, para percibirlo se requieren unos requisitos muy concretos que dificultan su obtención (carencia total de familia, cuantía mínima de la pensión del usuario, largas listas de espera, etc.).

En este punto hay que tener en cuenta que el planteamiento inicial de la ayuda a domicilio estaba en la atención de las personas que se valían por sí mismas, con el propósito de:

— Ayuda de la higiene personal y de la vivienda.

— Compañía a las personas que carecían de relaciones socio-afectivas.

— Provisión de alimentos a ancianos que, aún valiéndose por sí mismos en su domicilio, no eran capaces de manejarse suficientemente fuera de él.

Frente a esto, la demanda actual se refiere a:

— Personas que NO valen por sí mismas.

— Con situación clínica precaria (escaras, sonda nasogástrica, etc.).

— Matrimonios de edades avanzadas donde es frecuente el caso de que el cónyuge que se vale por sí mismo no está en condiciones de atender al enfermo.

De todo lo expuesto se deduce que este servicio presta una ayuda insuficiente para los casos contemplados en el presente estudio.

## CONCLUSIONES

En los últimos años se ha producido un cambio de actitud desde el punto de vista de la política de ingresos y altas hospitalarias, en el sentido de acortar la estancia del enfermo al mínimo, llegándose a asemejar mayor eficacia = menor estancia del paciente en el centro, lo que en nuestra opinión, a veces va en detrimento de la asistencia.

En el caso de los pacientes con problemas de alta, la responsabilidad última de la estancia prolongada se asigna al asistente social, que supuestamente debe dar solución a corto plazo a la salida del enfermo del centro, independientemente del problema que presente y del recurso que exista para solucionarlo.

La salida del enfermo del centro (alta hospitalaria) en estos casos, no supone su curación, sino la finalización de su tratamiento en régimen de ingreso. Por ello, en muchos casos el paciente continúa requiriendo cuidados de enfermería que en ocasiones pueden ser administrados en el domicilio, aun con las dificultades que esto supone, pero que en otras es prácticamente imposible.

La actitud familiar ante el enfermo crónico o terminal, que requiere cuidados especiales, ha cambiado actualmente debido, entre otros, a los siguientes factores:

— trabajo de la mujer fuera de casa

— vivienda inadecuada

— familia nuclearizada

— estancias alternas con hijos, etc.

Todo ello hace que el cuidado del enfermo, que tradicionalmente se asumía como una obligación más de la familia, actualmente se delega en las instituciones.

El asistente social se sitúa en la actualidad ante las dos demandas:

— Desde el punto de vista del centro hospitalario, el paciente es dado de alta, pese a que en muchos casos se sugiere el traslado a otros centros.

— Desde el punto de vista familiar, se encuentra con el rechazo de la familia a hacerse cargo del paciente en su domicilio, sin posibilidades de ayuda asistencial, con una asistencia primaria no coordinada con el centro en la mayoría de los casos, solicitando que dicho paciente sea trasladado a otro centro.

Frente a estas demandas, el asistente social se encuentra con la falta de recur-

sos ya expresada en reiteradas ocasiones, viéndose obligado en muchos casos a dar soluciones no idóneas y presionando a la familia de estos pacientes para que acepten situaciones difíciles.

## Alternativas

Como asistentes sociales implicados directamente en la problemática del enfermo, entendemos tanto la postura del hospital de dar salida a estos pacientes con el fin de no bloquear camas, como la de los familiares que no aceptan reintegrar al domicilio al enfermo que requiere cuidados asistenciales que ellos no están capacitados para darle.

Creemos que existen algunas soluciones viables para esta problemática, sin que suponga un coste excesivo a la Administración, dado que consideramos que los recursos no son tanto insuficientes como mal coordinados y planificados. Es en esta línea donde proponemos como posibilidades a estudiar:

— Hospitalización a domicilio en los centros donde no exista, como paso intermedio hasta la creación de una adecuada red asistencial a domicilio.

— Miniunidades asistenciales en la comunidad y hospitales de día, tal y como viene funcionando en algunos distritos (Carabanchel).

— Reconversión de centros sanitarios infrautilizados actualmente, como podrían ser los centros antituberculosos, en centros de atención de enfermos de cuidados mínimos.

— Potenciar la ayuda a domicilio utilizando los recursos humanos de la zona.

— Creación de centros de convalecientes que con una corta estancia, solucionarían en muchos casos la reinserción socio-familiar.

— Control de las residencias privadas de ancianos para evitar la especulación que se viene dando y la mala calidad de la asistencia. Valorar en su caso la subvención de las mismas, ajustando la relación precio-calidad.

— Creación de plazas asistidas en las residencias oficiales de ancianos (INSERSO y Comunidad Autónoma) de Madrid y agilización del ingreso en las mismas.

**Nota final:** El trabajo completo se encuentra en la biblioteca del Colegio de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS. de Madrid, donde está incluida la encuesta aplicada y los resultados obtenidos.

# CULTURA, SALUD Y PARTICIPACION COMUNITARIA

(\*) Natalio Kisnerman

## LA UNIDAD DE ATENCION EN SALUD

Las llamadas disciplinas de la Salud operan en un amplio sector de la realidad que comprende todos aquellos procesos que incluyen al ser humano como unidad de y en interacción.

Los hombres con sus conductas, creencias, valores, esperanzas, temores, proyectos, afectos, resentimientos, acciones, configuran la unidad de atención de esas disciplinas. Los hombres en sus múltiples roles sociales y sus interacciones con otros hombres, con un medio que contribuye o no a su pleno desarrollo, entendido éste como un proceso de construcción de nuevas y mejores formas de existencia humana.

No se trata de hombres en estado natural, que son buenos y cuyas cualidades se pierden en la vida social, de manera que constituyen un tipo ideal, existiendo en sociedades primitivas en las que aparecen invariablemente puros. El hombre es naturaleza, pero como producto histórico de la sociedad en la que vive, transforma la naturaleza creando cultura a la vez que se transforma a sí mismo.

No se trata tampoco de hombres aislados, que asimilan con esfuerzo y gradualmente, la necesidad de relacionarse con otros por un instinto gregario. Los hombres somos productos de las relaciones con otros hombres, por lo tanto un producto social. El hombre aislado en apariencia, es simplemente un enfermo

mental. Ningún hombre puede ser comprendido fuera del contexto social en el que como síntesis asume internacionalizados un grupo familia, un grupo trabajo, un grupo barrial, vecinal o comunitario, un grupo étnico y un grupo clase social, los que van conformando su esencia, es decir su persona.

Y no podemos conocerle por la pura reflexión, por la intuición ni la pura teoría, sino únicamente en una práctica, en una relación dialógica, a él, único ser vivo que puede pensarse a sí mismo como objeto, crear cultura, prever, planear sus actos, utilizar instrumentos para transformar la naturaleza y producir sus medios de subsistencia.

Individuo-grupo-comunidad no son entidades humanas aisladas, sino una unidad. La problemática de salud que afecta a un individuo, surge y/o afecta a su grupo familia y a otros grupos en los que éste interactúa. Y esos grupos configuran una comunidad, entendida ésta como un sistema de relaciones sociales que funcionan en un espacio definido e integrado en base a un conjunto de normas y valores compartidos.

## CULTURA Y SALUD

Cuando un individuo demanda un servicio de salud es porque tiene una percepción de su morbilidad. Según su cultura se situará frente a ello y actuará consecuentemente, adoptando los modelos de una medicina científica, aborigen o folklórica, es decir asumiendo una práctica cultural, en una sociedad con-

creta en la que aquella tiene sentido y existencia.

Siguiendo al antropólogo Miguel H. González, en:

a) **El modelo aborigen:** conciben la enfermedad como daño inferido mágicamente o por invasión de espíritus del mal. La etiología puede referirse a la envidia, a la ruptura de un tabú o prohibición ética, o a un simple daño moral. El diagnóstico se logra por adivinación o a través de la observación del brillo de los ojos, el color de la orina, etc. El tratamiento y la prevención se basan en hierbas, amuletos, ritos y el agente de salud es el brujo, el hechicero, el curandero o la matrona. La formación del personal se logra por tradición oral de maestro a discípulo. El efector del sistema de salud es la casa del agente de salud, es decir el brujo o curandero. El ejercicio de la profesión está asociado a prácticas o a creencias religiosas y/o mágicas. El estatus del agente es de alto poder: puede curar pero además puede dañar la salud. El enfermo y la familia son miembros activos en el tratamiento; en algunas sociedades participan en rogativas todos sus miembros, ya sea para lograr la recuperación o para producir mayor incidencia del mal sobre el cuerpo enfermo de acuerdo con el grado de amistad o enemistad que los ligue.

b) **El modelo científico:** concibe la enfermedad como una ruptura del equilibrio psicosomático-social. La etiología se da en la relación hombre-medio ambiente-agente. El diagnóstico es el resul-

(\*) Licenciado en Servicio Social. Argentina.

tado de la investigación. El tratamiento y la prevención son consecuencia de la acción racional a nivel sintomático o etiológico. El agente de salud es el equipo de salud y los efectores, los hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios médicos, maternidades, etc. El ejercicio del papel profesional está legislado y cuenta con prestigio, especialmente el del médico. El enfermo y la familia asumen por lo general un papel pasivo, desconociendo en gran parte toda la acción patológica y terapéutica.

c) **El modelo popular o folklórico:** participa de los dos anteriores. No es patrimonio de la clase baja como algunos autores lo señalan, sino que es común a cualquier clase social, implicando dos tipos de comportamientos, algo así como una división de lealtades al médico y al curandero o bien con la recurrencia al curanderismo casero o automedicación (1).

La cultura, como manifestaciones concretas de la vida de los hombres, aparece como una síntesis dinámica de la realidad histórica de un grupo. Así el alcoholismo podrá ser vicio, enfermedad, delito, demostración de machismo. Los límites entre salud y enfermedad aparecen no simplemente relacionados con determinantes físicos o psíquicos, sino con la apreciación que haga la comunidad. Y esa valoración o desvalorización es cultural, a cuyo conocimiento se accede sólo en el contexto en el que se produce: la comunidad.

De ahí que como dice Vargas Tentori "si se desea cooperar con la comunidad para mejorar su salud se debe aprender a pensar como la gente de la comunidad" (2).

Hay que considerar también las estrategias de supervivencia a las que debe recurrir la población carente, la que no siempre concuerda con nuestra lógica, siempre proclive a valorar con nuestra cultura. Así, una vez, estando en Costa Rica, integrando una misión sanitaria de la OPS en una comunidad aborigen boruca, advertí que una madre alimentaba a su niño de pocos meses con un biberón de café puro. Cuando le pregunté por qué le daba café, me contestó que la leche era para los blancos. Supuse un tabú alimenticio y no hice más preguntas. Pero la observación me permitió comprobar que vendía le leche de sus vacas en una comunidad vecina, habitada por blancos predominantemente, con lo cual lo de tabú quedó desvirtuado. La venta de la leche eran sus únicos ingresos, aún al alto costo de la vulnerabilidad de sus niños, ya que el resto de lo

que producían sus tierras les servía para su propia subsistencia (frutas, café, maíz).

En la Patagonia, los mapuches sólo se alimentan de carne de cabra o de oveja y de sus derivados, leche y quesos. Las hortalizas, legumbres, frutas no figuran en su dieta alimenticia. Pero sus tierras áridas, sólo permiten la cría de esos animales, de ahí el nombre de crianceros, obligados a trashumar buscando tierras que alimenten y protejan de las inclemencias climatológicas a sus animales. Eso también tiene su lógica, que no es nuestra lógica. Lo cultural asociado a la sociedad a la que los hombres se integran de algún modo.

Por eso insistir en las charlas educativas, no resuelve el problema de fondo, tienen poco resultado, ya que la realidad cotidiana es una aventura que hay que resolverla de algún modo. Esas charlas implican un esfuerzo esporádico de información y no un auténtico aprendizaje, constituyendo muchas veces una trascuración negativa en tanto no responden a sus auténticas necesidades, ni a la lógica de sus representaciones culturales. Creemos mucho más valioso transformar las ideas en actos, demostrando aquello que queremos enseñar, pero creemos también que ese acto debe estar acompañado por el afecto hacia el otro, nuestro semejante. Y ese afecto nos debe hacer valorar su cultura, la calidad de los productos tradicionales y de muchas de sus prácticas habituales.

### LA COMUNIDAD: ESPACIO DEL HOMBRE

Hemos señalado que es en la comunidad donde dinámicamente interactúan los elementos que conforman la triada ecológica; que es la comunidad donde se dan los procesos socioculturales, económicos y políticos que definen al paciente como tal y que es la comunidad el lugar donde deberá ser reinsertado.

La comunidad como categoría de análisis en el espacio integrado por una forma histórica de producción, un sistema de estratificación social y un conjunto de instituciones y valores sociales. Como categoría operativa, la comunidad es el espacio donde se desarrollan actividades tendientes a satisfacer las necesidades de sus pobladores.

¿Existe la comunidad? Entendemos que no, en tanto no la encontramos hecha. Encontramos, sí, un conglomerado de personas que cohabitan en un espacio. Y que este espacio no siempre es el adecuado para la convivencia ni para la salud.

Todos los aquí presentes, sabemos que en esas comunidades llamadas marginadas, porque están al margen de las ciudades, al margen del bienestar social, al margen de las decisiones políticas, de la cultura, la salud, la educación, la vivienda, el trabajo, etc., existe un alto riesgo de enfermedad y que son los niños los más susceptibles de contraerla. Familias no siempre bien conformadas, baja capacitación laboral, deficientes salarios, viviendas insalubres y promiscuas, desnutrición, alcoholismo, prostitución, conductas altamente emocionales, el grito y el castigo como signos de comunicación, son algunos de los elementos que caracterizan lo que con acierto, el doctor Mahler de la OMS, denominó la espiral diabólica de la pobreza. Los asistentes sociales sabemos mucho de ello, pues constituyen la cotidianidad de nuestro trabajo. Niños desnutridos, niños vagabundos, niños con retardo sociocultural y emocional, niños con oligofrenias y trastornos psicomotores, niños carentes de identificación parental, niños incorporados prematuramente al trabajo en detrimento de su escolaridad, niños cruelmente castigados, niños explotados, configuran toda una problemática compleja que excede al Servicio Social, a las disciplinas de la salud, a quienes muchas veces se nos encomienda lo que las colegas españolas Las Heras y Cortajarena, bien han dado en llamar los "cortocircuitos de la sociedad" (3).

¿Qué hacer más allá de lo puramente paliativo? Ninguna profesión tiene la varita mágica de la solución. La omnipotencia profesional ha demostrado su inutilidad. Hay que construir la comunidad, la comunidad de la solidaridad. Hay que construir el espacio del hombre. Y para ello hay que comenzar por descubrir lo cotidiano, la vida. Hay que comenzar por aprender de las experiencias de los otros, involucrarnos en su trabajo, dejando de ayudar a los otros desde nuestra perspectiva de vida que no es la suya.

Un concepto que ahora está de moda es el de calidad de vida. Hay que entender esto, como "la posibilidad colectiva de los sectores populares de tomar parte en la construcción de su propio destino" (4). No es simplemente una mejor relación de los hombres con los objetos de consumo, sino también con el medio ambiente y humano.

Significa ampliar el concepto de necesidades básicas. No hay persona plena si no hay libertad para expresar ideas y

sentimientos, para movilizarse, para actuar y trabajar en lo que exprese su capacidad, para participar en la vida comunal y nacional. La pobreza no es sólo un deficiente consumo de bienes y servicios básicos. Es una frustrada experiencia humana, una deteriorada calidad de vida como señala el informe de la Unicef sobre necesidades básicas y calidad de vida. La pobreza desnaturaliza también el sentido de la democracia, al expresar una desigualdad social, una distribución injusta de las oportunidades de desarrollo y un obstáculo a las posibilidades de satisfacción de las necesidades humanas. Hoy merced a los medios masivos de comunicación, las necesidades tienden a igualarse entre pobres y ricos, pero las satisfacciones se distancian cada día más y la vida se ha mercantilizado, desarticulando lo humano al fomentar competencia, rivalidad, violencia.

Las políticas sociales siguen relegando a sus beneficiarios a la pasividad o a mano de obra gratuita. Como no educan, generan cada vez más menesterosos que pretenden vivir del Estado. Esto no significa prescindir del Estado en nuestra concepción, sino que intentamos establecer una relación distinta entre éste y la población, para que ella asuma el papel de sujeto que colectivamente a través de sus organizaciones de base postule las políticas sociales que el gobierno del Estado encarna.

Por ello implica también una participación popular y un encuadre distinto de las prestaciones sociales, desinstitutionalizándolas, descentralizándolas, para atacar los problemas allí donde ocurren y no trasladarlos a las instituciones.

Ello implica desacralizar la ciencia, transformar la formación profesional de los agentes de salud, articular operativamente todos los recursos de la comunidad en función del mantenimiento, prevención y recuperación de la salud, integrándolos a otros recursos de educación, trabajo, vivienda, recreación, etc., que tanto tiene que ver con la salud de la población. Como señala Aldo Neri, la propuesta de salud no es sólo la organización de la medicina; tiene que ver con la distribución de los beneficios de la seguridad social, con los criterios de estímulo al desarrollo del sistema productivo, con los estilos de crecimiento urbanístico elegidos en un país de alta concentración urbana (5). La prevención primaria es prevención social y la deben ejercer todos los habitantes del país, como protagonistas. Hay que devolver a la persona y los grupos humanos el ejercicio de una participación activa en sus pro-

blemas de salud que tiende a desaparecer ante los excesos paternalistas del Estado. Asumir el Estado el modelo distributivo que conviene al pueblo y no a los intereses de una minoría. Asumir de una vez por todas el Estado Social de Derecho en el que el bienestar social no sea de esa minoría sino de toda la población. Dejar de insistir en la falta de recursos, cuando todos sabemos que recursos sobran en nuestro país y sí en cambio hay una mala distribución, un pésimo uso y hasta un despilfarro de ellos. Y que en última instancia, toda la población joven y adulta es básicamente un recurso, que cualquier institución y cualquier casa, aun un rancho si es el caso, es un recurso.

Rescatemos la vida cotidiana "como el lugar y el tiempo donde lo humano se realiza". (6).

### LA PARTICIPACION COMUNITARIA

Participar significa estar en algo, ser parte de, decidir. No es simplemente ser ejecutor. Se participa en trabajos y beneficios. Es ser sujeto en todo un proceso, cuyo éxito depende en gran medida de la voluntad de las personas para analizar sus necesidades y buscar soluciones. El hecho de que existan problemas en una comunidad no es suficiente para que la gente se organice. Hay una gran tendencia al fatalismo, a esperar todo del Estado como señalamos. Hay también un esfuerzo exagerado de dejar a los que saben y tienen tiempo para ello, la actuación y la decisión por los demás. Los universitarios somos formados para que los demás nos dejen en nuestras manos su salud, la educación, la decisión de cómo deben vivir, de qué cultura deben adquirir. Frente a nosotros, la población tiende a menospreciar lo que sabe y lo que hace, cuando en todo lo que hace, piensa y siente, hay una gran riqueza que puede ser utilizada en la solución de muchos de sus problemas cotidianos. El autoritarismo y la omnipotencia de los universitarios, no coincide con sus prácticas democráticas, al retener información, sabiduría, poder en última instancia. Una comunidad participa cuando es ella la que se autodetermina, cuando todos deciden lo mejor para todos, sin interferencias ajenas, sin dominaciones extrañas, cuando todos participan en el diagnóstico de su propia problemática, en la decisión de lo que desean hacer y en la ejecución y evaluación. Y esa participación al poner conocimientos al alcance de todos es un verdadero proceso

de enseñanza-aprendizaje comunitario. "Aprovechar la experiencia y el saber comunitario significa, entre otras cosas, recuperar la memoria colectiva, al partir no de cero, sino de la experiencia de los vecinos. Recuperar su pasado, sus acontecimientos, sus prácticas, todos sus esfuerzos para crear un espacio humano" (7). Identificar todo aquello que puede ser útil, necesario para la atención y solución de las necesidades comunitarias. ¿Cómo explican sus problemas? ¿Qué sentido le dan? ¿Qué alternativas posibles de solución reconocen?

Esa participación a través de auténticas organizaciones surgidas desde la comunidad, concretan la democracia "como control del poder por el sujeto colectivo" (8).

Sólo en la medida en que la gente se siente tenida en cuenta y puede percibir su aporte, desarrollará un sentido de pertenencia a una comunidad como espacio de convivencia real. El sentimiento e identificación comunitaria surgen estrechamente vinculados con la experiencia de participación. Y ésta debe tender a aumentar el poder de negociación de la población para elevar la calidad de vida. Es por eso que afirmamos que la participación es un hecho político.

Si el hombre se logra en la realización de su proyecto de vida, una comunidad se construye a partir de un proyecto solidario y cooperante, de lograr la plena realización de sus habitantes. Su búsqueda, da sentido, direccionalidad a la existencia humana.

La salud para todos en el año 2000 es una meta que debemos alcanzar pero salud con todos.

### NOTAS

- (1) González, Miguel H.: Cultura y Salud. En: Kisman, Natalio: Salud Pública y Trabajo Social. Buenos Aires. Humanitas, 1981, p. 22-23.
- (2) Vargas Tentori, Fortunato: Extensión de la cobertura, atención primaria de salud y participación de la comunidad. En: Boletín de la OPS, vol. LXXXII, n.º 5, p. 352, mayo, 1977.
- (3) Las Heras, Patrocínio y Cortajarena, Elvira: Introducción al Bienestar Social. Madrid, FEDAS, 1979, p. 48.
- (4) Sánchez, Daniela: Notas sobre calidad de vida y Trabajo Social. En: Apuntes para Trabajo Social, n.º 4-5, p. 22. Santiago, Chile, set. 1984.
- (5) Neri, Aldo: Salud y Política Social. Buenos Aires. Hachette, 1983, p. 213.
- (6) Lefebvre, Henri: Critique de la Vie Quotidienne. París, Arche, 1961, p. 275.
- (7) Prieto Castillo, Daniel: El autodiagnóstico comunitario. Quito, Ciespal-Fundación Ebert, s/f, p. 28-29.
- (8) Touraine, Alain: Sociología de la acción. Barcelona, Ariel, 1969, p. 312.

# INFORME DE LA COMISION ESPECIAL DEL SENADO SOBRE EL TRAFICO Y CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA

## 1. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ESPAÑOLA

- A) Introducción
- B) Antecedentes históricos del problema de España.
- C) La situación actual.

## 2. LA COORDINACION INSTITUCIONAL.

## 3. LA PREVENCION DE LA DEMANDA.

- A) Introducción.
- B) Grandes líneas de prevención.
- C) Educación para la salud.
- D) El papel de los grupos sociales en la prevención.
- E) La prevención de los grupos de riesgo.

## 4. LA REDUCCION DE LA OFERTA.

- A) Medidas legislativas.
- B) Colaboración internacional.
- C) Restricción en la oferta de drogas legales.
- D) Represión del tráfico.

## 5. EL TRATAMIENTO Y REINSERCIÓN DE LOS AFECTADOS.

- A) Investigación, formación, documentación.
- B) Una red asistencial integrada y suficiente.
- C) Una red diversificada:
  - Comunidades Terapéuticas.
  - Programas con metadona.
  - Centros especiales.

## 6. CONCLUSION

### 1. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ESPAÑOLA.

#### A) Introducción.

La cuestión de las drogas en todas partes oculta, bajo su enunciado muchas realidades distintas percibidas también de manera diferente por la sociedad española y por los grupos sociales.

Existe en la opinión pública el estereotipo de "la droga", referido únicamente a las drogas ilegales, y asociado a una irrupción extremadamente rápida en los últimos quince años, a problemas de seguridad ciudadana, y teniendo a

sectores juveniles como únicos protagonistas.

La sociedad española soporta un gravísimo problema de abuso y dependencia de drogas legales (alcohol, tabaco) que generan también año tras año un número de muertes indeterminado pero elevado, enfermedades, accidentes laborales y de circulación, y un coste económico crecidísimo. Pero la sociedad en su conjunto y muchos sectores no perciben al alcohol y al tabaco como drogas.

Otra consideración distinta merecen también los fármacos de abuso, consumidos por un grupo heterogéneo en edades y condiciones. Y una nueva complejidad surge con la difusión del uso psicoactivo de sustancias y productos químicos destinados en su origen a otras utilidades.

Sin necesidad de añadir a las ya existentes una nueva definición de "droga", convenimos en que drogas existen muchas, y dentro de muchos tipos, y que muchas sustancias de nuestro entorno inmediato han adquirido o podrían ad-

(\*)Presidente de la Comisión, **Octavio Granado Martínez**.— La Secretaria, **Ana Clara Miranda de Lage**.

quirir el carácter de droga, y ser utilizadas como tales. Por otra parte, hay que considerar como situaciones distintas uso, abuso y dependencia, y entender que el paso de la una a la otra es distinto según el tipo de droga que se consume, y el individuo, en su caracterización psicosocial, utilizador. Podríamos llegar a decir que hay tantas situaciones posibles de toxicomanía como posibles relaciones entre drogas distintas e individuos distintos.

Al margen de estereotipos, es necesario afirmar que el abuso de drogas está asociado casi inevitablemente a procesos de enfermedad que pueden culminar con la muerte. La drogodependencia es una enfermedad social, con caracteres específicos, entre los que destaca que para su tratamiento son elementos importantes la voluntariedad del enfermo y la actitud positiva de la familia y el entorno social.

Existe, pues, una primera necesidad básica, y es la de superar estereotipos, de crear la percepción como drogas de todas ellas y de articular en consonancia una capacidad de respuesta global de la sociedad española ante el fenómeno de las toxicomanías.

### B) Antecedentes históricos del problema en España.

El consumo de drogas tiene raíces distintas en función de las sustancias, muchas de las cuales son comunes a los estados de nuestro entorno cultural, pero otras específicas de la situación española.

Así, la presencia española en el norte de África ha sido el canal introductor habitual del uso de los derivados del cannabis.

El alcoholismo sufre un gran incremento en nuestro país a partir de la guerra civil, y tras ella se ve fomentado por el nulo control existente, en la práctica, sobre puntos de venta, publicidad, difusión a menores, etc., de todos los alcoholes.

El elevado consumo de fármacos se ha visto favorecido muchos años por la falta de control de la legislación y la desidia de las autoridades administrativas, que llegaron a convertir a España en el país productor de las anfetaminas que abastecían toda Europa.

En general, los procesos migratorios del campo a la ciudad, con el subsiguiente desajuste en el modo de vida y la alteración de las escalas tradicionales de valores, de los roles familiares, etc., la medicalización de los problemas sociales

típica de nuestra sociedad, la aglomeración en la periferia de las grandes ciudades de grandes masas de población sin servicios, infraestructuras o alternativas de ocio, los desequilibrios sociales son los fenómenos sociales que tradicionalmente han servido de soporte a las interpretaciones del aumento del consumo de drogas.

Interpretaciones en las que tampoco han faltado referencias a la crisis política del franquismo, como fenómeno que abría las puertas a la mixtificación de quienes identificaban la crisis del régimen, de sus leyes y sus normas con la crisis de un modelo social y de sus pautas de comportamiento. Situación ésta agravada durante los primeros años de nuestra democracia por el endurecimiento de la crisis económica y una de sus previsibles secuelas, el "desencanto" ideológico.

Al lado de estos problemas socioeconómicos, se barajan otras causas de índole psicológica: los problemas de tensión emocional propios de la vida urbana moderna, los desequilibrios de la preadolescencia y adolescencia, la falta de estabilidad de algunos miembros de familias problemáticas, etcétera.

Pero es necesario puntualizar que no sólo está en las variables psicológicas, sociológicas o económicas la raíz del problema, sino también en otras causas bien distintas: en la existencia de una oferta generalizada, que tanto para las drogas legales como para las ilegales, mueve intereses económicos poderosos, crea la demanda con técnicas de publicidad sofisticadas, utiliza complicadas redes de distribución, etc. Oferta ésta que, en el campo de las drogas ilegales, se orienta hacia España en una época de boom turístico, cuando la represión en los países tradicionalmente destinatarios, hacía conveniente diversificar y ampliar el área geográfica de actuación.

Por otro lado, el mercado de las drogas ilícitas, y hay que ponerlo de manifiesto, es esencialmente un sistema de explotación de los sectores juveniles, que una vez atrapados, son obligados a colaborar en la distribución, y a obtener el precio de la mercancía mediante su trabajo lícito o ilícito (prostitución, delincuencia). Todo ello para proporcionar un elevado beneficio anual para los medianos y grandes traficantes, que luego blanquearán su capital con la colaboración de redes financieras internacionales.

### C) La situación actual

Este sistema de explotación es el que

se ha introducido en España en los últimos quince años, y que ha variado la consideración tradicional de la sociedad española hacia las drogas legales, integradas, no estigmatizadas y ampliamente toleradas, introduciendo un nuevo elemento: el consumo de drogas ilegales, como elemento desintegrador, estigmatizado en la substancia y en los consumidores, y con amplia demanda de represión generalizada.

Tenemos que comenzar por afirmar que los datos estadísticos fiables sobre el número de consumidores, abusantes y drogodependientes son escasos, siguen metodologías distintas y difieren en porcentajes apreciables. No es pues posible ofrecer cifras de validez contrastada que sitúen el problema en sus exactas dimensiones, aunque sí se pueden realizar aproximaciones muy estimables.

Evidentemente, las drogas legales (alcohol y tabaco) tienen el porcentaje más alto de consumidores, en estratos sociales y niveles de edad muy diferentes. La extensión del uso de estas drogas a las mujeres, la generalización del consumo entre los adolescentes, y su nulo control hasta la fecha, hacen temer un gravísimo aumento de su ya seria problemática, en años futuros.

Por otro lado, la existencia de una cultura que ha integrado en sus comportamientos el consumo y abuso de unas drogas, legalizándolas, es el "caldo de cultivo" propicio en el que se desarrolla la demanda de drogas ilícitas, que no hace sino sustituir el consumo tradicional por otro que multiplica o altera los efectos placenteros.

Dentro de las drogas ilegales (consumidas preferentemente por jóvenes, aunque grupos concretos de adultos no son ajenos a su uso), el cannabis en sus diferentes formas es la más utilizada, con un nivel de consumo relativamente estabilizado y con tendencia al descenso.

La droga ilegal que provoca actualmente más problemas sociales es la heroína, detectándose una cierta "desvalorización" de esta droga en las áreas de mayor consumo, mientras que sigue extendiéndose éste en otras áreas hasta ahora no castigadas.

El fenómeno más preocupante en los últimos tiempos es el de la extensión de la cocaína, publicitada como una droga de efectos menos drásticos, igualmente gratificante y socialmente prestigiosa. En el estadio en que se encuentra, es fundamental abortar ahora la extensión de su consumo.

En cuanto a las características del consumo y de los consumidores, están relativamente claras en cuanto a las drogas legales, y podemos ya delimitar algunas certezas sobre las ilegales. Podemos distinguir entre los consumidores ocasionales, los abusantes y los drogodependientes. El patrón más generalizado es el de la politoxicomanía, esto es, el uso asociado de varias sustancias. Cuando existe una droga reina, en el caso de abusantes y drogodependientes, es en la mayoría de los casos la heroína.

El consumo de fármacos tiene un grupo de usuarios heterogéneo, en el que se entremezclan jóvenes, que asocian éstos con otras drogas, y grupos importantes de adultos.

Los inhalantes, por su parte, afectan hasta ahora a un contingente más reducido y geográficamente más concentrado, de niños en edad escolar.

El consumo de alucinógenos es muy marginal, y casi siempre en asociación con otras drogas.

La edad de iniciación al consumo, que ha ido descendiendo sistemáticamente en los últimos años para las drogas ilegales, tiende ahora a estabilizarse.

El abuso no está correlacionado con la pertenencia a determinados grupos sociales, y no parece que, según algunos informes, lo esté en origen con la situación laboral (paro o trabajo activo). Sí lo está, en cambio, con la disponibilidad de dinero (por diversas vías) y con el contacto con otros consumidores, así como por el entorno social, el grupo de amigos inmediato, etc. Son la curiosidad y el "contagio" los que explican en la inmensa mayoría de los casos las primeras experiencias.

No obstante, no estamos en condiciones de identificar la causa o causas determinantes que limitan el espectro de motivos del consumo de drogas, como tampoco conocemos una tecnología curativa infalible. Ello hace que tengamos que orientar nuestros esfuerzos en una pluralidad de vías sin descartar ninguna actuación, investigación o punto de vista, pero atendiendo a las tres grandes necesidades de una actuación global eficaz: la prevención de la demanda, la reducción de la oferta y el tratamiento y reinserción de los afectados.

## 2. LA COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Un paso previo, no obstante a las recomendaciones en los temas de prevención, reducción de la oferta y tratamien-

to, es definir el marco de colaboración entre las distintas administraciones públicas que debe abordar el problema. La consideración de las drogodependencias como problemas complejos, de raíces psicológicas, sociales y culturales, pone de manifiesto la diversidad de ámbitos de actuación en que va a resultar imprescindible trabajar. Resulta imposible encuadrar esa necesaria acción dentro de las fronteras que limitan las áreas tradicionales de funcionamiento de las administraciones públicas, por lo que se impone una política de coordinación que garantice el más alto grado de eficacia posible.

El modelo de coordinación resultante ha de tener como una de sus bases, la existencia de comunidades autónomas con competencias exclusivas, en actuaciones que afectan al grado de abuso de drogas o a los efectos del mismo. Del mismo modo, la existencia de actuaciones y recursos puestos en funcionamiento, sostenidos y dirigidos por diputaciones provinciales y forales, cabildos y consejos insulares y ayuntamientos no puede ser ignorada.

La existencia de un plan nacional sobre drogas aparece como un esfuerzo importante de cara a conseguir la necesaria coordinación entre administraciones públicas. Con relación a la Administración central, la figura del Delegado del Gobierno para la ejecución del Plan ha de desempeñar un papel de primer orden en el desarrollo armónico de los trabajos configurados como directrices en el citado Plan.

La coordinación de la Administración central del Estado con las comunidades autónomas, y de ambas administraciones con las corporaciones locales va a suponer, sin duda, una tarea con mayores dificultades. Los límites de las competencias propias de cada institución no aparecen con frecuencia suficientemente claros. Esto va a exigir por parte de todos un esfuerzo de colaboración y de entendimiento que, por otra parte, impone la gravedad del problema. En la elaboración del Plan ya se ha hecho realidad un grado de comunicación apreciable. En el mismo están previstos mecanismos de actuación conjunta que deben ser desarrollados e impulsados en beneficio de toda la colectividad.

La puesta en marcha de una estrategia global del conjunto de la sociedad española exige asociar a estos esfuerzos de coordinación a todas las instituciones. Las corporaciones locales pueden desempeñar papeles de singular importancia en tareas de prevención y asistencia. Los

Gobiernos autónomos deben asumir la responsabilidad de coordinar los esfuerzos de las administraciones locales en el ámbito de su respectiva comunidad.

## 3. LA PREVENCIÓN DE LA DEMANDA

### A) Introducción

El estereotipo de la droga, que niega la condición de tal a las legales y que asocia al fenómeno los temas de seguridad ciudadana, hace que desde el cuerpo social se preste mucha más atención a las medidas de represión del tráfico, que a programas de prevención a medio y largo plazo.

No obstante, estos programas son imprescindibles en una estrategia realista. En primer lugar, son básicos ante la oferta de drogas legales, ante el consumo de fármacos de abuso, etc., sustancias éstas con las que los ciudadanos van a estar en contacto, ante las que tienen que articular una capacidad de resistencia, de abstinencia.

En segundo lugar, incluso el consumo de drogas ilícitas no puede ser abordado únicamente desde el punto de vista de la represión de la oferta, puesto que es cambiante, según la disponibilidad del producto, la receptividad del mercado, el criterio de beneficio económico del traficante, etc. Una actuación eficaz contra una determinada droga en el terreno de la oferta puede verse empañada por su rápida sustitución en el mercado por otra similar.

En tercer lugar, una política eficaz de prevención tiene un coste económico y social muy inferior a los programas de represión y de tratamiento, y abre perspectivas de futuro mucho más tranquilizadoras.

La prevención de toxicomanías no debe estar únicamente asentada en la información que puede suscitar reacciones contrarias y elevar la curiosidad, ni tampoco en la intimidación, que produce solamente efectos insignificantes y provoca en los jóvenes un deseo de ensayar el riesgo.

Los programas de prevención deben tener como objetivos al menos los siguientes: la promoción de valores de responsabilidad y autonomía personal, la consideración de las toxicomanías como un problema de salud, y la sensibilización adecuada de toda la sociedad sobre el verdadero alcance del problema, proporcionando mensajes creíbles, no dramáticos y que los jóvenes pueden compartir.

### B) Grandes líneas de prevención

a) La permanencia del mensaje. En nuestra sociedad existe un mensaje continuado de oferta de drogas, sobre el que se insertan las emisiones concretas en uno u otro sentido, para publicitar tal o cual sustancia. Frente a esta continuidad, no caben campañas puntuales, que, en el mejor de los casos, tendrá un efecto positivo también puntual, al final del cual se reproducirá el problema, sino un programa continuado, que sólo tenga final para enlazar con otro.

Este tipo de programas permanentes, en los que es dable utilizar todos los medios de comunicación y relación que existen en la sociedad, están especialmente indicados en el caso de las drogas legales, del abuso de fármacos, etcétera.

b) El mensaje positivo. La realización de campañas con mensajes terroríficos que suelen anteceder a dramáticas peticiones de la abstinencia absoluta de toda sustancia se descalifican por sí mismas, provocan un interés morboso, de nulo efecto disuasorio en la población de riesgo, y no generan mayor autonomía personal para el rechazo, sino una sensación inconsciente de oposición.

c) El mensaje particularizado. El universo de consumidores de drogas en nuestro país es enormemente amplio. Hay consumidores de drogas legales e ilegales, personas maduras y jóvenes, abusantes, drogodependientes y simples consumidores ocasionales.

No puede abordarse del mismo modo la problemática de un ama de casa adicta a los fármacos, de un niño usuario de inhalantes o de un joven que mezcla los "porros" con cerveza. Es imprescindible lanzar campañas específicas para grupos sociales distintos. Asimismo es necesario tratar de manera muy distinta a la generalidad de la población y a los grupos de riesgo (personas con un primer contacto o con tropismo hacia las drogas, o aquellos para los que el simple uso de una droga comporte un grave peligro para la salud).

d) Un mensajero con credibilidad. La información sobre drogas goza en nuestra sociedad de un bajo nivel de fiabilidad para la población. En el caso de las drogas legales, está desmentida por la práctica cotidiana. En el caso de las ilegales, por el mismo carácter del estereotipo "droga".

La credibilidad del mensaje tiene que ir acompañada de la credibilidad del mensajero. Los adultos no tienen demasiada ante los jóvenes. Los triunfadores tampoco ante los marginados. Hay que

acudir siempre a quien tenga poder de convicción, capacidad para la comunicación interpersonal, comprensión básica y familiaridad, tanto hacia el fenómeno como hacia el receptor del mensaje.

e) La convalidación previa. Las drogas están asociadas por sus propias campañas de difusión y por los medios de comunicación con sensaciones positivas (como el placer, riesgo, prohibición, nuevas sensaciones, autoafirmación; de ahí el carácter ambivalente del estereotipo "droga" = placer - dolor, vicio - enfermedad). Es la curiosidad, y no otro, el principal motivo del primer contacto. Necesitamos, pues, un mensaje suficientemente contrastado, con experiencias previas, que no genere interés sobre las drogas en el grupo de riesgo, sino desprecio. La prevención más eficaz debe plantearse entre sus objetivos el rechazo de la primera oferta de drogas, ya que ésta supone siempre un riesgo.

Como conclusión, se recomienda desarrollar no campañas puntuales, sino programas permanentes, no genéricas, sino dirigidas a públicos concretos, con un mensaje positivo, un emisor con credibilidad, y una experiencia contrastada. La colaboración entre las distintas administraciones es fundamental, para no reiterar mensajes ni (lo que es mucho peor) anular unos mensajes con otros contradictorios. La evaluación de los programas realizados es imprescindible para la realización de una prevención ajustada al entorno.

### C) Educación para la salud

Una de las actuaciones claves para la prevención primaria de la drogodependencia es la introducción de la educación para la salud en todos los niveles de la enseñanza obligatoria y secundaria.

Al hablar de educación para la salud, entendiendo por tal la definición de la OMS, esto es, una educación para la salud, el bienestar y la convivencia, no comprendemos únicamente la introducción de materias que induzcan al alumno al conocimiento de su propio cuerpo, y a la valoración de la importancia de hábitos de salud, sino la educación para la convivencia, el conseguir articular en los jóvenes pautas de comportamiento positivas, que eviten actitudes grupales asociadas al consumo de drogas.

Dentro de la materia general "Educación para la salud" la prevención del consumo de drogas está contextualizada, no despierta interés morboso y permite respuestas positivas.

La enseñanza de esta materia ha de

realizarse previa formación rigurosa y dotación del material didáctico específico al profesorado que ha de impartirla. En principio, no son convenientes las campañas de prevención desarrolladas por elementos ajenos a la comunidad escolar.

La metodología de la prevención de las toxicomanías en esta enseñanza ha de partir de los siguientes principios:

— Desarrollo por equipos multiprofesionales, asesorados por expertos.

— Enseñanza adecuada al medio que rodea al alumno.

— Papel activo del alumno.

— Progresiva clarificación de la propia escala de valores por parte del alumno.

— Participación en el programa (en acciones y momentos específicos) de los padres o tutores.

Estos programas de prevención primaria, generales, deben complementarse con programas específicos de prevención, dirigida a grupos de riesgo, dentro de la escuela. En el desarrollo de estos programas debe contemplarse la posibilidad de utilizar terapias de grupo.

En la educación para la salud, la actitud de padres y educadores reviste una importancia decisiva, ya que puede anular la validez del mensaje por la vía del ejemplo en sentido contrario. Es, pues, imprescindible contar no sólo con su colaboración, sino con su asunción de papeles activos y ejemplificadores.

### D) El papel de los grupos sociales en la prevención

No obstante la preeminencia del factor educativo en la prevención primaria, hay otros elementos que juegan un papel decisivo en una estrategia concertada de prevención.

#### a) Los medios de comunicación

Su papel es difícil y conflictivo. En éste, como en todos los temas, los medios de comunicación actúan de "caja de resonancia" a veces exacerbada por el sensacionalismo de la realidad. Es ya dudoso que la propia promoción de la realidad tenga efectos positivos. Al seguir la lógica de la noticia, por otra parte, se publicita la "otro", lo que es ajeno a la norma establecida, apuntalándose implícitamente la misma norma. Pero, al margen de aspectos generales de teoría de la comunicación, se pueden plantear algunas recomendaciones concretas:

— Superación del estereotipo "droga" para referirse a drogas concretas.

— Eliminación del morbo, del sensa-

cionalismo y de cualquier imagen que pueda generar tropismo.

— Eliminación de la asociación de ideas droga-dinero y droga-grupos prestigiosos.

— Consideración de todas las drogas como causantes de un problema de salud pública: situación de las noticias de drogas en la sección de salud.

#### b) La movilización ciudadana

La movilización de las entidades ciudadanas y de los profesionales de la "primera línea" (educadores, médicos, trabajadores sociales...), siempre que se haga dentro de programas validados y positivos, es un elemento extraordinariamente positivo, ya que mantiene la vitalidad de la sociedad democrática, demuestra en la práctica que los problemas tienen solución, ayuda y exige actuaciones de la Administración y contribuye importantemente a la modificación de hábitos concretos de conducta, relativos fundamentalmente a drogas legales. Es necesario promover esta movilización mediante el apoyo y la concesión de ayudas y asociaciones de familiares de toxicómanos sin ánimo de lucro, arbi-trando fórmulas que favorezcan su colaboración con la Administración en las distintas tareas.

#### c) Promoción del asociacionismo juvenil

La promoción de la capacidad de autoorganización e iniciativa de los jóvenes es básica. Un dato estadístico relevante es el de que los jóvenes, con un sistema de valores más definido, son los que en menos porcentaje abusan de las drogas. Apostar por una juventud con autonomía personal y con ideales definidos es apostar por jóvenes que ejercerán su capacidad crítica y de discernimiento ante la oferta de drogas. En este sentido, hay que valorar muy positivamente las iniciativas del Instituto de la Juventud, CC.AA. y ayuntamientos, de creación de oficinas de información juvenil, a fin de orientarla sobre el tema que nos ocupa y otros muchos. Debe acentuarse la política de creación y promoción de actividades de las Casas de Juventud.

#### d) La modificación del medio

La promoción de alternativas de ocio, el reforzamiento de infraestructuras culturales, recreativas y deportivas en los lugares de nuestra geografía nacional en que se detecte mayor índice de consumo de drogas, puede ayudar a disminuir la presión del entorno y en este sentido ha de ser asumido como prioridad por los poderes públicos. La escolarización

obligatoria hasta los dieciséis años aparece como una medida de singular importancia en el contexto de esta tarea. Especial aplicación tiene este punto en las periferias superpobladas de las grandes ciudades.

#### E) La prevención de los grupos de riesgo

Debe desarrollarse a través de programas específicos, complementarios de los anteriores, destinados a colectivos concretos, reducidos y homogéneos, constituidos por consumidores en vía de drogodependencia, personas con problemas psicológicos que manifiesten tropismo hacia las drogas, etc.

Estos programas deben desarrollarse básicamente en torno a una institución: escuela, centro de protección de menores, establecimiento penitenciario, cuartel, centro juvenil, centro de salud, etc.

Han de extremarse la planificación y convalidación del programa, y contar con apoyo psicológico y de servicios sociales, para entrar de lleno en la problemática de cada individuo.

Asimismo, exige contar con una labor previa de detección del problema y de acomodo al programa dentro de la entidad. Por ejemplo, esta labor de prevención exigiría en las escuelas una tarea previa eficaz de los ayuntamientos en la detección de los niños no escolarizados, una labor de la comunidad escolar en el seguimiento del fracaso escolar, y la existencia de programas de enseñanza compensatoria para grupos problemáticos, donde pudiera incluirse un programa de estas características.

Una labor importante en este sentido puede desarrollarse con programas como los indicados, desde los Centros de Salud, de cara a las personas con alteraciones psicológicas, etc.

### 4. LA REDUCCION DE LA OFERTA

#### A) Medidas legislativas

Las medidas de política criminal, a implementar por medio de la legislación penal, deben redefinirse periódicamente en función de las modificaciones de la realidad social sobre la que se pretende operar. En este sentido, no debemos considerar como permanentes y definitivas las propuestas que se contienen en este apartado: se presentan como lo que se entiende más eficaz para el actual momento del tráfico ilegal de drogas en nuestro país.

La legislación y la práctica judicial

española han abordado la cuestión de las drogas ilícitas siempre a partir de la penalización del tráfico y la despenalización del consumo, considerando al consumidor, abusante o drogodependiente, como alguien con problemas de salud, cuyo comportamiento no tiene, en principio, otra víctima que sí mismo.

Es fundamental que se mantenga esta distinción. Incriminar a los consumidores supondría echar en brazos de procesos de marginación a un número considerable de jóvenes españoles, disminuir la posibilidad de penalización a los auténticos beneficiarios del tráfico y crear gravísimos problemas de cumplimiento de la legislación. La sanción penal debe reservarse para los traficantes.

En la represión del tráfico es, evidentemente, justa la graduación de penas según el daño para la salud que provoque la sustancia traficada. Esta graduación está avalada por la legislación comparada y la práctica represiva de numerosos países. No obstante, las penas previstas para los traficantes deberían incrementarse.

Además de los agravantes ya contenidos en la legislación vigente, han de considerarse como tales la introducción ilegal de drogas en el territorio nacional, dotándose, en paralelo, de cobertura legal suficiente a la necesaria agilidad en los procesos de control y registro a los sospechosos de este tráfico, y, del mismo modo, la introducción de drogas ilícitas en centros de desintoxicación y tratamiento a drogodependientes.

Ha de penalizarse con extraordinaria severidad la fabricación de sustancias que causen grave daño a la salud, así como su manipulación y adulteración cuando origine grave riesgo para la salud o vida del consumidor.

El doble tratamiento al consumo y al tráfico exige, por otro lado, una delimitación, por vía de la práctica judicial, de cuándo la tenencia de drogas está orientada al tráfico y cuándo al consumo. Esta interpretación debe basarse en el principio general de que está orientada al consumo la tenencia de una cantidad que pueda suponer la dosis necesaria para el portador, variando la consideración de dosis en función de la sustancia y la persona.

La tenencia en la vía pública de sustancias ilícitas que causen grave daño a la salud, por parte de personas cuyo diagnóstico demuestre que no son consumidores de la misma, ha de entenderse preordenada al tráfico. Ha de dotarse de la cobertura legal suficiente para el diag-

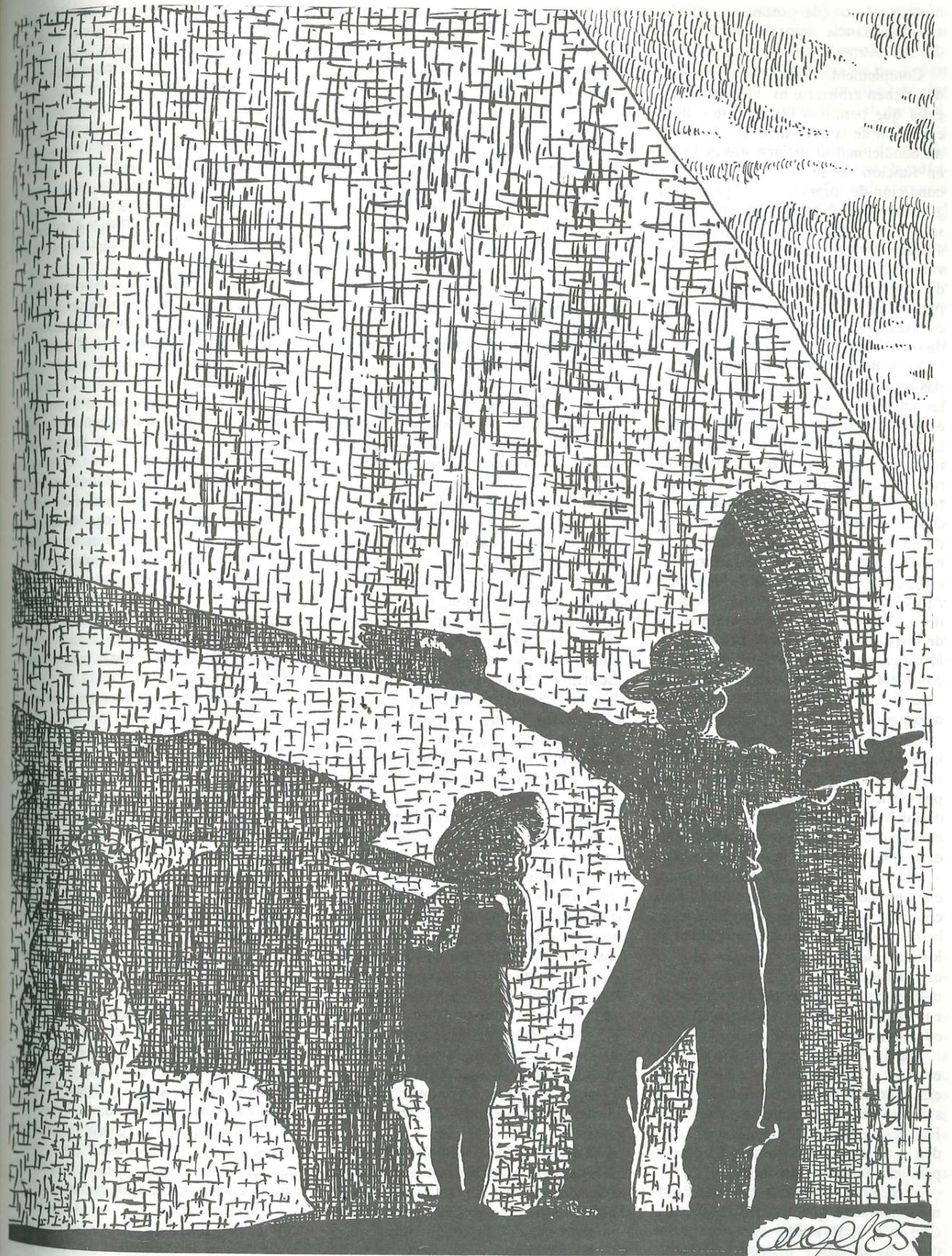


Ilustración de Angel Carrasco.

nóstico médico (del portador), en orden a la importancia, seguridad legal y agilidad del mismo.

Complementariamente a estas medidas, deben arbitrarse los mecanismos legales que permiten la suspensión de la ejecución de la pena mediante la condena condicional al delincuente que lo es en función de su drogodependencia, a condición de someterse a un proceso vigilado de deshabitación, estableciéndose garantías que impidan la utilización abusiva de esta vía por delincuentes sin voluntad de rehabilitación. Igualmente ha de contemplarse la condena condicional para aquellos drogodependientes delincuentes que se hayan rehabilitado antes de ser sentenciados.

La legislación y las prácticas bancarias no pueden en ningún caso favorecer las actividades de los traficantes. Ha de establecerse una legislación que impida la ocultación, mediante el uso del secreto bancario, de las propiedades de los traficantes. La posibilidad de investigar transferencias de capitales entre sospechosos de narcotráfico debe estar dotada de la cobertura legal suficiente. Las normas vigentes deben garantizar sin excepciones la posibilidad de identificar con certeza a los titulares de operaciones y contratos realizados con o a través de instituciones bancarias. El trabajo de investigación policial en este terreno se considera de extraordinaria importancia para el éxito de la lucha contra el tráfico organizado.

Igualmente, las leyes han de prever la incautación y embargo provisional de los bienes propiedad de los detenidos por tráfico de drogas, pasando éste a ser definitivo una vez sea firme la sentencia condenatoria. Sólo la prueba fehaciente de que los bienes no han sido obtenidos mediante el tráfico ilícito suspenderá este embargo. Asimismo, debe darse cobertura legal a la investigación de los bienes de los familiares o testaferros de los fabricantes, para detectar aquéllos que pudieran tener su origen en los beneficios producidos por el tráfico ilícito, en cuyo caso deberán ser tratados en consecuencia.

Ha de regularse con detenimiento, y con una finalidad suplementaria de ejemplaridad pública, el destino de las subastas decomisadas por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, en orden a su destrucción o transformación para usos farmacológicos.

Parece conveniente la elaboración de una normativa que regule la incorporación al servicio militar de los consumidores de drogas y drogadictos, bien a

través de la adscripción a servicios sin posible acceso a armas, bien a través de prestación de servicios sustitutorios.

Se debe instrumentar la posibilidad de retirar el permiso de conducir a aquellas personas que por encontrarse en situación de toxicodependencia estarían incursas en causa de denegación o de restricción en la obtención o revisión de dicho permiso según lo establecido en el Real Decreto 1467/82 de 28 de mayo.

Se hace necesario recomendar la estricta aplicación de la Ley de Extranjería a los extranjeros sospechosos de tráfico ilícito, con especial atención a los ciudadanos de los países productores de drogas.

Por otra parte, estimamos como necesaria, en el ordenamiento jurídico español, una nueva Ley de Estupefacientes y Psicotrópicos que sustituya a la actualmente vigente, poniendo al día su contenido y refundiendo el conjunto de normas de posterior publicación.

## B) Colaboración internacional

El tráfico y consumo de drogas es un problema de ámbito internacional, que sólo puede abordarse eficazmente a través de la colaboración de los estados.

Esta colaboración cuenta con un valioso pero limitado instrumento en el Fondo de las Naciones Unidas para el Control del Abuso de Drogas (UNFADC). España debe aumentar su aportación al UNFADC, llevando al mismo planteamientos claros que contrarresten situaciones internacionales de discriminación en relación a ciertos países y ciertas drogas.

Al tiempo, el Gobierno español debe impulsar en las instituciones europeas y comunitarias actuaciones conjuntas sobre aspectos concretos de la problemática europea del abuso de drogas. Debe estudiarse seriamente la posibilidad de promover programas europeos específicos de cultivos sustitutivos y de erradicación de las plantaciones de cannabis del norte de África, y de colaboración europea con los programas del UNFADC de erradicación o sustitución de la coca en Sudamérica y de la papaversomniferum en Asia, así como el desarrollo de normas europeas conjuntas de control de la sobreproducción de fármacos psicotrópicos y alcohol.

España ha de contemplar con simpatía y apoyar las iniciativas tendentes a la armonización de los Ordenamientos Penales de los distintos países, en materia de represión del tráfico de drogas.

Ha de impulsarse la firma de conve-

nios contra el tráfico de drogas, y de acuerdos internacionales para la extradición de los traficantes. Los estados han de colaborar más eficazmente en el control de los circuitos financieros del tráfico, dotándose de instrumentos legales eficaces para el seguimiento de los movimientos internacionales de divisas, del blanqueamiento del dinero sucio, etcétera. Especial atención ha de merecer el control de los mercados negros internacionales de las armas y el oro, frecuentemente relacionados con el de las drogas ilícitas.

Ha de extenderse la colaboración política, a fin de limitar y aislar el fenómeno de los grupos armados relacionados con el tráfico de drogas, para conseguir en la comunidad internacional la proscripción absoluta de estos métodos.

España debe adoptar una posición activa en favor de una acción internacional eficaz que controle la producción, circulación y consumo de las sustancias y compuestos químicos indispensables para la fabricación de la heroína, cocaína y otras drogas ilícitas. La producción de estas sustancias, a cargo fundamentalmente de un número reducido de multinacionales del mundo desarrollado, ha de servir exclusivamente para fines lícitos, para no seguir constituyendo un trágico "boomerang" que se vuelve en contra de nuestra propia sociedad.

Lógicamente, debemos señalar como necesaria la profundización de las relaciones de cooperación entre las fuerzas policiales del Estado español con las policías de otros países y los organismos internacionales. Profundización que requiere sin duda una mayor presencia de especialistas en el tema dentro de las representaciones diplomáticas españolas en el extranjero.

Lógicamente, debemos señalar como necesaria la profundización de las relaciones de cooperación entre las fuerzas policiales del Estado español con las policías de otros países y los organismos internacionales. Profundización que requiere sin duda una mayor presencia de especialistas en el tema dentro de las representaciones diplomáticas españolas en el extranjero.

## C) Restricción en la oferta de drogas legales

### a) Alcohol y tabaco

Ya se ha mencionado el gravísimo problema que para la sociedad española supone el elevado índice de consumo de drogas legales, con su trágica secuela de muertes, enfermedades y destrucción de riqueza, y preocupantes datos de generalización del consumo. Es imprescindible, pues, al lado de programas preventivos que intenten disminuir la demanda, reducir en la sociedad española la oferta de alcohol y tabaco.

Ha de regularse de manera mucho más precisa la publicidad de estos tóxi-

cos. Especial urgencia merece la publicidad en la vía pública, y en lugares donde está generalizado el acceso de menores: cines, locales deportivos, culturales y juveniles. El evitar la asociación entre deporte y alcohol y tabaco, tanto en instalaciones como en medios de comunicación, es una necesidad perentoria.

Los ayuntamientos deberían plantearse la restricción de puntos de venta de alcohol y tabaco, y un más rígido control del acceso a estos lugares y drogas de los menores. A medio plazo, y una vez se consiga hacer cumplir escrupulosamente la legislación vigente, puede extenderse ésta a la prohibición de la entrada de menores en cualquier establecimiento comercial en donde se despachen drogas legales.

Han de ir acotándose los puntos de consumo de estas drogas legales, impidiéndose su uso por principio en todos los lugares en que pudiera perjudicar a los no usuarios, en especial en dependencias cerradas, lugares pequeños, etc. Ha de vigilarse el cumplimiento de la normativa vigente en centros de enseñanza, hospitales, etc.

Estas medidas han de ir intensificándose hasta culminar a medio plazo con la total eliminación de la publicidad de las drogas legales, que debería extenderse a los fármacos. Deben complementarse con medidas fiscales disuasorias que eleven el precio de alcoholes y tabacos, disminuyendo así su uso.

### b) Fármacos de abuso

Especial interés merece asimismo la actuación contra el uso indebido de fármacos de efecto psicotrópico. Terminado el Programa Selectivo de Revisión de Medicamentos, ha de intensificarse el control sobre recetas de psicofármacos, a través del desarrollo de medidas ya previstas.

Deben realizarse estudios sobre la conveniencia de contingentar y restringir la producción de las especialidades farmacéuticas de uso indebido más difundido, a fin de garantizar la finalidad terapéutica de consumo. También han de realizarse programas selectivos de control en establecimientos de salud mental, penitenciarios, etc.

### c) Colas, pegamentos, barnices

Debe erradicarse a través de un programa paulatino, la presencia de disolventes y otras sustancias con efectos psicoactivos en las colas, pinturas, barnices, pegamentos, etc., de uso

doméstico, escolar o industrial, sustituyéndolos por otros productos completamente inocuos. Especial urgencia merecen en este programa los productos de uso preferente entre niños y adolescentes.

No debe descartarse la utilización de estos productos de repelentes adicionales que tengan resultados disuasorios comprobados y carezcan de efectos perniciosos para los usuarios.

## D) Represión del tráfico

Una de las causas principales del consumo de drogas ilegales en España es la oferta generalizada. La actuación policial contra el tráfico ilícito, principal medio para luchar contra este tipo de oferta, tropieza, no obstante, en un estado de derecho, basado en la presunción de inocencia, con la falta de colaboración de los consumidores, que no se perciben a sí mismos como víctimas de un delito, lo cual sólo puede atajarse con dosis añadidas de profesionalidad, eficacia (y claro está, medios técnicos) en los cuerpos policiales.

La existencia de diversos cuerpos policiales, con competencias más o menos directas sobre el tráfico de drogas, hacía necesaria la coordinación de las actuaciones policiales y la realización de operaciones completas, que desarticulen redes enteras de traficantes, desde la introducción en el territorio nacional, hasta la distribución a los consumidores, operaciones éstas en las que casi inevitablemente tienen que intervenir varios cuerpos.

La propuesta contenida en el Plan Nacional de creación de la Oficina Central Nacional es un paso adelante positivo en la coordinación policial, que ha de ir de la mano de la necesaria ampliación de dotaciones en personal y medios considerados actualmente insuficientes a la Brigada Central y Brigadas Regionales de Estupefacientes, departamento que ha de concentrar la parte principal de actividad policial en este tema.

Asimismo es necesaria la ampliación de dotaciones y la modernidad de los medios de los grupos de la Guardia Civil destinados en Aduanas, y en la vigilancia de puertos, aeropuertos y fronteras. La creación de la Guardia Civil del Mar es también un paso positivo, que permitirá la mejor vigilancia de nuestras costas y que abre esperanzas de acortar la creciente vinculación del tráfico de drogas en el contrabando. Deben dotarse a las Aduanas de los

medios técnicos necesarios para la detección de drogas, en la línea ya iniciada en algunas de ellas.

En paralelo a la mejora de los medios técnicos, han de ir ampliándose los programas de formación del personal, las dotaciones para la obtención de información, etc. El tráfico de drogas maneja cantidades de dinero elevadísimas y medios muy sofisticados, a cuya altura han de estar las fuerzas del orden.

La ampliación del contingente del personal especializado exigirá la rigurosa selección del personal de los cuerpos y fuerzas de seguridad adscrito a secciones de drogas. Especial atención ha de merecer la investigación y penalización de los casos aislados de corrupción entre los funcionarios de las distintas administraciones.

Complementariamente a estas actuaciones, es necesario establecer mecanismos eficaces de coordinación con las policías locales y autonómicas, que eviten las operaciones frustradas por intervenciones inoportunas. Mecanismos de cooperación que deberían comenzar en la generalización de cursos de formación para policías locales y en la elaboración de planes locales de vigilancia conjuntos. Deben articularse servicios de recepción de información que permitan la colaboración de los ciudadanos con las tareas policiales, incluso de forma anónima.

El objetivo a conseguir con estos programas, es combinar una actuación selectiva y represiva contra las redes del tráfico, desarrollada por grupos especializados, con una labor disuasoria y "proliláctica" en los lugares de consumo más habitual, para disminuir en el mayor grado posible la presencia física de drogas ilícitas en las calles, incrementando las actuaciones sobre el pequeño narcotráfico, que tanta indignación produce en la sociedad.

Las administraciones competentes deben ejercer con el máximo rigor sus funciones de inspección y control de establecimientos públicos, ordenando el cierre de aquellos que se vean mezclados en el tráfico ilícito o contravengan de otro modo la legislación vigente en la materia. En este sentido, los inspectores de consumo, deberían contar con la cobertura legal suficiente para llevar a cabo su actuación controladora.

La represión del tráfico en las instituciones penitenciarias debe ser abordada con la especialidad que requiere el caso, incrementándose la eficacia de las actuaciones.

Dentro de las medidas administrativas que coadyuvan a la represión del tráfico, es importante institucionalizar, dentro del Estatuto Fiscal, la figura del Fiscal Especial para la prevención y represión del tráfico ilícito de drogas, desarrollando sus funciones y dotándole de un claro contenido y potestades suficientes.

## 5. EL TRATAMIENTO Y REINSERCIÓN DE LOS AFECTADOS

### A) Investigación, formación, documentación

La primera labor para trabajar cara al futuro en materia de asistencia a toxicómanos es dotar de medios a los programas de investigación, crear centros amplios y abiertos de documentación, y formar adecuadamente a los profesionales de primera línea (educadores, médicos, psicólogos...) y a las entidades ciudadanas cuya colaboración es necesaria para una acción eficaz.

Como en otras materias, es necesario contar con la colaboración internacional, y reunir información sobre las experiencias de otros países, al tiempo que se incrementa la presencia española en los foros internacionales.

Hay que crear, en colaboración entre la Administración Central del Estado y la de las comunidades autónomas, centros que reúnan la documentación existente, y en donde puedan consultarse programas y experiencias en prevención, tratamiento, enfermedades asociadas, etcétera.

A estos centros correspondería, en colaboración con los organismos administrativos correspondientes, la edición de los materiales necesarios para cursos y temas de formación, y de las necesarias publicaciones especializadas.

El Sistema Nacional de la Salud debe dotarse de los programas necesarios para la investigación sobre el tratamiento a los drogodependientes y a sus enfermedades asociadas.

Debe generalizarse la presencia, siguiendo experiencias de otros países, de temas sobre las drogas, las toxicomanías, la educación para la salud, etc., en los programas de estudios de Medicina (En que nos permita contar con datos fiables y evaluar el resultado de los programas aplicados por las distintas administraciones públicas).

Hay que establecer canales de intercambio de la información entre las redes de servicios sociales y sanitarios, entre

las distintas redes sanitarias (militar y Sistema Nacional de Salud, por ejemplo) y entre todos los centros y dependencias relacionadas con el problema.

Por último, hay que dotar a las administraciones de los mecanismos legales y de los medios administrativos para evaluar suficientemente los programas de asistencia y rehabilitación de toxicómanos que se realizan en nuestro país, a fin de determinar si los centros en funcionamiento tienen resultados positivos y qué modelos de tratamiento es conveniente promocionar.

### B) Una red asistencial integrada y suficiente

La primera necesidad a constatar en el campo de la asistencia a drogodependientes es la de la urgente e imprescindible extensión de la red asistencial pública, desigualmente repartida e insuficiente en la actualidad para abordar la demanda social.

La red pública de centros de asistencia a toxicómanos debe seguir las siguientes orientaciones básicas:

— Colaboración entre las distintas administraciones y entre éstas y la iniciativa privada, a fin de garantizar el óptimo aprovechamiento de los recursos.

— La finalidad a conseguir con la asistencia es la reinserción o inserción social del toxicómano, lo que no supone sino el comportamiento respetuoso con los derechos de los demás y consigo mismo.

— Voluntariedad del tratamiento; respeto a los derechos del paciente, sin prácticas autoritarias o degradantes; existencia del contrato terapéutico entre el paciente y el centro.

— Suficiencia de la red para prestar tratamiento a las personas que lo soliciten y lo necesiten.

— Combinación de los recursos sanitarios y sociales. La necesidad en la práctica totalidad de los casos de una participación en el tratamiento más o menos ferrea (Psicología, etc.), de otras carreras, en los cursos de medicina laboral, etcétera.

Deben planificarse cursos de formación sobre el problema para el personal no especializado de cuerpos de policía, educadores, trabajadores sociales y de la salud, etc.

Es imprescindible contar, a efectos del seguimiento de la problemática de nuestro país, con un programa continuado de estadísticas y estudios, realizado con una metodología homogénea intensa del entorno familiar y afectivo,

así como del seguimiento de la evolución del paciente una vez concluido el periodo asistencial, hacen necesaria esta colaboración para no dejar al tratamiento "cojo" por ambos lados.

— División del tratamiento en fases, con la combinación de varios tipos de recursos.

Como pauta general para la red pública, se recomienda la existencia de centros de acogida, integrados en los dispositivos generales de servicios sociales o de salud, constituidos por equipos interdisciplinarios (integrados por trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, educadores, médicos, personal colaborador, etcétera).

Estos centros realizarían la acogida del paciente, se relacionarían con recursos hospitalarios de cara a la fase de desintoxicación o al tratamiento de las patologías asociadas, continuarían el tratamiento con terapias diversas (individuales o colectivas, para el paciente o para su entorno), recomendarían la utilización de recursos específicos (comunidades terapéuticas) en casos concretos y desarrollarían el seguimiento de la fase final de inserción social, en relación con los recursos de los servicios sociales comunitarios y de la evolución del extoxicómano en los meses siguientes.

Al margen de esta función, estos centros colaborarían en programas de investigación, de prevención primaria y de grupos de riesgo, de formación de profesionales, de trabajo de calle, etcétera.

La integración de estos centros en dispositivos generales es garantía de que se evitará la excesiva especialización de los recursos en un determinado tipo de toxicomanías, de que se tratará la drogodependencia como un problema de salud, de que se hace un uso correcto de los recursos públicos y de la integración necesaria de toda la política de salud.

En ocasiones es posible, una vez pasada la desintoxicación, proceder al tratamiento subsiguiente en el propio medio social cuando las condiciones familiares y las posibilidades de control así lo permitan. Este tipo de atención es interesante por su menor coste y por las posibilidades que ofrece como "antena" para captar a nuevos pacientes.

El escalón final de todo tratamiento debe basarse en pautas de reinserción (hablando de adolescentes, inserción social con el uso de recursos como la formación profesional, la rehabilitación laboral, cursos ocupacionales específicos, etcétera, que permitan esta reinserción sin generar discriminaciones notables hacia otros ciudadanos.

### C) Una red diversificada:

Esta red, integrada y suficiente no es por sí sola omnicompreensiva de todos los tratamientos de los abusantes y drogodependientes en nuestro país y debe complementarse con otros modelos de tratamiento y con otros programas, instituciones. La drogodependencia es un fenómeno pluricausal del que hoy en día no podemos decir que exista una única tecnología contrastada y validada de "curación", en el supuesto de que éste sea un concepto admisible aplicado al problema, ya que nunca puede decirse con absoluta seguridad que un ex adicto no volverá a su adicción.

En el campo del tratamiento de los drogodependientes, esta situación se ha traducido en multitud de modelos de tratamiento, que se han desarrollado con entera libertad por la existencia de una demanda social no satisfecha por una respuesta pública adecuada.

En España, la inmensa mayoría de los tratamientos están basados en el modelo "libre de droga", de abstinencia absoluta y ruptura con la cultura y el entorno social de la drogodependencia, y se han concretado en los modelos de "alcohólicos anónimos", "alcohólicos rehabilitados" y en las comunidades terapéuticas para drogodependientes, constituidas fundamentalmente por grupos religiosos o de ex toxicómanos.

En general, podríamos afirmar que la experiencia internacional y la propia española demuestra que la pluralidad de modelos de tratamiento es un elemento positivo que amplía las posibilidades de éxito de una red.

#### a) Comunidades terapéuticas

Muchas de las comunidades terapéuticas existentes han jugado un papel social indiscutible y positivo, y hay que reconocerles una capacidad asistencial de la que ha carecido la iniciativa pública. No obstante, al lado de comunidades terapéuticas con una experiencia positiva han surgido otras ligadas a sectas, a grupos que explotan de nuevo a los jóvenes drogodependientes sin rehabilitarlos o cuyo fin es la captación de miembros para su comunidad, a veces de dimensiones internacionales y de fines o propósitos de difícil definición y cuyos centros tienen un funcionamiento absolutamente irracional.

Es fundamental que la Administración asuma un papel de inspección de las comunidades terapéuticas basado en los siguientes puntos:

— Acreditación basada en un modelo de tratamiento autorizado.

— Reconocimiento de la voluntariedad del tratamiento y de los derechos del paciente.

— Asistencia médica a cargo de profesionales, con registro del historial clínico de cada paciente.

— Obligatoriedad de seguir programas de registro y seguimiento del funcionamiento, y de evaluación de resultados, a cargo de personas ajenas al centro.

— Control del funcionamiento económico y del destino de las subvenciones públicas, si las reciben.

La Administración española ha de investigar los problemas surgidos en determinados grupos de centros en otros países. Una vez acreditado un centro y validado su funcionamiento, deberá ser concertada su integración, si lo desea, en la red asistencial pública.

#### b) Programas con metadona

En determinados casos de drogodependencia de la heroína, los programas de mantenimiento con sustitutivos como la metadona pueden suponer una vía de inserción social del drogodependiente. Estos programas no pueden descartarse por principio, aunque se hace necesaria su estricta regulación para impedir el desvío de las recetas y la medicación hacia el mercado negro. La regulación de los programas de metadona debe prever:

— Su administración por vía oral, directamente al paciente, en centros hospitalarios acreditados.

— La fijación en cada caso de la dosis mínima necesaria para mantener el bloqueo de la necesidad de heroína.

— Analítica continuada de los pacientes para comprobar su abstinencia de heroína o de otras drogas.

Los receptores fundamentales de los programas de mantenimiento con metadona deberían ser personas con varios años de drogodependencia, en los que hayan fracasado anteriormente otros tratamientos libres de drogas, y en los que la drogodependencia haya generado graves problemas sociales.

Por otra parte, la administración española debe contrastar, a través de experiencias propias y de informaciones de otros países, tratamientos de desintoxicación y deshabitación con antagonistas de la heroína.

#### c) Centros específicos

La existencia de una red suficiente y diversificada exige que, al lado de cen-

tros psicosociales públicos de acogida, de comunidades terapéuticas públicas o privadas, de talleres de reinserción social, etc., existan centros para solucionar problemas específicos, que afecten a grupos sociales concretos.

Es pues urgente la aceleración de los proyectos del Consejo de Protección de Menores y de las comunidades autónomas para niños con problemas específicos de toxicomanía, actualmente atendidos en su mayoría en centros terapéuticos diversos. Especial atención merecen los niños con problemas de inhalantes.

Asimismo, es necesario reforzar el Plan de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias para la dotación a las prisiones españolas de unidades de tratamiento a toxicómanos.

Ha de preverse también la existencia de centros acreditados donde los delincuentes en función de su drogodependencia puedan llevar a cabo sus programas de deshabitación y rehabilitación.

Por otra parte, es necesario especializar a uno de los centros de salud del Sistema Nacional de la Salud, en el tratamiento a drogodependientes con alteraciones psicóticas.

## 6. CONCLUSION

El Senado de España, con la aprobación del informe que su Comisión Especial de Investigación sobre el tráfico y consumo de drogas presenta ante el Pleno, emite un informe en el que figura una detallada enumeración de recomendaciones al Gobierno de la Nación, a las comunidades autónomas y a todas las administraciones públicas, cumpliendo fielmente su esencia constitucional de Cámara de representantes territorial.

Este informe no agota la labor ante el problema del poder legislativo, como supondría la mera creencia mágica de que basta hablar de los problemas para que éstos comiencen a solucionarse por sí solos. Más bien inicia esta labor, con un control permanente sobre las actuaciones a que ha instado al poder ejecutivo, y con la promoción de modificaciones legales.

Aunque el problema es grave y su solución dista en el tiempo, el Senador del análisis racional, el lúcido optimismo de la voluntad de todas las fuerzas políticas en orden al logro para la sociedad española, y para sus sectores más desfavorecidos en particular, de mayores cotas de bienestar colectivo, de autonomía personal y de salud pública.

# CONCLUSIONES DEL I SEMINARIO ESTATAL SOBRE SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL

Graus, 20-24 de octubre de 1985

## Una reflexión previa

En primer lugar, hay que reflejar una observación que, si bien fue lanzada al grupo cuando las jornadas de reflexión ya concluían, metodológicamente puede ser muy interesante reflejarla como prólogo al resto de las conclusiones:

Alguien se preguntó: "lo que aquí hemos debatido durante tres días, ¿no son cuestiones que adquieren validez para cualquier intervención de Servicios Sociales, y no sólo para lo específicamente rural?" y en consecuencia, "¿no habremos incumplido el objetivo del Seminario, que se refería a lo específicamente rural?"

Buscando respuesta a esta cuestión, nos dimos cuenta que, efectivamente, de

la mano de nuestra experiencia en el medio rural, surgía con fuerza la demanda de creación de estructuras en Servicios Sociales; y no es casualidad; el profesional que desarrolla su labor en un medio urbano, puede sentirse menos agobiado que el que lo hace en el medio rural, por la ausencia de estructuras, ya que la concentración en el medio urbano de la mayor parte de los servicios especializados, y de la totalidad de los centros de decisión y la gestión, hace que la proximidad facilite el acceso a los mismos, aún sin estructuras. Pero la ausencia de estructuras conlleva una soledad profunda y una desconfianza casi total del trabajo social en un medio rural; o dicho de otra manera, este trabajador en el medio rural se plantea constantemente qué está haciendo, al despertar expectativas, si luego no existen cauces estables

que conecten el medio rural con los recursos que han de dar solución a las problemáticas detectadas.

Por eso las conclusiones de este I Seminario, abundan casi obsesivamente en este aspecto: **la necesidad de consolidar estructuras** sea analizándolo desde un punto de vista de la responsabilidad institucional, en su vertiente de estructuras básicas, en el concepto de red, en sus relaciones con otras áreas...

Porque sólo formando parte de una estructura, los Servicios Sociales que afortunadamente ya están proliferando en el medio rural, dejarán de ser, como hoy son en muchos casos, "una moda", o "una curiosidad", o "una rareza"...

Y alguien apostilló: "tampoco está mal que desde nuestra experiencia rural aportemos cuestiones de utilidad general para el sector; conseguiremos así que,

por primera vez, la elaboración teórica en materia de Servicios Sociales, contemple ya en su formulación, las peculiaridades del medio rural".

## Estructuras básicas de Servicios Sociales

Con frecuencia se ha llamado a los profesionales que trabajan en el medio rural "paracaidistas" o "misioneros". Y es que con frecuencia son eso, una pequeña bolsa de actuación, que no tiene tras de sí ninguna estructura. De ahí las sensaciones —y la realidad—, de aislamiento y de ineficacia —un asistente social o un equipo, no pueden asumir las respuestas sociales que correspondan a una estructura inexistente—.

Los Servicios Sociales de Base (SSB), las Unidades Básicas de Acción Social (UBAS), las Unidades de Trabajo Social (UTS), los Servicios Sociales Generales (SSG) o como quiera que se les llame en las diferentes comunidades autónomas, han surgido muchas veces como una moda —a veces ni siquiera asumida, sino copiada por snobismo, de otras comunidades autónomas—.

Su propio nombre de "Servicios" confunde y dificulta comprender su verdadera función, que no es otra que el configurarse como estructuras básicas de Servicios Sociales en el medio rural. Por ello, proponemos que en el argot profesional, pasemos a denominar a este tipo de servicios con la expresión **ESTRUCTURAS BÁSICAS DE SERVICIOS SOCIALES**; luego en cada comunidad autónoma, les daremos una forma diferente en función de los recursos disponibles y de las características de cada territorio: SSB, UBAS, UTS, SSG, ... Pero, por encima de la forma, a todos nos unificará el carácter de "Estructura Básica".

Es importante generalizar esta terminología, pues no sólo permitirá una homogeneización del vocabulario a nivel profesional, sino que los responsables institucionales comprenderán mejor que no estamos proponiendo la creación de un nuevo servicio, porque está de moda, sino que les proponemos la creación de una estructura básica.

Pero crear una estructura básica, si no va acompañada del resto del edificio, no tendría lógica. ¿Estructura básica de qué...?: De la **red de Servicios Sociales** que tiene que configurarse a nivel de cada comunidad autónoma.

La red de servicios sociales significa algo más que "coordinar" los servicios sociales existentes. Significa integrarlos

en un concepto espacial estratificado:

— Integración horizontal, de los Servicios Sociales comunitarios, en el marco municipal o comarcal, a través de las Estructuras Básicas de Servicios Sociales.

— Integración vertical, estableciendo canales estables de comunicación —ascendente/descendente—, de estos Servicios Sociales comunitarios con los especializados, a nivel provincial o de comunidad autónoma.

La configuración de esta red de Servicios Sociales, es algo más que una alternativa técnica. Pasa necesariamente por una opción política que la materialice. Las comunidades autónomas con competencia exclusiva en la materia, son el marco más apropiado para consolidar esta red, a través de 2 mecanismos fundamentales:

— Un mecanismo planificador (integración racional): MAPAS de Servicios Sociales y los consiguientes planes.

— Un mecanismo normativo (integración imperativa): LEYES de Servicios Sociales y su desarrollo normativo.

No entramos en las dificultades políticas del intento, sobre todo cuando se trata de homogeneizar en una única estructura niveles regionales, provinciales, locales; ni tampoco en la forma en que este conflicto se resuelva. Pero consideramos irracional la existencia de estructuras paralelas de Servicios Sociales dentro de una misma comunidad autónoma.

La estructura o red de servicios sociales no puede reducirse a crear las estructuras básicas, si éstas no están conectadas a otros niveles —secundarios o especializados— de Servicios Sociales. La tradicional configuración de estos servicios sociales especializados —institucionales, dispersos y sin conexión— no es el marco adecuado para hablar propiamente de "red". Por ello, para ser coherente, la implantación de estructuras básicas ha de ir paralela a una profunda reforma de los actuales servicios sociales especializados que permitan su máxima descentralización y conexión con estas estructuras básicas.

De no hacerlo así la creación de estructuras básicas no pasa de ser una moda, un montaje o en el mejor de los casos no se ha entendido el sentido más profundo.

Esta exigencia de consolidación de redes de Servicios Sociales, que afecta sobre todo a las comunidades autónomas, por su responsabilidad exclusiva y a las diputaciones provinciales, no excluye la responsabilidad estatal en lo no transferido —asistencia social de instituciones

penitenciarias, Instituto de la Mujer y particularmente INSERSO—. Estas instancias de gestión estatal en muchos territorios han de respetar y apoyar el carácter y funciones de las estructuras básicas, sin generar otras paralelas o con una gestión centralista que ignore su existencia.

Las limitaciones institucionales en el medio rural —ayuntamientos o mancomunidades— hacen inviable que desde las mismas se configuren departamentos de apoyo técnico a las estructuras básicas; sin embargo su existencia es totalmente necesaria y a tal efecto debe ser prevista desde las otras instancias —diputaciones provinciales, comunidades autónomas— creando grupos técnicos de apoyo a las estructuras básicas a niveles comarcales o provinciales.

En cuanto a la composición profesional de los equipos de las estructuras básicas, la gran variedad de realidades en el medio rural hacen que fracase con mucha frecuencia la configuración cerrada de estos equipos. Así la figura del trabajador familiar, el educador de calle, el psicólogo..., pueden ser profesionales muy útiles en unas zonas pero no en otras. Por ello se ve más práctico el inicio de la estructura básica basado en la figura del asistente social —con un apoyo administrativo— y que desde la misma se genere la presencia de otros profesionales, teniendo en cuenta las necesidades y características concretas de cada territorio.

Con frecuencia los localismos tradicionales del medio rural hacen que se formen equipos innecesarios y excesivamente costosos, por la megalomanía de querer tener "lo mismo o más" que el otro pueblo o comarca aunque no lo necesiten. Hay que contrarrestar esta megalomanía.

La práctica nos dice que los profesionales de las estructuras básicas en el medio rural, se ven abocados con mucha frecuencia a ser "agentes multiuso" atendiendo áreas colindantes, tales como vivienda, Seguridad Social, cultura, salud, deporte..., por carencia de estructuras básicas en estas áreas.

Es una exigencia que difícilmente podemos eludir, y que no nos puede traumatizar permanentemente; debemos asumirlo en la medida de nuestras posibilidades, pero:

— Tratando de generar una demanda —presión social— que favorezca la creación de las estructuras básicas en estas áreas.

— Cumpliendo únicamente la función de facilitar información, gestiones

simples y en todo caso canalizar las demandas adecuadamente, pero no sufriendo el contenido de otras áreas.

Nos preocupan las graves dificultades que supone para el medio rural —y para los profesionales que en el mismo trabajan— las trabas y complicaciones burocráticas inherentes a la captación de cualquier recurso —subvención, prestación, etc.—.

Las prestaciones sociales existentes, al igual que los Servicios Sociales especializados, han de reconvertirse en un doble sentido:

— Respetando el carácter de “puerta de entrada” o acceso a las mismas de las estructuras básicas.

— Superando su actual dispersión, globalizándolas, de manera que facilite su conocimiento y disponibilidad a los lugares más alejados de los Centros de decisión o gestión (el medio rural).

### Responsabilidad institucional

Aún cuando muchas de las conclusiones recogidas al referirnos a las “estructuras básicas”, hacen referencia a la responsabilidad institucional, recogemos aquí, aún siendo reiterativas en algún aspecto, otras que las complementan:

— El proceso de implicación de las administraciones públicas en los Servicios Sociales, es un proceso dialéctico en el que se interrelacionan el grado de comprensión y consiguiente responsabilidad efectiva, con la propia práctica; así, a veces, será necesario que comiencen a poner en marcha determinados Servicios Sociales, aún cuando lo hagan “porque está de moda” u otros motivos similares, ya que su propio desarrollo les irá haciendo comprender el alcance del sector.

Este proceso práctico y dialéctico es más señalado en lo que se refiere a los ayuntamientos rurales, en los que el desconocimiento de los Servicios Sociales es mayor. Es utópico esperar inicialmente de ellos una total comprensión y valoración del tema o dejar estos aspectos a una mera labor teórica, previa a su implicación práctica.

— Nos preocupa que a todos los niveles —autonómico, provincial, laboral—, con mucha frecuencia encontramos a políticos acometiendo ambiciosos planes de Servicios Sociales, sin que en la elaboración de los mismos, hayan estado implicados profesionales del sector.

Esto sería inaudito en áreas como Urbanismo o Sanidad, pero en nuestro sector ocurre por su tradicional desprofesionalización: todo el mundo cree en-

tender de estos temas, sea cual sea su preparación.

Creemos que hay que exigir a todas las instancias políticas que sus decisiones —nadie discute que el nivel de decisión corresponde a la instancia política— estén técnicamente argumentadas y que en su desarrollo estén, igualmente, implicados los profesionales.

— También constatamos que en los municipios rurales, el desinterés o escasa dedicación o capacitación de los responsables políticos lleva con frecuencia al extremo opuesto, a hacer dejación de sus responsabilidades de decisión en los técnicos. O sea, algo similar a lo que con frecuencia hacen, de dejar que sea el Secretario el auténtico órgano de decisión del ayuntamiento.

Entendemos que esta situación, por un lado no se corresponde con lo que es el status de cualquier técnico-profesional; y en segundo lugar, en una importante dejación de la responsabilidad política que, en definitiva, no hace sino marginar al sector.

Conclusión: nuestra obligación profesional es asesorar, informar, proponer, elaborar o ejecutar, pero nunca decidir; no es conveniente que tomemos nosotros las decisiones que no nos corresponden.

— Nos preocupa la ausencia de planes en el sector y, en concreto que la actuación de los ayuntamientos rurales en Servicios Sociales no responde a criterios racionales de planificación. Porque ello permite al alcalde, al concejal responsable —o incluso, al propio profesional—, tomar decisiones personales, con todos sus riesgos.

Si a ello añadimos que la actuación de los ayuntamientos no está sometida a los límites de una norma (reglamento), por ejemplo, a la hora de conceder o no ayudas económicas, nos encontramos ante una situación que se presta a la discrecionalidad, al caciquismo y a la marginalidad del sector.

— Las condiciones de la mayor parte de los municipios rurales, nos hacen proponer su agrupación (mancomunidades), para la prestación de los Servicios Sociales y exigir el apoyo de diputaciones provinciales y comunidades autónomas a estas fórmulas de agrupación.

— Constatamos que a la hora de promover, subvencionar, coordinar y apoyar técnicamente a las estructuras básicas de los Servicios Sociales bajo responsabilidad municipal, se corre el riesgo en algunas comunidades autónomas de crear a niveles provinciales sistemas paralelos y, a veces, diferentes: por un la-

do, la diputación provincial y, por otro, la delegación correspondiente de la comunidad.

Es imprescindible que a nivel provincial exista una sola estructura de apoyo y coordinación a las estructuras básicas municipales, sea cual sea la fórmula: directamente por la comunidad autónoma, a través de sus delegaciones provinciales o Diputaciones Provinciales, en base a un acuerdo de las mismas con la comunidad autónoma.

— En todo caso recomendamos a las comunidades autónomas y a las diputaciones provinciales:

- Que no suplanten —por impaciencia o desconfianza— el papel de gestores directos que corresponde a los Ayuntamientos en lo relativo a las estructuras básicas de Servicios Sociales.

- Que se pongan de acuerdo entre sí para promover la creación de estas estructuras en los ayuntamientos, para coordinarlas e impulsarlas con todo el apoyo técnico y económico que necesiten.

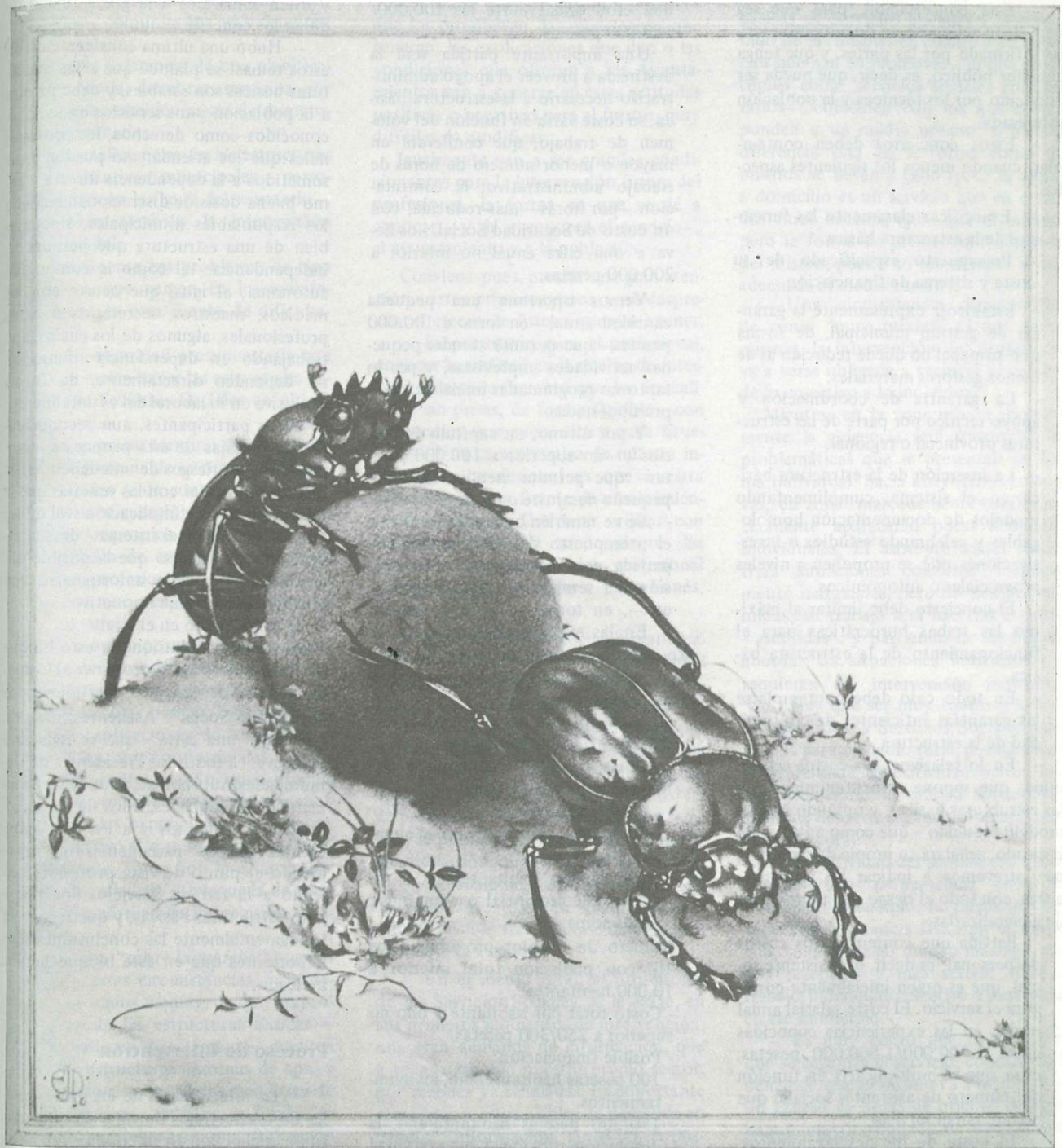
- Que reconviertan sus actuales servicios especializados y sus prestaciones o becas, de forma que permitan una gestión descentralizada y, en todo caso, su conexión con las estructuras básicas —red—.

— Creemos que las estructuras básicas de Servicios Sociales deben tener un carácter estable y, en consecuencia deben ser garantizadas por las leyes de Servicios Sociales, en cuanto a su gestión municipal, en cuanto a su financiación, coordinación y apoyo técnico, comprometiendo en todo ello, de forma eficaz a la propia comunidad autónoma y a las diputaciones provinciales.

Las leyes deben configurar además, la auténtica red de Servicios Sociales, en la que se apoyan las estructuras básicas —o que las desarrolle según se mire—.

— Contemplamos con preocupación cómo las leyes ya aprobadas, no tienen el carácter imperativo que es propio de cualquier Ley; no obliga a nada, sólo permiten. Quizás, esto esté también en relación con el escaso desarrollo normativo que han tenido estas leyes. Una ley no desarrollada a través de decretos y órdenes, corre el peligro de convertirse en papel mojado.

— Cualquier sistema ha de estructurarse; y toda estructura ha de tener un componente básico, una “puerta de entrada”. Por eso, la configuración de las estructuras básicas no puede dejarse “a voluntad”, sino tener un carácter estable reconocido por leyes y demás normas.



Edwar Julius Detmold.

Sólo interinamente, y entre tanto este cuerpo normativo se desarrolle, nos parece útil el sistema de concertación voluntaria que algunas comunidades autónomas o diputaciones provinciales tienen establecidas con los ayuntamientos.

— Esta concertación, para que sea útil, debe reflejarse en documento escrito y firmado por las partes, y que tenga carácter público, es decir, que pueda ser conocido por los técnicos y la población interesada.

— Estos conciertos deben contemplar, cuando menos los siguientes aspectos:

- Especificar claramente las funciones de la estructura básica.
- Presupuesto especificado de su coste y sistema de financiación.
- Establecer expresamente la garantía de gestión municipal, de forma que su papel no quede reducido al de menos gestores materiales.
- La garantía de coordinación y apoyo técnico por parte de las estructuras provincial o regional.
- La inserción de la estructura básica en el sistema, cumplimentando modelos de documentación homologables y celebrando estudios o investigaciones que se proponen a niveles provinciales o autonómicos.
- El concierto debe limitar al máximo las trabas burocráticas para el funcionamiento de la estructura básica.
- En todo caso debe contemplarse las garantías suficientes de continuidad de la estructura.
- En lo relativo a los costos económicos que supone el mantenimiento de las estructuras básicas, y optando por un modelo reducido —que como antes se ha indicado, señalará su propio desarrollo—, nos atrevemos a indicar las siguientes cifras, con todo el riesgo que tiene tratar de generalizarlas:
  - Partida que contemple los costos de personal, es decir, del asistente social, que es quien inicialmente configura el servicio. El coste salarial anual oscila, en las experiencias conocidas entre 1.700.000/1.800.000 pesetas; cifra que se multiplicaría en función del número de asistentes sociales que atendieran el servicio.
  - El coste de los desplazamientos, que implica el acercar el servicio a todos los municipios; varía lógicamente en función del número de pueblos, las distancias, etc. Señalamos orientativamente para abonar las dietas y desplazamientos de un asistente

social que atienda de 6 a 8 pueblos con una población total inferior a 10.000 habitantes, una cifra entre 200.000/300.000 pesetas anuales.

- Los gastos de material fungible de oficina y teléfono, los estimamos en una cifra anual entre las 100.000/150.000 pesetas.

- Una importante partida será la destinada a proveer el apoyo administrativo necesario a la estructura básica; su coste varía en función del volumen de trabajo, que conllevará un mayor o menor número de horas de trabajo administrativo; la contratación —por horas— más reducida, con un costo de Seguridad Social, nos lleva a una cifra anual no inferior a 200.000 pesetas.

- Vemos oportuna una pequeña cantidad anual —en torno a 100.000 pesetas— que permita atender pequeñas actividades imprevistas, y por lo tanto no programadas inicialmente ni presupuestadas.

- Y por último, un capítulo de “varios”, —no superior a 100.000 pesetas— que permita atender cualquier pequeño desajuste o imprevisión.

- Se ve también oportuno incluir en el presupuesto del primer año, una partida para atender gastos de difusión del servicio —folletos, carteles, etc.—, en torno a 100.000 pesetas.

— En las experiencias conocidas, se exponen como casos extremos de costo total por habitante y año de estas estructuras, las siguientes:

Un sólo pueblo, con población no inferior a 15.000 habitantes:

- Costo total por habitante y año no superior a 150 pesetas.

- Posible financiación:  
50 pesetas habitante/año, el ayuntamiento.

100 pesetas habitante/año, la diputación provincial o comunidad autónoma.

Número de pueblos próximos a los 10, con población total inferior a 10.000 habitantes:

- Costo total por habitante y año no superior a 250/300 pesetas.

- Posible financiación:  
100 pesetas habitante/año, los ayuntamientos.

150/200 pesetas habitante/año, la diputación provincial o comunidad autónoma.

— Al referirnos a estructuras básicas, parece claro que los Presupuestos para su mantenimiento han de tener un carácter estable. Por lo cual, no estamos de acuerdo con el sistema utilizado por al-

gunas comunidades autónomas, de proveerlo a través de los fondos destinados a subvenciones —antiguos FAS—, por cuanto son presupuestos inestables, de carácter anual, que no integran costo efectivo en las comunidades autónomas, y están sometidos a la graciabilidad de quien los concede.

— Hubo una última consideración en estos temas: se planteó que si las estructuras básicas son estables, y debe prestar a la población unos servicios básicos, reconocidos como derechos, los profesionales que los atiendan no pueden estar sometidos a la dependencia directa —como buena dosis de discrecionalidad— de los responsables municipales, sino más bien de una estructura que permita su independencia, tal como la comunidad autónoma, al igual que ocurre con los médicos, maestros, secretarios u otros profesionales, algunos de los cuales, aun trabajando en dependencia municipal, no dependen directamente, de forma exclusiva en lo laboral del ayuntamiento.

Otros participantes, aun reconociendo las ventajas de esta propuesta, compensaban los riesgos de una dependencia directa municipal con las ventajas que la misma supone de implicación real de los ayuntamientos en el sistema —descentralización—, al tiempo que la posible discrecionalidad puede amortiguarse con un adecuado sistema normativo.

El tema quedó en el aire.

— Como conclusión de este bloque de trabajo, se acordó proponer al Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, que envíe una carta —que se redactará en breve— a todos los Presidentes de Comunidades Autónomas, a los de las Diputaciones Provinciales, a los de los Parlamentos Autónomos y a los correspondientes grupos parlamentarios, exponiendo el punto de vista profesional en torno a la red de Servicios Sociales y a las estructuras básicas, y que recogería fundamentalmente las conclusiones más importantes que en este bloque hemos indicado.

### Proceso de Intervención

— La intervención de los profesionales de los Servicios Sociales en el medio rural, suelen constituir en los momentos actuales un proceso novedoso. Por eso, los obstáculos y dificultades que estos procesos encuentran, proceden muchos de ellos, de este carácter novedoso.

Esto, al menos, se deduce de los obstáculos que señalan los profesionales, en

base a su experiencia. Los más importantes de los señalados son:

— El primer obstáculo surge cuando la implantación novedosa de los Servicios Sociales se hace al margen de todo lo existente, sin contar con ello (otros profesionales de otras áreas, procesos comunitarios ya existentes, etcétera).

— La no existencia de una planificación previa (sembrar servicios por moda), es también causa de numerosas dificultades.

— Las deficiencias de las estructuras administrativas municipales —personalizadas en la figura del secretario—, dificultan también la intervención profesional.

— Igualmente los problemas de tipo político que surgen en los ayuntamientos, es otra fuente de dificultades.

— La inseguridad presupuestaria con la que suelen nacer las estructuras básicas de Servicios Sociales en el medio rural.

— Y ya en un término más profesional, la ausencia de estructuras de apoyo técnico y de coordinación, cuando su configuración no es simultánea a la de los propios servicios rurales.

— La falta de una formación previa de los profesionales, adecuada a la realidad que van a encontrar en el medio rural.

— Y muy importante, como origen de posteriores dificultades, es el dar una imagen inicial asistencialista, de las estructuras básicas, bien provenga de las explicaciones de los políticos o de los propios profesionales.

— Aun contemplando estas dificultades, que coinciden en mayor o menor medida en las experiencias actuales, se valora positivo el que se hayan iniciado, pues permite, como hoy lo estamos haciendo, la reflexión y búsqueda de soluciones que corrijan las imprevisiones iniciales.

— El que “sobre la marcha” puedan corregirse estas circunstancias, va a depender en buena medida, de que los profesionales de las estructuras básicas —que los padecen directamente— cuenten o no con estructuras externas de apoyo y supervisión, y que se les reconozca de forma práctica e institucionalizada, su derecho —y deber— a una formación permanente.

Igualmente el que sus observaciones y propuestas encuentren cauces estables que las hagan llegar hasta los más altos responsables políticos de los Servicios Sociales.

— Los momentos iniciales de la puesta en marcha de las estructuras básicas de Servicios Sociales en el medio rural, o incluso los pasos previos a la misma, van a ser fundamentales para el desarrollo de estas estructuras.

Por parte de los órganos políticos que los promuevan, las expectativas que generan, las explicaciones que dan o las condiciones que ofrecen a los Ayuntamientos van a generar en estas actitudes positivas o negativas para el futuro, muy difíciles de modificar.

Igualmente van a ser grandes condicionantes para la intervención futura del profesional, la forma en que se dé a conocer —y dé a conocer el servicio—, al ayuntamiento y a la población.

Conviene pues, prestar una gran atención a estos primeros pasos, y no despreciar el efecto de futuro que van a tener.

— Es prioritario para el profesional, conocer la realidad en la que ha de intervenir. Un conocimiento que ha de realizarse sin prisas, de forma flexible —con los medios más adecuados a cada situación—. Una característica de nuestra intervención profesional es que nuestra actuación es una fuente de conocimiento fundamental. Conviene utilizar con objetivos claros de conocimiento, las primeras actuaciones del profesional —permanencia, reuniones, excursiones, fiestas, ...

— Para realizar una buena planificación, no basta con que el profesional conozca muy bien la zona; una planificación no puede hacerse sin objetivos y los objetivos debe fijarlos la estructura política municipal, que es la responsable del Servicio. Así pues, antes de elaborar cualquier planificación, el profesional ha de procurar que el Ayuntamiento, y también la población, tengan mínimamente asumidos los objetivos de la misma.

— En cualquier caso, la priorización de objetivos —base de planificación— sólo es posible tras una fase de contacto bien llevada a cabo.

— En el medio rural, al profesional de los Servicios Sociales, se le exige, en sus primeros momentos de intervención, una gran demanda de información, que a veces desborda nuestro propio sector, por razones ya señaladas. Es importante responder a estos niveles de demanda en cuanto a información, tanto por la imagen de eficacia del Servicio cuanto por la gran importancia que para la población tiene estar informado —una de las causas de marginación del medio rural es lo lejano de la información, que no les permite beneficiarse de los mismos

recursos y derechos que al ciudadano urbano—.

Pero informar sobre estas áreas, no significa que nos convirtamos en gestores de las mismas, que no es nuestro papel ni se ajusta a nuestras posibilidades.

— Las funciones de las estructuras básicas de Servicios Sociales y el contenido de las mismas en cuanto a los servicios que han de promover —lo que conocemos como servicios sociales comunitarios—, coinciden con los que corresponden a un medio urbano, si bien la diferencia está en la forma como los mismos se llevan a cabo (p.e.: la ayuda a domicilio es un servicio que en el medio rural necesita igual que el urbano, pero la forma de prestación tradicional del mismo, puede no ser siempre la más adecuada al medio rural).

— Una circunstancia característica de zonas “muy rurales” es que en las mismas, la intervención del profesional va a verse obligada a recorrer el camino de lo colectivo a lo individual.

Mientras en la zona urbana, normalmente la exigencia será trascender las problemáticas que se presentan en forma individual, hacia alternativas colectivas, en zonas marcadamente rurales inicialmente aparecerán pocas demandas individuales. El asistente social encontrará situaciones colectivas marcadamente marginales, pero no siempre asumidas, su trabajo será hacerlas expresas —asumidas— y partiendo de las mismas abordar las situaciones individuales si requieren tal intervención individual.

— Hay que ser muy cautos a la hora de referirnos a Servicios Sociales específicos para el medio rural, pues, a veces, la pretendida especificidad no es otra que desmejorar la calidad del servicio, crear servicios de segunda categoría para el medio rural.

— La actividad del profesional que se conoce como “permanencia” en un determinado municipio, no puede identificarse con la estancia física en un despacho, sino con algo mucho más ágil, menos receptivo y más activo: todo el trabajo individual/colectivo a desarrollar en ese municipio.

— Es muy cierto que, la forma en que se organiza el servicio, condiciona la demanda que el mismo va a recibir. P.e., un exceso de horas de oficina, determina un mayor volumen de demanda de atención individualizada. Lo instrumental (organizativo), condiciona el contenido.

— En municipios con población inferior a 5.000 habitantes, la carencia de Servicios Sociales impide dar respuestas

a cualquier problemática, por lo que debe ser función de los profesionales la creación de los recursos mínimos, ya que de lo contrario, todo su trabajo será una frustración o bien tendrá que desarraigar a las personas de su entorno para que puedan ser atendidas. En la creación de Servicios Sociales para estos núcleos poco poblados, hay que actuar con imaginación, para que respondan a las características del entorno y a criterios de racionalidad económica que permitan su consolidación —sin caer en la creación de “Servicios de 2.<sup>a</sup>”, ya mencionados—.

— Las investigaciones que llevamos a cabo en el medio rural no pueden reproducir mecánicamente los sistemas clásicos del medio urbano, hay que buscar las formas más adecuadas que permitan conocer cada realidad rural, que no siempre es la clásica encuesta.

— Igualmente, tampoco podemos utilizar en todos los casos los indicadores clásicos de rentabilidad aplicados a los Servicios Sociales en el medio rural; hay que encontrar o elaborar indicadores específicos.

#### El Macroárea del bienestar social

— En el objetivo de lograr los mejores niveles posibles de calidad de vida para una comunidad, no sólo está implicado el sector de los Servicios Sociales, sino otras áreas prestadoras de Servicios, tales como la Sanidad, Educación, Cultura, Ocio, Deporte, ...

Es conveniente lograr una estructuración eficaz de todas estas áreas, para que se implementen en el logro que todas ellas —aunque sectorialmente— pretenden: la calidad de vida.

— Un primer obstáculo que nuestro sector encuentra para relacionarse con estas áreas, es su propia indefinición; sin conocer con suficiente claridad cuál es nuestro cometido, difícilmente podemos establecer relaciones estables con los demás.

En este sentido, consideramos muy perjudicial la habitual terminología sectorial por la que nos definimos: así parece que los Servicios Sociales son los que se ocupan de los ancianos, de los niños, de las mujeres, de los marginados... En lugar de definirnos como el resto de los sectores, por el tipo de necesidad a la que los Servicios Sociales atendemos, independientemente de que esto se presente en un anciano, en un joven, niño, mujer u hombre adulto.

— Así pues, consideramos urgente avanzar en nuestra propia definición y

proponemos olvidar de una vez por todas —y en la medida de lo posible—, la terminología sectorial que nos define, incluso en las Leyes de Servicios Sociales.

— Ya en un terreno operativo, un primer obstáculo que dificulta las relaciones de nuestro sector con el resto, en el medio rural, es la no coincidencia de los territorios sobre los que unos y otros actuamos; cada sector, en su planificación, ha tomado como base diferentes límites territoriales.

Se impone pues, como primera medida, la coincidencia en las zonificaciones; un buen instrumento, en tal sentido, pueda ser utilizar el mismo MAPA DE BASES TERRITORIAL para la elaboración de los distintos Mapas de Servicios.

— La coordinación de los distintos sectores en la base, debe apoyarse en una coordinación de los mismos a nivel institucional; como medida inmediata, proponemos la creación de Comisiones Interdepartamentales —en comunidades autónomas, diputaciones provinciales, mancomunidades y ayuntamientos—, entre las diferentes áreas prestadoras de servicios. Estas Comisiones Interdepartamentales, y los acuerdos que en ellos se adopten, deben quedar plasmados por escrito y ser conocidos por los técnicos que trabajan en la base.

— Un buen instrumento práctico que favorezca la coordinación con otras áreas, es el normalizar la documentación que unos y otros nos sean de utilidad.

— Por las experiencias conocidas, sabemos que la práctica más habitual de colaboración con otros sectores desde los Servicios Sociales en el medio rural, lo viene siendo con el sanitario y con el educativo.

En lo relativo al sector sanitario, se conocen experiencias de Servicios Sociales en el medio rural que han nacido vinculados a estructuras sanitarias (posteriormente desvinculados de los mismos). Otras que en la actualidad se apoyan en estructuras sanitarias comunitarias, por la carencia de estructuras propias, y otras que han nacido precisamente con el objetivo de facilitar la futura implantación de las Unidades Básicas de Salud.

Es muy importante nuestra coordinación con el sector sanitario; pero no podemos olvidar su trayectoria de “superioridad” respecto a nosotros, que inevitablemente condiciona las relaciones actuales, con el consiguiente riesgo de sanitización del sector.

— Del análisis de las experiencias de contacto con otras áreas, llegamos a la

conclusión de que mientras por nuestra parte se espera de ellas una coordinación (carácter estable y estructural), las otras áreas esperan de nosotros tan sólo una colaboración (carácter puntual y circunstancial).

Ello es debido, a nuestro entender, a dos razones:

— Nuestro sector contempla la intervención individual o colectiva de forma integral y no sectorial, como el resto, por lo que es más lógico que desde nuestro sector se entienda la necesidad estable de actuación integrada de todas las áreas.

— Nuestro sector es un sector emergente, se está haciendo mientras el resto tiene ya una trayectoria secular y unas estructuras tradicionales que a lo más, están en un proceso de cambio. Es lógico que sea nuestro sector quien, por padecer más íntensamente la ausencia de estructuras, les exija con más fuerza.

Por último, la coordinación que nuestro sector pretende con los demás sectores, no puede limitarse a una coordinación de programas de unos y otros, sino que hace referencia a una complementación de las redes —estructuras—, de todos ellos.

Lograríamos así un sistema tridimensional de intervención comunitaria, frente a intervenciones sesgadas, paralelas.

#### RELACION DE PARTICIPANTES:

MARIA JOSE BAQUERO QUINTANA, Madrid. ANA MARIA BARREIRA MOIRON, Lugo. MARIA LUZ BURRELL RASO, Huesca. JAVIER DARIAS MORA, Lleida. DONATO FERNANDEZ AGUILERA, Málaga. CARMEN GARCIA, Huesca. GUSTAVO GARCIA HERRERO, Zaragoza. ISABEL GONZALEZ, Valladolid. CARMEN HERNANDEZ LOPEZ, Valladolid. MARIA ROSARIO IRADIER EGUREN, Alava. ROSA JIMENEZ FLORES, Madrid. ISABEL MARTINEZ RUIZ, Sevilla. ANTONIA MARTINEZ NAVARRO, Huelva. MARGARITA PARDO ALFARO, Cuenca. MARIA JESUS ROMERO RUIZ DE GOPEGUI, Rioja. MARIA ROTA POCIELLO, Lérida. ROSA MARIA DE LA ASUNCION SANZ, Vizcaya. MARGARITA SARRADO GALAN, Huesca. MARTA SERCH VALLS, Zaragoza. CONSUELO TABERNERO SOLER, Madrid. IRENE-LUZ VERDE FIGUERAS, La Coruña. PILAR VILLAMAYOR LLORO, Huesca. Asistentes Sociales.

## SEMINARIO SOBRE LA APLICACION DE INDICADORES EN LOS SERVICIOS SOCIALES

J.M. PASCUAL i ESTEVE\*

Los días 21 y 22 de noviembre de 1985, se celebró en Barcelona el primer seminario español sobre la aplicación de indicadores socio-económicos a los servicios sociales. El Seminario, organizado por el Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS), con la colaboración del Colegio de Economistas de Cataluña y subvencionado por la Dirección General de Acción Social, reunió a una veintena de especialistas: economistas, sociólogos, asistentes sociales y psicólogos, que debatieron sobre la metodología, las dificultades y los resultados de la utilización de indicadores en el ámbito de los servicios sociales.

El Seminario tenía como objetivo el conocer el estado de aplicación de los indicadores en España y discutir los principales problemas metodológicos, para empezar a instrumentar posibles soluciones con el fin de extender el uso de los mismos y mejorar su elaboración.

En opinión de la entidad organizadora la utilización de unos indicadores válidos, fiables y consensuados, permitirá responder más adecuadamente al reto de una mayor racionalización en la prestación de los Servicios Sociales, como consecuencia de la confluencia de tres situaciones fundamentales:

1. Los Servicios Sociales tienen en España una presencia muy inferior a la media de los países de la C.E.E.; su acelerado crecimiento a partir de 1979 se encuentra limitado en la actualidad por la aparición del déficit público y sus políticas de contención del mismo. De ahí que los Servicios Sociales deban mostrar con mayor rigurosidad su incidencia y eficacia organizacional en la intervención de la problemática social, que en cualquier época anterior.

2. El desarrollo de los Servicios Sociales en España no puede ser guiado a través de los paradigmas de los países europeos de los años 60 y 70, puesto que la situación ha variado enormemen-

te en su faceta demográfica en los problemas sociales a los que se enfrenta la sociedad en presencia de la crisis económica y de procesos de cambio social y por los menores recursos económicos con los que se dota la Administración Pública. Es preciso conocer nitidamente estas nuevas necesidades, cuantificarlas y priorizar los recursos sectoriales y territorialmente, teniendo muy en cuenta los resultados de su utilización.

3. Se debe adecuar la teoría y metodología de trabajo en el área de los Servicios Sociales para que se puedan utilizar las técnicas de coste-beneficio y coste-efectividad y poder de esta manera articular mejor la política social a la política económica.

La exposición temática del Seminario y su discusión se organizó en torno a tres ejes:

- 1) El grado de utilización de los indicadores en Servicios Sociales;
- 2) Los indicadores de necesidad o planificación;
- 3) El papel de los indicadores en los presupuestos por programas.

Respecto al primer eje señalada la efectiva posibilidad de llegar a una evolución objetiva, cuantificadora y continuada del trabajo social con respecto a los objetivos que presiden su acción y fundamentalmente de los objetivos intermedios. No obstante se constataba que la mayoría de los esfuerzos son destinados a conocer la demanda expresada por los usuarios, y a una mejor caracterización de la problemática presentada por éstos. La necesidad de una documentación unificada en sus líneas y conceptos más generales en todo el Estado, se consideraba imprescindible para el estudio comparativo de sus diferentes zonas y regiones.

Los indicadores de necesidad y planificación fueron los que mayor atención obtuvieron de los participantes, lo que

es demostrativo del estado actual de los Servicios Sociales, en el que predomina su aspecto planificador y organizacional, sobre el gestor y evaluador. En el Seminario se rechazó el uso de estándares, que intentan cuantificar la oferta de un determinado bien o servicio en un territorio por responder a una etapa desarrollista en lo económico ya desfasada y no ser muy fiable la metodología de su construcción. Por el contrario, se consideran muy adecuados la elaboración de indicadores reveladores de estados de necesidad que puedan efectuarse a través de los datos del Censo o Padrón, y que permitan la comparación entre zonas, regiones y estados y por tanto se deduzca de su utilización, un sistema de priorización, objetivo en la asignación de unos recursos de Servicios Sociales.

Por último se valoró muy positivamente la introducción en la Administración Pública de los presupuestos por programas, puesto que ello favorece la interdisciplinariedad, la globalización y la racionalización de la actuación pública. Se destacaron los esfuerzos encaminados en la evolución de los servicios que tuvieran en cuenta los criterios sociales y los económicos. El análisis en términos de coste/eficacia aplicados en Servicios Sociales se subrayó como un buen instrumento de síntesis de ambos planteamientos, y se recomendó la profundización y extensión de su aplicación.

A mi juicio el Seminario, al proporcionar una muy aceptable visión del trabajo con indicadores en España y sus principales problemas, permite que podamos dar en un futuro inmediato, un nuevo paso hacia adelante, que debe consistir en la clasificación metodológica de la elaboración y uso de los indicadores de planificación, gestión y evolución.

(\*) Economista-sociólogo



Ilustración de Francisco Solé

# I JORNADAS INTERNACIONALES DEL SERVICIO SOCIAL DE AYUDA A DOMICILIO

Los días 29, 30 y 31 de octubre de 1985 se celebraron en Madrid las I Jornadas Internacionales de Servicio Social de Ayuda a Domicilio.

Estas Jornadas fueron organizadas por el Consejo General de Asistentes Sociales en colaboración con la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Se contó con la asistencia de organizaciones no gubernamentales y de administradores sociales dedicados a la ayuda a domicilio de Francia, Gran Bretaña y Holanda. Igualmente participaron diversos representantes de organismos y entidades que realizan Ayuda a Domicilio en el Estado español.

A continuación reproducimos las conclusiones de los grupos de trabajo que se formaron en dichas Jornadas.

## CONCLUSIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

1. Los principios inspiradores del Servicio de Ayuda a Domicilio son:

- Universalidad.
- Globalidad.
- Prevención.
- Intergración.
- Responsabilidad pública.
- Descentralización.
- Planificación y Coordinación.

2. La definición del Servicio de Ayuda a Domicilio más consensuada es:

Un servicio comunitario de carácter social que, mediante personal preparado y supervisado, ayuda a nivel preventivo, educativo y asistencial a familias o personas solas con dificultades para mantener o restablecer su bienestar físico, social y afectivo y conseguir que puedan continuar viviendo en su hogar y/o entorno mientras sea posible y conveniente.

3. Es preciso considerar la Ayuda a Domicilio como un servicio más dentro de la red asistencial, aplicable sólo a determinados estados de necesidad y nun-

ca como alternativa a otros recursos escasos o no existentes.

4. Este servicio presta ayuda y apoyo a las familias, pero nunca ha de eximir las de sus responsabilidades ante los problemas que presente cualquiera de sus miembros.

5. Ha de existir una Ley Marco de Servicios Sociales que garantice una cobertura mínima de prestación de servicios de Ayuda a Domicilio para todos los ciudadanos sea cual sea su lugar de residencia.

6. Todas las instituciones que presten servicios de Ayuda a Domicilio en un mismo territorio deben funcionar coordinadamente en orden a lograr una mayor eficacia.

7. Hay que prever la existencia de plazas asistidas en residencias para poder hacer una correcta derivación de las personas atendidas por la Ayuda a Domicilio cuando su grado de invalidez lo requiera.

8. Todo programa de Ayuda a Domicilio debe elaborarse en base a un marco teórico y a un conocimiento previo de la realidad que reflejará las necesidades de la población sobre la que se va a realizar la intervención profesional.

9. Cada programa debe definir un objeto general y unos objetivos operativos que sean **claros, específicos y medibles**. Estos objetos operativos constituyen el **-QUE-** del programa.

10. El **-COMO-** del programa viene definido por las actividades que permitirán la consecución de los objetivos operativos.

11. El equipo del Servicio de Ayuda a Domicilio ha de componerse de los siguientes profesionales:

- Asistente social.
- Trabajadores familiares.
- Auxiliares de hogar.

12. Las funciones del Asistente Social son:

- \* - Valoración de las necesidades y recursos de Ayuda a Domicilio en su zona de influencia.

- Programación del Servicio.

- Detección, estudio y diagnóstico de los casos.

- Determinación del tipo de servicio y el personal más adecuado a la solución de cada necesidad.

- Seguimiento y evaluación de cada caso.

- Coordinación técnica de los recursos existentes en su zona.

- Supervisión del equipo.

- Elaboración de propuestas para la formación del equipo, de acuerdo con las características de la demanda.

- Evaluación del programa.

- Realización de estudios de investigación sobre la demanda que permitan una planificación de servicios adecuada a las necesidades.

- Difusión e información sobre el servicio.

- Potenciación del voluntariado.

- Estimulación de la participación ciudadana.

13. Los asistentes sociales han de seguir una formación permanente a través de la supresión de su trabajo diario y de la asistencia a actividades docentes, especialmente a aquellas que nos capaciten para la programación y evaluación de nuestras intervenciones profesionales.

14. El trabajador familiar es una persona cualificada para asistir y apoyar a las familias. No sólo realiza tareas domésticas sino que trabaja además en orden a elevar el nivel de las familias. Esta figura se considera como un eslabón básico en la Ayuda a Domicilio y se hace imprescindible la creación de escuelas para su formación. En este sentido, ha parecido muy interesante la experiencia de la Escuela de Trabajadores Familiares de Barcelona que cuenta con un buen programa de formación y que puede servir de modelo para la creación de escuelas en el resto del país.

15. El Auxiliar de Hogar tiene las siguientes funciones:

- Asistenciales -limpeza del hogar,

aseo del usuario, compra, cocina.....—

— Preventivas —control de régimen alimenticio y de administración de medicamentos—.

— Orientación —modificación de hábitos de limpieza y alimentación.

— Apoyo a la integración y socialización del usuario.

16. Se proponer que los auxiliares de hogar se conviertan en una nueva profesión con nivel de Formación Profesional 1. En todo caso, y mientras esto no se consiga, han de realizar cursos de formación que les capaciten para cumplir sus funciones. Estos cursos podrán ser de iniciación y de perfeccionamiento.

17. El personal auxiliar del Servicio de Ayuda a Domicilio dependerá laboralmente del organismo de contratación, pero a nivel funcional dependerá del responsable del servicio.

18. Es preciso fomentar el voluntariado, aunque teniendo en cuenta que este personal nunca puede suplir a los profesionales, y, por tanto, sus tareas serán siempre complementarias y nunca básicas. En este sentido, es importante que el personal voluntario no sea utilizado solamente para abaratar costos.

19. El personal voluntario debe seguir cursos de formación que le permiten cumplir sus funciones.

20. La gestión de los Servicios de Ayuda a Domicilio debe depender de los municipios, por ser las entidades más cercanas a los ciudadanos, dar posibilidad de una mayor participación, reducir los costes y posibilitar un mejor control.

21. Se considera que debe ser un servicio público cuyo ámbito debe extenderse a todos los ciudadanos que presenten necesidades susceptibles de ser cubiertas a través de las prestaciones propias de la Ayuda a Domicilio.

22. Los tipos de prestación varían en función de los recursos financieros y los objetivos de cada programa. En todo caso, se puede decir que estas prestaciones son básicamente:

- Servicios domésticos y personales.
- Actividades culturales y recreativas.
- Rehabilitación funcional.
- Apoyo psicosocial.
- Información y gestión de recursos.

23. Los requisitos para acceder a las prestaciones deberán establecerse a través de baremos de necesidad en base a escalas de incapacidad física, psicológica y social, o de falta de autonomía personal para desarrollar las actividades de la vida diaria.

24. En relación a los costes, se hace difícil establecer criterios generales debi-

do a la diversidad de la gestión que siguen los distintos organismos y entidades que prestan ayuda a domicilio, así como a los distintos objetivos que persiguen.

25. En vista de los altos costes de las prestaciones cuando éstas se hacen con personal propio, parece más adecuado el establecimiento de contrataciones de servicios para tareas domésticas, aunque siempre debe existir un control por parte del responsable del programa. Este control incluye la exigencia de unas condiciones laborales mínimas y a una formación adecuada de los auxiliares de hogar.

26. El Servicio de Ayuda a Domicilio debe establecer tasas que el usuario ha de pagar en función de un baremo que ha de incluir ingresos, gastos fijos, composición familiar y coste de la hora de prestación.

27. La evaluación de programa de Ayuda a Domicilio ha de realizarse aplicando la metodología de la investigación científica para medir los procesos de cambio y los resultados o productos de esos cambios.

28. La evaluación ha de realizarse a lo largo del programa, ya que esto permite introducir modificaciones en el curso de la acción.

29. No es posible realizar evaluaciones, a menos que los programas tengan bien definidos sus objetivos operativos de manera clara, específica y medible.

30. Es preciso desarrollar indicadores que expresen el grado en que los objetivos operativos han sido conseguidos. Estos indicadores están compuestos por variables y son estas variables las que han de incluirse en los distintos documentos de recogida de datos que serán utilizados tanto para la evaluación del programa como para la elaboración de estudios de investigación.

31. Un informe de evaluación ha de recoger los siguientes aspectos:

#### I. Objetivos de la evaluación:

A. A quién va dirigido.

B. Para qué se realiza.

#### II. Especificación del Programa:

A. Principios inspiradores.

B. Contenido.

C. Objetivos.

D. Procedimientos (actividades, medios, estrategias).

E. Población a la que va dirigido.

F. Ambito de aplicación.

G. Indicadores para juzgar la calidad.

#### III. Productos del programa:

A. Ofertas nuevas que se han producido (nuevos servicios y prestaciones).

B. Mejoras y empeoramientos de los usuarios.

C. Efectos colaterales deseados y no deseados.

D. Costes (coste de oportunidad).

#### IV. Relaciones e indicadores:

A. Diferencias entre los objetivos y los productos conseguidos.

B. Cusas y efectos de fines productos conseguidos.

C. Indicadores de eficacia y eficiencia del programa.

#### V. Juicio de valor:

A. Valor de los productos.

B. Importancia de los objetivos en relación con las necesidades.

C. Utilidad de la información conseguida a través de la evaluación.

#### VI. Descripción del informe final:

A. Índice del informe que realizará el evaluador

B. Utilización de los productos del estudio.

C. Subjetividad consciente del evaluador que pueda reflejarse en el informe final.

32. Cada servicio ha de diseñar y poner en marcha su propio Sistema de Información que permita la obtención de datos que hagan posible la evaluación y los estudios de investigación.

33. Como premisa para la elaboración de cualquier instrumento de recogida de datos se hace necesario conceptualizar y homologar la terminología que utilizamos y que hace referencia al ámbito de nuestra intervención profesional.

34. Es preciso contar con una ficha social sistematizada que sea común a todos los servicios de Ayuda a Domicilio, que permitirá la obtención de datos comparables y la identificación de la demanda expresa.

35. Se hace necesario diseñar soportes documentales que permitan la informatización de los datos en ellos contenidos.

36. Para la elaboración de cualquier documento hay que tener en cuenta las siguientes pautas generales:

— Conocimiento del problema: base teórica y experiencia práctica.

— Definición de objetos del documento: generales y operativos.

— Contrastación con otros modelos documentales.

— Elaboración del listado de variables.

— Definición conceptual de las variables y asignación de valores a cada una de ellas.

— Diseño del documento.

— Pre-test del diseño.

— Diseño definitivo con las modificaciones introducidas en el pre-test.

## PAREJA, FAMILIA Y SOCIEDAD

María Jesús Ballestín\*  
María Belén Babiano\*  
Tomas Báñez\*

Este ha sido el lema del VIII SIMPOSIUM EUROPEO DE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE LOS ASISTENTES SOCIALES, que, sobre el tema "Evolución de la noción de pareja, dinámica del servicio social frente a la repartición de nuevas responsabilidades familiares, profesionales, sociales y cívicas entre el hombre y la mujer", se ha celebrado en la Universidad de la Sorbonne de París, durante los días 6, 7 y 8 de noviembre de 1985, con la asistencia de unas 650 personas, 41 de las cuales formábamos la delegación española, una de las más numerosas.

La importancia y actualidad del tema tratado, nos ha llevado, a través de estas líneas, a intentar transmitir el resumen y análisis de estos tres días de trabajo, a pesar de que la organización del Simposium ha previsto publicar dentro de unos seis meses un documento sobre su contenido.

Este se ha desarrollado a través de la exposición de tres ponencias fundamentales teóricas, tres comunicaciones sobre experiencias prácticas, cuatro talleres o grupos de trabajo y una serie de visitas a instituciones de servicios sociales.

El contenido de las ponencias analiza el tema de la pareja y de la familia desde una perspectiva demográfica y antropológica, necesaria en un marco teórico general, pero incompleta desde nuestro punto de vista profesional, ya que el abordaje teórico desde el trabajo social como disciplina ha estado ausente.

Este análisis demográfico y antropológico, destaca los siguientes aspectos sobre la evolución de la noción de pareja y de los roles sexuales en Europa.

No es posible hablar de "familia", en singular o en sentido absoluto, sino que es preciso hablar de "familias", dadas sus diversas concepciones históricas-culturales.

Hasta la II Guerra Mundial, se concebía la familia como una institución inmutable, dado que a través de la solidaridad de sus miembros, parecía que se resolvían los conflictos.

El hecho de que la sociedad es una estructura dinámica, ha provocado que cambios tales como el proceso de urbanización, las modificaciones del mercado de trabajo y la influencia creciente de los medios de comunicación de masas,

hayan influido sobre la familia, haciendo que ésta evolucione.

Esta evolución se refleja a través de una serie de índices demográficos, tales como la baja de la nupcialidad y de la natalidad y el aumento de los divorcios y de las familias monoparentales; y se manifiesta como:

— Cambio de los roles sexuales, como consecuencia de la progresiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo y a las diversas esferas de la vida social.

— Disociación de las ideas de pareja y reproducción como consecuencia de los progresos de la fecundación "in vitro" y del control de la natalidad por medidas contraceptivas.

— Pérdida de confianza en la institución del matrimonio, con lo que han aumentado las cohabitaciones estables o no, al margen de la institución.

— Disociación de las ideas de matrimonio y felicidad.

— No estigmatización social de las personas que deciden organizar su vida al margen del matrimonio.

(\*) Asistentes Sociales.

# ACTUAL SITUACION DE LOS ALUMNOS DE TRABAJO SOCIAL

María Méndez de Valdivia (\*)  
Encarna Guillén Sadaba (\*)

colectivo concienciado que sin duda pretende recibir la formación adecuada, que les permita incidir en el proceso de cambio social que este país está viviendo y que todavía no ha llegado a concluir.

Ciertamente el espíritu y la formación de los estudiantes van encaminados hacia una concienciación y movilización de los mismos. La realidad social sentida por ello es sin embargo diferente, pues tal como afirma Luis Garrido ("La Juventud Española" en la revista "Juventud y Sociedad"), "la posición social del joven es la de un ser marginado con la vista puesta en un futuro distinto".

Dicho esto, ¿cómo concienciar a nuestros futuros profesionales de que una vez conocidos métodos y técnicas podrán contribuir a mejorar los grupos del todo social carencial, si ellos mismos son una parte más integrante de ese gran colectivo.

Estos jóvenes han llegado hasta la escuela con problemas de paro, muchos intentarán transformar sus esperanzas, mientras otros arrastrarán la realista desespejanza que algunos llamamos desencanto. Los menos, con el idealismo de la adolescencia, conseguirán erigirse en líderes del colectivo y comenzarán la aventura de intentar conseguir el estado del bienestar, modificando la realidad cotidiana.

## LOS ESTUDIANTES DEL 85-86

Para identificar estos jóvenes estudiantes hemos realizado un estudio estadístico entre la población de 1.º curso.

Sobre un total de 781 estudiantes, 680 son mujeres frente a 101 varones. Esto significa que las mujeres representan el 87,10 por ciento del total de la población femenina de la Escuela, frente a un 12,9 por ciento de varones. Este dato señala el alto índice porcentual de feminización en la carrera pero ¡cuidado! si se piensa que ésta es una carrera para mujeres o que la formación que en ella se imparte vaya exclusivamente dirigida al colectivo femenino o que tal vez se aplique desde postulados feministas. Reconocemos estar de acuerdo con Sheila Rosbotham, que "el feminismo trae consigo una nueva esperanza de un tipo de mundo diferente y mejor para

los seres humanos". Este es quizá uno de los objetivos hacia el cual dirigimos la formación de nuestros alumnos de trabajo social. Queremos que ellos se conciencien y consigan poner en marcha en un futuro cercano las técnicas y los métodos científicos que les permitan conseguir un nuevo tipo de mundo para todos los seres humanos en el cual los TODOS SOCIALES CARENCIALES hayan sido superados.

## VARIABLES EDAD Y SEXO

Es muy importante comprobar que la etapa de acercamiento de los jóvenes a los estudios de trabajo social continúa siendo temprana. De la muestra de 728 alumnos matriculados en el curso 1985-86, el 49,16 por ciento tienen entre 17 y 20 años. Pese a ello, existe también un total de 1,41 por ciento con una edad superior a los 36 años y hay un elevado índice, 37,26 por ciento cuya edad está situada entre los 21-25 años.

Estos datos indican que el trabajo social continúa siendo atrayente para muchos colectivos y personas individuales. Sin embargo del total de población matriculada no todos han decidido voluntariamente la incorporación a estos estudios.

## ORIGEN GEOGRAFICO

La nueva legislación en materia educativa señala la necesidad y conveniencia de mantener a los estudiantes en centros y facultades situados en el ámbito de influencia de su lugar de residencia, de su comunidad y de su origen.

A pesar de ello, un 55 por ciento de los jóvenes matriculados en el primer curso de nuestra escuela provienen de comunidades autónomas diferentes a la madrileña.

Tal como se indica en el cuadro 2, el índice de población más elevado lo tiene MADRID, con un 44,7 por ciento del total de alumnos matriculados. Le siguen muy de cerca Castilla-La Mancha, con 19,88 por ciento, Castilla-León con 14,49 por ciento de alumnos, Extrema-

(\*) Sociólogos, asistentes sociales. Profesores de Servicios Sociales. Madrid. Escuela U.T.S. de la U.C. de Madrid.

*El presente trabajo, analiza unas características básicas sobre los alumnos de 1.º de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid. Aunque, los datos aportados son de gran interés, el Comité Editorial de la Revista, piensa que no son extrapolables a otras escuelas. Por dos razones, principalmente: la Escuela de la Complutense es la única integrada plenamente en la Universidad Española, sus alumnos únicamente pagan la matrícula oficial, lo cual facilita la asistencia de alumnos de origen social modesto. Por otro lado, como explican las autoras del artículo, este centro recoge a alumnos de todo el Estado, principalmente de las zonas carentes de Escuela Universitaria.*

## INTRODUCCION

Una vez más, la historia vuelve a ser injusta con quienes la padecen: "los jóvenes".

Los nuevos modelos culturales y educativos, consecuencia de los cambios socio-políticos que vienen practicándose en la España democrática, están repercutiendo de un modo muy especial en los colectivos jóvenes. Estudiantes de los ciclos medios y sobre todo de la universidad se encuentran con la necesidad de adaptarse a unas circunstancias en el marco educativo y social diferentes a las deseadas y/o sentidas.

Los nuevos estudiantes de Trabajo Social no pueden ser ajenos a las situaciones de masificación y desencanto que sufre una buena parte del alumnado universitario español.

La realidad de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid, muestra este año una matrícula cercana al millar de estudiantes. Son jóvenes que han llegado hasta estos estudios de las maneras más dispares. Unos como consecuencia de la inexistencia de plazas en otros centros, originado acaso por las demandas de la sociedad española que presiona sobre la Universidad, para que ésta genere exclusivamente aquellos profesionales que puedan ser absorbidos en el futuro mundo del trabajo. Otros, la mayoría, con una "vocación desinformada" causada por un COU no orientado. Otra parte, pequeña, la constituye el

bajo con familias monoparentales en Holanda.

Las causas de la existencia de estas familias monoparentales atendidas desde estas instituciones se deben fundamentalmente a la muerte de uno de los cónyuges y al divorcio o separación.

El trabajo con estas familias se desarrollaba a un doble nivel: de gestión de ayudas materiales y de terapia familiar.

— "La pareja confrontada a las mutaciones sociológicas: aportación del servicio social en un equipo interdisciplinario"; sobre una investigación realizada en el Centro de Salud Mental de Móstoles (Madrid).

Este estudio se ha realizado con un grupo de pacientes del Centro de salud y sus resultados se han comparado con un grupo de control de ciudadanos de Móstoles.

Entre sus resultados más interesantes destacan los que se refieren a los factores de riesgo para la salud mental existentes en la ciudad de Móstoles.

- Las estructuras tradicionales familiares protegen a la familia de los trastornos mentales.

- El hecho de que la segunda generación de la familia adquiera la autonomía-económica y de vida, respecto a los padres, protege la salud mental.

- Es un factor de riesgo el desconocimiento por parte de la población de los servicios sanitarios antes que aquellos.

- El desarraigo de las familias de Móstoles es un factor de riesgo.

Al tratarse de un simposium organizado por la Federación Internacional de Asistentes Sociales, nuestras expectativas respecto a su contenido y desarrollo no se referían únicamente a la adquisición de un marco teórico general sobre la evolución de la pareja y la familia, sino que fundamentalmente nos habíamos planteado la contrastación de estas concepciones teóricas con nuestra cotidiana práctica profesional y el intercambio profesional con los participantes procedentes de los diversos países.

Los talleres previstos por la organización para conseguir estos objetivos, contaron con la dificultad derivada del hecho, lingüístico y cultural, de la procedencia geográfica de los participantes.

A pesar de estas dificultades, de entre los resultados de los talleres o grupos de trabajo, nos parece interesante destacar una serie de aspectos, que en la presente exposición son de nuestra propia elaboración.

El trabajo social ha de ser dinámico, para responder de forma adecuada a la

cambiante realidad social y familiar, elaborando la teoría y metodología que permita a los profesionales del trabajo social asimilar estos cambios, así como explicarlos a la población, a través de un trabajo comunitario y ayudar a que se produzcan con el menor coste social y psicológico, para lo cual es precisa una constante formación profesional.

Frente a este planteamiento, nuestra función en el momento actual, frente a los cambios que se están produciendo en la familia, se limita prácticamente a la atención de los problemas derivados de las estructuras monoparentales, a través de la información, clarificación y gestión de ayudas económicas.

Por otra parte, se constata la saturación de los servicios sociales de los diversos países europeos, por demandas procedentes de las consecuencias de la crisis económica, incluso en aquellos "estados benefactores" en los que este tipo de necesidades estaban cubiertas por un fuerte sistema de protección social, ya que la reducción de los gastos públicos está afectando drásticamente sus asignaciones presupuestarias.

Estas consecuencias de la crisis económica están deteriorando las relaciones y estructuras familiares, produciéndose la desintegración social del individuo, ya que la autonomía personal y social no es posible si no se poseen los medios materiales necesarios para ejercerla.

Esta situación obliga al trabajo social a elaborar modelos de intervención en las familias que permitan atender las necesidades materiales de forma educativa y promocionante, y desde un planteamiento más colectivo.

Para ello es precisa una estrategia de compromiso del trabajo social que permita, a partir del análisis y la reflexión sobre la metodología y los resultados, realizar propuestas que se integren en las políticas sociales de los diversos países.

No queremos dejar de señalar, como punto final, que si bien valoramos positivamente la realización de cualquier tipo de encuentro profesional, verificamos, recogiendo las inquietudes de los compañeros presentes en el Simposium, la necesidad de una reflexión y análisis constantes de nuestro trabajo, a través de la elaboración de documentación, realizando seminarios, cursos, etc., que, aunque en nuestro país sea institucionalmente una responsabilidad de los centros de trabajo y de los colegios oficiales, es una tarea de cada uno de nosotros, para que el trabajo social pueda responder adecuadamente a la dinámica realidad social.

A pesar de todos estos cambios, los nuevos modelos de pareja, tienen como base de su estabilidad el adecuado equilibrio entre dos factores: la intensa solidaridad afectiva y la voluntad de ser independientes de cada uno de los miembros.

Dado que estas transformaciones están teniendo lugar en las sociedades industrializadas en el momento presente, no es posible poder realizar predicciones sobre cómo será la pareja del futuro, pero es necesario facilitar esta evolución a través de una legislación liberalizadora y paralelamente, analizarla profundamente, desde el punto de vista de la ética.

Además de esta ponencia, tuvimos ocasión de escuchar la exposición de tres comunicaciones elaboradas por asistentes sociales sobre experiencias prácticas:

— "En referencia a la huelga de los mineros británicos: el impacto de una huelga dura y prolongada en la vida familiar y en la práctica del servicio social".

a) Respecto a las familias de los mineros implicados en la huelga, éstas modificaron los papeles tradicionales masculinos y femeninos, en el sentido de que las mujeres asumieron un mayor nivel de participación en la vida de la comunidad.

Por otra parte, la incidencia de la huelga se manifestó dramáticamente en un descenso del poder adquisitivo de estas familias, que tuvieron que hacer frente a una serie de necesidades de subsistencia.

b) En cuanto al impacto de la huelga en el servicio social, desde éste se emprendieron dos tipos de actuaciones:

- A nivel institucional o político: se dio una utilización "represora" de los recursos existentes en el sistema de protección social del "Estado benefactor". Los profesionales de trabajo social fueron los responsables de gestionar estos recursos.

- A nivel comunitario; organizando a la comunidad para hacer frente a las necesidades más elementales de subsistencia de ésta, poniéndose en marcha un sistema alternativo de servicios sociales, al margen del estatal, financiado por las ayudas del sindicalismo europeo e internacional.

Por otra parte, esta experiencia de trabajo demostró la inexistencia de modelos eficaces de intervención del trabajo social ante situaciones de este tipo.

— "La práctica de la ayuda, las consecuencias de los nuevos modos de relación dentro de una sociedad en transformación"; sobre una experiencia de tra-

CUADRO I

EDADES	Totales v/m	Varones	% v/m	Mujeres	% m/m	% TOTALES
17-20	384	40	39,6	344	50,58	49,16
21-25	291	41	40,60	250	36,77	37,26
26-30	74	12	11,88	62	9,12	9,47
31-35	21	5	4,95	16	2,36	2,68
36 y más	11	3	2,98	8	1,18	1,41
TOTALES	781	101		680		

dura con 8,15 por ciento, Andalucía con 6,44 por ciento. Otras comunidades como Galicia, Aragón, Cantabria, etc., son menos significativas.

A estos datos hay que añadir los de aquellos alumnos nacidos en países europeos e hispano-americanos, fruto de la emigración que caracterizó a este país durante largos periodos de tiempo. Así se aprecia que de los 781 matriculados, sólo 27 de ellos provienen de otros países, pese a no haber perdido su nacionalidad española. De todos modos hay que destacar que existe un reducido número de alumnos, muy poco significativo, que son originarios de otros países. Colombia, Nicaragua, Honduras, Zaire, Irán y Chile, están representados en el alumnado de la escuela, tal como se aprecia en el cuadro III.

Sin duda y a la vista de los datos an-

CUADRO III

PAISES	VARONES	MUJERES
Alemania		5
Guinea	2	
Francia		4
Colombia		1
Nicaragua	1	
Bélgica		1
Honduras		2
Chile		1
Suiza		4
Zaire		1
Venezuela	1	
Portugal		1
Irán	1	
Argentina		2

CUADRO II

Muestreo: 67,6 por ciento del total de alumnos: 528

COMUNIDADES AUTONOMAS	Varones	v/v %	Mujeres	m/m %	Totales	Totales %
Madrid	22	40	214	42,25	236	44,7
Castilla-La Mancha	12	21,89	93	19,66	105	19,88
Castilla-León	4	7,28	73	15,44	77	14,49
Galicia	1	1,82	4	0,85	5	0,95
Euskadi	1	1,82	1	0,22	2	0,37
Extramadura	4	7,28	39	8,25	43	8,15
Andalucía		9,1	29	6,13	34	6,44
Cataluña	2	3,64	5	1,05	7	1,35
Asturias			2	4,10	2	0,37
Cantabria	1	1,82	1	0,22	2	0,37
Valencia			4	0,85	4	0,95
Murcia			1	0,22	1	0,2
Canarias			1	0,22	1	0,2
Rioja	1	1,82	1	0,22	2	0,37
Aragón			4	0,85	4	0,95
Melilla	2	3,64	1	0,22	3	0,56
Baleares			1	0,22	1	0,2
TOTALES	55	100,00	473	100,00	528	100,00

teriormente citados no son los extranjeros ni las personas que provienen de otros países los responsables de la actual masificación que existe en primer curso.

La masificación tiene otros orígenes:

1.º La adaptación del sistema educativo a las necesidades económicas del país en el presente y en el futuro. Estas nuevas medidas generan la racionalización en la concepción de plazas para cursar estudios en Escuelas y Facultades, elevando los niveles de aptitud para acceder a las mismas y consecuentemente desviando alumnos hacia las escuelas universitarias donde el nivel escolar exigido no es tan elevado.

2.º La actual conciencia política que expresa la necesidad de hombres y mujeres que, con un aprendizaje en la vida, combinen los conocimientos adecuados para mejorar la sociedad.

3.º Que la Universidad y el sistema educativo tienen todavía sobre sí las laras de la etapa antidemocrática, caracterizada por un sistema educativo-formativo no adecuado en la correlación de estudio-trabajo y que las nuevas medidas del hoy educativo español pretenden superar.

El nivel, por tanto, de la mayoría de los alumnos es económicamente medio o medio-bajo. Esta es, sin duda, la causa de que el 76,4 por ciento de nuestros alumnos realicen algún trabajo.

En general se trata de trabajos no cualificados (cuidar niños, limpieza del hogar, auxiliares de clínica, dependientes, auxiliares administrativos, etc.).

No nos es desconocida la realidad del alumno trabajador. El cansancio, los problemas derivados del trabajo cotidiano, la falta de tiempo para el estudio, el tiempo de prácticas necesario para el trabajador social, etc., sitúan a estos jóvenes, hombres y mujeres, en una importante circunstancia de desigualdad con respecto a otros.

**NIVELES DE SATISFACCION FRENTE A LA CARRERA QUE ESTAN CURSANDO**

Hemos expuesto muchas de las realidades de nuestros jóvenes y adultos alumnos. Muchos de ellos, sin embargo, no están contentos en sus estudios. Algunos, ni siquiera habían pensado en llegar a ser trabajadores sociales y han

estudios. En el cuadro IV cabe apreciar muchos otros datos.

A la vista de los datos se observa que:

1.º De los 527 alumnos encuestados los varones tienen menos sensación de satisfacción ante la carrera que cursan.

2.º Es el colectivo más joven de entre 17 y 20 años, el que está más afectado por la insatisfacción, tanto en varones como en mujeres.

3.º Son los grupos de edad más elevada, es decir los mayores de 25 años los que más satisfechos se sienten cursando la carrera.

Ante esta situación, ¿cómo exigir a los alumnos atención e interés por una carrera que no satisface sus intereses y alternativas de futuro? ¿Cómo influir sobre el desencanto generalizado, cuando muchos de estos estudiantes se sienten atacados incluso en los mismos puntos (art. 27 de la Constitución) que en el marco constitucional, les defienden?.

El tema de los estudiantes, admitidos sin una clara conciencia de la realidad social, y de lo que el trabajo social puede aportar a la misma, parece que ha de ser objeto de un estudio muy serio. No en vano el trabajador social es y será un

CUADRO IV

OPCIONES. GRUPO DE EDAD Y SEXO (muestra 528 alumnos)

OPCIONES	17-20	21-25	25-30	31-35	36+	17-20	21-25	25-30	31-35	36+
1	8	10	5	3		150	127	30	11	
2	3	7	3	2		50	43	7	3	
3	1	2				13	7		2	
4	2					4				
5	3					2	1			
6										
7										
8	2	1				4	1	1		
9				1		3				
10						6				
11										
TOTAL	21	20	8	6		232	179	38	16	8
TOTAL: 55						TOTAL: 473				

**NIVEL ECONOMICO DE LOS ALUMNOS**

La concienciación que existe sobre el trabajo social es acaso el motor que arranca a ese 34 por ciento de hijos de campesinos unidos a un 50 por ciento de hijos de familias cuyo nivel adquisitivo-económico y de estudios les clasifica en la clase media con estudios medios y formación y empleo como personal no cualificado.

terminado en esta carrera por mero azar, o dadas las condiciones de la docencia actual y el sistema de plazas en las Universidades.

TRABAJO SOCIAL ha acogido este año un 25 por ciento de alumnos que no deseaban cursar estos estudios como primera opción.

De la muestra elegida de 528 alumnos se aprecia que 30 varones deseaban estudiar materias diferentes a las del trabajo social. Frente a ello surge un total de 348 mujeres que sí deseaban cursar estos

concienciador, un motor del cambio social, una persona de acción para el cambio. Por ello, la enorme responsabilidad de estar formando a personas que llegaron a nuestro camino por circunstancias ajenas a su voluntad.

Desde aquí lanzamos la pregunta que martillea nuestras cabezas: ¿COMO SERAN LOS FUTUROS TRABAJADORES SOCIALES DE ESTE PAIS QUE LLEGARON HASTA "EL CAMINO DEL TRABAJO SOCIAL" POR MERO AZAR O POR PRESION?.

# DESCRIPCION DE LA PROFESION DEL TRABAJO SOCIAL EN LA "CLASIFICACION INTERNACIONAL UNIFORME DE OCUPACIONES" (O.I.T.) (\*)

*El documento adjunto se ha realizado gracias a la cooperación de las Asociaciones de Austria, Australia, Canadá, Francia, Holanda, Italia y Kenia y a los documentos iniciales de Estados Unidos y España.*

*El propósito del documento es, primeramente, actualizar la clasificación de la profesión de Asistente Social/Trabajador Social en la Organización Internacional de Trabajo y en segundo lugar, darle una proyección que pueda servir para el futuro.*

*La Clasificación de Profesionales de la O.I.T. es un documento que las asociaciones profesionales no utilizan co-*

*múnmente. Sin embargo, debido a la relevancia que tiene esta Organización, es importante que en su clasificación de profesiones esté descrita con precisión la realidad actual del Trabajo Social.*

## TRABAJADORES SOCIALES

El trabajo Social es una profesión dedicada y comprometida a efectuar cambios sociales en la sociedad en general, y en las formas individuales de desarrollo dentro de la misma.

Los trabajadores sociales profesiona-

les, se dedican a fomentar el bienestar del ser humano, y a potenciar su realización, además de desarrollar y aplicar con disciplina, tanto el saber científico relativo a las actividades humano societales, como los servicios sociales destinados a satisfacer las necesidades de aspiraciones de individuos y grupos, nacional e internacional teniendo siempre en cuenta la promoción de la política social.

Los trabajadores sociales se guían en

(\*) Documento definitivo, aprobado por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales en Brighthon, Reino Unido en 1982.

su trabajo por un Código Internacional de Etica y otras declaraciones internacionales de política social. Esta actividad se integra en una política de acción social que implica una acción a todos los niveles en los contextos jurídicos, económicos, sociales...

Sus funciones consisten en:

1. Ayudar a las personas a desarrollar las capacitaciones que les permitan resolver los problemas sociales individuales y colectivos;

2. Promover la facultad de autodeterminación, adaptación y desarrollo de las personas;

3. Promover y actuar por el establecimiento de servicios y políticas sociales justas o de alternativas para los recursos socioeconómicos existentes.

4. Facilitar información y conexiones sociales con los organismos de recursos socioeconómicos.

Los trabajadores sociales se ocupan de planificar, proyectar, calcular, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales preventivas, asistenciales y de promoción social para los individuos, familias, grupos y comunidades. Actúan en muchos sectores funcionales, utilizando diversos enfoques metodológicos, trabajan en una amplia gama de ámbitos organizativos y proporcionan servicios sociales a diversos grupos de población, a nivel microsociedad y macrosociedad.

## TRABAJADOR SOCIAL POLIVALENTE

Proporciona diversos servicios básicos para ayudar a individuos, familias y comunidades a comprender y resolver sus problemas sociales y personales. Utiliza métodos para investigar la naturaleza, extensión y causa de sus problemas, tomando en cuenta los factores sociales, económicos, ambientales, médicos, psicológicos y de otra índole, que puedan ser pertinentes, determina el tipo de servicios y recursos que se requieran, consiguiendo su cooperación para resolver sus propios problemas.

Actúa como catalizador de los problemas sociales en las diferentes áreas de población avanzando la promoción y utilización de servicios sociales a través de la coordinación de los recursos y las necesidades de la comunidad donde está inserto.

Estimula la participación de individuos, grupos y comunidades en la institucionalización del bienestar social promoviendo la creación de las organizaciones comunitarias, utilizando estrategias aplicables a cada cultura.

## TRABAJADOR SOCIAL: SERVICIOS ESPECIALIZADOS

Proporciona servicios sociales especializados similares a los del trabajador social polivalente, su función viene determinada por el sector de población: infancia, juventud, mujer, ancianos; y por el sector de marginación social que atiende: minusválidos, emigrantes, minorías étnicas... y por el uso de metodologías, trabajo de casos, de grupo, comunitario...; por el marco organizativo: escuela, centro-médico, centro psiquiátrico...; y por el campo de práctica: bienestar social, seguridad social, vivienda...

## TRABAJADOR SOCIAL: SERVICIOS DE SALUD-SALUD MENTAL

Colabora en programas de prevención de la salud y educación sanitaria a través del desarrollo de políticas y servicios de salud.

Provee asistencia a pacientes, sus familias y otras personas, relacionadas con el bienestar del paciente dentro de las instituciones de este área, puede proporcionar servicios en régimen de internado y ambulatorio.

Necesita un conocimiento de los procesos médicos y terapéuticos, así como de los problemas de adaptación o de orden psicosocial ligados a las necesidades del tratamiento.

Su actividad se desarrolla a través de servicios médicos a domicilio, educación social sanitaria, higiene mental, medicina comunitaria y medicina escolar...

En el campo de la salud mental, prestan asistencia técnica y terapia a los pacientes y sus familias, aplicando los métodos terapéuticos apropiados, a través de conocimientos básicos de las teorías psiquiátricas y psicológicas.

## TRABAJADOR SOCIAL: DELINCUENCIA/TRIBUNALES

Trabaja para prevenir el desarrollo de la delincuencia juvenil o para conseguir la rehabilitación social y moral de los jóvenes y adultos con conductas delictivas y problemas relacionados con estas conductas. Proporciona orientación a los delincuentes potenciales y recaba la ayuda de otros servicios sociales cuando es necesario.

Provee asistencia a personas privadas de libertad dentro y fuera de la prisión

y a sus familias. Sigue y anima los procesos de rehabilitación de las personas en libertad vigilada o recién liberados, asesorándoles en los problemas de vivienda, empleo y otros.

## TRABAJADOR SOCIAL: LABORAL-INDUSTRIAL

Interviene en los problemas del hombre en su centro de trabajo: legislación específica, rehabilitación profesional, higiene y seguridad, ocio. Promoviendo y aplicando recursos que contribuirán a la mejora de las condiciones de trabajo y la calidad de vida de los trabajadores y sus familias. Su actividad se desarrolla a través de servicios como: guarderías laborales, comedores sociales, cooperativas y cooperativas de vivienda, agencias de empleo, servicios sociales directos en el lugar de trabajo.

## TRABAJADOR SOCIAL: DESARROLLO COMUNITARIO

Proporciona educación y asistencia a personas, grupos y comunidades, capacitándoles en la organización y planificación de recursos y servicios comunitarios, a fin de mejorar los agrupamientos de la comunidad, desarrollando la concienciación de los miembros y grupos comunitarios, para que puedan participar activamente en la programación y ejecución de proyectos de desarrollo de la comunidad.

En los centros comunitarios organiza y supervisa las actividades sociales recreativas y educativas. Estimula la participación de personas, grupos y comunidades.

## TRABAJADOR SOCIAL: SERVICIO INTERNACIONAL

Proporciona orientación, asesoramiento y asistencia a personas, grupos desplazados o transeúntes, entre su lugar de origen y otras situaciones que impliquen comunicaciones o tratados internacionales.

## TRABAJADOR SOCIAL: GERENCIAL

Este grupo incluye a los trabajadores sociales que realizan sus funciones y responsabilidades en el campo de la investigación, planificación, actividades organizativas, legislación social, desarrollo de programas de Servicios Sociales.

Ignacio Cruz Roche  
Aurelio Desdentado Bonete  
Gregorio Rodríguez Cabrero

## política social y crisis económica aproximación a la experiencia española



colección trabajo social

### INDICE

PROLOGO.....	9
PRIMERA PARTE	
<b>LAS CRISIS DEL ESTADO DE BIENESTAR: TENDENCIAS HACIA EL DESCOMPROMISO SOCIAL DEL ESTADO</b>	
INTRODUCCION.....	13
1. Tendencias actuales del intervencionismo estatal.....	17
2. La política social de la crisis en los países centrales. Entre el descompromiso y las presiones sociodemocráticas.....	51
3. El futuro del Estado de Bienestar. Críticas y alternativas.....	85
SEGUNDA PARTE	
<b>LA POLITICA SOCIAL ESPAÑOLA ANTE LA CRISIS ECONOMICA: ESPECIAL REFERENCIA A LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	
4. Nuevas orientaciones de la política social ante la crisis. Una caracterización general del período.....	107
5. El sistema español de Seguridad Social ante la crisis. Análisis económico.....	121
6. El sistema español de Seguridad Social ante la crisis. Análisis institucional.....	173

## COLECCION TRABAJO SOCIAL

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS  
EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES

en coedición con  
SIGLO VEINTIUNO DE ESPAÑA EDITORES, S. A.

### Títulos publicados:

- N.º 1. *Introducción al Bienestar Social*, de Patrocinio de las Heras y Elvira Cortajarena.
- N.º 2. *La crisis económica y su repercusión en la política social española*, de Gregorio Rodríguez, Ignacio Cruz Roche y Aurelio Desdentado.

### De próxima aparición:

- N.º 3. Traducción del libro: *Social Services In International Perspective (The Emergence On The Sixth System)* de Kahn y Kamerman.
- N.º 4. *Leyes de Servicios Sociales en Europa*, de Gloria Rubiol.

### SERIE DOCUMENTOS

- N.º 1. Dos documentos básicos en trabajo social. Un estudio sobre la implantación de la ficha e informe social. Varios autores.
- N.º 2. De la beneficencia al bienestar social. Cinco siglos de Acción Social. Varios autores.
- N.º 3. Primeras Jornadas Europeas de Servicios Sociales en países del Area Mediterránea.

## LIBROS

### SALUD PUBLICA DEL FUTURO

Colección Ariel Sociología.  
Barcelona, Editorial ARIEL, 1.ª edición, noviembre, 1985, 280 p.

Esta obra es el primer manual sistemático de Salud Pública aplicado a la realidad española. Se inicia con un análisis de la situación mundial, y de la crisis de los sistemas sanitarios occidentales. Estudia los recursos sanitarios (tanto humanos, como de equipamiento, y económicos) que existen en nuestro país. Presenta un modelo original del impacto de las desigualdades sociales en la salud de la población. Enfoca luego una enfermedad crónica —el caso concreto del cáncer— desde la perspectiva de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. En la segunda mitad del libro se estudian las políticas sanitarias básicas. Primero, a nivel del sector público, se describe críticamente el origen y desarrollo en nuestro país de los planes de regionalización (los llamados “mapas sanitarios”) que representaron una reforma frustrada del sistema sanitario. Segundo, a nivel de la población, se presenta un detallado análisis de los procesos de participación popular y de la comunidad.

El libro termina con un breve capítulo sobre las relaciones entre las ciencias sociales y las ciencias médicas. El texto aparece lleno de tablas, datos y referencias bibliográficas que permiten evaluar con detalle los problemas, y al mismo tiempo seguir investigando en cualquiera de ellos. El estilo es típico de su autor: claro, directo y crítico; salpicado tanto de brillantes ideas teóricas como de sugerencias para la acción.

Su autor, Jesús M. de Miguel (País Vasco, 1947) es doctor por la Universidad Complutense de Madrid, y también por la Universidad de Yale (en los Estados Unidos). Catedrático numerario de Sociología en España, enseña actualmente como catedrático en la Universidad de California, Berkeley. Desde 1983 es asesor permanente del Ministerio de Sanidad y Consumo. A nivel internacional es consejero regional de la revista *Social Science and Medicine*, y miembro del comité ejecutivo de la Sociedad Europea de Sociólogos de la Medicina. Es autor de una veintena de libros y un centenar de artículos profesionales, en varios idiomas.



## POR UNA ACCION SOCIAL Y CULTURAL ALTERNATIVA

Montserrat Colomer y Salmons (\*)

Demetrio Casado. Editorial Marsiega. Madrid

El título de POR UNA ACCION SOCIAL Y CULTURAL ALTERNATIVA nos puede presentar un interrogante: ¿alternativa, a qué? Es quizá una manera de despertar nuestra curiosidad ante un libro que gira entorno del problema de la pobreza y las posibles vías de soluciones en nuestro contexto social.

La pobreza existe, pero se niega. Se invoca su origen estructural y se llega a decir que asistirla mengua la posibilidad de cambio. El autor se manifiesta a favor de la lucha de las causas de la pobreza pero sin olvidar de atender sus efectos. La pobreza no es sólo un factor económico; quienes la sufren son personas que se pueden localizar en sectores característicos de población. No existen, sin embargo, proyectos políticos de erradicación de la pobreza; se ha dado prioridad a la regulación de los servicios sociales como prestaciones técnicas de carácter social y a juicio del autor hay muchos casos en los que no es posible la promoción sin un mínimo de suficiencia económica, por lo que debería regularse un sistema de subsidios más amplio del que existe en la actualidad para ancianos sin otras pensiones y disminuidos. Una acción social básica puede ser el crear conciencia a los pobres de su situación para que puedan superarla. Los valores sociales de cada época influyen en las formas de asistencia. La sociedad actual en su doble versión capitalista y comunista no ofrece un futuro viable: el desarrollo produce un creciente consumo de energía y un exceso de burocratización que hace irrespirable la atmósfera social. La acción social y cultural está afectada por estos hechos: sus formas institucionales son costosas y sus formas de organización son de corte burocrático.

En nuestro país la defensa de lo que el autor llama “la publicación de los servicios” sigue la línea conseguida en la época de la beneficencia, es decir, es más prolongación de la misma que cambio de dirección. El autor señala cuatro caminos posibles de la acción social y cultural:

- la organización de la ayuda mutua como medio de solidaridad ante los problemas sociales
- el mercado o servicios sociales de tipo lucrativo
- la caridad benéfica privada incluyendo la acción de la Iglesia
- la alternativa pública o garantía de la asistencia y prestaciones suficientes ante situaciones de necesidad.

En el último capítulo bajo el enunciado de “la lección social y cultural, para quienes la trabajan”, nos habla de la descentralización, de la participación —advirtiendo que puede haber una forma de sentar al pobre en la mesa de deliberaciones que sea limosna—, la búsqueda de acciones no demasiado caras y la igualdad en contraposición de la uniformidad. Lo más interesante del libro a mi parecer son los capítulos que tratan del problema de la pobreza. Quizá por ser un tema estudiado por el autor y sobre el que ha escrito otros libros más profundos que el que nos ocupa. En la segunda parte nos parece algo disperso, se apuntan muchas ideas que no llegan a desarrollarse y sobre las cuales no llegamos a adivinar si el autor está o no de acuerdo. Es, sin embargo, un libro de interesante lectura para las personas motivadas por la acción social, de lectura fácil y amena según el estilo de su autor.

(\*) Asistente Social

## CRISIS ECONOMICA Y POLITICA SOCIAL. UNA APROXIMACION A LA EXPERIENCIA ESPAÑOLA.

Balbino Pardavila

Ignacio Cruz Roche, Gregorio Rodríguez Cabrero y Aurelio Desdentado Bonete. Coedición Siglo XXI Editores de España y Consejo General de Asistentes Sociales. Madrid, 1985. Precio 700 pesetas.

Este libro constituye el número dos de la colección Trabajo Social, editada conjuntamente por el Consejo General de Asistentes Sociales y la editorial Siglo XXI. El libro se divide en dos partes complementarias. En la primera parte —capítulos 1, 2, 3— redactada por Gregorio Rodríguez, se aborda la problemática general de la política social en los países de capitalismo avanzado. La segunda parte analiza la naturaleza, características y evolución de la política social en España, referida a su institución por excelencia: la Seguridad Social, siendo Aurelio Desdentado el autor de los capítulos 4 y 6 e Ignacio Cruz Roche del quinto. Gregorio Rodríguez, en unas páginas plenas de ideas y rezumantes de contenido, plantea, entre otras, las siguientes tesis: durante los años setenta y ochenta la crisis económica estructural del capitalismo ha planteado de una forma cada vez más abierta la crisis del Estado keynesiano de Bienestar, centro neurálgico del edificio económico-político construido durante los últimos años de la década de los cuarenta. Considera al Estado de Bienestar como pieza estructural del proceso de crecimiento económico del capitalismo avanzado y base para la reproducción de la fuerza de trabajo en las sociedades industriales y metropolitanas y, por último, el Estado de Bienestar sirvió desde su punto de vista, para canalizar los conflictos sociales y arbitrar de forma integradora los intereses económicos y sociales de las sociedades contemporáneas. En la actual situación de reestructuración económica internacional esta forma de Estado es abiertamente discutida, cuando no minada, por sectores de la sociedad. Los intentos de derribo del Estado de Bienestar, han dado lugar según Rodríguez Cabrero a las siguientes alternativas:

a) La primera, el neoliberalismo, que abierta o mitigadamente es predominante bajo la fórmula, Estado fuerte —mercado libre— en la mayoría de las políticas económicas.

b) Otras fórmulas: corporativismo o sociedad de bienestar, plantean alternativas radicalmente diferentes: la primera como fórmula de integración socio-económica y política altamente institucionalizada; la segunda, como apuesta por el desarrollo de la descentralización, autonomía, participación ciudadana y economía asociativa.

Pero la polémica teórico-ideológica es, en parte, un reflejo de los cambios en la política social en el seno de los países de la OCDE. Tales cambios pueden sintetizarse en dos conceptos: a) Descompromiso estatal relativo frente al riesgo y las nuevas necesidades sociales; b) Desbroce social —vía precarización de la fuerza de trabajo y reducción de servicios sociales— del mercado de trabajo para lograr un ajuste rápido, económicamente barato y políticamente controlado a los nuevos modos productivos: terciarización a los cambios tecnológicos: robótica, informática, biotecnología y al dinamismo transnacional de la economía.

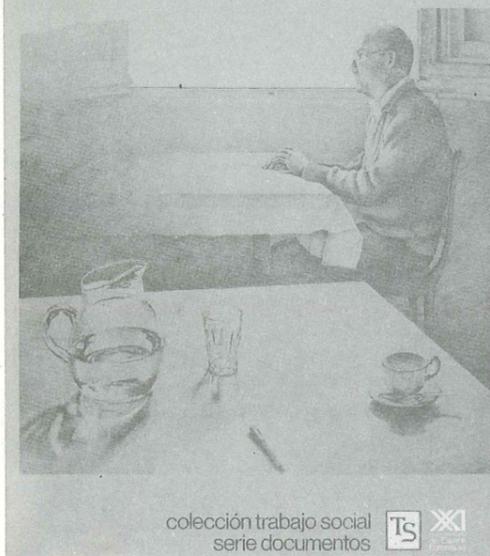
Indica que, en esta política de descompromiso estatal y desbroce social, ocupa un papel central la Seguridad Social. Como hemos comentado anteriormente, la segunda parte del trabajo publicado ha sido elaborada por Ignacio Cruz Roche y Aurelio Desdentado Bonete. Estos autores realizan un análisis amplio y pormenorizado sobre la crisis económica y sus repercusiones en la política social española, centrándose en el principal sistema de protección social: la Seguridad Social, a través de sus prestaciones económicas, sanitarias y de servicios sociales.

A juicio de los autores, tres son los aspectos de la crisis de la Seguridad Social a resaltar: la crisis de legitimidad o discusión sobre las finalidades del sistema y sobre la concepción de solidaridad en que se basa; la crisis financiera provocada tanto por cuestiones primarias: aumento del número de personas mayores de sesenta años, y de la edad media de vida, entre otras, como por la expansión del gasto debido al incremento del número de pensiones y su cuantía. En tercer lugar se analiza la crisis de eficacia del sistema. La Seguridad Social es un sistema caracterizado por un bajo rendimiento económico originado por su falta de racionalización y alta complejidad.

El último capítulo del libro aborda el análisis institucional de los diversos intentos de reforma de la Seguridad Social. Numerosas tablas de datos enriquecen el discurso de Cruz Roche y Desdentado.

En estos momentos el debate sobre el futuro de nuestro sistema de protección social se encuentra prácticamente paralizado. La Seguridad Social, ha sufrido una reforma parcial a mediados del pasado año 1985. Los cambios introducidos, según diversos expertos, únicamente alcanzarán a permitir un ajuste de caja a corto, y tal vez, a medio plazo. Es por ello que resulta en estas circunstancias prioritario documentarse sobre la situación presente y el futuro que nos aguarda. Crisis económica y política social ofrece un magnífico material para conseguirlo.

primeras jornadas europeas  
de servicios sociales  
países del área mediterránea



colección trabajo social  
serie documentos TS XXI

### INDICE

1. PRESENTACION . . . . .	7
2. PROGRAMA . . . . .	9
3. RELACION DE PONENTES . . . . .	11
4. PONENCIAS . . . . .	13
El Servicio Social Polivalente en Francia. Organización y perspectivas, <i>Michel Thierry</i> . . . . .	15
Principales características de los Servicios Sociales y del Trabajo Social en Francia, <i>Ettiennette Chouffier</i> . . . . .	19
La experiencia de Italia en la Reforma de los Servicios Sociales, <i>Carlo Trevizan</i> . . . . .	33
Estructura legislativa, administrativa y financiera de los Servicios Sociales en Italia, <i>Marco Marchioni</i> . . . . .	49
La incidencia de la comunidad en la prestación de los Servicios Sociales, <i>Yves-Rastimir Nedelkovic</i> . . . . .	61
Los Centros para la Acción Social como realizadores de la Protección Social en la Sociedad autogestora, <i>Vladimir Radovanov</i> . . . . .	67
5. INTERVENCION DEL SECRETARIO GENERAL PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, <i>Ilmo. Sr. D. Luis Garcia de Blas</i> . . . . .	73
6. RESUMEN DEL TRABAJO DE LOS GRUPOS . . . . .	79

# SUSCRIBASE A

revista de  
**SERVICIOS SOCIALES**

y  
**Política Social**

doctor cortezo, 11, 2º 28012 - madrid

TARIFAS UN AÑO (Tres números)

Estudiantes o colegiados . . . . . 1.175 Ptas.

Resto . . . . . 1.375 Ptas.

Extranjero . . . . . 1.500 Ptas.

Números sueltos:

— N.º 0 y n.º 1 . . . . . agotado

— N.º 2, 3 y 4 . . . . . 450 Ptas.

NOMBRE . . . . .

DIRECCION . . . . .

POBLACION . . . . . C.P. . . . .

PROVINCIA . . . . .

TELEFONO . . . . .

Es colegiado o estudiante . . . . . SI  NO

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 . . . . .

. . . . .

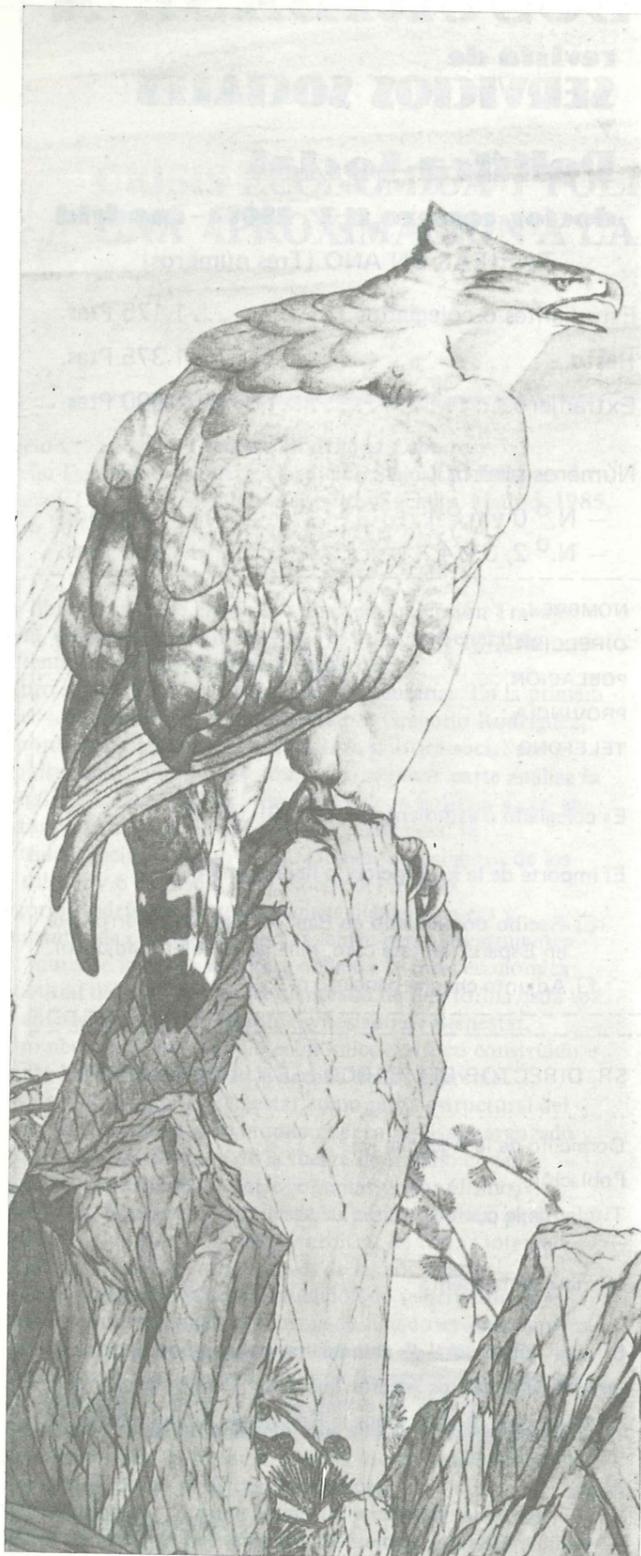
Número de la cuenta . . . . .

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.



Edwar Julius Detmold.



INDICE

Presentación .....	7
I INTRODUCCION .....	11
A. Retraso en la concesión de prestaciones y servicios ...	12
B. Imagen distorsionada de los trabajadores sociales ...	12
C. Mala información a los usuarios. ....	13
II METODOLOGIA DE TRABAJO .....	15
III FUNDAMENTACION TEORICA .....	16
A. La documentación desde una práctica burocrática ..	17
B. La documentación como base para la investigación ..	18
C. La documentación como sistema de información ...	21
IV DOS DOCUMENTOS BASICOS EN TRABAJO SOCIAL: LA FICHA Y EL INFORME SOCIAL .....	29
A. Objetivos generales .....	29
B. Objetivos específicos comunes a informe y ficha. ...	29
C. Ficha social .....	30
D. Informe social .....	47
V IMPLEMENTACION DE LA FICHA E INFORME SOCIAL. PROYECTO DE TRABAJO .....	51
Proyecto para el diseño e implementación de un modelo de ficha e informe social .....	53
Recursos humanos. ....	54
Cronograma. Año 1984. Ficha e informe social. ....	56
Cronograma de actividades. Año 1985 .....	57
Organigrama proyecto .....	58
VI BIBLIOGRAFIA .....	59
VII RELACION DE ASISTENTES AL SEMINARIO ...	62
VIII RELACION DE PONENCIAS PRESENTADAS ....	63