

TRABAJO SOCIAL

REVISTA EDITADA POR EL COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y AA.SS. DE MADRID

HOY

SEGUNDO CUATRIMESTRE 2009-QUINTA ÉPOCA



[número 57]

TRABAJO SOCIAL HOY | *Segundo cuatrimestre 2009* | número 57

EDITA EL COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS
EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES DE MADRID

Gran Vía 16

28013 Madrid Tel 91 521 92 80

e-mail: publicaciones@comtrabajosocial.com

www.comtrabajosocial.com

JUNTA DE GOBIERNO

Decano: Manuel Gil Parejo

Vicedecana: Esther Rianza Barrena

Secretaria: M^a José Planas García de Dios

Tesorera: Mar Ureña Campaña

Vocales: Yolanda García Fernández, José Luis Gil Bermejo,

Daniel Gil Martorell, Estrella González Vizcaino,

M^a Isabel López Serrano, José Ignacio Santás García,

M^a José Sánchez Tera

COORDINACIÓN

Yolanda García Fernández

CONSEJO ASESOR

Rubén Arriazu Muñoz

Silvia Domínguez Vicente

Daniel Gil Martorell

Eloina Nogal Martín

COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

M^a de Gracia Ruiz López

Diseño y maquetación: Carmen de Hijes

Impresión: Industrias Gráficas Afanias

Segundo Mata, 3 Pozuelo de Alarcón (Estación)

Editada en Agosto de 2009

Depósito Legal: M-36315-1993

Nº ISSN: 1134-0991

Fotografías: Fondo Documental del Colegio de Trabajo Social de Madrid

Trabajo Social Hoy, publicación cuatrimestral, se distribuye gratuitamente a los colegiados de Madrid. Suscripción anual: 44 €.

sumario

EDITORIAL 5

TEMAS DE INTERES PROFESIONAL 7

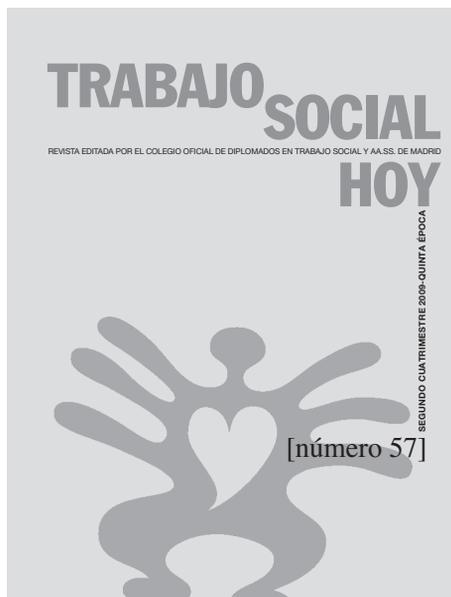
Derechos Humanos y ciudadanía.
Una experiencia con niños 7
Leonel del Prado

Revisión sobre el informe de
certificación de drogodependencias
para causas judiciales 13
José Luis Cernuda López

Reseña del XI Congreso Estatal de
Trabajadores Sociales.
Zaragoza 2009 33
José Ignacio Santás García

Trabajo Social en la unidad de
deshabitación alcohólica (UDA) y su
evolución 37
Milagros Useros Esteban

El asesor jurídico responde:
El riesgo propio del ejercicio
profesional 45



TEMAS DE ACTUALIDAD 49

Desafíos de la Dependencia 49
Alberto Gil Blázquez

Una experiencia participativa con
población en situación de exclusión.
Entrevías. Madrid 75
José Ignacio Santás García

ONG/ENTREVISTA 89

Sonrisas de Bombay 89

CASO 93

Los límites en la relación de ayuda:
El derecho a decidir cómo vivir 93
Rosa Gómez Trenado

FIGURA HISTÓRICA **109**

Louis Braille 109

Yolanda García Fernández

BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS **113**

Publicaciones recibidas
en el Colegio para consultar 113

MEDIOS DE COMUNICACIÓN **117**

Prensa 117

En este segundo cuatrimestre del año que finalizamos, hemos transitado por dos estaciones cuyas características climatológicas invitan con mayor apertura y placidez a las relaciones sociales y vida familiar extensa. Hablamos de la primavera y del verano; es tiempo de romper con las rutinas cotidianas en pro de plácidas veladas de conversaciones con amigos, o en soledad, alargando lecturas interesantes en las largas noches calurosas y de difícil descanso por el ruido exterior o simplemente, mirando la luna y la caída de luminosas estrellas en el horizonte.

Concurrió esta primavera la celebración del XI Congreso de la Profesión en la ciudad de Zaragoza siendo, para quienes tuvimos la oportunidad de asistir, un anticipo del verano: días espléndidos de sol y prolongadas jornadas de convivencia y conversación, con noches de farra y alegría entre colegas que acudimos desde distintos puntos de nuestro entorno y del exterior, y también, trabajo intenso y momentos de reflexión.

El trabajo desarrollado para el Congreso por la organización fue altamente valorado por los participantes, y resulta difícil transcribir en unas líneas las sensaciones y sentimientos que se percibían entre los asistentes.

Un sentimiento común de que el Trabajo Social reivindica en estos momentos el sentido y sensibilidad de su esencia ante las desigualdades sociales. Sensibilidad para unir práctica con reflexión e investigación permanente, sin rendirnos ante las amenazas de destrucción de lo social, por lo que hemos trabajado durante años.

Por el compromiso del Trabajo Social con el desarrollo humano: el desarrollo del trabajo grupal como manera (metodología) de contribuir a la convivencia democrática (análisis, reflexión-acción...).

Los trabajadores sociales construimos la identidad del Trabajo Social en un proceso que integra emociones, compromisos y conocimientos. Este proceso requiere autocrítica.

En palabras de una ponente muy estimada y reconocida profesora de Trabajo Social y colaboradora de nuestra revista TSH: “Con pasión podemos recuperar la Utopía... hemos de leer mucho y hacer diálogo con lo que se lee y se escribe”.

**Contemos lo que pasa, atrevámonos a escribir y a aprender escribiendo.
Gracias a todos por vuestras aportaciones a la revista.**

*“¡Los valores son la cima de nuestra solvencia y paz,
porque nos elevan y ayudan a planear entre las miseria-
rias cotidianas, nos convierten en aves; su ausencia en
reptiles!”*

Ángela Becerra (escritora y periodista)

DERECHOS HUMANOS Y CIUDADANÍA. UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO CON NIÑOS

Leonel de Prado

Licenciado en Trabajo Social. Universidad nacional Entre Ríos. Argentina

RESUMEN

El presente trabajo es una reflexión de los "Talleres sobre Derechos Humanos y Ciudadanía" que se llevaron adelante en el Centro Integrador Comunitario CIC de la ciudad de Gualeguay (Entre Ríos-Argentina) durante los años 2007/2008, actividad dirigida a niños/as que asistían a dicho centro a clases de apoyo escolar.

En el trabajo se desarrollará en primer lugar lo que es un CIC, para luego fundamentar el porqué de los talleres de derechos con niños, como espacio de construcción de ciudadanía.

PALABRAS CLAVE

Niñez. Derechos Humanos. Trabajo Social.

EL ESPACIO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La experiencia se llevó adelante en el Centro Integrador Comunitario (CIC) de la Ciudad de Gualeguay-Entre Ríos. Los CIC son instituciones dependientes del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, y *“constituyen un modelo de gestión pública que implica la integración y coordinación de políticas de Atención Primaria de Salud y Desarrollo Social en un ámbito físico común de escala municipal”* (Ministerio de Desarrollo Social -MDS-). El objetivo principal de los CIC *“es implementar un modelo de gestión pública integral en el territorio nacional que tienda al mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades y al desarrollo local”* (MDS). Entre sus diferentes líneas de acción, incluye, la promoción de actividades culturales, recreativas y de educación popular.

LA LUCHA CULTURAL POR LA CIUDADANÍA

Es en esta institución, en el marco de una política pública, en la cual realizamos los “Talleres de Derechos Humanos y Ciudadanía”. El objetivo principal de los mismos, consistió en aportar a la construcción de ciudadanía y a los procesos de democratización desde un espacio microsocioal; ya que entendemos que ambas son un proceso de construcción colectiva, el cual se debe realizar por la sociedad en su conjunto, es decir la formación en derechos ciudadanos no debe quedar acotada al espacio familiar o al ámbito escolar sino que es preciso ir construyendo ciudadanía en el espacio público.

Es importante remarcar que aunque la ciudadanía no se acota solo al reconocimiento de los derechos, sino que tiene que ver también con los mecanismos de materialización de los mismos, es fundamental poner énfasis en los procesos culturales de conformación de los ciudadanos.

En esta perspectiva nos parece relevante retomar el concepto de “cultura” entendiéndolo no como algo inmodificable, homogéneo y estático; sino como dinámico y en permanente cambio. Tomamos al antropólogo C. Geertz, quien trabaja un concepto *“semiótico de cultura”* (1987:20), entendiéndolo que *“el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido...”*.

Consideramos de vital importancia construir estrategias educativas, que promuevan otro tipo de relaciones sociales, es decir llevar adelante una batalla cultural-simbólica, a favor de los derechos, la ciudadanía y la democracia. Construir

colectivamente, con el objetivo de conformar un conjunto de actores, un colectivo que participe en lo público, que no se sujete al dominio de los líderes, o a una participación delegativa que se agota en el voto y en la observación de los debates parlamentarios, o en el peor de los casos quede presa de los medios de comunicación y los sondeos; el objetivo es construir ciudadanos autónomos. Es por ello que debemos velar por la construcción de una ciudadanía, que tenga en cuenta la doble pertenencia que señala Quiroga, pertenencia “*al Estado y a la sociedad. En el primer caso, el individuo es miembro de un cuerpo político-institucional que garantiza sus derechos políticos, civiles y sociales. En el segundo caso, el individuo es miembro de un espacio público asociativo que requiere de prácticas de auto-organización colectiva, desde las cuales se puede reforzar y extender su condición de ciudadanos. En ambos casos el ciudadano es miembro de la misma comunidad*” (1998:29). Es decir, una concepción más inclusiva de la ciudadanía.

DONDE NOS ENCONTRAMOS...

Es relevante remarcar que si lo que pensamos es una lucha cultural por conseguir mas y mejor ciudadanía y democracia, es porque lo que tenemos no es lo que deseamos, es por ello que haciendo un breve análisis situacional podemos constatar que en nuestro país y en América Latina existe una contradicción entre “*los acuerdos jurídicos-constitucionales con los acuerdos políticos culturales*” (García Moreno; 2005:3).

En Latinoamérica existen masas de ciudadanos a los cuales les son negados sus derechos de una u otra forma, esto ha sido expresado por los intelectuales con diferentes nombres: “*existe un status parcial de ciudadanía*” (Quiroga; 1998:19), democracias de “*ciudadanía de baja intensidad*” (O’Donell; 1997:56), “*liberalismos democráticos*” (Nun; 2001:147)”, “*democracia imperfecta, altamente rutinizada, con pocos elementos sustantivos*” (Borón; 1997:110).

LA CONSTRUCCIÓN COTIDIANA DE LA CIUDADANÍA Y LA DEMOCRACIA...

Para pensar la construcción cotidiana de la ciudadanía, recupero la perspectiva de García Moreno, el cual establece que el *“El proceso de construcción de la democracia y de la ciudadanía se realiza simultáneamente en dos campos: a) el de los elementos objetivos referidos a las normas jurídicas, a las instituciones, al manejo y distribución de los recursos públicos, al diseño y ejecución de políticas y, b) el de los elementos subjetivos, es decir, la ideología y los valores a partir de los cuales las personas se relacionan con los otros y con el Estado”* (García Moreno; 2005:1). Basándonos en esta concepción, reafirmamos que la democracia es impensable e imposible sin ciudadanos, por ello es importante apuntar los esfuerzos desde diferentes sectores, espacios, lugares, ciencias y artes, a la constitución de ciudadanos y la consolidación de la democracia.

POR QUÉ TALLERES...

Es en este contexto en el cual apostamos a trabajar la problemática de los derechos y la ciudadanía, utilizando como herramienta metodológica el taller, en el cual mediante una participación activa de los miembros del mismo se busca el aprendizaje.

El taller posee diversos momentos: la tarea inicial de presentación del tema a trabajar (derechos, obligaciones, participación, democracia); la socialización grupal sobre el conocimiento del tema mediante la modalidad de lluvia de ideas, preguntas, comentarios, etc.; el trabajo individual en donde los niños mediante alguna técnica artística expresan lo trabajado, para luego volver a una instancia grupal en donde cada uno comenta lo realizado; el taller finaliza con la evaluación de lo realizado y la exposición en las paredes de la institución del conjunto de los trabajos.

Lo interesante de esta herramienta es la posibilidad de expresión, ya que tal como lo plantean Cavalleri y Sánchez *“posibilita un aprendizaje más flexible y activo en donde se trabaja no tanto desde el discurso, exposición teórica, sino desde acciones que a la manera de un taller artesanal se trabaja y se recrea mediante el hacer, promoviendo la participación de los integrantes del grupo... (el taller) ... integra tanto el conocimiento como las experiencias. Hay una intencionalidad operativa que intenta que la experiencia del taller sea un aporte para la vida cotidiana de los sujetos que participan”* (2006: 89).

...A MODO DE CONCLUSIÓN

Consideramos que las problemáticas vinculadas a la ciudadanía se encuentran en el centro de las preocupaciones del colectivo profesional del Trabajo Social argentino y latinoamericano, ya que somos una profesión que interviene en el espacio público societal y público estatal con situaciones de negación del derecho, el cual es moneda corriente en estas latitudes.

La apuesta es que el accionar que se llevó adelante, aporte a la construcción de ciudadanía y una democracia inclusiva, en un contexto de retiro y desaparición del Estado Social, por las políticas neoliberales implementadas en Argentina desde la última dictadura militar (1976).

Para finalizar, nos parece relevante socializar una actividad en el marco de estas democracias frágiles, en donde las batallas culturales a favor de la ampliación de los derechos y la ciudadanía; son responsabilidad de todos, entendiendo que el trabajo desde cada lugar, por más pequeño que sea, es una apuesta a construir una sociedad de todos y para todos.

Bibliografía

BORÓN, A "Tenemos democracias sin ciudadanos" en "Hacia un nuevo Consenso Democrático". Pág. 110-111.

CAVALLERI, M., SÁNCHEZ, C. "Instrumentos de Intervención Comunitaria". Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires. 2006.

GARCÍA MORENO, M. "Ciudadanía, participación, y derechos civiles y políticos de los jóvenes y adolescentes en Iberoamérica" en Revista Aportes Andinos N° 14. Participación y Ciudadanía. Julio 2005 <http://www.uasb.edu.ec/padh>.

GEERTZ, C. "El impacto del concepto de cultura en el concepto de hombre" en La interpretación de las culturas. Gedisa Editores, México. 1987.

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación <http://www.desarrollosocial.gov.ar/notas/CIC.as> p.

NUN, J. "Democracia ¿Gobierno del pueblo o gobierno de los políticos?" Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires. 2001.

O'DONELL, G. Hoy ser progresista es ser liberal y viceversa" en "Hacia un nuevo Consenso Democrático". 1997.

QUIROGA, H. "El ciudadano y la pregunta por el estado democrático". en Estudios Sociales, Revista Universitaria Semestral. Año VIII, Nro. 14. Santa Fe. 1998.

QUIROGA, H., IAZZETTA, O. (Coords.) "Hacia un nuevo Consenso Democrático. Conversaciones con la Política". Ed. Homo Sapiens. Rosario. 1997.



El Retiro (Madrid), 1996

REVISIÓN SOBRE EL INFORME DE CERTIFICACIÓN DE DROGODEPENDENCIA PARA CAUSAS JUDICIALES

José Luís Cernuda López

DTS Col nº 2.620

Trabajador social del Centro de Atención Integral al Drogodependiente (CAID SUR)
Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid

RESUMEN

Abordaremos esta revisión desde el punto de vista del profesional que interviene con drogodependientes con causas judiciales, proporcionándoles información sobre las posibilidades y recursos existentes y concretamente en la elaboración del informe acreditativo de tener una drogodependencia y su evolución en el tratamiento si lo hiciese.

Consideramos el informe acreditativo de drogodependencia clave fundamental para la valoración diagnóstica y el adecuado asesoramiento a las partes implicadas.

Por ello, tendremos en este trabajo un apartado dedicado a la peritación y elaboración de informes tanto para acreditar la situación de drogodependencia como los posibles informes que deben emitirse desde los centros de tratamiento, una vez que la pena ha sido condicionada a dicho tratamiento.

Finalizaremos enumerando las dificultades que podemos encontrar en todo lo expuesto, principalmente, las dificultades que podemos tener para que el paciente cumplimente adecuadamente las medidas judiciales.

PALABRAS CLAVE

Drogodependencia. Causa judicial. Intervención social. Sanciones. Informe pericial. Problemas legales.

INTRODUCCIÓN

Haciendo un repaso por las diversas circunstancias que pueden darse cuando una persona con toxicomanía comete algún delito en relación, en muchas ocasiones, con su adicción. Consideramos que lo importante para el legislador, parece ser determinar si existía o no alguna circunstancia que implicase una modificación de la responsabilidad penal del sujeto y de existir, qué alternativas podría ofrecer la Justicia para abordar estos casos bajo la premisa de que el lugar adecuado para un enfermo (la mayoría de las legislaciones autonómicas sobre drogas así lo reconocen) drogodependiente es un centro de tratamiento que trabaje con él la deshabituación de las drogas problema y la reinserción social de esta persona, cumpliendo así el **artículo 25.2 de nuestra Constitución**.

2. Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviera cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad.

Para conseguir que esta persona sea considerada drogodependiente y determinar cómo le ha podido afectar, a su persona y a su voluntad dicha adicción, están los informes periciales y de drogodependencia. Ambos son imprescindibles para decidir por parte del Juez o Tribunal el problema que supone la prueba o acreditación de toxicomanía así como, en la sentencia, la pena a cumplir.

Según lo que hemos visto, la prueba se convierte en esencial para la acreditación de las circunstancias analizadas anteriormente y para la posible sustitución de la pena por otra medida. Teóricamente, una instrucción correcta por parte de los jueces de instrucción debería llevar aparejada la acreditación de la toxicomanía aún en aquellos casos en los que el detenido no lo exprese inicialmente. Sin embargo, la práctica convierte al abogado defensor en un importante instrumento para llevar a la convicción del juez esta circunstancia, haciendo que dependa de su competencia que se practiquen o no este tipo de pruebas. Lo mismo podríamos decir del Ministerio Fiscal. La experiencia nos dice que en la mayoría de los casos las causas en las que puede estar implicado un drogodependiente suelen ser asignadas a abogados de oficio que conocen a su defendido justo

minutos antes de la vista oral del juicio con la consiguiente indefensión para el acusado. El abogado debería presentar pruebas acreditativas del seguimiento de un programa o de contar con las pruebas periciales necesarias para defender a su cliente en las condiciones de legalidad y seguridad jurídica que establece la Constitución en su artículo 9.3

3. La Constitución garantiza el principio de legalidad, la jerarquía normativa, la publicidad de las normas, la irretroactividad de las disposiciones sancionadoras no favorables o restrictivas de derechos individuales, la seguridad jurídica, la responsabilidad y la interdicción de la arbitrariedad de los poderes públicos.

Desde el momento en que se inician las diligencias se ve la necesidad de acreditar por todos los medios disponibles (análisis, informes, peritajes, etc.) la antigüedad, intensidad y características de la toxicomanía que padece el imputado. Sería muy aconsejable que los propios Juzgados y Comisarías estuviesen dotados de instrumentos técnicos (analíticas, médicos especializados, etc.) para constatar la drogadicción desde los primeros momentos del proceso. El juez debería contar con personal técnico a su servicio que pudiera ilustrarle inicialmente sobre la entidad de la toxicomanía de cada imputado, de las posibilidades de tratamiento, etc. En Madrid esta función es desempeñada por el Servicio de Asesoramiento a Jueces e Información y Atención al Drogodependiente (SAJIAD) aunque creemos que es insuficiente ya que no está presente en todos los Juzgados.

La acreditación de la toxicomanía en la sentencia es fundamental para conseguir la reducción de la condena y, eventualmente, la sustitución de la medida de cárcel por otra más idónea a las características del toxicómano (hablamos siempre en términos generales). A tenor de nuestra legislación, si la sentencia no recoge expresamente la condición de toxicómano del condenado, no va a ser posible la aplicación directa de la medida sustitutoria de ingreso en programa terapéutico. En los casos en que no se pudo acreditar en la sentencia esta situación, deberá ser con posterioridad, en el trámite de la ejecución de la sentencia, donde se acredite, a los efectos de conseguir la aplicación del artículo 87 del Código Penal con el consiguiente ingreso o seguimiento en centro o programa terapéutico.

Artículo 87. Supuesto de drogadicción y alcoholismo.

1. Aun cuando no concurren las condiciones 1ª y 2ª previstas en el artículo 81, el Juez o Tribunal, con audiencia de las partes, podrá acordar la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a tres años de los penados que hubiesen

cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia de las sustancias señaladas en el número 2º del artículo 20, siempre que se den las siguientes circunstancias:

- 1ª Que se certifique suficientemente, por centro o servicio público o privado debidamente acreditado u homologado, que el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento para tal fin en el momento de decidir sobre la suspensión.
- 2ª Que no se trate de reos habituales.

2. En el supuesto de que el condenado sea reincidente, el Juez o Tribunal valorará, por resolución motivada, la oportunidad de conceder o no el beneficio de la suspensión de la ejecución de la pena, atendidas las circunstancias del hecho y del autor.

3. La suspensión de la ejecución de la pena quedará siempre condicionada a que el reo no delinca en el período que se señale, que será de tres a cinco años.

4. En el caso de que el condenado se halle sometido a tratamiento de deshabitación, también se condicionará la suspensión de la ejecución de la pena a que no abandone el tratamiento hasta su finalización. Los centros o servicios responsables del tratamiento estarán obligados a facilitar al Juez o Tribunal sentenciador, en los plazos que señale, la información precisa para comprobar el comienzo de aquél, así como para conocer periódicamente su evolución, las modificaciones que haya de experimentar así como su finalización.

5. El Juez o Tribunal revocará la suspensión de la ejecución de la pena si el penado incumpliere cualquiera de las condiciones establecidas.

Transcurrido el plazo de suspensión sin haber delinquido el sujeto, el Juez o Tribunal acordará la remisión de la pena si se ha acreditado la deshabitación o la continuidad del tratamiento del reo. De lo contrario, ordenará su cumplimiento, salvo que, oídos los informes correspondientes, estime necesaria la continuación del tratamiento; en tal caso podrá conceder razonadamente una prórroga del plazo de suspensión por tiempo no superior a dos años.

LA INTERVENCIÓN DEL PERITO

En la Ley de Enjuiciamiento Civil, la prueba pericial viene regulada por una serie de ar-

títulos (Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. (BOE núm. 7, de 8 de enero del 2000). La finalidad y el objeto del dictamen pericial tienen que ver con la necesidad de conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto o adquirir certeza sobre ellos.

El juez, bien por propia iniciativa o bien a petición de cualquiera de las partes, puede acordar un dictamen pericial; para ello nombra al perito o peritos correspondientes, y éstos comparecen para aceptar la misión que se les encomienda. En estas condiciones, la peritación tiene carácter oficial, sea quien fuere la persona encargada de dicha función, lo mismo si se trata de miembros del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses como si son médicos de cualquier especialidad, estén o no en posesión del título de Especialista en Medicina legal y forense.

De la misma manera, no afecta la condición de peritación oficial el que hayan sido designados por libre iniciativa del juez o a propuesta de las partes.

La peritación en el proceso penal está regulada por los **artículos 456 a 485 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal**, cuyo contenido se resume a continuación:

De acuerdo con el texto legal, los peritos pueden ser titulados o no titulados, lo que en el caso por ejemplo de la peritación médica es intrascendente, ya que, por su propia naturaleza, sólo pueden realizarla licenciados o doctores en medicina.

En efecto, para la ley procesal, son preferidos los peritos titulados a los no titulados y se consideran peritos titulados los que tienen título oficial de una ciencia o arte cuyo ejercicio esté reglamentado por la Administración.

Según la Ley de Enjuiciamiento Criminal, “el juez acordará el informe pericial cuando para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia importante en el sumario fuesen necesarios o convenientes conocimientos científicos o artísticos”.

El cargo de perito es obligatorio, no pudiendo nadie negarse a acudir al llamamiento del juez si no estuviera legítimamente impedido. El perito que, sin alegar excusa fundada, deje de acudir al llamamiento del juez o se niegue a presentar el informe incurrirá en las responsabilidades que el código penal señala para los testigos.

Sin embargo, no pueden prestar informe pericial acerca del delito, cualquiera que sea la persona ofendida:

- Los parientes del procesado en línea directa, ascendente o descendente.

- Su cónyuge.
- Sus hermanos consanguíneos o uterinos.
- Los laterales consanguíneos hasta el segundo grado civil.
- Los hijos naturales respecto a la madre en todo caso y respecto al padre cuando estuviesen reconocidos.
- El padre y la madre naturales, en iguales casos.

El perito que preste su informe, dándose en él cualquiera de las circunstancias anteriores, sin haberlas puesto previamente en conocimiento del juez, incurre en responsabilidad penal.

Los reconocimientos periciales se realizan siempre por dos peritos, a excepción del caso en que no hubiera más que uno disponible en el lugar y no fuera posible esperar la llegada de otro sin graves inconvenientes para el curso del sumario. La exigencia de los dos peritos se exceptúa también en los procedimientos de urgencia regulados en el Título III del Libro IV de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (artículos. 779 a 803), en los que el juez, «cuando lo considere suficiente», podrá disponer que el informe pericial sea prestado por un solo perito.

A la vista de lo expuesto, para Dolores Serrat Moré (Profesora Titular de Medicina Legal, Universidad de Zaragoza. Revista ADICCIONES, 2003) las cuestiones que suelen plantearse al perito desde el punto de vista penal pueden concretarse en:

- La valoración de la causalidad entre el delito cometido y el consumo de sustancias, y en concreto con el tipo de sustancia referida.
- La valoración de la imputabilidad y sus posibles modificaciones habida cuenta que la drogadicción puede ser una circunstancia modificadora de la responsabilidad criminal, desde eximente (en los casos de intoxicación plena, síndrome de abstinencia, o cuando el consumo de sustancias es el responsable de una anomalía o alteración psíquica, siempre y cuando estos estados sean de suficiente gravedad como para anular la capacidad de comprender y actuar conforme a esta comprensión, y excepto que se hubieran consumido con la intención de delinquir), o atenuantes (bien por tratarse en los casos anteriores de situaciones de menor gravedad y que no anulan sino sólo disminuyen la capacidad de comprender y actuar conforme a esta comprensión, o bien de estados de grave adicción).
- Las cuestiones relativas sobre la aplicación de las medidas de seguridad: tipo de medida, duración, etc.
- Las cuestiones relativas a la aplicación de la suspensión condicional de la pena, su revocación o prórroga, etc.

Para el caso concreto de los drogodependientes es frecuente encontrarnos con otra figura que sustituye a la del perito y es la de testigo-perito. Más rápida, económica (no cobra por sus servicios como sí lo hace el perito profesional) y por lo general, más vinculada al caso.

En la Ley de Enjuiciamiento Civil aparece la figura de Testigo-Perito. Clásicamente el Derecho Procesal ha distinguido claramente lo que es un testigo y lo que es un perito. El testigo tiene el deber y la obligación de comparecer en juicio para decir lo que ha visto, oído o conoce de un hecho, sin necesidad de hacer interpretación alguna sobre lo conocido. El perito es un profesional cualificado, que tras la aceptación y juramento de la obligación, hace una interpretación científica de los hechos sometidos a su consideración. Habida cuenta de que en ciertas ocasiones se puede dar la circunstancia de que el testigo puede también transformarse en perito, caso de los médicos, la nueva ley contempla esta posibilidad. (Iñigo, 2005).

Evidentemente, esta figura podemos aplicarla a los diversos profesionales que pueden acreditar la condición de drogodependiente o aportar alguna cuestión relevante al caso en relación con la terapia seguida por el encausado como pueden ser los médicos, los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, terapeutas, etc.

EL INFORME PERICIAL

Uno de los mayores problemas que plantea el peritaje de una persona drogodependiente es saber si, en el momento de los hechos (los peritajes se hacen siempre después de transcurridos los hechos), el presunto delincuente drogodependiente se encontraba bajo un síndrome de abstinencia, ya que el índice de simulación, disimulación y falsedades es elevado. Los drogodependientes conocen muy bien la clínica propia de estas afecciones lo que puede contribuir a dudar si es una situación real o simulada. Por ello, es importante el reconocimiento médico de forma inmediata al hecho delictivo. (M^a Carmen Cano Lozano, departamento de psicología Universidad de Jaén).

Añadiríamos a lo expresado que también hemos de confirmar si el presunto delincuente estaba bajo los efectos de alguna o algunas sustancias que hubieran podido alterar su voluntad, bien de manera consciente o involuntaria.

O en palabras de Carlos Alberto Bellati (2000): *“aquellas situaciones en que un sujeto realiza una conducta típica en estado de falta de libertad con la particularidad de que él mismo la ha provocado en un momento anterior. En otras palabras hace a la esencia de la actio libera in causa el hecho de que el agente se haya colocado en estado de inimputabilidad para dentro de ese estado cometer un delito”*.

Tipos de informes

En el ámbito penal la misión del informe pericial de drogodependencia no es solo la elaboración de un diagnóstico y la posible evolución del paciente en su tratamiento en caso de realizarlo, sino que el Tribunal requiere además, una interpretación y sobre todo la valoración de cómo la adicción del paciente ha podido influir en la comisión del delito y si se ha producido una alteración en la capacidad de conocer el carácter delictivo de ese hecho. También si es necesaria la aplicación de alguna medida complementaria, como consecuencia de un informe psiquiátrico debido a la existencia de una posible patología dual, es decir, que el paciente sea drogodependiente y tenga una patología psiquiátrica a la vez y por tanto requiera de una valoración, por parte del Tribunal, de internamiento en un Centro Penitenciario Psiquiátrico en vez de en un Centro Penitenciario Ordinario en el caso de condena.

Veamos a continuación los posibles tipos de informes periciales según Jorge Núñez de Arco. (*El Informe pericial en Psiquiatría Forense*, 2001).

Podemos distinguir dos tipos de informe pericial:

- Por el origen:
 - a. A petición de una de las partes.
 - b. A instancias del propio Juez.
 - c. Por el desempeño profesional en institución pública.

- Por la jurisdicción:

Los ámbitos dentro del peritaje abarcan los siguientes marcos legislativos:

 - a. Civil (incapacitación, internamiento, divorcio, testamentaría, adopción, etc.).
 - b. Penal (responsabilidad criminal, internamiento, sumisión a tratamiento, denuncias, etc.).
 - c. Social (pensiones, subsidios, incapacidad laboral, etc.).
 - d. Administrativo (incapacidad, despidos, etc.).
 - e. Canónico (nulidad matrimonial).

En general, nos encontraremos que en la práctica nos van a solicitar informes para casi todas las circunstancias anteriormente expuestas por lo que tendremos una estructura del informe común y una parte específica según el tema al que vaya dirigido.

El informe pericial en materia de drogas

El informe pericial es formalmente un documento que materializa la respuesta a las cuestiones sobre las que se pregunta al perito. Debe elaborarse de forma concreta y precisa de manera que aporte a los juristas la información requerida de forma comprensible y adaptada a sus necesidades.

En su redacción el perito debe procurar ser claro en la exposición, evitar los tecnicismos y los términos confusos, y si son imprescindibles debe aclararlos, debe razonar sus conclusiones y debe orientarlo a responder las cuestiones jurídicas que se le plantean.

Desde el punto de vista material en un informe pericial en relación con el consumo de drogas cualquiera que sea el ámbito del derecho deben valorarse los siguientes aspectos (Carrasco y Maza, 1996):

- La acreditación o no de la existencia de trastornos derivados del consumo de sustancias.
- La valoración del trastorno en cuanto a los efectos psicopatológicos generales y su repercusión jurídica, tanto en el momento de los hechos como en el momento de la exploración.
- Valoración global de la personalidad y existencia de otras patologías asociadas sistémicas o psiquiátricas.
- Pronóstico y actitud frente al problema, así como los tratamientos que esté realizando o intentos terapéuticos.

En definitiva un informe pericial en materia de consumo de drogas debe dejar constancia del mayor número de datos posibles y de las fuentes de información de las que ha dispuesto el perito puesto que el grado de fiabilidad que puede merecer un informe pericial vendrá muy ligado a los elementos y datos que el perito seleccione para emitir su opinión técnica, y que tal como han dejado de manifiesto diversas sentencias la escasez de elementos induce a dudar del resultado.

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE DROGODEPENDENCIA

El informe de certificación de drogodependencia se elaborará siempre a petición del paciente y por escrito haciendo constar los datos personales del paciente, motivo del informe, autorización de la persona que lo recogerá en caso de que no sea él mismo, la fecha y la firma. No obstante, se valorará ofertárselo de oficio al interesado cuando se tenga conocimiento de que tiene pendiente una causa judicial, al objeto de ser aportado a la misma y por los beneficios que pudieran serle concedidos.

También deberemos hacer dicho informe cuando nos sea requerido por el Juzgado o Tribunal de manera oficial.

Sería conveniente que el paciente firmara un consentimiento informado en el que quede constancia escrita de a quienes autoriza a realizar informes sobre su tratamiento y que datos pueden figurar en el mismo.

Dicho informe será detallado en el tiempo de consumo, debiendo incluir el tipo de droga consumida, el grado de adicción y el nivel de gravedad según criterios diagnósticos (DSM IV o CIE-10)¹, así como otras patologías psiquiátricas o deficiencias que presente el paciente.

El informe de certificación de drogodependencia se elaborará en los Centros de Tratamiento autorizados, por parte del Equipo Terapéutico y firmado por el Coordinador o Director de los mismos.

Los apartados mínimos que deben constituir dicho informe son:

- A quién va dirigido el informe y motivo del mismo.
- Datos completos del centro de tratamiento:
 - Nombre de la entidad y organismo al que pertenece.
 - Domicilio o razón social.
 - Teléfono, fax y correo electrónico de contacto.
- Fecha de realización del informe.
- Datos del paciente:
 - Nombre completo.
 - DNI.

¹ DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

CIE 10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud.

- Fecha de ingreso en el centro. Motivo de solicitud de tratamiento y drogas que consume (si fuese posible acreditarlo con controles de orina).
- Antecedentes de consumo:
 - Historia de consumo y toxicológica.
 - Diagnósticos anteriores y tratamientos realizados.
 - Evolución en los mismos.
- Situación actual del drogodependiente:
 - Diagnósticos de abuso o dependencia: (según DSM IV o CIE 10).
 - Otros diagnósticos de patologías psiquiátricas añadidas: (Según DSM IV o CIE 10).
 - Valorar diagnóstico multiaxial por Ejes (según DSM IV o sucesivos).
 - Tratamiento farmacológico si procede.
 - Tipo de tratamiento acordado y explicación general del mismo.
 - Objetivos terapéuticos generales y cumplimiento de los mismos.
 - Situación de abstinencia y resultados de los controles si los realizase.
 - Intervención de otros recursos o dispositivos asistenciales, sociales, educativos, laborales, etc.
- Propuesta de tratamiento. Plan individualizado de tratamiento.
 - Objetivos y tareas por áreas de intervención terapéutica: médica, psicológica, social, educativa, etc.
 - Utilización o propuestas de recursos asistenciales o terapéuticos.
- Evolución y pronóstico (si procede).
- Otras consideraciones y observaciones.
- Firmas de los terapeutas o profesionales.

LOS INFORMES O CERTIFICADOS DEL CENTRO DE TRATAMIENTO

Una de las cuestiones básicamente diferentes respecto a otros pacientes es la enorme variedad de quienes solicitan informes a los centros de tratamiento:

Por un lado en múltiples ocasiones son requeridos por el propio drogodependiente, para diferentes usos. Por otro, las diferentes Instituciones Administrativas, Magistrados, Jueces de Vigilancia Penitenciaria, Servicios Sanitarios, Mutuas de Trabajo, Servicios Sociales, Comisión de Tutela, Asociaciones, etc., o por otra parte, particulares interesados: pareja, hijos u otros familiares, abogados, etc.

En cualquier caso, entendemos que siempre que se pueda debe haber constancia de a quien va dirigido el informe, así como contar con la autorización escrita del

propio paciente para entregarlo o enviarlo a terceras personas, salvo oficio judicial o que así lo establezca la ley (ejemplo, cuando se solicita informe de la Comisión de Tutela del Menor por estar abierto algún expediente en el que pueda estar implicado el/la paciente y algún menor que presente abandono, malos tratos o desprotección debido al consumo de drogas o a la adicción de dicho paciente).

Respecto a los contenidos para dichos informes o certificados, entendemos que como mínimo han de constar de los siguientes apartados (Manuela Matellanes Matellanes. *Papeles del Psicólogo*, 1999):

- Datos de identificación.
- Diagnóstico (incluyendo no sólo la información respecto al tipo de drogodependencia que la persona presenta, sino también todos los trastornos asociados relevantes).
- Tipo de tratamiento elegido, así como características principales del mismo.
- Evolución: tanto durante el proceso de evaluación o diagnóstico, como del tratamiento, si se ha iniciado.
- Pronóstico; orientado fundamentalmente a quien va dirigido el informe. (Ej.: necesidad de baja laboral para una desintoxicación, repercusiones negativas de una pérdida de libertad, etc.).

En todos los casos debe buscarse que sea comprensible y útil para quien lo recibe, así como evitar juicios de valor, referencias del propio paciente, tecnicismos o afirmaciones sobre causalidad en hechos delictivos, cuestión planteada con alguna frecuencia por abogados. Asimismo, entendemos que deben limitarse los datos confidenciales del sujeto, salvo que éstos sean necesarios para quien recibe el informe (VIH, Hepatitis, Tuberculosis, ingresos hospitalarios o psiquiátricos previos, antecedentes familiares, etc.).

Otra de las peculiaridades de los informes de drogodependientes en tratamiento es que los tratamientos, por regla general, se realizan en equipos multiprofesionales lo que obliga a una síntesis de la intervención de varios profesionales que suele recogerse en un informe común.

En los Informes de tratamiento de drogodependencia para una causa judicial además deberemos tener en cuenta si tiene más causas pendientes, situación judicial de las mismas y si tiene alguna medida o cumplimiento alternativo. También la recomendación del equipo terapéutico sobre las medidas o alternativas a la pena de prisión que pudiesen ser realizadas por el paciente.

INFORMES DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDA JUDICIAL EN CENTRO DE TRATAMIENTO

Hasta aquí nos hemos referido a informes y certificados a petición del interesado o para alguna cuestión concreta y determinada. Ahora, vamos a ver los informes de seguimiento cuando a un paciente drogodependiente le conceden el cumplimiento alternativo a la pena realizando un tratamiento en un Centro.

Para este apartado nos basaremos en el Protocolo de intervención entre la Administración de Justicia y la Junta de Extremadura a través de los Centros de Tratamiento de Drogodependientes.

Una vez recibida resolución de sustitución o suspensión de condena en Centro Terapéutico, e iniciado el cumplimiento de la misma, los informes que se emitirán desde los Centros de Tratamiento autorizados, a la instancia judicial que corresponda serán los siguientes:

Informe de inicio de cumplimiento de medida:

Se remitirá al Juzgado que haya dictado la medida sustitutiva o la suspensión. Se elaborará y remitirá cuando haya dado comienzo dicho cumplimiento, al objeto de informar sobre dicha circunstancia, así como sobre el propio tratamiento.

El informe recogerá datos completos sobre antecedentes de consumo y tratamientos, diagnóstico, así como tipo de tratamiento actual y régimen del mismo.

El informe de inicio de cumplimiento de medida se elaborará en los Centros de Tratamiento autorizados, por parte del Equipo Terapéutico y será firmado por el responsable del tratamiento y el Coordinador o Director del Centro.

Informe de seguimiento:

Durante el tiempo que determine la medida judicial se remitirán los correspondientes informes de seguimiento, siendo la periodicidad de dichos informes la siguiente:

- Medidas en régimen ambulatorio: Cada mes.
- Medidas en régimen de internamiento: Cada tres meses.

Dichos informes darán conocimiento periódico sobre la situación del paciente y la evolución en el tratamiento a la instancia judicial que dictó el cumplimiento, asegurando así el seguimiento del mismo. Los informes de evolución recogerán:

- La evolución del paciente en todos los ámbitos de intervención.
- Información sobre posibles consumos y medidas adoptadas desde el Centro, siempre en consonancia con el tratamiento en que se encuentre y con los objetivos terapéuticos que se hayan establecido.
- Posibles cambios a introducir en el programa de tratamiento, o cambios en el tipo de programa, en su caso.

Los informes de seguimiento se elaborarán en los Centros de Tratamiento autorizados, por parte del Equipo Terapéutico y serán firmados por el responsable del tratamiento y el Coordinador o Director del Centro.

Informe de incidencias:

Los informes sobre incidencias se remitirán al órgano judicial que corresponda en cada caso, cuando se produzcan situaciones excepcionales. Mediante los informes de incidencias se dará conocimiento de dichas situaciones a la instancia judicial competente. Las circunstancias excepcionales que deberán recogerse, en su caso, serán:

- Cambio de centro de tratamiento.
- Abandono del tratamiento.
- En el caso de medidas de internamiento: cuando se produzca el abandono del centro.
- En el caso de medidas en régimen ambulatorio: cuando el paciente falte a tres citas consecutivas sin justificar, o no acuda al centro durante dos citas concertadas.
- Grave conflicto.

Los informes sobre incidencias se elaborarán en los Centros de Tratamiento autorizados, por parte del responsable del tratamiento y será firmado por éste así como por el Coordinador o Director del Centro.

Informe final de cumplimiento de medida:

Deberá remitirse al órgano judicial que dictó la medida, como último informe de seguimiento. El informe final de cumplimiento de medida judicial será remitido al término de la misma. Dicho informe detallará la situación actual del paciente, así como las consideraciones oportunas sobre el proceso de cumplimiento de medida en el Centro de Tratamiento.

El informe final de cumplimiento de medida se elaborará en los Centros de Tratamiento autorizados, por parte del Equipo Terapéutico y será firmado por el responsable del tratamiento y el Coordinador o Director del Centro.

Informe de alta terapéutica tras realizar un programa de tratamiento:

El cumplimiento de una medida judicial sustitutiva o suspensión de medida en Centro de Tratamiento de Drogodependencias y el alta terapéutica en Programa de Tratamiento de Drogodependencias son dos situaciones distintas y que pueden no coincidir en el tiempo. El informe final de terminación del tratamiento se remitirá cuando se hayan alcanzado los objetivos terapéuticos establecidos y se considere que puede producirse el alta en el programa, independientemente de que la medida haya sido cumplida en su totalidad. Su remisión a la autoridad judicial tendrá por finalidad dar a conocer dicha circunstancia, al objeto de que se determinen las instrucciones pertinentes.

El informe de alta terapéutica en programa de tratamiento detallará la situación actual del paciente, los objetivos alcanzados, y el itinerario terapéutico a seguir con el usuario, y en su caso, el alta terapéutica definitiva.

El informe de alta terapéutica en el programa de tratamiento se elaborará en los Centros de Tratamiento autorizados, por parte del Equipo Terapéutico y será firmado por el responsable del tratamiento y el Coordinador o Director del Centro.

Informe de normalización y rehabilitación:

No es infrecuente encontrarnos con situaciones de drogodependientes que han conseguido una abstinencia al consumo de drogas, normalizar su situación social y familiar y tener que cumplir una condena, por hechos acontecidos durante

su época de consumo, que podría significar una ruptura con la situación actual. Ante estas circunstancias, los Centros de tratamiento podrán elaborar un informe de normalización y rehabilitación. Será elaborado cuando se solicite por el interesado, por iniciativa del centro de tratamiento o por las instancias judiciales correspondientes. Su remisión tendrá por objeto informar sobre dicha situación a efectos de concesión de la libertad condicional, solicitud de indulto, así como para los casos de suspensión o sustitución de medida.

Recogerá la situación de alta terapéutica en un programa que contemple entre sus objetivos la abstinencia en el consumo de drogas y éstos se hayan cumplido satisfactoriamente, aportando también información sobre el tratamiento realizado, situación actual médica y psicológica, así como situación de incorporación social y laboral. En el caso de petición de indulto deberá reflejar lo recogido específicamente en el apartado correspondiente a petición de indulto del presente protocolo.

Si el interesado no hubiera realizado el programa de tratamiento anteriormente aludido en el Centro que emite el informe, deberá aportarse la documentación necesaria y proveniente del /de los Centros de origen, debiendo en ese caso hacer constancia expresa de este hecho.

En el caso de que no se hubiese realizado ningún programa de tratamiento y la normalización se hubiera conseguido con los cambios personales, familiares y sociales acontecidos con el tiempo, deberá ser expuesta esta situación de forma clara, con un relato de los hechos, apoyados con la documentación que a tal efecto pueda ser aportada.

El informe se elaborará en los Centros de Tratamiento autorizados, por parte del Equipo Terapéutico y será firmado por el responsable del tratamiento, en su caso, y por el Coordinador o Director del Centro.

Informe de enfermedad muy grave con padecimientos incurables:

Ante la previsible situación de drogodependientes que padezcan una enfermedad en los términos en que se expresa el Código Penal, los Centros de tratamiento podrán elaborar un informe de enfermedad muy grave que deberá ser acompañado por todo tipo de informes de otros niveles de la asistencia sanitaria que pudieran ser aportados, siendo por tanto este informe un documento más del expediente del paciente. Será elaborado cuando se solicite por el interesado,

por iniciativa del centro de tratamiento o por las instancias judiciales correspondientes. Su remisión tendrá por objeto informar sobre dicha situación a efectos de concesión de suspensión especial por enfermedad muy grave.

Recogerá toda la información posible sobre su situación médica relativa al/los proceso/s diagnosticados en el paciente. Si ha lugar, se acompañará de los diferentes informes de drogodependencia que tenga el paciente, fundamentalmente en lo referido a la certificación de drogodependencia, de tratamiento o de rehabilitación. El informe se elaborará en los Centros de Tratamiento autorizados, por parte del Equipo Terapéutico y será firmado por el médico del centro y por el Coordinador o Director del Centro.

Con este repaso a los diferentes tipos de informes que se nos pueden solicitar a los Centros de Tratamiento, consideramos necesario exponer aunque sea de forma muy breve, las dificultades principales con que nos encontramos.

LAS DIFICULTADES

A falta de estudios actualizados que nos demuestren claramente la incidencia de la aplicación de la legislación aplicada a drogodependientes con causas judiciales (solo hemos encontrado el realizado en 1997 por SIAD “Utilidad de los tratamientos alternativos a Prisión como facilitadores de la reinserción social en drogodependientes delincuentes”) exponemos los resultados de un estudio realizado en nuestro Centro, con pacientes en Programa de Metadona (PMM), en el año 2006 y publicado como comunicación-póster en el Congreso de dicho año de Socidrogalcohol celebrado en Cáceres.

En resumen: la situación legal ha marcado parte de su vida en más de la mitad de los casos, un 55% ha tenido problemas judiciales aunque solamente el 45% haya tenido ingresos en prisión. Con el tratamiento continuado se aprecia una clara mejora en este aspecto y llegamos a que después de tres años de tratamiento en PMM el 67% no tiene ninguna incidencia legal. Además, de los que sí tienen causas pendientes, el 21% dice tener solo una causa, un 7% tener dos causas y hay un 14% que desconoce el número de causas pendientes que tiene. También destacar que hay un caso con cumplimiento de pena alternativo y que se estaba a la espera de resolución de otros dos más.

Con todo lo expuesto podemos elaborar el siguiente listado de dificultades que nos encontramos.

a. Las dificultades:

- Personas que estando ya en tratamiento y con una suspensión o medida tengan causas judiciales nuevas o pendientes.
- Personas que el Juez o Tribunal les revoque la suspensión o medida acordada por abandonar el tratamiento o no seguirlo.
- Personas privadas de libertad que se les revoque el Tercer Grado o la Libertad Condicional.
- Abandono del tratamiento.
- No seguir un tratamiento adecuado.
- Consumir drogas.
- Personas con Alta terapéutica y reinserción social que por una causa antigua deben ingresar en prisión al no haberles sido concedido un indulto total.

b. Dificultades en relación al tratamiento:

- Múltiples causas penales.
- Diferentes situaciones según la causa y el Tribunal.
- Cambio de su situación legal.
- Imposición judicial.
- Consumo de sustancias.
- Cambio de residencia.
- Imposición normativa generalizada.
- Comisión de nuevos delitos.
- No seguir indicaciones terapéuticas.
- Objetivos e intereses diferentes.
- La falta de tiempo por diversos motivos.
- Pensar no necesitar el tratamiento.
- No continuar el tratamiento.
- No aceptar el Alta.

Como reflexión, el comentario de un paciente con 36 años de los cuales los últimos 15 años los ha pasado en prisión, está en tratamiento con metadona y ha tenido al menos cuatro intentos de dejar el consumo de drogas mediante algún tipo de tratamiento, los dos últimos en nuestro Centro aunque los ingresos en prisión los interrumpieron. Ahora lleva 10 meses haciendo un verdadero esfuerzo por rehabilitarse pero tiene todavía varios juicios pendientes y otra causa en la que ha solicitado el indulto. Carece de amistades y se muestra receloso de todo.

Así las cosas, ha decidido cambiar, aunque todo dependa de un hilo muy fino y la desmotivación y la depresión vuelvan a llevarle al consumo de drogas, algo que ahora tiene seguro que no haría. En una de nuestras citas y después de repasar los logros que había conseguido en estos diez meses y preparando el futuro más inmediato me decía:

“Sabes, tengo un miedo atroz a la gente, a esta sociedad, me siento perdido, como que no encajo en ella. Siento temor de todo y desconfianza de todo el mundo. No se de qué hablar con la gente y nunca he trabajado y desconozco en qué quiero trabajar o si debo antes formarme en algo. Pero todo este miedo no es nada comparable con el pánico que siento si tuviera que volver a la cárcel porque ahora estaría indefenso, no encajaría tampoco allí y, saber lo que dejo y lo que pierdo me llevaría incluso a plantearme el huir o si me pillan, el suicidio”.

Afortunadamente hoy está trabajando y le han concedido el artículo 87 del Código Penal en una de sus causas pendientes. Ahora, hemos solicitado lo mismo para otra en la que ha pactado una condena de 18 meses de prisión.

Pero, si no cumple con las medidas judiciales, si abandona su tratamiento para su drogodependencia o si vuelve a delinquir y es condenado, esta persona, independientemente del tiempo que lleve de rehabilitación, iría a la cárcel a cumplir íntegra la pena impuesta. Por tanto, ¿Qué falla entonces para que todavía se tengan dudas y temores por todas las partes implicadas y aplicar este tipo de medidas alternativas a la prisión?

BIBLIOGRAFÍA

- CANO LOZANO, M.C. (2008). "Trastornos mentales y responsabilidad penal". 4º Congreso en psicología jurídica y forense del Caribe. Universidad de Santo Tomás. Colombia.
- CARRASCO GÓMEZ, J.J. (2001). "Exigencias del peritaje forense. El caso de los drogodependientes". En drogodependencias y su enfoque comunitario. Diputación de Cádiz.
- CIE-10
- Código Civil. Tecnos. Madrid 1996
- Código Penal. Tirant lo Blanch, Valencia 1995.
- DE LA TORRE LASO, J. (1999): "El Informe Pericial Psicológico: Criterios Judiciales y Jurisprudenciales". Los papeles del psicólogo, nº 73 junio de 1999. Madrid
- DELGADO, S. (1994): "Psiquiatría Legal y Forense". Colex. Madrid.
- DELGADO, S. (1998): "El drogodependiente ante los Tribunales de Justicia". Colex. Madrid.
- DSM IV, (1995): "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Masson, Barcelona.
- EDADES (2005-2006) del PNSD (Plan Nacional sobre Drogas)
- ESTUDES (2006-2007), PNSD (Plan Nacional sobre Drogas).
- IÑIGO BARRIO, C. (Coord.) (2005): "Sanidad Penitenciaria: dilemas médicos-legales". Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.
- Ley Orgánica 10/1995 CÓDIGO PENAL.
- MARTÍN MARTÍN, J.A. (1995): "La atenuante analógica de drogodependencia: posible consideración como muy cualificada y aplicación de medidas sustitutorias": en AA.VV.: Circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal. Cuadernos de Derecho Judicial, VII. Madrid, marzo, pp. 407-420.
- MATELLANES MATELLANES, M. (1999). Infocop. Suplemento informativo de Papeles del Psicólogo.
- NÚÑEZ DE ARCO, J. (2001): "El Informe pericial en Psiquiatría Forense" Capítulo IV. PSICOLOGÍA FORENSE (Pág. 26-35) Edición Universidad de San Andrés - Maestría de Medicina Forense.
- Protocolo de intervención entre Administración de Justicia y Junta de Extremadura a través de los centros de tratamiento de drogodependientes.
- RUBIO, G. Y NÚÑEZ, E.V. (2001): "Instrumentos diagnósticos de trastornos psiquiátricos en obstrucciones con abuso de sustancias (Capítulo 9: 191-200)". En: Rubio, G, López-Muñoz, F, Álamo, C. y Santo-Domingo, J: Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Panamericana., Madrid.
- RUBIO, G. Y ROSENBERG, S.D. (2001): "Evaluación del uso de drogas y de los trastornos por uso de sustancias en sujetos con otros trastornos psiquiátricos (Capítulo 10:201-219)". En: Rubio, G. López-Muñoz, F. Álamo, C. y Santo-Domingo, J.: Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Panamericana, Madrid.
- SERRAT MORÉ, D. (2003): "Problemas médico-legales del consumo de drogas". Revista ADICCIONES, 2003. Vol.15 Nº1, Págs. 77/89.
- SERRAT, D. Y MORALES, C. (1999): Los problemas legales que pueden plantear el consumo de drogas. En: Seva, A. y cols. La drogadicción. CAI. Zaragoza.

RESEÑA DEL XI CONGRESO ESTATAL DE TRABAJADORES SOCIALES ZARAGOZA 2009

José Ignacio Santás García

DTS Col. nº 4.076

Vocal Junta de Gobierno del Colegio de DTS de Madrid



Zaragoza, año 2009, en el mismo escenario en el que, 200 años antes, se produjo el desenlace del célebre asedio a la ciudad, un batallón formado por 1.400..., no soldados franceses, sino trabajadores sociales, nos dispusimos a participar en el XI Congreso de Trabajadores/as Sociales/as celebrado en la capital aragonesa los días 6, 7 y 8 de mayo.

FUIMOS...

Desde Madrid, un total de 100 congresistas (casi uno de cada 10 que participaron eran colegiados/as de Madrid).

Desde el Colegio se ofreció a los/las colegiados/as la posibilidad de encontrar un alojamiento asequible que se había pactado con los hoteles correspondientes. Del mismo modo, se ofreció la posibilidad de fletar un autocar si se llegaba a un número determinado. Como no fue así (Zaragoza cuenta con una muy buena comunicación con Madrid, en comparación con otros lugares del Estado), se

decidió contar con dos furgonetas de alta ocupación y así, nos organizamos para ir en grupo, juntos/as desde Madrid, saliendo la madrugada del 6 de mayo para poder llegar a la inauguración del Congreso.

Partimos desde Madrid llenos de expectativas sobre lo que el Congreso Estatal podía aportarnos en lo profesional y en lo personal.

La inauguración se inició con un espectáculo musical al que algunos/as no pudimos llegar, y después llegó la Ponencia Marco sobre el “Sentido del Trabajo Social” de Teresa Zamanillo, siempre, desde su espontaneidad y experiencia, aportando como siempre cosas nuevas a la profesión. Otras ponencias precedieron a la inauguración oficial, en la que participó la Ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, hija de una colega de profesión, que recalcó la importante función que los trabajadores sociales desempeñamos en la lucha por el bienestar de nuestros vecinos, animándonos a seguir en ello.

El Congreso estuvo plagado de paneles, comunicaciones y experiencias profesionales compartidas, las cuales estaban organizadas de forma muy original según los sentidos (gusto, olfato, oído, tacto y visión), lo cual significaba un pequeño lío a la hora de orientarse por los lugares donde se llevaban a cabo, pero al final conseguimos llegar, cada cual al lugar correspondiente. El “sexto sentido” era el dedicado a la práctica del Trabajo Social... curioso. También pudimos contar con reflexiones de gran valor, como la de Luis Alberto Barriga, que nos llevó a encarnarnos como profesionales nada menos que en Ulises, protagonista de la Iliada de Homero.

Del mismo modo, se desarrollaron mesas redondas sobre los ejes que vertebran el Bienestar Social: Servicios Sociales, Salud, Educación, Vivienda, Justicia, Iniciativa Social, etc., en las cuales se aportaron las visiones y reflexiones desde cada campo.

Por supuesto, no se pueden dejar de lado los momentos de encuentro y fiesta nocturnos (no vamos a engañarnos, no sólo se trabajó en Zaragoza), especialmente el espectáculo que se organizó en el propio Palacio de Congresos, en el cual alguno/a que otro/a acabamos haciendo el karaoke o saliendo al escenario.

Y VOLVIMOS...

Llenos de experiencias profesionales interesantes a debatir en nuestros espacios de trabajo.

Habiéndonos encontrado con un montón de profesionales, de Madrid, y de otras autonomías, con los que compartimos un mismo interés.

Con un Manifiesto ante la Crisis¹ que enmarcó Patrocinio de las Heras, con la que pudimos compartir una ponencia y a la que se realizó un pequeño homenaje por el importante papel que ha jugado en la profesión y en nuestra sociedad.

Exhaustos por el trabajo de preparación, (Mar, nuestra Gerente, estuvo como delegada en la organización del Congreso, y Manuel, nuestro Decano, anduvo simultaneando el congreso con reuniones, asambleas, etc.) de organización realizado y todo lo aprendido.

Con la cabeza llena de ideas, reflexiones y posibles proyectos (unas debatidas en el congreso y otras alrededor de una tapa).

Y, lo más importante, conociendo aún mejor los retos que como profesionales tenemos, a pesar de la consolidación de la profesión y del sentido, razón de ser, de nuestro quehacer profesional.

Cuando esta reseña se haya publicado, ya sabremos si Madrid ha sido o no elegida como ciudad olímpica para el año 2016. A la salida del Congreso, muchos nos preguntábamos qué ciudad será la afortunada en ser elegida para organizar el XII Congreso... ahora cada colegio deberá valorar si ofrecer su candidatura e ir elaborando un proyecto y un esfuerzo “casi olímpico”, dado lo impresionante que ha sido la organización y el desarrollo del congreso de Zaragoza. Desde estas líneas, felicitar al Consejo General de Colegios, al Colegio de Aragón, a todas las personas que han participado en la organización, ponentes (sin contenido, no hay congreso), y, por supuesto a los participantes, muchos de ellos/as de Madrid, por aportar su granito de arena a este esfuerzo común de la profesión.

Nos vemos en el próximo. Será en el 2013.

1 El manifiesto ante la crisis está en la web, podéis acceder a él y uniros firmando.



El Retiro (Madrid), 1998

TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE DESHABITUACIÓN ALCOHÓLICA (UDA) Y SU EVOLUCIÓN

Milagros Useros Esteban

DTS Col. nº 1.113

RESUMEN

Con motivo de los 25 años cumplidos en la Unidad me gustaría contaros la historia y su evolución hasta enero del 2009, llegando a tener gran relevancia el Trabajo Social que en ella se realizaba.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad. Alcoholismo. Tratamiento. Familia.

INICIO

Al mismo tiempo que la unidad comienza su trabajo de asistencia con los enfermos ingresados, se plantea en el equipo la necesidad de como dar a conocer la unidad a toda la Comunidad de Madrid: su característica, asistencia y fines. Para lo cual siguiendo instrucciones del Dr. Roldan (Jefe de la Unidad), las trabajadoras sociales comienzan a realizar la siguientes gestiones: contactar por correo primero y por teléfono y personalmente después, con todos los grandes centros médicos, hospitales psiquiátricos, departamentos de Trabajo Social, servicios

médicos de empresa con más de cincuenta empleados, médicos titulares de pueblos y ayuntamientos de toda la Comunidad (tarea difícil por los escasos medios con los que contábamos para ello).

A los trabajadores sociales de grandes empresas se les cursó invitaciones personales para que visitaran y conocieran la Unidad. El Dr. Roldan les dedicó una mañana para su información.

La otra vía que utilizamos como divulgación fueron los medios de comunicación, tarea también difícil ya que no debía ser un buen momento y no la consideraban noticia importante, a pesar de todo conseguimos ir personal y en directo a los programas de radio siguientes:

- Radio Nacional de España (Programa conversaciones. Madrid Hoy, Directo Directo).
- Radio Uno (Programa Mañanas de radio, Programa al alba).
- Radio Intercontinental (Programa más radio).
- Radio Cadena (Programa nocturno).

Además de acudir a las entrevistas de todos estos programas, el Dr. Roldán realiza entrevistas telefónicas para diversos programas de Radio Cadena.

En el periódico “Ya” se realizó y publicó una entrevista al Dr. Roldan.

En TVE se participó en directo en el programa “Vivir Cada Día”.

En la Unidad se hicieron varios reportajes para algunos programas de TVE y Tele-Madrid.

A lo largo del tiempo la Unidad ha sido difundida en varios programas y medios de comunicación pero ya eran ellos los que venían a solicitarlo. (Totalmente diferente).

PREVENCIÓN

Un objetivo primordial del Proyecto del Programa de tratamiento del alcoholismo, era la Prevención a través de campañas las que se impartieron desde finales de 1983 hasta el año 1988 e iban dirigidas a: empresas, colegios, ejércitos, centros estatales y municipios.

Dichas campañas son organizadas por las trabajadoras sociales a través de entrevistas con Directores de empresa, Jefes de personal, médicos de empresa, trabajadoras sociales, Concejales de sanidad, médicos titulares de municipios y Alcaldes. Las campañas se realizaban mediante conferencias que impartía el Dr. Roldán apoyado con la proyección de diapositivas.

Tenemos que recalcar que la tarea de la trabajadoras sociales se hizo más fácil porque en todo momento tuvimos el apoyo incondicional del Dr. Roldan que siempre estaba dispuesto a acudir a cualquier evento que le organizáramos relacionado con la Unidad fuera la hora que fuera.

TRATAMIENTO

Al inicio de la Unidad, y siguiendo las instrucciones que figuraban en el programa, se realizó el siguiente protocolo de Trabajo Social que se ha venido utilizando durante todos estos años, con algunas modificaciones precisas en su evolución.

Nuestro trabajo a grandes rasgos consiste en estudiar y detectar la problemática social del enfermo y posteriormente hacer una evaluación del mismo y dar el tratamiento social que requiera, para eso es imprescindible establecer comunicación con enfermo y familia. Se pueden destacar tres momentos:

1. Antes del internamiento

¿Cómo se pone en contacto la Unidad con el enfermo?

A través de una lista de espera apuntándose voluntariamente y a partir de ese momento es función de la trabajadora social contactar con el enfermo, informarle del funcionamiento y orientarle sobre lo que debe hacer hasta el día que se le cita para la primera entrevista.

Para su ingreso en la **UDA**, el enfermo no debe ingerir bebidas alcohólicas al menos durante quince días y para conseguirlo debe ponerse en tratamiento de desintoxicación en los diferentes recursos: Psiquiatra de zona, Hospitales, médico de atención primaria y desde que se abrió la Unidad de alcoholismo en el Hospital Dr. Rodríguez Lafora, se les orienta su ingreso en la misma.

De esta manera cuando el enfermo ingresa en la **UDA** se puede conseguir un mayor rendimiento con todas las actividades terapéuticas que se realizan.

A la primera entrevista social el enfermo debe acudir con un familiar (si lo tiene), sin haber ingerido bebidas alcohólicas y se repetirá que es imprescindible la voluntariedad del enfermo.

Al enfermo, cuando llega, lo primero que se le da a leer son las Normas internas de la Unidad y se le responde a todas las dudas que plantee, tanto al enfermo como a la familia, si ambos están de acuerdo se comienza a hacer la historia social donde se le pregunta sobre:

- a. Datos personales.
- b. Evolución familiar social y personal.
 - Antecedentes familiares.
 - Antecedentes psiquiátricos familiares.
 - Antecedentes personales del enfermo. Infancia, estudios, relaciones familiares, de pareja y con los hijos.
- c. Evolución laboral y económica.
 - Número de trabajos y problemas con los mismos.
 - Situación económica.
- d. Situación familiar actual.

Durante la entrevista, el enfermo presenta los informes médicos que tenga y si se detecta algún trastorno grave físico y/o psíquico se pide la ayuda del psiquiatra de la **UDA**, para que lo evalúe y se decida si es necesaria su derivación a otros dispositivos asistenciales, sin que por ello al enfermo se le impida en un futuro volver a solicitar el internamiento en la **UDA**.

Durante la entrevista la trabajadora social, si es necesario, trabaja para concienciar al alcohólico de su enfermedad e informa, a la familia de la importancia del tratamiento y del comportamiento familiar frente a la actitud negativa del enfermo.

Después de nuestra primera entrevista, el enfermo pasa a ser evaluado por el psiquiatra que determinará si puede o no ingresar o si necesita de más evaluaciones.

2. Durante el internamiento

Durante el internamiento la intervención del trabajador social se divide principalmente en dos partes: con el enfermo y con la familia:

- **Intervención social con el enfermo:**

- a. Respeto a la familia:**

- Desajustes y deterioros.
- Planteamientos de separación.
- Problemática de relación con los hijos y despreocupación total de los mismos.
- Asuntos judiciales pendientes.
- Abandono de hogar.
- Abandono total de la familia.

- b. Respeto al campo laboral:**

- Desajustes, deterioros y despidos.
- Problemática de relación con los compañeros.
- Absentismo.

Todo este trabajo ha evolucionado, ya que al principio teníamos que trabajar directamente con las empresas: Jefes de personal, servicios médicos de empresa y trabajadores sociales si los tenían, para incidir que el alcoholismo es una enfermedad y que todo lo que hasta ese momento había hecho el alcohólico era bajo los efectos del alcohol y que por primera vez el enfermo estaba haciendo un tratamiento especializado, por lo que sería conveniente facilitarle la reincorporación e integración a todos los niveles laborales para ayudar en la recuperación del enfermo.

Si esto se conseguía, desde la unidad se trabajaba con el enfermo que de él dependía recuperar la confianza perdida en su empresa, recordándole que el Estatuto del Trabajador (Artículo 54.2 Despidos disciplinarios), la empresa siempre podría utilizarlo en su contra. Actualmente este trabajo se realiza desde los centros base de zona por tener más posibilidades de conocimientos de las situaciones del enfermo.

c. Respecto al alta de la Unidad:

Al enfermo se le hace ver la importancia que tiene el tener convencimiento de su enfermedad, que es para toda la vida y que va a contar con la ayuda familiar siempre que él siga haciendo tratamiento, sea sincero y más comunicativo.

Las actividades que organiza la trabajadora social durante el internamiento son la programación semanal de las visitas socio-culturales a distintos centros de Madrid.

En esto también se ha evolucionado, al principio la Dirección del Hospital proporcionaba la ayuda económica, después se subvenciona un curso de “Guías Turísticas de Madrid” a algunas compañeras de enfermería y por último y es con lo que seguimos trabajando el trabajador social consigue la gratuidad en los centros directamente.

También se organizaba cada dos meses una asamblea con todos los enfermos que estaban de alta. Dicha asamblea se realizaba los sábados por la mañana a la que acudía el Jefe de la Unidad.

- **Intervención social con la familia**

Al inicio de la **UDA** se realizaba un estudio y conocimiento del entorno familiar y social del enfermo, haciendo informes en el domicilio e investigando su forma de vida. Después se trabajaba con la familia en los grupos durante el internamiento, estos se siguen haciendo actualmente, para que tengan información:

- Del alcoholismo como enfermedad para toda la vida.
- De las consecuencias físicas, psíquicas, familiares, laborales y sociales que produce el alcohol.
- De las influencias de los comportamientos familiares.
- Del proteccionismo.
- Del comportamiento familiar ante la recaída.

En los grupos a la **familia** se le ayuda:

- A comprender la enfermedad.
- A ser fuente informativa para mayor conocimiento del enfermo por parte del equipo terapéutico.

- A no tener miedo al alcohólico.
- A dejar de ser cómplices del alcohólico.
- A respetarle como enfermo.
- A dejarle que se responsabilice de sus decisiones.
- A veces a darse cuenta que ellos también necesitan ayuda por lo que conlleva vivir con un alcohólico.

En los grupos también se trabaja con los **hijos**:

- A comprender la enfermedad.
- Cambiar de actitud ante el enfermo.
- De nuevo querer al enfermo.
- Dejar de ser padres y empezar a ser hijos.

Para conseguir esto nos ayuda la convivencia en los dos permisos de fin de semana que los enfermos disfrutaban durante su ingreso y en la mayoría de los casos dicha convivencia resulta positiva.

3. Después del internamiento

La trabajadora social empezó coordinando la reincorporación del enfermo a la sociedad contactando con los escasos medios que entonces contaba la Comunidad de Madrid. Además colabora en la formación y puesta en marcha de la asociación de ex-enfermos de la **UDA** (A.C.A.M.) y colaboraba con el resto de las asociaciones de alcohólicos que entonces había.

Finalmente inculcaba a los enfermos la importancia de seguir ocupando sus horas de ocio, utilizando los recursos que durante su ingreso había conocido y compartiéndolos con la familia.

Hoy día la mayoría de los enfermos ya viene con un centro de referencia que se encargara de su seguimiento, al alta de la Unidad.



El Retiro (Madrid), 1998

El asesor jurídico del Colegio responde

EL RIESGO PROPIO DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Juan Ignacio Álvarez Fernández
Abogado

Son habituales en la Asesoría del Colegio las consultas referidas a situaciones en las que los trabajadores sociales son insultados, acosados, agredidos o amenazados por los usuarios de Servicios Sociales, o centros en que se realiza algún tipo de intervención social. Y una de las consultas que suele hacerse es qué, y qué no, cabe exigir a un trabajador social en relación con dichas actitudes y cuál debe ser la actuación de la empresa, pública o privada, ante tales situaciones.

La resolución de estas cuestiones no es fácil. No existe ninguna obligación laboral o de otro tipo que establezca que un trabajador social deba soportar un trato vejatorio con su persona, y consecuentemente siempre cabe ejercitar frente al agresor el derecho a que cesen en dichas actitudes o se sancionen este tipo de actos. Sin embargo no está tan claro cuales serían los riesgos normales de una determinada actividad laboral o profesional, y hasta donde debería consentir el trabajador que suscribe un contrato para desempeñar dicha actividad, sin perjuicio de las medidas de seguridad que quepa exigir a su empleador.

El problema es delimitar cuáles son los límites que, traspasados, nos llevan a soportar riesgos que pueden modificar de manera sustancial la prestación de servicios, y por tanto, pueden dar lugar a que se inste la resolución del contrato o la adecuación de la prestación a lo pactado.

En otros casos la existencia de un riesgo propio de la actividad para la que ha contratado al trabajador, sólo dará lugar a una mayor remuneración con base en una mayor intensidad de aqué, l derivada del desempeño de un determinado puesto de trabajo de la misma categoría.

La reciente sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Social, dictada en unificación de doctrina, de fecha 29 de enero de 2009, viene a tratar el segundo supuesto del párrafo anterior. En ella se resuelve favorablemente la demanda de una trabajadora social, que prestaba servicios en un centro de acogida de menores de la Junta de Andalucía, y solicitaba que se le reconociera el derecho a percibir un plus de penosidad por las condiciones en que se desarrollaba su trabajo, por entender que no son las inherentes a la categoría de trabajador social recogida en el Convenio Colectivo.

El Tribunal Supremo le da la razón a la trabajadora y fundamenta su fallo en criterios de anteriores sentencias, de los que destacaría la siguiente argumentación:

“...consta acreditado que los menores ingresados en el Centro son adolescentes que provienen de familias desestructuradas, insertas en la marginalidad y en la delincuencia, reflejándose en ellos conductas antisociales y violentas que se materializan en destrucción de mobiliario, enseres y en la posesión de armas blancas (navajas, cuchillos de cocina), así como cursan con intimidación y agresión a otros menores y al personal del centro; igualmente surgen problemas relacionados con el alcohol y las drogas. Que el Centro opera en régimen abierto, por lo que los menores pueden desplazarse por el mismo con total libertad y tienen acceso a todas las dependencias, existiendo un contacto continuado y directo entre los menores y el personal que presta servicios en el Centro, siendo frecuentes las situaciones de especial conflictividad, así como los insultos y agresiones verbales por parte de los menores y de sus familiares cuando acuden al mismo”...

Panorama al que añadir... “que los trabajadores sociales están en contacto con los menores del centro; lo que es normal, si tenemos en cuenta que, según se indica en el Anexo I, Grupo II del VI Convenio... entre las actividades propias del

trabajador social está la de “fomentar la integración y participación de los beneficiarios en la vida del Centro” y la de “estudiar, diagnosticar y tratar casos sociales” y éstas exigen el trato directo con los ingresados y en ocasiones con mayor cercanía e intimidad, y por ello con el consiguiente aumento del riesgo. Cabe pues concluir que ese riesgo real en el trato, constituye una carga física y sobre todo mental excesiva, pues obliga a la trabajadora social que presta servicios en el Centro a mantenerse en permanente tensión para evitar ser objeto de intimidaciones y agresiones”.

“Circunstancias todas ellas que -sin embargo- no han determinado una superior retribución a la que establecida para trabajadores sociales de otros centros de acogida en que los que los indicados factores de penosidad y peligrosidad no concurren, con lo que -en definitiva- se manifiesta del todo razonable y justificado el reconocimiento del plus por el que se acciona”.

De lo anterior se desprende, a mi juicio, que toda actividad laboral o profesional genérica (juez, médico, trabajador social) tiene un riesgo inherente al mismo, recoigiéndose en los contratos la actividad genérica para la que se contrata a un trabajador. El riesgo inherente a una determinada profesión, sin embargo, se concreta por el desempeño de un puesto de trabajo concreto, que en la mayoría de los contratos no se especifica, lo que permite una movilidad dentro de las instalaciones de la empresa. Como los convenios colectivos definen las características de la función a realizar por una determinada categoría laboral-profesional, puede ocurrir que existan puestos de trabajo con distinto nivel de riesgo, lo que implica que aquellos trabajadores que asumen un riesgo superior al previsto con carácter genérico para su categoría, tendrán derecho, en las condiciones recogidas en el convenio aplicable, a un plus que remunere dicha penosidad o peligrosidad.

Cuando la contratación se realizó no para el desempeño de una actividad genérica (trabajador social) sino para un puesto de trabajo concreto (trabajador social-departamento de administración) el riesgo asumido está más delimitado y por tanto una modificación del puesto de trabajo que supusiera tener que asumir un riesgo de una intensidad manifiestamente mayor, entiendo que debería permitir la oposición del trabajador, abriendo la vía a exigir que se le mantenga en el anterior puesto de trabajo o se declare que dicha actuación por parte de la empresa es constitutiva de despido. Este supuesto, sin embargo, no será el más habitual, ya que la mayoría de los contratos se limitan a indicar la categoría profesional y el centro de trabajo, y no un concreto puesto de trabajo, como parte esencial de la relación laboral.



El Retiro (Madrid), 1995

DESAFÍOS DE LA DEPENDENCIA

Alberto Gil Blázquez

DTS Col. nº 6.046

RESUMEN

Este artículo pretende aportar algunas de las claves que se pueden apuntar en los primeros años de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante, Ley de Dependencia) en España.

En primer lugar, hay que resaltar el debate que se suscita en la sociedad cuando en un mismo período de tiempo, coinciden un período de recesión económica como el actual y un gasto social considerable, como puede ser la implementación de la Ley de Dependencia.

Asimismo, vamos a ir desgranando algunos de los retos a los que se enfrentan los sistemas de protección social, como el cambio demográfico. Del mismo modo, abordaremos cuál es la situación actual del gasto social en España, con respecto fundamentalmente a los países de nuestro entorno.

Finalmente, plantearemos cuáles son los retos y las posibilidades que ofrece la implementación de la Ley de Dependencia.

A lo largo de esta reflexión, vamos a aportar la opinión de expertos y profesionales sobre las diferentes temáticas a tratar. Este hecho nos facilitará una visión de conjunto, a partir de la cual, inferiremos unas conclusiones objetivas y rigurosas, que constituyen, el fin último de este trabajo.

PALABRAS CLAVE

Dependencia. Cambio Demográfico. Gasto Social. Empleo. Retos.

EL DEBATE SOCIAL

En este primer epígrafe, nos haremos eco del debate que surge en la sociedad cuando nos encontramos inmersos en una coyuntura económica como la actual.

En este debate, podemos diferenciar dos perspectivas fundamentales. Una de ellas aboga por la reducción del gasto social y la austeridad y la otra, pretende el mantenimiento de este gasto con independencia de la situación económica, ya que, la implementación de la Ley de Dependencia, va a constituir a este sector, como uno de los principales nichos de empleo en el futuro.

A continuación, aportamos un ejemplo de esta discusión; se trata de la respuesta que plantea Alberto Giménez (Presidente de la Asociación Empresarial de Residencias y Servicios Dependientes de la Comunidad Valenciana (AERTE) al Presidente de la Conferencia Empresarial Valenciana (CEV), José Vicente González¹.

“Alberto Giménez, ha criticado que se considere a las personas que requieren de servicios de asistencia socio-sanitaria *como un gasto* y ha añadido que estas prestaciones son una inversión que garantizan el retorno tanto social como económico.

Alberto Giménez ha defendido que las personas en situación de dependencia “no son los responsables de la crisis económica” y, por tanto, “no pueden ser quienes paguen las consecuencias de las restricciones económicas provocadas por ésta”, en referencia a las declaraciones del Presidente de la Confederación Empresarial Valenciana (CEV), José Vicente González, en las que éste aportaba como una de las medidas de solución a la crisis económica “repensarse el gasto social” y “ralentizar la aplicación” de la Ley de Dependencia². Esta perspectiva pone el énfasis en el volumen de gasto, que la financiación de la Ley, va a suponer para el Estado; entendiendo como Estado, el conjunto de las Administraciones Públicas. Por tanto, plantean la necesidad de ralentizar este gasto social, ya que en ciclos económicos desfavorables, la austeridad debe ser el criterio fundamental, respecto al gasto público.

1 <http://aerte.es/Documentos/Actualidad>. Valencia, 29 de julio de 2008

2 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE número 299 de 15/12/2006).

En este sentido, el máximo responsable de AERTE ha explicado que la identificación de “gasto social” y sector de la dependencia “no se ajusta a la realidad, y responde al desconocimiento de la incidencia real de este sector en la sociedad, y particularmente en el empleo”.

Y, como ejemplo, ha destacado³ que la Asociación Empresarial de Residencias y Servicios a Personas Dependientes de la Comunidad Valenciana dispone de más de 12.000 trabajadores que permiten que innumerables familias dispongan de tiempo para desarrollar su profesión en condiciones normales. “Existe un gran retorno de la inversión en dependencia, no sólo social, sino también económico y laboral”, ha apostillado Giménez. De hecho, las 200 empresas integradas en AERTE atienden a cerca de 26.000 personas en situación de dependencia en Alicante, Castellón y Valencia.

Por otra parte, el Presidente de AERTE ha explicado que no se puede considerar “eficaz” cualquier medida paliativa de la crisis que tenga como punto de partida el recorte de gasto en la aplicación de la Ley de Dependencia y, por tanto, afecte directamente a las familias y a un vivero laboral en expansión.

Por ello, el máximo representante de la patronal de la dependencia ha señalado que no comparte las declaraciones del Presidente de la CEV y ha incidido en que AERTE, como conocedor de la realidad del sector, apuesta decididamente por la inversión en el sistema asistencial, ya que “genera riqueza” y supone “una medida de previsión orientada a la futura configuración de la población”.

En este sentido, Alberto Giménez ha recordado⁴ que los mayores de 65 años son actualmente un 17% de la población, si bien, las previsiones establecen que ésta crecerá en unos años hasta el 30%, por lo que “hay que estar preparados y responder a una tendencia que supondrá un impacto económico muy importante”.

Asimismo, el portavoz de AERTE ha explicado que la dependencia no puede entenderse como una situación aislada o que afecta a un porcentaje concreto de la sociedad, ya que ésta, aunque tenga mayor incidencia en los grupos de edad

3 <http://aerte.es/Documentos/Actualidad>. Valencia, 29 de julio de 2008

4 <http://aerte.es/Documentos/Actualidad>. Valencia, 29 de julio de 2008

más avanzada, puede afectar a cualquier persona desde su nacimiento, y ser temporal o permanente.

Y, de nuevo, Alberto Giménez ha insistido en que “sólo con una red asistencial adecuada a las necesidades de las personas dependientes podemos garantizar empleo de calidad, implantación efectiva del estado del bienestar, y servicios socio-sanitarios adecuados”.

Con este ejemplo, se ha pretendido resaltar la discusión actualmente planteada. La disyuntiva entre la reducción del gasto social, en particular y el público en general, como uno de los instrumentos que permitan superar la recesión económica y otra perspectiva que aboga por el mantenimiento, al menos, del gasto público, principalmente referido al gasto social, que va a permitir, en el caso de la Ley de Dependencia, constituirse como un nuevo yacimiento de empleo que palie los altos índices de desempleo actuales.

Podemos resumir este debate entre dos perspectivas del gasto social, en relación con el sector de la dependencia. Una de ellas, lo considera como un gasto asumido por el Estado, en definitiva, supone un gran esfuerzo de financiación para la Administración. Otra, lo considera, no sólo como un gasto sino como generador de inversión, siendo activo y beneficioso para la sociedad.

CAMBIO DEMOGRÁFICO Y DEPENDENCIA

Uno de los desafíos fundamentales a los se enfrentan los sistemas de protección social es el cambio demográfico. Este hecho es especialmente inquietante, cuando nos referimos al caso de España, donde los mayores de 65 años rozarán los 7,8 millones en 2010. Seguidamente, exponemos la opinión de algunos expertos sobre las repercusiones del cambio demográfico en la sostenibilidad de los sistemas de protección social.

Julia Montserrat Codorniu, Doctora en Ciencias Económicas y profesora de la Universidad Ramon Llull de Barcelona, expone que ⁵ “*las perspectivas del cambio demográfico en el horizonte 2050 muestran un envejecimiento importante de la población en la UE-25. El ratio de dependencia se doblará, del 24,5% al 51,4%.*”

5 Implementación Ley de Dependencia en España: CC.AA”. Alicia Azaña. 2009.

Ello afectará negativamente a las balanzas fiscales de los países. La UE recomienda a los Gobiernos cambios estructurales para intentar frenar el crecimiento del gasto social pero esto no siempre será posible en países como España en donde, todavía, no se ha alcanzado la universalidad de algunos servicios sociales. La Ley de la Dependencia permitirá mejorar el sistema de protección social pero supondrá un incremento del gasto social importante, entre el 0,7 y 1% del PIB. La suma de los impactos de la Ley y del envejecimiento de la población hará que el gasto en cuidados de larga duración se incremente alrededor de dos puntos porcentuales del PIB, cifra muy superior a la prevista en las proyecciones de la UE”.

Rafael Navas, doctor en Ciencias de la Información y presidente del Grupo Júbilo Comunicación, comenta en su artículo⁶ *“Dependencia, el desafío social del siglo XXI”* que: *“Así, la dependencia...se conforma como el gran reto y oportunidad social de España en el siglo XXI. Reto del envejecimiento, porque la dependencia no es una catástrofe, sino el resultado asociado a un hecho saludable como es la longevidad de la población. Oportunidad, porque el envejecimiento provocará en los próximos años la generación de nuevos negocios y servicios al mayor con unas cotas de crecimiento de empleo verdaderamente impresionantes”.*

En la actualidad existen 1.850.000 personas dependientes de otras para poder vivir (en su mayoría por encima de los 80 años) y más de la mitad de ellas requiere una atención absolutamente personalizada... El gasto provocado por la dependencia supone hoy 3.250 millones de euros al año (0,6% del PIB) y lo soportan las familias (83%) y, en mucha menor medida, el Estado (27%). Sería necesario invertir 6.010 millones de euros al año para cubrir hoy las necesidades de las personas dependientes y unos 4.500 millones de euros anuales más para modernizar y reordenar todos los recursos (residencias, servicios a domicilio y teleasistencia)... El Estado (actualmente a la cola de Europa en gasto social sobre el PIB) no dispone de recursos suficientes para atender la dependencia, por lo que la contribución de la iniciativa privada a su financiación resultará un elemento clave en las soluciones políticas que se avecinan.

Si la oferta de servicios socio-sanitarios de la Administración no mejora en la próxima década, los mayores seguirán buscando refugio y ayuda en las familias, que se encontrarán cada vez con menor capacidad para atenderles... El índice de natalidad en España se estrecha, la población envejece (el 32 % del total

6 “Dependencia, el desafío social del siglo XXI”. Rafael Navas. Revista de Prensa Tribuna Libre. 05/01/2004.

cuenta ya con más de 50 años), la expectativa de vida se alarga (actualmente es de 75,2 años para los hombres y 82,16 para las mujeres) y los servicios sociales destinados al mayor (7.500.000 con más de 65 años) no avanzan al mismo ritmo que sus necesidades⁷. Estos datos, sumados a los de pérdida de autonomía como consecuencia de la edad, revelan una situación extraordinariamente inquietante por sus enormes consecuencias económicas y sociales. Y no es que la dependencia resulte un hecho nuevo o catastrófico, que no lo es, o que se haya demostrado científicamente que vaya a aumentar de forma paralela al envejecimiento, sino que la incorporación masiva de la mujer al mercado laboral y los cambios en la familia están determinando una situación creciente y alarmante de desprotección de los mayores con dificultades... El modelo de cuidados informales que prestan las familias se resquebraja, por lo que comienza a registrarse una demanda social...a todas las administraciones con el fin de extender los servicios formales y velar por la calidad de vida de los mayores.

En EE UU y en otros países europeos (como Francia, Alemania, Reino Unido, Suecia o Dinamarca), la dependencia y los cuidados de larga duración están regulados por distintas legislaciones. Y aunque los modelos (alguno de los cuales establece un seguro de dependencia obligatorio, público, privado o mixto) no resultan de una eficiencia total (lo que explica su revisión actual en Europa), sería muy conveniente investigar su aplicación para acertar con un modelo viable y eficaz para España⁸.

La aportación de estos expertos nos lleva a reflexionar, no sólo en el cambio demográfico, sino en el cambio del modelo social que ha imperado hasta ahora.

En este modelo, las familias y principalmente las mujeres, se han hecho cargo del peso de la atención de las personas en situación de dependencia. En el futuro, parte de la responsabilidad de la atención, tendrá que ser asumida por el Estado, ya que muchas de estas mujeres y otros miembros de las familias, se incorporarán al mercado laboral. Asimismo, se deberán plantear medidas de fomento de la conciliación de la vida familiar y laboral y el aumento progresivo de la red de recursos de atención.

7 "Dependencia, el desafío social del siglo XXI". Rafael Navas. Revista de Prensa Tribuna Libre. 05/01/2004.

8 "Dependencia, el desafío social del siglo XXI". Rafael Navas. Revista de Prensa Tribuna Libre. 05/01/2004.

ESPAÑA Y EL GASTO SOCIAL

Una vez analizados el debate social y aspectos claves a tener en cuenta en el futuro, como son el factor demográfico y los nuevos modelos sociales, vamos a estudiar, cuál es el punto de partida en España, respecto al gasto social. Visto éste, de manera comparativa, con países de nuestro entorno, fundamentalmente europeos, podemos concluir que, tomando en consideración la UE-27, España tiene un gasto en protección social inferior a la media.

Según los datos de Eurostat, publicados en 2008, del año 2005, último disponible, se constata que la UE-27 destina, en promedio, un 27,2% de su PIB a gastos de protección social.

No obstante hay enormes diferencias entre los países de la Unión, ya que las cifras superan el 30% sobre el PIB en Suecia, Francia y Dinamarca y bajan hasta casi el 12% en Estonia y Letonia.

Si analizamos el gasto per cápita en protección social, expresado en paridades de poder adquisitivo, se observa que el primer lugar lo ocupa Luxemburgo con 213. A continuación, aunque a considerable distancia, figuran Dinamarca y Suecia ambos con 140, así como Bélgica, los Países Bajos y Austria que comparten una cifra de 136. Francia alcanza los 132 y Alemania se queda en 124, al tiempo que el Reino Unido llega a 118 y Finlandia a 112. Italia supera levemente la media europea con un gasto per cápita de 102. (Cuadro anexo).

Entre los países que se sitúan por debajo del promedio sólo hay cuatro de la antigua UE-15, siendo el resto la totalidad de los nuevos países miembros de la Unión. Irlanda registra un gasto per cápita de 96 y Grecia alcanza los 84. España tiene un nivel comparativamente bajo de gasto en protección social, ya que supone un 20,8% sobre el PIB y un 78% de la media europea en términos de gasto per cápita. Eslovenia es el país mejor situado entre los nuevos miembros de la Unión con una cifra de 75, figurando a continuación Portugal (66) y Chipre (63). La República Checa, Hungría y Malta todavía logran cifras por encima del 50, mientras que Polonia y Eslovaquia ya bajan a 37. La clasificación la cierran Letonia (23), Bulgaria (21) y Rumania (18).

Jorge Calero Martínez (Catedrático de Economía Aplicada. Universidad de Barcelona) y Mercè Costa Cuberta (Profesora Titular de Economía Aplicada. Universidad de Barcelona), en su estudio *“Análisis y evaluación del gasto social en*

España”, estiman el gasto social público en España en seis puntos por debajo de la media de la UE. La diferencia se debe, esencialmente, al conjunto de prestaciones en especie, prestaciones de apoyo a la familia, gasto en vivienda, en programas activos de mercado de trabajo y en educación. Este tipo de diferencias indica direcciones en el proceso de reorientación de las políticas de gasto en el Estado del bienestar español.

El gasto social privado efectuado directamente por los hogares es, en España, más elevado que en la mayor parte de los países de la UE; en algunas zonas (especialmente, en educación), actúa “compensando” el reducido nivel del gasto público.

El gasto fiscal para fines sociales se sitúa, en el caso español, por debajo de la media de la UE (que, a su vez, dista considerablemente del efectuado por los países del ámbito anglosajón).

Antonio Antón, profesor e investigador de la Universidad de Sevilla, en su artículo *“El déficit de gasto social y la política del Gobierno”*, concluye que *“las causas del relativo atraso de la protección social en España son varias: la posición económica relativa intermedia y no central con respecto a la economía de los países principales de la UE o las circunstancias históricas, derivadas de la situación del régimen franquista en España, con una política social raquítica, precisamente, en la época de la expansión económica en la UE, con el modelo keynesiano y el Estado de bienestar...”* entre otras.

En España existe un fuerte déficit en los aspectos centrales del gasto social: pensiones, sanidad, enseñanza, dependencia, vivienda y desempleo. En todos ellos también existe una distancia significativa con la media europea. El gasto social medio en España es todavía el 70% de la media de la UE-15, permaneciendo el fuerte atraso español. En esos últimos veinte años se ha mantenido, aproximadamente, una diferencia de esos 7 puntos entre el porcentaje del gasto social de España –20% del PIB– y el de la media de la UE –27% del PIB–. Como se ha citado, para el año 2010 la Ley de Dependencia supone un aumento del 0,22% del PIB y la Ley Orgánica de Educación (LOE) del 0,20%. Entre las dos medidas, que son las de mayor esfuerzo fiscal, no llegan al 0,50% del PIB. Para el año 2020, en

9 “El déficit de gasto social y la política del Gobierno”. Antonio Antón. Página Abierta, nº 171, 2006.

el mejor de los casos, estaríamos hablando de un aumento del 1% del PIB en gasto social. Y hasta otro 1% para la financiación de las nuevas necesidades sanitarias, pendiente de definir. En definitiva, un corto incremento.

En ese sentido, un aumento sustancial del gasto social en España tiene recorrido hasta llegar a esos 7 puntos de distancia con la UE. Su aplicación no cuestionaría el modelo económico actual, al igual que en otros países europeos. Por tanto, no es válido el argumento de su “imposibilidad económica” o de las constricciones de la globalización. Un crecimiento sustancial y progresivo del gasto social de España para acercarse hacia la media europea no sería un obstáculo fundamental para el crecimiento económico y la competitividad. Esa referencia a la media europea, no sólo es justa sino que puede ser asumible, a medio plazo, por la economía española. Los obstáculos son de carácter político y social. La continuidad del modelo redistributivo y fiscal en España tiene fuertes apoyos de los poderes económicos, entre las clases medias-altas y el consenso de la gran mayoría de fuerzas políticas.

Por otro lado, hay cierta conciencia de ese déficit del gasto social de forma parcelada -pensiones, sanidad, enseñanza, etc.- y sus efectos sociales -pobreza, insuficientes servicios públicos-, pero no existe una suficiente presión social para exigir ese “giro social”. Por el contrario, persisten y se acrecientan las desigualdades socioeconómicas. Y ante el ritmo tan importante del reciente crecimiento demográfico -debido a la inmigración- ese ligero aumento del volumen total del gasto social no permite que éste crezca por habitante, sino que se puede reducir. Y esa referencia del gasto social por habitante es la principal para evaluar el bienestar social.

En conclusión, la cuestión principal es la ausencia de una apuesta por un modelo de Estado de bienestar consolidado y una mejora sustancial de la calidad de esos servicios y prestaciones públicos. La simple continuidad de las grandes variables macroeconómicas y presupuestarias o los ligeros retoques del gasto público y del gasto social en España no permitirán salir de un modelo limitado de Estado de bienestar.

Según recoge el estudio, *La protección social en España y su desconvergencia con la Unión Europea*¹⁰, elaborado por dos profesores de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona (UPF). “España, más que converger socialmente, lo que está haciendo es alejarse de la media de la UE cada vez más y a un ritmo acelerado”.

10 “La protección social en España y su desconvergencia con la Unión Europea”. Vicenç Navarro, y Àgueda Quiroga Universidad Pompeu Fabra (UPF). Informe preparado para el Seminario “La convergencia social de España con la Unión Europea”, Universidad Internacional Menéndez y Pelayo, Santander, 1-5 de Septiembre, 2003.

Ésta es la idea que repite una y otra vez el catedrático de Políticas Públicas de la Universidad Pompeu Fabra, Vicenç Navarro, coautor del estudio junto a Águeda Quiroga, coordinadora del Programa en Políticas Públicas y Sociales de la UPF. Navarro explica que el objetivo de acercarse al déficit cero ha tenido su víctima principal en la protección social: sanidad, invalidez, vejez, familia, desempleo, vivienda y exclusión social.

Navarro desmiente que la disminución del gasto social se deba al mayor crecimiento del PIB en España en comparación con otros países de la UE. Para ello utiliza el gasto por habitante, un indicador donde España ocupa el penúltimo lugar, tras Portugal.

En esta línea, Navarro, mediante un cálculo que homologa en unidades el distinto poder adquisitivo en países de la UE, muestra que el gasto de España en el año 2000 representó el 60% del que realizaron, de media, los países de la Unión Europea (3.713 unidades frente a 6.155). Del mismo modo, el investigador establece que el crecimiento medio europeo del gasto por habitante fue superior al español (1.500 unidades frente a 650).

“El crecimiento económico va al margen del social en España. El gasto social no sólo debería crecer al mismo ritmo que el crecimiento económico, sino por encima de éste para igualarse a la media de la UE”, dice Navarro. De momento el objetivo está lejos de conseguirse. El catedrático lamenta que ese crecimiento de la riqueza no repercuta directamente en la mejora de vida de los ciudadanos.

Secuelas de la dictadura

El estudio reconoce que España partía con una seria desventaja en protección social debida a la fuerte austeridad en este campo durante la dictadura. En 1975, el gasto público en protección social era sólo un 14% del PIB mientras que la media de la UE era ya de un 22,9%.

La llegada de la democracia supuso la creación del Estado del Bienestar. Hubo un crecimiento muy significativo en este terreno durante la década de los ochenta, alcanzando su punto máximo en 1993 con el 24% del PIB. Desde entonces, las diferencias respecto a la media de la UE no dejan de aumentar. El objetivo de acercarse al déficit cero que estableció el Tratado de Maastricht, tuvo sus efectos inmediatos en España, lamenta Navarro. Esta disminución no parece tener límites. En 1996 se

destinó el 21,9% del PIB, en 1997 fue el 21,2%, en 2000 el 20,1% y en 2002 el 19,2%, precisa Navarro. En los distintos puntos que se incluyen en la protección social, España aparece en la cola de todos ellos, excepto en las prestaciones por desempleo, detalla el informe. Luxemburgueses, daneses, suecos, austriacos y franceses son los ciudadanos a los que sus Gobiernos destinan más dinero por habitante.

Los últimos de la fila en ayuda a la familia

España ocupa los últimos lugares en todas las estadísticas del gasto social, pero lo que más alarma a Navarro es la escasa ayuda a la familia. Lo resume básicamente en dos puntos: servicios domiciliarios y escuelas de infancia para niños de 0 a 3 años. *“La aportación del Estado español en este aspecto es absolutamente ridícula”*, precisa. Para Navarro es una gran contradicción, dada la trascendental importancia que tiene la familia como pilar social.

En esta estadística, se mire por donde se mire, España ocupa el último lugar a bastante distancia del resto de países de la UE. El porcentaje del PIB destinado a mejorar la situación de las familias es del 0,5% mientras que la media de la UE es del 2,1% (cuatro veces superior). El país que precede a España es Italia con el 0,9. Las familias más cuidadas son las suecas, con el 3,4%.

En lo que hace referencia a las prestaciones por habitante, la situación no mejora. España dedica cinco veces menos que la media de la UE. Los luxemburgueses son los más cuidados en este aspecto (triplican la media europea), seguidos de daneses y suecos.

Navarro afirma que estas ayudas son fundamentales para que las mujeres puedan incorporarse más fácilmente al mercado laboral. *“Si hubiese más asistencia para las personas mayores dependientes y para los más pequeños, tendríamos índices mucho más elevados de mujeres trabajadoras, que se podrían acercar a los de Suecia”*, explica.

Para Navarro, es necesaria la creación de muchas plazas en escuelas infantiles de 0 a 3 años con horarios de ocho de la mañana a siete de la tarde. Sólo el 8% de los menores de 3 años tiene plaza pública en una escuela infantil, lo que dista mucho de países como Dinamarca (44%), Suecia (40%) o Francia (23%). En España existe un déficit de 430.000 plazas, precisa el informe. También considera necesario que haya una mayor asistencia en los hogares donde haya personas mayores con dependencia.

En cuanto a gasto en función de invalidez o de vejez ocupa el penúltimo lugar.

Una vez hemos aportado las opiniones de diferentes expertos, podemos concluir que existe un consenso en considerar el gasto social de España manifiestamente mejorable, si lo comparamos con los países de nuestro entorno. Aún en períodos de bonanza económica, como el que hemos experimentado, el gasto social no ha aumentado significativamente, salvo en la década de los ochenta y principios de los noventa fundamentalmente. Esto nos permite reflexionar acerca de la posible reducción del gasto social a causa de la recesión económica actual, cuando España ocupa una posición inferior en el gasto social, respecto a los países europeos.

En cualquier caso, la implementación de la Ley de Dependencia, no sólo requerirá un mayor nivel de gasto social público, sino que se precisará de la indispensable colaboración de la iniciativa privada para garantizar su viabilidad.

DEPENDENCIA: NUEVO YACIMIENTO DE EMPLEO

La entrada en vigor, el pasado 1 de enero de 2007, de la Ley de Dependencia ha disparado hasta el 95% las previsiones de crecimiento del sector de atención sociosanitario.

En España, casi 1,2 millones de personas padecen una dependencia severa y 1,6 millones precisan de algún tipo de ayuda que, en su mayor parte, ha venido recayendo en la familia, especialmente en las mujeres, el 83%.

Una ley como esta es necesaria en cualquier país en el que se quiera presumir de Estado del Bienestar, pero mucho más si tiene los alarmantes indicadores sociales que tiene España. Los cambios demográficos y sociales han provocado un aumento de la población en situación de dependencia. En el año 2005, había más de 7,3 millones de personas mayores de 65 años. También, está aumentando la esperanza de vida que ya se sitúa en 85 años para las mujeres y en 78 para los hombres y se da el fenómeno de “envejecimiento del envejecimiento” (aumento de la población mayor de 80 años).

Además, debemos tener en cuenta que el 9% de la población presenta una discapacidad con algún tipo de dependencia en su vida diaria, según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999.

Un dato preocupante en un estado europeo es que hasta ahora las familias, especialmente las mujeres, han ido asumiendo el cuidado de estas personas dependientes, pero los cambios en los modelos de familia y la incorporación de la mujer al trabajo exigen la revisión del modelo tradicional.

La Ley de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia establece el derecho de todas las personas que no pueden valerse por sí mismas en la vida cotidiana -dependientes- a recibir atención pública.

La Ley ha creado un Sistema Nacional de Dependencia (SND o SAAD), una especie de paraguas que pretende recoger todos los servicios que se pondrán a disposición de las personas en situación de dependencia. Entre ellos, la teleasistencia, los centros de día, la ayuda a domicilio y las residencias. Para poder cubrir todas las necesidades es necesario crear una amplia red de servicios. Antes de la ley, sólo el 6,5% de las familias que cuidan a una persona dependiente recibe ayudas sociales, según el Libro Blanco de la Dependencia.

Desde 2007 hasta 2015 (cuando se prevén 1.373.000 beneficiarios), la Administración Central aportará 12.638 millones de euros para la atención a la dependencia y las comunidades, otro tanto, según el Ministerio de Trabajo e Inmigración.

A partir de ese año, el coste del sistema supondrá algo más del 1% del PIB. Estas cifras indican que en 2015, cada beneficiario de la ley costará a las arcas públicas 375 euros mensuales.

La Ley se sustenta sobre tres pilares fundamentales: el carácter universal y público de las prestaciones, el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad y la participación de todas las administraciones en el ejercicio de sus competencias.

Los usuarios de este Sistema Nacional de Dependencia tendrán derecho a un catálogo de servicios con arreglo a su programa individual de atención: teleasistencia (ahora sólo tres de cada 100 mayores de 65 años disponen de ella), ayuda a domicilio (sólo está cubierto el 3,5% de los mayores), centros de día (una prestación casi inexistente, a la que tiene acceso un 0,54% de los mayores) o de noche, además de residencias (ahora existen 272.000 plazas, de las que 196.000 son privadas).

El Libro Blanco de la Dependencia apunta que la nueva ley de asistencia supondrá la creación de unos 300.000 empleos directos. La puesta en marcha de la

Red de centros y servicios del SAAD requerirá de nuevos profesionales con diferentes perfiles ya bien sean profesionales de cuidados y atención personal directa de usuarios: cuidadores con conocimientos de geriatría, discapacidad y auxiliares de enfermería; profesionales de alta especialización como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, personal de enfermería, animadores, etc.; profesionales de tareas de hostelería en establecimientos residenciales y centros de día como camareros, limpiadores, personal de cocina y lavandería, etc.; profesionales de tareas de mantenimiento técnico de centros y servicios, personal de transporte, vigilantes, ordenanzas, etc.; y, evidentemente, profesionales de gestión y administración de centros y programas como gerentes, administrativos, etc.

Si repartimos los puestos de trabajo por categorías que especifica la ley, se crearán 112.000 empleos en centros residenciales, 21.000 en centros de día, 112.000 en ayuda al domicilio, 11.000 en asistentes personales y 8.000 en teleasistencia. Es una oportunidad de empleo y crecimiento profesional, pero no sólo por la creación de empleos, y por el crecimiento económico que generará en el país ya que supondrá el nacimiento de una gran cantidad de empresas del sector socio-sanitario, muchas de propiedad pública, pero otras muchas de titularidad privada ya que la ley quiere fomentar el concierto con empresas privadas y de economía social, si no porque va a contribuir al empleo de calidad, al que se refiere en el propio articulado de la Ley.

El nuevo Sistema mejorará el empleo porque se recoge explícitamente la obligación de que el empleo que se genere ha de ser de calidad (artículo 35 de la Ley), porque ayudará a mejorar las condiciones de los trabajadores de este sector, que anteriormente estaba muy poco estructurado, todos los profesionales del Sistema deberán estar debidamente formados y cualificados para desempeñar su trabajo, además contribuirá a aflorar el empleo sumergido que se daba en el sector y porque los familiares que excepcionalmente opten por cuidar directamente a las personas dependientes estarán dados de alta en la Seguridad Social y con acceso a programas de formación y respiro.

Además de 300.000 empleos directos, esta ley puede conllevar la creación de 150.000 empleos indirectos, afloración de unos 80.000 empleos procedentes del empleo sumergido e incorporación al mercado de trabajo de parte de los actuales cuidadores familiares. Esto supondrá la creación total de unos 550.000 empleos hasta el 2010.

Para que la implantación de la ley tenga éxito y España esté entre los países con mayor grado de bienestar social es necesario un plan de formación para estos nuevos profesionales.

En definitiva, La Ley de Dependencia supone, sin duda, un yacimiento de empleo muy relevante. Más, si cabe, en el ciclo económico por el cual atravesamos, con unos índices de desempleo importantes.

RETOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY

El proceso de implementación de la Ley de Dependencia ha llevado aparejado una serie de dificultades propias de su complejidad. A continuación, exponemos algunos de los retos que plantea la ley en sus primeros años de aplicación, según algunos expertos y publicaciones.

Tras dos años de vigencia de la norma se evidencia que los principales problemas y carencias no son sólo cuestiones económicas. Según el Diario Crítico de la Comunitat Valenciana (01/03/2009), la Ley de Dependencia suspende en coordinación, metodología y sostenibilidad.

Este Diario argumenta que, dos años después de que entrase en vigor la Ley de Dependencia, su implementación en el territorio nacional sufre enormes desigualdades entre las comunidades autónomas, además de que el propio texto ha demostrado padecer carencias importantes. No sólo se trata de una cuestión de números, sino también de la redacción y aplicación de la norma. La coordinación, metodología y sostenibilidad de la ley son asignaturas suspendidas para una norma con mucho camino aún por recorrer.

El reciente estudio del Observatorio Nacional de la Dependencia, coordinado por el Centro de Investigaciones ERI Polibienestar y dirigido por Alicia Azaña¹¹, revela que España se encuentra a la cola de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en cuanto a las partidas presupuestarias dirigidas a dependencia. Mientras que la media se sitúa en el 1,25% del PIB, en España apenas alcanza el 0,6%, muy lejos de la mayoría de países europeos.

11 "Implementación Ley de Dependencia en España: CC.AA". Alicia Azaña. 2009.

Los datos son aún peores si se tiene en cuenta el crecimiento de las personas dependientes previsto para 2010, que superará entonces el 6,2% de la población total española.

Carencias en coordinación, metodología y sostenibilidad

El director de ERI Polibienestar y catedrático de Escuela Universitaria por la Universidad de Valencia, Jorge Garcés Ferrer, afirma¹² que “la actual Ley de Dependencia es una medida necesaria e importante, pero a la vez muy deficiente por la concepción de la propia norma”.

La primera de las principales carencias del texto es la baja coordinación sociosanitaria que plantea. Según Garcés, “actualmente las actuaciones en la dependencia son muy puntuales, llevadas a cabo por colectivos aislados con muy poca coordinación”. Jorge Garcés plantea la necesidad de crear “itinerarios profesionales programados que permitan colocar a los especialistas donde deben estar”.

Otro de los puntos débiles de la Ley de Dependencia evidenciado tras sus dos años de aplicación es la falta de metodología en la gestión de casos. “Es imprescindible tratar cada caso de forma individual, estudiar su incidencia y su progresión en el tiempo para poder optimizar los recursos”. Así, según Garcés, “se consigue que cada dependiente reciba la atención que necesita, de los profesionales que necesita y en el momento en el que lo necesita. Un aspecto que la actual Ley no perfila y deja de forma arbitraria”.

Mirando hacia el futuro, otro de los problemas de la Ley de Dependencia es la sostenibilidad. El sistema actual de pensiones y cotizaciones, así como el reparto de las mismas, plantea la incógnita de si en los próximos años será capaz de sostener a una población española cada vez mayor y con una esperanza de vida exponencialmente más alta. No en vano los ciudadanos mayores de 65 años rozarán los 7,8 millones en 2010, superarán los 11,6 millones en 2030 y alcanzarán los 16,3 millones en 2050, según datos del INE recogidos en el “Informe sobre la Implementación de la Ley de Dependencia en España” (2009). “Con este sistema, es improbable que nuestros hijos puedan disfrutar de las mismas prestaciones por jubilación o minusvalía que existen en la actualidad”, sostiene el director de ERI Polibienestar.

12 Diario Crítico de la Comunitat Valenciana, 01/03/2009

Como dejan patente estas aportaciones, es preciso mejorar la coordinación sociosanitaria y entre Comunidades Autónomas para establecer unos protocolos y normas básicos que permitan una mayor eficacia y eficiencia. Asimismo, insiste en el problema demográfico del que hemos reflexionado anteriormente.

En definitiva, asistimos a un período de ajuste e implementación de un nuevo sistema de protección, el cuarto pilar del bienestar social, al cual le queda un largo período de desarrollo.

Aumento del gasto social

Así, es evidente que el problema en España no es sólo una cuestión económica. Según el catedrático citado, “la Ley de Dependencia demuestra el recalentamiento que el país sufre en su sistema sociopolítico y que se aprecia en todo el continente europeo”.

Según Garcés, “se ha producido un aumento en la desconfianza sobre los sistemas sociales y políticos paralelo al crecimiento en el gasto social, que repercute negativamente en los medios financieros”.

Sin embargo, esa crecida en el gasto social se concibe de forma paradójica: “Los ciudadanos quieren un sistema de seguridad bueno y de calidad. Pero no están dispuestos a pagarlo mediante sus impuestos”, afirma Garcés.

Pacto de Estado por el Bienestar

“La Ley de Dependencia actual es tan necesaria como débil y mejorable. Después de dos años se ha demostrado que hay demasiados aspectos poco matizados, que hacen que los recursos no se aprovechen”, apunta Jorge Garcés.

En este contexto, un Pacto de Estado por el Bienestar se antoja como medida casi imprescindible para garantizar la asistencia a corto, medio y largo plazo de los millones de personas dependientes en España. Pacto, que definiría las necesidades de aplicación de una norma con independencia del color político de la clase gobernante, como se ha hecho a lo largo de los años de democracia con materias como la economía, el terrorismo o la justicia.

Guillem López Casanovas (Universitat Pompeu Fabra) analiza la situación de la Ley de dependencia en su artículo¹³ *“Causas y consecuencias de los déficits de la ley de dependencia en el contexto general de la crisis del estado de bienestar”* donde expone que *“la crisis económica actual ha puesto de relieve que la Ley de Dependencia española en su formulación actual adolece de diversos problemas cuyo análisis supera estrictamente su contenido dispositivo para enraizarse en cuestiones de mayor calado”*. Lo que acontece con el despliegue presente de la Ley (disfunciones entre administraciones, carencias financieras, incapacidades gestoras, expectativas frustradas) se puede entender mejor desde la perspectiva de la desorientación que sufre el estado de bienestar español, especialmente en una situación de crisis económica, y de la falta de realismo de los que propugnan la provisión pública, olvidándose de los condicionantes políticos que se imponen en la gestión.

Una Ley quizás a destiempo

La entrada del sector público en esta nueva esfera del bienestar social, la cobertura de los problemas de dependencia generados por la falta de autonomía funcional (Ley 39 de 14 de diciembre del 2006) se produce en modo y procedimiento “a destiempo”. Fuera de tiempo social, ya que se trata de una intervención pública típica del Estado Bienestar del siglo XX bajo parámetros culturales y filosóficos por tanto distintos a los actuales, propios de sociedades avanzadas. Fuera de tiempo económico, porque se diseña desde el optimismo de una fase álgida del ciclo que tenía tanto de extraordinaria como de irreplicable.

España busca así consolidar un modelo social (el cuarto “pilar” del bienestar) en un momento en que las estructuras estatales de bienestar ofrecen en la mayoría de países desarrollados muchas dudas acerca de su robustez y así capacidad de afrontar los retos del futuro. No nos estamos refiriendo tan sólo a los condicionantes financieros de la sostenibilidad, ya que si sólo de éstos se tratase, el boom económico español vivido parecería eximente de la falta de visión prospectiva, al aparentar ofrecer garantías y salvaguardas suficientes.

13 La Crisis de la Economía Española. Lecciones y Propuestas. “Causas y consecuencias de los déficits de la ley de dependencia en el contexto general de la crisis del estado de bienestar”. Guillem López Casanovas. 2º Edición. Fedea. Sociedad abierta. Fundación de Estudios de Economía Aplicada. 2009.

Nos estamos refiriendo más bien a los cambios culturales que la sociedad española comenzaba ya a atisbar, de modo similar a los de los países de nuestro entorno, y que sin duda se acentuarán en el futuro.

Algunos extremos controvertidos

1. Como es sabido la Ley 39/2006 ofrece un “cliché” de protección con alcance universalista (todos los ciudadanos son elegibles), pero fuerza al selectivismo (no todos los elegibles son elegidos), dependiendo del grado de necesidad y de la capacidad de cofinanciación. Cuando ello se ha de traducir en la operativa (órdenes de copago –por ejemplo, el Acuerdo de 28 de octubre del 2008-), los ciudadanos comienzan a interrogarse sobre la razón de una intervención pública que garantiza prestaciones idénticas a los ciudadanos, castigando relativamente a aquellos que más renta y patrimonio poseen. Un copago vinculado a renta y riqueza es de difícil argumentación en este contexto: los que más renta crearon en su vida activa y más contribuyeron y contribuyen al mantenimiento del Estado de Bienestar (gasto de dependencia inclusive) pasan ahora a tener ‘menos derecho’ al acceso de las prestaciones públicas.

Un sector público que invita de este modo a despreocuparse por el futuro, induce al consumo y no al ahorro, al flujo de gasto y no al stock inversor, al ocio y no al esfuerzo del trabajo, podría no estar mandando las señales adecuadas para la sociedad del nuevo siglo, sean cuales fueren las circunstancias financieras de la macroeconomía del gasto público.

Los ciudadanos son solidarios en el pago de impuestos, y aún en el caso de quienes cuestionan la progresividad fiscal, no parecen dudar en aceptar que, en materia de gasto, las redes de seguridad mínimo básicas han de alcanzar a los más desfavorecidos independientemente de su capacidad financiera; las mínimo-básicas, pero no en sus valores medios, y menos aún discriminando negativamente en contra de la capacidad económica conseguida.

No aparecen dudas en proveer, de este modo, cobertura comunitaria de los grandes riesgos que proceden de contingencias tan inciertas como inasegurables, pero que en la medida que acontecen, provocan consecuencias catastróficas, ya personales o financieras.

Así, a nadie se le ocurre tras una explosión de gas que el sector público no deba alojar a los afectados y procurarles todos los medios para garantizar una vivienda adicional, discriminando negativamente a los más ricos: incluso para los que no tenían seguro pudiéndolo pagar y para los que disponen de viviendas secundarias diversas. La razón es que no hay posibilidad alguna de ‘abuso moral’ en este tipo de situaciones al ser impredecibles y de consecuencias directas en el bienestar individual.

Para el autor, la consideración anterior muestra la necesidad de que las redes de seguridad generales de cobertura universal se limiten a prestaciones mínimo/ básicas, y no a sus niveles medios –generales y uniformes-, siendo complementables de modo contributivo.

2. Los ciudadanos entienden la cobertura de riesgos individuales no buscados o desconocidos. Así en materia sanitaria por una enfermedad grave que no se ha elegido -un alzheimer, un melanoma cancerígeno, una enfermedad mental, un problema crónico-, pero menos para eventos que tienen probabilidades conocidas, objetivables y perfectamente asegurables. El paro es una contingencia algo predecible pero normalmente no deseable: las razones de forzar la cobertura de su subsidio vía cotizaciones se puede argumentar, aunque de modo diferente a como lo hacíamos para la cobertura sanitaria: son de tutela contra la miopía previsora. Para las pensiones de jubilación, el argumento ha de ser definitivamente otro, por lo que tienen éstas de totalmente predecibles (la ley lo impone, y se aplica a todos) y a la vez comúnmente no se supone indeseable (se gana ocio y tiempo libre). Contingencias diferentes, riesgos más o menos predecibles, consecuencias financieras más o menos catastróficas en su caso. Esta debería ser la secuencia.

De lo comentado anteriormente se podría derivar aquí que la dependencia leve o moderada -a diferencia de la gran dependencia- debiera de remitirse en mayor medida a la esfera de las responsabilidades individuales que a las colectivas preservadas por el Estado.

3. En financiación, fiarlo todo a impuestos no es garantía de equidad. La composición de los impuestos importa: el peso de la imposición indirecta (regresiva siempre ya que proporcionalmente contribuyen más los pobres que los ricos), y dual, con tipos efectivos en la imposición directa inferiores en el gravamen del capital que del trabajo. También es relevante la composición de la financiación en los efectos del consumo en el gasto: precios de usuarios versus impuestos de contribuyentes cuando la utilización de los servicios no es la adecuada, y así con subsidiación transversal inequitativa.

En estos escenarios, algunos ciudadanos empiezan ya a interrogarse, por ejemplo, que no se pueda pagar un euro por receta cuando son dos los euros que se pagan para aparcar el coche y acceder más cómodamente a la oficina de farmacia.

De lo anterior nos sacamos, en este esquema de valoración, que la dependencia muestra raíces propias: las ligadas a la dependencia son, pongamos por caso, distintas a las relacionadas con una enfermedad degenerativa o un accidente de tráfico. En priorización racional, cubrir lo primero antes que lo segundo parece lógico. Asegurar la cobertura de la dependencia en pleno siglo XXI como hemos estado asegurando en el pasado las contingencias sanitarias no parece igualmente razonable.

4. Como resultado de lo anterior, la sociedad empieza a no entender que la cobertura pública pretenda niveles medios y de la máxima calidad, remitiendo el coste a que sea sufragado por la financiación solidaria. Por lo demás, la prestación uniforme cerrada no incorpora el valor de lo electivo; no facilita la complementariedad en correspondencia a un esfuerzo adicional y mina los incentivos a la responsabilidad individual. Y para hacer esto segundo, la provisión pública con producción pública directa difícilmente ofrece ventaja comparativa alguna.

REFLEXIONES FINALES

Desde la perspectiva adoptada en las consideraciones anteriores, se considera que los déficits de la Ley actual de cobertura de dependencia por falta de autonomía funcional, y los antídotos para su corrección, serían los siguientes:

A. Incapacidad-indeseabilidad de aspirar a la uniformidad en un contexto de provisión descentralizada como es hoy el español.

B. Las disfunciones entre capacidades decisorias, y responsabilidades por las consecuencias financieras generadas, tanto entre proveedores y financiadores como entre distintos niveles institucionales que comparten competencias necesita corregirse en la dirección apuntada en el texto.

C. Los estudios económicos que prescinden de la concatenación entre desarrollo económico y más gasto social no equivale a una mayor financiación impositiva de gasto público, se basan en justificaciones coyunturales optimistas (creación de empleo, plena incorporación de las cuidadoras informales al mercado de

trabajo, a salarios medios vigentes, con escasa sensibilidad a la edad y a la formación...) y que resultan excesivamente contingentes a la situación económica del momento, son en general poco robustos y acaban necesitando reestimarse.

D. Los copagos acostumbran a resultar políticamente menos factibles que el aseguramiento limitado con apertura de niveles complementarios a primas comunitarias; los copagos vinculados a renta pueden mejorar en todo caso escasa racionalidad en mayor medida a través de las deducciones fiscales que a través de supuestos ricómetros de dudosa lógica.

E. En el despliegue de toda ley, la visión de la operativa ha de estar presente atendiendo a la capacidad gestora de los agentes, los incentivos, la información disponible por parte del regulador, los efectos deseados e imprevistos en las distorsiones de bienestar por desequilibrio del 'terreno de juego' de las decisiones individuales y sociales (o de segunda ronda) etc.

F. Conviene a este respecto separar las cuestiones de la justificación de la ley que son de naturaleza necesariamente ideológica (y en este sentido coyunturales y revisables), de las que invaden aspectos técnicos, de funcionamiento con un sector de carácter mayormente estructural.

G. Por todo ello, la Ley 39/2006 de Autonomía Funcional y Dependencia comentada necesita, a nuestro entender, de una amplia revisión a efectos de asegurar su coherencia, sostenibilidad y aplicabilidad futura. Analizando el texto de Guillem López Casasnovas¹⁴, podemos enumerar una serie de ideas básicas respecto a los déficits de la Ley de Dependencia. En su opinión, el planteamiento de la ley es anacrónico, propio, más bien del siglo XX, es elaborada en un período álgido del ciclo económico, por tanto, es probable que sea revisada, incapacidad de aspirar a la uniformidad en un estado descentralizado, como el español, el carácter universal de la norma que fuerza al selectivismo, basado fundamentalmente en un copago difícilmente justificable y pone en cuestión su sostenibilidad futura.

14 La Crisis de la Economía Española. Lecciones y Propuestas. "Causas y consecuencias de los déficits de la ley de dependencia en el contexto general de la crisis del estado de bienestar". Guillem López Casasnovas. 2º Edición. Fedea. Sociedad abierta. Fundación de Estudios de Economía Aplicada. 2009.

A través de las reflexiones de los expertos, podemos finalizar este epígrafe, observando el largo camino que queda por recorrer en el proceso de implementación de la Ley. En cualquier caso, se hace imprescindible un pacto entre las administraciones, partidos políticos y demás agentes sociales y una evaluación continua para el afrontamiento de los retos que la Ley plantea.

ÚLTIMAS NORMATIVAS DE INTERÉS

Finalmente, haremos referencia a algunas de las últimas normativas elaboradas sobre Dependencia. El Real Decreto 74/2009, de 30 de enero, por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para el ejercicio 2009 (BOE Núm. 27 Sábado 31 de enero de 2009). Esta normativa establece una cuantía mínima garantizada para cada uno de los grados y niveles que se encuentran en vigor en este momento.

Asimismo, hemos de destacar la Resolución de 21 de mayo de 2009, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de mayo de 2009, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante 2009 del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE Núm. 136 Viernes 5 de junio de 2009).

CONCLUSIÓN

El estudio realizado sobre ciertos desafíos, que plantea la implementación de la Ley de Dependencia, nos permite extraer las siguientes conclusiones:

- Existe un debate social entre los partidarios de ralentizar la aplicación de la Ley de Dependencia, repensándose el gasto social y los que abogan por avanzar en la aplicación, ya que lo consideran como generador de inversión social y nuevo yacimiento de empleo.
- El cambio demográfico y los nuevos modelos sociales van a poner a prueba la sostenibilidad de los sistemas de protección social.
- El gasto social en protección social de España, tomando en consideración la UE-27, es inferior a la media (un 27,2 % del PIB de la UE-27 frente a 20,8% del PIB de España).

- La viabilidad de la Ley de Dependencia, no sólo va a suponer un mayor nivel de gasto público, sino que va a requerir de la colaboración de la iniciativa privada.
- La Ley de Dependencia supone una gran oportunidad como yacimiento de empleo e instrumento de fomento del crecimiento económico.
- La Ley de Dependencia mejorará las condiciones de los trabajadores de este sector, anteriormente poco regulado.
- Según Diario Crítico Comunitat Valenciana, la Ley suspende en coordinación, metodología y sostenibilidad¹⁵.
- Según Garcés Ferrer, director de ERI Polibienestar, es imprescindible un pacto de Estado por el Bienestar que garantice la asistencia a corto, medio y largo plazo de los millones de personas dependientes en España.
- Según Guillem López Casanovas (Universitat Pompeu Fabra), la Ley de Dependencia necesita de una amplia revisión a efectos de asegurar su coherencia, sostenibilidad y aplicabilidad futura.

¹⁵ La Crisis de la Economía Española. Lecciones y Propuestas. "Causas y consecuencias de los déficits de la ley de dependencia en el contexto general de la crisis del estado de bienestar". Guillem López Casanovas. 2º Edición. Fedea. Sociedad abierta. Fundación de Estudios de Economía Aplicada. 2009.

ANEXO

Déficit de España con la UE-15 y la UE-25 en Gasto Total en Protección Social en unidades de poder de compra por habitante, 1995-2005.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
España	2906,0	3046,4	3149,1	3268,4	3392,6	3759,4	3880,5	4169,5	4270,3	4486,2 p	4775,8 p
UE-15	4688,5	4943,0	5129,0	5286,7	5529,4	5888,8	6134,4	6377,1	6514,1	6755,3 p	7005,2 e
UE-25	:	:	:	:	:	5300,0	5531,4	5766,2	5907,7	6137,2 p	6367,4 e
Déficit UE-15	1782,5	1896,6	1979,9	2018,3	2136,8	2129,4	2253,9	2207,6	2243,8	2269,1	2229,4
Déficit UE-25	:	:	:	:	:	1540,6	1650,9	1596,7	1637,4	1651,0	1591,6

Fuente: Eurostat. Extracción online el 3 de Octubre de 2008
 Proporcionado y elaborado por el Observatorio Social de España
 : = dato no disponible; e= valor estimado; p= valor provisional

BIBLIOGRAFÍA

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE número 299 de 15/12/2006).

Real Decreto 74/2009, de 30 de enero, por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para el ejercicio 2009 (BOE Núm. 27 Sábado 31 de enero de 2009).

Resolución de 21 de mayo de 2009, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de mayo de 2009, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante 2009 del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE Núm. 136 Viernes 5 de junio de 2009).

Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2005.

“Dependencia, el desafío social del siglo XXI”. Rafael Navas. Revista de Prensa Tribuna Libre. 05/01/2004.

“Análisis y evaluación del gasto social en España”. Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta. Fundación Alternativas. 2003.

“El déficit de gasto social y la política del Gobierno”. Antonio Antón. Página Abierta, nº 171, 2006.

“La protección social en España y su desconvergencia con la Unión Europea”.

NAVARRO V., Y QUIROGA A. Universidad Pompeu Fabra (UPF). Informe preparado para el Seminario “La convergencia social de España con la Unión Europea”, Universidad Internacional Menéndez y Pelayo, Santander, 1-5 de Septiembre, 2003.

“2º informe del Observatorio Nacional de la Dependencia”, coordinado por ERI Polibienestar de la Universitat de València. 2009.

“Implementación Ley de Dependencia en España: CC.AA”. Alicia Azaña. 2009

La Crisis de la Economía Española. Lecciones y Propuestas. “Causas y consecuencias de los déficits de la ley de dependencia en el contexto general de la crisis del estado de bienestar”. Guillem López Casanovas. 2º Edición. Fedea. Sociedad abierta. Fundación de Estudios de Economía Aplicada. 2009.

“La ley de dependencia suspende en coordinación, metodología y sostenibilidad”

Diario Crítico de la Comunitat Valenciana. 01/03/2009.

<http://www.imsersodependencia.csic.es/>

<http://www.saad.mtas.es/portal/>

http://www.segsocial.es/imserso/dependencia/1_dependencia.html

<http://www.discapnet.es/guias/2008/dependencia/xhtml/index.htm>

<http://www.madrid.org/>

<http://sid.usal.es>

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

UNA EXPERIENCIA PARTICIPATIVA CON POBLACION EN SITUACION DE EXCLUSION ENTREVÍAS. MADRID

José Ignacio Santás García

DTS Col. nº 4.076

Trabajador Social de Zona

Centro de Servicios Sociales “Entrevías”

RESUMEN

En el presente artículo se expone una experiencia de Investigación Acción Participante desde el contexto del trabajo con personas en exclusión, receptoras de Renta Mínima de Inserción en Entrevías, un barrio de tradicional problemática social de la ciudad de Madrid. Pretende reflejar cómo el uso de métodos participativos y grupales constituye una eficaz herramienta para la inclusión de la ciudadanía más vulnerable, a la vez que lleva aparejada una mejoría en el ejercicio diario del Trabajo Social en los centros de servicios sociales de atención social primaria.

PALABRAS CLAVE

Servicios Sociales. Investigación- Acción participante. Exclusión social.

INTRODUCCION

Esta experiencia se realiza en una Unidad de Trabajo social (UTS) de Entrevías, el barrio con menor renta *per cápita* (RPC) de Puente de Vallecas, el distrito que ocupa el penúltimo puesto en el ranking de la RPC de Madrid y que a la vez es uno de los que cuenta con mayor presencia de población gitana del municipio.

Tras dos años de desarrollo de intervención grupal con el colectivo de personas perceptoras de Renta Mínima de Inserción (RMI) de la Comunidad de Madrid¹ que habitan la Unidad de Trabajo Social (UTS), en el año 2008 se decidió iniciar un proceso de Investigación-Acción-Participativa (en adelante IAP) con ellos/as dado que en los grupos se percibía el interés por realizar propuestas en referencia al programa RMI y a los diferentes agentes a los que afecta el mismo.

La IAP es al mismo tiempo una metodología de investigación y un proceso de intervención social; propone el análisis de la realidad como una forma de conocimiento y sensibilización de la propia población, que pasa a ser, a través del proceso, sujeto activo y protagonista de su propio proyecto de desarrollo y transformación de sus propias vidas, entorno y realidad más inmediatos. Por ello se considera idónea para el trabajo con una población en situación de exclusión social.

EL BARRIO: ENTREVIAS

Entrevías es uno de los barrios con menor RPC de Madrid. Cuenta con una población total de 36.999 habitantes², siendo uno de cada cuatro habitantes analfabetos o sin estudios. El 80% de la vivienda es de promoción pública, existiendo aún un asentamiento chabolista.

La zona-UTS es básicamente la denominada “La Viña”. En ella, el total de población asciende a 5988 habitantes, siendo el 100% de las viviendas de iniciativa pública ejecutada en diferentes momentos durante los últimos 60 años. La demografía del territorio marca una población bastante joven aunque con tendencia al envejecimiento.

1 Ley 15/2001, de 27 de diciembre, de Rentas Mínimas de la CM

2 Datos Padrón 2007.

En cuanto al número de historias sociales activas (esto es, con alguna prestación en alta o al menos en seguimiento por parte del trabajador social), en diciembre de 2008 era de 560. Según las estadísticas, 1 de cada 3 a 4 habitantes, pertenece a alguna historia social activa. Este dato indica la gran presencia de los Servicios Sociales entre la población de la UTS.

ANTECEDENTES A LA IAP

El proceso seguido desde el año 2005 ha seguido varias fases:

El primer año (curso 2005-2006) se dedicó a conocer a las familias, desde el trabajo individual-familiar, estableciendo el vínculo entre familias y profesional previo y necesario para posteriormente iniciar una intervención grupal.

En lo que se refiere a las familias perceptoras de RMI, se pudo observar que existían diversas carencias en cuanto a la intervención:

- Desconocían sus derechos y obligaciones, plazos, reglamento, etc.
- No acudían a realizar seguimientos de forma regular, desconociendo cuándo y para qué tenían que entrevistarse con el trabajador social.
- La participación en actividades de seguimiento y en proyectos de inserción era muy escasa y desigual.
- Había un gran número de menores absentistas entre las familias.
- El trabajador social tenía un alto número de citas tras las que no había planificación ni objetivo claro. Este hecho contribuía a incrementar la lista de espera para que cualquier ciudadano pudiera ser atendido.
- En definitiva: **existía un bajo nivel de implicación de los propios perceptores en sus procesos de inserción.**

Por todo ello, se introdujo el trabajo grupal como modalidad de intervención.

El segundo y tercer año (Cursos 2006-2007 y 2007-2008) se devolvió a las familias el diagnóstico descrito anteriormente y se marcó un plan de trabajo común con los siguientes objetivos:

- Aumentar la participación en proyectos de inserción.
- Disminuir el absentismo escolar.
- Normalizar el uso de la prestación RMI y los recursos sociales.
- Aumentar el grado de conocimiento de los derechos y responsabilidades de los perceptores.

- Planificar la intervención social.
Para ello se estableció una metodología grupal que además tratase de forma específica los siguientes temas:
- Posicionamiento personal y familiar como perceptores de RMI (motivación).
- El desempleo, actitudes y recursos personales para la empleabilidad.
- Habilidades personales y experiencias vitales positivas (empoderamiento).
- Elementos modificables y no modificables del proceso de inserción.

A lo largo de las sesiones realizadas, se fueron realizando propuestas por parte de los participantes, adquiriendo protagonismo a través de la metodología grupal y fueron construyendo la idea de iniciar para el curso siguiente una metodología más participativa y que pudiera dar cauce a tales propuestas, por lo que se diseñó una estrategia de IAP para el curso siguiente: 2008-2009.

PROCESO SEGUIDO IAP (CURSO 2008-2009)

Previamente al propio proceso de IAP, se diseñó el proyecto que iba a ser ejecutado durante el curso y que se resume en el siguiente cronograma:

Tarea	2008				2009					
	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Reunión Gral.	■									
Firma del PII	■	■								
Cuestionario	■	■								
Elaboración del estudio		■	■	■	■					
Grupos. SESION 1					■					
Visitas a domicilio, segtos. PII						■	■			
Grupos SESION 2 y 3						■	■	■	■	
Elaboración informe	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Reunión Gral. con CM										■

Tabla1. CRONOGRAMA PROCESO GENERAL PRECEPTORES RMI DE LA UTS. CURSO 2008-2009

Los pasos fueron los siguientes:

1. Reunión General de perceptores con presencia de la Comunidad de Madrid.

En septiembre de 2008 se llevó a cabo una reunión general con todos los perceptores en la que participó una representante de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la CM (Servicio de Prevención de la Exclusión y Rentas Mí-

nimas). En esta reunión se explicó el proceso general que se iba a seguir con los cambios diseñados para este curso y los compromisos de cada una de las partes involucradas (familias, trabajador social y Administración).

Así, junto a los cambios en lo que se refería a la intervención individual-familiar (modificación de los plazos de planificación y evaluación de los Programas Individuales de inserción (PII) e introducción de la visita domiciliaria como actividad para el seguimiento, sustituyendo a la entrevista en despacho), se expuso el plan de realizar una IAP. Como parte de ésta, se les hizo entrega de un cuestionario de tipo abierto que deberían traer cumplimentado y entregado a la hora de firmar el PII.

El proceso planteado puede resumirse en el siguiente esquema:

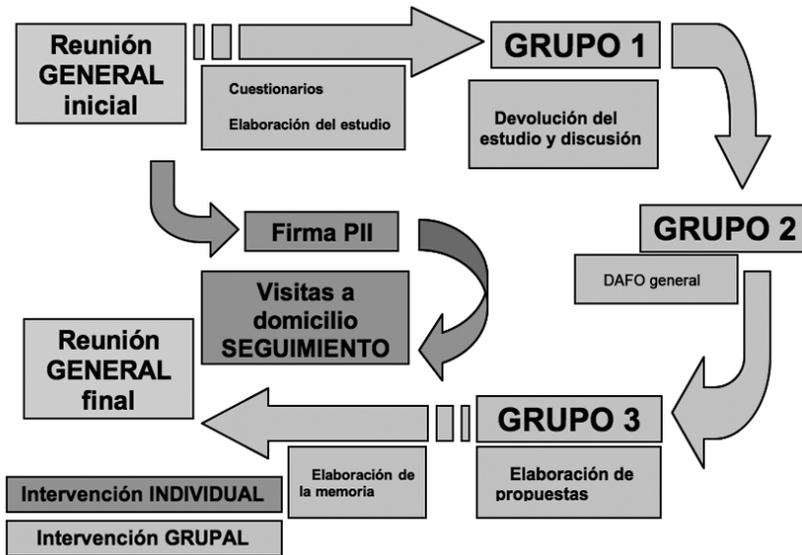


Gráfico 1. PROCESO GENERAL CON PERCEPTORES RMI EN LA UTS

2. Entrevistas en despacho y elaboración de cuestionarios.

A lo largo de octubre del 2008 todas las personas perceptoras de RMI firmaron el Proyecto Individual de Inserción (PII), con los siguientes objetivos: realizar una evaluación del PII con la periodicidad del curso escolar, mejorar la participación en proyectos de inserción y cumplimentar el cuestionario diseñado y entregado en la reunión general.

3. Elaboración del estudio.

- Evolución del número y tipología de perceptores de RMI en la UTS.
- Incidencia en la población perteneciente a la comunidad gitana.
- Opinión de los perceptores a través de los cuestionarios.
- Evolución de indicadores como el absentismo escolar e implicación en sus procesos de inserción.
- Evaluación de la intervención del propio trabajador social: impacto de la intervención grupal, de la participación en proyectos y otras medidas.

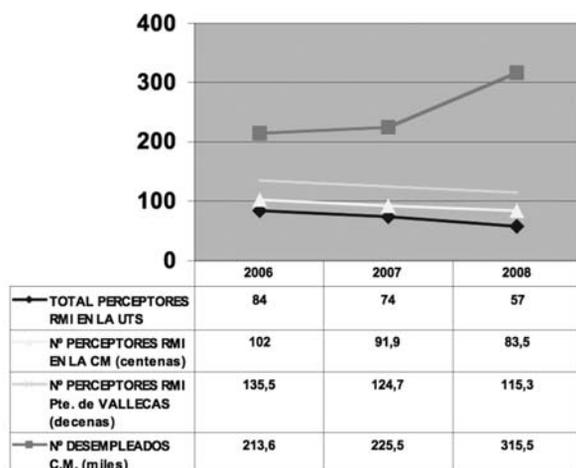
4. Reunión de los grupos.

SESION 1: Esta sesión se ha desarrollado a lo largo de enero de 2009 (en 3 grupos diferentes). En ella se realizó la devolución del estudio a los perceptores y debate. Se expusieron los datos que habían surgido del estudio.

A través de esta actividad se pudieron tratar asuntos que de forma individual resulta difícil abordar, como la cronificación, las resistencias al cambio o las consecuencias de la dedicación a actividades económicas marginales.

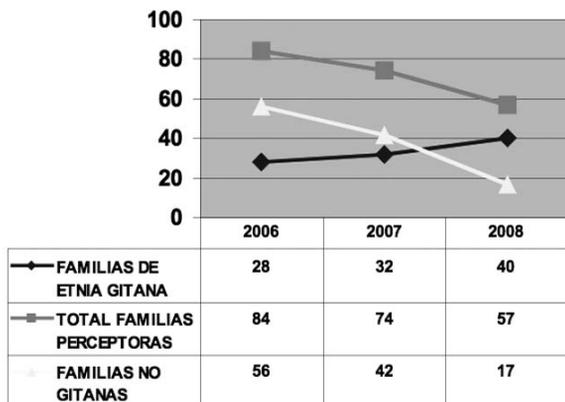
La exposición dio lugar a una reflexión interesante ya que algunos datos provocaron reacciones en los participantes, como los referentes a la implicación en la inserción y los indicadores de cronificación que se reflejaban en la población perteneciente a la comunidad gitana, cuyas gráficas se resumen a continuación:

Gráfico 1: EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PERCEPTORES RMI



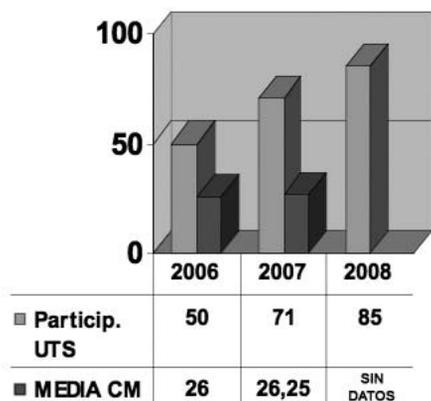
Fuentes:
 Datos del propio Trabajador Social obtenidos de la base de datos del Centro de Servicios Sociales.
 Balance anual de Gestión de la RMI. Comunidad de Madrid, año 2006.
 Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Balance anual de Gestión de la RMI. Comunidad de Madrid, año 2007.
 Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Datos ofrecidos por Sección de Prevención de la exclusión y Rentas Mínimas referentes al 2008.
 Datos INEM:
http://www.inem.es/inem/cifras/datos_estadisticos/municipios/index.html

Gráfico 2: EVOLUCIÓN FAMILIAS SEGÚN PERTENENCIA A LA COMUNIDAD GITANA

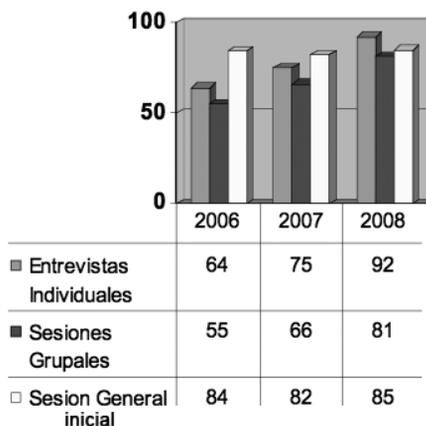


Fuente:
Datos del propio Trabajador Social
obtenidos de la base de
datos del Centro de Servicios Sociales.

**Gráfico 3:
PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS
DE INSERCIÓN SOCIAL (%)**



**Gráfico 4:
PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES
EN EL CENTRO SSSS (%)**



Fuentes:
Datos del propio Trabajador Social obtenidos de la base de datos del Centro de Servicios Sociales.
Balance anual de Gestión de la RMI. Comunidad de Madrid, año 2006.
Consejería de Familia y Asuntos Sociales.
Balance anual de Gestión de la RMI. Comunidad de Madrid, año 2007.
Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Haciendo una breve interpretación de los datos, se puede exponer lo siguiente:

- La tendencia inversa entre las estadísticas correspondientes al número perceptores de RMI y al de desempleados puede deberse a que el aumento del desempleo se ha trasladado al sistema de cobertura del INEM, no habiendo repercutido aún en el número de perceptores de RMI, aunque es previsible que este dato haya comenzado a variar con posterioridad a octubre de 2008 dada la actual coyuntura laboral.
- El número de familias perceptoras en la UTS descendió entre los años 2006 y 2008 en un 32.1%, superando el descenso medio en la Comunidad de Madrid (18.1%) y en el distrito (14.9%).
- El número de perceptores de RMI desciende desde 2006 por inserción laboral principalmente. Esta cifra alcanza el 61% en la UTS, siendo superior al indicador de la CM: en 2007, un 47%. Este dato es aún más positivo si tenemos en cuenta los elevados índices de desempleo en Entrevías.
- El número de familias gitanas en relación total de familias perceptoras de RMI en la UTS, ha pasado, del 33,3 % en 2006 al 70,1% en 2008.
- La participación en las actividades del centro de servicios sociales y en proyectos de inserción ha mejorado considerablemente, alcanzando el 85% de éxito en ambas variables.



5. Reuniones de los grupos.

SESIONES 2 y 3: a lo largo de las dos sesiones, y con todos los grupos, se realizaron las siguientes actividades:

- Continuación del debate sobre lo aportado por el estudio.
- Análisis mediante una dinámica de grupo utilizando la metodología de DAFO (Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades) por Grupos sobre la prestación RMI. Dado el escaso nivel de instrucción de los participantes, fue necesario hacer una dinámica previa que luego se formalizaría en un DAFO.
- Puesta en común del DAFO General sobre la prestación RMI volcando lo aportado por cada grupo de forma que se ratificase un análisis general.

El DAFO final, responde al siguiente esquema, que fue trabajado con la finalidad de poder realizar posteriormente propuestas en la mejora de la prestación RMI.

DAFO

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Escasa cuantía • No tiene en cuenta los costes del alojamiento • Lentitud en procesos de levantamiento de suspensión y concesión • No fomenta el acceso al mundo laboral de los hijos • Burocracia • Es necesario adaptar algunos proyectos 	<ul style="list-style-type: none"> • Crea dependencia • Acomodamiento a la RMI y los beneficios complementarios que conlleva • Desaprovechamiento de recursos
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Aporta unos ingresos mínimos por derecho • Conexión de RMI con becas escolares, concesión de plazas, subvención IVIMA, y otros procesos de ayudas sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos y proyectos • El apoyo de los Servicios Sociales • Acerca oportunidades • Facilita el contacto y el apoyo de las redes sociales /asociaciones

- Elaboración de propuestas en referencia a la RMI, que se concertaron en recomendaciones dirigidas a la administración, perceptores y profesionales.

6. Elaboración del informe

Con el objetivo de visibilizar las propuestas formuladas y el proceso seguido, se elaboró un informe, el cual consta de varias partes:

- Estudio realizado en enero a partir de los datos explotados y de los cuestionarios elaborados por los perceptores.
- Proceso de participación grupal.
- Opinión de los perceptores.
- Propuestas y conclusiones elaboradas por los perceptores con el apoyo del trabajador social y de los datos extraídos.

7. Reunión General de evaluación y entrega del informe a la Comunidad de Madrid.

Esta reunión tuvo lugar a mediados de junio, y en ella participó la Jefa del Servicio de Prevención de la Exclusión y Rentas Mínimas de la Comunidad de Madrid, junto con otros responsables de ese servicio del departamento de Servicios Sociales de la Junta de Distrito. Por supuesto, también contó con la presencia de los perceptores de RMI, sin duda posprotagonistas de la experiencia y del informe al que ha dado lugar.

Las propuestas elaboradas desde los grupos de perceptores de RMI de la UTS, organizadas según los agentes que intervienen (administraciones, profesionales y familias) son las siguientes:

PROPUESTAS PARA LAS ADMINISTRACIONES

- Avanzar en la consecución de una RMI concebida como derecho básico ciudadano: La Renta Básica.
- Modificar los baremos económicos, de cara a que el trabajo de un hijo no suponga la suspensión de la RMI.
- Introducir en el cómputo de la cuantía a percibir de RMI factores correctores como el coste del alojamiento en Madrid, especialmente en el caso de personas sin hogar.
- Universalizar el acceso a becas de comedor y de libros para que el acceso al empleo no se viva como una disminución en el acceso a recursos y por tanto de capacidad económica.

- Agilizar procesos de levantamiento de suspensiones y concesiones.
- Disminuir burocracia, potenciación de los canales de gestión telemática, agilización de gestiones y eliminación de traslados a registros, oficinas de empleo, etc.
- Priorizar la oferta de empleos de la Agencia Municipal de Empleo y del Servicio Regional de Empleo para familias receptoras de RMI.
- Aumentar la formación unida al empleo y mejorar los canales de información sobre ofertas formativas.
- Incluir en ofertas formativas mecanismos de incentivo para los miembros de la unidad familiar receptora que cubran los costes de la formación, transporte, etc. y que éstos no tengan repercusión en la cuantía de la RMI.
- Priorizar la adjudicación de puestos en mercadillos para familias receptoras de RMI de manera que accedan al autoempleo en los sectores a los que tradicionalmente y de forma irregular (con el riesgo que ello supone) se dedican.
- Promover proyectos de RMI que contemplen acceso a carnet de conducir como forma de inserción laboral y la educación familiar.
- Es necesario que, desde las administraciones, se impulse y apoye a las organizaciones sociales y asociaciones que trabajan por nuestra inserción de manera cercana y adaptada a nuestra realidad, ya que gracias a su esfuerzo, muchos de nosotros aumentamos nuestro bienestar.

PROPUESTAS DESDE Y PARA LAS FAMILIAS

Desde el reconocimiento de nuestras responsabilidades como familias, en este caso receptoras de la RMI, se identifican las siguientes retos y compromisos a asumir:

- Debemos planificar nuestras vidas, intentando ser protagonistas de las mismas.
- Debemos arriesgarnos a asumir aquellas responsabilidades que puedan significar una mejora en nuestras vidas.
- Debemos ayudar a nuestros hijos a formarse, a progresar laboralmente y así no tener que depender de una renta.
- Debemos aprovechar aquellas oportunidades y condiciones que se nos ofrecen desde las administraciones y las asociaciones que trabajan por nosotros.
- Desde nuestra reflexión como familias, consideramos que debemos seguir esforzándonos en participar en aquellas iniciativas que se nos brindan desde los servicios públicos, en la búsqueda activa de empleo, y en planificar a largo plazo nuestros proyectos personales y familiares.

PROPUESTAS PARA LOS PROFESIONALES

- Deben evitarse las esperas prolongadas para ser atendidos.
- Deben ser cercanos, que nos visiten y nos entiendan.
- Que defiendan los intereses de las personas más vulnerables.
- Que nos visiten en casa desde la confianza.
- Que podamos hablar entre nosotros y con ellos en grupos.
- Queremos ser tratados con confianza y sinceridad.
- No deseamos que se hagan cambios de profesional.

Lógicamente, el objetivo de la realización de estas propuestas es el de que sean estudiadas e incluidas en aquellas iniciativas que puedan desarrollarse de cara a políticas sociales y a la elaboración de los correspondientes planes de inclusión y de Rentas Mínimas.

CONCLUSIONES

Esta experiencia representa una sistematización de la práctica en lo que se refiere al Trabajo Social con familias receptoras de Renta Mínima de Inserción (RMI) dentro de un marco de Investigación-Acción-Participante (IAP), siendo al mismo tiempo una metodología de investigación y un proceso de intervención social.

El trabajo grupal inmerso en la IAP constituye una gran herramienta para la intervención social que aporta un beneficio claro para la población en situación de exclusión social. La metodología grupal, unida a la IAP, ha permitido:

- Contrastar las impresiones subjetivas con datos, ampliando el conocimiento sobre la población objeto de la intervención.
- Crear un espacio de reflexión y autocrítica en el que se ha devuelto a la población el análisis utilizando una metodología aproximada a los Grupos Operativos.
- Transmitir información sobre la prestación RMI, procesos, reglamento, etc.
- Modificar la imagen que los receptores tenían del trabajador social y la relación de ayuda.
- Trabajar temas de interés con los receptores que no podrían haberse tratado en entrevista.
- Homogenizar pautas y motivar a la participación en proyectos de inserción, escolarización, etc.

- Disminuir el número de citas en despacho del trabajador social, ya que el 50% de las atenciones individuales con familias receptoras de RMI se han sustituido por sesiones grupales.
- Consensuar con los propios ciudadanos las medidas y actividades a establecer de cara a la intervención social y mejorar su participación en las mismas.
- Evaluar y planificar la intervención del trabajador social mediante el análisis del impacto de las diferentes medidas asumidas por el mismo.
- Sistematizar la intervención individual, grupal y comunitaria.
- Potenciar la participación de personas en situación de exclusión en la elaboración de propuestas con respecto a la RMI.
- Generar un espacio colectivo de reflexión y trabajo común.
- Aumentar la implicación de los ciudadanos en situación de exclusión social en sus propios procesos de cambio e inserción social.

En definitiva, la metodología grupal y el proceso de IAP han permitido no sólo “simultanear la experiencia del conocimiento personal con la crítica sociopolítica” (Zamanillo, Teresa. 2008: 119), sino elevar los niveles de inserción social de las personas involucradas, aumentando su bienestar. Del mismo modo, ha contribuido a mejorar la intervención del trabajador social.

La rutina, la falta de tiempo, la presión asistencial, las características de la población a la que atendemos, los condicionantes políticos e institucionales y, en resumen, las dificultades que encontramos en nuestro trabajo diario, nos pueden conducir a instalarnos en la queja. Hacer viable otra forma de trabajar depende en gran medida de la implicación de los profesionales del Trabajo Social. Nunca es tarde para introducir cambios, para vencer nuestros temores y resistencias, para crear espacios de intervención que potencien nuestra labor profesional y para generar dinámicas de desarrollo de los derechos sociales y participación de la ciudadanía

BIBLIOGRAFÍA

BAUMAN, Zigmunt

(2005) Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos, Madrid. Ed. Fondo de Cultura Económica de España S.L.

(2003) Comunidad: en busca de seguridad en un mundo hostil. Ed. S XXI. Madrid.

ZAMANILLO PERAL, Teresa (2008) Trabajo social con Grupos y Pedagogía Ciudadana. Madrid. Ed. Síntesis.

SENNET, Richard (2003): El respeto, Ed. Anagrama, Barcelona.

MARTÍN GINER, África y GARCÍA MARTÍN, Lorenzo. "El grupo como viaje de transformación personal y social". Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 21, (2008): 43-61. UCM. Madrid.

NAVARRO PEDREÑO, Silvia (2004) Redes sociales y construcción comunitaria, Ed. CCS, Madrid.

COMUNIDAD DE MADRID. CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES (años 2006 y 2007). Balance anual de Gestión de la RMI.

COMUNIDAD DE MADRID. CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES. Plan de lucha contra la Exclusión 2002-2006.

AYUNTAMIENTO DE MADRID. AREA DE GOBIERNO DE FAMILIA Y SERVICIOS SOCIALES. Plan de Atención Social Primaria 2008-2011.

SONRISAS DE BOMBAY

*Entrevista realizada por la vocal de publicaciones a **Jaume Sanllorente**, fundador de la ONG "Sonrisas de Bombay". Con ella nos quiere dar a conocer este proyecto, su origen y sus líneas de trabajo.*



Hola, Jaume ¿Nos gustaría saber cual fue el origen de esta ONG, y porque su nombre?

El último día de un viaje a la India por turismo, conocí un pequeño orfanato con cuarenta niños a las afueras de Bombay. Si nada se hacía, aquel centro cerraba por falta de fondos y los menores deberían volver a las calles y a la mendicidad. Volví a Barcelona, dejé mi trabajo y regresé a Bombay con mis ahorros para poder salvar el centro.

¿El nombre de la entidad? Porque sin duda es lo que más asocio a aquellos primeros niños y a los demás que se han beneficiado del proyecto posteriormente: sus sonrisas.

¿Podrías describirnos brevemente las líneas de trabajo de vuestro proyecto, así como la metodología que utilizáis?

Educación, Sanidad y Desarrollo Socio-Económico, son los principales pilares de la entidad, sus ámbitos de actuación. Dado que todo proceso de desarrollo es un proceso propio del país que lo lleva a cabo, nuestro papel ha de ser el de acompañar y asesorar, participando en el proyecto, pero no crear dependencias. La cooperación debe basarse en la confianza y experiencia con las contrapartes locales (formadas por comunidades de Bombay) y con nosotros mismos. Por lo tanto, nuestro trabajo es una colaboración con personas y organizaciones de Bombay y alrededores con quien las diferencias culturales, ideológicas y religiosas no suponen un obstáculo a la hora de perseguir un objetivo común: el desarrollo integral de una persona y el de toda su comunidad.

¿A qué colectivos concretos dirigís vuestro trabajo?

La misión de Sonrisas de Bombay es ayudar a los grupos sociales más desfavorecidos de Bombay, asistiendo sus necesidades más básicas y promoviendo herramientas para conseguir su autosuficiencia.

¿Con qué equipo humano cuenta esta entidad?

Con 339 personas de nacionalidad india (entre coordinadores, profesores, médicos, personal paramédico...) y un equipo pequeño en España para la captación de fondos que permita nutrir el proyecto.

¿Cuáles son vuestras vías de financiación?

El 58'73% corresponde a las cuotas de socios que, con 15 euros al mes, contribuyen a que el Proyecto avance. Los socios son la fuente de ingresos más importante de Sonrisas de Bombay.

La India cuenta con una diversidad cultural y religiosa muy importante. ¿Cómo influye esto en vuestro trabajo cotidiano?

Al principio había aspectos que nos chocaban muchísimo, pero poco a poco uno se va adaptando y adecuando a las diferentes situaciones. Respetar la India significa respetar sus numerosas religiones. Trabajamos con comunidades donde se practican todas las religiones: hinduista, cristiana, sickh... Y nuestra línea es y debe ser siempre la de respetarlas todas.

¿Cuál es el aspecto más positivo que te has encontrado a lo largo de estos años? ¿Y el más negativo?

El positivo es ver el resultado del trabajo en un beneficiario, en como el trabajo de la entidad ha afectado para bien el curso de su vida. Otra cosa muy positiva es ver como el equipo crece y se amplía y cada vez más personas comparten tu misma ilusión y sienten Sonrisas de Bombay. Eso también llena de satisfacción.

Lo más negativo son, sin duda, dos cosas: los fracasos en el destino de los beneficiarios, veces en las que se lucha para que un menor salga de una determinada situación al final no se consigue; y los inacabables trámites burocráticos de la India.

Por otro lado, otras cosas malas que nos han ido sucediendo (cosa normal, no todo son cosas buenas) nos han enseñado mucho y, particularmente, me han hecho más fuerte para adversidades que van llegando después. Como dice una amiga mía, las tragedias son a veces bendiciones maquilladas...

Cuando miras hacia el futuro ¿qué ves?

A Pooja, a Abkita, a Babu... con trabajo, familia, y viviendo una vida de libertades. Eso es lo que quiero ver y mi trabajo y el de toda la organización va hacia esa visión.

Para terminar ¿qué mensaje le querrías hacer llegar a los lectores de nuestra revista, profesionales también de la intervención social?

Que hagan su trabajo siempre guiados por su corazón pero sin olvidar nunca la cabeza. Una decisión acertada, sea en el sector que sea, debe contar siempre con un equilibrio de ambas partes. Por otro lado, como no, les diría que colaboraran con Sonrisas de Bombay. Por muy insignificante que a uno le parezca su ayuda, siempre es mucha.





El Retiro (Madrid), 1984

LOS LÍMITES EN LA RELACIÓN DE AYUDA: EL DERECHO A DECIDIR CÓMO VIVIR

Rosa Gómez Trenado

DTS Col. n° 4.306

RESUMEN

La relación de ayuda como metodología requiere que el usuario sea agente de su propio cambio, para que el ayudante sea reconocido en el proceso, los límites del cambio son marcados, el derecho a decidir, qué, cómo, cuánto y cuando cambiar. Elección que marca los límites para la continuidad del proceso del agente de cambio.

PALABRAS CLAVE

Proceso de cambio. Escucha activa. Empatía. Derecho a decidir. Cese de la relación: alta unilateral.

Partamos para fundamentar este trabajo de que, para entrar a trabajar con personas en conflicto, nos situamos ante personas en crisis que viven una situación de necesidad y desean ser escuchadas antes que confrontadas, juzgadas y dirigidas.

El enfoque de la metodología de trabajo que utilizamos, la relación de ayuda, así como el despliegue de los elementos para favorecer el cambio como objetivo -lo proyectaremos en concreto en este trabajo- con las dificultades que genera dilucidar entre **la frontera del cambio** favorecida por la puesta en marcha de la Relación de Ayuda, con la **frontera de la cronicidad** establecida por el usuario a lo

largo de todo un proceso de trabajo motivando para el cambio, donde el usuario decide los tiempos de acompañamiento y el cese del mismo. Vamos a presentar por tanto un caso en el que la Relación de Ayuda no se puede seguir llevando a cabo por la toma de decisión del usuario en el proceso donde el fin último de esta toma de decisión después de todo el acompañamiento es la continuidad de la situación de partida, la situación de riesgo-maltrato detectada.

Así, y siguiendo a Luciano Cian (*La relación de ayuda. Editorial CCS, 1993*), como encuadre de la exposición, consideramos que la persona necesitada de ayuda se encuentra en una dinámica que puede establecerse según el siguiente esquema:

1. Está viviendo una situación que le supone una dificultad concreta, cabe señalar que en este momento es **el usuario el que conoce mejor que nadie**, lo que está viviendo, las implicaciones y los elementos en juego. Las implicaciones y elementos son fundamentales en la toma de decisión del usuario, que es el protagonista del proceso, no el profesional, en la consecución de los objetivos...
2. Esto genera sufrimiento y el profesional es **interpelado desde el sufrimiento** concreto que le acarrea la situación conflictiva que está viviendo. La idea fundamental es tener presente que el profesional es interpelado desde el sufrimiento concreto que él determina.
3. El sufrimiento **se expresa con diferentes sentimientos**: inseguridad, miedo, ansiedad, culpabilidad, confusión...

Cian afirma que la persona que está en conflicto (situación-dificultad-sufrimiento-sentimiento) experimenta un proceso de recorrido inverso:

1. Espera que comprendamos todo aquello que vive en especial **sus sentimientos**, que aceptemos su confusión, su incertidumbre, su miedo, su inquietud.
2. El usuario espera que el **profesional participe** de alguna manera en el sufrimiento que está experimentando, que se ponga en su lugar con una actitud empática.
3. El usuario espera que el profesional **examine con él las dificultades y busque** el sentido de su problema, sin juzgar.
4. La persona en crisis finalmente espera que el profesional le ayude a buscar pistas vitales para salir de tal situación, para **tomar una decisión** o para vivir de otra forma aquello que **no tenga visos de solución**.

Hagamos un breve repaso por los elementos que se ponen en marcha en la relación de ayuda, y **definámosla como aquella que intenta combatir la desestructuración de las actitudes normalizadas en la persona** (sea cual sea su edad o situación) **que experimenta pérdidas significativas**. Vamos a establecer un cierto **tipo de relación**, en que la otra persona pueda descubrir por sí misma **su capacidad, sus potencialidades, y utilizarlos para su propia maduración y de esa manera producir el cambio y el desarrollo personal**.

El objetivo por tanto es provocar cambios, **motivando para el cambio**. Ésta es la base de la Relación de Ayuda. **La persona ha de favorecer sus propios cambios mediante la estimulación de alternativas que por la situación de crisis tiene bloqueadas, pero considerando que tiene potencialidades para favorecer su propio cambio**. Es una aproximación que permite a la persona **usar sus propios recursos** para afrontar los propios problemas.

Se trata de crear un **clima de respeto, centrado en sus necesidades**, centrado en la persona no en su problema, de manera que la escucha centrada en la persona permitirá la comprensión de su globalidad, centrarnos en el problema marcará un enfoque de intervención directivo.

Para afrontar estas realidades el profesional debe **partir de las prioridades que marca el usuario**, debemos favorecerlas desde los puntos de interés que favorezcan y lo motiven para éste. De esta manera el cambio será auténtico y duradero, el impulso ha de venir de dentro.

La primera etapa sería la orientación, (establecer la relación) o el hecho de establecer un primer contacto. Nuestra meta es comprenderlo. Una primera relación que llegue a ser un instrumento para medir al otro, para descubrir los límites que lo configuran y para pactar unas normas de relación (implícita o explícita). Este primer contacto debe favorecer un clima de confianza, donde manifestemos el respeto, la autenticidad, comprensión empática. En esta fase se definirán los roles, esto implica ayudar a clarificar sus problemas y por consiguiente la expresión de sus necesidades.

En la mayoría de los casos las personas en riesgo social con las que trabajamos no nos han demandado ayuda, ni tan siquiera quieren un cambio, ni están motivados a ello, por lo que la primera fase de contacto y empatía marcará la continuidad o no de nuestra intervención, el adecuado despliegue de destrezas para la comunicación, favorecerá o extinguirá la posibilidad de intervenir.

En esta primera etapa **la identificación** se entenderá como un proceso inconsciente a través de la cual el usuario intenta moldearse a imagen de la persona que le ayuda. Es la fase de establecimiento del **vínculo**.

La segunda etapa sería de explotación o trabajo en ella hay que determinar cuáles son los problemas y hallar las estrategias para superarlos. La meta es personalizar e iniciar un plan de acción.

La importancia de esta etapa radica en la búsqueda y percepción de los problemas mencionados con la finalidad de descubrir las necesidades del usuario, de responder a sus necesidades potenciando el hecho de mejorar su relación.

Esta fase de trabajo deberá **potenciarse el aprendizaje y la expresión de nuevos comportamientos**.

En este **proceso el profesional y el usuario deberán definir** el grado de implicación. Las estrategias, soluciones, solo serán efectivas si son asumidas por el usuario. **La relación de ayuda no es tal si no provoca que el usuario encuentre soluciones de autoayuda.**

La tercera y última etapa resolución o terminación, requiere de una larga preparación. Es importante el hecho de reconocer y compartir la vivencia que la relación ha generado en ambas personas, sin embargo debemos preparar al usuario para el fin de una relación asegurándole un paso de transición entre su situación actual y la que se genere. Debemos explicar los motivos del término con el fin de que la persona no lo vea como un rechazo.

PRINCIPALES ELEMENTOS QUE SE VAN A PONER EN MARCHA EN EL DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

1. Actitud empática o comprensión empática (AE). En esta primera fase de aproximación es fundamental transmitir ESCUCHA empática y comprensión de las necesidades, significados y sentido que estamos dando a su situación tanto con el lenguaje verbal como con el no verbal. En la primera fase de contacto en la que nos aproximamos al usuario es fundamental desplegar la destreza de la escucha activa, donde comprendamos su mundo y sea percibido por éste con la forma de aproximarnos, el respeto de sus ritmos, y la observación de los niveles de tolerancia de nuestra intromisión. Establecimiento del vínculo.

No debemos olvidar que el usuario es protagonista de su propio cambio y si no se siente acogido en un clima que favorezca el desarrollo de los distintos elementos de la relación de ayuda no va favorecer la apertura. El profesional debe implicarse intentando **comprender** las problemáticas en los términos que el individuo las expresas.

2. Aceptación Incondicional (AI). Implica la **ausencia de juicio moral en la relación con el otro**: aceptar su manera distinta de vivir. Ello **implica** respetar al otro sólo por el hecho de ser persona, aún cuando puedo estar en desacuerdo con sus conductas. Supone confiar en sus recursos para afrontar el problema, en su capacidad de decidir. Aceptar incondicionalmente sus decisiones y su persona. Sentirse aceptado es un elemento básico en la relación. Cuando el usuario percibe esta actitud se siente seguro y aprende a ser él mismo, se abre no oculta su manera de ser: se siente aceptado, y se acepta.

3. Autenticidad (AU). No podemos intervenir a partir de procesos en los que no creemos. La autenticidad es una línea de actuación. A partir de la autenticidad el profesional puede ser un modelo que permita al individuo experimentar su propio proceso. Solo desde el hecho de pensar que **“tu puedes”** podremos intervenir adecuadamente y transmitir autenticidad al usuario.

4. Respeto (R). Potenciar el **respeto desde la escucha activa y comprensión**, a partir de considerar que la persona a la que facilitamos procesos de ayuda es única biológica y psicológicamente en un entorno concreto, donde se dan relaciones en conflicto, comprendiendo la singularidad de cada individuo.

El papel del profesional será el de **reformular la incoherencia del proceso** desde una visión objetiva y respetuosa. La persona **tiene capacidad de escoger y por consiguiente posee criterios propios**.

Veamos el trabajo iniciado con el usuario, donde la consecución de los objetivos se ve finalizada por el cese del proceso marcado por él mismo.

TRABAJO DE CASO:

SITUACIÓN DE PARTIDA

Persona mayor de 85 años de edad, Manuel, que convive con una hija, María, con un trastorno de personalidad de doce años de evolución, siendo esta su principal cuidadora y careciendo de habilidades para el cuidado y auto cuidado. Esta situación favorece negligencia en la cobertura de necesidades de la persona mayor, por tanto malos tratos.

La vivienda carece de los elementos básicos para permitir una adecuada cobertura de necesidades de los convivientes, carece de agua, luz, higiene, y acumulación de objetos por María con la idea constante de prever carencias ante posibles situaciones de necesidad, emergencia o catástrofe. La vivienda se ubica en una cañada de una zona rural.

La relación de ambos es dependiente y simbiótica, no pudiéndose generar ningún tipo de actuación que no sea conjunta, y ambos se adaptan patológicamente a la situación y formas de convivencia.

Como antecedentes personales cabe destacar el perfil de Manuel, una persona que ha vivido siempre en el entorno rural, sin hábitos adecuados a nivel bio-psico-social. Ambos son reacios a que ninguna persona externa entre en la vivienda.

Es padre de tres hijos, uno de ellos con problemas de toxicomanías en paradero desconocido, María con el perfil mencionado y Andrés con Síndrome de Down.

La falta de relación con el entorno cuando se entra en contacto con el caso se fundamenta en la enfermedad de la esposa, enferma de cáncer que no recibe tratamiento alguno, así como el nivel patológico de María que apenas se levanta de la cama, en convivencia con el hermano con Síndrome de Down, sin estimulación alguna.

El caso entra en los Servicios Sociales tras detectarse la necesidad de abandonar la vivienda por las inundaciones y la resistencia de la familia a abandonar la misma. En este momento la madre ya ha fallecido y los convivientes son Manuel padre, María y Andrés. Desde el Centro de Salud se hace un trabajo previo que favorece la entrada de Andrés en centro de atención específica.

INTERVENCIÓN DESDE LA RELACIÓN DE AYUDA

FASE DE ORIENTACIÓN:

Tras la situación de maltrato detectada, iniciamos la puesta en marcha de la relación de ayuda con Manuel, ya que **María por su problema de salud mental, no puede ser el objetivo de esta metodología** dada la imposibilidad de generar situaciones de confrontación con la realidad que generen situaciones de cambio. Los cambios con María han de ser enfocados desde el trabajo que realizan sus Terapeutas del Centro de Salud Mental.

El primer encuentro de presentación hacia el usuario y su hija lo iniciamos en la Comunidad Terapéutica donde María acude en la modalidad de Centro de Día y por el cual Manuel, por la relación patológica que mantiene con su hija, merodea a diario. Se solicita al centro el espacio para la presentación, por la relación previa que ésta institución tiene con ellos. Iniciamos una aproximación **empática**, basada principalmente en la **escucha activa (EA)** de su situación.

En la primera aproximación, nuestro objetivo se centra en acercarnos a él mediante una actitud que muestre la comprensión de su situación tal y como él la percibe, los significados que da a su realidad y lo que considera importante. **Comprensión holística de todas las áreas.** Ya que la aproximación va a tener presente los elementos de partida descritos **(AI,R)**.

Nos centramos en presentarnos y ofrecer ayuda desde la gestión de recursos que precisen, siendo el fundamento la argumentación de recursos económicos, para los que los usuarios se muestran agradecidos pero reacios. Tenemos presente la información previa de los usuarios. No alargamos más la entrevista al detectar el rechazo de éstos a nuestro servicio. **(EA)**.

Para **promover el cambio** es importante crear un espacio adecuado, en el que el otro vaya adquiriendo seguridad y desde donde podremos empezar a hablar del problema, fomentando en Manuel una actitud receptiva y no defensiva, por lo que ante el rechazo, reducimos el tiempo de la entrevista de presentación, no olvidamos que el objetivo es presentarnos. Estamos transmitiendo **comprensión empática** al usuario... **(EA,AI,AU,R)**.

Por la información que dan los servicios de Salud Mental, ambos usuarios se ubican a horas tempranas en la plaza próxima al Centro de Día donde, Manuel se queda mientras María acude al mismo. Salen de su domicilio a las cinco de la

mañana para llegar a tiempo, estas directrices están fuera de la realidad y son marcadas por María dentro de la falta de habilidades y por tanto **maltrato pasivo** que infringe sobre su padre como cuidadora. Comenzamos a acudir al sitio y preguntar los horarios de localización en el entorno. La **recopilación de datos** por nuestra parte se ha basado en escuchar no solo datos sobre su situación, sino escuchar sus comportamientos. (EA).

Iniciamos la fase de **establecimiento del vínculo** donde nos planteamos como objetivo la aproximación que genere una relación significativa en el usuario, recordemos la teoría de la influencia social de Egan (*Un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal*. Editorial Iberoamerica, 1975). según la cual, una persona necesitada de ayuda está abierta a la influencia de aquellos a los que considera capaces de ayudarlo, para ello, Manuel ha de percibirnos como confidentes, auténticos, sinceros, respetuosos, entre otras actitudes a percibir.

La aproximación se va a dar en el entorno cotidiano, sabemos que no podemos acudir al domicilio, ya que conocemos la resistencia de ambos a la entrada en él y la salida temprana de éste. Manuel se sienta a diario en el banco de la plaza y es ahí donde iniciamos la aproximación, con saludos casi diarios.

Creemos en la posibilidad de cambio y en los potenciales de éste a pesar de su resistencia y cronicidad, durante años, **aceptación incondicional del usuario (AI)**.

Las primeras aproximaciones son rápidas, saludos, donde nos explica donde esta Maria, en los que mientras Manuel está sentado, nosotros permanecemos de pie, aún no nos ha invitado a la proximidad. **Estamos haciendo una escucha del lenguaje no verbal también.** Estamos teniendo una aproximación empática, poniéndonos en el lugar del otro y aproximándonos a su mundo como él lo ve. Manuel muestra hacia nosotros una actitud de simpatía. Por otro lado estamos poniendo en marcha la **AI** en la medida que estamos aceptando sin condiciones a Manuel y su vida, no estamos emitiendo juicios de valor. Estamos viendo el lado positivo de nuestra intervención, por lo que creemos en la posibilidad de cambio de Manuel. Creemos en el proceso, **(AU)**. Leemos la realidad con los parámetros de las personas a las que pretendemos ayudar. **(E)**.

Las aproximaciones que se dan en momentos coincidentes con María, se caracterizan por las respuestas de resistencia y rechazo y la tutorización involuntaria de Manuel que dificultan la puesta en marcha de la creación del vínculo, y, teniendo presente la influencia de Manuel sobre la hija, nos planteamos la creación

del vínculo con Manuel que facilite la aproximación a María con el objetivo de generar la no interferencia de ésta en el proceso de cambio que iniciamos. Recordemos la imposibilidad de iniciar el proceso con María, y la importancia de ésta en la vida de Manuel, en la que tiene un protagonismo esencial, forma parte importante de la vida de Manuel pero no forma parte del proceso de cambio. Recordemos que María es usuaria de los servicios de Salud Mental y se está trabajando con ella desde éste recurso especializado de atención.

La aproximación a Manuel en el entorno supone la apertura del mismo a las actividades diarias que realiza, ahora nos sentamos mayor tiempo con Manuel en el banco y empieza a narrarnos problemáticas de salud, los días que está preocupado por la tardanza de María, nosotros le informamos del motivo de la misma por la atención en salud mental. Le hacemos ver que comprendemos su mundo y lo **respetamos-estamos comunicando comprensión**.

Los días de lluvia entra en el Centro de Día, y nosotros ayudamos a la entrada de Manuel en éste ya que, a diario llega a la zona cargado de bolsas, María tiene la fijación de que, en caso de inundaciones o enfermedad de Manuel, ha de llevar todo encima. Continuamos empatizando con el modus vivendi de Manuel. La forma elegida para aproximarnos respetando sus decisiones y los límites que marca es una manera de transmitir una **respuesta empática** a través del lenguaje verbal y no verbal.

Es una aproximación medida y cautelosa, en la medida que perseguimos el respeto a su forma de ser y de vivir, a sus normas, por tanto será una aproximación progresiva, dedicamos tiempo estamos respetando la diferencia del otro **(AI)** no estamos siendo directivos-.

La asistencia diaria y el apoyo en actividades cotidianas a Manuel-le genera una actitud de confianza- al sentirse **escuchado** en todas las áreas, el interés que ha percibido ha iniciado un proceso de **confrontación** de las ideas que hacia nosotros tenía que ha permitido que se sienta acogido y nos acoja, iniciando una **apertura** hacia nosotros, donde nos permite negociar la visita en el domicilio, acordando la fecha de la misma buscando el feed-back, a lo que Manuel acepta. El día de la visita no localizamos a los usuarios, María boicotea toda entrada en el domicilio.

María a lo largo del proceso es un agente de inercia hacia el cambio, podemos presentarla en el proceso como el elemento perturbador que por inercia no persigue movimientos. Cabe señalar que a nivel profesional el posicionamiento hacia

María nunca se va a plantear desde el cambio, si desde un trabajo coordinado con su terapeuta y desde la **búsqueda del vínculo y la confianza establecida** con Manuel que va a ser el elemento que inste a la ruptura de la inercia desde la autoridad que ejerce frente a su hija.

Nunca nos vamos a situar enfrente de María porque ello supone no respetar la vida de ambos, **no empatizar con su modus vivendi, con su relación y por tanto perjudicar el proceso iniciado** con Manuel.

Manuel insta a su hija a que acudamos al domicilio, a que nos deje - habla de nuestra actitud hacia ellos” siempre nos ayuda, no va a hacer nada que no queramos” la relación de confianza está establecida- **el vínculo esta instaurado.**

La entrada, teniendo presente la resistencia de ambos-aunque en mayor medida de María-es gradual. Sólo entramos en el salón y la cocina, empatizando con su modo de vida para no generar respuestas que rompan la confianza. **Control del lenguaje no verbal.** No tenemos prisa por entrar.

Estamos dedicando **mucho tiempo a establecer la relación de ayuda** con Manuel, al contacto con este, acelerar el proceso nos haría ser directivos y no establecer una relación de ayuda, no tendríamos una recepción positiva por parte del mismo, ni gradual.

A esta forma de aproximarnos hemos dedicado año y medio, tiempo en el que hemos perseguido transmitir: Comprensión empática **(CE)**, Aceptación incondicional **(AI)**, Respeto **(RP)**, Autenticidad **(AU)**.

La **(AI)** la hemos centrado en su mundo, en su forma de vivir, conociendo sus hábitos, nos hemos posicionado a su lado para favorecer una relación interpersonal aceptando su mundo.

La comprensión de su mundo nos ha llevado a respetar sus formas, su singularidad y por tanto dar un trato digno por encima de todo con la cordialidad en las formas de hacer, incluida la relación con María y la inercia establecida por ella, para la que a nivel profesional hemos requerido de la **reelaboración de estrategias** continuamente. Hemos fundamentando las formas de hacer en este conocimiento, si bien el proceso iniciado se ha dirigido hacia Manuel, la escucha activa ha incluido a María, para poder trabajar las estrategias que favorezcan la no interferencia de la misma y la coordinación interistitucional.

La **(AI)** de todos los elementos descritos ha generado un actitud hacia Manuel en la que ha percibido la **(AU)**, creemos en el cambio y se lo hemos transmitido en todo el proceso, a nivel analógico. María nos ha percibido en todo el proceso como agente de cambio, por tanto como AMENAZA.

FASE DE EXPLOTACIÓN

Todo este proceso va generando cambios en el usuario, el grado de apertura es mayor, el usuario se va despojando de todos los elementos de apariencia que proyectaba con la resistencia a la intervención. La apertura es tal que realizamos visitas a domicilio continuadas, previa negociación, y posterior boicot de María, Manuel verbaliza la apertura, nos permite el acceso, la comprensión y la aceptación incondicional de su mundo ha sido percibida por éste, ésta se materializa en la **apertura física de su mundo**: su vivienda sin reticencia alguna.

Gradualmente en posteriores visitas la entrada se realiza en el dormitorio, donde detectamos que ambos duermen en la misma cama. Existen indicios de relaciones incestuosas entre ambos por la relación patológica asimilada a la relación de pareja, Creemos en la posibilidad de modificar la situación, no entramos a juzgar para no romper la relación establecida.

María cumple el papel de cuidadora desde el posicionamiento de pareja. Situación que se informa a salud mental, no siendo objeto de intervención desde nuestro servicio en el momento de la intervención en el que estamos.

Manuel tiene ingresos frecuentes en el hospital, ingresos forzados en determinados momentos de manera patológica por María dentro del rol de cuidadora que ejercita . Tras los ingresos Manuel manifiesta preocupación por dejar a su hija sola el día que fallezca, por lo que comienza a plantear áreas de necesidad reales. Demanda apoyo que favorecemos confrontando su preocupación con la situación de la vivienda y el lugar de la misma. Situación que Manuel comienza a reconocer, **el cambio en esta área se esta iniciando**, por lo que invitamos a Manuel a visitar la nueva vivienda. El valor de su vivienda lo manifiesta con la reminiscencia que de ella hace, confrontando la realidad de la misma con la preocupación que tiene por María, acompañamos a Manuel por su **historia de vida, acompañamos existencias**, por lo que Manuel entra a considerar la viabilidad del cambio (Manuel **ha decidido el cambio** en esta área de necesidad).

Dada la resistencia y preocupación, el cambio se da en las condiciones que Manuel establece. Estamos estableciendo una relación **empática, de aceptación y de respeto** hacia la historia de vida y la valía que Manuel hace de su vivienda. Estamos haciendo un acompañamiento emotivo con Manuel.

Semanalmente acuden a llevar una bolsa hasta finalizar de llevar todos los enseres que consideren, dejando para una fase final el mobiliario que no pueden trasladar realizándose una mudanza final por operarios. De este modo Manuel hace un proceso de **desvinculación y de duelo gradual de su vivienda (empatía, respeto, aceptación incondicional)**. La principal resistencia una vez más se da por María, a la que hay que acompañar con más insistencia en el proceso y trabajar a diario el embalaje de enseres, estableciendo límites en negociación con Manuel, ya que continúa manifestando su inercia patológica. La mudanza se da en seis meses. **Hemos respetado los tiempos que Manuel considera, algo que para nosotros hubiese sido más rápido, nos hemos adaptado a través de la empatía a los tiempos del otro, al ritmo.**

Para la firma del contrato de la nueva vivienda acompañamos a Manuel en las condiciones que María valora más idóneas ya que ésta no permite que su padre realice movimientos sin su presencia, por la dependencia ficticia que María genera a su padre de ella. Dado que Manuel ante la dependencia, en momentos de vulnerabilidad, **(E.R)** escucha a su hija **(EA)** hemos de hacerlo en las formas establecidas por María para no generar inseguridad en Manuel, recordemos que María forma parte del proceso aunque no sea protagonista, sí es parte importante de la vida de Manuel.

Una vez instalados tras completar el mobiliario se favorece la distinción de los espacios de sueño separados en la nueva vivienda, sutileza que aportamos, por las sospechas detectadas, que no es validada por María, continuando con los hábitos inadecuados de convivencia. Manuel coincide con su hija, no existe por tanto posibilidad de modificar este hábito.

Desde Salud Mental se realiza un acompañamiento a la organización del domicilio ya que rechazan el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) municipal por la función de cuidadora de María **que Manuel valida no es objeto de cambio (EA)**.

Tras un ingreso hospitalario de Manuel que lo mantiene en cama aproximadamente un mes, adquiere un nivel alto de dependencia, que María aumenta no permitiendo la ejercitación de actuaciones del padre sin silla de ruedas, situación que se ve agravada por el aumento de cataratas de Manuel. Si realizamos una

escucha activa de la nueva situación observamos que el aumento de vulnerabilidad de Manuel ha favorecido la aceptación incondicional de los cuidados inadecuados de su hija, y el aumento de la confianza en las indicaciones de su hija.

Recordemos que ante situaciones puntuales de vulnerabilidad Manuel delega la toma de decisiones en su hija, con lo que María toma el protagonismo y por tanto **la inercia hacia la desadaptación, generando el proceso inverso en la evolución hacia el cambio. Iniciamos por tanto una fase de observación y acompañamiento, la continuidad del proceso de cambio, está en suspenso-(EA, AI).**

Se aborda con Manuel las dificultades de María por sus problemas para atender la nueva situación accediendo Manuel al SAD (**la relación de confianza establecida con Manuel continúa, pero dada su vulnerabilidad es más fácil continuar las indicaciones de María que propiciar un cambio que supone más esfuerzo**).

Dada la resistencia entramos un día a la semana, respetamos el ritmo de Manuel, entramos tras la salida de la auxiliar de salud mental, ya que María respeta mas las directrices de los Terapeutas de Salud Mental que las pautas de la metodología de trabajo de nuestro servicio, recordemos que nuestro objetivo es la no interferencia de María, teniendo presente el papel que juega dentro de la vida de Manuel.

Tras el ingreso hospitalario de Manuel, María ha establecido una relación con un ex recluso en el hospital , situación que a Manuel no agrada ya que María no respeta los límites en la vivienda con la relación, ni la presencia de la autoridad paterna. **El establecimiento del vínculo, así como el respeto al ritmo** establecido por Manuel, hace que nos pida ayuda real en esta área. Por lo que los continuos enfrentamientos de la pareja de María con nuestro servicio, y la solicitud por las distintas instituciones de la salida del mismo en presencia de nosotros validado por Manuel, lo llevan a solicitarnos la salida de éste del mismo. Le informamos de las posibilidades y accede a denunciar la situación, para lo que hacemos el acompañamiento. Manuel, sabe **por la relación establecida que no vamos a comunicar ni a dar ningún paso que el no quiera (E,AI,R)**. Informamos a Manuel que vamos a dar respuesta a su demanda emitiendo un informe a la Fiscalía. La situación de abuso económico, y coacción nos obliga a emitir un informe a Fiscalía, informando de la necesidad de protección, situación de la que informamos a Manuel y que éste nos demanda la puesta en marcha de apoyo **(EA,E,AI)**. A lo largo de todo el proceso hemos acompañado a Manuel, ya que María ha dejado su papel como cuidadora al tener pareja. La situación de vulnerabilidad en la

que Manuel siente seguridad con María, se ve al descubierto, y **ha sido posible re-tomar el proceso de cambio iniciado**. Ante la vulnerabilidad de la dependencia Manuel acepta el SAD diario. El proceso de cambio esta favoreciendo la cobertura de necesidades básicas, alimentación, higiene personal, vestuario, vivienda.

En este momento el proceso de cambio ha permitido la cobertura de las áreas de necesidad marcadas por Manuel: vivienda, higiene, alimentación, vestido, sueño, seguridad.

El servicio se ve boicoteado por María, no pudiéndose dar en los días y horas establecidos, con la continuidad adecuada para satisfacer las necesidades de Manuel. Se negocia considerando Manuel la necesidad del mismo.

A lo largo de meses, la negociación no es cumplida y Manuel **va desterrando la continuidad del proceso de cambio**.

Hay una solicitud implícita de alta en el proceso de cambio, y una petición de retirada de nuestro servicio. Rechazan apoyo, no cabe posibilidad de introducir recursos, vuelta a la relación de pareja con la tutela involuntaria de ambos, continuidad en el modus vivendi. La situación inicial está presente de nuevo, solo ha cambiado aquellas áreas que Manuel ha considerado. A lo largo de esta fase, como profesionales estamos evaluando **la viabilidad ética de continuar el proceso**, ya que si bien el vínculo con Manuel esta establecido, desde ese vinculo manifiesta continuas aprobaciones a los planteamientos de María a pesar de valorar los nuestros, prioriza la toma de decisiones de María, por tanto las suyas. **Tiene derecho a decidir finalizar el proceso.**

Trabajamos por tanto **la última etapa de resolución o terminación** en la que reconocemos con ambos la relación establecida dándole nombre a cada momento de cambio y confrontando la fase inicial con la actual, así como hablamos del no cumplimiento de los acuerdos para lo que ponemos nombre a la ruptura implícita y explicamos la retirada de los servicios y del acompañamiento.

Ahora caminan solos sin tener que evadir a los servicios como elección propia de su vida, esto les genera una ambivalencia entre la continuidad y la ruptura que reubicamos y en la que hasta el momento el usuario no ha requerido de nuestra presencia. Ahora nosotros profesionales no invadimos, ahora camina solo en la toma de decisiones de su vida. Dos personas con capacidad para decidir su forma de vivir. La presencia de los servicios sociales queda relegada a la gestión de recursos fuera del marco de la relación de ayuda.

¿Qué ha pasado en este proceso de cambio?

Nos encontramos con que si tenemos presente los puntos de partida iniciales que establecen Cian, en combinación con la puesta en marcha de esta metodología podemos entrar a analizar cómo el **derecho a decidir** del usuario fundamentado en las principales premisas que no enfocan el autor, donde **el usuario es protagonista** de la situación que vive, y por ello, el **máximo concededor de lo que vive, y de todos los elementos** que están interviniendo, así como la **demanda de ayuda desde el sufrimiento concreto** donde él considera que debemos ser partícipes; relación que nos va a llevar a **analizar las dificultades de manera conjunta** sin emitir juicios, para que el usuario tome una **decisión de cambio**, teniendo una actitud empática de su sufrimiento y sentimientos, nos encontramos con el límite para el cambio en el que confluyen los elementos expuestos: **El derecho a decidir la forma de vivir.**

Sin duda hemos de valorar que la persona tiene capacidad de escoger y por consiguiente posee criterios propios y puede ser capaz de reconocer lo que le es bueno; por tanto **es la más indicada para determinar una línea de conducta adaptada a sus necesidades, deseos y capacidades.** Hemos acompañado al usuario en el proceso de cambio, hemos detectado las áreas de necesidad en las que nos ha hecho partícipes de su sufrimiento y del **cambio que ha requerido**, llevándole a tomar decisiones en las que hemos acompañado, en las que el usuario a lo largo del proceso **ha determinado** desde el protagonismo de su vida, la forma de continuar en ella, dentro del muestrario de posibilidades expuestas. El usuario ha decidido que **su forma de vivir es la más adecuada a su vida**, aún con las complicaciones colaterales que hemos descubierto en el proceso, **asumiendo las dificultades como parte de esa elección.** Egan plantea aquellos casos en los que el usuario busca ayuda pero **rompe la relación después de experimentar la suficiente ayuda para hacer tolerable su dolor.**

Estamos ante un caso de alta voluntaria implícita, Manuel ha decidido marcharse sin haber acabado lo que para nosotros parecería el proceso deseable, la persona ha decidido marcharse porque **sólo quiere llegar hasta donde ha llegado**, porque no quiere alcanzar más de lo que ha conseguido y seguir le supone un esfuerzo mayor.

Desde su manera de ver la vida, de entender su realidad, cree que ya no necesita más ayuda, mas acompañamiento hacia el cambio y desde ahí decide libremente, la ruptura de la relación, el cese del cambio, LOS LÍMITES EN LA RELACIÓN DE AYUDA.

BIBLIOGRAFÍA

BERMEJO, J. C. La relación de ayuda a la persona mayor. Sal Terrae (2004).

ROGER, C.R. El proceso de convertirse en persona. Paidós (1972).

BERMEJO, J.C. MARTINEZ, A. Motivación e Intervención social. Sal Terrae (2006).

CIAN, Luciano. La relación de ayuda. Ed. CCS (1993).

EDGAN. Un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal. Ed. Iberoamericana (1975)

LOUIS BRAILLE

(1809-1852)

Yolanda García Fernández
DTS Col. n° 5.931



«Los ciegos estamos en deuda con Louis Braille, como la humanidad lo está con Gutenberg». Hellen Sëller

RESUMEN

Este año se conmemora el bicentenario del nacimiento de Louis Braille, creador del sistema universal de lectoescritura para personas ciegas y con discapacidad visual. Con el tiempo, este sistema se ha ido perfeccionando, adaptándose incluso para la música y la ciencia. Vamos a recordar en estas líneas la figura de este hombre que mejoró la calidad de vida de muchas personas.

Quién le iba a decir a este francés nacido en enero de 1809, que un terrible accidente en su infancia provocaría un cambio en la vida de millones de personas. Así fue como Louis Braille perdió la vista a los tres años de edad, en el taller de guarnicionero de su padre. Imitaba el oficio cuando una lezna se le clavó en el ojo izquierdo provocándole una infección que se le extendió al ojo sano. Debido a esta lesión sufrió una enfermedad conocida como “oftalmología simpática”, que derivó en una ceguera total. Continuó en la escuela de su pueblo natal, y con el apoyo del párroco local, Louis se sintió muy integrado, siendo estos años la base de lo que marcaría su vida personal y profesional en el futuro.

Cuando contaba diez años de edad sus padres, convencidos de que allí no iba a tener ninguna oportunidad, le trasladan al Instituto Nacional de Jóvenes Ciegos de París. En este internado para personas ciegas, se imponía una fuerte discipli-

na y se formaba a los alumnos en diversos oficios, como zapatero o cestería, únicas profesiones en las que se pensaba, para que se pudiesen ganar la vida en el futuro. Además acudían a clases de lectura gracias al sistema educativo que creó el fundador de este centro Valentín Haüy, considerado además el primer pedagogo de las personas ciegas, ya que fue el primero en preocuparse de la educación de los invidentes. El método que creó se basaba en la impresión de signos y caracteres con alambres de cobre prensados que constituía el texto impreso de los libros. Este sistema tenía varias desventajas; las personas invidentes no podían escribir, los libros pesaban mucho, eran muy caros y existían pocos publicados con letras en relieve por lo que finalmente la mayor parte de ellos eran aprendidos de memoria.

Paralelamente en 1821, Charles Barbier, un oficial de artillería ideó un sistema de escritura secreto para uso militar. Éste se utilizaba para que los propios soldados se intercambiaran información en las trincheras durante la noche sin necesidad de hablar, evitando ser sorprendidos por el enemigo. Este invento de escritura nocturna recibió el nombre de Sonography, y consistía en utilizar doce puntos en relieve sobre un rectángulo que al combinarse representan sonidos diferentes. Barbier en esa fecha visita esta escuela con el objetivo de presentar este nuevo sistema para que fuese incluido en el sistema educativo del centro, en el que Braille seguía siendo alumno.

Desde el primer momento este nuevo sistema suscita en Braille un profundo interés. Habiendo avanzado notablemente en sus estudios, comienza a mejorar el sistema Barbier, hasta que encontró la solución idónea. Redujo el sistema de relieve de doce a seis puntos, dos de ancho y tres de alto. Algunos de ellos están en relieve y forman 64 combinaciones básicas que incluyen letras, números y símbolos. Braille pasó de ser alumno a maestro en esta institución, y a pesar del desarrollo educativo que suponía este sistema, no se implantó de modo inmediato e incluso otros profesores lo prohibieron. Sin embargo muchos alumnos lo utilizaban a escondidas, ya que no sólo les servía como método de lectura sino de escritura, y disfrutaban de una autonomía que hasta entonces no conocían. Braille inventó además un sistema de notación musical que también fue un gran descubrimiento, y posteriormente fue desarrollado.

Con los años se ganó la admiración de todos los alumnos y de muchos profesores videntes, que ya estudiaban su método para poder enseñar a niños ciegos. En 1852 fallece de tuberculosis a los 43 años, sin conocer las repercusiones que tendría este invento revolucionario.

REPERCUSIONES

Tras su muerte son muchas las personas que ya utilizaban este método por su eficacia. Dos años después de su fallecimiento se introduce en otros países del mundo, y es en 1860 cuando se instaura en la Escuela para Ciegos de San Luis (Estados Unidos). Llega también a Reino Unido donde un grupo de invidentes impulsa y difunde la literatura grabada en relieve con este método. Este pequeño grupo se convirtió posteriormente en el Instituto Nacional de Ciegos, el mayor editor de textos en Braille de Europa.

La aceptación del Braille fue creciendo, pero fue en 1878 cuando se consolida como lenguaje universal en el “Congreso Internacional” celebrado en París, y como sistema de enseñanza para personas ciegas.

La gran aportación al mundo de Louis Braille en la educación y calidad de vida de las personas invidentes fue reconocida en su país en el año 1952, en el centenario de su muerte. Por este motivo se trasladan sus restos al panteón parisino donde reposan los restos de los héroes nacionales. Al año siguiente la UNESCO lleva a cabo la unificación del Braille que uniformiza los códigos literarios permitiendo así a todas las personas invidentes del mundo abrir fronteras y cambiar experiencias e ideas a través de su método. Este sistema se extendió posteriormente a las ciencias, matemáticas y notación musical.

«... y las personas que tuvieran la desgracia de ser sordos, ciegos y mudos, o que llegaran a perder estos tres sentidos por algún accidente, estarían encantados de que hubiese una lengua clara y precisa para el tacto». Carta sobre los ciegos para uso de los que ven (1749) Denis Diderot.

Referencias:

Portal UNESCO.org
Tribuna Abierta. ABC 22 de julio de 2009
ONCE
www.biografiasyvidas.com

PUBLICACIONES RECIBIDAS EN EL COLEGIO PARA SU CONSULTA

LIBROS

PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y GESTIÓN DE LAS POLÍTICAS SOCIALES MUNICIPALES

Autor: Enrique Pastor Seller.
Edita: Ediciones Universidad de Murcia.
Edición: 2009.

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN ADICIONES: ALCOHOL

Autores: Fundación I.A. Fulgencio Benítez, Justo Alisea Miranda, Inmaculada Brito Pérez, M^a del Carmen Campos Morales, Raquel Castro Bohórquez, Samuel Cerezo Redondo, Antonio García Patiño, Gema Garrido Fuentes y Gema Villa Bermejo.
Edita: FIAFB (Fundación para la Intervención en Adicciones “Fulgencio Benítez” (FIAFB)).

LIBRO DE CONFERENCIAS Y PONENCIAS DEL VII CONGRESO TÉCNICO SOBRE NUEVOS HÁBITOS DE CONSUMO: ALCOHOL Y OTRAS ADICIONES. LAS DROGODEPENDENCIAS Y SU DIMENSION SOCIAL

Edita: Fundación Fulgencio Benítez para la Intervención en Adicciones (FIAFB).
Edición: 2009.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PARA CORPORACIONES DE DERECHO PÚBLICO

Edita: Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid.
Edición: Julio 2008.

REVISTAS

REVISTA EDUCACIÓN SOCIAL. REVISTA DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA

Edita: Fundación Pere Tarrés. Escuelas Universitarias de Trabajo Social y Educación Social Universidad Ramón Llull.
Edición: Mayo-Agosto 2009.

REVISTA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL. REVISTA SOBRE IGUALDAD Y CALIDAD DE VIDA. VOL. 18, Nº 1

Edita: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Coordinadora Estatal de Intervención Social.
Edición: Vol. 18, Nº 1. Año 2009-2010.

REVISTA Nº 25-26 POLÍTICAS SOCIALES EN EUROPA “GESTIÓN DE CASO (Y MÉTODOS AFINES) EN SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES”

Autor: Demetrio Casado (Coordinador) en colaboración con SIPOSO y Caja Madrid
Edita: Editorial Hacer, S.L.
Edición: 2009.

REVISTA DE TREBALL SOCIAL (RTS) Nº 186 “MIGRACIONES: EL VALOR DE LA INTERCULTURALIDAD (I)”

Edita: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Catalunya.
Edición: Abril 2009.

REVISTA ESPAÑOLA DEL TERCER SECTOR, Nº 12

Edita: Fundación Luis Vives.
Edición: Mayo- Agosto 2009.

REVISTA TS DIFUSION. Nº 75

Edita: Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social de Almería, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla.
Edición: Agosto 2009.

**REVISTA CANARIA DE TRABAJO SOCIAL
“TRAZOS HORIZONTES Y ALISIOS”.
Nº EXTRAORDINARIO 2**

Edita: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Las Palmas.
Edición: 2009.

**DOCUMENTOS/INFORMES/
GUÍAS/BOLETINES/JORNADAS/
CUADERNOS/PROYECTOS/
INVESTIGACIÓN/
ESTUDIOS/PLANES**

**III DICTÁMEN DEL OBSERVATORIO
“DESARROLLO E IMPLANTACIÓN
TERRITORIAL DE LA LEY DE PROMOCIÓN
DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y
ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN
SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

Redactores del Documento: Luis A. Barriga Martín, M^a Jesús Brezmes Nieto, Gustavo A. García Herrero y José Manuel Ramírez Navarro.
Edita: Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales de España.
Edición: Junio 2009.

**INFORME ANUAL 2008 DEL
OBSERVATORIO OCUPACIONAL. CENTRO
DE ORIENTACIÓN SOCIOLABORAL**

Autor: Red Araña.
Edita: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

**GUÍA PARTICIPATIVA BASADA EN VALORES.
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN
ORGANIZACIONES NO LUCRATIVAS**

Autor: Pablo Navajo.
Edita: Narcea S.A. de Ediciones.
Edición: 2009.

**PROGRAMA-GUÍA PARA EL DESARROLLO
DE COMPETENCIAS EMOCIONALES,
EDUCATIVAS Y PARENTALES**

Autora: Dra. Raquel-Amaya Martínez González. Facultad y Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Oviedo.
Edita: Secretaria General Técnica de la Dirección General de Política Social de las Familias y de la Infancia de la Secretaría General de Política Social y Consumo del Ministerio de Sanidad y Política Social.
Edición: 2009.

**BOLETÍN DE INFORMACION SOCIOLABORAL
INTERNACIONAL. Nº 157 Y 158**

Edita: Subdirección General de Informes Socioeconómicos y Documentación de la Secretaria General Técnica del Ministerio de Trabajo e Inmigración.
Edición: Junio y Julio 2009.

**ESTUDIO SOCIOLÓGICO Y JURÍDICO SOBRE
“NECESIDADES DE LA POBLACIÓN
TRANSEXUAL Y HOMOSEXUAL EN EL
MUNICIPIO DE MADRID”**

Autores: Lola Martín Romero, Manuel Ródenas Pérez y Fernando Villaamil Pérez
Edita: Transexualia.
Edición: 2009.

**PLAN ESTRATÉGICO 2009-2013 DE LA
FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO**

Edita: Fundación Secretariado Gitano.
Edición: 2009.

MEMORIAS

MEMORIA 2008 DE LA FUNDACIÓN PERE TARRÉS. COMPROMISO EDUCATIVO Y SOCIAL

Edita: Fundación Pere Tarrés.
Edición: 2009.

MEMORIA 2008 DE LA AGENCIA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Edita: Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid.
Edición: 2009.

MEMORIA 2008 DE LA ASOCIACIÓN SEMILLA PARA LA INTEGRACION SOCIAL

Edita: Asociación Semilla para la Integración.
Edición: 2009.

INFORME ANUAL 2008 DE LA FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO

Edita: Fundación Secretariado Gitano.
Edición: Junio 2009.

INFORME ANUAL 2008 DE LA FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO

Edita: Fundación Secretariado Gitano.
Edición: Junio 2009.

MEMORIA 2008 DE LAS APOSTÓLICAS DEL CORAZÓN DE JESUS, OBRAS SOCIALES

Edita: Apostólicas del Corazón de Jesús.
Edición: 2009.

INFORMES 2008-MEMORIA DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Edita: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid.
Edición: Julio 2009.

EL PAÍS.com 20 de julio de 2009

El cuarto pilar del bienestar está cojo

Página 1 de 3

ELPAÍS.COM Versión para imprimir

Imprimir

El cuarto pilar del bienestar está cojo

Los servicios sociales carecen de financiación básica estable y de una ley estatal que los consolide - Con la crisis, la necesidad está llamando a una puerta equivocada, la del trabajador social

CARMEN MORÁN 20/07/2009

Los servicios sociales son el cuarto pilar del Estado de bienestar, junto a la sanidad, las pensiones y la educación. Pero todos los indicadores de cobertura social en España están por debajo de la media de los países de la UE-27. ¿Por qué? Hay dos razones de carácter histórico cultural.

Los servicios sociales son el cuarto pilar del Estado de bienestar, junto a la sanidad, las pensiones y la educación. Pero todos los indicadores de cobertura social en España están por debajo de la media de los países de la UE-27. ¿Por qué? Hay dos razones de carácter histórico cultural: el franquismo, que perpetuó la beneficencia y la caridad décadas después de que en Europa se fueran consagrando los derechos sociales; y la mentalidad que eso ha dejado en varias generaciones, que renuncian a ejercer sus derechos porque no quieren aparecer como menesterosos o abandonados por la familia.

Es un gran reto para el Estado. En épocas de bonanza económica, las autoridades a duras penas cubren las necesidades sociales de sus ciudadanos. En medio de la crisis, con las arcas públicas menguadas y un número creciente de usuarios desasistidos, ¿aguantará el Estado de bienestar? No va a ser fácil. Hay agujeros en las políticas actuales: no hay una ley estatal de servicios sociales que articule todo el sistema y falta un modelo de financiación para las entidades locales -ayuntamientos y diputaciones- que dé estabilidad presupuestaria. Los municipios siguen aportando el 60% del presupuesto para servicios sociales básicos.

A pesar del retraso sobre el resto de Europa, en España ya hay mucho camino recorrido y la mayoría de las comunidades autónomas empiezan a reconocer tímidamente en sus últimas leyes los derechos sociales como derechos subjetivos, es decir, que los ciudadanos pueden reclamarlos en los tribunales.

En este escenario se aprobó hace dos años y medio la Ley de Dependencia, que ha supuesto "un hito histórico porque consagra derechos subjetivos. Por primera vez en España, una ley estatal garantiza un mínimo de protección para todos los ciudadanos", resume Gustavo García Herrero, jefe de sección de Inserción Social y Albergue Municipal de Zaragoza. García Herrero fue asesor ministerial en los ochenta, cuando se sentaban las bases del sistema de servicios sociales.

Pero la Ley de Dependencia, por más que importante, es sólo una parte de los servicios sociales. Porque, como recuerda constantemente el presidente de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, José Manuel Ramírez, "todas las personas en situación de dependencia son usuarios de servicios sociales, pero no todos los usuarios de servicios sociales son personas dependientes".

En todo caso, la Ley de Dependencia -de nombre real Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia- es el modelo para el sistema social, por la consolidación de los derechos subjetivos. Lo que más nos acerca a Europa.

Cada mañana, Pilar Serrano ocupa su puesto en la oficina de la trabajadora social de Tauste (Zaragoza), un pueblo de algo más de 7.000 habitantes. Y pasa consulta. "Una de las principales ocupaciones actuales es la dependencia, la gente que viene a solicitar una ayuda de la ley. Los problemas ya los tenían hace tiempo, pero ahora les podemos ofrecer la receta", se ríe. Ríe siempre, una de las condiciones indispensables para este colectivo, el buen humor, según dicen. "Yo ya sabía lo que les pasaba, les conozco de hace años y puedo redactar su plan individual de atención casi sin verlos", dice Serrano. Pero en 1985, cuando ella empezó, la gente reclamaba cosas sencillas, "como el abono del teléfono". Entonces, los asistentes sociales eran más animadores socioculturales e impulsores del asociacionismo.

En efecto, el perfil de la persona que se acerca a la consulta del trabajador social ha cambiado con los años. Serrano recibe entre 20 y 30 visitas diarias. Ahora, la gente es consciente de sus derechos y sabe adónde hay que acudir para ejercerlos, como el que va al médico cuando le duele algo, muy distinto de lo que ocurría hace décadas. "Eso es fundamental en los servicios sociales, un buen sistema de información, porque de poco serviría tener derechos si la gente no sabe que existen o cómo acceder a ellos", explica José Manuel Ramírez.

http://www.elpais.com/articulo/sociedad/cuarto/pilar/bienestar/cojo/elpepisc/20090720elpepisc_1/... 05/11/2009

El cuarto pilar del bienestar está cojo

Página 2 de 3

La red social es, en la actualidad, la más descentralizada de todas las existentes en España. "En los ochenta no había un pueblo que no tuviera su maestro, el médico y el cura; ahora eso ya no es así, ciertos servicios se han ido concentrando en las cabeceras de comarca, sin embargo, la red de servicios sociales de atención primaria es la más descentralizada de servicios públicos del país: no hay un pueblo donde no llegue el trabajador social al menos una vez a la semana. Y esa extensión en el territorio, la proximidad a las personas, es una de las mayores fortalezas del sistema", explica García Herrero.

Sólo trabajadores sociales hay unos 27.000. A ese batallón hay que sumar otros perfiles profesionales, psicólogos, animadores, auxiliares de hogar, educadores, terapeutas, que ponen los nombres y apellidos a este cuarto pilar del bienestar.

Adelina Laiz es auxiliar de hogar y trabaja en San Andrés de Rabanedo (León). Ayuda, por lo general, a ancianos en las tareas que ya no pueden hacer, pero también da compañía y conversación a gente más joven, como una mujer de 59 años con trastorno bipolar. Hace la limpieza, va a la compra. "Me gusta lo que hago, les coges cariño, son agradecidos", afirma esta mujer de 41 años que ahora se va a apuntar a un curso de lenguaje para sordos, porque también atiende a uno de ellos.

La profesionalización de estos cuidados, de siempre en manos de las mujeres de la familia, sobre todo en los países mediterráneos, es ahora una esperanza para combatir el paro, incluso un buen yacimiento de empleo más allá de la crisis actual.

Pero hay que detenerse en la crisis y en la financiación de los servicios sociales. Porque la recesión económica está saturando los ya de por sí magros recursos del sistema. Lo saben bien los trabajadores sociales, que estos meses reciben en sus consultas las peticiones económicas de familias en paro a las que no les llega para alimentar a sus hijos.

Y lo reconoce el Gobierno: "La coyuntura económica exige esfuerzos para cubrir las vulnerabilidades sociales que se producen en época de crisis", dice el secretario general de Política Social, Francisco Moza.

Sin embargo, ésa no es la función de los servicios sociales, sino la de asegurar la convivencia personal y social a personas que por distintos motivos (discapacidades físicas o psíquicas, desestructuración familiar, inmigración, drogas, cárcel, aislamientos, exclusión) no pueden desarrollarla adecuadamente.

"Mientras falte un sistema de garantía de ingresos mínimos, los servicios sociales se colapsarán", explica Gustavo García Herrero. Es lo que está pasando. "No podemos dar una vivienda a quien no la tiene, ni un empleo, eso corresponde a otras áreas, a otras políticas; lo que sí hacemos es asesorarlos para que lo encuentren y sepan mantenerlo", añade. El último congreso de trabajo social, celebrado en Zaragoza, expuso una conclusión primordial: el Estado debía garantizar unos ingresos mínimos a quienes no los perciben (parados, jóvenes) si espera que los servicios sociales sigan a flote.

Por eso es fundamental para la consolidación del sistema de servicios sociales una ley que consagre derechos, que luego se materializarán en recursos. Si el Estado impone como obligatoria la educación de 6 a 16 años, está obligado a garantizar de forma gratuita la escolarización en esas edades. Pues lo mismo en servicios sociales. Pero, salvo la Ley de Dependencia, no hay muchos derechos garantizados en este terreno, de tal forma que los ayuntamientos y las comunidades autónomas parchean como pueden las nuevas necesidades económicas de la gente.

Los municipios siguen aportando al sistema el 60% del presupuesto para servicios sociales, alrededor de un 30% las comunidades autónomas, y el Gobierno apenas el 10% restante. Francisco Moza reconoce el retraso histórico respecto a Europa, pero insiste en que se está haciendo un gran esfuerzo, y aporta unos datos: "Éste es el quinto año consecutivo en que los Presupuestos Generales del Estado dedican más del 50% a política social". Es cierto, pero ahí se incluyen educación, sanidad... "Es fundamental, como demuestran algunas encuestas entre mayores y la importancia que conceden a la salud, que haya una buena coordinación entre la sanidad y la política social", rebate Moza. Y prosigue: "En los últimos seis años, la teleasistencia se ha multiplicado por tres y tanto la ayuda a domicilio como las plazas en centros de día y residencias han experimentado un gran incremento".

Ésa es la actualidad. Ahora, un poco de historia reciente. Patrocinio de las Heras es la memoria de los servicios sociales en España, porque ella fue la directora general de Acción Social en el Ministerio de Trabajo en 1987, cuando vio la luz el Plan Concertado, la vía de financiación de los servicios sociales en ayuntamientos y diputaciones.

"Hablamos transferido a las autonomías de forma integrada servicios dispersos en distintas administraciones. Y las comunidades fueron redactando sus primeras leyes de servicios sociales donde reconocían algunos derechos". Con el común denominador de todas ellas se firmó el Plan Concertado, que se nutre de fondos del Gobierno, de las autonomías y de los propios ayuntamientos. En total ese plan cuenta con 829.831.970 euros (algo más, porque éstos son datos de 2005. No hay nada publicado más actualizado). El Gobierno aportó en los últimos presupuestos 96

http://www.elpais.com/articulo/sociedad/cuarto/pilar/bienestar/cojo/elpepisc/20090720elpepisc_1/... 05/11/2009

El cuarto pilar del bienestar está cojo

Página 3 de 3

millones de euros, lo mismo que ha costado al Real Madrid el fichaje de Cristiano Ronaldo (94 millones). Sumar a eso lo del brasileño Kaká sería de sonrojo.

Patrocinio de las Heras cree que en la actualidad el sistema está "desarrollado por completo a nivel legislativo, y respecto a la gestión también hay leyes sectoriales de todo tipo, de adopción, sobre infancia, malos tratos...". Pero lo que no hay, dice, son los recursos necesarios para garantizar la cobertura. "Está la casa, pero aún le faltan profesionales y otros recursos. La red más desarrollada es la municipal". De las Heras critica la falta de impulso de que ha adolecido el sistema en los últimos tiempos. "En 1998 hubo un nuevo esquema del Plan Concertado para inversiones en nuevos centros que no se ejecutó, no se han desarrollado plantillas interprofesionales y los mapas de servicios sociales se van muriendo". Recuerda cómo en los ochenta, en cada plan de ordenación urbanística para levantar un nuevo barrio, se reservaban espacios para equipamientos de servicios sociales, como se reservan terrenos para hospitales o colegios.

Pone un ejemplo: "Centros de recuperación para mujeres maltratadas, como el de Ana María Pérez del Campo en Madrid. Debería haber muchos más". Cree, sin embargo, que sectorialmente se ha ido avanzando, es decir, centros de día, residencias para personas con discapacidad, modernos geriátricos, centros de tiempo libre para la infancia. "Pero además, los servicios sociales deben ser universales", reclama.

Consolidados en muchos países europeos -hacia donde avanza España con su Ley de Dependencia, entre otras cosas- este sistema de atención a las necesidades de convivencia tiene nuevas necesidades que atender en los últimos años. La inmigración ha abierto un frente, la soledad, que ya es una vieja conocida en Occidente. Muchos psicólogos se están haciendo cargo de estos nuevos problemas, aunque se quejan de falta de personal.

Juan Antonio Marcos es el director del Centro de Servicios Sociales de Alcalá de Guadaíra (Sevilla), pero antes ha ejercido como psicólogo de base, otra de las figuras profesionales que integran los servicios sociales. Se queja de la escasez de psicólogos en un momento en que las necesidades requieren cada vez más de profesionales con este perfil. Los casos que atienden son adicciones, abusos, maltratos, agresividad en la escuela, problemas con la pareja, relaciones familiares. "Para todo ello hacemos programas de prevención. Es fundamental, porque atajar a tiempo los problemas es básico".

La soledad y esos otros problemas de los que habla Juan Antonio Marcos, enlazan con la reticencia cultural que persiste en España a acercarse a los servicios sociales cuando se dispone de dinero y de familia. Cuando se tiene cobertura económica, los servicios sociales, piensa la gente, no están hechos para ellos. Nada más erróneo.

En los 15 años que lleva Gustavo García Herrero al frente del albergue de Zaragoza ha visto de todo, -cómo alguien tarda 10 minutos en quitarse un calcetín porque la mugre lo ha fundido con la piel, o emotivas anécdotas de solidaridad-, pero lo que más le ha impresionado, siempre, son las situaciones de soledad, el mal del primer mundo. Es lo que llaman "necesidades ocultas". Están ahí, pero nadie pide ayuda para combatir las.

Necesidades ocultas, reticencias a acercarse a los servicios sociales, escasez de financiación que condena a la inestabilidad de las subvenciones, ausencia de una ley estatal... A todo esto hay que sumar la ausencia de estadísticas que sirvan de punto de partida para conocer la situación y actuar en consecuencia. El agujero en los datos -salvedad hecha de algunas encuestas entre personas mayores- es tan acusado, que condena a los servicios sociales al silencio. Y la crisis, que deja oleadas de miseria en la puerta equivocada. ¿Se puede llamar a esto el cuarto pilar del bienestar?

© EDICIONES EL PAÍS S.L. - Miguel Yuste 40 - 28007 Madrid [España] - Tel. 91 337 8200

http://www.elpais.com/articulo/sociedad/cuarto/pilar/bienestar/cojo/elpepisc/20090720elpepisc_1/... 05/11/2009

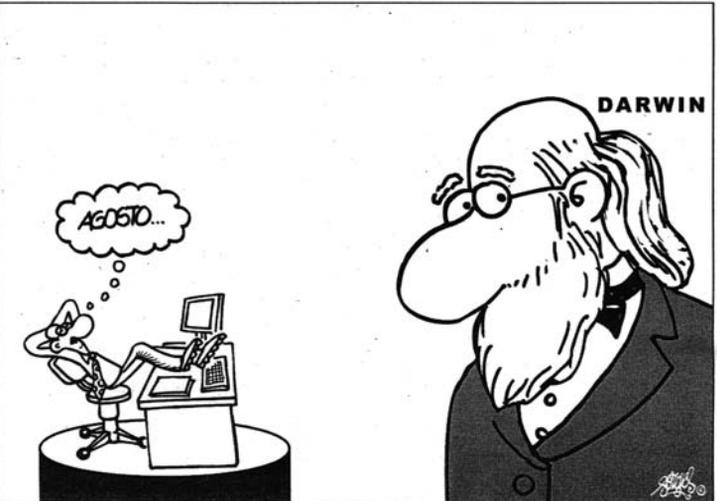
EL PAÍS 1 de mayo de 2009

FORGES



EL PAÍS 26 de junio de 2009

FORGES





Hoja de suscripción

TRABAJO SOCIAL HOY y MONOGRÁFICO REVISTA 2009

NOMBRE (persona y/o entidad)

DIRECCIÓN

LOCALIDAD

PROVINCIA

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

FECHA

OBSERVACIONES

COSTE DE SUSCRIPCIÓN A LA REVISTA

3 números cuatrimestrales + 2 monográficos semestrales y un índice temático

Organismos:	44,00 euros	
Colegiados de otros Colegios:	29,50 euros	<i>Enviar copia del carnet de colegiado.</i>
Estudiantes:	21,00 euros	<i>Enviar copia carnet de estudiante</i>

FORMA DE PAGO

- Transferencia bancaria a la cuenta del Banco Popular Español, Sucursal 0001 (Of. Principal) de la C/Alcalá, 26. 28014 Madrid.

c.c.c. 0075-0001-88-0606440012

ENVIAR ESTE BOLETÍN, así como **copia de la transferencia bancaria** (en caso haber elegido esta forma de pago) a la siguiente dirección:

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES DE MADRID
C/ Gran Vía, 16, 6 Izda. 28013 Madrid

O por Fax al 91 522 23 80

Firma del suscriptor

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Suscriptores", cuya finalidad es gestionar las suscripciones a la revista del Colegio, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. El órgano responsable del fichero es el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Gran Vía, 16, 6º Izq. Madrid 28013, correo electrónico: secretaria@comtrabajosocial.com, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal.

PAUTAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS EN LA REVISTA TRABAJO SOCIAL HOY

1. Las páginas de la revista TRABAJO SOCIAL HOY, están **abiertas a todas las colaboraciones**: trabajos de reflexión, recopilaciones teóricas, experiencias prácticas, investigaciones, artículos (informativos, orientativos, ensayos), etc. que traten sobre Trabajo Social, Política Social o Servicios Sociales.
2. **Los artículos o trabajos deberán presentarse en formato papel** acompañado de disquete o en formato electrónico, **microsoft word o word perfect 6.0** e incluirán, en un documento aparte, los datos básicos del autor/es; nombre y apellidos, dirección, teléfono, e-mail, profesión, lugar de trabajo y puesto que ocupa; así como el número de colegiado.
Si el trabajo está realizado por varios autores, deberá indicarse el nombre del coordinador del grupo y el teléfono de contacto. El e-mail podrá publicarse si el autor lo expresa.
3. **La extensión de los artículos** no deberá superar las 20 páginas, mecanografiadas a doble espacio y con letra tamaño 12. Cada artículo deberá incluir unas palabras clave (entre 3 y 6) para realizar el índice anual y un resumen introductorio de 5 ó 10 líneas. En el caso de los trabajos de reflexión el número de páginas será de cinco, con las mismas características.
4. Los trabajos deberán remitirse por correo, a la **redacción de TRABAJO SOCIAL HOY, c/ Gran Vía 16-6º 28013 Madrid, o por e-mail a la dirección: publicaciones@comtrabajosocial.com**
5. **Los cuadros, tablas, figuras y mapas** deberán presentarse en documento/hoja aparte, debidamente elaboradas e indicando su lugar en el artículo.
6. **Las anotaciones y referencias bibliográficas** irán incluidas al final del texto y deberán ajustarse a algún criterio o normativa aceptado internacionalmente. En todo caso deberá incluir: APELLIDOS e inicial/es del nombre del autor/es, "Título del libro", nombre de la Editorial, ciudad o país donde se edita y año de la edición. En el caso de revistas: APELLIDOS e inicial del nombre del autor, "Título del artículo", nombre de la revista, mes, año y número de la misma y –páginas- que contienen dicho artículo. Las ponencias de Congresos y otros tipos de documentos, deberán estar debidamente referenciados para su posible localización por los lectores.
De igual manera, las ilustraciones que se consideren incluir en un artículo deberán estar referenciadas correctamente (mínimo: Autor y fecha).
7. **Cuando se citen** en un trabajo organismos o entidades mediante siglas, deberá aparecer el nombre completo la primera vez que se mencione en el texto.
8. **El firmante del artículo** responde de que éste no ha sido publicado ni enviado a otra revista para su publicación. Si se tratase de un artículo publicado, esta circunstancia se hará constar en el trabajo y se remitirá acompañado de la autorización de la entidad correspondiente para su posible reproducción en TRABAJO SOCIAL HOY.
9. **El Consejo Asesor** se reserva el derecho de rechazar los originales que no juzgue apropiados, así como de proponer al autor modificaciones y cambios de los mismos cuando lo considere necesario.
10. El Consejo Asesor de la Revista TRABAJO SOCIAL HOY y el Colegio de Diplomados en Trabajo Social de Madrid **no se hace responsable de las opiniones y valoraciones que realicen los autores cuyos trabajos son publicados.**

SERVICIOS DEL COLEGIO

SECRETARÍA

Atención Personal y Telefónica:

Lunes a Jueves de 9.00 a 13.00 y de 16.00 a 18.30 h.
Martes de 9.00 a 18.30 h. ininterrumpidamente

SERVICIO DOCUMENTACIÓN

Cita previa

ASESORIA JURÍDICA

Martes de 16.30 a 18.30 h., previa petición de hora

SALA DE REUNIONES

Previa solicitud en la Secretaría del Colegio

madrid
social

1x3000



Colegio Oficial
Trabajadores Sociales
de Madrid

www.comtrabajosocial.com



colegio oficial
de trabajadores
sociales