

# DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL. Nº 4.

---

Primer cuatrimestre, 1.995.

## **EDITA.**

Colegio Oficial de Diplomados  
en Trabajo Social de Málaga.

## **GESTION Y ADMINISTRACION.**

Vocalía de Publicaciones y Biblioteca.  
Vocal: María Cruz Parrondo Carretero  
Secretaría: Antonia Torreblanca Delgado  
C/ Alamos nº 17, 1ª, D.P. 29012. Málaga.  
Horario: de lunes a viernes de 9,30 a 13 horas  
y de lunes a jueves de 17 a 18 horas.

## **REALIZACION.**

Diseño y Maquetación:  
Antonio García Domínguez.

## **PORTADA.**

Pastor

## **IMPRIME.**

Gráficas ANAROL  
Pozos Dulces, 32 - MALAGA  
Depósito Legal. MA-1.126-1993

## **DIRECTOR.**

Cristóbal Gil Valenzuela

## **SUBDIRECTORA.**

Resurrección Hernández Gómez

## **EQUIPO DE REDACCIÓN.**

Mari Luz Burgos Varo.  
Rosario Pavón Miranda.  
Juan Jesús Rendón Ortega.  
Manuel García Martín.  
Ana María Medina Sánchez.

ISSN. 1133-6552

## Indice

---

	<u>Página</u>
<b>Editorial.</b> Equipo de Redacción .....	5
<b>El Trabajo Social en el Juzgado de Familia.</b> M <sup>a</sup> Victoria Segovia Alcalá del Olmo .....	7
<b>Análisis de las necesidades de formación en las APAS:</b> <b>Un ejemplo práctico.</b> M <sup>a</sup> José Gallego Ayllón y Alejandro Gaona Pérez .....	27
<b>Ética... ¿Para qué?</b> Adriana García Moreno y Carmen Ramos Díaz .....	45
<b>La Lepra como enfermedad social. Historia y aspectos sociales de la lepra. Trabajo Social con enfermos de lepra.</b> Manuel Martín García .....	55
<b>Dimensión internacional de los servicios sociales en España.</b> Demetrio Casado .....	65
<b>El sistema español de protección social. Evolución y perspectivas (1978-94).</b> Manuel Aznar López .....	83
<b>Trabajo Social en un Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual</b> M <sup>a</sup> Carmen Díaz Ramírez .....	111
<b>Experiencia piloto con un grupo de relajación.</b> María José Guerrero Camacho y M <sup>a</sup> Carmen Martín González .....	127
<b>Entrevista a Resurrección Hernández Gómez, Trabajadora Social del Centro de la Mujer de Málaga</b> .....	133

## **Editorial.**

---

Con este número hemos cumplido cinco ediciones de Documentos de Trabajo Social. La publicación de un trabajo de Demetrio Casado, «La perspectiva internacional de los servicios sociales en España», constituye para nosotros la mejor celebración de la andadura alcanzada por la revista.

Se publica también otro trabajo de gran calidad, que analiza el proceso de universalización de la protección social en España, realizado por Manuel Aznar que es asesor de la Oficina del Defensor del Pueblo de España.

El resto del número tiene un contenido multitemático, en el que se recogen artículos referidos a interesantes experiencias profesionales, como la aplicación de las técnicas de relajación en terapias con pacientes de salud mental, o como el trabajo realizado con un grupo de una Asociación de Padres dirigido a identificar necesidades de formación.

Otros trabajos de gran interés son: una reflexión a cerca de la aplicación de la ética profesional; un estudio sociológico sobre un grupo de beneficiarios del Programa de Solidaridad de los Andaluces; y otro sobre el papel del trabajo social en los programas de lucha contra la lepra.

Por último, insistir en animar a los lectores a participar en Documentos de Trabajo Social, envíenos sus trabajos y reflexiones sobre su experiencia profesional.

### EL TRABAJO SOCIAL EN EL JUZGADO DE FAMILIA

M<sup>a</sup> Victoria Segovia Alcalá del Olmo. Diplomada en Trabajo Social.  
Trabajadora Social del Juzgado de Familia de Málaga.

#### *RESUMEN*

*Este trabajo expone las líneas generales que definen el desarrollo profesional en los Juzgados de Familia. Por otro lado, describe algunos aspectos importantes del marco institucional, así como aporta los instrumentos jurídicos que el Trabajo Social debe tener presente en este campo.*

## **EL TRABAJO SOCIAL EN EL JUZGADO DE FAMILIA.**

El trabajo social en este campo, hay que situarlo en la administración de justicia, en el ámbito competencial de los juzgados de familia.

Es obligada por tanto la referencia a estos órganos de administración de justicia, para situarnos mejor en el marco general del campo de actuación.

Los juzgados de familia asumen la tarea de tramitar y ejecutar los procedimientos previstos en los Títulos IV y VII del Libro I del Código Civil.

Se constituyen en el sistema de ejecución de las medidas personales y patrimoniales adoptadas en las sentencias de:

Nulidad, separación y divorcio<sup>1</sup>, al ser los órganos de la Administración de Justicia especializados en ejecución de sentencias de contenido matrimonial y de relaciones paterno-filiales.

## **LA CREACIÓN DE LOS JUZGADOS DE FAMILIA.**

Se produce en fecha relativamente reciente, la Ley 11/81, de 13 de mayo que modifica el Código Civil en materia de filiación, patria potes-

tad y régimen económico del matrimonio, que consigna en su disposición final, **la creación de los juzgados de familia.**

**El Real Decreto 1.322/81, de 3 de julio**, atribuye a los juzgados de familia, competencia exclusiva en las actuaciones judiciales previstas en los Títulos IV y VII del Libro I del Código Civil, así como de aquellas otras cuestiones que en materia de derecho de familia, le sean atribuidas por las leyes.

**La Ley 30/1.981, de 7 de julio**, modificando la regulación del matrimonio en el Código Civil y determinando el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio.

Consecuentemente a estas importantes reformas, en septiembre de 1.981, entran en funcionamiento 26 juzgados de familia, repartidos territorialmente entre distintas capitales de provincia.

## **LOS EQUIPOS TÉCNICOS.**

El proceso de creación de los Equipos Técnico se inicia en 1.983, cuando el Servicio de Inspección del C.S.P.J., haciendo suyas las aspiraciones, frecuentemente reiteradas por los Sres. Presidentes de Audiencias, así

## Documentos de Trabajo Social

---

como los Sres. Jueces de Familia, de todo el territorio nacional, propone la creación de equipos técnicos, para la realización de dictámenes periciales y tareas de cooperación, en el desarrollo de funciones encomendadas a los juzgados de familia.

En diciembre de 1.983, se constituyen 19 equipos técnicos, de carácter experimental, compuestos por 1 psicólogo y 1 trabajador social.

La efectiva actividad desempeñada por estos equipos, dio lugar posteriormente a la ampliación de los mismos a otras provincias y a la convocatoria de pruebas selectivas para cubrir plazas con carácter fijo, una vez superada la etapa «experimental» de los mismos y su contratación temporal.

### OBJETIVOS.

A los Equipos Técnicos se les atribuyen los siguientes objetivos:

- Colaborar en el órgano Judicial competente, en la protección y puesta en práctica de aquellos derechos y deberes, derivados del Derecho de Familia, respecto a aquellas personas implicadas en procedimientos judiciales específicos.

- Colaborar en la reducción de aquellos conflictos y enfrentamientos

que dificulten el cumplimiento de las resoluciones judiciales.

- Colaborar en la protección de derechos del menor, evitando que queden éstos ignorados, desplazados o supe-  
ditados a intereses exclusivos de los padres en litigio.

- Evitar en lo posible las manipulaciones y/o utilidades de los hijos por parte de los padres, en sus enfrentamientos conyugales.

**El proceso de creación de los Equipos Técnicos se inicia en 1.983, cuando el Servicio de Inspección del C.S.P.J., haciendo suyas las aspiraciones, frecuentemente reiteradas por los Sres. Presidentes de Audiencias, así como los Sres. Jueces de Familia, de todo el territorio nacional, propone la creación de equipos técnicos, para la realización de dictámenes periciales y tareas de cooperación, en el desarrollo de funciones encomendadas a los juzgados de familia.**

### FUNCIONES.

Las funciones genéricas atribuidas a estos Equipos Técnicos, por el órgano promotor de los mismos, tienen una doble vertiente:

1º.- Asesoramiento previo al momento de dictarse resolución judicial.

2º.- Supervisión y control de la ejecución de la misma, en los términos que en cada caso se les encomienden.

«El asesoramiento previo al momento de dictarse resolución judicial», tiene su razón de ser en la necesidad de que el Sr. Magistrado Juez, disponga de una información fidedigna junto a un dictamen pericial, objetivo e imparcial, sobre la siempre polémica y conflictiva realidad de la situación familiar planteada, particularmente en todas aquellas demandas en las que no existe acuerdo previo.

Tanto las demandas presentadas, como las contestaciones formuladas por la otra parte del litigio, desdibujan la realidad de los acontecimientos y circunstancias que concurren en cada caso. Ambos tratan de aparecer como víctima, resaltando siempre los aspectos más negativos del contrario, llegándose a generar a través de esos escritos presentados con infravaloraciones de todo tipo, descalificaciones y reproches recíprocos, un duro y largo proceso de inflexibilidades y posturas antagónicas que obstaculizan el esclarecimiento de los hechos, sus circunstancias e implicaciones, dificultando así el mínimo entendimiento necesario para propiciar una colaboración conjunta, en beneficio de la pro-

pia distensión personal de cada uno y de las transferencias emocionales de ansiedad y angustia que llegan a imprimir en los hijos. De ahí la necesidad de que los técnicos especializados aporten al Sr. Magistrado un amplio conocimiento de la realidad familiar sobre la que debe dictar resolución.

«La supervisión y control en la ejecución de la resolución judicial dictada». Está fundamentalmente justificada, en las múltiples situaciones, en que por alguna de las partes, se denuncia el incumplimiento de la Medida Adoptada, ya sean éstas provisionales o definitivas.

El incumplimiento sistemático de obligaciones, por alguna de las partes, provoca un comportamiento reactivo en el contrario, con obstaculizaciones e interferencias recíprocas respecto a los derechos y obligaciones, utilizando generalmente a los hijos, induciéndolos negativamente, con deterioro de la otra figura parental, dificultándole los encuentros, visitas, relaciones en general, con inhibición de responsabilidades económicas que repercute en los hijos, etc., desencadenándose un nuevo procedimiento judicial sobre el que debe informarse técnicamente.



## Documentos de Trabajo Social

---

**«El asesoramiento previo al momento de dictarse resolución judicial», tiene su razón de ser en la necesidad de que el Sr. Magistrado Juez, disponga de una información fidedigna junto a un dictamen pericial, objetivo e imparcial, sobre la siempre polémica y conflictiva realidad de la situación familiar planteada, particularmente en todas aquellas demandas en las que no existe acuerdo previo.**

### **OTRAS FUNCIONES ESPECÍFICAS.**

- Toda intervención exige la puesta en práctica del proceso metodológico, con aplicación de técnicas, medios y recursos adecuados a cada situación particular.

- Desarrollar a requerimiento del Sr. Magistrado Juez, estudios de las realidades sociofamiliares correspondientes, reflejando los aspectos más sobresalientes del proceso, su dinámica, variables que intervienen, análisis valorativos y orientaciones técnicas.

- Proporcionar un material informativo, que facilite la toma de decisiones, contribuya a la mejor reso-

lución del conflicto familiar de que se trate y a la prevención del recrudecimiento de la conflictividad.

Colaborar con las informaciones, entrevistas y/o reuniones precisas, por las que los litigantes puedan disponer de un conocimiento global y objetivo de la situación en las que están inmersas sus implicaciones y repercusiones en cada miembro; tratando de que superen el sentido unilateral y partidista de sus situaciones particulares.

- Orientarles en la necesidad de superar los enfrentamientos inútiles, flexibilizar las posturas que lejos de beneficiar a ninguno, obstaculizan las posibles soluciones y dilatan indefinidamente el trámite jurídico.

- Señalar aquellos comportamientos o actitudes que puedan perjudicar al desarrollo madurativo-emocional de los hijos.

- Colaborar con los hijos en la comprensión y asimilación de la situación, estimulando actitudes distensionadoras y de colaboración.

- Desarrollar funciones de prevención, mediante la oportuna y sistemática coordinación con otros servicios especializados y con los servicios sociales de base, de implantación comunitaria, para que exista un asesora-



miento familiar adecuado, con las informaciones y orientaciones pertinentes, incluso desde las propias unidades vecinales.

## **METODOLOGÍA Y TÉCNICAS.**

### **METODOLOGÍA:**

La intervención profesional requiere la puesta en práctica del Método de Trabajo Social, en sus diferentes etapas y la aplicación de técnicas apropiadas en cada una de ellas.

1ª Etapa: Conocimiento global de la realidad social sobre la que se proyecta la intervención.

Consiste fundamentalmente en el desarrollo del Estudio o Investigación Socio-Familiar recogida y ordenación de datos e información sobre hechos, causas, implicaciones, variables que intervienen, etc.

### **2ª Etapa: Interpretación Diagnóstica.**

Con la interrelación de variables, se llega a establecer, qué causas producen tales efectos. Sus implicaciones, etc., todo lo cual nos permite la interpretación diagnóstica, o valoración de

la situación problema: qué ocurre; cómo ocurre; cuándo ocurre y cuáles son sus derivaciones.

### **3ª Etapa: Planificación y Programación.**

Una vez establecida la valoración diagnóstica, estaremos en condiciones de conjugar las posibilidades existentes, de modificar la situación problema o transformación de la realidad concreta. Con actuaciones que canalicen la obtención de resultados u objetivos propuestos, trazándonos un plan de actuaciones.

### **4ª Etapa: Ejecución del Plan: Tratamiento Social.**

Consiste en la puesta en práctica del plan previsto. Se llevan a efecto las intervenciones preestablecidas.

Se dan a conocer los resultados de las etapas precedentes.

Se plantean propuestas concretas, con distribución de responsabilidades.

Se llevan a efecto las intervenciones puntuales necesarias.

Se elaboran los documentos informativos pertinentes.

## Documentos de Trabajo Social

---

### 5ª Etapa: Evaluación.

Está caracterizada por el seguimiento y control de resultados.

A partir de la intervención profesional, se registran las modificaciones introducidas en la dinámica y los resultados obtenidos.

Se señalan las limitaciones o impedimentos surgidos durante el proceso para la ejecución del plan.

Si se han conseguido alguno de los objetivos propuestos, o no.

Se formulan los replanteamientos necesarios, la ampliación o modificación, reducción de objetivos, etc.

### TÉCNICAS:

El proceso metodológico descrito requiere la utilización racional de técnicas diversas, en cada una de las correspondientes etapas.

Las más utilizadas son:

- Técnicas de investigación.
- Técnicas de comunicación.
- Técnicas de entrevistas.
- Técnicas de dinámica de grupos.
- Técnicas administrativas.

Y de ellas:

- La observación documental y la observación directa.
- Recogida, ordenación, registro, tabulación y estadística de datos.
- Entrevistas semi-dirigidas.
- Coloquios antropológico-culturales.
- Reuniones.
- Visitas domiciliarias a colegios, instituciones, etc.
- Documentación y elaboración de informes.

### INFORME PERICIAL SOCIAL.

La Ley de Enjuiciamiento Civil, en su artículo 578, dispone que uno de los medios de prueba de que se podrá hacer uso en juicio es el dictamen de peritos.

El dictamen pericial, también llamado informe pericial, es un estudio técnico, realizado por un especialista en la materia sobre los hechos debatidos en el litigio.

### Efectos del dictamen pericial.

El artículo 632 de la Ley de Enjuiciamiento Civil determina que «los Jueces y Tribunales apreciarán la prueba pericial según las reglas de la sana

crítica, sin estar obligados a sujetarse al dictamen de los peritos». La opinión del perito, pues, no obliga al Juez, quien puede hacer una valoración distinta de los hechos.

El dictamen pericial tendrá, entonces, efectos muy diferentes dependiendo de su coincidencia o no con la valoración hecha por el juzgador, pero, con independencia de ello, podemos señalar que sus efectos son servir de apoyo objetivo a unos intereses de parte, pero absolutamente legítimos, y servir de auxilio al Juez en la resolución que él mismo debe adoptar.

**El dictamen pericial, también llamado informe pericial, es un estudio técnico, realizado por un especialista en la materia sobre hechos debatidos en el litigio.**

### **Concepto y objetivo.**

La intervención del profesional del Trabajo Social como perito, es requerida principalmente, dentro del amplio abanico de procedimientos posibles en un Juzgado de Familia, en caso de separación y divorcio que se tramitan por la vía de la Disposición Adicional 5ª de la Ley 30/1981 de 7 de Julio, regu-

ladora del procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio (vía contenciosa). Es por lo que mi exposición se centrará en estos supuestos.

De forma general, podemos decir que el peritaje social irá encaminado a:

a) Casos de separación y divorcio con hijos menores:

- Derecho de guarda y custodia: determinar la guarda y custodia; idoneidad de cada uno de los cónyuges para ejercer las funciones inherentes a este derecho; determinar ambiente familiar o socio-familiar no recomendable para menores.

- Derecho de visitas. fijar el régimen de visitas; posibles limitaciones.

- Derecho de alimentos: determinar derecho de alimentos (pensión).

b) Caso de separación y divorcio con hijos menores:

- Derecho de alimentos: evaluación de la situación material en la que queda el cónyuge más perjudicado con la separación o el divorcio. Determinar derecho de alimentos.

El peritaje social comprende la exploración y posterior realización de

## Documentos de Trabajo Social

---

informes periciales cuyo objetivo es proporcionar un material que aporte medios e instrumentos que faciliten la mejor resolución del problema; facilitar la toma de decisiones sobre el tema (sentencia): para mejor articular el modo y manera de establecer las relaciones padres e hijos y viceversa; realizar un planteamiento del problema desde una perspectiva no puramente jurídica, sino analizando sus implicaciones sociales, afectivas, educativas, culturales y socio-económicas.

**La función del dictamen pericial no termina con la sentencia, sino que establece a su vez, pautas para el posterior seguimiento de lo acordado en ella, así como esquemas de funcionamiento para el control de las situaciones que de ésta se derivan y en la medida de lo posible, para su cumplimiento.**

### Justificación legal del peritaje.

Dos son los momentos fundamentales de la intervención del profesional del Trabajo Social como perito:

a) Durante el procedimiento judicial: peritaje social.

b) Después del procedimiento judicial: seguimiento social.

En el supuesto a), la fundamentación legal viene dada por el artículo 92 de la llamada Ley de Divorcio, al determinar que el juez de oficio a petición de los interesados, podrá recabar el dictamen de especialistas.

En el supuesto b), la fundamentación legal la encontramos en los artículos 90 y 91 de la misma Ley, al establecer que las medidas que el Juez adopte o las convenidas por los cónyuges, podrán ser modificadas judicialmente o por nuevo convenio, cuando se alteren sustancialmente las circunstancias tenidas en cuenta con anterioridad, esto es, en el momento de la sentencia.

La función del dictamen pericial no termina con la sentencia, sino que establece a su vez, pautas para el posterior seguimiento de lo acordado en ella, así como esquemas de funcionamiento para el control de las situaciones que de ésta se derivan y en la medida de lo posible, para su cumplimiento.

El seguimiento de casos comporta los siguientes aspectos:

1.- Control y seguimiento del régimen de visitas.

2.- Ejecutar controles acerca de si

la sentencia es cumplida en cuanto a los pormenores de las pautas de funcionamiento que implica.

3.- Análisis de las consecuencias derivadas del proceso de la sentencia.

4.- Situación práctica real en la que están los hijos y desarrollo de las relaciones que se establecen en la nueva situación familiar. Determinación de posibles manipulaciones perjudiciales para los menores.

5.- Prevención de futuras necesidades sociales individuales y familiares.

Es preciso destacar que, tanto el peritaje como el seguimiento de casos, deberá ser acordado de oficio por el Juez o autorizado por éste cuando sea solicitado a instancia de parte.

Como complemento a la exposición traigo parte de una investigación realizada con datos del propio trabajo por si pueden resultar de interés.

Está referida a las circunstancias que concurren en torno a procedimientos de separación y divorcio con los que se ha trabajado durante un período de tiempo determinado.

### C.nº 1 - AÑOS DE DURACIÓN DE LA CONVIVENCIA MATRIMONIAL.

Años de matrimonio	Total %
Entre 1 y 5	26,00
Entre 6 y 10	24,00
Entre 11 y 15	36,00
Más de 15	14,00
<b>Total .....</b>	<b>100,00</b>

De las frecuencias en que han sido agrupadas los años de duración de la convivencia matrimonial, antes de producirse la ruptura, alcanza mayor relevancia el porcentaje de la comprendida entre los 11 y 15 años, seguido de las que hacen referencia a los 5 primeros años de matrimonio, está a poca diferencia porcentual de entre 6 y 10 años, quedando por último a bastante distancia la de más de 15 años.

De haber señalado sólo dos frecuencias: menos y más de 10 respectivamente, los porcentajes habrían quedado igualados al 50%.

## Documentos de Trabajo Social

### C.n° 2 - PERSONA QUE FORMULA LA DEMANDA DE SEPARACIÓN.

La demanda es formulada por	Total %
La esposa	58,00
El esposo	28,00
Ambos	12,00
Otros	2,00
<b>Total .....</b>	<b>100,00</b>

Las demandas formuladas a iniciativa de la esposa doblan a las formuladas por iniciativa del esposo. Correspondiendo un 12% a las presentadas conjuntamente por ambos cónyuges. La presentación conjunta, indica un preacuerdo inicial, posteriormente problematizado por incumplimiento de acuerdos. De ahí la derivación hacia la información pericial.

El 2% corresponde al caso de un menor, cuyo padre asume la responsabilidad legal.

### C.n° 3 - CAUSAS DE RUPTURA MATRIMONIAL.

Causas de ruptura matrimonial	Total %
Deterioro de la convivencia	36,00
Abandono conyugal	18,00
Malos tratos	16,00
Desequilibrio mental	16,00
Homosexualidad	16,00
Bigamia	4,00
Otros	2,00
<b>Total .....</b>	<b>100,00</b>

Se han registrado las causas de conflicto alegadas en las demandas presentadas. En general, tales causas son sistemáticamente desmentidas por el demandado/a, en la costestación que formula.

Constituyen, por tanto, una referencia parcial o unilateral.

Como puede observarse, cada una de las variables en sí mismas llevan

implícito un deterioro de convivencia que en definitiva es general, sólo que se han querido diferenciar las que llevan añadidas una especial carga de conflictividad.

#### **C.nº 4 - OTRAS CAUSAS COINCIDENTES DE RUPTURA.**

Otras causas coincidentes	Total %
Embarazo previo	30,00
Inmadurez	28,00
Juventud pareja	20,00
Intervención familiar	12,00
Inestabil. económica	6,00
Otros	2,00
<b>Total .....</b>	<b>100,00</b>

Como causas coincidentes, se han registrado aquellas indicadas en los correspondientes informes valorativos emitidos, a partir de las situaciones estudiadas y de las propias conclusiones técnicas.

Cerca de 1/3 de parejas sobre quienes se informó, fueron al matrimonio

esperando ya su primer hijo. Circunstancia que, en la mayoría de estos casos, motivó un matrimonio precipitado, sin bases sólidas sobre las que asentar una convivencia que garantizara mínimamente una estabilidad de futuro. La inmadurez, juventud de la pareja, intervención familiar e inestabilidad económica, coinciden también frecuentemente con la primera, aunque en el cuadro queda recogido sólo una por familia, la más revelante o significativa.

#### **C. nº 5 - NÚMERO DE HIJOS POR PAREJA.**

Nº de hijos por pareja	Total %
Con 1 hijo	36,00
Con 2 hijos	38,00
Con 3 hijos	16,00
Con 4 hijos	6,00
Con más de 4 hijos	4,00
<b>Total .....</b>	<b>100,00</b>

Dos hijos por pareja ha venido a representar el porcentaje más elevado; seguido muy de cerca por quienes tuvieron un sólo hijo, llegando a alcanzar la suma de ambas frecuencias el 74%. Desciende progresivamente el



## Documentos de Trabajo Social

porcentaje, al ir aumentando el número de hijos.

### C. n° 6 - ASIGNACIÓN DE LA GUARDA Y CUSTODIA DE LOS HIJOS.

Los hijos quedan a cargo de	Total %
La madre	66,00
EL padre	18,00
Entre ambos	8,00
Abuelos	2,00
Pendiente dictamen	6,00
<b>Total .....</b>	<b>100,00</b>

En un 66% de situaciones informadas, las madres conservan la guarda y custodia de los hijos, mientras que el 18% permanece con el padre, quedando un 8% distribuidos entre ambos, con separación de hermanos.

Sóloamente en una de las situaciones estudiadas, tienen los abuelos asignadas la guarda y custodia. es de señalar que en realidad, son los abuelos quienes asisten a los nietos, en un alto porcentaje de las situaciones que se han informado. Tanto se trate de respaldar al

hijo/a, económicamente, o en la atención directa de los menores, ejercitando un papel e influencia importantes, tanto en forma habitual, como en régimen de visitas, según corresponda.

La asignación de guarda y custodia, lleva generalmente implícito el uso y disfrute de la vivienda familiar, así como también el derecho a recibir determinada cantidad por alimentos, que debe abonar la otra parte, siendo éstos los temas que desencadenan mayor conflictividad en el cumplimiento de las resolución judicial.

A veces se observa que la lucha por no perder o por recuperar, según se trate, la guarda y custodia, lleva un componente muy fuerte de intereses, respecto a la vivienda y a la percepción o entrega de dinero.

Frecuentemente en esa lucha de intereses, utilizan a los hijos, manipulándoles, con informaciones, comportamientos y actitudes que tienen como finalidad, descomponer la otra figura parental deteriorándola, a la vez que se realza la propia. Cuando el mensaje hace efecto, se va produciendo el rechazo progresivo del menor hacia esa figura parental que se ha esforzado en desprestigiar e infravalorar, con el consiguiente trauma del menor, quien va acumulando sentimientos de angustia y ansiedad manifiesta; especialmente preocupantes en situaciones de forzosa comparecencia en cumplimiento del régimen de visitas.

También se observan situaciones de desconcierto, ambivalencia, inseguridad, etc., en los hijos, con indicios patológicos incluso repercusión en su vida de relación, rendimiento escolar, etc., tanto por la situación anteriormente descrita, como cuando el mismo mensaje es recibido desde cada una de las partes contradictoriamente.

**C. n° 7 - ACTITUD RESPECTO A LA GUARDIA Y CUSTODIA.**

<b>Actitud respecto a la guarda y custodia</b>	<b>Total %</b>
<b>Disconformidad reclamándola</b>	<b>60,00</b>
<b>Conformidad, sin reclamarla para sí</b>	<b>40,00</b>
<b>Total .....</b>	<b>100,00</b>

Es bastante más alto el porcentaje de disconformidad, manifestada a través de sucesivos escritos, en los que piden la revisión y modificación de las medidas, o interponen recursos sobre las sentencias recaídas.

El 40% restante se muestra conforme con no disponer de la guarda y custodia sobre los hijos, al no reclamarla

para sí. Ello no significa que en este 40% no exista conflictividad respecto a otras medidas.

Podemos observar, como en los cuadros siguientes, el 74% tiene problematizado el cumplimiento del régimen de visitas. También el cuadro n° 8 indica la existencia de un 60% que, teniendo obligación de pasar alimentos, no los pasa.

Otra circunstancia que se repite en la reclamaciones de guarda y custodia, es la de no contribución económica del reclamante y la expectativa de que al conseguir la guarda y custodia, quedaría suprimida la obligación de cuotas mensuales por alimentos, además en su caso, del uso y disfrute de la vivienda conyugal.

**C. n° 8 - CUMPLIMIENTO DE REGIMIENTO ECONÓMICO.**

<b>Cumplimiento de régimen económico</b>	<b>Total %</b>
<b>No pasan alimentos</b>	<b>60,00</b>
<b>Sí pasan alimentos</b>	<b>36,00</b>
<b>Pendiente de dictamen</b>	<b>4,00</b>
<b>Total .....</b>	<b>100,00</b>

## Documentos de Trabajo Social

De entre quienes tienen obligación de pasar cantidad por alimentos a la familia, encontramos un 60% que no cumple la resolución judicial dictada en tal sentido, produciéndose además de la indefensión económica subsiguiente, un sentimiento revanchista en el otro cónyuge, quien por regla general adopta sistemáticamente la medida de interferir el régimen de visitas, continuándose los intercambios de escritos judiciales con polémicas interminables.

### C. nº 9 - CUMPLIMIENTO DE RÉGIMEN DE VISITAS.

Cumplimiento de régimen de visitas	Total %
<b>Problematizado</b>	<b>74,00</b>
<b>Sin problematizar</b>	<b>18,00</b>
<b>No existen visitas</b>	<b>4,00</b>
<b>Pendiente de dictamen</b>	<b>4,00</b>
<b>Total .....</b>	<b>100,00</b>

Aunque los datos han sido registrados conjuntamente, en la problematización del régimen de visitas, deberíamos diferenciar dos aspectos:

- Cuando un cónyuge obstaculiza al otro las visitas.

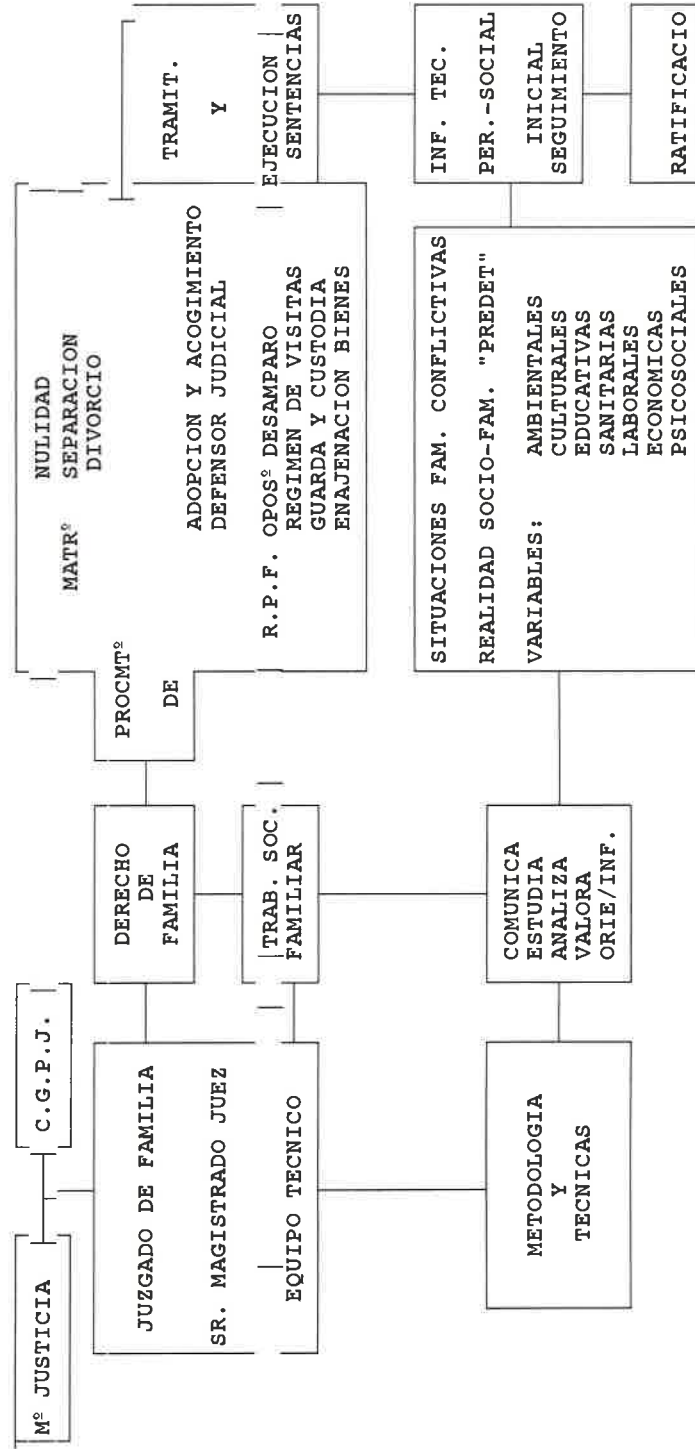
- Cuando los hijos manifiestan un firme y rotundo rechazo respecto a la relación, visitas o estancias con el progenitor con quien no convive.

El incumplimiento del régimen de visitas no se da, (como ocurre en el incumplimiento del régimen económico), por falta de voluntad de quien lo tiene atribuido, quiere ejercitarlo y solo impide la otra parte.

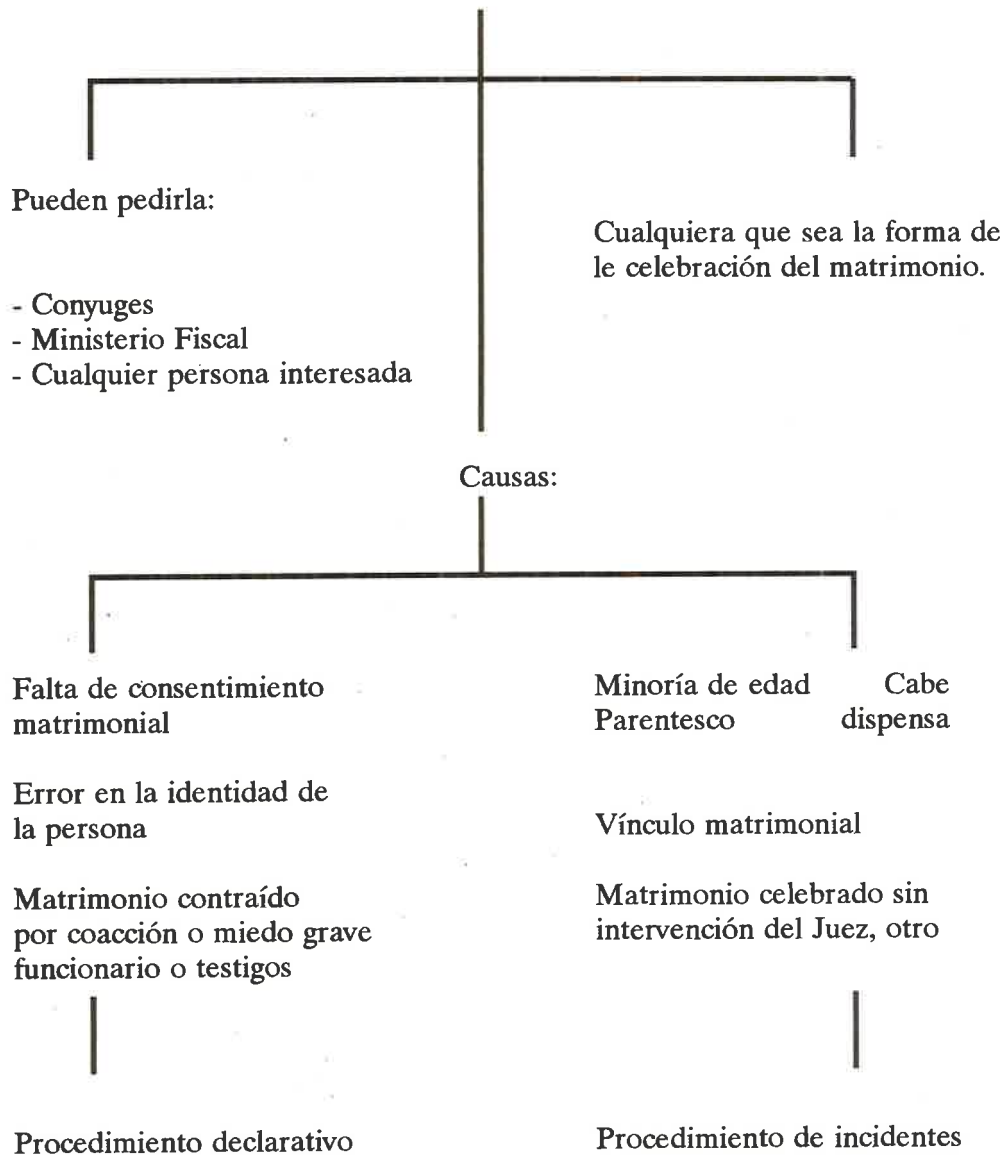
Como vemos, es el porcentaje más alto de cuantos se han registrado entre las diferentes informaciones recogidas en estos últimos cuadros, referidos a la conflictividad desencadenada tras el procedimiento judicial, por no aceptación del mismo por la parte que se considera perjudicada.

<sup>1</sup> Oposición al desamparo, acogimiento, adopción.

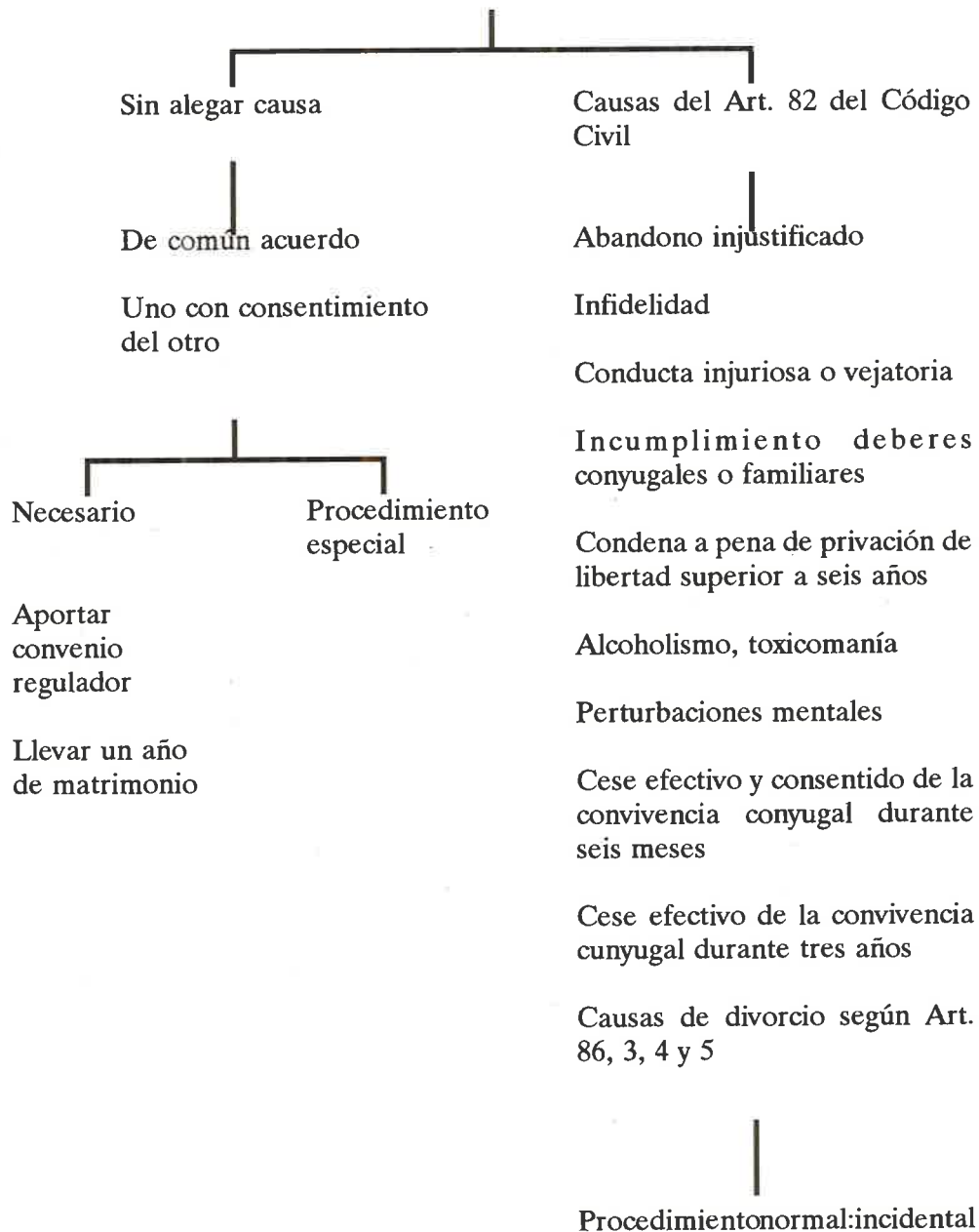
ESQUEMA GENERAL DEL TRABAJO SOCIAL EN EL JUZGADO DE FAMILIA



## NULIDAD DE MATRIMONIO

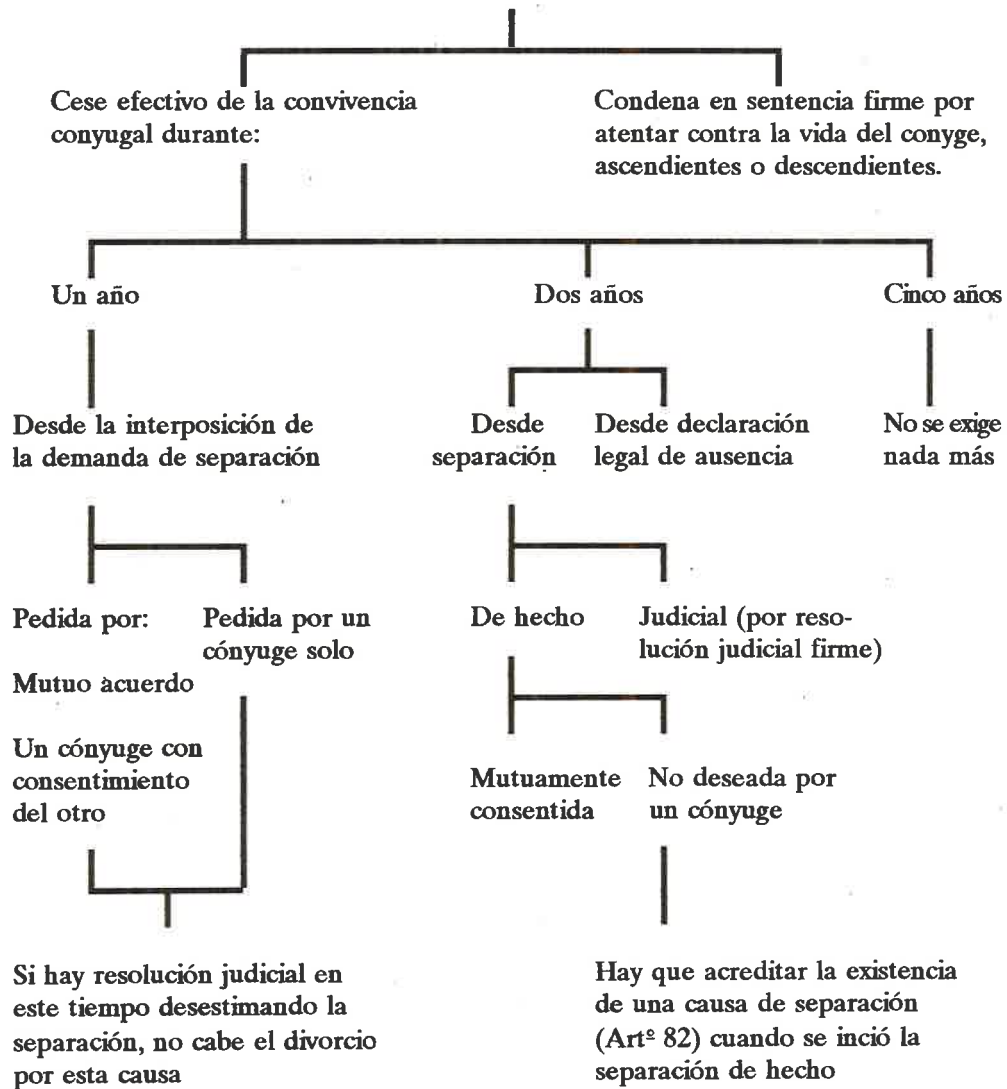


## SEPARACION



# Documentos de Trabajo Social

## DIVORCIO





### ANÁLISIS DE NECESIDADES DE FORMACIÓN EN LAS APAS: UN EJEMPLO PRÁCTICO.

M<sup>a</sup> José Gallego Ayllón. Diplomada en Trabajo Social.  
Profesora de la E.U.T.S. de Huelva  
Alejandro Gaona Pérez. Educador.

#### **RESUMEN**

*El artículo describe una experiencia de formación realizada con una Asociación de Padres de Alumnos. Se llevó a cabo basándose en un método participativo, en el que el grupo, ayudado por técnicos externos, analiza su realidad y a partir de ella establecen sus propias necesidades.*

## INTRODUCCIÓN.

«La educación requiere la concurrencia de los padres y maestros. Cada uno juega un papel preciso e insustituible. A ambos corresponde reunirse y colaborar para modular individualmente el proceso de formación de cada alumno. Sólo así puede hablarse de educación integral y sin demagogia de congestión de grupos y de cooperación en el sistema educativo». (Federico Mayor Zaragoza).

Tiene tanta importancia la participación de los padres en la escuela, que es necesario que desde las distintas instancias se potencie y se mejore la misma como forma de dinamizar una población olvidada que tiene mucho que aportar al tipo de enseñanza que se está dando y en la relación profesor alumno.

Pero, ¿qué significado tiene la participación de los padres en los centros educativos?. ¿Porqué tiene importancia y transcendencia?.

La participación tiene el estimable valor de ser en sí misma educativa. Está enraizada en la libertad humana, desarrolla la capacidad de responsabilidad y compromiso, y es fuente de creatividad y vitalidad hasta para el propio sistema educativo.

Participar significa comprometerse, ejercer un derecho y significa también desarrollar y mostrar sensibilidad hacia la educación de los hijos, y la voluntad de dedicar parte del tiempo personal y esfuerzo a que se mejore la calidad de enseñanza y a que los centros educativos adquieran una estructura más dinámica y democrática. Los padres, en definitiva, son la representación de la sociedad en las escuelas y sin su colaboración e iniciativa la LOGSE quedaría notablemente mermada.

Son muchas las tareas que habría que acometer desde la participación activa de los padres: trabajar para que la escuela prepare para la vida, para que la comunidad estreche lazos, para que los consejos escolares sean equipos de trabajo estable y para que las APAS, a través de sus comisiones de trabajo, elaboren iniciativas en colaboración con los otros sectores de la comunidad escolar, logrando así que los proyectos vayan cristalizando en realidades.

Consciencia, sensibilización, expectativas, información, formación, compromiso..., son trazos y retos de un camino que ha de ser productivo e innovador de cara a una participación activa y significativa.

## Documentos de Trabajo Social

---

Por otra parte, es preciso destacar, la influencia tan importante que tiene la familia desde el punto de vista formativo, las posibilidades educadoras para el desarrollo total de la personalidad y la construcción de actitudes sociales. La familia con los modelos que transmite se constituye también en un factor fundamental de aprendizaje, por lo que es de suma importancia establecer canales y vías de cooperación e intercambio entre los dos contextos ambientales básicos para el desarrollo del niño, es decir, la familia y la escuela. Y esto es exigencia clave para constituir una auténtica «comunidad educativa».

Pero esta interacción no es la práctica cotidiana en la realidad escolar y en numerosas ocasiones se detecta falta de entendimiento entre las partes. El problema esencial en esa cooperación - binomio escuela/familia - reside en la materialización en la práctica de esa acción coordinada y cooperante. Ello no se agota con la resolución política o legislativa del tema; hay un problema de formación, que requiere una acción esencialmente pedagógica que deberá cubrir cuatro amplios objetivos:

a) Optimizar las actitudes y funciones educativas de los padres.

b) Dar autenticidad y sentido a la democratización, la participación y el

pluralismo en la educación.

c) Integrar la aportación y el valor de lo pedagógico, la teoría y la técnica, en las instituciones y organismos.

d) Agilizar y dinamizar el tratamiento y funcionamiento de las competencias y responsabilidades educativas (AA.VV.,1992).

Pero, por desgracia el primer requisito planteado se encuentra con numerosas dificultades internas en los mismos padres, que no pueden asumir su responsabilidad ni la tarea de desarrollar con conocimiento y creatividad su papel de participantes en la tarea educativa si no hay una previa motivación, sin una orientación acertada y oportuna que les permita el diálogo con el profesor rompiendo la barreras que lo hacen difícil e imposible, y que es necesario formarse primero sobre el significado de la participación para saber dinamizar y autodinamizarse en la tarea de ir creando espacios de intervención real y efectivos en la comunidad escolar.

Es un hecho frecuente el que en las APAS existan dificultades. Dificultades que se podrían denominar externas, que hacen referencia a lo que es la participación de la APA en el colegio, la relación con los profesores y la participación de los padres en el mis-

mo y otras internas relacionadas con la organización y dinámica de las mismas. Superar dichas dificultades implicaría embarcar a toda la comunidad escolar en un proceso de toma de conciencia y diálogo sobre la situación actual que lleve a la búsqueda de soluciones y ala construcción de un proyecto común.

Con el presente trabajo lo que se pretende es detectar cuales son las necesidades y problemas de un colectivo de padres pertenecientes a una APA, con el fin de ayudarles a mejorar y hacer más rica su intervención a través de la toma de conciencia de su realidad y la propuesta de soluciones de los mismos, siempre centrándose en el análisis de las deficiencias internas.

Tres son las fases en que se divide este estudio, siguiendo como referencia un modelo mixto (A.N.I.S.E. y el propuesto de Raynald Pineault en su libro la planificación sanitaria) y que han hecho del mismo un trabajo progresivo y sistemático. Dichos pasos o fases contemplados han sido los siguientes:

- Fase de reconocimiento.
- Fase de diagnóstico.
- Fase de toma de decisiones.

## **DESARROLLO DEL TRABAJO.**

### **Metodología:**

La metodología utilizada en el desarrollo del trabajo se puede concretar en los siguientes puntos:

- Es activa y participativa, pues han sido ellos quienes, a través de los diálogos, han ido construyendo en las reuniones sus aportaciones.

- Ha fomentado la reflexión dentro del grupo.

- Ha respetado el ritmo del mismo y ha tenido en cuenta la realidad de los componentes de dicho grupo.

- Es «no directiva», en donde el animador ha ocupado un lugar secundario interviniendo sólo para plantear cuestiones y para reconducir los diálogos respetando siempre los intereses del grupo. La falta total de experiencia en dinámicas grupales hizo que el animador se esforzara constantemente para facilitar la participación de aquellos que menos se pronunciaban y contener a los que con facilidad retomaban, y en algunos casos, monopolizan la palabra.

Con la finalización de las sesiones de trabajo la tarea del animador

## Documentos de Trabajo Social

---

se centraba en formular las conclusiones, resumir las opiniones de manera sintética, evitando las discusiones reiterantes y en ellas resaltaba y ponía de manifiesto la progresión que había efectuado el grupo. Aspecto este último de vital importancia ya que con él los padres tomaron conciencia de los avances realizados, produciéndose satisfacción y motivación en los miembros del grupo para seguir con el trabajo.

### **Fase de reconocimiento:**

Es la fase inicial de contacto previo con la realidad y a través de ella no sólo conocemos las características de la población estudiada, sino que se identifican los síntomas de los problemas que presenta dicha población.

La extracción de datos durante esta fase se ha hecho gracias a una entrevista al grupo en donde se les pasó una encuesta referida a aspectos como ocupación, edad, experiencia dentro del mundo asociativo, etc. y en donde se presentó el trabajo a realizar y se estudió la conveniencia o no del mismo haciendo hincapié en la importancia del trabajo de análisis a realizar como forma de tomar conciencia de los problemas para poder resolverlos.

Con el objeto de ir perfilando los datos y obtener una primera impresión lo más completa posible, se mantuvieron contactos telefónicos que ayudaron a contemplar los datos referidos a la organización y se asistió a una asamblea de padres organizada por la APA.

### **Resultado de esta primera fase:**

El estudio se ha centrado en el colectivo de padres que participan de la organización de la APA del Colegio Nacional Tres de Agosto, situado en una barriada periférica de Huelva, constituida por obreros de clase media. Dicho colegio está catalogado como centro de atención preferente por existir en el barrio una zona de marginación y pobreza.

Otros datos también obtenidos en esta primera fase y referidos a la APA se exponen a continuación:

- Está constituido por 12 personas que participan de su organización de forma fija (un 3% del total de los padres).
- Todos son mayores de treinta años.
- Ninguno posee estudios superiores y se detecta en ellos un bajo nivel de análisis personal.

- Poseen una pobre y nula experiencia dentro del movimiento asociativo.

- Con respecto a su ocupación, un 50% son amas de casa, y el resto trabajan como limpiadora, cocinera, empleados, algunos a turnos rotatorios.

- En un 80% son mujeres.

- Un 75% de los componentes se han incorporado a la APA en el presente curso académico.

- Se detecta en ellos motivación en el trabajo que están realizando y una actitud abierta hacia el cambio y a aprender cosas nuevas.

- Constituyen un grupo cohesionado sin problemas personales entre ellos.

- Poseen un líder reconocido por todos, que conduce de manera, más o menos democrática al grupo.

- Poseen un lugar fijo de reunión situado en un aula habilitada para la APA en el colegio.

- Disponen de una cantidad de dinero, la mayor parte del cual procede de las aportaciones de los socios de la APA. La cantidad recaudada al año es de unas 150.000 pesetas, fruto de la

aportación del 30% de las familias, pero que son insuficientes para sufragar las actividades.

- Presentan dificultades a la hora de transmitir la información, ya sea de forma oral o escrita.

- Tienen un poder de convocatoria bajo pues tan sólo un 7,4% del total de los padres asisten a las asambleas.

- Organizan las actividades extraescolares del colegio que se pueden resumir en: Deportivas (baloncesto, fútbol y voleibol), artísticas (modelado, baile, teatro), otras (mecanografía e inglés).

- No tienen escuela de padres.

- Tienen división de cargos: un Presidente; un Vicepresidente; un Secretario; dos Tesoreros y tres Vocales.

- Participan del consejo escolar y de todas las comisiones que de él se derivan.

- Han organizado un curso de nutrición infantil para padres al cual asistieron 25 personas.

- Las reuniones son semanales, los jueves a las 7 de la tarde, aunque nos las tienen sistematizadas debido a un

## Documentos de Trabajo Social

orden del día. En dichas reuniones se observan que tienen dificultades para el trabajo en grupo que se concretan en que no saben guardar el turno de

palabra, no existe un moderador de la misma, y presentan problemas de puntualidad.

HERRAMIENTAS	¿PARA QUÉ?
Entrevista informador clave	Detección inicial de necesidades y problemas
Entrevista a un profesor	Detectar la imagen de la APA en el profesorado
Asistencia a una asamblea	Observar el funcionamiento de la APA
Entrevistas con el APA	Determinar dificultades y profundizar en problemas y necesidades
Contactos telefónicos	Corroborar información

### Fase de diagnóstico:

Para la obtención de los datos referentes a esta fase se han utilizado las siguientes herramientas:

- Observación directa, asistiendo a una asamblea de padres donde se tomaron anotaciones referidas a la participación de los mismos, la organización de la APA y el desarrollo de dicha asamblea.

- Una entrevista con un informador

clave. En este caso, una persona de la APA con un importante bagaje en el trabajo asociativo por ser miembro de las Asociación de Vecinos desde hace años.

- Dos entrevistas grupales con los miembros de la APA en las que se profundizó y analizó las dificultades y problemas con los que ellos se encontraban en el desempeño de su función. El registro de las reuniones se realizó utilizando un radiocassete.



La utilización como recurso de un papel continuo (papelógrafo) que se pegaba a la pared y donde se registraron las aportaciones de los miembros del grupo en referencia a las causas y consecuencia de los problemas, fue un elemento que mantuvo y centró la atención en el trabajo.

- Realización de una encuesta, que se pasó en la asamblea de padres, con la que se pretendía que se hiciera una valoración del trabajo realizado por la APA en la escuela.

- Realización de una entrevista a una profesora del colegio con la que se profundizó en los problemas y dificultades que observaba en el funcionamiento del APA del colegio. La elección de dicho profesional fue sugerida por los miembros del APA.

En el cuadro anterior se exponen las distintas herramientas utilizadas y el objeto de su utilización.

#### **Desarrollo de la fase de diagnóstico:**

El trabajo se comenzó con una entrevista a una de las personas de la APA con experiencia en el movimiento asociativo y un buen nivel de análisis. En dicha entrevista se le interrogó a cerca de las dificultades que se observaba en

el equipo, los puntos en los que había que hacer más hincapié y se le planteó la posibilidad de colaborar con el animador con sus aportaciones como apoyo dentro del grupo. La respuesta a la propuesta fue positiva.

Teniendo presente la información extraída de esta primera entrevista, se realizó una reunión con los componentes de la APA donde se les invitó a que contestaran a la pregunta referida a las dificultades que ellos encontraban en el desempeño de su función como APA. Se ha permitido en todo momento que dialoguen con libertad, aunque a veces ha sido necesario reconducirlos para situar la reflexión en las dificultades internas que en un principio no tuvieron en cuenta, pues sus análisis se centraron a niveles externos en una actitud de «echar balones fuera».

El registro de la reunión se hizo con un radiocassete, sobre todo porque permitía analizar la misma tantas veces como se quisiera y porque sería un registro fidedigno de lo que en esa reunión ocurrió, ayudando a ganar en objetividad cara al análisis.

Una vez escuchada la cinta (hasta tres veces) se realizó un lista de problemas y dificultades que se habían detectado y, con el objetivo de perfilar los datos extraídos por el animador en

## Documentos de Trabajo Social

---

dicha entrevista se contactó telefónicamente con el informador clave del que hicimos referencia al principio.

Antes de trabajar estos aspectos dentro del grupo, y con el objeto de completar los datos extraídos de la primera entrevista, se estimó necesario realizar una entrevista a un profesor del colegio (recomendado por ellos) y asistir a una asamblea de padres donde se realizaron anotaciones referidas al desarrollo de la misma y donde se pasó una encuesta a los padres que asistieron y en la que se plantearon cuestiones con las que se pretendía detectar:

- El grado de conocimiento de los padres, de las funciones de la APA.

- La valoración del trabajo que realiza la misma.

- La disponibilidad de los asistentes para participar activamente en la APA y las dificultades que podían tener para poder hacerlo.

Como aspecto final se abrió un capítulo de sugerencias.

### **Resultado de la encuesta:**

Los resultados de la encuesta se expresan a continuación:

Síntesis de las respuestas referidas a las funciones de la APA.

- El 70% de los padres piensa que la APA se encarga de organizar las actividades extraescolares en el colegio.

- El 40% piensa que su función es organizar actividades para los padres.

- El 50% piensa que su cometido es solucionar los problemas internos del colegio (con los profesores fundamentalmente).

Síntesis de la respuestas referidas a la valoración del trabajo de la APA.

La mayoría, un 80%, valoró muy positivamente la labor realizada por la APA y consideraba que los problemas más importantes eran de carácter económico, dificultándose de esta forma la organización de las actividades.

Síntesis de las respuestas a la disponibilidad de los padres para participar de la APA.

Se detectó que ésta era pequeña, tan sólo un 5% de los padres manifestó una cierta predisposición a participar de la APA. Las dificultades que aducían el

resto eran de dos tipos, la falta de preparación para poder participar activamente y la falta de tiempo para ello.

### Proceso seguido en el análisis de los problemas y dificultades:

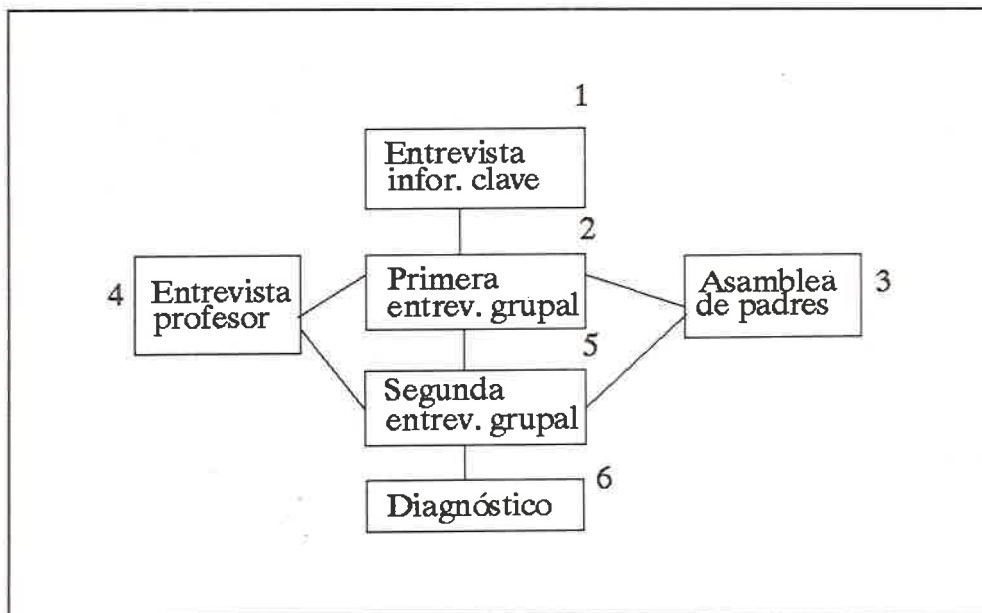
Una vez completado el listado de problemas y dificultades se procedió a su análisis en el equipo, para lo cual se desarrolló el proceso siguiente:

- Se pegó en la pared un papel continuo donde aparecía un listado de los problemas y dificultades detectados.

- Se discutió con ellos el grado de conformidad con los problemas propuestos.

- Se analizaron sistemáticamente los mismos atendiendo a las causas y a las consecuencias. Paralelamente al diálogo, el mural se fue completando con sus aportaciones, de tal forma que todos podían ver con claridad el desarrollo del trabajo realizado.

En el siguiente esquema se visualiza la secuencia de trabajo utilizada en esta fase.



## Documentos de Trabajo Social

---

Resultados de la fase de diagnóstico.

Problemas y necesidades detectados:

- Desconocimiento de las funciones reales de la APA y de los recursos disponibles para la misma.
- Percepción de sí mismo como grupo pobre.
- Falta de sistemática en las reuniones y en el trabajo que realizan.
- Bajo nivel de análisis de las situaciones.
- Falta de agilidad a la hora de transmitir una información ya sea de forma oral o escrita.
- Falta de información respecto a temas educativos (LOGSE, programación, etc.).
- Limitación de tiempo tanto para trabajar los materiales y preparar la reunión en casa, como para asistir a la misma.
- Dificultades a la hora de establecer comunicación fluida dentro de la APA.
- Dificultades para sostener un debate con el profesorado.

Análisis de los problemas detectados:

En el proceso de análisis que se ha realizado se ha intentado profundizar en dos aspectos.

- Las causas del problema.
- Las consecuencias del mismo.

Los resultados del mismo se exponen a continuación.

- Limitación de tiempo tanto, para trabajar los materiales y preparar la reunión en casa, como para asistir a la misma.

Causas:

- Limitación horaria impuesta por la realidad personal. Muchas son amas de casa y el resto trabajan, habiendo dos personas a turno rotatorio.
- Mala distribución del tiempo de ocio.

Consecuencias:

- Falta de sistemática en las reuniones por su escaso tiempo de preparación.

- Desconocimiento de aspectos referidos a la APA y a la educación en general.

- Bajo nivel de análisis de las situaciones o problemas.

- Desconocimiento de las funciones reales de la APA y los recursos disponibles de la misma.

Causas:

- Bajo nivel de preparación de los componentes del equipo.

- Corta experiencia del trabajo en equipo (un año).

- Desconocimiento de los recursos y fuentes disponibles.

Consecuencias:

- No tener claro las actuaciones concretas de las APAS.

- Estar a merced de los criterios de los profesores.

- Falta de exigencia a la labor de los profesores.

- Intervención sin objetivos claros.

- Falta de información respecto a los temas educativos (LOGSE, programación, etc.).

Causas:

- Limitación horaria.

- Limitación a la hora de entender los materiales.

- Baja preparación de los componentes del equipo.

Consecuencias:

- No se alcanzan los objetivos planteados.

- Sentimiento de impotencia ante los profesores a la hora de expresarse y saber defender sus ideas.

- Falta de exigencia a la labor de los profesores.

- Trabajar fuera de la realidad educativa del momento.

- Bajo nivel de análisis de las situaciones.

Causas:

- Se viven las reuniones con prisa.

- Preparación deficiente de las reuniones.

- Falta de formación.

## Documentos de Trabajo Social

---

### Consecuencias:

- Improvisación del trabajo.
- Se llega menos a la gente (padres).
- No se llega a solucionar el problema.
- Ausencia de un criterio único en el equipo cara al trabajo con los profesores.
- Falta de agilidad a la hora de transmitir un información, ya sea de forma oral o escrita.

### Causas:

- Falta de formación de los componentes del equipo.
- Falta de una persona capaz de elaborar un boletín informativo.
- Inexperiencia de los miembros en el trabajo que están desarrollando.

### Consecuencias:

- Que se ofrece una información deficiente a los padres.
- Nerviosismo a la hora de transmitir la información.
- Un poder de convocatoria bajo.

- Falta de sistemática en las reuniones y en el trabajo que realizan.

### Causas:

- Poco hábito de trabajo en equipo.
- Limitación horaria impuesta por la realidad personal.
- Falta de claridad de las funciones de la APA de sus objetivos y tareas.

### Consecuencias:

- Sensación de pérdida de tiempo.
- Poca agilidad en el trabajo.
- Pérdida de efectividad.
- Dificultades a la hora de establecer una comunicación fluida dentro de la APA.

### Causas:

- Desconocimiento de las implicaciones que tiene el trabajo en equipo.
- Falta de sistemática en el desarrollo de las reuniones.

### Consecuencias:

- Sensación de pérdida de tiempo.

- Disminución de la efectividad del equipo.

- Dificultades para sostener un debate con el profesorado.

Causas:

- Falta de preparación en general, y más concretamente en aspectos relacionados con la educación.

- No existe una reunión previa dentro de la APA para trabajar exhaustivamente el encuentro con los profesores.

Consecuencias:

- Nerviosismo ante los profesores.

- Sentimiento de inferioridad ante los mismos.

- Sentimiento de impotencia a la hora de expresarse y saber defender sus opiniones frente a los profesores.

- Percepción de sí mismo como grupo pobre.

Causas:

- Número reducido de componentes.

- Falta de preparación e informa-

ción en general y en aspectos relacionados con la educación.

- La actitud de rechazo y no colaboración de los profesores frente al trabajo de la Apa.

Consecuencias:

- Se transmite inseguridad frente a los profesores y padres.

- Poder de convocatoria bajo.

- No se transmite entusiasmo capaz de animar a otros padres al trabajo en el APA.

- Sentimiento de inferioridad por la falta de preparación frente a los profesores.

**Fase de toma de decisiones.**

Dos han sido los aspectos que se han tratado en esta fase:

- La priorización de los problemas y necesidades detectados.

- Propuestas de soluciones a los mismos.

Para establecer el orden de prioridades de los problemas se realizó una entrevista con los miembros del equi-



## Documentos de Trabajo Social

---

po, donde se les pedía que analizaran la importancia y urgencia de todos los problemas detectados, registrándose los datos sobre el mural utilizado en la reunión anterior.

Después de esta valoración se les pidió que colocaran por orden de importancia dichos problemas y dificultades.

En todo el proceso el animador ha sido muy respetuoso con las decisiones tomadas en el equipo, estuviera o no de acuerdo con ellas. La labor de éste sólo ha estado presente, como en otros momentos, aclarando y dinamizando con las preguntas al equipo y reconduciendo el trabajo.

### **Resultados del proceso de priorización.**

El orden de importancia de los problemas que los miembros del equipo han considerado, ha sido el siguiente:

1°.- Limitación de tiempo, tanto para trabajar los materiales y preparar la reunión en casa, como para asistir a la misma.

2°.- Desconocimiento de las funciones reales de la APA y de los recursos disponibles para la misma.

3°.- Falta de información respecto a los temas educativos (LOGSE, programación, etc.).

4°.- Falta de sistemática en las reuniones y en el trabajo que realizan.

5°.- Bajo nivel de análisis de situaciones.

6°.- Dificultades a la hora de establecer una comunicación fluida dentro de la APA.

7°.- Percepción de sí mismo como grupo pobre.

8°.- Falta de agilidad a la hora de transmitir una información, ya sea de forma oral o escrita.

9°.- Dificultades para sostener un debate con el profesorado.

Un vez realizada la priorización de los problemas o necesidades el siguiente paso a dar es el de la búsqueda de soluciones a las mismas, para lo cual se aprovechó la entrevista anterior en la que se les pidió que analizaran las posibles soluciones adichos problemas o dificultades.

Según su criterio, prácticamente todos los problemas tenían su causa en mayor o menor medida en la baja preparación de los componentes del equipo y la escasa información respecto a

temas de educación en general y de dinámica de grupo. Es por esto que se pensó que sería conveniente e interesante embarcar a todo el colectivo en un proceso formativo que elevara el nivel del mismo.

La concreción de los aspectos a trabajar se resume a continuación, y dependerá de la dificultad o problema que se quiera resolver.

El 2º, 7º y 9º formación en aspectos relacionados con el APA.

El 3º, 7º y 9º formación en aspectos relacionados con temas formativos.

El 4º, 7º y 8º formación en aspectos relacionados con la dinámica de un grupo.

Con respecto a las tareas concretas a realizar el equipo ha querido implicar en el proceso al animador, proponiéndole que sea él quien sea el que lleve adelante el proceso formativo, lo cual fue acogido positivamente.

Como primer paso en el trabajo de formación, se decidió en el grupobuscar un espacio más allá de las reuniones, donde se pudiera trabajar despacio, al menos para empezar los aspectos relacionados con las APAS. La concreción del día se realizó en una reunión en la que además se les comunicó los resultados finales del mismo

quedando los otros aspectos pendientes para el inicio del año que viene debido a la inminente finalización del curso académico.

## CONCLUSIONES.

Del análisis del colectivo estudiado se desprende un hecho generalizado, que es la falta de preparación de los componentes para desarrollar el trabajo que desempeñan como APA, siendo necesario implantar un plan de formación intenso dentro del colectivo y que ayude a facilitar dicha labor.

A modo de conclusión final, se puede decir que la realización de trabajos como éste son necesarios si lo que se pretende es que la participación de los padres en la escuela vaya ganando en calidad y cantidad, y para lo cual, habrá que dirigir parte de los recursos existentes en el fomento de asociaciones de padres de alumnos, la formación de padres y madres, e ir dando pasos desde la Administración y los colegios para que el trabajo conjunto padres, profesores y alumnos sea una realidad.

«SIN LA PARTICIPACIÓN REAL DE LOS PADRES EN LA ESCUELA, LA REFORMA NO ES POSIBLE».

## Documentos de Trabajo Social

---

### BIBLIOGRAFÍA.

\* ANZIEUD, D. y MARTÍN, J.Y. (1971). «La dinámica de los grupos pequeños». Ed. Kapelusz, Buenos Aires.

\* AA.VV. (1992). «Estudios sobre participación social en la enseñanza». Servicio de Publicaciones de la Diputación de Castellón. Castellón.

\* CAPLE, J. BUCKLEY, R. (1990). «La formación. Teoría y práctica». Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid.

\* CARRASCOSA, M.J. (1979). «Las asociaciones de padres de alumnos». Ed. Cincel. Kapelusz. Madrid.

\* PÉREZ CAMPANERO, M.P. (1991). «Como detectar las necesidades de intervención socio-educativa». Ed. Narcea. Madrid.

\* PINEAULT, R. y DAVELUY, C. (1989). «La planificación sanitaria». Ed. Masson. Barcelona.

### ÉTICA...¿PARA QUÉ?.

Adriana García Moreno. Diplomada en Trabajo Social.  
Carmen Ramos Díaz. Diplomada en Trabajo Social.

#### RESUMEN

*Hemos querido aprovechar esta revista como vehículo de fácil acceso a todos los profesionales, para la difusión de un tema que seguramente tenemos bastante descuidado pero que, tal vez, deberíamos mimar más en el ejercicio diario de esta profesión.*

*El presente artículo forma parte de una serie de actuaciones que se plantearon desde el colegio profesional, donde se creó una comisión que trabajaría en el tema del ejercicio libre de la profesión. Nosotras nos encargamos de la elaboración de Orientaciones Deontológicas para el Colegio de Málaga basadas en la revisión de diferentes Códigos Éticos, pero nada más acercarnos al tema nos pareció necesario comentar algunos aspectos éticos que actualmente son de especial interés.*

## INTRODUCCIÓN.

En nuestra profesión hablamos con frecuencia de necesidades sentidas. La ética es una de nuestras necesidades formativas no sentidas como carencia. Así lo demuestra el poco debate acerca de códigos deontológicos, los pocos comentarios, críticas, etc. que de ellos se hacen y el desinterés, cuando no el rechazo manifiesto, hacia lo que suena a ética, moral, deontología,...

Por eso, más que cumplir a la duplicidad y dispersión en este poco abonado terreno, preferimos concretar nuestros esfuerzos en la difusión, comentarios y acercamiento a la realidad del ejercicio ético- profesional.

Es curioso que se encuentren poco atractivos los aspectos éticos de una profesión como ésta, tan cercana a la intimidad de tantas personas. Inexplicable, tanto si nos situamos en una perspectiva de considerar el Trabajo Social (en adelante T.S) como promotor del desarrollo personal y el cambio social, como desde la perspectiva que acerca el T.S. a la gestión de recursos públicos a unos ciudadanos de derecho, como por ejemplo, el derecho a la intimidad. En éste último caso, la importancia de la ética viene derivada de que los profesionales del ámbito social «se encuentran confrontados directamente a la gestión de las injus-

ticias y las desigualdades, y por lo tanto, son particularmente sensibles a un cuestionamiento acerca de los valores y del sentido»<sup>1</sup>.

La realidad social experimenta un proceso de constante transformación al que corresponde un avance paralelo en cuanto a conocimiento y técnicas que deben ser incorporadas a la capacitación profesional.

Tal como señala el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en T.S. y AA.SS. en su dictamen sobre Funciones profesionales: «El Trabajo Social en cuanto disciplina parte de una concepción del ser humano como ser en permanente interacción con su medio, y tiene como objetivo específico las relaciones entre los seres humanos y entre éstos y su medio, especialmente los grupos y las instituciones sociales».

El profesional de lo social debe asumir una responsabilidad total frente a la sociedad en el desempeño de su actividad. Esto se traduce en el postulado de la autonomía personal y del conjunto de los miembros de una profesión, frente a otras instancias sociales. En esto radica el alto grado de autonomía que tiene que traducirse en autocontrol personal-profesional y de tipo colectivo, a través de los colegios profesionales. De aquí se deriva la nece-

## Documentos de Trabajo Social

---

sidad de unas sólidas bases éticas «que son las únicas que están a la altura de las personas con las que se trabaja»<sup>2</sup>. Estas bases éticas vienen determinadas por normas deontológicas, capaces de garantizar la autonomía de la profesión y de guiar su correcta actuación, en respuesta a las exigencias de los miembros de la sociedad dentro de la que se desarrolla, lo que va a determinar el grado de profesionalización del Trabajo Social.

**«El Trabajo Social en cuanto disciplina parte de una concepción del ser humano como ser en permanente interacción con su medio, y tiene como objetivo específico las relaciones entre los seres humanos y entre éstos y su medio, especialmente los grupos y las instituciones sociales».**

### HISTORIA.

Ésta, como cualquier historia, tiene sus precursores. Se empieza con numerosas expresiones de preocupación ética, difundidas a través de libros y revistas... que sirvieron de base y orientación para la redacción de los

códigos posteriores. Laura Grazziosi, realizó un arduo trabajo de recopilación y comentario de códigos éticos entre los que, refiriéndose a los precursores, destacaba los siguientes:

**1.- El «credo» de Surift.** Redactado en la década de los años 30 por Linton B. Swift, director general de Familia y Servicio del «Credo del Asistente Social». Sus pautas se repitieron en casi todos los códigos de ética.

**2.- Juramento del «egresado», en Chile.** Tenía lugar en la Escuela «Dr. Alejandro del Río», de Santiago (Chile), fundada en 1.925, en el momento de la recepción del Diploma de Visitadora Social.

**3.- La autora Gordon Hamilton,** escribe en 1.940 sobre una serie de obligaciones del profesional hacia su cliente, su agencia, la comunidad y sí mismo.

**4.- El Código del Padre Heylen.** Elaborado por la Unión Católica Internacional de Servicio Social (UCISS) en 1.947 para los profesionales católicos.

**5.- El «Examen de Conciencia» de Lebret.** Constituye un llamado a la conciencia de la Asistencia Social para provocar una «revisión de la conducta en beneficio de los asistidos y

una permanente auto-vigilancia». Elaborado en 1.950 por el Padre Louis Lebret.

Hay que destacar que está expuesto en forma negativa, y afirma lo que no debe hacerse.

Los primeros Códigos de Ética de alcance nacional comenzaron a tener vigencia en Trabajo Social hacia el año 1.950. Hoy existen estos Códigos en casi todos los países donde la profesión ha logrado alcanzar un alto nivel de organización y reconocimiento social.

Este es el resultado de lo que decía Kisnerman en «Ética para el Servicio Social», ya que «los organismos encargados de velar por el cumplimiento de la ética profesional son los colegios, federaciones y asociaciones profesionales del Servicio Social».

El Código más antiguo del Trabajo Social, es el de Francia que data del 11 de noviembre de 1.950. En América Latina el más antiguo que conocemos es el de Chile, año 1.959. Al año siguiente aparece el Código de los Estados Unidos.

El Código de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (F.I.T.S.), fue aprobado en Puerto Rico en 1.976, tras una gestión de muchos

años, y fue ratificado en 1.985 por el Consejo de Europa.

España junto con otros países, como Uruguay, Ecuador, México, Venezuela e Italia, no posee Códigos de Ética Profesional de alcance Nacional, aunque esto no impide que exista a nivel provincial o regional, como ocurre en nuestro país con el «Código de Ética de los Asistentes Sociales y Trabajadores Sociales de Cataluña» de 1.989. Aunque todos ellos a partir de la aparición del Código Internacional, están basados e impregnados de su contenido y estructura, apareciendo ligeras modificaciones, originadas por adaptación al país y cambios sociales ocurridos. En cuanto a los temas tratados recurrentemente en estos códigos, es interesante señalar el análisis comparacional que hace Laura Grazziosi para darnos una visión más global. Resaltar que: «en cuanto al contenido, lo más empleado alude al bienestar individual y social, la dignidad del hombre, la igualdad de todos los seres en cuanto a raza, religión, creencias, clases, etc., el respeto a la intimidad y la obligación del secreto profesional, la colaboración con los colegas y las agencias, la defensa de la profesión, la autodeterminación del usuario, etc. En todos los casos estos Códigos se ocupan de la conducta moral de los profesionales como empleados, agentes de instituciones, y no aparece menciona-



## Documentos de Trabajo Social

da la posibilidad de una actuación profesional independiente. Sólo en el Código de Chile hallamos una referencia aislada al ejercicio liberal de la profesión».

Para terminar, resaltamos una interesante propuesta alternativa que fue presentada en 1990 por el grupo de países nórdicos en la Asamblea General de Buenos Aires: Declaración de principios que orientasen en la identificación y solución de problemas éticos, en el ejercicio del Trabajo Social profesional.

Aunque considerada más progresista, no hubo acuerdo en su aprobación en esta Asamblea. Desde entonces, ésta junto al Código Internacional, constituyen los documentos vigentes en la F.I.T.S. (Federación Internacional de Trabajadores Sociales).

### ÉTICA ¿PARA QUÉ?

Consideramos que puede sernos de utilidad comentar algunos aspectos que nos parecen de especial interés por su actualidad e importancia, en relación a la realidad en la que la profesión se desenvuelve. Nos centramos sólo en uno de ellos con el propósito de crear un espacio de reflexión.

**Se trata de información más cotidiana, de problemas sociales, circunstanciales o no, cuya difusión incontrolada puede originar o fomentar situaciones de discriminación o marginación. ¿No era eso una de las cosas que tratábamos de evitar?.**

### ¡Atención: secreto profesional!

Se trata de un tema tan debatido, cuestionado y enaltecido, que ha dado lugar a polémicas películas, donde se muestran profesionales-abogados y médicos sobre todo, en la angustiada situación de priorizar entre la conciencia personal y el mandato deontológico del secreto profesional.

Tal vez en nuestra profesión las implicaciones del buen o mal uso no se refieren a la condena legal de un delito al conocimiento de una información relevante. Se trata de información más cotidiana, de problemas sociales, circunstanciales o no, cuya difusión incontrolada puede originar o fomentar situaciones de discriminación o marginación. ¿No era eso una de las cosas que tratábamos de evitar?. Puede que «problemas sociales» suene insignificante pero... quién no ha comen-



tado tomando café con una amiga, que en su vida profesional es trabajadora social «que tal señor que yo sé que tú conoces y tú sabes que yo conozco resulta que el pobrecito tiene sida» y que «tal otro señor que tiene esto y esto, pues fíjate tú que su familia está ingresada en una manicomio», o el caso del niño que utilizan para mendigar y para colmo le pegan, pues ése es el padre, etc., etc., etc. A veces, nos falta llevar una foto para que no quepan dudas. Estas son, llevadas hasta la caricatura, situaciones en las que el mal uso de la información apunta hacia la violación de los principios tantas veces invocados por los Trabajadores Sociales: dignidad, igualdad, normalización, reinserción, etc.

Este comentario no quiere incidir en que se conviertan en tabú los temas profesionales en las conversaciones cotidianas, pero sí en que desaparezcan de ellas los datos que facilitan la identificación de las personas. Para entenderlo, basta establecer un sencillo paralelismo entre nuestra intimidad, que no nos gusta que esté en boca de nadie, y la intimidad de otras personas que conocemos por motivos exclusivamente profesionales y, por tanto, el uso de dicha información debe ser exclusivamente profesional y discernir en cada caso lo que sea necesario conocer por otro profesional, antes de proporcionarle información.

Posiblemente resulta difícil establecer los límites, puesto que intervenimos en temas cotidianos, pero no por ello son triviales. Como práctica profesionalizada, tenemos una responsabilidad social.

Es cuestionable hasta qué punto puede ser ridículo este planteamiento cuando la informatización se está incorporando al Trabajo Social, con sus consecuencias positivas y negativas, contribuirá a que desaparezca la dispersión, la reiteración de los mismos datos hasta la saciedad, la duplicidad de recursos, etc. Pero cómo se preservará la intimidad, qué información se deberá confiar a esos archivos y cómo controlar el acceso a ella, cómo hacer respetar el derecho al «olvido social». Al uso de estas tecnologías es inútil oponerse, de sus efectos positivos todos sabemos pero, ¿cómo contrarrestar los negativos?. Es un tema abierto.

### **Tengo un problema, ¿quién me lo resolverá?.**

En el apartado 1.2. del Código de Ética del Colegio de Cataluña se habla de que «no es ético enviar a las personas a otro servicio sin saber si serán debidamente atendidas». Este párrafo se presta a interpretaciones diferentes, puesto que tampoco es ético ocultar información y en la mayor parte de las

## Documentos de Trabajo Social

---

ocasiones, la atención que las personas reciben en otros servicios no depende del profesional que proporciona la información. Habría que distinguir esto de la creación de falsas expectativas, haciendo declaraciones voluntaristas, acerca de las intervenciones que se pudiesen realizar, en el propio servicio o en otro, y de sus resultados.

La actuación más acertada consistiría, tal vez, en proporcionar una información fidedigna y lo más actualizada posible, o en remitir a la persona que acude al servicio a donde se le puede informar adecuadamente, dependiendo de ese otro servicio la atención prestada.

**«no es ético enviar a las personas a otro servicio sin saber si serán debidamente atendidas».**

Igual sucede con el análisis de las diferentes posibilidades de intervención, puesto que en todas ellas se producen efectos contradictorios. No existe la intervención buena y la mala, sino que en cada caso se sopesan los efectos negativos y los positivos y sobre qué persona recaen, antes de decidir qué líneas seguir. Por ejemplo, cuando mediamos entre una familia y uno de sus

miembros enfermo mental, que ha superado una fase de crisis, para que éste acepte las normas familiares en cuanto a horario, etc., ¿se está primando la normalización, o la libertad individual?.

### **¿Quién soy cuando digo qué?.**

En todas las ciencias sociales se debate su carácter de ciencia por varios motivos, entre ellos, la identificación del sujeto-objeto de estudio que dificulta o imposibilita la objetividad. Sean cuales sean los argumentos esgrimidos, en uno u otro sentido e independientemente de lo que cada cual opine, existe ese conflicto a nivel de referentes teóricos. Este conflicto se agudiza cuando se trata de una disciplina cuyo campo de intervención es lo «social», donde se someten a una continua valoración temas de total actualidad y donde, con frecuencia, entran en contradicción las convicciones personales y los criterios profesionales. Sería casi esquizofrénico diseccionar minuciosamente, en cada problema social y en cada intervención profesional, cuál es el planteamiento y la posición personal y cuál es el criterio profesional que se debe seguir. En todo caso, esto debe hacerse siempre que nos manifestemos dirigiéndonos a otro, sobre todo si éste está implicado, además en muchas ocasiones ese criterio

profesional se halla matizado por la institución en que se trabaja.

Para llevar nuestra profesionalización a buen término, será importante nuestra relación y deberes con la entidad con la que trabajamos. En numerosas ocasiones surgen conflictos entre aspectos que tenemos que tener en cuenta, como los objetivos del organismo, sus leyes, reglamentos, estatutos, filosofía..., y nuestros criterios personales. Así como también influye si se trata de un organismo público o privado, pues las responsabilidades pueden cambiar. Ser conscientes de donde trabajamos, para qué se nos contrató y cuales son nuestros principios profesionales, nos ayudará a llevar a cabo con eficacia y efectividad nuestro trabajo, sin que entremos en contradicción con los principios básicos de nuestra profesión.

**Para llevar nuestra profesionalización a buen término será importante nuestra relación y deberes con la entidad con la que trabajamos. En numerosas ocasiones surgen conflictos entre aspectos que tenemos que tener en cuenta, como los objetivos del organismo, sus leyes, reglamentos, estatutos, filosofía..., y nuestros criterios personales.**

### **Siempre hay un canal.**

Existe la necesidad de diferenciar cuándo hablamos refiriéndonos a algún compañero, cuándo hacemos una crítica a la persona o cuándo al profesional. Resultará más fácil esta labor cuando nos acostumbremos a llevar a cabo nuestros juicios con un análisis científico y riguroso, difundiendo los a través de publicaciones y otras vías habituales que están a nuestro alcance. De tal forma que sirvan para aportar nuestras experiencias y reflexiones a un debate profesional, sobre acciones de los colegas, sistemas de protección, Política Social y demás temas susceptibles de crítica. Al mismo tiempo que estos medios sirvan como canales para «compartir con los colegas y con Escuelas de Trabajo Social y los centros de formación permanente los nuevos conocimientos obtenidos en la investigación y en la práctica», tal como viene reflejado en el punto 4.4 del Código de Ética de Cataluña.

Es importante tener en cuenta que la apropiada utilización de estos canales adecuados, revistas, publicaciones, conferencias, denuncias en el Colegio Profesional, es la que nos llevará en gran medida, a un continuo intento de superación profesional.

# Documentos de Trabajo Social

---

## Profesionalidad.

Para finalizar lo referido a la relación con otros profesionales, hay que destacar que cada profesional asume una responsabilidad total frente a la sociedad en el desempeño de las funciones que le son propias.

Es por tanto nuestro deber no delegar nuestras funciones, pues en la medida que no desarrollemos respuestas, estas funciones adquiridas y reconocidas socialmente a nuestra profesión, la sociedad puede reconocer otras profesiones que den respuesta a esas carencias sociales no cubiertas por quien las asumió.

Evitar el intrusismo y valorar la profesión implica rigor en las intervenciones, manteniendo las propuestas con argumentación metodológica. Somos de entre las profesiones de lo social, quien tiene una visión más global de las situaciones en las que se intervienen. Por ello tenemos una obligación con la sociedad en general, al tiempo que una responsabilidad profesional con las personas que son objeto de nuestra intervención. Sirva como objeto puntualizar que el trabajo de forma interdisciplinar nunca puede implicar delegaciones de funciones. Conseguir un buen clima laboral, defendiendo una labor en equipo con responsabilidades compartidas y respeto

a los diferentes profesionales para que revierta siempre en beneficio del usuario, independientemente del campo en que trabajemos, sea éste educación, sanidad, servicios sociales, etc. No podemos olvidar lo que nos define a todos: **la responsabilidad en nuestra intervención**. La responsabilidad ante la tarea que estamos empeñando y el objetivo final para cuya consecución y logros estamos trabajando todos.

**Somos de entre las profesiones de lo social, quien tiene una visión más global de las situaciones en las que se intervienen. Por ello tenemos una obligación con la sociedad en general, al tiempo que una responsabilidad profesional con las personas que son objeto de nuestra intervención.**

## DESPEDIDA Y CIERRE.

Aquí dejamos este artículo que sólo pretende ser una reflexión sobre algunos temas que consideramos actualmente relevantes dentro de los ámbitos de responsabilidad ética. Esperamos que algún otro lo retome.

Esta reflexión se encuadra dentro de las que consideramos que los cono-

cimientos científicos y la capacitación técnica son imprescindibles, pero no suficientes, para el seguimiento de los principios de la práctica profesional,

por lo que deben ir acompañados de disposiciones morales que completen nuestra capacidad para ello.

---

1. LÓPEZ, Manuel Luis «Concepto de ética y su aplicación en el T.S.». Revista de Trabajo Social Hoy. Madrid, 1993.

2. CORDERO PANDO, Jesús: «Bases éticas de la profesión del T.S.». Revista de Trabajo Social Hoy. Madrid, 1993.

---

## BIBLIOGRAFÍA.

- M. SOSA, Nicolás. «Ética ecológica». Madrid, 1.990.

- Revista nº 1 «Trabajo social hoy». Colegio oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS. de Madrid. 1.993.

- Dictamen del Consejo General de Colegios Oficiales de diplomados en Trabajo Social y AA.SS. sobre funciones profesionales. Madrid, 1.993.

- HILL, Ricardo. «Nuevos paradigmas en Trabajo Social, lo social natural». Madrid, 1.992.

- LLOVET, Juan José y USIETO ATONDO, Ricardo. «Los Trabajadores Sociales de la crisis de entidad a la profesionalización». Madrid, 1.990.

- GRAZZIOSI, Laura. «Código de ética del servicio social». Buenos Aires, 1.977.

- BERMEJO, Francisco. «La formación ética. Una Trabajadora Social y un problema». Revista T.S. Hoy nº 5, 1.994.

### LA LEPRA COMO ENFERMEDAD SOCIAL. HISTORIA Y ASPECTOS SOCIALES DE LA LEPRA. TRABAJO SOCIAL CON ENFERMOS DE LEPRA.

**Manuel Martín García.** Diplomado en Trabajo Social.  
Jefe de la sección de Servicios Sociales del Ayuntamiento  
de Granada.

#### INTRODUCCIÓN.

La lepra es una enfermedad infecciosa, producida por un bacilo, el *Mycobacterium Leprae*, descubierto por el noruego Dr. Hansen en 1.873; enfermedad primitiva del ser humano, que preferentemente se localiza en la piel, en la mucosa nasal y bucal y en los nervios periféricos.

Es una de las enfermedades menos contagiosas que existen, el bacilo tiene escasa virulencia y existe una gran resistencia hacia él en un 90% de la población.

La edad más receptora es la infancia y juventud. Es importante la transmisión por el aire y penetración por

aparato respiratorio y menos a través de la piel, pero siempre con una intensa convivencia con el sujeto enfermo.

No es hereditaria, ya que los hijos nacen totalmente sanos y sólo por la convivencia en el foco familiar y junto a condiciones higiénicas y sociales deficientes, se facilita el contagio.

Los signos o síntomas iniciales son poco aparentes, consisten en escasa manchas, con pérdidas de la pigmentación y falta de sensibilidad al calor, dolor y tacto: esta forma clínica se llama «LEPRA INDETERMINADA», fácilmente curable en menos de un año. La LEPRA es una enfermedad cura-



ble y fácilmente en su forma indeterminada y tuberculoide y también en la Lepramatosa cuando no está muy avanzada.

**La lepra es una enfermedad social, porque los pacientes constituyen un problema comunitario, por el número de afectados, su larga duración, ser causa de incapacidades, por su tratamiento costoso por afectar a clases sociales económicamente débiles y por su etiopatología compleja, que obliga a tomar medidas colectivas.**

No podemos ignorar que existe en el mundo la LEPROSA; uno de los más temidos flagelos de la Humanidad que amenaza de nuevo con resurgir y extenderse. Es una enfermedad frecuente, estimándose aproximadamente (ya que las cifras estadísticas actuales no son de fiar, incluso para los expertos, por razones políticas, sociales y económicas), que hay un total de 15.000.000 de enfermos en el mundo, y lo cierto es que en nuestro país, aún quedan miles de enfermos de LEPROSA.

## ENFERMEDAD SOCIAL.

La geografía de la LEPROSA y el hambre se entremezclan. No es pura casualidad: **la lepra es en realidad la enfermedad de la miseria y desnutrición. Es una enfermedad del subdesarrollo. Es la «enfermedad de los pobres». Es una enfermedad social.**

El concepto de **ENFERMEDAD SOCIAL**, se refiere fundamentalmente al origen social de la enfermedad cuyas causas radican en la propia estructura y organización de la sociedad y que, históricamente se ha comprobado que se acentúa con las desigualdades sociales. Este concepto no es inmanente, es decir, no ha estado presente desde las primeras reflexiones acerca de la naturaleza de las enfermedades, aunque sí han aparecido diversas obras referidas a los aspectos sociales de la enfermedad, pero cuando se produce un desarrollo conceptual y empírico en profundidad, es en los dos últimos siglos, con la aparición de una nueva clase social, consecuencia de la industrialización de la sociedad, la cual se ve afectada por un gran número de enfermedades, estrechamente vinculadas a las condiciones sociales.

Las enfermedades sociales son aquellas cuyas causas, desarrollo y con-

## Documentos de Trabajo Social

---

secuencias están estrechamente vinculados a las condiciones sociales, tales como económicas, culturales, políticas, etc. Por estas razones, existen argumentos sólidos para sospechar que ninguna enfermedad estará libre de los influjos sociales.

La LEPRO es una **ENFERMEDAD SOCIAL**, porque los pacientes constituyen un problema comunitario, por el número de afectados, su larga duración, ser causa de incapacidades, por su tratamiento costoso por afectar a clases sociales económicamente débiles y por su etiopatología compleja, que obliga a tomar medidas colectivas.

Asimismo, por ser ellos, enfermos que originan manifestaciones de la desestructuración de los grupos sociales y de la propia sociedad como totalidad.

### **ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL.**

Como toda enfermedad social, necesita de la labor de Trabajadores Sociales, que formarán parte del equipo de profesionales, conjuntamente con los Médicos, Dermatólogos, personal de Enfermería, etc.

Es evidente la estrecha relación que existe entre la enfermedad y el medio social, por lo cual hay que enfocar al enfermo como un miembro del grupo familiar y la comunidad en que vive, así como hacer un reconocimiento de los factores bio-psico-sociales a contemplar en la enfermedad.

Por ello, el Trabajo Social en este campo, se puede definir como el trabajo profesional desarrollado por Trabajadores Sociales, que actúan como parte integrante del equipo de salud, en el estudio y tratamiento de los factores que inciden en la salud, tanto positivos como negativos, potenciando así el carácter social de la medicina a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas.

El Trabajador Social en el Programa de lepra, interviene en dos aspectos fundamentales:

- a) Prevención y Promoción de la Salud.
- b) Atención a la problemática generada por la enfermedad y las consecuencias que se derivan de ella en los procesos de recuperación y rehabilitación.

Toda la intervención, está priorizada en función de los factores de riesgo socio-sanitarios.



Los objetivos del Trabajo Social se insertan en los objetivos generales de los que forma parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y de los problemas sociales. Sus objetivos específicos se pueden concretar en:

- Conocer las diversas situaciones-problema que afectan a los individuos, los grupos y Comunidades.

- Contribuir a la transformación de esas situaciones sociales.

- Elevar los niveles de conciencia en los individuos y en los grupos.

- Promover la participación de la Comunidad en todas las fases del proceso.

- Fomentar la organización de grupos funcionales y de autocuidado.

Estos serían algunos de los objetivos concretos del Trabajo Social, si bien es necesario tener en cuenta que en cualquier actuación, ya sea ésta de investigación, planificación, ejecución o evaluación, habrá que marcarse unos objetivos que respondan a cada momento del quehacer profesional y que serán comunes al resto de las actividades que el equipo de salud se plantee.

**El Trabajo Social, en este campo, se puede definir como el trabajo profesional desarrollado por Trabajadores Sociales, que actúan como parte integrante del equipo de salud, en el estudio y tratamiento de los factores que inciden en la salud, tanto positivos como negativos, potenciando así el carácter social de la medicina a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas.**

### **REHABILITACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO DE LEPROSA. REHABILITACIÓN DE LA SOCIEDAD. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.**

Sin duda alguna, es necesaria esta rehabilitación, por varias razones:

- 1.- Porque ha sido y es la enfermedad más injustamente tratada a través de la Historia. Socialmente, quizás sea la enfermedad que a través de los años haya provocado más miedo.

Desde los orígenes del conocimiento de la existencia de esta enfermedad, centrados por algunos historiadores y médicos en las Civilizacio-

## Documentos de Trabajo Social

---

nes Egipcia y Hebrea, entre las que se encuentran los papiros egipcios y la Biblia... y por ellos en los libros sánscritos sagrados, Atharvaveda y el Ayurveda, y ya en el siglo XIX a.C., todos los vocablos para designar esta enfermedad se hallan vinculados con las impurezas del alma, el castigo por las faltas cometidas y la ira de los Dioses.

En la Biblia, en los personajes mencionados con LEPRO, no hay discriminación de razas: Moisés (hebreo), Naaman (sirio); ni niveles sociales especiales: Moisés (libertador), Naaman (militar), Guejazi (criado), Ocías (rey).

La enfermedad se da como una violencia cada vez mayor: aparece y desaparece en Moisés y adquiere un carácter de perpetuidad en Guejazy.

Las normas y conductas descritas en el Levítico son para hacer temblar a cualquier enfermo: «Cuando uno tenga en la piel de su carne tumor, erupción o mancha blancuzca brillante y se forme en la piel de su carne como una llaga de LEPRO, será llevado al sacerdote. El sacerdote, al comprobar que la erupción se extiende por la piel, lo declarará impuro: es el caso de LEPRO. El afectado por la LEPRO llevará los vestidos rasgados y desgreñada la cabeza; se cubrirá

hasta el bigote e irá gritando: ¡Impuro, impuro!. Todo el tiempo que dure la llaga quedará impuro. Es impuro y habitará sólo; fuera del campamento tendrá su morada».

Para la Ley es la LEPRO unaimpureza contagiosa, así el leproso es excluido de la Comunidad hasta su curación y su purificación ritual, que exige un sacrificio por el pecado.

La mentalidad impuesta por la Biblia ha ido pesando a lo largo de la Historia de la Iglesia y de la Sociedad. La profilaxis que utilizaron la Iglesia y la Sociedad durante siglos con estos enfermos, era el aislamiento total de la vida comunitaria y familiar.

El rito usado con ellos desde el año 583 dictado por el Concilio de Lyon conforme al ritual de París, no puede ser más repelente e injusto: «...Hermano, este es el símbolo de que tú estás muerto para el mundo. Sic mortuus mundo; vivus viterum Deo, volverás a vivir con Dios».

Con estas palabras que difieren muy poco de los oficios de difuntos, comenzaba la terrible ceremonia de la segregación oficial del mundo del leproso. Su mal había sido probado previamente en audiencia especial ante el juez Eclesiástico, que dicta-

minaba, sin posible apelación ni escape del enfermo, la ejecución inmediata de la *Separatio Leprosorum*. La ceremonia fue seguida en casi toda la España Cristiana y en Francia conforme al ritual de París, oficiando un sacerdote ante el «condenado», arrodillado éste ante el altar de la llamada Sala de los Leprosos, existiendo en la mayoría de las iglesias de las áreas leprógenas. El enfermo debía presentarse con el rostro cubierto por un velo negro. El sacerdote decía: «Te prohibo para siempre entrar en esta iglesia, o en el mercado, o en el molino, o en cualquier reunión del pueblo, o en compañía de persona sana».

«Igualmente te prohibo para siempre lavarte las manos y todas las cosas que sean necesarias en fuentes y arroyos. Si deseas beber, toma entonces el agua en una vasija sin tocar el líquido con tu piel. Igualmente te prohibo en adelante que salgas sin el hábito de leproso, de modo que puedas ser reconocido por los otros».

«Igualmente mientras marches por el campo, te prohibo responder a quien quiera que pueda hacerte preguntas, a menos que previamente, por no contagiarlo, te coloques en dirección al viento, y también, en lo sucesivo no frecuentarás los caminos reales, (esto no se observaría en el de

Santiago), para no encontrarte con alguien a quien puedas infectar».

El enfermo se ponía entonces el hábito Lazarino, un sayal, y recibía de manos del sacerdote la campanilla o cencerro, con que a distancia y a la entrada de los pueblos debía anunciar su proximidad.

En pueblos más supersticiosos, el alcalde complementaba la ceremonia religiosa, con la más pagana de obligar al leproso a descender a la tumba, simulando una inhumación; aunque lo común era simplemente escoltarle en procesión hasta su nueva morada, una covacha improvisada que el enfermo ampliaría y haría menos incómoda en pleno campo lo más alejada posible del pueblo.

A la muerte del leproso, sin ritos, sus familiares eran obligados a «fumigar» la casa quemando enseres y utensilios y rociando suelos, techos y paredes con líquidos alcohólicos.

Siguiendo la profilaxis de la enfermedad: segregar al enfermo; comenzaron a crearse para ellos instituciones especiales, las leproserías, cuyo número fue incontable en los países de Europa; el aislamiento era el recurso más utilizado para combatirlo.

## Documentos de Trabajo Social

---

**Siguiendo la profilaxis de la enfermedad: segregar al enfermo; comenzaron a crearse para ellos instituciones especiales, las leproserías, cuyo número fue incontable en los países de Europa; el aislamiento era el recurso más utilizado para combatirlo.**

Durante la Edad Media, se estima que existían en España unas 200 instituciones dedicadas a la atención de los enfermos de LEPRO, siendo el número de los casos «controlados» de unos 60.000, de los cuales 20.000, residían en la zona cristiana, y 40.000, en la mahometana.

En la Edad Moderna se producen en España grandes reformas introducidas por los Reyes Católicos. Con el fin de impedir los avances de la enfermedad, se crearon «los alcaldes de la LEPRO», a los que traspasaron todos los derechos anteriormente cedidos a los sacerdotes y jueces eclesiásticos. Crearon también, los «promédicos del Tribunal Supremo de la Medicina» con jurisdicción sobre el internamiento de los hansenianos.

Estas instituciones formadas por médicos venían a sustituir y cancelar la etapa anterior, cuya ceremonia más significativa era como hemos señalado anteriormente la del «entierro en vida».

**La enfermedad podrá o no tener fundamentos en la realidad biológica; pero siempre tiene un fundamento en la realidad social, -desviación social- en tanto sea reconocida y «marcada por la gente».**

A comienzos del siglo XIX, no se había avanzado grandemente en la atención y cuidado de los enfermos, que seguían siendo separados del resto de la población y obligados a llevar una vida marginada y solitaria, desprovista muchas veces de atenciones médicas y familiares.

En la Conferencia de Berlín de 1.897, se aconseja aún el aislamiento como mejor método de evitar la propagación de la enfermedad.

En Bergen, en 1.909, se ratifican los anteriores acuerdos insistiendo en el aislamiento.

La Literatura, el Cine... tampoco han sido elementos que hayan favorecido la historia de los enfermos han-senianos. La Historia, la Biblia, la Literatura, los medios de comunicación, etc., han colaborado enormemente a causar estos «muertos civiles», y son los que han producido estos «heridos psicológicos».

2.- La Rehabilitación Social, es necesaria, porque aunque muchos enfermos estén curados (negativizados) la mayoría están afectados de incapacidades físicas más o menos pronunciadas, que les imposibilitan para el trabajo normal, teniendo que permanecer inactivos en el Hospital Leprológico o cuidando la enfermedad en los domicilios.

La enfermedad podrá o no tener fundamentos en la realidad biológica; pero siempre tiene un fundamento en la realidad social, (desviación social) en tanto sea reconocida y «marcada por la gente».

De ahí el que se haya creado una mentalidad deformada y una psicosis de miedo y terror, basada en la ignorancia y equívoco de viejos prejuicios históricos; un pánico religioso-social como azote, castigo de Dios, enfermedad terrible, contagiosa, hereditaria,... que hacen que el programa de rehabi-

litación del enfermo y de la sociedad sea necesario y urgente.

Si la LEPRO no fuera una enfermedad que afea, que mutila... no despertaría ese milenarismo terror, pues más que su escasa contagiosidad, son sus secuelas mutilantes las causantes del rechazo social.

### **¿QUÉ SE ENTIENDE POR REHABILITACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO DE LEPROA?**

Probablemente sería mucho más lógico hablar de «inserción», ya que en la mayor parte de las veces, se trata de personas que fundamentalmente tienen como determinante el no haber estado nunca, o casi nunca, incorporados a la Sociedad. Pero no obstante, dejaremos este tema para otros ámbitos.

Entendemos por Rehabilitación Social el volver al individuo a su estado normal, capacitarlo para que pueda desarrollar su personalidad, situándole en condiciones físicas, psicológicas, sociales y profesionales útiles para él, su familia y la sociedad.

La Rehabilitación Social del enfermo de LEPRO incluye, también, el «curar sanos», de sus prejuicios. No se podrá convencer a los profanos de que la LEPRO no es una «enfermedad

## Documentos de Trabajo Social

---

aparte», mientras los mismos profesionales de la Salud y del Trabajo Social, sigan separando a estos enfermos de los restantes.

Esta segunda rehabilitación, la de la Sociedad «curar a los sanos» es fundamental y primaria, más importante y necesaria que la rehabilitación del enfermo. Sin ella no conduce a nada esta otra: «no se puede pensar en una rehabilitación responsable de ningún enfermo, mientras en la Sociedad, que es y deberá ser la receptora de estos enfermos, existan los tabúes, miedos e ideas tan erróneas y perjudiciales para ellos».

Los programas de prevención y rehabilitación deben desarrollarse simultáneamente.

El único camino para ganar la batalla contra la LEPR y para alcanzar la tan cacareada meta del total Bienestar Físico, Mental y Social, para los enfermos, es desmitificarla, integrarla con las restantes enfermedades; no rodearla de una aureola de terror ni de misterio, potenciar mucho más la investigación y la docencia y conseguir un frente único de lucha entre los Gobiernos, los Organismos Sanitarios, Internacionales y Nacionales y las Asociaciones que trabajan en este campo, coordinando de manera efectiva todo el trabajo a desarrollar.

## BIBLIOGRAFÍA.

- \* KAUFMANN, Alicia E. «La Lepra y sus imágenes». Instituto nacional de Servicios Sociales, 1.985.
- \* GONZÁLEZ DE CANALES, Fernando. «La Lepra en la actualidad». Patronato de Rehabilitación Social del enfermo de Lepra, 1.986.
- \* J.ACHA, Belén. «Rehabilitación Social del enfermo de Lepra».
- \* La Santa Biblia. Ed. Paulina. Dirección Dr. Evaristo Martín Nieto.
- \* MARTÍN GARCÍA, M. «Rehabilitación Social del afectado de Lepra». Revista Minusválidos. Ministerio de Asuntos Sociales nº 67. Marzo de 1.990.
- \* MARTÍN GARCÍA, M. «La Lepra enfermedad Social; aspectos sociales de la Lepra». Revista de Trabajo Social y Salud nº 4. Noviembre de 1.989. Servicio de Medicina preventiva y social del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.
- \* NARANJO ROJO, J. «Aproximación psicológica a la enfermedad de hansen». Patronato de Rehabilitación Social del enfermo de lepra. Madrid, 1.990.
- \* RODRÍGUEZ OCAÑA, E. «El concepto social de enfermedad». 1.987. Historia de la enfermedad, A. Saned.



### DIMENSIÓN INTERNACIONAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA<sup>1</sup>.

**Demetrio Casado.** Secretario Ejecutivo de Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.

#### *RESUMEN*

*Me propongo mostrar los efectos, en nuestros servicios sociales, de los acuerdos y compromisos internacionales de España. Tales efectos pueden ser, por una parte, morfológicos. Quiero decir que podría haberse producido una influencia política de las normas de Naciones Unidas (NU), de acuerdos bilaterales, del Consejo de Europa o de la Comunidad Europea (CE) - hoy UE- en la configuración técnica de los servicios sociales españoles. De otra parte, voy a examinar las obligaciones jurídicas de nuestro país con los ciudadanos extranjeros en la rama que nos ocupa. Quede advertido, por adelantado, que el fruto de esta recolección será escaso.*



## EL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS.

Las actuaciones de los órganos más visibles del sistema de NU son, a no dudarlo, los relativos a la seguridad. Las tareas económicas y, más aún, las sociales del máximo organismo social quedan en segundo plano. De entre estas últimas las sanitarias o las educacionales, por poner dos ejemplos próximos, nos llegan en virtud de protagonismo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o de la UNESCO; las relativas a servicios sociales tienen menor presencia pública. Pero, busquemos en las fuentes.

El texto normativo más importante de los producidos por NU es, desde luego, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, adoptada y proclamada por su Asamblea General, en París, el 10 de diciembre de 1.948. Su estructura es la clásica de las cartas políticas: tras un par de artículos introductorios, se desarrollan ampliamente -artículos 3 a 21- los derechos fundamentales y las libertades públicas; salvo tres artículos finales, el resto del texto -artículos 22 a 27- regula los derechos económicos, sociales y culturales. Pues bien, entre tales derechos se incluye el correspondiente a los servicios sociales, contemplado por el artículo 25:

« 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera del matrimonio, tienen derecho a igual protección social».

Para dar fuerza vinculante a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, NU promovió sendos tratados correspondientes a las dos partes de aquélla: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ambos fueron adoptados por la Asamblea General de 16 de diciembre de 1.966. España los ratificó el 27 de abril de 1.977. Como era de esperar, si tenemos en cuenta su objeto, el primero de los tratados no aborda la cuestión de los servicios sociales; sí contempla, como era también de prever, la protec-

## Documentos de Trabajo Social

---

ción en áreas sociales que tienen una fuerte relación con ellos, cuales son la familia y la infancia. El segundo tratado, pese a su objeto, apenas roza los servicios sociales, en su artículo 10, al referirse precisamente a la protección de la familia, los niños y los adolescentes.

Tal vez por la atención que prestan a la familia las normas generales citadas, no ha parecido necesario promover textos específicos de alto rango sobre la misma.

**Las tareas económicas y, más aún, las sociales del máximo organismo social quedan en segundo plano. De entre estas últimas las sanitarias o las educacionales, por poner dos ejemplos próximos, nos llegan en virtud de protagonismo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o de la UNESCO; las relativas a servicios sociales tienen menor presencia pública.**

Por el contrario, la infancia ha suscitado la atención particularizada de NU, amén de su predecesora, la Sociedad de Naciones, que adoptaría la

Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, en 1.924. La vigente organización política mundial proclamaría su Declaración de los Derechos del Niño el 20 de noviembre de 1.959. No menciona los servicios sociales expresamente, si bien pueden considerarse implícitos para las situaciones críticas en los artículos 5, 6 y 8 .

1.989 fue un año dedicado a la infancia por NU, al cumplirse treinta de la citada Declaración. En la Asamblea General del citado año, el 20 de noviembre, se aprobó la convención sobre los Derechos del Niño. España la ratificó el 5 de enero de 1.991. En los artículos 18, 19 y 20 se compromete a los Estados a que procuren servicios sociales específicos para la infancia, en situaciones de necesidad. El artículo 23 prevé los relativos al niño con deficiencias.

La lucha contra la discriminación de la mujer y racial son también frentes especiales clásicos en el quehacer de NU. No obstante, tanto las declaraciones como las convenciones adoptadas se refieren a igualdad de trato, no a servicios sociales específicos.

Primero, la Sociedad de Naciones y, después, NU han ido promoviendo sucesivos acuerdos y convenciones sobre refugiados. La convención sobre el Estatuto de Refugiados se aprueba

el 28 de julio de 1.951, viniendo a sustituir a las anteriores. Esta norma sería complementada mediante un protocolo, aprobado el 26 de diciembre de 1.966. España se adhirió a una y otro, con leves reformas, con fecha del 14 de agosto de 1.978. Mencionemos que en el artículo 23 de la Convención se compromete la «asistencia» pública de los Estados para los refugiados, en la que pueden entenderse incluidos los servicios sociales.

La discapacidad ha sido objeto de varios textos programáticos de NU. La Declaración De los Derechos del Retrasado Mental se aprueba el 20 de diciembre de 1.971. En su artículo 2 se implican los servicios sociales específicos pertinentes. La Declaración de los Derechos de los Impedidos (este es el término que se utiliza en la versión española de NU) fue proclamada el 9 de diciembre de 1.975. El artículo 6 de este texto incluye también de forma genérica los servicios específicos requeridos por las personas con discapacidad<sup>2</sup>. Finalmente, mencionaré el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad. Fue aprobado el 13 de diciembre de 1.982. En este largo texto se contienen previsiones relativas a toda suerte de servicios específicos de rehabilitación (párrafos 15 a 20, 56 a 59 y 97 a 107). Por el contrario se omiten los tradicionales y siempre

actuales servicios sociales de asistencia a individuos dependientes.

NU no ha producido ninguna convención en este área, pero sí lo ha hecho uno de los organismos especializados, la Oficina Internacional del Trabajo (OIT). Mas los convenios de esta entidad -como igualmente sus recomendaciones- focalizan la discapacidad en relación a funciones vecinas de los servicios sociales: la Seguridad Social, por una parte, y la adaptación y readaptación profesionales, en función del empleo, de los trabajadores con discapacidades, por otra.

**Tengo la impresión de que nuestro país se ajusta, en términos generales, a los preceptos que sobre servicios sociales contienen las convenciones mencionadas. Ello ocurre seguramente menos por la fuerza jurídica de aquellas, que por la progresiva integración cultural y política de España en el cuadro de referencias que operan en NU.**

El área de toxicomanías también ha sido objeto de una continuada atención por parte de NU, pero se contempló fundamentalmente el asunto del tráfi-

## Documentos de Trabajo Social

---

co ilícito de sustancias estupefacientes y psicotrópicas.

Suponemos que se habrá apreciado, mediante la precedente y escueta exposición, cierta dificultad y precariedad en la visibilización conceptual de los servicios sociales de NU. Salvado esto: ¿cual fue el impacto de NU en los Servicios sociales de España?. No se dispone de auditorías con objetividad ni sistemática para contestar a tal pregunta. Tengo la impresión de que nuestro país se ajusta, en términos generales, a los preceptos que sobre servicios sociales contienen las convenciones mencionadas. Ello ocurre seguramente menos por la fuerza jurídica de aquellas, que por la progresiva integración cultural y política de España en el cuadro de referencias que operan en NU. Cabe decir que en ciertas áreas de necesidades las relaciones con NU fueron especialmente densas, con ocasión de eventos promovidos por aquella. Tal sería el caso de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que tuvo lugar en Viena, del 26 de julio al 6 de agosto de 1982. O el del Decenio de Naciones Unidas de las personas con Discapacidad, programado de 1.983

a 1.992. Y muy especialmente el ya citado 30 aniversario de la Declaración de los Derechos del Niño, conmemorado en 1.989.

### CONVENIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Siguiendo un orden cronológico, procede que me refiera ahora a los convenios y acuerdos bilaterales sobre Seguridad Social; España los suscribirá con veintiocho estados, a partir de 1.966. Por fuerza de dichos instrumentos se comprometen las partes firmantes a prestar protección social a sus nacionales en régimen de reciprocidad. El núcleo de aplicación de tales contratos viene constituido por lo que suelen denominarse prestaciones básicas de la Seguridad Social, pero en once de ellos se incluyen las complementarias, es decir, los servicios sociales y/o la asistencia social. Cabe señalar que la incorporación de España a la Comunidad Europea dará lugar a la hegemonía de sus normas sobre Seguridad Social, pasando a una posición subordinada y supletoria las evocadas aquí.

**ACUERDOS Y CONVENIOS INTERNACIONALES SUSCRITOS POR ESPAÑA SOBRE SEGURIDAD SOCIAL APLICABLES A ASISTENCIA SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES<sup>3</sup>.**

Estados contraparte	Fecha de vigencia	Asistencia social	Servicios sociales
1. Bélgica	1-VII-58	X	-
2. Portugal	1-VII-70	X	X*
3. Luxemburgo	1- I -71	X	X
4. Países Bajos	1- XII-74	X	
5. Reino Unido	1- IV -75	X	X
6. RF. Alemania	1- XI- 77	X	X
7. Andorra	1- V - 78	X	X
8. Marruecos	1 - X- 82	-	X
9. Italia	1 -XII-83	X	X
10. Suecia	1 -VII-84	X	X
11. Finlandia	1-VIII-87		

(\*) Sólo servicios de «reeducación y rehabilitación de inválidos». Fuente. I.N. de Seg. Social., Convenios y acuerdos internacionales en materia de Seg. Soc. suscritos por España con otros países e instrumentos jurídicos complementarios. Ministerio Trabajo y Seguridad Social, 1991, 2 tomos.



## Documentos de Trabajo Social

---

### CONSEJO DE EUROPA.

El Consejo de Europa -del que España forma parte desde 1.977- viene promoviendo una serie de acuerdos, alguno de los cuales incide en los servicios sociales.

**Con carácter general pueden decirse dos cosas aparentemente contradictorias: España no toma precauciones específicas en función de la carta; se producen decisiones formales armónicas con aquella. En efecto, la vigencia del instrumento citado coincide con el movimiento de legislación sobre los servicios sociales protagonizados por nuestras Comunidades Autónomas, de lo que resulta un saldo convergente con la Carta, en términos generales.**

En París y con fecha 11 de diciembre de 1.953, se aprobó el Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica, con un protocolo adicional. En virtud de estos instrumentos los estados se comprometen a las prestaciones mencionadas en régimen recíproco. La «asistencia social» de que aquí se trata parece consistir en ayuda personal

y material circunstanciales para situaciones de carencia de recursos. Toca, pues, a los servicios sociales. Los citados instrumentos fueron ratificados por España el 29 de noviembre de 1.982, de modo que serían de aplicación en el periodo que aquí consideramos. No se dispone de información sobre casos atendidos.

Con fecha 4 de diciembre de 1.950 se aprueba el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos, que entraría en vigor el 3 de septiembre de 1.953. Mediante este instrumento se garantizan los derechos sociales o civiles de la primera parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de NU, antes evocada, quedando pendientes los contemplados en la segunda. Los mismos tendrían su turno en la Carta Social Europea -a no confundir con la carta Social de los Trabajadores promovida por la CE- aprobada en Turín con fecha 18 de octubre de 1.961-. España la ratificaría el 29 de abril de 1.980, con efectos interiores fundamentalmente. Hago esta salvedad porque, aun cuando la Carta Social Europea es un código de obligaciones de cada estado para los propios ciudadanos, alcanza a los de otros países firmantes con residencia legal o trabajo regular, así como también, en ciertos términos a los refugiados, según lo que se establece en el Anejo integrado como artículo 38 de la Carta.

Varios preceptos de la Carta de Turín se refieren, directa o indirectamente, a los servicios sociales. El artículo 7 que regula una especial protección para niños y adolescentes. El siguiente, que otorga análogos derechos a la mujer. En el artículo 13 nos encontramos de nuevo con la noción ya mencionada de la asistencial social -y médica- para situaciones de carencia de recursos. Mediante el artículo 14 los estados se comprometen a fomentar servicios que utilicen los métodos de «servicio social»; noción ésta que, en la época de referencia, significaba o involucraba lo que suele llamarse trabajo social. El artículo 15 regula derechos de readaptación de personas con deficiencias. El siguiente se refiere a la protección de la familia. El 17 vuelve sobre la protección de madres e infantes.

Como la Carta Social Europea regula obligaciones ad intra, la cuestión de su cumplimiento se dirime en el proceso de desarrollo institucional de los servicios sociales. Con carácter general pueden decirse dos cosas aparentemente contradictorias: España no toma precauciones específicas en función de la carta; se producen decisiones formales armónicas con aquella. En efecto, la vigencia del instrumento citado coincide con el movimiento de legislación sobre los servicios sociales protagonizados por nuestras Comuni-

dades Autónomas, de lo que resulta un saldo convergente con la Carta, en términos generales.

## COMUNIDAD EUROPEA.

El ingreso de España en la Comunidad Europea tuvo lugar el 6 de junio de 1.985, por lo que los eventuales efectos de esta vinculación en servicios sociales se produce en estos últimos años. No obstante lo dicho, hemos de remontarnos a antecedentes, para la mejor comprensión del asunto.

El edificio de la Comunidad Europea comienza a construirse mediante el Tratado de París, de 18 de abril de 1.951, por el que se instituye la Comunidad Europea del Carbón y de Acero (CECA). Se trata de un acuerdo económico de inspiración liberal, en el que se hace presente de manera discreta el punto de vista social.

Vamos a verlo siguiendo el texto suscrito. En su artículo 2, el objetivo de la expansión económica va acompañado del desarrollo del empleo y de la mejora del nivel de vida. El artículo 3 encomienda a las instituciones de la comunidad, junto a diversas misiones económicas, la de promover las condiciones de vida y trabajo de los trabajadores de la rama concernida por el Tratado. El artículo 56, ante posibles

## Documentos de Trabajo Social

---

situaciones de crisis estructurales, regula ciertas ayudas a los trabajadores afectados, lo que constituye un germen del que más adelante será el Fondo Social Europeo. El artículo 68 faculta a los estados miembros para intervenir en caso de caídas extraordinarias de los salarios. Finalmente, el artículo 69 regula facilidades para la circulación de mano de obra, dentro de la rama carbosiderúrgica, entre los países cuyos estados firman el Tratado. Mas ninguna de estas previsiones alcanza a la rama de los servicios sociales que aquí estudiamos.

El jalón que marca camino hacia la Comunidad Europea es el Tratado de Roma, suscrito el 25 de marzo de 1957, por el que se crea la Comunidad Económica Europea (CEE): En el mismo lugar y fecha se suscribe también el Tratado que dará nacimiento a la Comunidad Europea de la Energía Atómica (CEEa o EURATOM). Estamos nuevamente ante contratos hijos de una ideología liberal atemperada, que procura cuidar las dimensiones sociales de la economía, en el caso de la CEEa, y los aspectos sanitarios de lo técnico, en el EURATOM.

Siguiendo el articulado del Tratado de la CEE nos vamos a encontrar con unos planteamientos y previsiones sociales parecidos a los de la CECA, y apuntados, bien que más

amplios. En el artículo 2 se encomienda a la Comunidad, junto a diversos objetivos económicos, la elevación del nivel de vida. El artículo 3 enuncia, en su apartado c), la libre circulación de personas, como la de servicios y capitales, la cual será desarrollada en los artículos 48 a 51. Mediante el mismo artículo 3, en su apartado i) se crea el Fondo Social Europeo, con «objeto de mejorar las posibilidades de empleo de los trabajadores y contribuir a la elevación de su nivel de vida»; los artículos 126 a 128 regulan dicha institución comunitaria. Estos preceptos integran el segundo capítulo del citado texto, que el Tratado dedica a la política social, y cuyo capítulo primero contiene disposiciones que merecen ser comentadas. El artículo 117 expresa el compromiso de los estados en pro de la «mejora de las condiciones de vida y trabajo de los trabajadores, a fin de conseguir su equiparación por la vía del progreso; de otra parte, los firmantes manifiestan la opinión de que «dicha evolución resultará tanto del funcionamiento del mercado común, que favorecerá la armonización de los sistemas sociales, como de los procedimientos previstos en el presente Tratado y de la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas». El artículo 118 encomienda a la Comisión que promueva la colaboración entre los estados



miembros en todas las materias sociales que se relacionan con el mantenimiento de la fuerza de trabajo: empleo, derecho de trabajo, formación y perfeccionamiento profesional, seguridad social, higiene y seguridad del trabajo, relaciones industriales. El artículo 119 versa sobre vacaciones retribuidas. Siendo más amplia la proyección del Tratado de Roma que la del de París, tampoco alcanza a la rama de los servicios sociales.

Vamos a ver después ampliaciones en las piezas sociales del edificio comunitario europeo, pero parece oportuno preguntarse ahora por el significado de su diseño inicial. Resulta muy claro que en punto a fines y objetivos, los arquitectos de las Comunidades Europeas ponen los resultados económicos al servicio de la sociedad: nivel de vida; condiciones de trabajo, etc. En lo que concierne a medios, la política social comunitaria se circunscribe al ámbito de los trabajadores en tanto que tales; se trata, pues, de una gestión de la fuerza de trabajo. Los objetivos sociales previstos para la ciudadanía habrían de conseguirse por efecto del mercado común; la intervención social busca simplemente tener bien cuidada la mano de obra que interviene en ese mercado. Cumple, no obstante, hacer constar que esta «política de personal» de las Comunidades Europeas no parece guiarse,

por el criterio de eficacia, sino también por el de justicia, o coherencia social en él se fundarían, por ejemplo, las medidas relativas a igualdad entre sexos, no condicionadas a necesidades productivas.

En todo caso, y esto es lo que importa, los servicios sociales para la ciudadanía no tienen cabida en las políticas sociales para los trabajadores de las Comunidades Europeas iniciales. Los artífices del Mercado Común no creyeron, pues, que éste requiriera ni del apoyo técnico, ni de la legitimación moral que pudiera presentarle unos servicios sociales controlados por los gestores de la empresa europea. Obviamente esto no equivale a decir que se consideran superfluos o inconvenientes los servicios sociales que venían existiendo o funcionando, sino que, en el mejor de los casos, no se estimaría necesaria ninguna intervención centralizada en esta rama; lo cual es un hecho que merece ser subrayado (sobre todo porque los analistas de la política social comunitaria no parecen haber parado mientes en el mismo).

Pudieran entenderse contradictorias las anteriores consideraciones por la Recomendación de los Estados miembros sobre la actividad de los servicios sociales respecto de los trabajadores que se desplazan dentro de la Comu-

## Documentos de Trabajo Social

---

nidad, de 23 de julio de 1.962. En ella se proponen interpretaciones amplias de algunos preceptos sociales del Tratado de Roma, en los que se fundaría la incitación a los Estados miembros para que velen porque los trabajadores móviles, y sus familias, no carezcan en ningún momento de información, orientación y apoyo personal. Más nótese que se trataría de acciones nacionales en favor de los trabajadores, de modo que no varía el panorama descrito.

Se reconoce por los estudiosos un cambio de rumbo con ocasión de la cumbre de los jefes de estado o de gobierno que tendría lugar, en París, los días 19 y 20 de octubre de 1.972. En los años inmediatos surgiría la crisis económica subsiguiente a las bruscas elevaciones de los precios del petróleo, en cuyo contexto se aprueba la Resolución del Consejo, de 22 de enero de 1.974, relativa al programa de Acción Social.

En el preámbulo de esta norma se afirma el carácter instrumental de los objetivos económicos del Mercado Común, que deben estar al servicio de la mejora de la calidad y del nivel de vida. En sus disposiciones ordenan el logro de estas metas sociales: pleno y mejor empleo; mejora de las condiciones de vida y trabajo; participación de los interlocutores sociales en las deci-

siones socioeconómicas y sociales de la Comunidad y de los trabajadores en la vida de las empresas.

Pese a la referencia identificadora de la Resolución, no contiene ningún cambio sustantivo concerniente a los servicios sociales. Pero sí coloca el foco de atención político-social en una serie de condiciones y circunstancias desventajosas en cuanto al empleo y el trabajo, que darán pie a un paso adelante en el intervencionismo social de la Comunidad. Se ha revelado, por ejemplo el impulso que vino a dar la norma evocada a la política contra la discriminación por razón de sexo en el trabajo<sup>3</sup>. Es de notar, también, la atención que se presta en la Resolución a los trabajadores con discapacidad, a los jóvenes y a los de mayor edad, así como a las situaciones de pobreza. Tales situaciones son enfocadas desde el punto de vista del trabajo, pero vendrían a suscitar acciones en las que se incluyen servicios sociales para la ciudadanía. El caso más claro lo encontramos en los sucesivos programas de lucha contra la pobreza y -recientemente- la exclusión. Más adelante volveremos sobre tales programas y sobre otros que pudieran interesar al objeto de este informe. Ahora, para concluir la Ubicación del Programa de Acción Social, haré un comentario sobre la significación psicosocial general del mis-

mo. La focalización que hace de las mencionadas condiciones y circunstancias socialmente desventajosas es una expresión o indicio significativo de la opción por la selectividad de objetivos de protección o promoción en la política social, la cual ha venido a complementar el enfoque universalista monocorde propio del Estado de Bienestar simple<sup>4</sup>.

El siguiente jalón del camino que siguen las Comunidades Europeas en el que vamos a detenernos, siquiera sea un minuto, es el Acta Única Europea, aprobada el 26 de febrero de 1986. España ya se había incorporado a las instituciones comunitarias, el día 6 de junio de 1.985, de modo que somos no sólo sujetos pasivos de aquélla, sino también actores. Pero el contenido social de este mero instrumento jurídico no constituye novedad importante y, desde luego, no afecta a la rama de los servicios sociales, salvo en los de cada país reciben alguna demanda de atención adicional como consecuencia de la ampliación de la libre circulación de trabajadores.

El siguiente mojón de la vía que van trazando las instituciones de la CE tiene un significado netamente social, en cuanto que se trata de la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores. Fue aprobado por el Consejo Europeo,

con la autoexclusión de la representante del Reino Unido, en su reunión, celebrada en Estrasburgo el 8 y 9 de diciembre de 1.989. Pese a su objeto, expresado en la denominación citada, la carta desborda levemente el perímetro de la protección social de carácter laboral y roza los servicios sociales para la ciudadanía en los puntos de igualdad de trato para hombres y mujeres (art. 16), e integración social de personas con minusvalía (art. 26). No es gran cosa si, por lo demás, compromete a nada, toda vez que la carta carece de eficacia jurídica. En efecto, se trata de una declaración solemne de once -sobre doce- jefes de estado o de gobierno.

El último hito del decenio a que me vengo refiriendo es el Tratado de la Unión Europea, firmado en Maastricht, el día 7 de febrero de 1.992, por los doce representantes de los Estados miembros. En la misma ocasión se firmó un Protocolo sobre Política Social, con la autoexclusión del Reino Unido. En el momento presente se ha cumplido el trámite de las ratificaciones por los Estados.

Este protocolo Social se orienta hacia la garantía de los derechos previstos en la Carta comunitaria de los Derechos Fundamentales de los Trabajadores, según se indica expresamente en el preámbulo del mismo. En

## Documentos de Trabajo Social

---

sus disposiciones se establecen los términos del intervencionismo comunitario en la materia tradicional de política laboral, sin las excusiones a los servicios sociales que mencioné para la Carta.

En cuanto al propio tratado de la Unión Europea parecen destacables, en el orden social, cuatro aspectos. Por de pronto, se confirma el principio de asociación entre objetivos económicos y sociales (art.2). Es novedad absoluta la creación de «una ciudadanía de la Unión», mediante la que las naciones de los países cuyos estados firman tal acta comparten los derechos y deberes regulados por la misma (art. 8). Se confirma el Fondo Social Europeo, así como su misión de financiación política de la protección del empleo y de los trabajadores. Se encomienda a la Unión intervenir subsidiariamente en educación, formación profesional y juventud; cultura; salud pública; protección de los ciudadanos. Salvo leves prolapsos como los evocados anteriormente, los servicios sociales quedan fuera del cuadros social de la CE y de la Unión Europea. Según vimos, parahacer el Mercado Común no se reputó necesaria otra lubricación social que la correspondiente a la mano de obra. Después se han registrado algunos impulsos de voluntarismo social que rozarán la rama

de los servicios sociales. A la hora de construir la Unión Europea, se echa mano de diversas ramas llamadas a procurar trabazón espiritual y material a la nueva edificación, excluyendo los servicios sociales. ¿Será que los eurodiseñadores no encuentran utilidad a los servicios sociales como organización?. ¿Será que no saben muy bien qué cosa sea la rama que aquí se estudia?. Quedan hechas las preguntas sin más alcance que el dimanante de su literalidad, es decir, sin prejuzgar la conveniencia del intervencionismo en nuestro campo.

**En el primer HELIOS se mezclaban actividades diversas: tejido de redes de centros y experiencias de formación y rehabilitación profesional, integración escolar, integración social y vida autónoma; cooperación con asociaciones; promoción de actividades artísticas y de tiempo libre de las personas con discapacidad; sistema HANDINET**

En tanto obtenemos respuesta voy a recordar lo poco que debe ser recordado en esta exposición. Tras su ingreso en la CE, España accede a to-

dos los programas sociales en vigor, algunos de los cuales, como ya queda dicho, rozan nuestra rama de los servicios sociales. tal me parece que sea el caso de los denominados HELIOS y HORIZON (se escriben estos nombres con mayúsculas por ser acrónimos).

### PROGRAMA HELIOS.

Ya quedó apuntada la atención de la CE, con el soporte del Fondo Social Europeo, al trabajador con discapacidad. Ahora es oportuno recordar que, en la coyuntura del ingreso de España, estaba en aplicación un programa de interacción internacional, que se impulsa a partir de 1.983<sup>5</sup> y que desbordaba en algún punto la rama de protección del trabajo. Sus realizaciones más conocidas consistían en un elenco de centros o experiencias modelo y un sistema informático computerizado sobre ayudas técnicas. España se tropezó con limitaciones inherentes a su incorporación tardía para participar en dicho programa. Por decisión del Consejo Europeo de 18 de abril de 1.988, se aprueba el segundo programa de acción de la Comunidad en favor de las personas con minusvalía denominado HELIOS, cuyo objeto es la autonomía personal y la integración social, y aplicable en el período que

aquí interesa. España participaría con regularidad en este programa, ya concluido; ambas circunstancias dan pie para que me refiera a él. Quede dicho, de todos modos, que el Consejo aprobó el Helios II, por decisión del 25 de febrero de 1.993.

**La Comisión de la CE aprobó, con fecha 18 de diciembre de 1990, tres nuevos programas relativos a recursos humanos: UROFORM, de formación profesional; NOW, de formación profesional y empleo de mujeres; HORIZON, para la integración económica y social de personas con discapacidades y otros grupos con dificultades específicas de integración. Entre estos se incluyen los que venían siendo objeto de los programas de lucha contra la pobreza.**

En el primer HELIOS se mezclaban actividades diversas: tejido de redes de centros y experiencias de formación y rehabilitación profesional, integración escolar, integración social y vida autónoma; cooperación con asociaciones; promoción de actividades artísticas y de tiempo libre de las personas con discapacidad; sistema HAN-DINET; etc. Algunas inciden en los servicios sociales, pero desde luego



## Documentos de Trabajo Social

---

quedan fuera las destinadas a individuos muy dependientes.

Se dispone de un grueso y prolijo texto sobre las realizaciones de HELIOS<sup>6</sup>, así como de un informe político<sup>7</sup>, para valorar el impacto del programa en nuestro país. Esperemos que no parezca pretenciosa la apreciación de que España presenta un buen nivel técnico y orientaciones políticas compartidas con los países occidentales en el área de la discapacidad, de modo que no parece probable que el programa en cuestión le haya proporcionado aportaciones notables. Supuesta la premisa y el diagnóstico, cabe preguntarse por la justificación del intervencionismo de la CE más allá del campo que acotan el sector laboral y la discapacidad. Si se parte del criterio corporativista de que la superposición de acciones procedentes de varios niveles redundan en el enriquecimiento de la rama de actividad de que se trate, cabe tachar de débil y gaseoso el programa HELIOS. Si se miran las cosas desde la suspicacia subsidiarista inglesa, resultaría al menos ocioso. Mirando las cosas desde otro punto de vista, se aprecia que el programa encuestión, como otros del mismo estilo de la CE; 1) genera satisfacción entre una buena parte de la gente (funcionarios públicos y gestores privados) que se moviliza y participa en las actividades internacionales de coordinación y orga-

nización; 2) ofrece oportunidades a una serie de funcionarios y técnicos que contribuyen a la gestión central del programa. Los intercambios, las redes, los encuentros servirían así para ir tejiendo el cañamaza burocrático y técnico de la CE.

En cualquier caso sus órganos directivos quedan a salvo supuesto que, como es sabido y puede leerse en las consideraciones de la Decisión de 1988: «la responsabilidad principal de la integración social y la vida autónoma de los minusválidos recae en los Estados miembros, pero las acciones de cooperación en el ámbito de la Comunidad pueden ayudar a los Estados miembros a mejorar la eficacia de las medidas que se adoptan en este ámbito».

### **LUCHA CONTRA LA POBREZA.**

La Comisión de la CE aprobó, con fecha 18 de diciembre de 1990, tres nuevos programas relativos a recursos humanos: EUROFORM, de formación profesional; NOW, de formación profesional y empleo demujeres; HORIZON, para la integración económica y social de personas con discapacidades y otros grupos con dificultades específicas de integración. Entre estos se incluyen los que venían siendo objeto

de los programas de lucha contra la pobreza, a los que nos vamos a referir seguidamente por su especial relación con la acción social y por su impacto en España.

El 22 de julio de 1975 el Consejo de Ministros de la Comunidad acuerda poner en marcha el que sería I Programa Europeo de Lucha contra la Pobreza. Incluía dos estudios transaccionales sobre el estado del problema en la población general -no sólo en la trabajadora- y una serie de proyectos piloto de investigación-acción. El Programa concluye en 1980 y, tras su evaluación y diversos trámites, el Consejo en diciembre de 1984, decide poner en marcha un II Programa, para el período 1985-1988. Su objeto serán proyectos locales en regiones urbanas o zonas rurales deprimidas o deterioradas, teniendo como destinatarios colectivos pobres de las siguientes categorías de población: desem-

pleados de larga duración y jóvenes en paro; personas mayores; familias monoparentales; migrantes de segunda generación; refugiados y migrantes retornados; y, finalmente, grupos «marginados»<sup>8</sup>. Salvo que el programa en cuestión tendría un alcance cuantitativo muy limitado, en la relación de sus áreas de actuación se aprecia una expansión hacia el exterior del mundo laboral.

El régimen económico establecería aportaciones de la Comunidad por importe del 50% de los costes. España se incorpora a las Comunidades Europeas el 6 de junio de 1985, como ya quedó dicho, de modo que se encuentra con el II Programa de Lucha contra la Pobreza ya iniciado. Como a Portugal, se nos permitirá tomar el tren en marcha, lo que dará lugar tanto a la incorporación a dicha iniciativa de 16 proyectos locales, como a la recuperación de una política social abandonada.

## Documentos de Trabajo Social

---

1 Esta versión escrita de mi exposición oral en las Jornadas sobre legislación y Economía de los Servicios Sociales forma parte, salvo variaciones adjetivas, del capítulo 11 del V Informe FOESSA.

2 Lo cito según la versión española: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con minusvalía.

3 Ver MANUEL AZNAR LOPEZ, Los derechos de los ciudadanos y el acceso a los servicios: perspectiva nacional y comunitaria, inédito, pag. 32.

4 Sobre esto puede verse, por ejemplo, DEMETRIO CASADO, «Crisis y reforma del Estado de Bienestar», en Política Social de las Comunidades Europeas, Acebo, Madrid, 1986, pags.117 y 118.

5 Cfr. M<sup>a</sup> EUGENIA ZABARTE, «Otros aspectos de la política social

comunitaria: jóvenes, minusválidos, pobreza», en Política Social de las Comunidades Europeas, op. cit., pags. 93 a 98.

6 EQUIPE D'EXPERTS HELIOS, Informations sur la mise en oeuvre du Programme HELIOS (1988-1991), Commission des Communautés Européennes, 1.992.

7 COMISION DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, Informe de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo sobre la aplicación y resultado del programa HELIOS (1988-1990), Bruselas, 6 de julio de 1992.

8 La comunicación de la Comisión al Consejo, de 26 de noviembre de 1984, sobre este asunto puede verse en La Pobreza de España. Extensión y causas, Cáritas Española, Madrid, 1986.



### EL SISTEMA ESPAÑOL DE PROTECCIÓN SOCIAL. EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS (1.978-94)

Manuel Aznar López. Jefe del Gabinete del Departamento de Relaciones Laborales de la Oficina del Defensor del Pueblo.

#### *RESUMEN*

*El presente trabajo tiene por finalidad analizar la evolución del sistema español de protección social en los últimos años, así como aportar algunas reflexiones sobre sus perspectivas. Para ello, se ha tomado como punto de partida la aprobación de la Constitución Española en el año 1978, tanto por la trascendencia que en sí misma tiene esta circunstancia, como por el hecho de que todo texto constitucional diseña un proyecto de futuro, lo que permite llevar a cabo una labor de comparación entre lo proyectado y la realidad.*

## 1.- EL PUNTO DE PARTIDA.

En el momento de aprobarse la Constitución de 1978, la protección social española presentaba un panorama dispar, al observarse unas acusadas diferencias en el desarrollo de los distintos mecanismos protectores, lo que ocasionaba un nítido dualismo de la cobertura.

**Si el sistema de Seguridad Social había llegado a un grado de expansión relativamente apreciable, no sucedía lo mismo con los mecanismos de Asistencia Social, cuyo desarrollo era mucho más débil. Dentro de estos mecanismos, además de distintos servicios sociales, prestados por diferentes Administraciones Públicas, podía destacarse, como principal prestación monetaria, la pensión establecida en favor de las personas de la tercera edad y de las personas con una incapacidad para el trabajo.**

En este sentido, es preciso dejar constancia, en primer término, del apreciable desarrollo que había alcanzado ya por aquel entonces el sistema de Seguridad Social. Esta expansión se

reflejaba tanto en la extensión del ámbito subjetivo de aplicación, que incluía a la práctica totalidad de la población activa (con la excepción de determinadas profesiones liberales) y a sus familiares mediante la técnica de los derechos derivados, como en la acción protectora, que abarcaba la totalidad de las ramas de protección contempladas en el Convenio nº 102 de la Organización Internacional del Trabajo, así como servicios sociales en favor de las personas de edad avanzada y de las personas con minusvalía. Este notable grado de desarrollo estaba condicionado, sin embargo, por la limitación derivada de la concepción profesionalista en que se fundamentaba el sistema y que restringía el campo de aplicación a la población activa, precisando acudir a la técnica de los derechos derivados para asegurar la cobertura de las personas inactivas. Esta concepción se correspondía, en el terreno de la financiación, con el carácter fuertemente contributivo de la misma, ya que los ingresos procedentes de las cotizaciones de empresarios y de trabajadores representaban en torno al 90% de los ingresos totales siendo muy escasa, en términos porcentuales, la aportación del Estado<sup>1</sup>.

Si el sistema de Seguridad Social había llegado a un grado de expansión relativamente apreciable, no sucedía lo mismo con los mecanismos de Asis-

tencia Social, cuyo desarrollo era mucho más débil. Dentro de estos mecanismos, además de distintos servicios sociales, prestados por diferentes Administraciones Públicas, podía destacarse, como principal prestación monetaria, la pensión establecida en favor de las personas de la tercera edad y de las personas con una incapacidad para el trabajo.

En estas circunstancias, la Constitución Española diseña un proyecto de universalización del sistema de Seguridad Social, al ordenar, en su artículo 41, a los poderes públicos el mantenimiento de un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. El texto constitucional, por tanto, invita al legislador a seguir la senda hacia la universalización del sistema, al extender el ámbito subjetivo de aplicación a todos los ciudadanos.

### **2.- LA ASISTENCIA SANITARIA.**

Esta tendencia hacia la universalización se ha visto plasmada, en primer término, respecto de la asistencia sanitaria. A tal efecto, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, previó la extensión de la asis-

tencia sanitaria pública a la totalidad de la población española, si bien añadiría que esta extensión se realizaría paulatinamente. Años más tarde, el Real decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, reconoció el derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes, de modo que tras la aprobación de esta medida se calculó que el 96,6% de la población estaría cubierta sanitariamente por el sistema de Seguridad Social, cobertura que, con posterioridad, en el año 1991, ha sido evaluada en el 99,54% de la población<sup>2</sup>.

Si respecto del ámbito subjetivo la universalización ha sido prácticamente completada, persisten en la actualidad una serie de problemas dignos de mención en la prestación de la asistencia sanitaria pública. Entre estos problemas pueden mencionarse los siguientes: la falta de implantación total del nuevo modelo de atención sanitaria, la existencia de listas de espera, más largas de lo razonablemente exigible, en determinados hospitales y en algunas especialidades<sup>3</sup>; la incompleta puesta en práctica de la reforma de la atención a la salud mental y de la asistencia psiquiátrica; la carencia del suficiente número de camas de media y larga estancia, y la ausencia de unos mecanismos adecuados de coordinación entre los dispo-

sitivos sanitarios y los servicios sociales, lo que ocasiona que determinados ciudadanos, cuyos problemas no son ni exclusivamente sanitarios, ni exclusivamente sociales, no estén adecuadamente atendidos.

### 3.- LAS PENSIONES.

En el campo de las pensiones, los últimos años del decenio de los setenta y los primeros años del de los ochenta fueron testigos de un fuerte crecimiento del número de beneficiarios de las pensiones contributivas de la Seguridad Social (cuadro nº 1). Este crecimiento fue debido a la llegada del sistema de pensiones a su madurez, pero, junto a este dato, se observa otro fenómeno análogo, constituido por un fortísimo y atípico crecimiento de las pensiones de invalidez, que se incrementaron en un porcentaje interanual muy superior al de las pensiones de jubilación, hasta el punto de que en algunas provincias el número de pensiones de invalidez llegó a ser incluso superior al de pensiones de jubilación, circunstancia que carecería de cualquier justificación técnica, salvo la de una catástrofe sanitaria. La explicación de este desmesurado crecimiento de las pensiones de invalidez se encuentra en un régimen jurídico más favorable de estas pensiones que el aplicado a las

de jubilación, en aspectos tales como los requisitos para el acceso a las prestaciones y el cálculo de la cuantía de las mismas.

**Si respecto del ámbito subjetivo la universalización ha sido prácticamente completada, persisten en la actualidad una serie de problemas dignos de mención en la prestación de la asistencia sanitaria pública.**

Ante este panorama, en el año 1.995 se aprueba la Ley 26/1985, de 31 de julio, de medidas urgentes para la racionalización de la estructura y de la acción protectora de la Seguridad Social. Las razones que explican la aprobación de esta Ley son fundamentalmente de índole financiera.

La aplicación de modificaciones aportadas por este texto legal en cuanto a los requisitos de acceso a las pensiones y al cálculo de su cuantía tendrán la virtualidad de disminuir el ritmo de incremento interanual de las pensiones de invalidez, que a partir de 1986 crecerán en un porcentaje infe-

rior a las pensiones de jubilación (cuadro nº 2).

los 62,4 años, en el citado año 1988. Los datos posteriores confirman esta tendencia, ya que en el año 1992, el porcentaje de altas en la pensión de jubilación a los sesenta o menos años ascendía al 40,75 por 100, mientras que a los 65 ó más años se produjo el 34,96 por 100.

De otra parte, la gran mayoría de las jubilaciones anticipadas se producen en virtud de normas de derecho transitório, de las que tan sólo pueden beneficiarse quienes hubieran estado encuadrados en una mutualidad de trabajadores por cuenta ajena<sup>4</sup> en 1-1-1967 o en cualquier otra fecha con anterioridad. Por el contrario, otras fórmulas, como la jubilación parcial con contrato de relevo y la jubilación especial a los 64 años, han sido muy poco utilizadas<sup>5</sup>. De este modo, se da la paradoja de que la mayoría de las jubilaciones anticipadas se producen en una modalidad cuya permanencia es transitoria y que subsiste para mantener el derecho de quienes en su momento lo tenían reconocido, mientras que apenas se acude a las fórmulas específicamente concebidas para promover el adelanto de la edad de jubilación como medida de fomento de empleo. Nuestro país carece, por tanto, de un marco coherente de jubilación flexible que se acomode a las medidas recomendadas por la Unión Europea<sup>6</sup>.

La Ley 26/1985, de 31 de julio, endureció los requisitos para acceder a las pensiones de jubilación y de invalidez, pero no compensó esta circunstancia con la adopción de medidas que facilitarían simultáneamente el acceso a las pensiones asistenciales por quienes no cumplían las nuevas condiciones establecidas para adquirir derecho a las pensiones no contributivo. La doctrina pudo así referirse por aquel entonces al «efecto expulsión» de la citada ley.

Por lo que se refiere a estas últimas, se ha observado una marcada tendencia al adelanto de la jubilación, con una fuerte concentración, además, en la edad más temprana. Así, mientras que en 1978 el 9,67 por 100 de las jubilaciones en el Régimen General se producía a los años 60 y 74,62 por 100 a los 65 ó más años, en 1988 las cifras eran, respectivamente, del 37,9 por 100 y del 36,1 por 100, estando establecida la edad media de las jubilación en



La Ley 26/1985, de 31 de julio, endureció los requisitos para acceder a las pensiones de jubilación y de invalidez, pero no compensó esta circunstancia con la adopción de medidas que facilitarían simultáneamente el acceso a las pensiones asistenciales por quienes no cumplían las nuevas condiciones establecidas para adquirir derecho a las pensiones no contributivas. La doctrina pudo así referirse por aquel entonces al «efecto expulsión» de la citada ley<sup>7</sup>.

**La Ley 26/1990 representó un avance respecto de la protección a la tercera edad, al suprimir el requisito relativo a la inexistencia de familiares obligados a la prestación de alimentos civiles, que se aplicaba a las pensiones asistenciales. Por el contrario, supuso una segregación respecto del sistema de protección establecido en el año 1982 en favor de las personas con minusvalía.**

A partir del año 1.976, el número de perceptores de las pensiones asistenciales de vejez disminuye, pasando de 205.360 en dicho año a 161.386 en 1.992, año en que fueron suprimi-

das<sup>8</sup>. Por el contrario, los beneficiarios de las pensiones asistenciales de invalidez aumentan entre estos años desde 152.000 hasta 181.161. Si se computan ambos tipos de pensiones, el número de titulares desciende, en el mismo período, desde 357.360 hasta 342.547 (cuadro nº 3). Este descenso no deja de ser paradójico, al producirse en una época en que la crisis económica, el creciente desempleo y el endurecimiento de las condiciones de acceso a las prestaciones contributivas parecían favorecer la tendencia opuesta<sup>9</sup>.

En el año 1.982, se establecen tres prestaciones económicas en favor de las personas con minusvalía (subsido de garantía de ingresos mínimos, subsidio por ayuda de tercera persona y subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte). Comenzadas a reconocerse en el año 1.984, el número de beneficiarios de estas prestaciones experimentará un fuerte incremento en los años sucesivos (cuadro nº 4).

Se llegó así a la Ley 26/1.990, de 20 de diciembre, que implanta en el sistema de Seguridad Social pensiones no contributivas de jubilación y de invalidez, suprimiendo dos de los tres subsidios establecidos en favor de las personas con minusvalía (subsido de garantía de ingresos mínimos y

## Documentos de Trabajo Social

---

subsidio por ayuda de tercera persona). La Ley dejó, por el contrario, subsistentes las pensiones asistenciales de vejez y de invalidez, que, sin embargo, serían suprimidas con posterioridad por el Real Decreto-Ley 5/1.992, de 21 de julio. Como consecuencia de ello, a partir del año 1.992 (para las pensiones asistenciales de invalidez, a partir de 1.993), se producirá el paulatino descenso del número de perceptores de los subsidios establecidos por la Ley de Integración Social de los Minusválidos y de las pensiones asistenciales, así como el paralelo incremento de los beneficiarios de las nuevas pensiones (cuadros números 3, 4 y 5).

La Ley 26/1990 representó un avance respecto de la protección a la tercera edad, al suprimir el requisito relativo a la inexistencia de familiares obligados a la prestación de alimentos civiles, que se aplicaba a las pensiones asistenciales. Por el contrario, supuso una segregación respecto del sistema de protección establecido en el año 1982 en favor de las personas con minusvalía. Esta regresión, en efecto, se produce no solo a causa de la modificación de la renta tomada en consideración para el acceso a las prestaciones, que referida antes en exclusiva a los recursos personales pasa a quedar integrada por los recur-

sos familiares. En efecto, pese a su importancia, no es éste, empero, el asunto de mayor fuste, sino que existe un aspecto mucho más profundo, que atañe al enfoque básico de las medidas contenidas en el texto legal. En este sentido, estas medidas significan el abandono del enfoque rehabilitador que pretendió inspirar la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos. En este orden de cosas, el sistema establecido en la Ley 26/1990 acabará por primar las asignaciones por hijo a cargo sobre la pensión de invalidez. De este modo, se favorecerá la dependencia de la persona con minusvalía respecto de sus familiares, frente a la promoción de la autonomía personal que perseguía la legislación anterior.

Por último, puede hacerse mención, dentro de las prestaciones económicas, a la renta mínima de inserción. A falta de una implantación generalizada en toda España en el marco del sistema de Seguridad Social, la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas, con su fundamento en su competencia exclusiva sobre la Asistencia Social, ha considerado oportuno establecer la citada prestación, que puede aportar una necesaria dosis de transversalidad a la naturaleza primordialmente vertical y sectorial de la protección social.



#### 4.- LAS PERSPECTIVAS FAMILIARES.

Tras la aprobación de la Constitución, la rama de protección familiar persistirá en la trayectoria, iniciada en el año 1.971, hacia su reducción hacia niveles puramente simbólicos, dada la ínfima cuantía de las prestaciones, como consecuencia de la congelación del importe de las mismas desde el año antes citado. Este paulatino descenso se producirá no sólo en términos relativos (cuadro nº 6), sino también en términos absolutos (cuadro nº 7).

Ante esta situación, la ley 26/1985, de 31 de julio, modificará el criterio básico de la protección de la familia dispensada por el sistema de Seguridad Social, para pasar a un enfoque selectivo. De este modo, la cobertura se concentrará en la asignación por hijo a cargo, suprimiéndose el resto de las prestaciones. Como consecuencia de este enfoque, se implantará un complemento en razón de menores ingresos, reservado únicamente a los perceptores de pensiones de menor importe y a determinados desempleados.

La Ley 26/1990, de 20 de diciembre, implantará una asignación no contributiva por hijo a cargo. Para la determinación de los beneficiarios,

persistirá esta Ley en la aplicación del criterio selectivo, de modo que, tanto en la modalidad contributiva como en la no contributiva, la cobertura se ceñirá a las personas cuyos recursos no superen un determinado nivel. La intensidad protectora será graduada, variando la cuantía de la prestación en función de la concurrencia o no de una minusvalía en el sujeto causante, así como, en el caso de que la misma se diera, de la edad del hijo minusválido y del grado de disminución que presente.

Como consecuencia de esta Ley, la evolución de los gastos en prestaciones familiares experimenta una inflexión a partir de 1.990 y, especialmente, desde 1.991 (cuadro nº 7). No obstante, aunque en términos absolutos se produce un incremento del gasto, debe matizarse esta circunstancia si se traduce a pesetas constantes, habiéndose así podido observar que el gasto en 1.992 era similar al de 1.994 y muy inferior al de 1.979<sup>10</sup>.

De otra parte, el incremento del importe de la asignación -a costa de limitar el número de beneficiarios a través de la aplicación de la mentada selectividad-, no es, sin embargo, óbice para constatar que la protección a la familia continúa siendo el pariente pobre dentro de la protección social. El asunto comienza a ser preocupan-

te si se atiende al desplome demográfico que podría derivarse de la bajísima tasa de fecundidad en nuestro país, si bien la doctrina muestra reticencias sobre la eficacia de las prestaciones en metálico para fomentar la natalidad<sup>11</sup>. De otra parte, puede hacerse alusión a la crítica que merece la distinción entre una modalidad contributiva y una modalidad no contributiva de protección en esta rama, si se tiene en cuenta la función de compensación, y no de sustitución de rentas, que desempeñan las prestaciones familiares. Este panorama escasamente optimista se completa, entre otros aspectos, por la inadecuación de las deducciones fiscales como fórmula de protección familiar, al excluir a las familias de rentas más bajas, que no están obligadas a realizar la declaración del Impuesto sobre la renta de las Personas Físicas, así como por la obsolescencia de la protección establecida en favor de las familias numerosas<sup>12</sup>, cuya revisión para ser adaptada al texto constitucional y a las nuevas realidades sociales se hace cada día más necesaria, como también lo es la ampliación de la cobertura ofrecida a las familias monoparentales, fenómeno de creciente extensión<sup>13</sup> y cuyos problemas no tienen aún una respuesta satisfactoria desde el sistema de protección social<sup>14</sup>.

### 5.- LA PROTECCIÓN POR DESEMPLEO.

A la altura del año 1.978, España disponía de unos mecanismos de protección por desempleo de carácter estrictamente contributivo. Por su naturaleza, estos mecanismos podían ser útiles para aportar una cobertura eficaz ante ciertos tipos de desempleo, como es el paro friccional. Por el contrario, la eficacia protectora quiebra en un sistema contributivo cuando se trata de cubrir situaciones de desempleo masivo, en especial si el mismo está acompañado por fenómenos tales como el paro de larga duración y el paro juvenil, a causa de la duración limitada de la percepción de las prestaciones, en el primer caso, y de la exigencia de reunir un determinado periodo de cotización previa, en el segundo<sup>15</sup>.

**La tendencia hacia una mayor asistencialización de los mecanismos de protección del desempleo se confirmará con la aprobación de la Ley 22/1992, de 30 de julio, que endurece los requisitos de acceso a las prestaciones contributivas y las condiciones de su percepción.**

La concomitancia en nuestro país de estas tres circunstancias (altas cifras de desempleo, paro de larga duración y extensión del paro juvenil) erosionaba la eficacia de la cobertura ofrecida por el sistema de protección, de modo que se hizo necesario implantar prestaciones asistenciales, acentuándose este tipo de cobertura a partir del año 1.994, en una época en que el desempleo alcanzaba, por aquel entonces, sus más altas cotas. Pese a ello, y aunque en un primer momento crece la tasa de cobertura del desempleo, caerá de nuevo a partir de 1.985, lo que volverá a hacer necesario reforzar medidas de naturaleza asistencial para lograr una tasa de cobertura más elevada (cuadro nº 8). Con todo, estos mecanismos tienen una eficacia limitada, dado que, salvo excepciones, los beneficiarios de las prestaciones asistenciales deben proceder de los mecanismos contributivos, siendo, por tanto, los demandantes de primer empleo los más afectados por esta limitación.

Aún con estas restricciones, la tendencia hacia una mayor asistencialización de los mecanismos de protección del desempleo se confirmará con la aprobación de la Ley 22/1992, de 30 de julio, que endurece los requisitos de acceso a las prestaciones contributivas y las condiciones de su percepción. De este modo, en el mes de sep-

tiembre de 1.992 el número de perceptores de subsidio asistenciales superó, por vez primera, al de los beneficiarios de las prestaciones contributivas.

Las altas cifras de desempleo, que en el primer trimestre de 1.994 rebasaron, con el 24,58 por 100 de la población activa, la marca establecida hasta aquel momento, en el año 1.985, en el 21,9 por 100, representaban, sin duda, un reto muy considerable a la solidez del sistema español de protección social. Una demostración palpable de ello son las nuevas medidas de carácter restrictivo adoptadas por la Ley 22/1.993, de 29 de diciembre, así como la exclusión del desempleo de las contingencias protegidas en el marco del contrato de aprendizaje (Real Decreto-Ley 18/1993, de 3 de diciembre, y Real Decreto 2317/1993, de 29 de diciembre y, posteriormente, Ley 10/1994, de 19 de mayo).

## **6.- LOS SERVICIOS SOCIALES.**

En relación con los servicios sociales, se produce, a partir de 1.978, una descentralización territorial, con base en la atribución constitucional a las Comunidades Autónomas de la competencia exclusiva en materia de asistencia social. De este modo, en el

## Documentos de Trabajo Social

---

período 1.982-1.992 la totalidad de las Comunidades Autónomas se dotan de instrumentos legislativos sobre Acción Social o servicios sociales. El objeto primordial de estas leyes es la implantación de sistemas públicos de Acción Social o de servicios sociales, sobre cuyas prestaciones se pretende reconocer a los ciudadanos de derecho. Esta pretensión, sin embargo, acaba siendo condicionada por la falta de concreción del contenido de las prestaciones establecidas.

**Pese al avance registrado respecto de estas prestaciones, persisten notorias carencias en el equipamiento de distintos servicios sociales, al ser la demanda muy superior a la oferta, como acaece, por citar algún ejemplo, con las plazas en residencias para la tercera edad.**

Por lo demás, y pese al avance registrado respecto de estas prestaciones, persisten notorias carencias en el equipamiento de distintos servicios sociales, al ser la demanda muy superior a la oferta, como acaece, por citar algún ejemplo, con las plazas en residencias para la tercera edad.

### **7.- LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA.**

En el ámbito de la financiación de la protección social, el hecho más notable del período considerado es la modificación de la estructura de los ingresos del sistema de Seguridad Social. Esta estructura respondía, en efecto, a la concepción contributiva y profesional de este sistema, de modo que, como antes se ha indicado, los ingresos procedentes de las cotizaciones alcanzaban cifras en torno al 90 por 100 del total de los recursos, mientras que la contribución del Estado estaba situada entre el 3 y el 4 por 100. La tendencia a la universalización del sistema se ha visto acompañada por un cambio en la citada estructura, de modo que en los últimos años de este período la participación porcentual de las cotizaciones en el total de ingresos había descendido por debajo del 70 por 100, experimentando las aportaciones estatales un incremento hasta cifras en torno al 25 por 100 (cuadro nº 9).

### **8.- RECAPITULACIÓN Y PERSPECTIVAS.**

Con ánimo recapitulador y conclusivo, puede indicarse que, desde el año en que se aprobó la Constitución Española, nuestro Sistema de Seguridad Social ha experimentado un tenden-

cia hacia la universalización, tanto en el ámbito de las prestaciones en metálico, como en el de las prestaciones técnicas. Estas tendencias se han reflejado en la extensión de la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes, en la implantación de pensiones no contributivas de jubilación y de invalidez y en el establecimiento de una modalidad no contributiva de prestaciones familiares. Si embargo, no en todos los casos puede considerarse como un avance la implantación de estas prestaciones no contributivas en relación con las anteriores pensiones de Asistencia Social, como acaece en el supuesto de la pensión de invalidez.

**Con ánimo recapitulador y conclusivo, puede indicarse que, desde el año en que se aprobó la Constitución Española, nuestro Sistema de Seguridad Social ha experimentado una tendencia hacia la universalización, tanto en el ámbito de las prestaciones en metálico, como en el de las prestaciones técnicas.**

Durante el período analizado se produce, de otra parte, un importante

aumento del gasto en pensiones, que llegó, en un momento dado, a ser galopante en el caso de las pensiones contributivas de invalidez, lo que exigió adoptar medidas para moderar su crecimiento. Se observa, además, una marcada tendencia a la anticipación de la jubilación, pese a que el sistema español de Seguridad Social carece de un marco coherente de jubilación flexible. En cuanto a las prestaciones familiares, se han introducido criterios de selectividad, disminuyendo el número de beneficiarios. Las prestaciones por desempleo han tendido, por último, hacia una mayor asistencialización.

**A la hora de evaluar las perspectivas de nuestro sistema de protección social resulta inexcusable tener en cuenta la influencia de los factores demográficos, tanto en la vertiente de los recursos financieros, como en la del gasto.**

Este panorama se completa con la descentralización de la Acción Social hacia las Comunidades Autónomas, la persistencia de diversas carencias en el equipamiento de los servicios sociales establecidos para la atención de al-



## Documentos de Trabajo Social

---

gunos grupos sociales, y la implantación de la renta mínima de inserción por la mayoría de las Comunidades Autónomas, con la correlativa renuncia, por parte de la Administración General del Estado, a la inclusión de esta prestación en el ámbito de la acción protectora del sistema de Seguridad Social, en contra, por cierto, del criterio propugnado en el ámbito de los organismos internacionales<sup>16</sup>.

Tras las modificaciones experimentadas desde el año 1.978, nos encontramos con un sistema de protección social cuyo eje está constituido por las pensiones de jubilación, invalidez y supervivencia, así como por la asistencia sanitaria, mientras que las prestaciones familiares son una rama marginal. Por su parte, la amplitud del desempleo obliga a dedicar una gran parte del gasto en protección social a su cobertura, lo que condiciona y distorsiona el conjunto del sistema. España, en efecto, figura entre los Estados miembros de la Unión Europea que tienen, en términos porcentuales, un mayor gasto en la cobertura del desempleo y es el país que dedica un menor gasto -con abrumadora diferencia- a las prestaciones familiares.

Si se considera la totalidad de los gastos en protección social, estos han experimentado un destacable incremento, en términos porcentuales, res-

pecto del P.I.B. que España gasta en protección social y el promedio de gastos de los países miembros de la Unión Europea (cuadro nº 10).

A la hora de evaluar las perspectivas de nuestro sistema de protección social resulta inexcusable tener en cuenta la influencia de los factores demográficos, tanto en la vertiente de los recursos financieros, como en la del gasto. A este respecto, debe recordarse que las previsiones demográficas reflejan la persistencia del envejecimiento de la población, con el consiguiente incremento de la población pasiva. Esta tendencia, además está acompañada por el crecimiento de la denominada «cuarta edad», cuyas necesidades en atenciones sanitarias y asistenciales -con la repercusión en los gastos sociales- es más elevada (cuadro nº 11). Todo ello es consecuencia de la bajísima tasa de fecundidad (1,24 hijos por mujer en 1.993), el aumento de la esperanza de vida (76,94 años en 1.990) y la baja tasa de mortalidad (8,7 por 1000 habitantes en 1.993).

Las tendencias demográficas y el incremento del desempleo son factores que presionan fuertemente sobre el sistema, disminuyendo el número de cotizaciones y aumentando el de perceptores de prestaciones, lo que puede hacer necesario adoptar nuevas medi-

das para mantener en términos suficientes la relación entre cotizantes y beneficiarios de prestaciones, tal y como ya se llevó a cabo en su momento a través de la Ley 26/1985, de 31 de julio, respecto de las pensiones. La evolución de la relación entre cotizantes y pensiones, establecida en el año 1.978 en 2,66, siguió, en efecto, una trayectoria descendente hasta situarse en 2,08 en 1.984, para experimentar, tras la aprobación de la citada Ley, un cierto aumento hasta el año 1.991, en el que parece iniciarse un nuevo declive (cuadro nº 12).

Frente a estos factores, algunos datos pueden ofrecer un cierto margen a la incorporación de nuevos cotizantes al sistema. Así, y además de los movimientos migratorios y de la afloración de la economía sumergida, puede citarse la aún débil tasa de actividad femenina (35,7 por 100, en el tercer trimestre de 1.994).

Por lo demás, los sistemas de Se-

guridad Social están concebidos hasta el momento para un escenario de pleno empleo y de trabajo estable y a tiempo completo. Sus características básicas, por tanto, se avienen mal con los nuevos fenómenos, como son la flexibilidad del mercado de trabajo, la extensión de trabajo sumergido, la precarización del empleo y las políticas del reparto del trabajo en la perspectiva de la innovación tecnológica. La falta de adaptación de los sistemas de Seguridad Social a estas circunstancias erosiona la eficacia protectora y parece exigir cambios profundos en los fundamentos de la protección social en el sentido de dar una entrada más amplia al juego de las prestaciones contributivas, como base del sistema, y otorgar preferencia a la concepción distributiva frente a la conmutativa<sup>17</sup>. De no procederse a esta inversión de las bases estructurales que sustentan la protección social, puede pronosticarse que la tendencia hacia la dualización del sistema se hará cada vez más inevitable.



## Documentos de Trabajo Social

---

1. En este año 1978, la distribución porcentual de los recursos del sistema de Seguridad Social era la siguiente: cotizaciones de empresarios y trabajadores, 88,21%; aportaciones del estado, 3,65; otros ingresos: 8,14 (Fuente: Proyecto de Presupuestos de la Seguridad Social. Ejercicio 1993).
2. Proyecto de presupuestos de la Seguridad Social. Ejercicio 1995. Anexo al informe económico-financiero, vol. v, tomo 2, p. 249.
3. Así traumatología.
4. Esta modalidad de jubilación anticipada no abarca a todos los trabajadores por cuenta ajena, sino tan sólo a los que estaban encuadrados en las mutualidades que integraban el mutualismo laboral, con lo que quedan fuera de la misma los trabajadores agrarios y los empleados de hogar.
5. Así, a título de ejemplo, la primera de estas modalidades fue utilizada en 1.987 por un total de 904 trabajadores, mientras que a través de la segunda se jubilaron en dicho año un total de 818 personas (Cfr. La política de empleo en España. Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1.988, pp. 87-88).
6. En especial, la Recomendación de 10-12-1.982. Sobre ello, ver M.AZNAR LOPEZ y D: CASADO: Perspectivas de la Seguridad Social española. Madrid, Acebo, 1.988, pp. 84-87.
7. Cfr. A. DESDENTADO BONETE: «La reforma del régimen de pensiones y su conexión con los niveles no contributivos de protección». Algunas reflexiones sobre el «Proyecto de Ley de medidas urgentes para la racionalización de la estructura y de la acción protectora de la Seguridad Social», en Relaciones Laborales nº 7, 1.985, pp. 25-26.
8. Sin embargo, la cifra mínima de perceptores de esta pensión, durante este período, se produjo en el año 1988, con un total de 160.593.
9. La cifra mínima de perceptores de ambas pensiones asistenciales se produjo en el año 1.988, con un total de 329.528.
10. Ver Evolución social en España 1.993. Madrid, Instituto Sindical de Estudios, 1.994, p. 285.
11. Ver al respecto A. SPITAEELS-EVRARD: «Les representations familiales: des incitants à la natalité?», en Revue Belge de Sécurité Sociale nº 9, 1.975, pp 953-957.
12. Recuérdese a este respecto que continúa vigente la Ley de 19 de junio de 1.971.

13. Acerca de las causas de esta extensión, así como de la tipología de estas familias, ver J. IGLESIAS DE USSEL: «La situación de la familia en España y los nuevos modelos familiares», en Las familias monoparentales. Madrid, Instituto de la Mujer, 1.988, pp. 23-40.

14. Por ello, las mujeres separadas o solteras con cargas familiares representan un apreciable porcentaje de los beneficiarios de la renta mínima de inserción. V. Evolución Social en España 1.990. Madrid, Instituto Sindical de Estudios, 1.992, p. 152.

15. Sobre estas circunstancias y su repercusión en épocas de recesión económica, ver L.E. DE LA VILLA GIL Y A. DESDENTADO BONETE:» Co-

bertura del desempleo», en El Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social ante la crisis económica.- I Jornadas de Facultad de Derecho (26, 27, 28 de octubre de 1.993). Madrid, Universidad Complutense, 1.994, pp. 392-395.

16. La garantía a todos los residentes de un ingreso mínimo debería ser, a juicio de un grupo de expertos de la O.I.T., el gran objetivo de la política de Seguridad Social a alcanzarse antes del año 2.000 (Cfr. La Seguridad Social en la perspectiva del año 2.000. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1.984, pp. 34 y 123.

17. Cfr. M. AZNAR LÓPEZ: «Protection sociale et lutte contre la pauvreté en Espagne», en Revue Française des Affaires Sociales n° hors-série, octubre 1.991, pp 40-42.

## Documentos de Trabajo Social

---

**CUADRO N° 1.- EVOLUCIÓN DE LAS PENSIONES CONTRIBUTIVAS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (1978 - 1993).**

<u>Años</u>	<u>Número</u>	<u>Incremento (%)</u>
1978	4.015.098	5,66
1979	4.217.669	5,05
1980	4.398.434	4,29
1981	4.626.612	5,19
1982	4.837.643	4,56
1983	5.058.211	4,56
1984	5.255.999	3,91
1985	5.396.517	2,67
1986	5.545.492	2,76
1987	5.708.849	2,95
1988	5.880.479	3,01
1989	6.032.267	2,58
1990	6.187.135	2,57
1991	6.347.973	2,60
1992	6.509.765	2,55
1993	6.769.903	4,00 (*)

Fuente: Proyecto de presupuestos de la Seguridad Social. Ejercicio 1.995.

(\*) Incluye pensiones MUNPAL.

**CUADRO Nº 2.- TASA DE CRECIMIENTO INTERANUAL DE LAS  
PENSIONES DE INVALIDEZ Y DE JUBILACION (1978-1993)**

<u>Años</u>	<u>Invalidez</u>	<u>Jubilación</u>
1979/78	8,88	2,61
1980/79	6,45	2,66
1981/80	8,00	3,28
1982/81	9,85	1,99
1983/82	9,57	2,39
1984/83	6,62	2,57
1985/84	2,78	,95
1986/85	2,13	2,65
1987/86	1,78	3,28
1988/87	1,67	3,14
1989/88	1,04	2,63
1990/89	1,48	2,61
1991/90	1,33	2,87
1992/91	1,63	2,83
1993/92	1,59 (*)	4,41 (*)

Fuente: Proyecto de presupuestos de la Seguridad Social. Ejercicio 1.995.

(\*) Incluye pensiones MUNPAL.

## Documentos de Trabajo Social

---

CUADRO N° 3.- EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PENSIONISTAS DE ASISTENCIA SOCIAL (1979-1994)

<u>Años</u>	<u>Pensiones vejez</u>	<u>Pensiones de invalidez</u>	<u>Total</u>
1979	205.360	152.000	357.360
1980	202.124	154.670	356.794
1981	201.148	155.419	356.567
1982	199.781	159.685	359.466
1983	193.816	160.818	354.634
1984	186.278	161.837	348.115
1985	179.825	162.200	342.025
1986	184.059	162.542	346.601
1987	169.274	165.862	335.136
1988	160.593	168.935	329.528
1989	161.821	170.298	332.119
1990	166.403	170.833	337.236
1991	167.669	173.734	341.403
1992	161.386	181.161	342.547
1993	136.623	170.990	307.613
1994	108.614	145.973	254.547

Fuente: Proyecto de Presupuestos de la Seguridad Social.  
Ejercicio 1.995.

**CUADRO N° 4.- PRESTACIONES EN FAVOR DE LAS PERSONAS CON  
MINUSVALÍA. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE  
BENEFICIARIOS (1984-1993)**

<u>Años</u>	<u>Subsidio garantía ingresos mínimos</u>	<u>Subsidio ayuda movilidad</u>	<u>Subsidio movilidad</u>
1984	6.955	255	0
1985	7.405	3.390	2.935
1986	15.622	6.921	7.245
1987	41.398	18.541	12.419
1988	90.737	40.931	21.068
1989	148.562	63.524	29.062
1990	216.044	85.530	35.854
1991	251.092	91.560	38.769
1992	225.529	73.893	32.985
1993	196.647	57.991	26.213

Fuente: Proyecto de Presupuestos de la Seguridad Social.  
Ejercicio 1995.

## Documentos de Trabajo Social

---

**CUADRO N° 5.- PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS DE JUBILACION Y DE INVALIDEZ. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE BENEFICIARIOS (1991-1994)**

<u>Años</u>	<u>Jubilación</u>	<u>Invalidez</u>	<u>Total</u>
1991	24.172	3.581	27.753
1992	84.334	39.002	123.336
1993	133.750	89.770	223.520
1994 (*)	151.168	113.262	264.432

Fuente: Proyecto de Presupuestos de la Seguridad Social.  
Ejercicio 1995.

(\*) Julio.



**CUADRO N° 6.- GASTOS EN PRESTACIONES FAMILIARES SOBRE EL  
TOTAL DE GASTOS EN PRESTACIONES ECONÓMICAS  
DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (1978-1991)**

<u>Años</u>	<u>% prestaciones económicas</u>
1978	7,92
1979	6,48
1980	5,31
1981	3,96
1982	3,71
1983	3,01
1984	2,54
1985	1,96
1986	1,50
1987	1,16
1988	1,01
1989	0,88
1990	0,75
1991	0,73

Fuente: Proyecto de Presupuestos de la Seguridad Social.  
Ejercicio 1.992.

## Documentos de Trabajo Social

---

CUADRO N° 7.- GASTOS EN PRESTACIONES FAMILIARES (1978-1995)

<u>Años</u>	<u>Cuantía</u> (en millones de pesetas)
1978	60.047
1979	62.584
1980	57.736
1981	52.811
1982	58.650
1983	56.171
1984	54.499
1985	47.151
1986	40.455
1987	34.368
1988	33.265
1989	32.775
1990	31.699
1991	33.353
1992	90.846
1993	95.004
1994	120.621
1995	98.309

Fuente: Proyecto de Presupuestos de la Seguridad Social.  
Ejercicios 1993 y 1995.

**CUADRO N° 8.- TASA BRUTA DE COBERTURA DEL DESEMPLEO EN  
RELACIÓN CON LA TOTALIDAD DE DESEMPLEADOS  
(1978-1991)**

<u>Años</u>	<u>% total desempleados</u>
1978	46,68
1979	46,43
1980	48,63
1981	48,66
1982	43,01
1983	33,55
1984	26,30
1984	26,40
1985	32,37
1986	31,46
1987	28,97
1988	28,83
1989	34,08
1990	42,80
1991	51,93

Fuente: Evolución Social en España 1977-1987 y 1993. Madrid, Instituto Sindical de Estudios, 1989 y 1994.

## Documentos de Trabajo Social

---

**CUADRO N° 9.- EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (1978-1994).**

<u>Años</u>	<u>Cotizaciones sociales</u>	<u>Aportaciones del Estado</u>	<u>Otros ingresos</u>
1978	88,21	3,65	8,14
1979	90,19	5,87	3,94
1980	89,43	9,48	1,09
1981	86,74	11,18	2,08
1982	82,81	15,19	2,00
1983	80,53	17,13	2,34
1984	77,30	20,12	2,58
1985	75,86	21,17	2,97
1986	73,79	23,25	2,96
1987	73,97	24,04	1,99
1988	73,25	24,32	2,43
1989	72,53	25,41	2,06
1990	71,76	24,98	3,26
1991	71,20	25,55	3,25
1992	68,81	24,99	6,20
1993	69,02	26,17	4,81
1994 (*)	69,30	25,35	5,35

Fuente: Proyecto de Presupuestos de la Seguridad Social.  
Ejercicio 1995.

(\*) Presupuesto 1994.

**CUADRO N° 10.- EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS DE PROTECCIÓN SOCIAL SOBRE EL P.I.B. EN LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA UNIÓN EUROPEA (1980-1992).**

PAÍS	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
BÉLGICA	28,02	30,06	30,19	30,79	29,94	29,33	29,44	29,05	27,68	26,66	26,95	27,56	27,85
DINAMAR.	28,72	30,10	30,61	30,14	28,65	27,83	26,73	27,38	28,94	29,93	29,62	30,74	31,41
ALEMANIA	28,74	29,58	29,68	28,81	28,53	28,35	28,13	28,56	28,55	27,54	26,96	27,01	27,32
GRECIA	12,40	13,89	16,51	17,38	18,27	19,39	19,51	20,27	19,59	20,77	20,54	20,18	19,34
ESPAÑA	18,20	19,69	19,44	19,48	19,59	20,19	19,86	19,81	19,80	20,05	20,59	21,71	22,49
FRANCIA	25,35	26,70	27,88	28,30	28,72	28,82	28,50	28,12	27,93	27,54	27,64	28,46	29,22
IRLANDA	20,82	21,50	23,19	24,15	23,66	23,84	23,30	22,61	21,46	19,71	19,67	20,87	21,56
ITALIA	19,40	21,11	21,51	22,86	22,02	22,55	22,41	22,85	22,88	23,11	23,29	24,62	25,63
LUXEMB.	26,46	28,15	27,46	27,19	25,84	25,48	24,85	26,43	25,93	25,21	25,93	27,61	28,02
P. BAJOS	30,16	31,19	32,87	33,43	32,22	31,32	31,04	32,00	31,73	30,97	32,19	32,45	33,04
PORTUGAL	12,90	14,64	13,97	14,12	14,13	14,21	14,36	14,24	14,90	14,54	16,85	16,90	17,60
R. UNIDO	21,53	23,71	23,73	23,90	24,18	24,33	24,33	23,50	21,94	21,71	21,74	24,74	27,23

Fuente: Proyecto de presupuestos de la Seguridad Social. Ejercicio 1995.

## Documentos de Trabajo Social

---

**CUADRO N° 11.- PREVISIONES DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS  
(1986-2010)**

<u>Años</u>	<u>65-79 años</u>	<u>80 años o más</u>	<u>Total</u>
1986	3.734.549	916.489	4.651.038
1990	4.062.170	1.054.473	5.116.643
1995	4.458.389	1.168.362	5.626.751
2000	4.884.028	1.214.961	6.098.989
2005	4.762.288	1.339.051	6.141.339
2010	4.675.492	1.518.079	6.193.571

Fuente: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

**CUADRO N° 12.- EVOLUCIÓN DE LA RELACIÓN COTIZANTES/  
PENSIONES (1978-1995)**

<u>Años</u>	<u>Cotizantes/pensiones</u>
1978	2,66
1979	2,55
1980	2,46
1981	2,34
1982	2,27
1983	2,19
1984	2,08
1985	2,11
1986	2,16
1987	2,12
1988	2,13
1989	2,19
1990	2,23
1991	2,24
1992	2,20
1993	2,11
1994	2,05 (*)
1995	2,05 (*)

Fuente: Proyecto de Presupuestos de la Seguridad Social. Ejercicio 1993 y 1995.

(\*) Estimaciones.

### TRABAJO SOCIAL EN UN CENTRO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

M<sup>a</sup> Carmen Díaz Ramírez. Diplomada en Trabajo Social.  
Monitora de Educación Sexual.

#### RESUMEN

*Las Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.) son un grupo de infecciones relacionadas estrechamente con las actitudes humanas de quienes las padecen que, a su vez, están sustentadas en el contexto social y cultural donde éstas tienen lugar.*

*Igualmente, la problemática del V.I.H./S.I.D.A. y su comportamiento como E.T.S. agrava aún más la situación preexistente en los últimos años, donde se ha observado un aumento por diversas causas, principalmente sociales y económicas (Segura et al. 1.989).*

*En el presente artículo se plantea la necesidad de que las plantillas de los Centros de E.T.S. estén integradas también por profesionales del Trabajo Social, que faciliten el abordaje desde una perspectiva integral de este problema de Salud Pública, describiéndose a continuación la organización y la estructura de la atención en el Área de Trabajo Social, del Centro de E.T.S. «Costa del Sol» de Málaga.*



## 1.- INTRODUCCION

Las actividades previstas a desarrollar por estos Centros, según se describe en el Programa<sup>1</sup>, son las siguientes:

- Educación para la salud.
- Detección precoz.
- Diagnóstico de tratamiento eficaz.
- Seguimiento de contactos.
- Investigación aplicada.

Como ya se dice más arriba, el abordaje de los problemas de E.T.S. necesita de una estrategia que conjunte recursos de distintas Administraciones y Sectores (público y privado), que posibilite la prestación de servicios adecuados a los problemas de enfermedad, facilite la adopción de comportamientos favorables a la salud y garantice la accesibilidad a las poblaciones más expuestas a contraer/transmitir E.T.S. por diversos motivos (desinformación, mitos, tipos de prácticas, profesión, etc.).

El Programa de Centros de E.T.S. se plantea una estrategia de estas características, describe perfectamente la organización de actividades del área asistencial y, en base a ello, proporciona los criterios relativos a la descripción de recursos.

Sin embargo, en lo referente al resto de áreas (prevención, promoción,

coordinación...), adolece de una falta de concreción importante tanto en facilitar criterios orientativos para la consecución de objetivos, como para la utilización de los recursos humanos en áreas distintas de la asistencial.

En otro orden de cosas, es importante tener en cuenta la problemática del V.I.H./S.I.D.A. y su comportamiento como E.T.S., dado que ello agrava aún más la situación preexistente en los últimos años, donde se ha observado un aumento por diversas causas, principalmente social y económica.<sup>2</sup>

Todo lo expuesto hasta aquí, pone de manifiesto la importancia de operativizar los principios relativos al resto de áreas, así como la necesidad de que las plantillas estén integradas también por profesionales cuyo perfil contemple, entre otros aspectos importantes, conocimientos y habilidades en técnicas de comunicación, análisis y abordaje de problemáticas sociales, así como capacitación en gestión e interconexión de recursos, para poder abordar desde una perspectiva integral un problema de Salud Pública como es el de las E.T.S.

En las líneas siguientes, se describen las actividades que se desarrollan desde el área de Trabajo Social en el Centro de E.T.S. «Costa del Sol», en

## Documentos de Trabajo Social

---

el que desde hace año y medio realiza funciones en comisión de servicios.

**Todo lo expuesto hasta aquí, pone de manifiesto la importancia de operativizar los principios relativos al resto de áreas, así como la necesidad de que las plantillas estén integradas también por profesionales cuyo perfil contemple, entre otros aspectos importantes, conocimientos y habilidades en técnicas de comunicación, análisis y abordaje de problemáticas sociales, así como capacitación en gestión e interconexión de recursos, para poder abordar desde una perspectiva integral un problema de Salud Pública como es el de las E.T.S.**

### 2.- FUNCIONES

- Facilitar el desarrollo de estrategias de intervención con las poblaciones más expuestas a contraer/transmitir E.T.S./V.I.H.

- Introducir metodologías interactivas de comunicación en el desarrollo de actividades del Centro.

- Facilitar la interconexión de recursos en el tratamiento de las E.T.S./V.I.H.

### 3.- ESTRUCTURA DE LA ATENCIÓN

Previo a la puesta en marcha de nuevos servicios y reestructuración de los anteriores, a raíz de mi incorporación a la plantilla (hasta entonces formada por 1 médica, 1 enfermero y 1 Aux. Administrativa), diseñamos una programación de actividades y una distribución de tareas correspondientes a cada profesional y al conjunto del equipo, que nos permitiera rentabilizar lo mejor posible los escasos recursos de que disponíamos.

A continuación se describe la organización y la estructura de la atención en el área de Trabajo Social.

#### a) Intervención comunitaria:

Se dirige a disminuir los riesgos de infección, facilitar la adopción de comportamientos saludables y fomentar la solidaridad en la población, a través de acciones basadas en la información y educación, así como a la coordinación de los recursos e iniciativas para mejorar la accesibilidad de

los usuarios a las redes de recursos ya existentes.

En este área y durante el año 1.993, el equipo del Centro ha realizado los siguientes proyectos y actividades:

- Identificación y localización de espacios en riesgo de la zona de Torremolinos.
- Establecimiento de acuerdos de «atención preferente»\* en Instituciones, servicios y grupos de la comunidad, complementarios de los servicios del Centro (red integrada de atención).
- Diseño y desarrollo de una estrategia de difusión de actividades del Centro, dirigida a la captación de usuarios, prioritariamente de aquellos/as más expuestos a padecer un problema de E.T.S.
- Talleres de Sexo Seguro con profesionales del Sexo y reclusos del Centro Penitenciario de Alhaurín.
- Actividades de formación con adolescentes dirigidas a promover hábitos sexuales saludables desde la Escuela.
- Participación en distintos actos públicos, organizados por distintos organismos, aportando información sobre E.T.S./V.I.H. y difusión de

comportamientos sexuales saludables.

#### **b) Consulta:**

Esta actividad tiene como propósitos:

- Recepción de usuarios nuevos.
- Identificación de factores de riesgo.
- Identificación de necesidades socio-sanitarias.
- Educación para la Salud (prevención de E.T.S./V.I.H. y promoción de comportamientos saludables).
- Captación de usuarios para trabajos grupales.
- Información/derivación a otros servicios.

El acceso a la consulta se realiza por iniciativa propia o por derivación. No se exige ningún requisito para ser usuario/a de los servicios del Centro.

Las entrevistas se desarrollan siguiendo la metodología del Counselling<sup>3</sup>, que a grandes rasgos, se basa en «adquirir habilidades y conocimientos para la interrelación usuario/

## Documentos de Trabajo Social

---

a-profesional, en especial en situaciones de estrés o angustia por una o ambas partes. Aportando el profesional sus conocimientos para explorar juntos las alternativas posibles y decidir el camino a seguir, con un objetivo común: el cuidado de la salud del usuario/a».

Como objetivo concreto, plantea:<sup>4</sup>

Aprender con entrenamiento una serie de técnicas para prevenir, disminuir y paliar una serie de alteraciones emocionales que los problemas de ETS/VIH/SIDA producen en el/la usuario/a y el personal socio-sanitario.

La metodología que utiliza el Counselling para lograr su objetivo:

- Identificar alteraciones emocionales.
- Entrenar habilidades de comunicación.
- Entrenar técnicas de autocontrol.

En todos los casos, y por todos los miembros del Centro, se utiliza como instrumento de recogida de datos la Historia del Centro, a la que se ha añadido una Hoja de «Seguimiento de Problemas», procedente del registro de Atención Primaria de Salud.

**Las entrevistas se desarrollan siguiendo la metodología del Counselling<sup>3</sup>, que a grandes rasgos, se basa en «adquirir habilidades y conocimientos para la interrelación usuario/a-profesional, en especial en situaciones de estrés o angustia por una o ambas partes. Aportando el profesional sus conocimientos para explorar juntos las alternativas posibles y decidir el camino a seguir, con un objetivo común: el cuidado de la salud del usuario/a».**

Los objetivos de la primera entrevista son:

- Establecer una buena relación.
- Identificar creencias, valores y sentimientos que soportan prácticas de riesgo.
- Dar información y enseñar autocuidados sobre E.T.S./V.I.H. (Anexo I).
- Trabajar la necesidad de cambiar prácticas de riesgo.

- Promocionar el uso del preservativo (Anexo II).
- Informar y determinar cómo se dará el resultado de la prueba de V.I.H., en caso de que se realice.
- Identificar otras necesidades o problemas de atención.

En las siguientes entrevistas, se establecen planes de actuación con el/la interesado/a, de acuerdo al orden de prioridades establecido conjuntamente con el/la profesional.

En caso de producirse derivaciones a otros servicios, siempre se oferta la

posibilidad de continuar el seguimiento del/os problema/s, estableciendo una relación de apoyo y refuerzo con el/la cliente.

**c) consulta grupal:**

Las actividades que se han venido desarrollando, han consistido fundamentalmente en practicar habilidades dirigidas a un uso adecuado del preservativo y clarificación de conceptos sobre E.T.S./V.I.H. y relaciones sexuales, con población adolescente captada a partir de intervenciones puntuales en Centros Educativos o en la propia consulta.

(\*) «Atención preferente»: derivación y cita en el servicio receptor en plazo inferior a una semana, a la que se aporta la documentación necesaria.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

<sup>1</sup> DIRECCION GENERAL DE ATENCION PRIMARIA Y PROMOCION DE LA SALUD. «Programa de Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual». Sevilla. 1.989. (documento interno sin publicar).

<sup>2</sup> SEGURA, A. et al. «Epidemiología y Prevención de las E.T.S.». Fundación Universidad Empresa. Master en Sexualidad Humana, 6. Madrid. 1.991.

<sup>3</sup> TORRES, J. «S.I.D.A. Counselling: Motor de cambio». en INFECCIONES VIRICAS DE TRANSMISIÓN SEXUAL. Instant graphic, S.S. Terrasa.

<sup>4</sup> BIEMBELA, J.L. «Si aprendemos a cuidarnos nosotros, podremos cuidar mejor a los demás». en INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. IBBN 84. 7645-326-4. Instant graphic, S.L: 08226. Terrasa.

Anexo I.

**GUIÓN DE ENTREVISTA E.T.S.**

**- ¿Está preocupado por la E.T.S. o el SIDA?. ¿Le gustaría hablar de eso?.**

- Explicar cómo se transmiten y no se transmiten las E.T.S. y el V.I.H., respondiendo a temores personales.

- Una persona puede tener una E.T.S. sin síntomas o señal alguna. Muchas E.T.S., incluso el V.I.H., pueden ser propagadas por personas de aspecto sano y que se sienten sanas.

- Las E.T.S. sin tratar conllevan serias consecuencias para las personas infectadas y para los bebés de mujeres infectadas que están embarazadas.

**- ¿Sabe Vd. qué puede hacer para protegerse de las E.T.S.?.**

- El riesgo de contraer una E.T.S. se reduce limitando la vida sexual a las relaciones mutuamente fieles, de largo plazo (explicar alta dificultad y baja frecuencia), usando condones y/o espermicidas que contengan monoxinol-9; y recurriendo a formas de disfrutar que

no involucren el intercambio de fluidos entre Vd y su compañero/a (peeing,...).

- La mayoría de las E.T.S. pueden curarse si se diagnostican a tiempo y se tratan correctamente. Explicar las señales y los síntomas. Aconsejar a las personas que se examinen en cuanto noten cualquier señal de infección y que utilice los análisis disponibles para las E.T.S.

**- ¿Quiere saber si su vida sexual le pone en riesgo de contraer una E.T.S.?.**

- Cuanto mayor sea el número de compañeros/as con los cuales una persona (o el compañero/a) tenga relaciones sexuales, mayor será el riesgo que correrá si no observa las adecuadas medidas preventivas.

**- ¿Desearía Vd. cambiar su comportamiento en alguna forma?. ¿Qué necesita para hacer esos cambios?.**

- Examinar las opciones y hacer planes de acción. Es posible que el/la cliente necesiten ayuda para ne-



## Documentos de Trabajo Social

---

gociar relaciones sexuales más seguras con los/as compañeros/as sexuales, para usar condones y es-

permicidas en forma correcta y explorar maneras de evitar situaciones de alto riesgo.

Ref. Bibliográfica: Revista «SIDA ALERTA». (I.P.P.F. LONDRES). N° 4, pg. 7. 1.988.

Anexo II.

## CONTENIDOS DE E.P.S. EN CONSULTA DE ATENCION SOCIAL

### 1.- PROPÓSITO

Promocionar el uso del preservativo.

- Preservativo y seguridad: protección (embarazo no deseado; E.T.S.), tranquilidad.

- Preservativo y salud: responsabilidad autocuidados, profesionalidad.

### 2.- OBJETIVO

Crear condiciones para el uso del condón a través de la información/orientación individual.

- Preservativo y fidelidad: comunicación-negociación.

Según se trate de población con prácticas de mayor o menor riesgo se hará hincapié en los distintos mensajes, utilizando como punto de partida las opiniones, creencias y comportamientos de los usuarios y construyendo a partir de estos nuevos conceptos.

### 3.- CONTENIDOS

- Conocimientos básicos: qué es, para qué sirve, cómo adquirirlo.

- Forma de usarlo.

- Vencer impedimentos personales para su uso.

- Habilidades para plantear su uso a los/as compañeros/as sexuales.

La bibliografía más reciente<sup>1,2,3,4,5</sup> indica que la eficacia de los mensajes radica en que éstos se construyan sobre los valores ya existentes en los consumidores, sus actitudes y sus motivaciones.

### 4.- MENSAJES CLAVE

- Preservativo y sensualidad: juego de excitación, imaginación, respeto.

### 5.- DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS

Los condones son importantes dentro y fuera de la pareja porque:

## Documentos de Trabajo Social

---

- Previenen las E.T.S. (SIDA): evitar contactos con el virus, evitar nuevos contactos con el virus.

- Previenen el embarazo no deseado.

Igualmente, su uso protege de complicaciones (E.P.I., Embarazo ectópico) y además del cáncer cervical (smegma).

Los estudios de laboratorio demuestran que los espermatozoides y los organismos causantes de E.T.S. no pueden pasar a través de un condón de latex intacto. Los estudios epidemiológicos demuestran, sin embargo, que en parejas que lo usan se siguen dando problemas, ¿por qué?:

- Uso no sistemático.
- Uno incorrecto.

### Condiciones de uso (información y habilidades)

1.- Tenerlo antes de necesitarlo.

2.- Antes de que el pene toque a su compañero/a coloque el condón en la punta del pene en erección, o pídale a su compañero/a que lo haga. Colóquelo de manera que el borde enrollado quede hacia afuera. Si no se le ha practicado la circuncisión,

tire del prepucio hacia atrás. Desenrolle el condón hasta recubrir todo el pene. Debe desenrollarse fácilmente sin necesidad de estirarlo.

3.- Después de la eyaculación, sostenga el borde del condón en la base del pene, mientras saca el pene. De esta manera evitará que el condón se deslice.

4.- Saque el condón sin derramar semen.

5.- Después de usarlo, tire el condón en el WC o a la basura.

6.- No use el condón más de 1 vez.

7.- Use otro condón si el que tiene:

- Viene en paquete roto o dañado.

- Si han transcurrido más de 5 años desde la fecha de fabricación.

- Es irregular o ha cambiado de color.

- Parece quebradizo, seco o muy pegajoso.

8.- Manipule los condones con cuidado (uñas y/o anillos pueden romperlo).

9.- Si quiere lubricantes use lubri-

cantes hechos con agua que no dañan el látex (Glicerina, Jaleas, Cremas Espermicidas), no use aceite de cocina, manteca, aceite de bebés, cremas u otros, pues casi todos los aceites dañan al condón.

10.- No desenrolle los condones antes de usarlos, pueden desgastarse y es difícil de colocar.

### **Cómo adquirirlos**

- Jóvenes: C.O.S., Centros de Salud (tarde joven), C.E.T.S. y Comité Anti-SIDA.

- Adultos: Centro de E.T.S., Farmacia, Máquinas (calidad) y Comité Anti-SIDA.

### **Tipos**

- Lubricados: penetración.
- Secos: sexo oral.

### **Cómo vencer los impedimentos personales**

Se trabajará con el/la usuario/a en relación a 2 áreas:

- Actitud hacia el uso del condón.
- Identificación de problemas de uso.

Con este proceso se ayuda al/la usuario/a a reconocer qué le impide modificar su comportamiento, al tiempo que permite construir desde sus necesidades la nueva actitud.

Según la bibliografía consultada (1,2,3,4,5) y las opiniones manifestadas por los/as interesados/as en consulta, los impedimentos planteados con mayor frecuencia giran en torno a:

- Sensación de ridículo.
- Desconfianza.
- Incomodidad/sensibilidad.
- Disponibilidad («corta la relación»).

### **Mensajes a transmitir**

- ¿Qué es más ridículo; tener problemas o ponerse un condón?.

- ¿Qué es más honesto; arriesgarte o arriesgar a tu compañero/a o ponerte un condón?.

- Sólo son 0'02 mm. de espesor. Las sensaciones se filtran a través del latex.

- Organó sexual: cerebro.

- Sensibilidad corporal no genitalidad.

## Documentos de Trabajo Social

---

- Estimulación sexual femenina.
- Comparación costes económicos, personales y sociales.
- Precio salir una noche.
  - Precio tabaco.
  - Coste aborto.
  - Coste embarazo.
  - Coste E.T.S. ...

### Cómo hablar con los compañeros sexuales

Se tratará de enseñar técnicas de negociación y habilidades para enfren-  
tar los posibles objeciones con respues-  
tas apropiadas.

El objetivo que perseguimos es en-  
señar a las personas cómo introducir  
los condones en una nueva relación o  
en una relación ya existente.

De acuerdo con las circunstancias  
y la cultura personal de los clientes, se  
prepararán conjuntamente con ellos  
respuestas apropiadas a cada situación.

A modo de ejemplo, la Federación  
Internacional de Planificación Familiar  
(I.P.P.F.) ha preparado las siguientes  
respuestas sugeridas para las mujeres<sup>3</sup>:

- SI EL HOMBRE DICE: «Estoy  
seguro de no tener ninguna enfer-

medad. Hace mucho que no tengo  
relaciones sexuales con nadie».

LA MUJER PUEDE DECIR: «Que  
yo sepa, yo tampoco tengo ningun-  
a enfermedad. Pero quiero que  
usemos el condón porque cualquie-  
ra de nosotros puede tener una in-  
fección sin saberlo».

- SI EL HOMBRE DICE: «¿Qué in-  
sulto! ¿Tú crees que yo soy la clase  
de persona que puede tener el  
SIDA?».

- LA MUJER PUEDE DECIR: «No  
he dicho tal cosa. Cualquiera pue-  
de contraer una infección, yo quie-  
ro usar el condón para que nos pro-  
teja a los dos».

- SI EL HOMBRE DICE: «Yo te  
amo. ¿Cómo podría transmitirme  
una infección?».

LA MUJER PUEDE DECIR: «No  
deliberadamente. Pero la mayoría  
de la gente no sabe que está infec-  
tada, de modo que usar un condón  
es lo mejor para los dos».

Igualmente, la I.P.P.F. ha formula-  
do recomendaciones a las mujeres para  
hablar con sus compañeros acerca del  
condón. También son apropiadas para  
hombres:

- Mencionar los condones antes de entrar en contacto físico íntimo, mientras aún se tiene control de los actos.

- Practicar lo que se desea decir. Puede ensayar con un amigo/a íntimo/a para acostumbrarse a las palabras que desea decir.

- Comenzar a hablar de un cartel o un programa de radio o televisión sobre condones que se ha visto u oído, o hablar de las dudas que tienen los amigos sobre los condones.

- Decir algo claro y sencillo, como «usemos este condón como protección (al mismo tiempo que se muestra el condón)».

- Hablar con seguridad, ya que se trata de su vida y su salud. Expresarse con claridad para que no haya malentendidos. No entrar en discusiones.

- No usar drogas cuando se mantengan relaciones sexuales, pues de lo contrario se puede perder el control de los actos.

### **Mensajes a transmitir**

- Respeto a sí mismo y hacia los otros.

- Seguridad y salud.

- Responsabilidad y/o profesionalidad.

- Juego y excitación (imaginación).

- Fidelidad: comunicación y negociación.

Los temas propuestos se trabajarán individualmente o en grupo con los usuarios, adecuando los contenidos a las circunstancias y cultura de los interesados.

No obstante, el folleto/s informativo/s será único y dirigido a la población general por diferentes razones:

- Las E.T.S. y más específicamente el SIDA, son problemas que nos afectan a todos por diferentes razones y sobre el que todos podemos intervenir.

- Evitar cualquier tipo de «etiquetaje» de la población. El nivel de información de los folletos es útil para cualquier usuario.

- Respetar la intimidad de los interesados en relación a sus prácticas sexuales.

### BIBLIOGRAFIA

1. BARRAGÁN MEDERO, F. «Guía práctica de Educación Sexual: teoría y práctica». Ed. Paidós. Barcelona. 1991.
2. GARCÍA ESPAÑA et al. «El Marketing Social aplicado a la promoción del condón: Una propuesta de intervención sobre grupos de riesgo de E.T.S.». Documento sin publicar. 1993.
3. POPULATION INFORMATION PROGRAM. «Population Reports = Condomes, ahora más que nunca». Serie H nº 6. The Johns Hopkins University Baltimore. EE.UU. 1990.
4. THOMAS, JEANNE: «Preservativo». Ed. de la tempestad. Barcelona. 1ª ed. castellano 1991.
5. OTEGUI PASCUAL, R. «Antropología Social y Educación para la salud: El uso del Preservativo en la prostitución». Rev. JANO 8-14 Marzo 1.991. Vol. XL Nº 942. Madrid.
6. DRAAD, R Y VERBEEK, H: «SIDA y Prostitución». Rev. SIDA-PRESS nº 4. 1991-1992. Ed. Federación de Comités y Comisiones Ciudadanas Anti-Sida del Estado Español. Bilbao.



### EXPERIENCIA PILOTO CON UN GRUPO DE RELAJACION

**María José Guerrero Camacho.** Diplomada en Trabajo Social.  
**M<sup>a</sup> Carmen Martín González.** Auxiliar de Psiquiatría.  
Centro de Salud Mental de Ronda.

#### *RESUMEN*

*La relajación está basada en la premisa de que la respuesta del organismo a la ansiedad provoca pensamientos y actos que comportan tensión muscular. Esta terapia puede llegar a tener el mismo efecto que un fármaco que actúe reduciendo la ansiedad.*

*Nuestra iniciativa surgió a raíz del alto índice de pacientes con Patología Neurótica Crónica atendidos en el Equipo. Esto nos llevó a la necesidad de pensar en emplear otra estrategia psicoterapéutica que no fuese la del medicamento; por eso pensamos que, dada la naturaleza de dichos pacientes, lo más idóneo era crear un grupo de apoyo para entrenarlos en la RELAJACIÓN.*

## 1.- OBJETIVOS.

Nuestro objetivo principal, a largo plazo, era conseguir un apoyo integral y una mejora en la calidad de vida del paciente.

A corto/medio plazo, nuestros objetivos eran los siguientes:

- Disminución en la toma de psicofármacos.
- Reducción de los niveles de ansiedad y estrés.
- Mejora en la resolución de problemas.
- Disminución de la dependencia con los profesionales del Centro.
- Dar el mayor número de altas, a los pacientes sujetos al programa.

## 2.- SELECCION DE LA MUESTRA.

La selección de los componentes del grupo fue propuesta por los técnicos superiores del equipo, teniendo las siguientes características:

- Diagnóstico común: trastorno de ansiedad.
- Sexo femenino.
- Edad comprendida entre 30 y 45 años.
- Nivel cultural medio.

El grupo estaría integrado por un mínimo de 4 personas y un máximo de 8 (grupo cerrado). Constaría de cinco sesiones sucesivas, de 45 minutos cada una.

## 3.- METODO EMPLEADO.

El método empleado fue «Relajación Sensitivo-Musical». Cada sesión se compuso de dos partes. La primera constaba de:

- Respiración profunda.
- Imaginación: por medio de los sentidos y los colores.
- Relajación: pieza musical.

La segunda parte era una puesta en común sobre las experiencias vividas durante la sesión.

Al término de cada sesión, las dos entrenadoras manteníamos una coordinación para intercambiar impresiones sobre el grupo; plasmando la información en un diario de campo.

Mantuvimos supervisión con el Coordinador del Equipo tanto al inicio como al final del Grupo.

El Psicólogo colaboró en la corrección y comentario del cuestionario S.T.A.I.

- **Disminución en la toma de psicofármacos.**
- **Reducción de los niveles de ansiedad y estrés.**
- **Mejora en la resolución de problemas.**
- **Disminución de la dependencia con los profesionales del Centro.**
- **Dar el mayor número de altas, a los pacientes sujetos al Programa.**

#### **4.- PRESENTACION INDIVIDUAL Y GRUPAL.**

El primer contacto con los miembros del grupo se hizo mediante una citación por carta. Hicimos una valoración clínica individual por parte de las dos entrenadoras, y se les informó sobre el método elegido y los recursos con los que contábamos. De los 8 pacientes citados acudieron 5. El segundo contacto fue grupal, y consistió en:

- Presentación de los distintos componentes.
- Hoja informativa (relajación, estrés, ansiedad).
- Se les pasó un cuestionario Ansiedad -Estado- Rasgo (STAI).

En el tercer contacto iniciamos la primera sesión de relajación.

Al finalizar las 5 sesiones se les volvió a pasar el mismo cuestionario, con la finalidad de hacer una comparación con el anterior y medir el nivel de ansiedad. (Se les grabó la cinta de casete para la práctica diaria en sus domicilios).

A los 6 meses se hará una valoración final del mismo, de acuerdo con los objetivos planteados.

#### **5.- PROBLEMAS QUE HEMOS ENCONTRADO.**

Uno de los principales problemas con que nos encontramos fue con el diagnóstico. Aunque los miembros del grupo habían sido diagnosticados del mismo modo, a lo largo de las sesiones quedó claro que había algunas especificaciones sintomáticas que rebasaban dicho diagnóstico, a lo que había que agregar los modos específicos de ansiedad de algunos pacientes, lo que exigía una metodología más personalizada.

Por ejemplo, una paciente comenzó a mostrar síntomas de agorafobia, lo que dificultó mayormente su relajación inicial, debiéndose adecuar la técnica a sus necesidades.

Para sucesivos grupos intentaremos definir el diagnóstico de un modo más individualizado.

En la primera sesión observamos una actividad común en algunas pacientes: miedo ante lo desconocido, a abandonarse, permaneciendo rígidas y centrándose más en lo que ellas llamaban «respiración» (no profunda sino superficial) que en la relajación en sí.

**Aunque los miembros del grupo habían sido diagnosticados del mismo modo, a lo largo de las sesiones quedó claro que había algunas especificaciones sintomáticas que rebasaban dicho diagnóstico, a lo que había que agregar los modos específicos de ansiedad de algunos pacientes, lo que exigía una metodología más personalizada.**

## 6.- RESULTADOS.

Para llevar un seguimiento y analizar individualmente los objetivos planteados volvimos a citarlas al mes. Mediante entrevista individual y el

cuestionario S.T.A.I. se sacaron las siguientes conclusiones:

- Disminución en la toma de psicofármacos en un 10%.

- Dependencia con los profesionales del centro: se valorará a los 6 meses.

- Mejora en la resolución de problemas: hemos observado una mejoría en todos los miembros del grupo a la hora de tomar y resolver problemas cotidianos.

- Conseguir el mayor número de altas: se valorará a los 6 meses.

- Reducir los niveles de ansiedad: la finalidad con la que se aplicó a las pacientes el cuestionario STAI fue la de evaluar si nuestra técnica de relajación en grupo podía ser válida para incidir sobre los niveles de ansiedad transitoria de los sujetos después de haberse sometido a dicha técnica. Por esta razón nos centramos en las puntuaciones de la subescala A/E de este cuestionario utilizada para determinar niveles actuales de intensidad de la ansiedad. No tuvimos en cuenta los resultados de la subescala A/R, ya que todas las pacientes venían diagnosticadas de Trastornos de Ansiedad, por lo que sabíamos este rasgo de las mismas.

## Documentos de Trabajo Social

---

Así, observamos que de las cinco pacientes a las que se les aplicó la técnica, cuatro de ellas partían de unos niveles de ansiedad transitoria que oscilaban entre los decatipos 7 y 8. Tan sólo una partía del decatipo 5,5. Esta última y tras la conclusión de las sesiones de relajación obtuvo este decatipo nuevamente. Por contra, las que partían de un decatipo más elevado vieron reducir su nivel de ansiedad transitoria hasta situarse en torno a los decatipos 5 y 6, por lo que la relaja-

ción las ayudó a disminuir las puntuaciones de la subescala A/E.

Concluiremos afirmando que la experiencia vivida ha resultado positiva, tanto para los miembros del grupo como para el personal del Equipo implicado. Para sucesivos grupos intentaremos definir el diagnóstico de un modo más individualizado. Seguiremos aplicando esta estrategia psicoterapéutica con otros pacientes del Centro.

### BIBLIOGRAFIA.

1.- «Relajación total». Dr. Kai Kermani. Edit. New age Robin Book.

2.- «Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés». Matthew Mckay. Martha Davis. Biblioteca Psicología, Psiquiatría y Salud.

3.- «Relajación y energía». Antonio Blayn.

4.- «Manual de dinámica de grupos». Edit. Humanitas.

5.- «Estrés». M. Michel. Laboratorio Rocha.

### EL CENTRO DE LA MUJER DE MÁLAGA

*ENTREVISTA a Resurrección Gómez, Trabajadora Social del Centro de la Mujer de Málaga y testigo de la evolución de este servicio público que aborda específicamente la problemática de las mujeres.*

#### (II PARTE)

**P.- ¿Qué situación de las que has descrito, crees de mayor importancia?**

**R.-** En cualquiera de las situaciones descritas debía de existir una denuncia o rechazo social por su importancia. Ya que hay miles de mujeres que «sufren la tortura» que aunque condenada, aún en ellas sigue vigente, sin que la sociedad haga todos los esfuerzos posibles para erradicarla.

Una característica de estas situaciones (agresiones, adolescentes embarazadas...), es que ocurre en el ámbito familiar, entre cuatro paredes, y pasa a ser considerado como algo privado y no social.

Y por último, apuntar algo que me preocupa, pues aún permanece más

oculto y además existen diferentes matizaciones que hacen más difícil su abordaje por no salir al exterior. Me refiero a abusos sexuales a niñas o adolescentes por parte de familiares, amigos más directos y en muchos casos por su padre.

Las mujeres, jóvenes o niñas que están o han sufrido ese tipo de agresión sexual tienen que empezar a hablar y romper «el secreto de familia».

**P.- En 1,994 ¿sigue teniendo la madre soltera con hijos/as necesidad de una atención?**

**R.-** Sí, aunque el término madre soltera está en desuso, y cada vez se va asociando menos con «problemática social», ya que hay familias estructura-

das en las que las/losprogenitores son solteros y solteras.

Fundamentalmente se sigue relacionando este término con jóvenes madres sin pareja estable. En este grupo aún se produce un rechazo social y/o familiar, aumentando éste en el medio rural. Para evitar este rechazo, todavía se recurre al matrimonio precipitado como medio para resolver el problema.

Muchas de estas situaciones pueden crear nuevos conflictos en familias, donde los medios económicos y relaciones familiares son deficitarias, si le unimos que muchas tienen una falta de formación y profesionalización, una escasez de habilidades sociales, falta de madurez y grado de conciencia suficiente para asumir esa responsabilidad, etc., hace necesario que existan programas dirigidos a este colectivo, como pueden ser residencias educativas para trabajar con estas jóvenes.

Pero además, sería conveniente que se ampliaran estas residencias en cada una de las provincias andaluzas, que los programas de prevención de embarazo fuesen de forma continuada, y que se elaboraran programas de apoyo a jóvenes madres/padres alternativos a la institucionalización (residencias).

**P.- Cuando una mujer va a informarse sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), ¿esporque cree que en ese Centro le van a poner menos trabas a la información?**

**R.-** Creo que es de los pocos Servicios que la población tiene de referencia para obtener este tipo de información veraz y objetiva.

El acceso privado a estos servicios es directamente a través de la propia clínica, donde la mujer accede al asesoramiento (todas las clínicas privadas para la IVE aparecen en prensa en el apartado Anuncios). Pero es al acceso público, a través de la Seguridad Social, donde las mujeres tienen menos información y, aunque las consultas de Planificación Familiar cada vez trabajan mejor el circuito de derivación, aún existen profesionales que no facilitan o no quieren dar la información precisa y legal.

**P.- Volviendo a situaciones concretas de agresiones a mujeres, ¿me podría informar sobre las Casas de Acogida para Mujeres Maltratadas?**

**R.-** Es un servicio gestionado directamente por el Centro de la Mujer, destinado a dar acogimiento temporal a aquellas mujeres, que debido a las circuns-



## Documentos de Trabajo Social

---

tancias personales y características del agresor, necesitan de este Servicio para poner fin a la violencia familiar.

Además del acogimiento, se interviene interdisciplinariamente proporcionando atención social, jurídica, psicológica y de asesoramiento de formación y empleo.

Tiene una capacidad para ocho familias, existiendo en algunas ocasiones listas de espera, dado el limitado número de plazas.

Estos servicios reciben, entre otros la denominación de Casas Refugio, aunque el término sea inconcebible en un Estado de Derecho, pues significa que hay muchas mujeres con hijos/as que tienen que salir de sus casas y buscar refugio, y por el contrario los agresores permanecen en su domicilio.

**P.- ¿Cómo se puede acceder a este servicio?**

**R.-** A través del Centro de la Mujer y el acceso se tramita por el Departamento de Atención Social.

**P.- ¿Cuál es el perfil de la mujer maltratada?**

**R.-** Contrariamente a la idea que se tie-

ne de las mujeres maltratadas, algunos datos nos sugieren que estas mujeres, como grupo, no difieren en sus características de la «población normal».

Por ello, considero que no debemos hablar de un perfil, ya que los datos que obtuviésemos serían parciales, pues todas las mujeres no denuncian, no todas las mujeres acceden a los servicios públicos, ni todas llegan a pedir ayuda, o a iniciar trámites de separación.

La mujer maltratada por su marido/pareja no procede de un nivel social o económico concreto. Es un problema que puede afectar a cualquier clase social, ideológica y cultural, porque tiene que ver más con una concepción patriarcal de las relaciones de pareja, que con una situación económica y social determinada.

**P.- ¿Con qué personal y apoyos cuenta el Servicio de Casas de Acogida?**

**R.-** Con el personal propio de las Casas que está formado por cuatro Auxiliares Sociales y una Trabajadora Social que realiza las funciones propias de atención social, y es la responsable de coordinar el Servicio.

Cuenta con el apoyo del Centro,

facilitando el apoyo legal, psicológico, social, formativo y empleo a las mujeres e hijos/os acogidos.

Así también se cuenta con el apoyo imprescindible del Aras de Bienestar Social de la Diputación Provincial de Málaga y en especial al Servicio de Infancia y Emergencia Social.

Por último, la colaboración del servicio de asistencia a la mujer de la Comisaría de Policía y Policía Local del Ayuntamiento de Málaga, así como otras instituciones que se suman para dar apoyo a las situaciones de agresiones.

**P.- ¿Qué tipo de trabajo se realiza con las mujeres atendidas y sus hijos/as?**

**R.-** De forma muy resumida, el trabajo que se realiza, va dirigido a:

- conocer sus derechos.
- propiciar su autonomía personal.
- fomentar su autoestima.
- superar el miedo.
- despertar inquietudes personales y formativas.
- ayudar a reflexionar sobre su pasado y futuro.
- enseñarles a movilizar sus propios recursos.

- fomentar la solidaridad entre las mujeres.
- enseñarles a convivir de nuevo con sus hijos e hijas.
- trabajar la actitud sumisa.
- adquisición de habilidades sociales, etc.

**P.- ¿Crees que ha aumentado las agresiones a mujeres, en la actuali**

**R.-** No, creo que lo que ha aumentado son las denuncias, gracias a la concienciación de las propias mujeres de que estos hechos no deben continuar ocultos.

Málaga es una de las provincias de España donde más denuncias se producen.

**P.- ¿Cuál podría ser la estrategia para erradicar los malos tratos, desde el punto de vista institucional y de la sociedad en general?**

**R.-** Es una pregunta compleja y afortunadamente desde hace tiempo analizada y descrita por organizaciones internacionales como la Comisión de Derechos Humanos del Senado, o Comisión Investigación de Malos Tratos, entre otros.

## Documentos de Trabajo Social

---

Son estrategias que implican a distintos Ministerios como el de Justicia e Interior y Asuntos Sociales.

Son las distintas Administraciones Autonómicas, Provincial y Local, las que deben llevar a cabo tales recomendaciones, y es en definitiva la sociedad a quien le correspondería controlar y evaluar tales medidas.

Creo, que entre otras, las más destacables e inmediatas son el cambio de mentalidad a través de la sensibilización y concienciación de la población en general, y en cada una de las instituciones públicas y privadas; puesta en marcha de campañas de prevención en el ámbito educativo y social; ampliar y desarrollar programas y servicio de apoyo a víctimas de la violencia familiar, y a los hijos e hijas que han vivido la violencia; la coordinación institucional; represión y castigo de los agresores; agilización de medidas legales de separación y rapidez en la ejecución, etc.

**P.- ¿Qué consejo le darías a una mujer que sufre agresiones?**

**R.-** Que busque ayuda. Que recurra al Centro de la Mujer o a los Servicios Sociales más próximos. Que no oculte su situación. Que no sienta vergüenza por lo que está sucediendo y que no

piense que el problema desaparecerá por sí sólo. Generalmente, y según nuestra experiencia, se suele agravar con el tiempo.

Hace unos años se realizó una campaña contra los malos tratos, a nivel nacional. El lema era muy directo: Mujer no llores, habla...

Es importante recordarle que no está sola.

**P.- ¿Y a los profesionales que les atienden?**

**R.-** Es de gran importancia la recepción de la demanda y las orientaciones precisas que se le aporten. Pues puede ser la primera vez que acuda y tal vez la última. es conveniente que se le aporte ideas, instrucciones y estrategias para lo que le toque vivir en adelante. Debe saber que tiene una puerta abierta donde le prestarán apoyo.

Recordar que pedir ayuda no significa estar en condiciones óptimas de recibirlas y aprovecharlas. Esta premisa habrá que tenerla en cuenta si no queremos caer en un sentimiento de fracaso o valorar de la víctima una actitud esquiva o incapaz de retener o escuchar. El estado de shock o la angustia impide en ocasiones prestar atención, también

se debe estar provisto de direcciones y teléfonos para que sirva de recordatorio, apoyo y como señal de que ya no está sola y tiene donde llamar o poder volver a pedir ayuda.

**P.- ¿Qué tienes que decir sobre esa opinión acerca de que, las mujeres agredidas que no se separan de sus parejas, son masoquistas?**

**R.-** Hay quienes piensan que debe existir en las mujeres maltratadas algún deseo inconsciente o consciente por el dolor y el sufrimiento, y que buscan ser víctimas del agresor, pues de otro modo se habrían marchado.

A estos habría que apuntarles que en su comentarios no tiene en cuenta los obstáculos sociales, culturales, económicos y familiares contra los cuales muchas mujeres tienen que enfrentarse para romper con la situación de agresiones.

La situación económica precaria que tienen que soportar muchas mujeres tras la separación, hace que propicie la vuelta con la pareja, además de aspectos socioculturales y de aprendizaje social que como «barreras invisibles», pero a la vez muy concretas presionan a las mujeres para que «aguanten» y sigan siendo «soportes» de una

estructura familiar, aunque en ello le vaya la vida.

Y por último, decir que con la separación legal con el agresor, no acaban el fin de sus problemas. Por ello, que haya muchas mujeres que lo duden antes de tomar la decisión.

**P.- ¿Se aprecian diferencias en cuanto a la forma de dar respuesta a los malos tratos de la mujer urbana a la rural?**

**R.-** Como en todos los ámbitos, hay una diferenciación entre el medio rural y el urbano.

Esto no es ajeno a las mujeres, sobre todo, en el acceso a la información, y utilización de recursos.

Las normas sociales son más rígidas y, por consiguiente, mayor presión social.

**P.- ¿Hay otros centros en el resto de Andalucía y/o en otras Comunidades Autónomas?**

**R.-** Pues a partir de la creación del Instituto Andaluz de la Mujer, en 1.989, es cuando se desarrollan en el resto de

## Documentos de Trabajo Social

---

Andalucía los centros de la Mujer, consolidando así este Servicio.

Casas de Acogida existen en cinco provincias andaluzas. A nivel nacional, hay en todas las Comunidades Autónomas.

En escala internacional, igualmente se crean estos Servicios, surgiendo la primera Casa Refugio en Inglaterra en 1.972.

**P.- Actualmente se habla mucho del fenómeno «de la feminización de la pobreza» ¿estás de acuerdo?**

**R.-** La dependencia económica de las mujeres y la división sexual del trabajo, (dificultad de acceso al mercado de trabajo, falta de formación, expe-

riencia profesional...), pueden ser las dos causas principales de la pobreza de las mujeres.

La doble jornada es un impedimento para la plena participación femenina en el mercado de trabajo y en consecuencia su dependencia financiera. El factor «exclusión del trabajo», sería el más determinante de la pobreza. Dentro de la población activa la tasa de desempleo afecta, proporcionalmente, de una forma más elevada a la mujer que al hombre.

El resultado de estos elementos y otros como el impago de pensiones, las cargas familiares, la falta de cotización a la Seguridad Social, la falta de mecanismos de apoyo, hacen que se pueda hablar del fenómeno de la feminización de la pobreza.