

TS nova

Nº 1 · 2010 · Semestre 1º

nova (del lat. "nova", nueva) *adj. y n. f. Astron.* Se aplica a las estrellas que adquieren repentinamente un brillo muy intenso; la enorme cantidad de energía liberada por una nova produce un destello de radiación muy brillante. Las novas contribuyen a la formación de nuevos núcleos que, con el tiempo, conformarán nuevas estrellas.

DIRECTORA

Estrada Ena, Irene

COMITÉ DE REDACCIÓN

Baeza Roca, Nuria
Escoda Porqueres, Esther
Gavidia Mir, Irene
Gregori Monzo, Trinitat
Muñoz Rodríguez, David
Pérez Arroyo, Paula
Uceda i Maza, Xavi

COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO

Balsalobre Castejón, Alicia. Colegio Trabajo Social de Murcia
Barceló Feliu, Carmen. Colegio Trabajo Social de Castellón
De la Cruz Miró, Laureano. Colegio Trabajo Social de Baleares
García García, Ernest. Universitat de València
García Roca, Joaquín. Dr. en Sociología y Teología. Valencia
Gómez Moya, Josefa. Colegio Trabajo Social de Valencia
Haro Sabater, M^a Luisa. Fundación José María Haro. Valencia
Lima Fernández, Ana. Consejo General Trabajo Social. Madrid
López Cayuela, Amelia. Ayuntamiento de Aldaya. Valencia
Rubiol González, Gloria. INTRESS. Barcelona
Sánchez Guerrero, Mercedes. Conselleria de Sanidad. Valencia
Soler Aznar, M^a Dolores. Colegio Trabajo Social de Alicante
Soriano Ocón, Raúl. Plan Nacional sobre el SIDA

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Colegio Oficial de Trabajo Social de Valencia

CORRESPONDENCIA

TSnova Revista de Trabajo Social y Servicios Sociales
tsnova@cgtrabajosocial.es
Teléfono 96 395 24 10

Nota de Redacción: la revista no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones expresadas por los diferentes autores y colaboradores, los cuales las formulan bajo su exclusiva responsabilidad.

Impreso en España
por Copiformes S.L.

Diseño y maquetación
globalCOMUNICA S.L.

Depósito legal:

V-1464-2010

ISSN: 2171-6005



index

EDITORIAL

Setting out together!

PÁG. 05

INTO DEPTH

Valencian Social Services view through X-rays

F. Xavier Uceda-Maza, María García-Muñoz

PÁG. 09

Four positioning formulas versus drugs

Raúl Soriano Ocón

PÁG. 23

Analysis of the protection law to motherhood before the gender perspective

Tamara Girva Caramés, Yolanda Cano Miguel

PÁG. 33

PRACTICE

Clinic Social Work and free practice of the profession

Manolo Salinas Tomás

PÁG. 39

Contemplating a study in Senegal for designing a prevention campaign for irregular migration

Laura Guaita Nuévalos

PÁG. 45

MISCELLANEOUS

Everyday Social Work in Health: Functions and Malfunctions

Carmen Illa Lahuerta

PÁG. 53

BOOKS

Qué pensiones, qué futuro. El Estado de bienestar en el siglo XXI

PÁG. 59

ADDICTION-OFF

A professional view towards addictions

PÁG. 61



Índice

EDITORIAL

Emprender juntos/as

PÁG. 05

A FONDO

Una radiografía dels serveis socials valencians

F. Xavier Uceda-Maza, María García-Muñoz

PÁG. 09

Cuatro fórmulas de posicionamiento frente a las drogas

Raúl Soriano Ocón

PÁG. 23

Análisis de la ley de protección a la maternidad desde la perspectiva de género

Tamara Girva Caramés, Yolanda Cano Miguel

PÁG. 33

PRÁCTICA

Trabajo social clínico y ejercicio libre de la profesión

Manolo Salinas Tomás

PÁG. 39

Reflexión sobre un estudio de Senegal para el diseño de campañas de prevención de la migración de forma irregular

Laura Guaita Nuévalos

PÁG. 45

SECCIÓN LIBRE

El día a día del Trabajo Social en Salud: funciones y disfunciones

Carmen Illa Lahuerta

PÁG. 53

LIBROS

Qué pensiones, qué futuro. El Estado de bienestar en el siglo XXI

PÁG. 59

ADICCIÓN-OFF

Una mirada profesional al campo de las adicciones

PÁG. 61



editorial

Emprender juntos/as

Las trabajadoras y trabajadores sociales venimos atendiendo históricamente importantes necesidades de la sociedad que nos rodea. Los esfuerzos que hacemos resultan ignorados en demasiadas ocasiones por el conjunto de la comunidad a la que servimos. Visibilizar esta tarea se ha convertido, por lo tanto, en una obligación que debemos atender entre todas y todos, máxime en el momento actual, cuando los problemas sociales y el modo en que se deben abordar constituyen un controvertido foco de atención. En este contexto, dejar constancia de nuestro saber y de nuestro quehacer, sacar a la luz el conocimiento adquirido con la experiencia y la investigación, será tan enriquecedor para la sociedad como satisfactorio para nuestro colectivo profesional.

“**TS Nova**” nace de esta inquietud por hacer nuestra tarea más patente. Y nace también para investigar y transferir resultados; para explorar y cuestionar; para reflexionar y sistematizar. Porque el Trabajo Social nace de la práctica, pero es a partir de ella como se construye el marco teórico que ha de servir de guía y referente a los futuros profesionales. Es por lo tanto una responsabilidad colectiva escribir y publicar para mejorar los métodos y estrategias de intervención.

Los miembros de la Junta de Gobierno y del Consejo de Redacción hemos trabajado con estos dos objetivos en mente -visibilizar y sistematizar- porque creemos en su importancia estratégica. Pero, sobre todo, hemos puesto empeño e ilusión en este número con la esperanza de despertar vuestro interés. Porque necesitamos el ánimo, la colaboración y el trabajo de todos y todas. Porque, para mejorar la valoración de nuestro importante trabajo diario, cuentan todas las voces. Por eso, desde el Colegio de València animamos a los y las profesionales del Trabajo Social a compartir vuestro conocimiento y destapar vuestras inquietudes.

La revista se estructura en dos partes principales: una para tratar a fondo temas particulares, sectoriales, cotidianos y actuales; la segunda estará dedicada a la práctica, porque las experiencias ajenas orientan nuestras propias realidades. Completaremos cada número con novedades bibliográficas.

Consideramos importante destacar las aportaciones del Colegio de Valencia, pero queremos que nuestra mirada sea más amplia, por lo que en números sucesivos contaremos con colaboraciones de los Colegios de Castelló, Alacant, Murcia y Balears, con los que ya existe coordinación. De hecho, a esta presentación se han sumado las

juntas directivas de los mismos como muestra del interés de los colectivos a quienes representan.

Deseamos que “**TS Nova**” tenga larga vida. Pero sabemos que ello no depende de quienes forman el Consejo de Redacción: depende de la motivación y participación de todas las personas que conformamos la profesión, de nuestro interés colectivo por hacernos oír, de nuestras ganas por compartir experiencias.

Hemos iniciado esta aventura porque sabemos que puede convertirse en un hecho estable y duradero. Porque en nuestro compromiso, sabemos que no basta con gestionar: hay que emprender. Por eso os pedimos que os unáis a esta empresa y hagamos de “**TS Nova**” un proyecto de todas y todos.

La Junta de Gobierno del CODTS de Valencia

Desde la Junta de Gobierno del Colegio de Alicante, nos sumamos a este Editorial de la nueva revista del Colegio de Trabajo Social de Valencia, y aprovechamos la ocasión para felicitarles por la puesta en marcha de esta iniciativa.

Nuestro deseo es que esta colaboración sea bien acogida por parte de los profesionales y que encuentren en ella un espacio para la reflexión profesional y un rincón donde poder compartir nuestras buenas prácticas profesionales.

Nos encontramos en momentos decisivos para nuestra profesión que suponen retos importantes, entre ellos el reafirmarnos como colectivo colegiado donde no debemos perder la oportunidad que se nos brinda de ofrecernos como un servicio más para los ciudadanos, sin dejar de ser el referente oficial para los profesionales del Trabajo Social.

Los cambios sociales y legislativos actuales deben de ser contemplados como nuevos caminos donde reafirmar nuestra profesión; educación, sanidad, extranjería, SEAFIs, vivienda, participación ciudadana, igualdad; ampliando nuestro abanico de actuaciones, con el estudio de las nuevas necesidades sociales que surgen en estos campos y con implantación de recursos que den respuestas a estas necesidades.

Os invitamos a la participación en esta revista, para convertirla en un instrumento dinámico, de cuestionamiento de los marcos tradicionales, de descripción de los programas que se están llevando a cabo en nuestra comunidad, de aplicación de la imaginación y encuentro entre colegas.

Junta de Gobierno del Colegio de Alicante

Desde Castellón queremos dar la enhorabuena a las compañeras de Valencia por esta muy buena iniciativa, que esperamos sea todo un éxito de participación y nos sirva de punto de encuentro profesional, en donde reflejar lo que sabemos y lo mucho que trabajamos.

Hay muchas razones para dar la bienvenida a esta publicación, entre las que destacamos:

- La creación de un nuevo espacio de intercambio, en el que nuestro saber, nuestros resultados y experiencias, se analicen y se elaboren conclusiones sobre lo que está pasando. Analizar nuestro trabajo desde esta publicación supondrá tener un espacio en donde podremos exponer estos conocimientos.
- La apertura de una vía de comunicación. La revista también nos ofrece un buen vínculo interprofesional a través del cual podremos compartir las experiencias, investigaciones y trabajos, aportando nuevos proyectos y nuevos puntos de vista.
- La aparición de una ayuda para darnos a conocer a los organismos, instituciones y asociaciones que realizan actuaciones en el ámbito social. Y por qué no, también, para contribuir a que nuestro trabajo, nuestras experiencias y resultados lleguen a ser considerados, escuchados, en la programación de las Políticas Sociales que se planifican en el ámbito de los Servicios Sociales.

Los trabajadores sociales nos sentimos agobiados en la cotidianidad por la fuerte demanda que tenemos a nivel laboral. El día a día nos absorbe y por ello sufrimos el riesgo de quedar aislados en nuestros quehaceres, en nuestro campo de actuación concreto. Se puede perder, de este modo, la visión global del complejo campo de acción de la profesión y del papel que debemos desempeñar.

La existencia de publicaciones como ésta, nos da la oportunidad de salir de este encierro y de dar a conocer y percibir lo que ocurre, con toda su diversidad, en el ámbito del bienestar social y en la sociedad en general.

Desde el Colegio Profesional de Castellón, deseamos y animamos a todos los profesionales a participar de forma activa y a hacer de esta publicación un espacio real que nos ofrezca información, ideas, conocimientos, y al mismo tiempo que sirva de punto de encuentro para el análisis, la reivindicación y la discusión.

CODTS de Castellón

Siempre es motivo de alegría el nacimiento de una publicación relacionada con el Trabajo Social porque lo cierto es que no abundan. Cuando surgió la idea de que los Colegios del Mediterráneo iniciáramos esta andadura juntos no teníamos muy claro qué saldría de todo esto... pero sí que sentíamos la necesidad de compartir más y mejor muchas experiencias, reflexiones, necesidades, etc., y lo cierto es que empezamos.

De la primera reunión ya surgió de manera clara y manifiesta la necesidad de establecer una instancia intermedia entre cada CODTS y el CONSEJO GENERAL para facilitar unificar criterios en cuestiones comunes que nos atañen a todos.

Y, como no podía ser de otra manera, surge la idea, la grandiosa idea, de iniciar una publicación común que sirva para estrechar más los lazos de los profesionales del Trabajo Social.

Como soy consciente de que cada CODTS va a aportar sus palabras de apertura a esta publicación, desde Baleares sólo queremos regocijarnos y desear que entre todos le demos el calor que requiere y merece publicando artículos, reflexiones, experiencias de intervención... en fin: todo aquello que entendamos que es pertinente y conveniente para el crecimiento del Trabajo Social. De esta manera se logrará que el Trabajo Social que, paradójicamente sigue siendo el gran desconocido de nuestra sociedad, gane pre-

sencia en este contexto de crisis y corrupción que nos embarga a todos y que requiere de una respuesta clara y contundente. Espero que esta publicación también cumpla con este contenido reivindicativo a favor de una sociedad más justa y equitativa... en consonancia con los ideales que dieron vida al Trabajo Social.

CODTS-Illes Balears

Queridos/as compañeros/as,

En primer lugar, dar las gracias al Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA SS de Valencia por dar la oportunidad al CODTS de Murcia de participar en vuestra primera revista colegial a través de este editorial y, ante todo, darle la enhorabuena a vuestra Junta por afrontar este gran reto y acogerse a la oportunidad de intercambiar opiniones y experiencias con los/as colegiados/as a través de algo tan "complejo" como es la publicación de una revista.

Desde hace varios años, el Colegio de Trabajo Social de Murcia publica una revista propia, TSMU, que se ha convertido en un espacio de reflexión profesional en el que existe sitio tanto para artículos científicos como para experiencias profesionales a nivel práctico.

Como "desafortunadamente" suele pasar en nuestro colectivo, al principio la colaboración de los/as trabajadores/as sociales en la TSMU era demasiado puntual, pero, poco a poco, la participación ha ido en aumento dotando por ello de mayor calidad a esta pequeña y regional impresión.

Desde nuestro Colegio, queremos transmitir la importancia de publicar artículos y/o experiencias profesionales (a nivel personal no deja de ser una cuestión interesante para el currículum) dado que a nivel colegial y colectivo aporta a la profesión nuevos "conocimientos", "opiniones" e incluso "metodologías o proyectos de intervención".

Nuestro lema en Murcia es que "EL COLEGIO SOMOS TODOS Y TODAS", y es en base a este posicionamiento, desde el que os invitamos a todos los/as Trabajadores/as Sociales de Valencia, a hacer una colaboración activa en vuestro nuevo reto, en vuestra nueva REVISTA, para poder llegar a hacer de la misma vuestro punto de encuentro profesional y vuestro rincón de autoreconocimiento como los y las profesionales que sois.

¡Suerte en vuestra aventura!

Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA SS de la Región de Murcia

“A FONDO”

Una radiografía dels serveis socials valencians

F. XAVIER UCEDA-MAZA¹

Institut Interuniversitari de Desenvolupament Local. Universitat de València

MARIA GARCÍA-MUÑOZ²

Ajuntament de Burjassot (València)

RESUMEN

Desde una perspectiva histórica se analiza la dimensión substantiva de los Servicios Sociales Valencianos. Se toman como referencia investigaciones y datos elaborados por los autores sobre los ejes constitutivos del sistema, de tal manera que al globalizarlos se obtiene una radiografía de su situación. A partir del análisis se proyectan los rasgos constitutivos del sistema público de servicios sociales valenciano, así como los escenarios presentes y futuros del mismo. Se concluye que en perspectiva comparada es un sistema plenamente asistencial, de doble red y mercantilizado.

PALABRAS CLAVE: Servicios Sociales, asistencia social, privatización.

ABSTRACT

An analysis of the substantive dimension of Valencian Social Services is done by means of a combination between historical views of the process with X-ray photography of this system using researchers that analyze different axes of it. In this analysis, the constitutive features of the Public Social Services System as well as its present and future scenes are evaluated. As a conclusion, and from a total comparative perspective, it is a welfare system commercialized and of double network.

KEY WORDS: Social Services, social aid, privatization.

1. Actualment investigador Institut Interuniversitari de Desenvolupament Local de la Universitat de València. Ha sigut Professor de Treball Social de la Universitat Pública de Navarra i de la Universitat de València. Treballador Social en excedència del Departament Municipal de Serveis Socials del M.I. Ajuntament de Burjassot (València) i pertanyent al Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de València, amb el núm. 792.
2. Treballadora Social i Responsable del Programa de Mesures Judicials en Medi Obert del M.I. Ajuntament de Burjassot (València) i amb núm. 1.978.

CORRESPONDENCIA
francesc.uced@uv.es

INTRODUCCIÓ

La societat postmoderna implica un nou context social, econòmic, tecnològic i cultural, presentant característiques noves i plantejant majors exigències al sistema de Serveis Socials³. L'escenari actual de crisi econòmica està incrementant la vulnerabilitat social i intensificant el risc i els processos d'exclusió social. L'*Informe de la Inclusió Social en Espanya 2008*⁴, és a dir abans de la greu situació actual i en el millor moment de la situació econòmica d'Espanya posava de manifest que el 19,9% de la població espanyola es trobava en el que es denomina pobresa moderada, el 6,8% en pobresa alta i el 3,2% en pobresa severa per tant un 29,9% de la població es trobava en situació de necessitat. Respecte a la Comunitat Valenciana⁵ les dades eren 16,8% en pobresa moderada, 6,8% en pobresa alta i un 3,1% en pobresa severa, és a dir, un 26,7% de la població.

Aquestes dades signifiquen que en el major moment de creixement i d'inserció laboral, la pobresa no aconseguí minvar a Espanya, on gairebé una de cada tres persones es trobava en situació de pobresa. Respecte a la C. Valenciana el informe ens situa una miqueta millor que la mitjana espanyola, però òbviament el "*boom immobiliari*" també era més intens que a la resta de l'Estat⁶. L'observació de l'EPA⁷ indica que la taxa d'atur espanyola és del 18'83% i a la C. Valenciana de 22,56%. A més a més com la crisi fonamentalment ha sigut del sector del "*taulell*" i d'allò que l'envolta, la nostra Comunitat inicià abans la crisi i tardarà més en eixir. Això comporta un major nombre d'aturats/des que alhora esgoten les prestacions i subsidis per desocupació, l'ajuda de les famílies i sol·liciten prestacions del sistema de SS.SS.

Una societat avançada, moderna, pionera es reconeix pels seus sistemes de protecció social i en especial dels que s'ocupen en contribuir al desenvolupament i increment del benestar social, la promoció de l'autonomia personal, la incorporació social, la salut i la qualitat de vida. Els sistemes de protecció responen a la lògica de construir ciutadania, és a dir, protegir davant les dificultats, incorporar a les persones i lluitar contra l'exclusió social, en definitiva són sistemes per remoure els obstacles que ho impedeixen, d'acord amb allò establert a la constitució⁸.

Ara bé, com a treballadors/es socials caldria preguntar-se: ¿el sistema de serveis socials dels valencians és referent a l'estat espanyol? ¿disposen de programes i pressupostos dignes per tindre unes polítiques socials avançades? ¿responen a les noves demandes socials? ¿actuen com un sistema global i integrat? En aquestes breus pàgines es vol respondre de forma sintètica aquestes qüestions sobre la base d'algunes investigacions recentment aparegudes tot i contextualitzant el període històric.

1. Fixant posicions sobre els Serveis Socials

El treball social és la disciplina que més ha contribuït a la construcció d'aquest jove sistema que recentment acaba de festejar els seus vint-i-cinc anys, així mateix li pertoca analitzar i fixar posicions sobre l'evolució del mateix.

El sistema s'organitza en SS.SS. Generals (dependència local) i Especialitzats (dependència autonòmica), els primers constitueixen l'estructura bàsica del sistema públic de SS.SS., essent la seua finalitat aconseguir unes millors condicions de vida de la població mitjançant una atenció integrada i polivalent.

3. D'ara endavant SS.SS.

4. Realitzat per l'Obra Social de la Caixa Catalunya. <http://obrasocial.lacaixa.es/>

5. D'ara endavant C. Valenciana.

6. Utilitzem la denominació "Estat" per a referir-nos al conjunt d'Espanya.

7. Enquesta de Població Activa, 4 trimestre de 2009. www.ine.es.

8. Això es troba recollit a l'article 9.2 de la Constitució Espanyola, quan assenyalava que "*correspon als poders públics promoure les condicions per a què la llibertat i la igualtat de l'individu i dels grups en què s'integra siguen reals i efectives; remoure els obstacles que ho impedeixen o dificulten en la seua plenitud i facilitar la participació de tots els ciutadans en la vida política, econòmica, cultural i social*".

Coincidim amb García Herrero *et al* (1992) en definir als SS.SS. com un sistema públic per a la garantia universal de drets socials, dins de les noves estratègies del benestar social, i amb Casado al conceptualitzar-los:

“...en términos de prestaciones técnicas y otras actividades en las que se brinda ayuda o apoyo, fundamentalmente relacional y de proximidad, para la cobertura de carencias y el desarrollo de potencialidades en lo que tiene que ver con la autonomía (o dependencia) personal y la integración (o exclusión) comunitaria y social en general.” (2005:11).

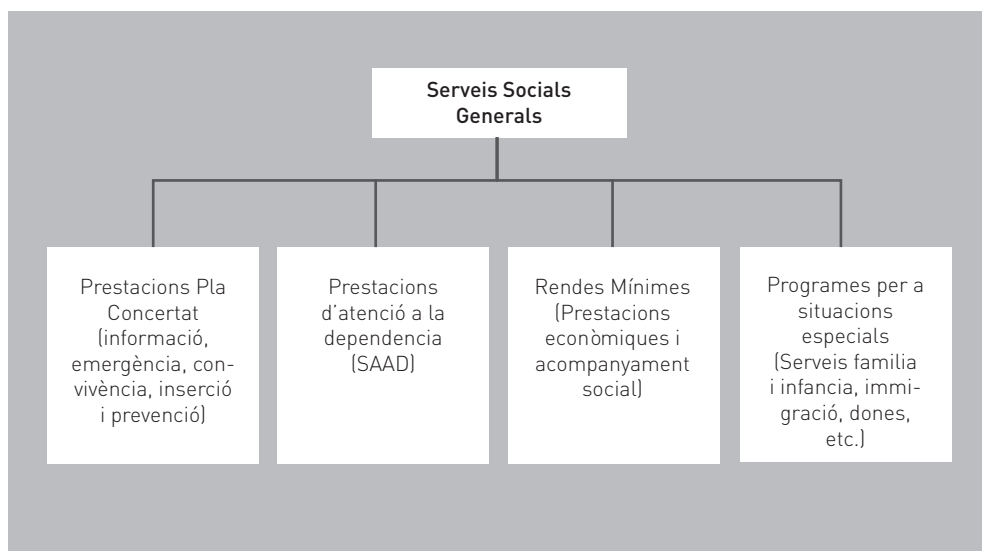
D'acord amb García Herrero (*op.cit.*), els SS.SS. han desenvolupat la seua identitat a partir de la seua configuració com a sistema públic dins de les polítiques del benestar social, amb: a) un àmbit específic de necessitats socials de referència (drets socials que garanteix); b) una oferta específica de prestacions socials; c) una xarxa d'equipaments pròpia; i d) normativa, planificació i pressupostos propis.

Com a qualsevol sistema es configura sota dues dimensions la substantiva i l'operativa,

ambdues fonamentals per al funcionament de qualsevol sistema. La primera fa referència al caràcter de les prestacions (dret subjectiu o assistencial), a l'extensió i intensitat d'aquestes, a la definició d'un model i els seus programes bàsics i a la relació del sistema públic amb les entitats privades i les d'iniciativa social, i la segona, a la situació, organització de les figures laborals, clarificació de rols i processos metodològics i la cerca de la qualitat. En aquest article es realitzarà una anàlisi de la situació de la dimensió substantiva als SS.SS. valencians, per tant ja avancem que és mirada incompleta del sistema.

Una representació del sistema de SS.SS. a l'Estat Espanyol, l'observem en la figura, on es pot reconèixer la seua dimensió substantiva i ens trobem amb les prestacions que el seu dia va establir el Pla Concertat de Prestacions Bàsiques (PCPB), les prestacions del Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), les Rendes Mímines (RM) i els Programes per situacions especials com: Serveis d'Immigració, Serveis d'Atenció a la Família i Infància, etc.

FIGURA 1: REPRESENTACIÓ DELS EIXOS ESTRUCTURALS DELS SERVEIS SOCIALS GENERALS



A l'anàlisi que es realitza a continuació es cerca el desenvolupament de tres del quatre eixos a la C. Valenciana. Avancem que no s'analitzarà el desenvolupament dels Programes per a situacions especials, sent encara el seu pes al sistema minoritari.

2. Una mirada retrospectiva dels Serveis Socials Valencians

Els SS.SS. valencians amb les transferències de l'estat⁹, l'aprovació de la Llei 7/1985 de Bases de Règim Local¹⁰, l'impuls estatal del Pla Concertat de Prestacions Bàsiques (PCPB)¹¹ de 1987 inicien una etapa de fort desenvolupament, són innovadors¹² i creatius, la seua normativa és presa com a referència entre d'altres: Pla Conjunt d'Actuació en Barris d'Acció Preferent de 1988¹³, Pla d'Ordenació dels Serveis Socials a la C.V. de 1987¹⁴, Pla de Mesures d'Inserció Social de 1990¹⁵ i dins d'aquesta etapa la Llei 5/1989 de Serveis Socials de la C. Valenciana la qual s'aprova quan el sistema es troba pràcticament implantat (Doménech Pastor i García Roca, 1990).

9. Aquestes es realitzen en el període comprés entre 1982 i 1985, aproximadament, i amb elles s'inicia la consolidació del sistema públic d'atenció, amb un panorama de recursos inicial, altament atomitzats per la seua procedència de múltiples organismes estatals.

10. L'article 26.1.C estableix que els municipis de més de 20.000 habitants hauran de prestar SS.SS., encara que no s'especifica el contingut de les prestacions, figures professionals, ràtios, etc.

11. En tres anys de vigència del pla es triplica el nombre de centres i el de persones que treballen als mateixos. (Linares i Marín, 1992).

12. L'any 1981 es realitzen les II Jornades sobre Menors Marginats, el 1982 se celebra a València la I^a Trobada Internacional de Serveis Socials, el 1983 les Jornades Internacionals sobre Emergència Social. Entre els anys 1982/83 es posen en marxa els primers equips d'intervenció amb caràcter experimental i els equips base com a conseqüència de la trista pantanada de Tous dins del III Pla d'Emergència Social.

13. Decret 157/88, d'11 d'octubre pel qual s'estableix el Pla Conjunt d'Actuació en Barris d'Acció Preferent actualment vigent però sense contingut tècnic ni econòmic, és a dir, mort per inanició i soterrat en l'oblit.

14. Actualitzat amb el Decret 40/90, de 26 de febrer, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre registre, autorització i acreditació dels Serveis Socials de la C.V. i a l'actualitat parcialment vigent.

15. Decret 132/1990, de 23 de juliol, del Consell de la Generalitat Valenciana, pel qual s'aprova el Pla de Mesures d'Inserció Social a la C. Valenciana actualment derogat i substituït per la Renda Garantida de Ciutadania de la C. Valenciana (Llei 9/2007, de 12 de març).

El principal instrument d'ordenació a nivell estatal és l'esmentat Pla Concertat ja que homogeneïza, estructura i impulsa a les CC.AA, diputacions i ajuntaments en la generació d'un sistema que fins eixe moment era inexistent, amb la finalitat de:

"Lograr la colaboración entre la Administración del Estado y la de la Comunidad Autónoma (...) para financiar conjuntamente una red de atención de Servicios Sociales Municipales que permita garantizar unas prestaciones básicas a los ciudadanos en situación de necesidad". (Pla Concertat; 1988).

Als efectes del Pla Concertat, es consideren prestacions bàsiques de SS.SS. les de: Informació i Orientació, Ajuda a Domicili, Prevenció i Inserció i Allotjament i Convivència.

El Pla Concertat suposa definitivament:

"Superar la beneficencia pública, descentralizar las competencias del Estado a las Comunidades Autónomas y en menor medida a las Corporaciones Locales, el establecimiento de la obligatoriedad de prestar Servicios Sociales a los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, la implantación en todo el Estado de las Unidades de Trabajo Social y la promulgación de las Leyes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas". (Belis i Moreno; 2002:15),

Després d'aquesta etapa de fort impuls continua una etapa de mediocritat, aquest moment és semblant al que s'està produint al conjunt de l'estat, amb una "crisi" en la conceptualització, desplegament, pèrdua d'iniciativa, mancança d'impuls polític. (García Herrero i Ramírez Navarro, 1992).

Sens dubte, la qüestió fonamental en la dimensió substantiva en aquest període de crisi son els acords de flexibilització del PCPB. Aquests acords de 1994 flexibilitzen els criteris i permeten que s'extenga la cobertura del Pla Concertat no sols als SS.SS. generals sinó també als inclosos en el primer nivell

d'intervenció¹⁶. Aquesta qüestió suposa una nova situació en quant al contingut de la xarxa bàsica, suprimint-se com a element de referència per a la presentació anual dels projectes, els mapes i establint en quant al finançament un acord denominat: *Límits de les prestacions bàsiques de Serveis Socials per Àrees de Despesa*¹⁷. Aquest fet impossibilita l'existència d'unes mínimes condicions de homogeneïtat en qüestions com: la ràtio de població, la tipologia i composició de les plantilles o la pròpia estructura organitzativa dels centres de SS.SS.

L'associació de directors i gerents en SS.SS. (1997:267-269), assenyalarà que els acords de flexibilització del Pla Concertat suposen:

"...una salida en falso, una renuncia a cumplir los objetivos por los que el plan fue creado; traiciona el espíritu original de la concertación y pone de manifiesto la incapacidad de sus gestores para desarrollar la red básica prevista y su falta de imaginación para redefinir los acuerdos originales, manteniendo el sentido público (...) el plan concertado suponía la garantía de derechos ciudadanos en unos mínimos homogéneos para el conjunto del territorio, y no una simple vía de financiación de servicios sociales, complementaria a los acuerdos autonómicos negociados en su día co las correspondientes trasferencias."

Respecte a la C. Valenciana, la tesi doctoral del professor¹⁸ Gustavo Zaragoza de l'any 2001, mostra l'intens desplegament dels SS.SS. municipals a la província de València. Del seu treball es reproduïxen dues taules, en la primera d'elles [Taula 1] es pot

observar com des de l'any 1983 fins 1988 es produeix un creixement important tant dels equips com dels professionals. A partir d'eixe any minva la intensitat del creixement, però com a fita històrica cal recordar que aquest jove sistema en tretze anys arriba a cobrir al 99,5% del total de la població de la C. Valenciana a l'any 1996.

A la taula dos s'observa el procés a la província de València. La cobertura a l'any 1996 ja és gairebé del total (99,94%), encara que anirà extenent-se la ràtio equips/municipis i la de professionals/habitants.

La llei 5/97¹⁹ de SS.SS. de la C.V., aprovada pel Partit Popular va ser una nova etapa en el sistema de SS.SS, que suposarà un impuls en la privatització de la gestió del sistema, però també de la titularitat de bona part dels SS.SS. públics, generarà una gran preocupació i resposta professional:

"La participació s'identifica amb la iniciativa privada, particularment amb l'ànim de lucre. Contràriament a això, una política social encaminada al benestar social necessita que el ciutadà individualment o col·lectivament, participe en les decisions, la gestió i l'acció dels Serveis Socials". Plataforma per la millora i defensa del sistema pública de serveis socials (1996)

Aquesta llei preveia el desenvolupament d'una sèrie de plans i comissions com el Pla Concertat de SS.SS Generals, el Pla General de SS.SS, Pla de Finançament Concertat amb les Entitats Locals, Pla Valencià de SS.SS., etc., que del seu desplegament podien haver-se derivats processos molt positius per al sistema, però malgrat haver passat tretze anys des de l'aprovació cap d'aquests instruments han vist la llum.

Realitzada la contextualització inicial de constitució, creixement i crisi, a continuació presentem la radiografia actual del sistema.

16. A partir d'eixe acord formen part de la xarxa bàsica, els següents equipaments: centres de serveis socials, albergs, centres d'acollida, menjadors socials, centres socials d'estada diürna, oficines d'informació i assessorament sobre necessitats i recursos socials i miniresidències i habitatges tutelats.

17. A la comissió de seguiment de 18-1-95, s'aproven els següents: personal (màxim 70%), Prestacions/Programes (Mínim 20%), Manteniment (Sense Límit) i Inversió (Sense Límit).

18. Professor del Departament de Treball Social i Serveis Socials de la Universitat de València.

19. LLei 5/1997, de 25 de juny, de la Generalitat Valenciana, per la qual es regula el Sistema de SS.SS. a l'àmbit de la C. Valenciana (DOGV 12/08/1997) i que substitueix a la LLei 5/1989 de 6 de juliol, reguladora del Sistema de SS.SS. a la C. Valenciana.

Taula 1: Evolució dels equips, professionals i habitants atesos pels SS.SS. generals a la Comunitat Valenciana

AÑO	Equipos		Profesionales		Habitantes Atendidos		Ratio Profesional/ Habitantes
	Nº	% incremento anual	Nº	% incremento anual	Nº	% incremento anual	
1983	6	--	40	--	1.000.000	--	25.000
1984	36	+ 500,0 %	90	+ 125,0 %	1.070.000	+ 7,0 %	11.889
1985	60	+ 66,7 %	125	+ 38,9 %	1.220.000	+ 14,0 %	9.760
1986	66	+ 10,0 %	153	+ 22,4 %	1.730.000	+ 41,8 %	11.307
1987	108	+ 63,6 %	202	+ 32,0 %	3.300.000	+ 90,8 %	16.337
1988	154	+ 42,6 %	279	+ 38,1 %	3.603.000	+ 9,2 %	12.914
1989	158	+ 2,6 %	350	+ 25,4 %	3.636.000	+ 0,9 %	10.389
1990	163	+ 3,2 %	461	+ 31,7 %	3.765.000	+3,5 %	8.167
1991	171	+ 4,9 %	446	- 3,3 %	3.828.000	+ 1,7 %	8.583
1992	181	+ 5,8 %	460	+ 3,1 %	3.822.000	- 0,2 %	8.309
1993	183	+ 1,1 %	512	+ 11,3 %	3.838.000	+ 0,4 %	7.496
1996	190	+ 3,8 %	605	+ 18,2 %	3.989.282	+ 3,9 %	6.594

Font: Zaragoza (2001:28)

Taula 2: Evolució dels equips, professionals, municipis i habitants atesos per els SSG a la Província de València

AÑO	Equipos		Municipios Atendidos		Población Atendida		Profesionales		Ratio Profesional/ Habitantes	Ratio Equipos/ Municipios
	Nº	% incremento anual	Nº	% incremento anual	Nº	% incremento anual	Nº	% incremento anual		
1983	2	--	20	--	72098	--	12	--	6008	10,0
1984	10	400,0 %	40	100,0 %	185006	156,6 %	30	150,0	6167	4,0
1985	26	160,0 %	53	32,5 %	582338	214,8 %	55	83,3	10588	2,0
1988	87	234,6 %	182	243,4 %	1970897	238,4 %	155	181,8	12715	2,1
1993	98	12,6 %	225	23,6 %	2103416	6,7 %	290	87,1	7253	2,3
1996	116	18,4 %	260	15,6 %	2171536	3,2 %	350	20,7	6204	2,2

Font: Zaragoza (2001:29)

3. L'anàlisi dels SS.SS. Valencians

Per mostrar la situació dels SS.SS., farem esment a cinc investigacions, que cadascuna ens mostra una part del trencaclosques que globalitzades totes elles ens permetem tindre la visió integral. Les investigacions esmentades són les realitzades per Felipe (2004), Belis i Lillo (2007), Subirats *et al* (2007), Jabbad (2008), Barriga, Brezmes, García-Herrero i Ramírez (2010), així com algunes dades de la Renda Garantida de Ciutadania d'elaboració pròpia.

La tesi doctoral de Felipe analitza entre d'altres dades la ràtio/centre base (Taula 3). La ràtio per l'any 2000, mostra que a la C. Valenciana és de 13.146 persones ateses per centre base, quan a la mitjana espanyola és de 11.078 persones. Essent la població usuària similar al conjunt de l'Estat es troba en un 9,2% i a la C. Valenciana en un 9,9%.

A la taula 4, s'analitza la distribució de la despesa per programes a l'any 2000, fent comparació entre la mitjana de l'Estat i la C. Valenciana.

A l'any 2000 l'autora conclou que els SS. SS. valencians es caracteritzen per:

- Únicament el 8% de la població ha accedit al Servei d'Informació i Orientació, front a d'altres CC.AA. amb valors més alts, com Extremadura (16,9%) o Castella-La Manxa (15,6%). El Servei d'ajuda a domicili beneficia a la C. Valenciana tan sols un 0,3% de la població front a un 0,7% de mitjana estatal.
- En altres programes com el d'allotjament alternatiu i els de prevenció i inserció, la C. Valenciana presenta una menor extensió que en el conjunt d'Espanya. Sols supera la mitjana en el programa d'ajudes assistencials en situacions d'emergència (el 0'9% front al 0'5% de mitjana nacional). D'aquesta qüestió es dedueix que el tipus d'intervenció en la C. Valenciana està basada en la concessió d'ajudes econòmiques més que en la intervenció individual-familiar i comunitària.

La investigació de Belis i Lillo (2007), analitza el sistema de SS.SS., sobre les ordres de convocatòria de subvencions de la Conselleria de Benestar Social a l'exercici

Taula 3: Centre de Serveis Socials. Ràtio de població. Any 2000

	Any	Centres Base	Ràtio Població	Usuaris	% Pob.
C. Valenciana	2000	293	13.146	3.666.478	9,9
Espanya	2000	3.360	11.078	36.252.599	9,2

Elaboració pròpia a partir de Felipe (2004).

Taula 4: Distribució d'usuaris per programes. Any 2000

	Comunitat Valenciana		Espanya		% C.V./E
	Usuaris	% Població	Usuaris	%Població	
Informació i orientació	292.230	8,0	2.553.883	7,0	11,4
Ajuda a domicili	10.153	0,3	237.836	0,7	4,3
Allotjament alternatiu	4.755	0,1	103.626	0,3	4,6
Prevençió i inserció	61.244	1,5	1.166.229	3,2	5,3
Ajudes econòmiques individualitzades d'emergència social*	34.621		168.092		
	Despesa Mitjana:	0,9	Despesa Mitjana:	0,5	20,6
	243 €		167 €		

Als totals d' Espanya no se inclouen les CCAA de Catalunya i Extremadura per no desposar de les seues dades. Elaboració pròpia a partir de Felipe (2004).

de 2004²⁰. El sistema de SS.SS., funciona en aquest moment sota uns principis de col·laboració entre administracions i entitats sobre la base de subvencions que d'acord en aquests autors:

a) Les Ordres no comparteixen ni llenguatge, ni estructura, ni metodologia, ni unificació de criteris, ni terminis; no es publiquen criteris de planificació o ordenació del territori que indiquen quins recursos hi existeixen i on són necessaris; no es publiquen les subvencions concedides; no existeix avaluació, etc.

b) La Generalitat posa en un mateix nivell a les Corporacions Locals i a les entitats privades amb ànim o sense ànim de lucre i, a més, de vegades als mateixos ciutadans particulars, produint-se una indefinició entre allò públic i allò privat en SS.SS., competint els ajuntaments amb les entitats privades i, fins i tot, duplicant serveis en un mateix territori entre una administració local i una entitat.

c) El sistema de finançament consisteix en una consignació inicial fins que s'acaben el crèdits, no fins la cobertura de les necessitats. Així com també hi ha un endarreriment generalitzat en el pagament a les entitats

sol·licitants portant algunes d'aquestes a la fallida econòmica, i també a les persones titulars de necessitats conduint-los a la precarietat més extrema, etc.

La investigació realitzada per Marcela Jabbaz²¹, posa en qüestió la inversió en SS.SS. de la Generalitat Valenciana oferint-nos una anàlisi comparativa amb d'altres CC.AA, on es revela que la C. Valenciana és de les autonomies que menys inverteix en Benestar Social de l'Estat Espanyol²², és a dir, 628€ per habitant front als 2.326€ per habitant de La Rioja, és a dir, quatre vegades menys que La Rioja i tres vegades menys que Castella i Lleó [Taula 5].

Altra dada interessant és el percentatge del pressupost de l'Àrea de Benestar Social de la Generalitat Valenciana que, com reflexa la Taula 6, ha descendit un 0,4% en els darrers 20 anys. A l'any 1985 suposava un 4,6% del total del pressupost i a l'any 2005 representa un 4% del pressupost total, front a un 7,5% de Castella i Lleó, o un 7,0% de Castella-La Manxa.

Així mateix per l'autora es mostra la tendència i accentuació per la privatització als

Taula 5.- Inversió pressupost Benestar per Població Vulnerable ²³

	La Rioja	Castella i Lleó	Castilla-La Manxa	C. Valenciana	Aragó	Catalunya
Inver. Presu Pobl. Vulnerable	2.326€	2.070€	1.383€	628€	980€	1.241€
Presup. Total Pobl. Total	3.258€	3.407€	3.573€	2.249€	3.250€	3.076€

Fuente: Elaboració pròpia a partir de Jabbaz (2008).

20. Els autors analitzaren setze ordres de cinc Direccions Generals (Serveis Socials, Família, Dona, Discapacitats i Drogodependències), corresponents a dues Conselleries (Benestar Social i Sanitat), i una convocatòria de la Diputació de València sobre accessibilitat. Les variables comparatives estudiades foren: sol·licitants, reconeixement del dret subjectiu, terminis de presentació de la sol·licitud, resolucions, justificacions, solapaments, percentatge de finançament, mòduls econòmics, ràtios de personal, avaluació, competència i obligació, tot i analitzant els aspectes generals i específics de cadascuna d'elles, així com les conseqüències de la seua aplicació.

21. Aquest estudi ha sigut coordinat pel professor de sociologia de la Universitat de València, N'Antonio Ariño i publicat per la Fundació Horta Sud. www.fhortasud.org/

22. La investigació analitza les CC.AA. de: Extremadura, Andalusia, Castella-La Manxa, C. Valenciana, Aragó, Catalunya, Castella i Lleó, Madrid i La Rioja.

23. Les dades són el resultat d'analitzar els pressupostos inicials aprovats pels governs autonòmics, de l'IVI per població vulnerable estimada i del Padró d'habitants de l'INE. Totes les dades corresponen a l'any 2005, excepte el IPH-2 que correspon a l'any 2000.

Taula 6.- Evolució del pressupost de Benestar Social de la Comunitat Valenciana

	Presupuesto total	Presupuesto Bienestar Social	Participación del área
1985	132.058.984 (miles de pesetas)	6.089.931 (miles de pesetas)	4,6 %
1990	557.238.681 (miles de pesetas)	19.820.963 (miles de pesetas)	3,6 %
1995	856.878.531 (miles de pesetas)	33.449.177 (miles de pesetas)	3,9 %
2000	7.316.717,98 (miles de euros)	290.839,28 (miles de euros)	4,0 %
2005	10.522.341,75 (miles de euros)	416.296,65 (miles de euros)	4,0 %

Font: Jabbaz [2008:83]

SS.SS. especialitzats per la Generalitat Valenciana, ja que el 21% del pressupost de l'any 2005 de la Conselleria de Benestar Social era per a serveis gestionats per empreses privades front al 16% de transferències a les entitats locals públiques.

Enllacem l'anàlisi de Jabbaz amb la investigació realitzada per Subirats *et al*, aquesta és de caràcter estatal i analitza la situació dels SS.SS. d'atenció primària davant els canvis socials. Es desenvolupa mitjançant una enquesta als principals agents del sistema de SS.SS., és a dir, els i les professionals dels centres d'atenció primària²⁴. A partir de les seues opinions i valoracions respecte de les problemàtiques socials i dels mecanismes de gestió i organització del sistema, s'estableixen els principals reptes que hauria d'afrontar el sistema per a la seua millora. Aquesta s'ha fet justament abans de l'escenari de crisi actual, és a dir, en el moment de menys taxes d'atur i de major nivell d'inserció laboral.

Un dels aspectes analitzats en clau territorial és la importància actual de les necessitats socials per CC.AA i variació de la respos-

ta institucional. Com s'observa als gràfics, la C. Valenciana pertany al grup on més han crescut les necessitats socials i tanmateix pràcticament és la darrera en resposta institucional a les noves necessitats socials.

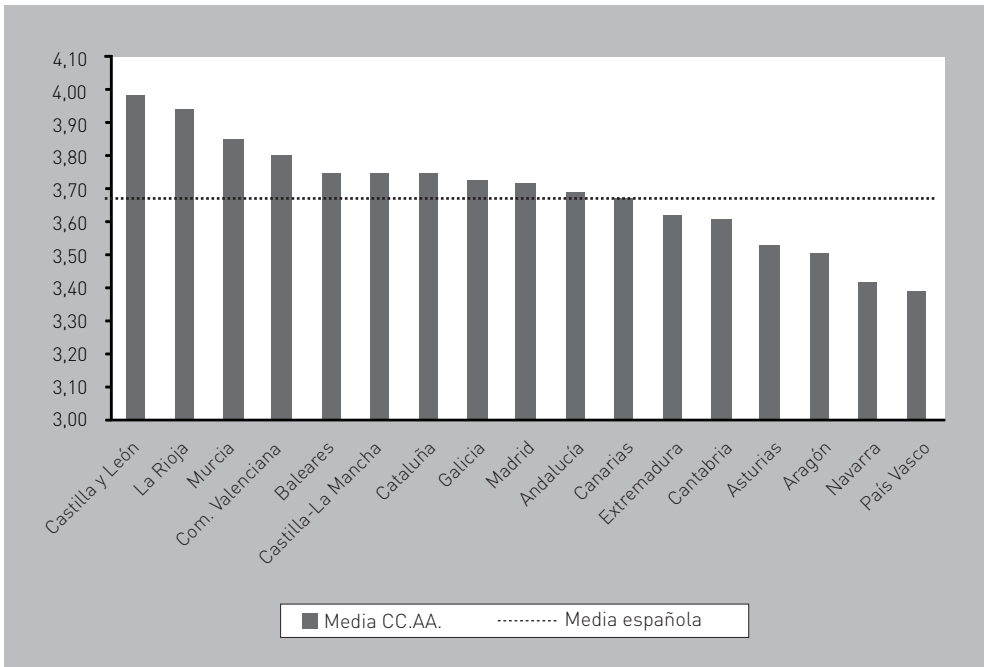
Segons els entrevistats, el desajust és especialment greu en les problemàtiques associades a la dimensió domèstic-familiar i a la de dependència, discapacitat i malalties cròniques. I com a desajust greu, cal assenyalar l'abandonament de les situacions lligades a les dimensions d'exclusió persistent: la dimensió residencial i la dimensió d'estigmatització social.

En definitiva, aquesta investigació assenyalava que creixen les demandes al sistema de SS.SS., i això no suposa cap increment dels recursos econòmics i humans al mateix, per tant es produeix una situació de colapse i ofegament, és a dir amb els mateixos programes, el mateix personal i pressupostos s'ha de donar resposta a les noves necessitats socials [Gràfic A i Gràfic B].

La llei de la promoció de l'autonomia personal, mal denominada llei de la "dependència", ha suposat un salt qualitatiu en la protecció social a l'Estat Espanyol. Les polítiques de promoció de l'autonomia personal constitueixen una dimensió fonamental de qualsevol estratègia de millora de la inclusió social, i sense dubtes, un increment de la qualitat de vida de les persones en situació de "dependència" i dels seus "cuidadors/es", en general, són polítiques de benestar i seguretat

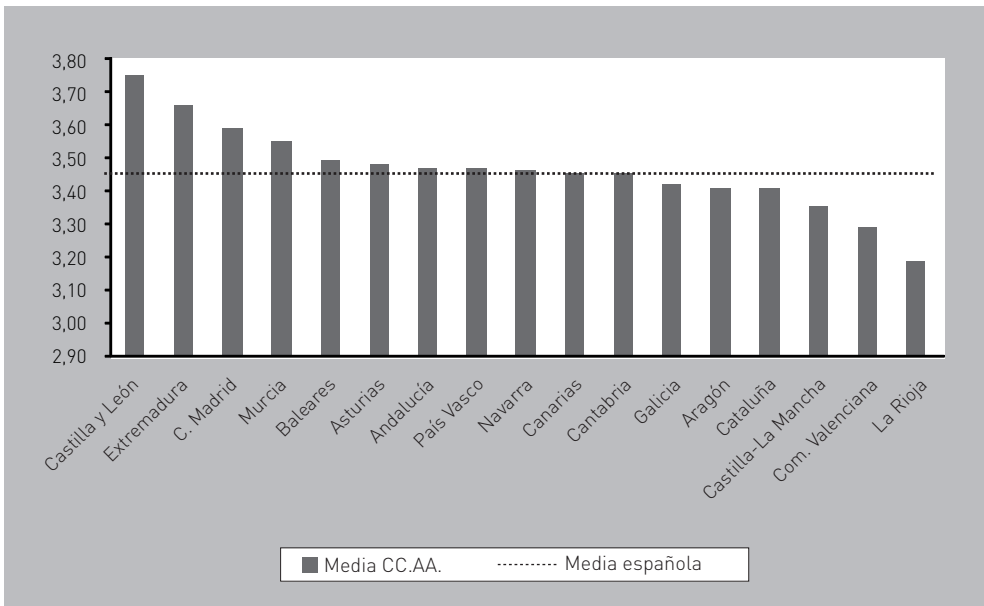
24. L'enquesta s'ha enviat a 518 persones i l'han contestada 322 (64,7%) l'han feta en qualitat de director/a coordinador/a del centre, gairebé un terç (32,1%) s'ha identificat exclusivament com a treballador/a social i la resta (3,2%) corresponent a d'altres professions. La titulació més abundant és la de treball social (82,6%), seguida en diferència per la de psicologia (9,1%), educació social, sociologia, pedagogia, dret, antropologia (al voltant d'un 2,5% cadascuna d'elles).

Gràfic A) Importància actual de les necessitats socials per CC.AA



Font: Subirats (2007:89)

Gràfic B) Variació de la resposta institucional a les necessitats socials per CC.AA.



Font: Subirats (2007:90)

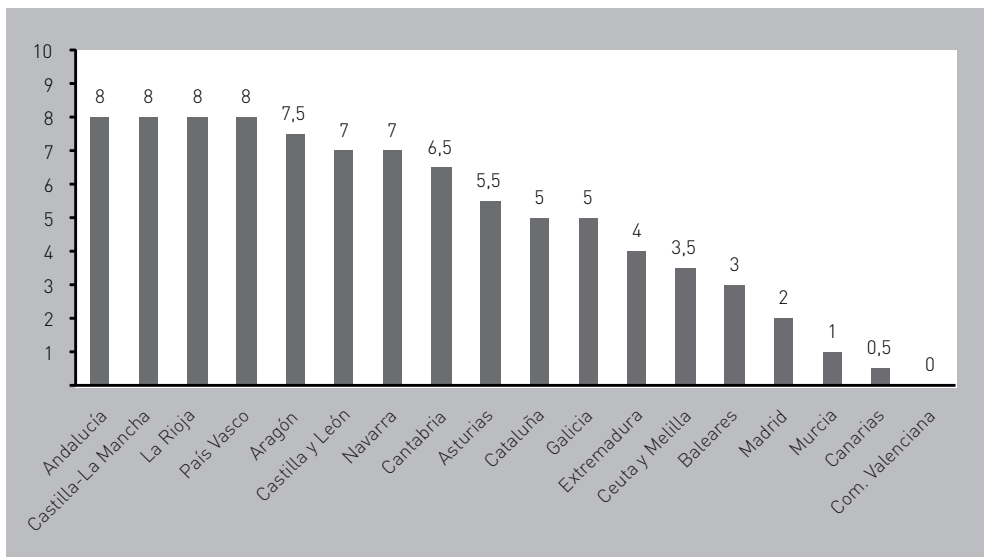
en una societat cada vegada més complexa. La llei es configura a partir del dret subjectiu, novetat en el marc estatal.

A continuació presenten les dades de la investigació realitzada per Barriga *et al* (2010) sobre el desenvolupament del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) al conjunt de l'Estat Espanyol que complementen perfectament la investigació de Subirats. Front a CC.AA, capdavanteres com Andalusia, Castella-La Manxa, La Rioja, País Basc, etc., que arriben a puntuar amb un "notable", la Comunitat Valenciana obté un "zero"²⁵. És a dir, el desplegament del sistema està sent totalment caòtic, al marge dels ajuntaments i dels seus SS.SS., gestionant-se mitjançant AVAP.SA²⁶ (entitat privada), i en clau de generar una xarxa diferenciada al sistema públic de SS.SS., sotmesa a la mercantilització [Gràfic C].

Una de les polítiques fonamentals per prevenir i lluitar contra l'exclusió i donar suport en els processos d'incorporació són, sens dubte, les Rendes Mínimes d'Inserció, actualment desenvolupades en gairebé tot el territori Espanyol. S'articulen sobre el doble dret: el dret a un ingrés mínim i el dret a la inserció. En el País Basc, Navarra o Madrid s'ha assentat la concepció del doble dret, on la interrelació entre ambdós es planteja de tal forma que la inserció no siga una excusa per la desprotecció social. (Laparra, 2004).

En la C. Valenciana, el procés de Renda Mínima ha sigut "erràtic". A l'any 1990 s'aprovà el Pla de Mesures d'Inserció Social, què ja hem esmentat anteriorment i què ha mort per inanició. L'any 2002 pateix una minoració del 84% dels seus fons en relació al 2001 i així, consecutivament, en anys posteriors. En aquest escenari, inicialment desapareix el finançament de personal i de programes per

Gràfic C) Puntuació obtinguda de l'aplicació del qüestionari per CC. AA.



Font: IV Dictamen de l'Observatori de l' Associació de Directors i Gerents de SS.SS (2010:53).

25. En aquest informe es valora la implantació i el desenvolupament de les diferents CC.AA. dels següents ítem: normativa, suport ajuntaments, equilibri prestacions/serveis, sol·licituds, dictàmens, prestacions sense especificar, coordinació amb les entitats locals,

noves lleis autonòmiques, integració en el SS.SS i innovació i bones pràctiques.

26. Agència Valenciana de Prestacions Socials-Societat Anònima.

donar suport als processos d'incorporació social i en anys successius les prestacions econòmiques²⁷. En la pràctica, la C. Valenciana està sense Renda Mínima des de 2002 fins 2009²⁸.

Respecte aquesta, subscriuint els plantejaments de Muñoz Rguez (2008), on assenyalava que la Renda de Garantia Ciutadania Valenciana (RGC) no pot considerar-se Renda Bàsica sinó que més bé constitueix una reformulació del PMIS però amb rang de llei. Afegint per la nostra part que s'ha reformat a la baixa, ja que a diferència del PMIS no hi ha compromisos de contractació d'equips per als processos d'acompanyaments ni per la realització de programes d'inserció. Sens dubte, constitueix una de les Rendes Mínimes més restrictives de l'Estat Espanyol, tant per als requisits com per al procediment i la submissió absoluta de la prestació econòmica a la inserció laboral, que no social.

L'esforç de la Generalitat Valenciana en la RGC és escàs, insuficient i el més baix de l'Estat en perspectiva comparada com es pot observar en la taula 7, on la inversió a l'any 2008 és de 0,49% per persona, front als 16,20% de Navarra. A més a més a Navarra caldria sumar els pressupostos destinats a programes a la contractació dels equips d'incorporació socio-laboral que es dediquen precisament a l'acompanyament individual, familiar i grupal per a la inserció social i/o laboral i per al disseny i gestió de programes d'inserció.

27. Prenent com a referència l'any que es va destinar major import a prestacions (1999), en l'any 2002 es reduïx al 60% l'import de la mateixa, en l'any 2003 es minora al 41% i a l'any 2004 al 39%. Els imports dels darrers anys resultaren ser inferiors inclús als primers pressupostos destinats a l'aplicació d'aquestes mesures en els anys 1991 i 1992. *Informe Sindic de Greuges Comunitat Valenciana. Any 2006*. www.sindicgreuges.gva.es/

28. Realment no serà fins pràcticament 2009, donat que la llei introduïa un període de "vacatio legis" per a la seua aplicació, i així mateix el decret i l'ordre del seu desenvolupament no es publicaren fins el 31 de juliol, i a partir d'eixe moment és necessari signar els convenis de col·laboració amb els ajuntaments, etc. En aquests moments els grans ajuntament com Alacant, Castelló i València no han signat el conveni.

4. Per tal de concloure

De les investigacions a les quals s'ha fet esment i de les dades aportades, el sistema públic de SS.SS. valencià fou pioner als seus inicis i es desenvolupà a un ritme igual o superior que a la resta de les CC.AA. Igualment patí la crisi de mitjans dels 90 i a partir d'aquesta el declivi dels SS.SS. ha sigut patent any rere any.

Com mostra la investigació de Felipe, els SS.SS. disposen de ràtios superiors a la mitjana espanyola, d'inversió menor en programes de convivència, prevenció i inserció social i a més a més, l'únic programa que supera a la mitjana espanyola és el de prestacions econòmiques, vol dir prioritzaació de les prestacions econòmiques sobre la intervenció, és a dir s'ha pres l'opció de l'assistencialització i deteriorament de la prevenció i intervenció.

A hores d'ara, els SS.SS. valencians són els darrers de l'estat espanyol, tant en pressupost destinat com en inversió en SS.SS. per població vulnerable, ja que la Generalitat Valenciana està destinant menys percentatge de pressupost que a l'any 1985, a més a més de constituir una de les darreres CC.AA. en inversió per habitant, trobant-se cada vegada a major distància.

Així mateix, en aquests darrers deu anys els esdeveniments socials han fet augmentar les necessitats, fet que a la C. Valenciana no ha tingut cap repercussió a la vista de la investigació de Subirats ja que, és una Comunitat capdavantera en les noves necessitats i ocupa el darrer lloc en resposta institucional.

Prenent com a referència la investigació de Belis i Lillo, els SS.SS. valencians són un sistema feble, ofegat en el finançament, amb prestacions d'assistència social i no de SS.SS., amb ràtios professionals inabordable, amb absència de coordinació entre la Generalitat i els ajuntaments, amb un paper insubstancial de les diputacions i un gran clientelisme amb les entitats socials on s'ha renunciat a construir un sistema basat en el dret subjectiu als SS.SS.

Taula 7. Evolució del pressupost de Benestar Social de la Comunitat Valenciana

Any 2008	Pressup. Prestac.	Població	Invers. Persona/ R. Mínima	Equips Inserció	Prog. Acomp.	Temps Tramitació
Navarra	10.051.195	620.337	16,20€	Si	Si	55-75 dies (Aprox.)
C.Valenciana	2.500.000	5.029.601	0,49€	No	No	Entre 6 i 12 mesos (Indeterminat)

Font: Elaboració Pròpia.

La Comunitat Valenciana pertany al grup de CC.AA on els SS.SS. són assistencials²⁹, i ens trobem amb un sistema de doble xarxa on les prestacions per a dependents són les úniques de dret subjectiu per normativa estatal.

La RGC ha significat l'establiment d'una prestació assistencial més que no ha reconegut el doble dret, és a dir, l'econòmic i la incorporació social. No és una prestació de dret subjectiu i a més a més és de caràcter marcadament "restrictiu i contraprestacionista", la negació a la incorporació social es produeix al no establir estructures de professionals i programes per garantir aquesta.

Sens dubte, el sistema de SS.SS. dels valencians no constitueix un exemple de sistema de protecció d'una societat moderna i avançada, sinó més bé es caracteritza per no superar l'entramat de la beneficència i assistència social que ja haurien d'haver deixat al segle passat.

5. BIBLIOGRAFIA

ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORES Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES (1997): "El pacto local en materia de Servicios Sociales", *Revista Cuadernos de Trabajo Social*. Nº 10. pp. 267-276, Madrid. Universidad Complutense de Madrid.

BARRIGA, L.; BREZMES, M^A.J.; GARCÍA, G. i RAMÍREZ, J.M. (gener 2010). *IV Dictamen del Observatorio: desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia*. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales de España. www.directoressociales.com/

BELIS, V. i LILLO, L. (2007): "El Sistema Público de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana: situación actual y retos de futuro" en PÉREZ-RGUEZ, R. i UCEDA-MAZA, F., *La red pública de servicios sociales municipales en la Comunitat Valenciana: Retos y futuro del Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana*. València, FSP-UGT.PV.

BELIS, V; MORENO, A., (2002): "Evolución del sistema de servicios sociales en la Comunidad Valenciana", *Revista Arxius de Ciències Socials*, nº 11. València, Afers.

CASADO, D.; FANTOVA, F., LÓPEZ-AROSTEGUI, R., SOTELO, H. y DÍAZ, J. (2005). *Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz, Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales.

DOMÉNECH PASTOR, M. GARCIA-ROCA, J. (1990). "Presentación y desarrollo de la ley." *Revista de Serveis Socials*. Generalitat Valenciana.

GARCÍA-HERRERO, G. i RAMÍREZ NAVARRO, J.M. (1992). *Los nuevos servicios sociales. Síntesis de conceptos y evolución*. Zaragoza, Certeza.

29.No es així a les CC.AA. d'Aragó, Astúries, Navarra, Catalunya, Cantabria i País Basc.

JABBAZ, M. (2008). *Las dos caras de las Políticas Sociales Municipales en L'horta Sud de València: Restricciones presupuestarias e iniciativa local*. Torrent, Fundació L'Horta Sud. www.fhortasud.org/

LINARES, E. i MARÍN, M. (1992): "España y la C.E.E.: un reto para los servicios sociales", *Revista Documentación Social* N° 87. Madrid, Cáritas.

SUBIRATS, J. (DIR.); ADELANTADO, J.; FERNÁNDEZ, M.; GIMÉNEZ, M.; IGLESIAS, M.; RAPOPORT, A.; SAN MARTÍN, J. (2007). *Los Servicios Sociales de Atención Primaria ante el Cambio Social*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

“A FONDO”

Cuatro fórmulas de posicionamiento frente a las drogas

RAÚL SORIANO OCÓN

Área de Prevención del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Política Social

RESUMEN

Las políticas públicas en materia de drogas se encuentran actualmente en una encrucijada. A través de las siguientes páginas se ofrece una reflexión sobre cuatro tipos de posicionamiento teórico, cuatro formas diferentes de entender cuál es el papel que en este conflicto, deben adoptar los Estados. A modo de tipificación de esas perspectivas posibles, se ofrece una propuesta de clasificación distribuida en cuatro posiciones:

- *Prohibicionismo ideológico*
- *Prohibicionismo político*
- *Disminución del riesgo y reducción del daño*
- *Negación de riesgos y daños*

PALABRAS CLAVE: Drogas, reducción de daños, reducción de riesgos, prohibicionismo, políticas públicas.

ABSTRACT

Public policies on drugs are currently in a crossroad. Throughout the following pages four theoretical positions are examined, four different ways of understanding the role that should be taken by the States in this conflict. A classification is proposed for these four eventual standpoints:

- *Ideological prohibition*
- *Political prohibition*
- *Risk reduction and harm reduction*
- *Risks and harm denial*

KEY WORDS: *Drugs, harm reduction, risk reduction, prohibition, public policies.*

CORRESPONDENCIA
mislibertades@terra.es

INTRODUCCIÓN

El conocido como modelo prohibicionista, está totalmente consolidado como el referente global para el abordaje del fenómeno del uso de drogas. Desde la perspectiva prohibicionista, los Estados deben intervenir y mediar entre los ciudadanos y las drogas, estableciendo cuáles de estas pueden o no ser accesibles, restringiendo los contextos de consumo y estableciendo un sistema de control que sanciona a quienes deciden mantener con ellas una relación diferente de la prevista por las legislaciones. Según describe la propia Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), durante la Asamblea General celebrada en 1998, "los gobiernos de todo el mundo se comprometieron a trabajar conjuntamente para racionalizar las estrategias y reforzar las actividades prácticas encaminadas a limitar tanto la producción como el consumo de drogas ilícitas mediante campañas para reducir la demanda de drogas... actividades para mejorar la cooperación judicial entre los países con miras a una mejor fiscalización del tráfico de drogas y esfuerzos más intensos por erradicar los cultivos ilícitos en que se asienta la producción de drogas" (ONUDD, 2010).

El marco legal actual entró en vigor en 1961, cuando se aprobó la Convención única sobre estupefacientes de las Naciones Unidas. Su objetivo era limitar exclusivamente a usos médicos y científicos la producción, la distribución, la posesión, la utilización y el comercio de drogas. Posteriormente, su alcance se vería ampliado por el Convenio sobre sustancias psicotrópicas de 1971, dirigido a establecer un sistema de fiscalización internacional de esas sustancias. Finalmente, la Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988 estableció medidas más amplias contra el tráfico de drogas, incluyendo disposiciones contra el blanqueo de dinero y la desviación de precursores químicos (ONU, 2010). Paulatinamente durante la segunda mitad del siglo

XX las políticas públicas en materia de drogas tendieron a la convergencia, y tal como señala Escohotado en *Historia General de las Drogas* (2005), al aproximarse el final de los años ochenta resultaba manifiesto que en todo el planeta estas políticas presentaban claros rasgos de homogeneización.

Sin embargo y, a pesar de los esfuerzos institucionales por reducir la oferta y la demanda de drogas en el mundo, las voces más críticas contra este modelo alertan sobre algunas de las que consideran consecuencias negativas de su aplicación, como el tráfico y la adulteración de las drogas, o el aumento de la criminalidad, que durante los últimos tiempos han alcanzado nuevas y alarmantes dimensiones. Tal como expresa en su Informe Final de 2009 la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, creada por los ex-presidentes Fernando Henrique Cardoso de Brasil, César Gaviria de Colombia y Ernesto Zedillo de México, "las políticas prohibicionistas basadas en la represión de la producción y de interdicción al tráfico y a la distribución, así como la criminalización del consumo, no han producido los resultados esperados. Estamos más lejos que nunca del objetivo proclamado de erradicación de las drogas".

El negocio generado en torno a las drogas ilícitas ha cobrado ya tal magnitud, que en la "guerra a las drogas" se recurre incluso a importantes operaciones militares. En palabras de la propia ONUDD (2010) "Existe una relación directa entre las drogas y el aumento de la delincuencia y la violencia". Pero cabría preguntarse si ese aumento de la delincuencia y la violencia es causado por las propias drogas en sí, o si por el contrario es una consecuencia de las políticas públicas que la comunidad internacional viene aplicando sobre ellas.

Según la misma Oficina de las Naciones Unidas, "Los carteles del narcotráfico debilitan los gobiernos e introducen la corrupción en los negocios legales. Los ingresos procedentes del tráfico ilícito de drogas sirven para financiar algunos de los conflictos arma-

dos más sangrientos. El coste financiero es abrumador. Se gastan sumas enormes para reforzar los cuerpos de policía, los sistemas judiciales y los programas de tratamiento y rehabilitación. El coste social también es estremecedor: violencia callejera, guerras entre bandas, miedo, deterioro urbano y vidas destrozadas” ONUDD (2010). La pregunta se repite: ¿estos problemas los producen las propias drogas, o son la consecuencia del modelo de política pública internacional implementado para abordar su existencia?

Por su parte, en el polo opuesto, el referente teórico conocido como *perspectiva de disminución del riesgo y reducción del daño*, del que muchos esperaban que evolucionara hasta convertirse en un modelo verdaderamente alternativo al prohibicionismo, no acaba de despegar. Parece condenado a permanecer como una línea menor de intervención, utilizada a conveniencia por una parte de Estados dentro del ineludible marco de *la prohibición*. En la práctica, su aplicación sigue constreñida al ámbito de las personas en situación de exclusión social, y solo más recientemente se ha ido ampliando su campo hacia el consumo de *drogas legales* como el tabaco o el alcohol. A partir de estos dos referentes fundamentales, el *prohibicionismo* y la *disminución del riesgo y reducción del daño*, el texto introducirá los matices para desgarnar cuatro posicionamientos diferenciados. De manera muy escueta, se definirán cada una de las referencias, y se describirán algunos de los vínculos y tensiones entre las mismas.

1. PROHIBICIONISMO IDEOLÓGICO

Uno de los vectores que mejor pueden retratar la evolución histórica del uso de drogas, es la tendencia hacia su progresiva regulación legal, lo que afecta entre otros aspectos a la producción, la distribución, la posesión, la utilización y el comercio de drogas y de sus precursores químicos. El prohibicionismo ideológico sería la versión dura del sis-

tema prohibicionista. Acepta la premisa de que un *mundo sin drogas* es posible, por lo que la abstinencia se convierte en su principal objetivo. Declara a una serie de sustancias como ilegales y juzga moralmente su consumo como una conducta inaceptable, que contraviene los valores tradicionales y que atenta directamente contra el mantenimiento del orden público. Señala al consumo y al tráfico de sustancias ilegales como el enemigo a batir, y tácitamente asume las consecuencias de la criminalidad asociada al tráfico de drogas, como un precio que es necesario pagar. Si algún país representa de forma paradigmática la idiosincrasia de este modelo, este es sin duda los Estados Unidos de América.

Sin embargo, los motivos por los que un Estado puede llegar a adoptar un alto nivel de presión punitiva sobre el uso de las drogas que considera ilegales, pueden ser complejos y de muy diversa naturaleza (económicos, culturales, religiosos, presiones o alianzas internacionales...). Podría apuntarse como hipótesis, que el nexo común entre las variantes de prohibicionismos ideológicos desarrollados por USA y por diferentes países de los continentes africano y asiático, es un nexo de orden moral. Al interpretar el consumo de sustancias *prohibidas* como una conducta moralmente desordenada y que atenta contra los intereses colectivos, el Estado se atribuye legitimidad para implantar el aparato legal que persiga convenientemente a los individuos que mantengan comportamientos reprobables. En determinados países, los preceptos religiosos ofrecen cobertura moral para determinar la gravedad de las conductas de consumo, tenencia o tráfico de drogas. Además de las sanciones administrativas o la privación de libertad, en los países en que asumen políticas más extremadas, la aplicación última de las consecuencias del modelo puede incluir trabajos forzados, cadena perpetua, latigazos e incluso pena de muerte (esta última en 22 países: Arabia Saudí, Brunei, China, Cuba, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Filipinas, Indonesia, Irán,

Iraq, Jordania, Kuwait, Libia, Malasia, Omán, Pakistán, Singapur, Siria, Sri Lanka, Tailandia, Taiwán, Vietnam) (Fuente: Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, 2010).

Desde esta óptica, se consideraría a los consumidores de drogas como los responsables directos y últimos de las consecuencias negativas derivadas de su propia conducta, por lo que se desprecia el papel que los determinantes sociales de la salud, puedan ejercer sobre la relación que la persona llega a establecer con las drogas, pues observarlo implicaría reconocer la influencia de un factor de riesgo social y externo al sujeto. El Estado adopta un perfil bajo a la hora de garantizar atención terapéutica de carácter público y, de hacerlo, las intervenciones se orientan hacia la abstinencia definitiva frente al consumo.

2. PROHIBICIONISMO POLÍTICO

A diferencia del prohibicionismo puramente ideológico, el prohibicionismo de corte político no condena moralmente la conducta del consumidor de drogas, ni juzga su comportamiento como una conducta antipatriótica o desviada. Asume la existencia de trastornos adictivos desde una perspectiva científica, aborda éstos como un problema de salud, reconoce el papel que los determinantes sociales de la salud pueden tener en su aparición, y asume sin reservas la responsabilidad del Estado en la creación de redes de servicios terapéuticos dirigidos a tratar estas contingencias. En ese sentido, la posición de Europa sobre las políticas de las Naciones Unidas en materia de drogas (explicitada en un documento de posición común elaborado por el Consejo de la Unión Europea), trata de defender el respeto a los convenios internacionales en materia de derechos humanos, incluido el derecho a la salud, y demanda que el desarrollo de las políticas de lucha contra las drogas se fundamente en las pruebas científicas correspondientes (OEDT, 2009).

Al prohibicionismo de corte político, le preocupa lo que la opinión pública piense sobre las drogas. Su intención última, sería la de tratar de proteger a los ciudadanos frente a los peligros potenciales que supone el uso problemático de las drogas, por lo que su finalidad es bajar el consumo para así disminuir también su impacto sanitario y social, que considera indeseado y evitable. A pesar de esta intención, si los defensores de este posicionamiento percibieran un consenso y respaldo social suficiente como para acometer regulaciones sobre el uso controlado de algunas drogas, es posible que con el tiempo se plantearan estudiar ciertas posibilidades. En el fondo se trata de una posición a la que la denominación de *prohibicionismo*, le resulta tremendamente incómoda. Prefiere poner el acento en la idea de que su cometido no es prohibir, sino velar por el bienestar de los ciudadanos, reforzar los mensajes a favor de la adopción de hábitos de vida saludables, mejorar la percepción de riesgo sobre los efectos de las drogas para convertirla en una capacidad real destinada a evitar el consumo...

Desde su voluntad por educar como antídoto del *prohibir y perseguir*, se esfuerza por generar una conciencia social, retrasar la edad de inicio al consumo, aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas... En cualquier caso conoce perfectamente (aunque no reconoce), que las sustancias ilegales adulteradas circulan y se adquieren con suma facilidad. Paradójicamente, demuestra cierta condescendencia con los mercados que controlan la oferta de drogas en los locales de ocio, espera que sean las propias salas, como empresas privadas, quienes renuncien a una parte de sus beneficios y los inviertan para aumentar los dispositivos de seguridad. Aun así, en Europa (OEDT, 2009), en promedio "el gasto en iniciativas de orden público y seguridad (fuerzas policiales, órganos judiciales y centros penitenciarios) puede triplicar el destinado a resolver los problemas de salud asociados al consumo de drogas". En realidad, si mostrara mayor eficacia a la hora de impedir el uso

final de las drogas calificadas como ilegales (especialmente cuando se trata de consumo con fines recreativos en población *normalizada*), el número de sanciones administrativas se dispararía llamativamente, y esto podría granjearle ciertos problemas, pues le enfrentaría a la ira de ciudadanos de toda condición social.

Un punto de inflexión en la orientación de este tipo de posicionamiento, fue la entrada en escena durante los años ochenta, del virus de inmunodeficiencia humana. Hasta ese momento, las incipientes redes asistenciales de carácter público, habían destinado sus energías a trabajar por la abstinencia de sus pacientes. Pero la proliferación de la infección por VIH entre el colectivo de inyectores, hizo que mantener a los consumidores con vida, pasara a convertirse en una preocupación de salud pública de primer orden. Aparecieron así los primeros programas dirigidos a reducir los riesgos de contraer la infección entre los consumidores que compartían material de inyección. Con el tiempo, muchos de los dispositivos financiados con fondos públicos que trabajaban con usuarios de drogas en activo, serían testigos de la aparición y consolidación en diferentes países de escenas abiertas de consumo, pobladas a las afueras de las grandes ciudades, en las que se traficaban y distribuían sustancias ilegales con total impunidad.

A menudo, el prohibicionismo político ha mantenido un discurso calculadamente ambiguo sobre la existencia de estos focos de consumo y marginalidad. Su posición ha sido variable a lo largo del tiempo y según en qué territorios. Se ha visto modulada además, por las sensibilidades locales y los picos de presión vecinal o mediática, y esto sin perder de vista los calendarios electorales. En ocasiones, el aumento del control policial sobre los consumidores se ha escenificado con gran despliegue de medios, como una suerte de maquillaje dirigido a la galería. En otros casos, dentro de este juego político, se ha sucumbido a la presión, desmantelando oportunamente algunos de los focos que habían mantenido activos durante años.

Definitivamente, se trata de un posicionamiento cuya mayor virtud no reside en su congruencia teórica. Es capaz de asumir contradicciones como la de promover programas de intercambio de jeringuillas en los centros penitenciarios (centros en los que, presumiblemente, el mismo Estado se responsabiliza de que no entren las drogas ilegales). Le gustaría ser considerado públicamente como un modelo con una visión pragmática, pero a veces lo que se percibe es inconsistencia ideológica. Su mayor ventaja, en cambio, podría ser su flexibilidad para modular su discurso y adaptarse a las circunstancias del contexto.

3. DISMINUCIÓN DEL RIESGO Y REDUCCIÓN DEL DAÑO

Ya en el año 1974 el 20º Informe del Comité de Expertos de la OMS recogía que: "...el principal objetivo en este campo debería ser prevenir o reducir la incidencia y severidad de los problemas asociados con el uso no médico de drogas. Este es un objetivo mucho más amplio que la prevención o reducción del uso de drogas per se". La entrada en escena de este enfoque dentro del ámbito del abordaje de los trastornos adictivos, surge con iniciativas desarrolladas en los años 80 en ciudades europeas como Liverpool, Ámsterdam, Rotterdam, Zúrich o Berna, pioneras en implementar acciones destinadas a los usuarios de drogas que no pueden o no quieren abandonar el consumo. Desde este posicionamiento, se reconoce la libertad y el derecho individual al consumo de drogas, y se asume que es pertinente facilitar los medios y condiciones para minimizar los riesgos y daños del consumo, entre quienes no pueden o no desean renunciar al mismo. A diferencia del prohibicionismo ideológico, que promueve la abstinencia total frente a las drogas, este otro se centra más bien en la evitación de los usos problemáticos. Y lo

hace desde una perspectiva pragmática, señalando una escala de objetivos graduales, desde los más accesibles a los más ambiciosos.

Tal como se recoge en el documento de consenso impulsado por el Grup IGIA (2002): “El principio general que guía a la reducción de daños es la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de las personas, grupos y comunidades incidiendo sobre los determinantes de salud individuales, comunitarios y sociopolíticos para disminuir los diferentes tipos de daños”. En España, no existe un consenso definitivo sobre cómo denominar a estas intervenciones. Así, es frecuente el uso indistinto de las construcciones *reducción de daños* (traducción literal del inglés *harm reduction*) y *reducción de riesgos* (del francés *réduction des risques*), e incluso conjuntamente: *disminución del riesgo y reducción del daño* (DRRD), que es por la que se ha optado en este texto. Según describe el Plan Nacional sobre Drogas (2009) “se trata de dos conceptos próximos, pero no idénticos. La disminución del riesgo se encuentra más próxima a la prevención (como en el caso de los programas orientados a evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol u otras drogas, a fin de prevenir los accidentes de tráfico), mientras que la reducción del daño atañe más a la faceta asistencial (es el caso de los programas de mantenimiento con derivados opiáceos, o las salas de venopunción asistida)”.

Entre las aportaciones más valiosas que incorpora este marco de referencia, se encuentra su mensaje de que cualquier interacción con las drogas (ya sean legales o ilegales) puede hacerse en un contexto de menos riesgos. Las personas pueden aprender a tratar de evitar dichos riesgos y sus consecuencias en su relación con las sustancias, ya hablemos de un uso tanto experimental, como ocasional, habitual, crónico, etc. Queda así aislada la dimensión del *uso problemático* (y no el consumo de drogas en sí mismo) como el objeto a abordar. Del mismo modo, se afirma que parte del *uso problemático* de-

pende directamente de los modelos de políticas públicas históricamente adoptados, al considerar que “existe una relación directa entre cómo se define el problema de las drogas y las políticas que se derivan de tal definición, pues estas pueden aumentar los riesgos asociados a su consumo” (IGIA, 2002).

Si como se comentaba al principio del texto, se ha considerado a los Estados Unidos como el mayor valedor de las políticas prohibicionistas de corte ideológico, la transgresora perspectiva de la disminución del riesgo y reducción del daño asociado al consumo de drogas, se identifica claramente con Europa Occidental. Por su parte, también Australia, Latinoamérica, Europa del Este o Canadá, vienen desarrollando intervenciones de esta naturaleza dentro del propio marco del prohibicionismo global. Sin prejuicio de lo anterior, durante los últimos años “los Estados Unidos han suavizado su postura en cuanto a facilitar equipos de inyección estériles para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sanguínea, reflejando el notable fundamento empírico respecto de la eficacia que existe en este ámbito”. Así lo afirma el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009), quien sostiene además que, “con carácter más general, en las recientes declaraciones políticas los Estados Unidos parecen estar aproximándose al modelo europeo”.

Si existe una circunstancia concreta por la que esta perspectiva ha llegado a tener la trascendencia que hoy conocemos, esa es, como ya se ha indicado anteriormente, la entrada en escena de la infección por VIH. Este factor llevó a la adopción de unas medidas socio-sanitarias excepcionales, que se convirtieron en el detonante de la apertura política hacia el desarrollo de toda una nueva perspectiva de posicionamiento frente al uso de drogas (Soriano, 2001). Los programas de intercambio de jeringuillas, los centros de encuentro y acogida para consumidores en activo, o las salas de consumo supervisado, han sido desarrollados bajo esta orientación.

El debut de este tipo de actuaciones, relativamente próximo en el tiempo si lo comparamos con el bagaje del modelo prohibicionista, despierta todavía potentes reticencias entre algunos sectores. Probablemente las administraciones públicas que los han implementado, no siempre han sabido explicarlos bien a los ciudadanos. Pero también entre algunos sectores profesionales subsisten posiciones que no reconocen a la reducción del riesgo y la reducción del daño (DRRD) el estatus de modelo teórico (pues hacerlo supone admitir la existencia de un referente alternativo al ya instaurado).

Si en los textos de las Conferencias de consenso sobre reducción de daños, se recoge el reconocimiento explícito a la libertad y al derecho individual de consumir drogas, conviene pues hacer una diferenciación explícita entre la dureza del marco teórico de este posicionamiento, y la adopción práctica de algunas de sus propuestas metodológicas en el contexto de políticas públicas de corte prohibicionista/político. Algunos estados, como Francia o Brasil, han incluido la perspectiva de DRRD en su legislación como parte de su marco de referencia, pero no obviamente como sustitución del modelo del prohibicionismo, sino como una línea metodológica de política pública que complementa otras. Aunque más recientemente se han incorporado intervenciones de reducción del riesgo dirigidas al consumo de tabaco (European Respiratory Society, 2005), el alcohol (IHRA, 2010) (Department of Health, 2008) y a drogas consumidas en contextos de fiesta (Hidalgo, 2004), el grueso de los programas desarrollados bajo esta perspectiva se ha dirigido hacia personas socialmente vulnerables y en situación de exclusión social.

Precisamente una de las cuestiones que han sido objeto de controversia durante todos estos años, es si la reducción del daño debía centrarse en el abordaje del consumo de drogas, o si por el contrario estos programas y dispositivos debían asumir (y hasta qué punto) la atención de la situación so-

cial del consumidor vulnerable. Habrá quien considere poco aceptable que una persona sea atendida para intercambiar jeringuillas durante quince o veinte años, y que sin embargo paralelamente no se logren avances de consistencia en la estabilización de la cobertura básica de necesidades como las de manutención o alojamiento. En ese sentido, algunos tipos de dispositivos asistenciales de reducción del daño, han ido progresivamente incluyendo entre sus prestaciones: dispensación de bebida y alimentos, duchas, provisión de material de aseo, oferta de ropa o calzado, acceso a lavadora y secadora, espacios de descanso o para dormir, etc. (Soriano, 2001). De hecho, en los lugares en que la vía de consumo fumada/inhalada le ha ganado el pulso a la inyectada (como sucede en la mayoría del territorio español), la orientación de la reducción del daño ha perdido parte de su rol como eje de la justificación de los programas, y muchos de ellos han sublimado reorientándose en buena medida hacia la atención de la situación de vulnerabilidad social per sé de su población diana.

4. NEGACIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

Una vez puntualizado que la perspectiva de DRRD reconoce claramente la libertad y el derecho individual al consumo de drogas (GRUP IGIA, 2002), se tratará de sostener aquí, cómo la acentuación de este argumento puede llegar a constituir por sí misma un núcleo de posicionamiento diferenciado. De hecho, los discursos que con mayor vehemencia defienden la abolición de *la prohibición*, tienden a realizar una atribución tan directa entre aquella y el uso problemático de drogas, que a menudo evaden reconocer las complicaciones que muchas sustancias pueden causar por sí mismas. Dicho más directamente, llegan a argumentar que la mayoría de los problemas asociados al uso de drogas, se deben realmente al consumo bajo el marco del prohibicionismo, más que a las sustancias en sí.

El negacionismo sostendría que el uso de drogas es un asunto privado que no concierne al Estado, y que a las personas se les presume a priori capacidad para aprender a relacionarse con cualquier sustancia, sin que dicha relación genere necesariamente problemas individuales o colectivos. En congruencia, este posicionamiento demuestra un rechazo frontal a cualquier regulación que cercene la expresión de ese derecho al *libre consumo*, como es el caso de todas aquellas medidas dirigidas al control de la oferta: reducción del horario para la venta de alcohol en comercios, o restricciones a su uso en la vía pública, acotamiento de espacios libres de humo, aumento de los impuestos sobre tabaco y alcohol, aumento de la edad legal para la compra de estos, etc.

A pesar de considerar la mediación del Estado entre el consumidor y las drogas, como una interferencia indeseable, este discurso omite explicitar qué papel se reservaría a los poderes públicos cuando, como consecuencia del consumo, se produjeran daños severos (personales o en terceras personas). Parece muy probable que quienes defienden la extinción de esta tutela de las administraciones en torno al acceso a las drogas, a la hora de la verdad acabarían demandando que fueran esos mismos entes públicos quienes asumieran las prestaciones pertinentes para hacer frente a las secuelas y situaciones de discapacidad derivadas de un consumo problemático.

Este posicionamiento pretende omitir que, no todas las personas parten del mismo punto de madurez y competencia frente al uso de sustancias. Evita observar que puedan existir factores de riesgo diferentes para cada persona, pues hacerlo sería como admitir que existen personas especialmente vulnerables, sobre las que podría ser conveniente establecer una limitación para acceder al uso de drogas. Por otra parte, con esta denominación, *negacionista*, se busca también retratar el discurso o fantasía de quienes defienden que *la solución al problema de las drogas* sería eliminar todas las restricciones

de acceso a las mismas. Imaginan que éstas se obtendrían libremente en una especie de expendeduría o droguería, donde cualquier persona compraría sustancias *de calidad* sin adulteración, y a un precio razonable (sin impuestos).

Sin embargo, pasan por alto que si el uso de sustancias ahora legales como el tabaco o el alcohol, está conociendo sucesivas regulaciones que restringen su adquisición y consumo en diferentes ámbitos (en parte para tratar de reducir el impacto de ese consumo sobre la salud de terceras personas), todo parece indicar que una hipotética regulación de sustancias cuyo uso tenga mayores implicaciones, conduciría en la práctica a una normativización necesariamente más intensiva y restrictiva. En cualquier caso las futuras regulaciones orientadas a avanzar en la libertad de consumo, deberían incorporar el denominado principio de no exposición a terceros. La opción personal de utilizar drogas, implica necesariamente el asumir la responsabilidad sobre sus potenciales consecuencias negativas hacia terceros (Soriano, 2008). Para que las regulaciones de nuevos consumos adquieran legitimidad, requerirán articulaciones que eviten comprometer el derecho de otras personas a preservar su salud y su bienestar.

5. HACIA UN MAYOR PRAGMATISMO

Sin duda resulta atrevido por parte de este autor, pretender describir estas cuatro posiciones en un espacio tan limitado. Asumido el atrevimiento, permítase concluir con algunas observaciones finales. Dentro del juego de ponerle cara a estos posicionamientos, y tras el retrato de cuatro tipos ideales, la realidad se presenta mucho más compleja, por lo que cualquiera podría llegar a sintonizar simultáneamente con argumentos de diferente signo, en especial cuando se trata de establecer posiciones frente a sustancias concretas, como tabaco, cocaína... Asumir una perspectiva crítica, facilita identificar las

contradicciones y debilidades del elemento analizado. Sin embargo, tras la lectura de las anteriores páginas, podría llegar a darse la impresión de que ninguno de los cuatro posicionamientos ofrece una respuesta adecuada al fenómeno de las drogas. En realidad, cualquiera de ellos puede aportar elementos de juicio necesarios para revisar lo que han dado de sí las políticas públicas implementadas, y reflexionar sobre cómo reorientarlas en el futuro.

Puestos a destacar aspectos positivos de cada posicionamiento, del prohibicionismo ideológico podríamos alabar su preocupación por proteger y preservar a las personas de los problemas que puede acarrear el uso de drogas, algo que por otra parte, sería probablemente un denominador común cuando hablamos por ejemplo de los niños. Del prohibicionismo político destacaríamos su sensibilidad a la opinión pública; mantenerse atento al sentir de la sociedad, es una forma de atemperar las decisiones. De la disminución del riesgo y reducción del daño, el mensaje a trascender sería que cualquier consumo de drogas puede hacerse de forma que se eviten parte de los posibles efectos indeseados. Finalmente, de la negación de riesgos y daños, podríamos quedarnos con la aspiración a que la sociedad civil tenga la oportunidad de pronunciarse y demostrar su madurez para posicionarse.

Si se tratara de enviar un aviso para navegantes de cada posicionamiento, el mensaje para el prohibicionismo ideológico sería que la política de tolerancia cero con las drogas no se puede llevar al extremo a cualquier precio, y menos arrasando derechos fundamentales. Para el prohibicionismo político, ya que descarta perseguir el consumo, el mensaje sería que no impidiera al menos que éste tuviera lugar con menos riesgos, aunque ocurra bajo los focos de las pistas de baile. Para la perspectiva de disminución del riesgo y reducción del daño, la recomendación sería que superara definitivamente el vínculo alimenticio con el VIH, y que se ocupara en construir un marco general asenta-

do sobre evidencia científica para ser aplicado al consumo de cualquier sustancia y cualquier vía. Por último, la sugerencia para el posicionamiento de negación de riesgos y daños, sería que en lugar de pedir el levantamiento general de la prohibición y reivindicar un vacío legal, se preocupara por trabajar sobre supuestos y sustancias concretas, y que elaborara propuestas exhaustivas sobre cómo podría regularse el uso de cada una de ellas. Será interesante explorar los límites, porque efectivamente siempre los habrá.

Para concluir, puede resultar oportuno recurrir a un referente. Servirá una indicación del informe 2009 de la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, cuando señala que "Las nuevas políticas deben basarse en estudios científicos y no en principios ideológicos. En ese esfuerzo se debe involucrar no sólo a los gobiernos sino al conjunto de la sociedad".

BIBLIOGRAFÍA

Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (2009): *Drogas y Democracia: hacia un cambio de paradigma*. Visitado 1-02-2010

http://www.drogasedemocracia.org/Archivos/livro_espanhol_04.pdf

Department of Health (2008): *Reducing Alcohol Harm: health services in England for alcohol misuse*. National Audit Office. House of Commons. London. Visitado 1-02-2010

http://www.nao.org.uk/publications/0708/reducing_alcohol_harm.aspx

Escotado, A. (2005): *Historia General de las Drogas*. Pág. 1.073. Espasa. Madrid.

European Respiratory Society (2005): *Tobacco smoking: Harm reduction strategies - An ERS Research Seminar*, Ferney-Voltaire, France.

GRUP IGIA (2002): 2ª Conferencia de Consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: Exclusión o integración social. Bilbao.

Hidalgo, E. 2004. *Hacia la Percepción de Riesgo Basada en la Evidencia*. Asociación Bienestar y Salud - Energy Control. Visitado 7-01-2010
<http://www.ieanet.com/boletin/opinion.html?o=161>

IHRA (International Harm Reduction Association). (2010): *Alcohol Harm Reduction*. <http://www.ihra.net/alcohol> Visitado el 7-01-2010.

Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación (2010): *Penas impuestas en el extranjero por tráfico de drogas*. Visitado el 7-01-2010. <http://www.maec.es/ES/MENUPPAL/CONSULARES/RECOMENDACIONESDEVIAJE/RIESGOPORTRAFIICODEDROGAS/Paginas/Riesgo%20por%20Trfico%20de%20Drogas.aspx>

OEDT (2009): *Informe anual 2009: el problema de la drogodependencia en Europa*. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

OMS (1974): *20º Informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia*. Ginebra.

ONU (2010): *Las Naciones Unidas contra las drogas y el delito*. Visitado el 7-01-2010. <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/drogas/fiscalizacion.shtml>

Plan Nacional sobre Drogas (2009): *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*. Visitado 8-02-1020. <http://www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>

Soriano, R. (2001): *Reducción de daños en usuarios de drogas inyectables: un enfoque desde el trabajo social*. Tirant lo Blanch. Valencia.

Soriano, R. (2008): *Principio de no exposición a terceros*. CLAT VIRTUAL II. Conferencia Latina de Reducción de Riesgos. GRUP IGIA.

UNODD (2010): *Fiscalización de las drogas*. Visitado 1-02-2010
<http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/drogas/fiscalizacion.shtml>

“A FONDO”

Análisis de la ley de protección a la maternidad desde la perspectiva de género

TAMARA GIRVA CARAMÉS, YOLANDA CANO MIGUEL

Grupo de trabajo de género del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Valencia

RESUMEN

La Ley 6/2009 de 20 de junio de la Generalitat de *Protección a la Maternidad* representa un retroceso en el avance hacia la plena igualdad en ambos sexos, y reproduce cuantos estereotipos de género existen alrededor del nacimiento y crianza de las/os hijas/os.

No es sencilla la tarea de elaborar propuestas y políticas sociales exentas de estos rasgos, debido a la base cultural que representan, pero no por ello, se deben de dejar pasar por alto.

El análisis de dicha ley, desarrollado a continuación, se realiza con perspectiva de género y desde el trabajo social, teniendo en cuenta las necesidades de las familias y los recursos existentes.

PALABRAS CLAVE: perspectiva de género, igualdad, paternidad/maternidad, ley.

ABSTRACT

The Law 6 / 2009 of June 20 published by the Generalitat, concerning Maternity Protection represent a setback in the progress towards full equality for both sexes, and reproduce current gender stereotypes about birth and nurturing of children.

It is not a simple task to develop projects and social policies free of these traits, because they belong to the cultural background. Nevertheless, it should be attempted.

This Law is analyzed then, from the perspective of gender roles and its implementation in social work, taking into account the needs of families and resources.

KEY WORDS: gender roles, equality, parenthood/motherhood, law.

CORRESPONDENCIA

grupodegenero@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La **Ley 6/2009 de 20 de junio de la Generalitat de Protección a la Maternidad** surge en un contexto de debate socio político sobre la interrupción voluntaria del embarazo, impulsada por diversos sectores sociales y lo hace en forma de Iniciativa Legislativa Popular (ILP) contando con el apoyo del Gobierno Autonómico, a diferencia de otras ILP presentadas en la Comunidad Valenciana que ni siquiera fueron tenidas en consideración para su debate en el parlamento (Gómez, 2008).

Proteger la vida, los derechos de las madres y de los padres en situaciones de vulnerabilidad social y los de las/os niñas/os es una cuestión que no cabe a debate. Es una obligación moral y legal. La Constitución Española, en su artículo 39, obliga a los poderes públicos a asegurar una protección integral [social, económica y jurídica] a la familia (Constitución Española, 1978).

La atención sanitaria pública, el apoyo social, económico, asistencial y educativo, sin duda, son medidas necesarias que la legislación debe desarrollar y garantizar. Entendemos, que la Ley que vamos a comentar tiene este cometido.

Sin embargo, tras un análisis con perspectiva de género de dicho texto legal, detectamos que las medidas desarrolladas y la forma en la que se exponen se alejan de fomentar la igualdad de género, ya que conservan gran parte de los valores machistas que tienen que ver con la responsabilidad del nacimiento y la crianza de las/os hijas/os. Todo ello en contraposición al objetivo 1.3 del **Plan de Igualdad entre mujeres y hombres 2006-2009** de la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana, de "introducir la perspectiva de género en la normativa de la Generalitat".

La educación en igualdad es un proceso en el que se deben implicar todos los actores sociales y que debe estar reflejado en todo nuestro ordenamiento jurídico de forma transversal, ya que es el que rige las normas y costumbres de la ciudadanía.

La *corresponsabilidad materna y paterna* debería partir desde la concepción, incluyendo el nacimiento y la crianza. Apoyando, sin duda, a cualquiera de los progenitores que decida seguir adelante en su decisión de ser madres y/o padres y además, de serlo responsablemente.

El **Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2008-2011** del Gobierno de España contempla como tercer eje de actuación normativa la **corresponsabilidad**, reconociendo que pese a que en nuestra sociedad existe un avance en la flexibilidad de roles en las tareas domésticas, la mujer sigue subordinada, soportando el mayor peso de asunción de la tareas del hogar y el cuidado de los/as hijos/as y personas dependientes. Por ello, se propone para un desarrollo efectivo de una sociedad no machista y más igualitaria, la mayor implicación del hombre en estas tareas, a través de la promoción de un modelo de convivencia familiar más igualitario.

Del mismo modo, la **Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres**, en su artículo 15: "Transversalidad del principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres", expone que "el principio de igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres informará, con carácter transversal, la actuación de todos los Poderes Públicos. Las Administraciones públicas lo integrarán, de forma activa, en la adopción y ejecución de sus disposiciones normativas, en la definición y presupuestación de políticas públicas en todos los ámbitos y en el desarrollo del conjunto de todas sus actividades".

DISCUSIÓN

El primer aspecto que llama la atención es que se dicte un texto legal para proteger "la vida en formación" y se le denomine "De Protección a la Maternidad", eludiendo completamente a la paternidad.

El preámbulo de la ley, como declaración de intenciones, afianza esta idea exponiendo que las actuaciones previstas son:

*“un conjunto de medidas de carácter socioeconómico para atender a las **mujeres gestantes**... necesitan de un apoyo integral para ejercer la maternidad”.*

El objeto de la misma es *“la configuración de un marco jurídico de actuación de la Generalitat en el ámbito de protección y atención social a la **maternidad**, que comprende el diseño de medidas y actuaciones dirigidas a garantizar y proteger el derecho de la **mujer gestante** que **debe seguir ante su embarazo, a ser apoyada socialmente en esa decisión...**”.* En primer lugar parece paradójico que si continuar con el embarazo se cita como un deber, luego sea considerado como una libre decisión, en la que no figura ni se responsabiliza de la misma al padre.

Siguiendo en esta tónica, en gran parte del articulado apenas se menciona la paternidad. Un ejemplo de esto, es el **artículo 32 del capítulo 4**, *“Del apoyo a crianza y a las medidas de protección de menores”* que menciona:

*“La Generalitat pondrá a disposición de las **madres gestantes** la información esencial sobre las medidas de apoyo a la **maternidad** y a la crianza, así como las posibles medidas de protección, en especial la acogida familiar y la adopción, en caso de que manifiesten, en cualquier momento, que no puedan hacerse cargo de la crianza tras el nacimiento”.*

Tal como se redacta en el texto legal, se da por supuesto que la crianza será responsabilidad de la madre, **omitiendo totalmente la figura paterna**, hasta tal punto que plantea la **acogida familiar y la adopción si las madres no pueden hacerse cargo de la crianza**, sin valorar la posibilidad que ésta sea asumida en exclusividad por los padres.

Se recoge un Plan de Medidas de carácter socio-económico denominado Programa + Vida, que contiene una serie de prestaciones entre las que figuran las siguientes:

Servicios de Información: descritos como recursos que permitirán el acceso a la información de todas las personas excepto de

las menores de edad no emancipadas que deberán ir acompañadas de sus padres, representantes legales o tutores. Esta actuación se sitúa en contraposición a la concesión de la mayoría de edad como paciente sanitaria/o a los 16 años (recogida en **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**), que permite a las menores de esta edad, tener acceso a la información y a la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

Cabe destacar que dicha información sobre derechos, prestaciones y servicios ya se facilita en la actualidad en Servicios Sociales y SEAFI's, atendidos por trabajadoras/es sociales.

Las vías de acceso a esta información o recursos específicos para ello según dicho texto, son los denominados *Centros de atención a la Maternidad*, recogidos como tales en la **Sección 2ª del Capítulo 3º** de la ley.

Continuando con este capítulo, en la **Sección 3ª**, su **artículo 18** recoge los *equipos Itinerantes de apoyo*, encargados de prestar información a las mujeres gestantes sobre recursos y ayudas, y que además podrán atender a las mismas en sus domicilios. No queda claro sin embargo si estas funciones van a ser asumidas por profesionales en la materia, entendemos que estos somos las/os *trabajadoras/es sociales* (aunque no se especifica), o por *redes de voluntariado*, ya que uno de los objetivos de la ley es la creación de las mismas. Tampoco queda claro en qué consistirá la atención domiciliaria que menciona: si se trata de clases escolares, seguimientos sociales, etc.

En cuanto a los paquetes de ayudas y prestaciones económicas concretas, no se concreta ninguna específica para mujeres gestantes, por lo que suponemos que las/os legisladoras/es se referirán a las ya existentes. Así pues, entendemos que si se incrementa el número de beneficiarias/os en las mismas se tendrán que incrementar proporcionalmente los presupuestos y las/os profesiona-

les, teniendo en cuenta el nivel de saturación en el que se encuentra actualmente la Red de Servicios Sociales.

Con respecto a las menores de edad, se describe una atención específica: *formación afectivo-sexual*, aunque tampoco se concreta cómo se llevará a cabo. Por ello entendemos, que sería necesario establecer que las/os profesionales que asumieran esta tarea tuvieran formación especializada en género.

También se menciona la *flexibilidad escolar* para los casos en los que se asuma “una **paternidad responsable**”. Aunque la idea de favorecer la conciliación de la vida familiar y escolar por parte de los hombres nos parece apropiada, al leer el texto da la sensación de que asumir la maternidad para las mujeres es un deber, mientras que para los hombres roza la voluntariedad.

Con respecto al *apoyo psicológico* para las menores al que hace referencia el **artículo 26 de la Sección 6ª del Capítulo 3ª**, nos preguntamos ¿quien realizará esa atención?, ¿cómo se derivará a las mujeres? Y si a pesar de que el objetivo sea proteger su maternidad se percibe que esta puede ser perjudicial para su salud psicológica, **¿se les informará también de la posibilidad de interrumpir su embarazo?** Ya que este derecho en la **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo** se recoge para las mujeres a partir de los 16 años y de entre los objetivos del **Plan de Igualdad entre mujeres y hombres 2006-2009 de la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana** figura el fomento de la coordinación de los servicios sanitarios.

Siguiendo con el aula, dentro del mismo artículo en su *apartado d)* se menciona el *apoyo escolar*, tanto en el aula como domiciliario, aunque no queda claro cómo se concretará esta medida. Suponemos que se incrementaría el personal laboral en los centros en los que hubieran personas que van ser madres/padres, ya que sería impensable que este sobre esfuerzo lo tuviera que llevar a cabo el

mismo profesorado, que se encuentra ya de por sí saturado.

Respecto a la mujer embarazada con discapacidad o incapacitación judicial, regulado en el *artículo 25*, no se reflejan actuaciones concretas, ni medidas que se adapten a las necesidades particulares que presentan estas mujeres. Como tampoco lo hace en el caso de mujeres en riesgo o vulnerabilidad (*artículo 23*).

CONCLUSIONES

Pensamos que lejos de avanzar en la igualdad de género esta ley representa un importante retroceso en cuanto a estereotipos se refiere y delega toda la responsabilidad, tanto del nacimiento como del posterior cuidado de las/os hijas/os, en las mujeres.

Así mismo, gran parte del texto legal parece una declaración de intenciones donde no se materializa ni cómo, ni quién, ni dónde ni cuándo se va a llevar a cabo la intervención con las mujeres.

Creemos que todas las acciones que tengan como objetivo apoyar a la ciudadanía y garantizar unas mejores condiciones de vida de la misma son positivas y merecen todo nuestro respeto, pero también, que todas estas ayudas sean reales y tengan una repercusión en sus beneficiarias/os, sin generar en ellos/as falsas expectativas que pudieran perjudicarles.

BIBLIOGRAFÍA

Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. BOE número 311 de 29/12/1978, páginas 29313 a 29424.

Gómez Ferri J. 2008. Viviendo una ILP (Per l’Horta): Etnografía de un movimiento social patrimonializador, en *Patrimonialización de la naturaleza, el marco social de las políticas ambientales*. Coord. Oriol Beltrán, José Pascual Fernández e Ismael Vaccaro. pág. 181-198.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE número 71 de 23/3/2007, pág. 12611 a 12645.

Ley 6/2009 de 20 de Junio de La Generalitat de Protección a la Maternidad. DOCV Número 6049 / 03.07.2009.

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE número 55 de 4/3/2010, pág. 21001 a 21014.

Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011) del Gobierno de España.

Plan de Igualdad entre mujeres y hombres 2006-2009 de la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana.

“PRÁCTICA”

Trabajo Social Clínico y ejercicio libre de la profesión

MANOLO SALINAS TOMÁS

Trabajador Social. Terapeuta gestalt.
Profesor de Fundamentos del Trabajo Social de la Universidad de Valencia.

RESUMEN

El Trabajo Social Clínico en España para la mayoría puede ser considerado como algo anecdótico y que apenas es nombrado en libros y textos. Nada más lejos de la realidad, si bien desarrollado en muchos casos en la sombra, cada vez son más las compañeras y compañeros que han optado por formarse y dedicarse profesionalmente a esta especialidad del trabajo social.

El presente artículo justifica la presencia de trabajadoras y trabajadores sociales dedicados a la especialidad clínica, así como de la necesidad de elaborar un plan de formación específico que prepare adecuadamente a los trabajadores sociales que quieran dedicarse al mismo.

PALABRAS CLAVE: Trabajo Social Clínico, terapia familiar, supervisión clínica, psicoterapia.

ABSTRACT

The Clinic Social work in Spain for the vast majority might be considered as something anecdotic and that is barely mentioned in books and texts. Not in the slightest from reality, even though it is much more developed in the shade, each time more workmates have decided to form and dedicate professionally to this social work specialty.

This article justifies the presence of social workers dedicated to this clinic specialty, as well as the necessity of elaborating a plan of specific formation that prepares suitably social workers that would like to dedicate themselves to this area.

KEY WORDS: *Clinic social work, family therapy, clinic supervision, psychotherapy.*

CORRESPONDENCIA
manufransalinas@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Para la mayoría de vosotros –diplomados en Trabajo Social– leer un artículo que hable sobre el Trabajo Social Clínico en España puede suponer poco más que teorizar sobre multitud de textos que estudiamos en la universidad, de autores clásicos como Mary Richmond, Virginia Satir, Gordon Hamilton, o más cercanos como Teresa Rosell y A. Ituarte.

Sin embargo, al igual que estos y otros autores, entiendo el Trabajo Social Clínico como una especialización de nuestra profesión, una realidad entrelazada con profundos vínculos históricos por diferentes corrientes psicoterapéuticas.

En mi opinión, el Trabajo Social Clínico en España, como tal especialización, está mucho más cerca de nosotros de lo que la mayoría podáis pensar o imaginar; pero, antes de proseguir con mi argumento, creo necesario recordar algunos aspectos básicos sobre lo que entendemos por Trabajo Social y sobre todo por Trabajo social Clínico.

Recordando y aclarando conceptos

En la web del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, podemos localizar el siguiente párrafo de la FITS (Federación Internacional de Trabajo Social) que define la práctica del Trabajo Social:

*“El trabajo social se enfrenta a las fronteras, desigualdades e injusticias que existen en la sociedad. Responde a las crisis y emergencias así como a los problemas personales y sociales del día a día. **Utiliza distintos conocimientos, técnicas y actividades consecuentes con su centro de atención holístico en las personas, por un lado y en su entorno por otro. Las intervenciones del trabajo social abarcan desde los procesos psicosociales focalizados a nivel individual, hasta el compromiso con la política, la planificación y el desarrollo social. Incluyen el asesoramiento, el tra-***

***bajo social de casos, el trabajo social con grupos, la pedagogía social y la intervención y terapia familiar, así como esfuerzos para ayudar a las personas a obtener servicios y recursos comunitarios.** Las intervenciones también incluyen la dirección de organismos, la organización comunitaria y el compromiso con la acción sociopolítica para influir en la política social y el desarrollo económico. El centro de atención holístico del trabajo social es universal pero las prioridades de la práctica del trabajo social variarán de un país a otro y entre períodos de tiempo dependiendo de las circunstancias culturales, históricas, y socio-económicas.”*

Así al concretar más en una definición de trabajo social clínico, Amaya Ituarte, en su libro “El Trabajo Social Clínico”, publicado por el propio consejo general lo hace del siguiente modo:

“El Trabajo Social Clínico es una forma especializada del Trabajo Social, que siguiendo el procedimiento científico y por medio de un proceso psicoterapéutico trata de ayudar a personas, familias y/o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflicto manifestadas por problemas psicosociales, a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales, en forma que puedan hacer frente en mejores condiciones tanto a sus problemas actuales, como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentárseles en el futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismos y de su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social”.

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, El Trabajo Social Clínico (ITUARTE, 1992)

En EE.UU., cuna del Trabajo Social moderno, en el que la práctica totalidad de la terapia

familiar es desarrollada por trabajadores sociales, la NASW (*National Association of Social Workers*), define al trabajador social clínico como:

“...aquel que está, por formación y experiencia, profesionalmente cualificado a un nivel de práctica autónoma, para proveer servicios directos de diagnóstico, preventivos y de tratamiento a individuos, familias o grupos cuyo funcionamiento está amenazado o afectado por stress social o psicológico o por deterioro de salud. Por tanto, como profesional de la atención de la salud que es, va a proporcionar apoyo a individuos y familias”.

The National Association of Social Workers (NASW)

Como vemos, los postulados de nuestra profesión permiten un amplio marco de intervención que abarca desde lo individual a la totalidad de la sociedad, pasando por familias y colectivos. No obstante –aun trabajando con individuos– el término “social” será nuestro referente de actuación, considerando siempre a la persona en relación al grupo o comunidad a la que pertenece. Es importante resaltar este aspecto, que caracteriza nuestro trabajo y nos diferencia de otros abordajes: tomamos a la persona como ser social, no como individuo aislado (aunque estemos ante una intervención individual).

Límites subjetivos

Como ya he mencionado, nuestra profesión abarca un amplio campo de intervención, lo que puede llegar a ser una dificultad a la hora de establecer un marco referencial teórico que especifique claramente “cómo” llevar a la práctica nuestra labor. Afortunadamente tengo una tendencia natural a ver lo que posibilita más que lo que limita, por lo que prefiero considerar esta posible “pega” como el elemento que nos va a permitir ser más integrativos y eclécticos, pudiendo elegir lo que mejor nos parece de otros modelos y realizar de este modo nuestra tarea adaptando el modelo a la persona y no al revés.

Otro aspecto que puede ser limitante, es que el término “Trabajo” nos invita más a la acción (y en muchos casos a la inmediatez) descuidando o en todo caso viendo con cierto recelo la teorización excesiva. Aquí la trampa es ver a la praxis enfrentada a la teoría, en lugar de como base y soporte que buscan la excelencia en nuestro hacer.

Otra dificultad a tener en cuenta, hasta la fecha, es que los estudios oficiales de la diplomatura apenas han atisbado (dada la imposibilidad de adquirir en tres años todo el bagaje de conocimientos necesarios) a dotar con la pericia suficiente como para ejercer de trabajador social, cuanto menos en una especialidad tan compleja como la de trabajo social clínico. Es de suponer, sin embargo, que la nueva ordenación de los estudios con las incorporaciones de los títulos de grado, los másteres y doctorados, dé la vuelta a la situación y que en unos pocos años hablemos de un escenario totalmente diferente.

Trabajadores Sociales clínicos en España

En España, los que nos consideramos herederos de la práctica del Trabajo Social Clínico, no somos pocos (aunque sí creo poco vistos) y quizás una de las razones sea la de que hasta la fecha no haya existido una formación específica que capacite para ejercer como tal y hayamos tenido que conformarnos un currículo autodidacta, muy vinculado en la mayoría de casos, a diferentes corrientes psicoterapéuticas. Así, tradicionalmente, el modelo sistémico ha sido elegido por muchos compañeros para formarse y especializarse, pero no sólo este, la Terapia Gestalt y otras, han constituido otras vías que han ido posibilitando la formación clínica específica. En este sentido Josefa Fombuena y Amparo Martí, en el VI Congreso de Escuelas de Trabajo Social (Zaragoza, 2006), en su ponencia sobre Trabajo Social Clínico, señalan:

“Las trabajadoras sociales, ahora profesionales, buscaron formaciones que les permitieran ver el rostro del sujeto, ver al otro diferente (Levinas, 1993). Algunas, las primeras, acudieron a una formación de

tipo psicodinámico siguiendo una tradición europea [Salzberger Wittemberg, 1970; Rossell, 1988]. Otras mantuvieron la mirada cercana al individuo con sus peculiaridades y su unicidad [Ituarte, 1999]. Otras, más jóvenes, se dirigieron entusiasmadas hacia nuevos modelos que parecían dar respuesta a todas las preguntas (Fombuena, 2000). Sea cual fuere la pregunta, las respuestas parecían dirigirse hacia modelos terapéuticos. Estábamos, nuevamente, ante el trabajo social clínico. En España, el trabajo social clínico está presente en las Escuelas de Jaén, Granada, Madrid, Gijón.”

Como ejemplo, creo importante destacar que en la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas), detrás de médicos y psicólogos, en cuanto a número de asociados agrupados por su formación universitaria de origen, nos encontramos los diplomados en trabajo social, delante y con diferencia del resto de carreras universitarias. En relación al tema, Francisco Gómez Gómez, Profesor de la E.U. de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid, en su artículo “El Trabajo Social Clínico”, escribe lo siguiente:

“Un ejemplo que pone de manifiesto que en nuestro país va aumentando el número de trabajadores sociales con una mayor formación de postgrado es que en el directorio de socios de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar de 1996, ya existían más de 120 socios trabajadores sociales de un total de 882 socios. Es fácil suponer que dicho número haya seguido aumentando y que otras Federaciones o Asociaciones también contarán entre sus socios con trabajadores sociales, que se asocian después de adquirir una formación previa y que es uno de los requisitos establecidos para ser admitidos en ellas.”

Otra dificultad para que el Trabajo Social Clínico emergiese en España, ha sido que al no existir espacios profesionales en los que desarrollar la especialidad, ni en la administración pública ni en el sector privado (principalmente formado por entidades sin fin de lucro y ONGs), hemos tenido que optar

la mayoría por la vía del autoempleo, dedicándonos, como en mi caso, a la formación y más discretamente (y amparado por la escuela de psicoterapia en la que me formé), a la terapia individual y familiar.

Al respecto, es importante nombrar un tema, siempre delicado, puesto que la difuminada línea del intrusismo profesional puede ensombrecer la posibilidad de que el Trabajo Social Clínico en España pueda desarrollarse abiertamente y con el peso específico que considero debe tener en nuestra profesión. Baste recordar, a modo de ejemplo, lo ya referido en este escrito sobre el Trabajo Social (clínico) con familias en EE.UU., el cual es desempeñado prácticamente en su totalidad por trabajadores sociales.

Vuelvo a reseñar el artículo de Francisco Gómez que redunda en este tema.

“El Trabajo Social Clínico tiene que ser, a mi juicio, una especialización del Trabajo Social. No cabe duda que lo que capacita a cada uno para el ejercicio de una profesión es el título que está legalmente establecido, pero también es cierto que después cada uno adquiere la cualificación que más le gusta; la cual le proporciona las habilidades adecuadas para ayudar a las personas que requieran sus servicios, dentro del ejercicio de su profesión.”

Este campo de práctica puede ser encuadrado dentro del Área Temática: “La formación para la auto-ocupación” de este Tercer Congreso Estatal de Escuelas Universitarias de Trabajo Social, pues es la práctica privada la que menos se ha desarrollado en nuestro país y por eso es pertinente avanzar en la exploración de nuevos yacimientos de empleo.

La preparación en Trabajo Social Clínico

Hemos visto que hasta la fecha el trabajo social clínico En España, ha sido una parte casi anecdótica dentro del volumen de la profesión, tanto por la ausencia de una formación específica como de lugares profesionales en

los que desarrollarla. Si bien es cierto que en los últimos años se están abriendo espacios profesionales, como es el caso de la mediación familiar, en la parte clínica del trabajo social tiene un importante peso específico.

También, en lo referente a la formación, aparecen nuevas ofertas en cuyo currículo lectivo la dimensión clínica tiene un importante peso específico. Así, el Máster Oficial en *Bienestar Social: Intervención Individual, Familiar y Grupal*, va a suponer mucho en este sentido. En mi opinión, la formación del trabajador social clínico debe de tomar ejemplo de las escuelas con mayor solera en las que existen elementos que considero marcan la diferencia en cuanto a la preparación de los profesionales; aspectos como la supervisión de casos y el análisis personal son indispensables para completar un currículo adecuado en el campo clínico (la mayoría de corrientes psicoterapéuticas incluyen también la supervisión y la terapia propia como condición específica para completar el periodo de formación).

Gordon Hamilton en **"Teoría y práctica de trabajo social de casos"**, dejaba explícito que el trabajador social tenía que prepararse para administrar psicoterapia...

"... cuando alguien toma conciencia de su problema y quiere ser tratado no importa que dicho tratamiento sea considerado como parte del trabajo social o como terapia o psicoterapia. Lo importante es la demanda y que el tratamiento sea administrado por un profesional con una formación previa y reconocida. El trabajador social que esté interesado en la práctica de la psicoterapia "debe estar emocionalmente dispuesto a aprender sobre sí mismo y sobre los demás, por lo que es conveniente el propio análisis, si fuera posible, y un periodo de adiestramiento en el que se trate un buen número de casos bajo la estrecha supervisión de un profesional, y posteriormente con consultas".

Amaya Ituarte, en el epílogo de su libro ya citado, dice:

"El Trabajo social Clínico en cuanto proceso psicoterapéutico, sigue las reglas básicas de las psicoterapias, tal y como han sido estudiadas y analizadas en la Teoría del Trabajo Social (y más específicamente, en el Casework, Groupwork y el tratamiento familiar) y utiliza las técnicas psicoterapéuticas pertinentes; además de que puedas ser enriquecido con la formación complementaria que el trabajador social pueda tener en una u otra orientación psicoterapéutica."

CONCLUSIONES

Para acabar, una breve reflexión sobre el objeto de nuestro trabajo y los instrumentos con los que contamos. Una de las quejas habituales en nuestra profesión es la de la falta de recursos. Nuestro día a día transita con escasez de recursos (económicos y de personal) que generalmente han de ser dirigidos hacia las personas y colectivos que más lo necesitan por carecer de ellos. Pero, ante esa realidad que no se puede obviar, muchas veces nos olvidamos de la principal y más importante herramienta con la que contamos, me estoy refiriendo a "nosotros mismos". ¿Cuántas veces hemos realizado una intervención satisfactoria en la que "sólo" hemos contado con nuestra capacidad de escucha y poco más? ¿En cuántas ocasiones hemos sentido que más importante que lo "que hemos hecho", ha sido el "cómo lo hemos hecho"? Sé que no digo nada nuevo con esto, que incluso podría tomarse como argumento político, un tanto demagógico, tratando de justificar la falta de inversiones económicas en políticas sociales. Pero el hecho de no ser político y sí trabajador social, espero me deje al margen de cualquier sospecha.

Finalmente, quiero destacar algo que apenas he nombrado explícitamente y que aparece en el título de este artículo haciendo referencia al ejercicio libre de la profesión. Por mi experiencia sé que dicha aventura es posible, si bien no fácil ni "gratuita" en ningún sentido. Con todo, siento que estamos ante

un gran momento -abierto de posibilidades- para nuestra profesión y especialmente en relación al trabajo social clínico. De momento, ya contamos con la posibilidad de oficializar unos estudios y una práctica que algunos contemplábamos utópicamente. Creo llegado el momento en el que los que de alguna manera nos consideramos trabajadores sociales clínicos, debemos salir de la sombra para reclamar y/o empujar en esta línea. Haciendo visible nuestra realidad, la especialidad que hemos elegido y más sentimientos, colocándola en el lugar que sin duda se merece.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

HAMILTON, G. (1974) *Teoría y práctica de trabajo social de casos*, Editorial Prensa médica mejicana, México.

ITUARTE, A. (1999) *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico*, Consejo General y Siglo XXI, Madrid.

GOMEZ, F. (2000) "El trabajo social clínico", pp. 1-16, en *Cambio social. Relaciones Humanas. Nuevas tecnologías. Enfoques para una formación de futuro*, 3er. Congreso de escuelas universitarias de Trabajo social, Barcelona, Mira Editores, Zaragoza.

RICHMOND, M. (1922) *Social Case Work*, Russell Sage Foundation, New York. (Hay traducción, *Caso social individual*, (1982) *Humanitas*, Buenos Aires).

ROSELL, T. (1988) *L' Entrevista en el treball social*, La llar del llibre, Barcelona.

SATIR, M. (1980) *Psicoterapia familiar conjunta*, Ed. Pax México.

CLOÉ MADANES: *Historias de Psicoterapia*, en Nardone, G. y Watzlawick, P.: *Terapia breve: filosofía y arte*. Herder. Barcelona. 1999. Págs. 201-224.

JOSEFA FOMBUENA Y AMPARO MARTÍ. *Trabajo Social Clínico*. VI Congreso de Escuelas de Trabajo Social - Zaragoza 2006.

“PRÁCTICA”

Reflexión sobre un estudio de Senegal para el diseño de campañas de prevención de la migración de forma irregular

La necesidad del trabajo conjunto en el análisis social entre trabajadores/as sociales y sociólogos/as

LAURA GUAITA NUÉVALOS

Trabajadora social y socióloga de Socioestudia S.L.

RESUMEN

La iniciativa europea Proyecto Infomigra tuvo como objetivo diseñar unas campañas de información para desarrollar en Marruecos y Senegal con la intención de concienciar sobre los peligros de la migración de forma irregular. El trabajo de campo desarrollado en Senegal fue elaborado por Cruz Roja Española y contó con la colaboración de Socioestudia S.L. para el análisis e informe final. De dicho estudio, además del análisis de la información y motivaciones de las personas que mostraban su decisión de emigrar, puede extraerse una apología de la concienciación social en las investigaciones y el fomento en el campo del análisis social para un trabajo conjunto entre sociólogos/as y trabajadores/as sociales.

PALABRAS CLAVE: Senegal, Proyecto Infomigra, inmigración, proceso migratorio, sociología, trabajo social.

ABSTRACT

The European initiatives of Infomigra Project had as an objective to design the information campaigns to develop in Morocco and Senegal with the intention of making awareness about the dangers of irregular migration. The field work developed in Senegal was elaborated by the Spanish Red Cross and it counted with the collaboration of Socioestudia S.L. for the analysis and final report. From this study, apart from the information analysis and the motivations that people showed about their migrating decision, it could also be extracted an apology of social awareness in the researches and the encouragement of the field for a social analysis for a collaboration between sociologists and social workers.

KEY WORDS: Senegal, Infomigra Project, migration, migratory process, sociology, social work.

CORRESPONDENCIA
laugua15@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El Proyecto Infomigra¹ es una iniciativa europea insertada en el programa Solidaridad y Gestión de los Flujos Migratorios que se inició con el objetivo de diseñar campañas de información para concienciar sobre los peligros de la migración de forma irregular y su problemática asociada a una estancia de forma ilegal en países comunitarios. Las campañas estaban destinadas a Senegal y Marruecos como dos de los países a través de los cuales se produce, mayoritariamente, la migración de forma irregular del país africano hacia Europa.

En España la Dirección General de Inmigración de la Comunidad Valenciana perteneciente a la Conselleria de Solidaridad y Ciudadanía, fue el organismo que lideró el proyecto en colaboración con la Fundación Comunidad Valenciana-Región Europea y con la participación de otras entidades españolas, italianas y griegas como representantes de los tres países puerta de entrada a Europa por el Mediterráneo.

Los inicios del proyecto partieron del análisis de la realidad migratoria tanto en los tres países de entrada, España, Italia y Grecia, como en los países de origen o tránsito: Marruecos y Senegal. Para llevar a cabo dicho propósito en los países de origen las entidades colaboradoras –entendidas como socios del proyecto- elaboraron trabajos de campo. Cruz Roja Española fue la entidad encargada del trabajo de campo en Senegal recopilando mediante entrevistas información sobre el proceso migratorio a las personas que manifestaban la intención de migrar y a sus familiares. Esta entidad contó para la elaboración de su informe final con la empresa Socioestudia S.L. Los resultados de los informes finales de todas las entidades constituyeron los cimientos para el diseño de las campañas de información, prevención y concienciación.

OBJETIVOS

Mediante la exposición del estudio sobre migraciones de Senegal el presente artículo pretende incitar a reflexionar principalmente en torno a tres aspectos:

- La carencia en algunas investigaciones de concienciación social.
- La no continuidad del apoyo institucional para la finalización de proyectos sociales.
- Y la necesidad de fomentar, al menos en el campo del análisis social, una defensa profesional conjunta entre sociólogos/as y trabajadores/as sociales.

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO

El trabajo de campo elaborado por Cruz Roja Española se llevó a cabo en cuatro regiones de Senegal: Dakar, Sant Louis, Kolda y Tambacounda entrevistando a personas que manifestaran su decisión de emigrar y a sus familiares. El *"Informe final del estudio sobre migraciones africanas hacia Europa. Estudio en Senegal"*² elaborado con la colaboración de una empresa valenciana, realiza un breve análisis cuantitativo y un detallado análisis cualitativo de manera técnica, pero con un lenguaje cercano para gente profana en la disciplina sociología y en el conocimiento de la sociedad senegalesa. Precisamente conscientes del desconocimiento de algunos/as lectores/as sobre la sociedad senegalesa, el estudio comienza con una exploración de la sociedad a través de su historia, su organización política, su economía, su cultura, y especialmente su identidad étnica-religiosa. Una primera aproximación que dota a quien lee el estudio, antes de adentrarse en el análisis de la realidad migratoria del país, de un conocimiento básico sobre las características generales de la sociedad senegalesa.

1. Disponible información completa del Proyecto Infomigra en www.infomigra.eu

2. Disponible en www.infomigra.eu apartado Resultados Senegal

Dicha introducción a la vez que sirve como contexto, posteriormente engloba las argumentaciones sobre el proceso migratorio dentro de la propia idiosincrasia senegalesa.

Anteponer a un análisis de un aspecto parcial como es la migración una descripción de la sociedad del país que se analiza, no es nada novedoso. Sin ir más lejos el estudio de Marruecos del mismo Proyecto Infomigra también ofrece unas breves reseñas de la sociedad analizada. Si se animan a leer los estudios del proyecto podrán corroborar cómo el estudio de Senegal presenta ciertas características que merecen ser destacables respecto a otros. Tras los datos estadísticos necesarios pero un tanto farragosos al llegar a sus conclusiones, como si se tratara de aquellos dibujos diseñados en 3D que escondían una figura o un paisaje, observarán claramente ante sus manos o ante la pantalla del ordenador, un contorno que muestra un estudio con una fuerte y marcada concienciación social sobre el proceso migratorio.

Decir que una investigación sociológica tiene concienciación social, podría parecer una redundancia al caer en la equivocación de considerar que cualquier estudio sociológico al ser elaborado por sociólogos/as, debe tratar las cuestiones que analiza con sensibilidad social. Esto es incurrir en el mismo error de afirmar que un/a trabajador/a social por el hecho de serlo es una persona concienciada socialmente. Ante la creencia de estas afirmaciones encontramos varios ejemplos de investigaciones sobre el proceso migratorio que con su afán de utilizar tecnicismos y formalismos estadísticos, acaban por desprender de su esencia social al país de origen analizado, y llegan a extrapolar su análisis a la visión del país de destino de tal forma que desfigura los datos extraídos, distanciándose discursiva y analíticamente tanto como la distancia geográfica que les separa del país de origen que analizan.

Por el contrario el estudio que expone este artículo, sin desmerecer su labor de análisis sociológico, otorga mayor importancia a conservar el proceso migratorio dentro de las

características propias de la sociedad senegalesa sin descontextualizarlo. Manteniendo una intencionalidad de ser cautos/as en el tratamiento del proceso incluso en cuestiones tan nimias como el uso del lenguaje. Una utilización del idioma no solo correcto, sino de personas concienciadas que su labor de análisis no es hacia un objeto inanimado meramente computable.

Además de utilizar genéricos en cuestión de género, respecto al proceso migratorio en todo momento se refiere a *"inmigración de forma irregular o ilegal"* y nunca refleja términos tan denostadamente usados por otros estudios. Un ejemplo lo encontramos en el propio proyecto e incluso por instituciones públicas como *"inmigrante ilegal"* u otros similares. Esta utilización se nutre de considerar firmemente que ninguna persona es *irregular o ilegal* y es un derecho internacionalmente reconocido la libre circulación de las personas.

Los indicadores diseñados a través del modelo de encuesta y su depuración según los datos analizados, permitió identificar el perfil del potencial inmigrante, como describe el estudio: *"...varón, joven, con un nivel de estudios máximo de grado medio, musulmán y (...) perteneciente a una etnia."* (Estudio citado, pág. 134). Seguidamente, el análisis gira en torno a dotar de importancia a los aspectos culturales que impulsan a la decisión de migrar, dentro del conglomerado de aspectos económicos, sociales y políticos que conforman el proceso migratorio.

Esta primacía de los aspectos culturales es otra de las distinciones de este estudio frente a aquellos que centran sus argumentos explicativos sobre el proceso migratorio en cuestiones puramente económicas, llegando a convertirse en el prisma a través del cual se analiza la realidad migratoria de un país. Y es que muchos estudios -quizá demasiados- adolecen de reducir el proceso migratorio a costes o beneficios económicos e incluso acaban por ofrecer una perspectiva que roza el etnocentrismo.

Este estudio, aunque no olvida los aspectos económicos, éstos son entendidos dentro de la insoluble identidad étnica-religiosa senegalesa. Esta identidad sustentada en la diferenciación de clases, el reconocimiento e imagen social y las llamadas deudas sociales, está fuertemente ligada al prestigio y al poder, por ende, a las posibilidades y oportunidades de subsistencia. Según algunos de los datos que muestra el estudio *en un país con uno de los índices de desarrollo más bajos a escala mundial -ocupa el puesto 157 de 177 países en la escala de IDH³-* (Estudio citado, pág. 135) la pertenencia a una etnia -unida a una cofradía en muchos de los casos- alentada por la cooperación, colaboración y ayuda mutua, *se torna como salvaguarda de la cobertura de las necesidades básicas de muchas familias senegalesas.* (Estudio citado, pág. 136).

Por esta cuestión, afirma el estudio, las familias senegalesas otorgan una importancia crucial al aumento de la imagen social que deriva de tener un familiar emigrado, en pro de un aumento de sus oportunidades de subsistencia en el país de origen. Entre estas oportunidades se inserta un incremento de las expectativas de un cambio económico familiar pero aunque éste realmente no llegue a producirse. Con este argumento se quiebra la creencia de que las personas emigran solo en busca de avances económicos.

El estudio constata que al no producirse en muchos de los casos analizados aportes económicos reales, el principal impulso a la decisión de emigrar para las familias senegalesas, son las oportunidades que se derivan por tener un familiar emigrado en cuanto al aumento de su imagen social para la cobertura de sus deudas sociales. Es decir, pese a no reportar la migración mejoras laborales en el país de destino a la persona emigrada o mejoras económicas en el país de origen a su familia, las familias senegalesas bajo su identidad étnica-religiosa utilizan el hecho de tener un familiar emigrado, como

estándarte para mejorar su reconocimiento y estatus social ante su comunidad. En busca ya no de mejoras económicas, sino de ayuda mutua, de apoyo social o de aplazamiento de sus deudas sociales para poder mantener su subsistencia.

Una vez que establece el estudio como mayor trampolín a la decisión de emigrar las expectativas familiares relacionadas con el aumento del estatus, no olvida añadir ya en términos puramente económicos, que las remesas enviadas por personas emigradas es lógicamente otra de las razones que alimentan la decisión de emigrar. Las remesas suponen un considerable incremento económico para el país de origen, tanto a nivel macro social por su aporte al producto interior bruto como a nivel micro social en las cofradías o comunidades de las que forman parte. Estas cuestiones, las remesas por un lado pero siempre en primer lugar las mencionadas expectativas relacionadas con la identidad étnica-religiosa, configuran un mosaico que ejerce una enorme influencia social en la población senegalesa a favor de la migración, definiendo las expectativas y motivaciones de muchas familias que animan a sus jóvenes (varones en su mayoría) a emigrar.

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

El estudio finaliza exponiendo que la decisión de emigrar es una decisión individual pero firmemente impulsada por agentes externos desde varios frentes. Desde el país de destino por la persona que ha emigrado que en ocasiones oculta su situación real y miente a sus familiares. Y desde el país de origen por algunos grupos sociales que con tal de recibir las remesas ocultan intencionadamente los peligros de la migración de forma irregular o por los/as propios/as familiares de la persona emigrada, que como ya se ha mencionado aunque no reciban compensaciones económicas y aun conociendo la situación real de posible penuria de la persona emigrada, también pueden ocultarla en favor

3. IDH: Índice de Desarrollo Humano.

de utilizar el proceso migratorio para incrementar su estatus social ante su comunidad y mantener su subsistencia.

Ante tal imaginario colectivo fuertemente sesgado y nutrido por una información no veraz que minimiza las dificultades reales del proceso migratorio, concluye el estudio ratificando la importancia del objetivo que persigue el Proyecto marco Infomigra. Esto es diseñar unas campañas que informen, prevengan y conciencien a la población potencialmente inmigrante y a sus familiares sobre los peligros reales de una migración de forma irregular.

Entre sus aportaciones para el diseño de las campañas el estudio pregona entre sus propuestas incluir a la sociedad senegalesa no como copartícipe de dichas sino como agente principal de las mismas. Defiende *el fortalecimiento del dinamismo social en el país de origen a través de una intervención comunitaria que entrelace diplomacia política con la animación del tejido social para lograr la autonomía de los agentes implicados en el país de origen*. (Estudio citado, pág. 173). Otorga el protagonismo a la sociedad senegalesa, a sus instituciones y su tejido social como principales agentes del cambio, y deja en un segundo plano como simples cooperantes a los/as propios/as investigadores/as que han desarrollado el estudio y a las instituciones del país de destino que deban desarrollar las campañas. Porque otro de los errores en investigaciones y campañas, es tratar a los países de origen analizados, más allá de una simple consideración metodológica, como *objetos de estudio*, como muestras de laboratorio en su análisis y como agentes sin capacidad de decisión en el desarrollo de las actividades.

Al igual que al principio de este artículo aludíamos a la correcta utilización del lenguaje, el estudio entre sus contribuciones al diseño de campañas inserta una cuestión tan simple, tan obvia, tan recurrente al sentido común y tan importante en el desarrollo de cualquier campaña como es la transmisión del mensaje. Expone como imprescindible

utilizar un idioma apropiado para la población senegalesa, obviamente en el idioma más empleado el francés pero incluyendo también el dialecto más extendido de la etnia con mayor número de personas en el país, la etnia wolof. A colación de favorecer el tejido social, la adaptación a la lengua más usada supone la imprescindible presencia en el desarrollo de las campañas de interlocutores/as locales del dialecto wolof.

REFLEXIONES SOBRE EL ESTUDIO

1. Carencia de concienciación social en algunas investigaciones

Hablar de concienciación social en la elaboración de investigaciones sociológicas, no significa asimilar concienciación con discriminación positiva ni se trata de que los/as investigadores/as se involucren con el objeto social analizado, por tanto no es permeabilizar la barrera profesional entre quien investiga y la población objeto que analiza. Se trata de que ante el rigor técnico o científico de establecer dicha barrera analítica que le es propia a investigaciones sobre un colectivo social, esta no sea tan tenue como para no recordar que quien analiza debe ser una tabula rasa ni tan gruesa como para olvidar que el objeto analizado es un colectivo social.

Quiere esto decir que la concienciación social en el campo de las investigaciones sociológicas y más concretamente las referidas al estudio de procesos migratorios encaminadas a propiciar un cambio en el país de origen, deben partir desde una correcta utilización del lenguaje hasta impregnar su análisis y conclusiones con las características propias de la sociedad que analiza.

Todo ello sin caer en ningún momento en usurpar como investigadores/as al objeto social estudiado el protagonismo de ser agente principal del cambio que se persigue. Porque son muchos los estudios que vienen realizándose sobre migraciones en los

países de origen y muchos/as los/as investigadores/as que analizan y escudriñan sus sociedades con objetivos de prevención, de concienciación, hacia los procesos migratorios, pero también muchos de ellos cometiendo el mismo error de analizar a estas sociedades como meros objeto de análisis, sin protagonismo, sin voz ni opción a la retroalimentación. Llegando incluso algunas investigaciones a despojar de las características singulares a la sociedad analizada para vestirla con creencias vistas desde los países de destino, como si el mensaje que resumiera sus análisis fuera –déjame que te conozca para hacerte lo que a mí me conviene–.

El estudio brevemente analizado en este artículo es una muestra de concienciación social que puede verse a la largo de su análisis y especialmente sus conclusiones así lo justifican. Los países de destino solo deben participar como cooperantes aportando recursos y facilitando la participación de los agentes sociales. Deben servir como punta de lanza, como cúspide de un iceberg que resalte, otorgue y facilite la autonomía y autogestión a la sociedad senegalesa para resolver el problema. Porque en el caso comentado son los jóvenes (varones en su mayoría como hemos visto) y las familias senegalesas las principales víctimas de la falta de información sobre el proceso migratorio, por tanto no debe quitársele el mando a la sociedad senegalesa en las funciones de prevenir y concienciar a su población sobre la migración de forma ilegal.

2. La no continuidad del apoyo institucional a proyectos sociales

En el Proyecto Infomigra, tras estar conformes con el diseño de las campañas los países de origen, a fecha de abril 2010 el proceso de implementación de las mismas en Senegal y Marruecos no tiene vistas de llevarse a cabo. Es decir, después de ser nuevamente analizada la sociedad senegalesa, realizarse presentaciones de los resultados tanto en los países de origen como en los de destino, finalizarse el diseño de campañas y su presentación en Bruselas (aunque el pro-

pio diseño no aparece en la página web), aumentar las expectativas a ambos países de origen, y haber sido gastado un presupuesto sin concretar, pero entendiéndose suficiente como para sufragar los gastos de los viajes a los socios. La implementación de las campañas se pierde entre responsabilidades gubernamentales.

Cuando ni un estudio con fines consideraciones sociales que ofrece una perspectiva distinta a otros, ni la participación e implicación de la propia sociedad del país de origen en la elaboración del estudio han estimulado a los organismos competentes a finalizar el proyecto, es cuando una pregunta revolotea con amargo sabor ¿dónde quedan las expectativas de la población senegalesa y cómo quitarle la triste sensación de haber sido nuevamente un mero *objeto de estudio*?

La respuesta a esta pregunta puede eclipsar al estudio descrito en este artículo, pues al no finalizarse el proyecto, el esfuerzo de los/as profesionales que llevan a cabo estos estudios, las expectativas creadas en las sociedades analizadas y el presupuesto empleado en estos macro-proyectos, quedan en el limbo de las buenas prácticas. Pero es más, cuando estos proyectos no llegan a su finalización y especialmente crean unas expectativas en las sociedades analizadas que se ven mermadas por su no continuidad, parecen transformarse los estudios o investigaciones sociológicas -incluso aunque alienten al dinamismo del tejido social- como copartícipes de dicho incumplimiento.

Cuando sobradamente han cumplido, incluso más que las propias entidades e instituciones que se llevan el reconocimiento, con los objetivos marcados del proyecto del que formaron parte.

Por ello es importante dar mayor publicidad a las investigaciones sociológicas que a los proyectos de los que forman parte, para desligar a las primeras de aquellos proyectos que a su inicio enarbolan con ímpetu ciertas instituciones pero después pierden su entusiasmo por finalizar o por reivindicar su finalización.

3. Necesidad de fomentar en el campo del análisis social la defensa conjunta entre trabajadores/as sociales y sociólogos/as

Retomando las conclusiones del estudio sobre el fomento del tejido social, se exponen dos campos de actuación como son la intervención comunitaria y la cooperación para el desarrollo, estrechamente relacionados con la labor de los/las trabajadores/as sociales. De esta apreciación puede extraerse como si el estudio acabado su análisis sociológico brindará en el plano de la praxis la intervención en el desarrollo de campañas a los/as trabajadores/as sociales. Y es que Sociología y Trabajo Social son dos disciplinas condenadas a entenderse. Como afirma el profesor José Manuel Fernández Fernández doctor en Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid en uno de sus artículos:

Sociología y trabajo social han mantenido unas estrechas y complejas relaciones a lo largo de su historia, si exceptuamos el lapsus de entreguerras. Relaciones estrechas que tienen su fundamento en el objeto de ambas disciplinas, interpretar la acción social e incidir en ella, respectivamente. José Manuel Fernández Fernández (1990) Pág. 25

En el campo del análisis social es la sociología la disciplina que recibe la insignia de la investigación y el trabajo social la de intervención, pero en correspondencia con el estudio comentado y el fragmento del artículo expuesto, cabe la posibilidad de apoyarse mutuamente.

Los/as sociólogos/a en sus estudios pueden –y deben– defender la labor de intervención de los trabajadores/as sociales, y estos/as a su vez, pueden –y deben– defender el trabajo de análisis de los/as primeros/as. Es el terreno de la investigación social, un campo cultivado por ambas disciplinas, donde debe fomentarse tanto en los/as trabajadores/as sociales como en los/as sociólogos/as la necesidad compartida de defenderse mutuamente.

La existencia de equipos mutidisciplinares muestra los beneficios en sus resultados y una vía para la defensa bidireccional entre trabajadores/as sociales y sociólogos/as es que los estudios sociológicos se tornen en un prólogo que abandere la intervención social de los/as trabajadores/as sociales, y estos/as, soliciten y fomenten en el análisis social el trabajo de los/as sociólogos/as.

Es una buena fórmula incluirse unos/as a otros/as en una defensa conjunta de las profesiones, para evidenciar ante las instituciones la necesidad de combinar ambas disciplinas, no solo en el terreno de la investigación sino en todos aquellos terrenos en los que deben ser imprescindibles la presencia de trabajadores/as sociales y sociólogos/as. Para defender la actuación conjunta en los campos que peligran ambas profesiones, para ampliar el ratio de acción de sociólogos/as y trabajadores/as sociales en centros educativos, sanitarios, en la propia administración pública como agentes de análisis social y de cambio.

En definitiva, reivindicar de forma conjunta los/as sociólogos/as y trabajadores/as sociales su derecho a ser principales responsables o al menos copartícipes indispensables en el análisis e intervención de la realidad social.

BIBLIOGRAFÍA

PROYECTO INFOMIGRA. *Información general*. Consultado en abril de 2010. Disponible en www.infomigra.eu.

CRUZ ROJA ESPAÑOLA “*Informe final del estudio sobre migraciones africanas hacia Europa. Estudio en Senegal*”. Consultado en abril de 2010 Disponible en www.infomigra.eu apartado de Resultados por fases. Ver “Resultados en Senegal ES.pdf”

FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, J. M. (1990). *Relaciones entre Sociología y Trabajo Social: de una visión unitaria a un pluralismo paradigmático*. Portal de Revistas científicas editadas por la Universidad Complutense de Madrid. Consultado en 2010. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/trs/02140314/articulos/CUTS9090110009A.PDF>

“SECCIÓN LIBRE”

El día a día del Trabajo Social en Salud: funciones y disfunciones

CARMEN ILLA LAHUERTA

Delegada en la Comunidad Valenciana de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Vicepresidenta de la Junta Directiva de dicha asociación. Trabajadora Social.

RESUMEN

Este artículo aporta información sobre la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, su Delegación en la Comunidad Valenciana y la jornada que celebró en noviembre 2009, cuyo lema era: “El día a día del Trabajo Social en Salud: funciones y disfunciones” y su objetivo propiciar un espacio de intercambio, análisis, reflexión y proposición sobre la práctica diaria en el campo de la salud por parte de los trabajadores sociales, para una mejor praxis profesional, una mayor atención integral, una mayor eficiencia asistencial, una mayor satisfacción de los ciudadanos y una mayor rentabilidad social de la intervención social en el ámbito sanitario.

PALABRAS CLAVE: Asociación Española de Trabajo Social y Salud, Trabajo Social en Salud, intervención social en el ámbito sanitario, práctica de los trabajadores sociales sanitarios.

ABSTRACT

This article describes the Spanish Association of Social Work and Health, the Valencian Community Delegation and the workshop that was held during November 2009. The meeting theme was: “Everyday Social Worker’s role within the Health System: Functions and Malfunctions”, with the aim of creating a space of exchange, analysis, and ways of improving the Social Worker professional practice in terms of a much more comprehensive care, greater caring efficiency and, last but not least, raising citizen’s satisfaction and achieving greater Social profitability of social intervention in the Health field.

KEY WORDS: Spanish Association of Social Work and Health, Social Work in Health, Healthy social worker’s Trainee.

CORRESPONDENCIA

cilla@ono.com

Queriendo aportar información sobre la Asociación Española de Trabajo Social y Salud y la jornada que organizamos en Valencia, el pasado noviembre de 2009, diremos que la Asociación se constituyó en el año 1986 con ámbito nacional. Con el objetivo de:

- Promover el desarrollo de actividades científicas relacionadas con el Trabajo Social en el campo de la salud, y en general con la interrelación entre la Salud y los Servicios Sociales.
- Fomentar y facilitar las relaciones entre los distintos profesionales que desarrollan su actividad en el campo de la Acción Social y de la Salud.
- Divulgar los conocimientos y aportaciones de interés para los profesionales del sector.
- Promover contactos con Organismos e Instituciones dependientes de la Administración Pública (Central, Autonómica y Local) y de carácter privado.
- Desarrollar cualesquiera otros fines de carácter científico, relacionados con la actividad del Trabajo Social en el campo de la Salud.

Entre otras actividades que desarrollamos:

- Colaboramos con las autoridades académicas y sanitarias en el estudio y elaboración de propuestas relacionadas con el área de salud. Por invitación del Ministerio de Sanidad y Política Social, participamos en Comités Técnicos, formados por representantes de distintas sociedades científicas, constituidos para participar en la elaboración de diferentes estrategias de salud (Cuidados Paliativos, ICTUS, EPOC, Salud Mental).
- Celebramos Congresos bianuales. Acabamos de celebrar el décimo Congreso en Oviedo en noviembre pasado, cuyo lema era "Innovando en el Trabajo Social Sanitario del siglo XXI" y donde se trataron temas como: el trabajo social clínico, los sistemas de registro de trabajo social sanitario, los instrumentos de medida para

la valoración social, la calidad y las acreditaciones de la calidad, los procedimientos, el diagnóstico social en salud, el trabajo social sanitario en el nivel de gestión, las carteras de servicios y la investigación en el trabajo social sanitario.

- Publicamos la Revista "TRABAJO SOCIAL Y SALUD" donde compartimos estudios, investigaciones y experiencias de nuestro trabajo con 64 números publicados hasta la fecha.
- Organizamos y participamos en sesiones y reuniones académicas, conferencias y actos culturales, en muchas ocasiones en colaboración con los colegios profesionales.

En estos momentos la Asociación cuenta con Delegaciones constituidas en Andalucía, Aragón, Asturias, Cataluña, Euskadi, Madrid y Comunidad Valenciana.

La delegación en la Comunidad Valenciana se constituyó en noviembre 2008, y como primera actividad organizó la jornada del pasado 6 de noviembre con el lema "El día a día del Trabajo Social en Salud: funciones y disfunciones" y el objetivo de propiciar un espacio de intercambio, análisis, reflexión y proposición sobre la práctica diaria en el campo de la salud por parte de los trabajadores sociales, para una mejor praxis profesional, una mayor atención integral, una mayor eficiencia asistencial, una mayor satisfacción de los ciudadanos y una mayor rentabilidad social de la intervención social en el ámbito sanitario.

En la jornada, ochenta y siete trabajadores sociales abordamos y discutimos sobre el momento actual de nuestra práctica profesional en el campo de la salud desde dos perspectivas: "las funciones y disfunciones" desde la práctica profesional y "las funciones y disfunciones" desde la organización en que trabajamos, con los siguientes bloques temáticos:

1. Nuevos campos de actuación en el campo de la salud.

2. La investigación.
3. La coordinación y el trabajo en equipo.
4. Los sistemas de registro y las nuevas tecnologías.
5. La Supervisión. La Evaluación. Programas y Protocolos.
6. Las Funciones. Los Objetivos. Los Resultados.
7. La Organización jerárquica y funcional. Los Recursos.
8. Lo público. Lo privado.

La jornada se planteó de forma participativa en tres cuerpos de actividad.

En una primera parte, Amparo Picazo presentó la Asociación Española de Trabajo Social y Salud y la constitución de la Delegación de la Comunidad Valenciana. Posteriormente, Carmen Illa presentó la jornada con una breve introducción sobre algunos aspectos del bagaje teórico de referencia, haciendo especial hincapié en aquellos conceptos que enmarcan las coordenadas de la intervención actual: Definición de Salud (diferencias entre enfoques biologicista y holista), diferencia entre trabajo social en salud y trabajo social sanitario, el diagnóstico social sanitario, el tratamiento individual, familiar y grupal de la problemática social y la investigación y prevención de los factores psicosociales. Finalmente, durante esta primera parte se emitieron una serie de opiniones, reflexiones sobre las que se proponía debatir por grupos.

En una segunda parte se reunieron los grupos constituidos en torno a los ocho bloques temáticos antes descritos realizándose la discusión-reflexión, utilizando el método de análisis DAFO, dinamizada por un miembro del grupo, a su vez representante del grupo, y un observador. La composición de cada grupo respetaba la proporcionalidad de los sectores según su procedencia laboral.

En la tercera parte de la jornada, cada representante de los ocho grupos planteó sus conclusiones, clausurándose la jornada con

el compromiso de realizar y hacer llegar a los asistentes, las conclusiones generales de la jornada, y que aportamos aquí.

Con respecto a los nuevos campos de actuación en el campo de la salud

Como aspectos negativos

- La ausencia de trabajadores sociales en las Unidades de Conductas Adictivas y en las Unidades de Salud Sexual y Reproductiva así como en los Equipos de Emergencias ante catástrofes.
- Muy poca presencia de trabajadores sociales en puestos de gestión.

Como aspectos positivos

- Nuestra presencia en los Servicios de Urgencias de los hospitales, su participación en la donación de órganos y transplantes, su participación en los cuidados paliativos, su gran presencia en los Comités de Ética Asistencial.
- Nuestra capacidad para intervenir en las patologías duales, las enfermedades raras, la preparación y acompañamiento del duelo, en la Salud laboral, para aportar en Salud pública, en los peritajes judiciales y para participar en el desarrollo del Sistema de Atención a la Dependencia.

Con respecto a la investigación

Como aspectos negativos

- Si los trabajadores sociales no consideramos la investigación parte fundamental de nuestro trabajo, se puede dar la apropiación de campos específicos del Trabajo Social por otros profesionales.

Como aspectos positivos

- Reconocemos la investigación como necesaria para planificar las atenciones futuras y la vemos fundamental para la visibilización de la intervención social sanitaria y pensamos que puede servir para conseguir recursos, cambiar mentalidades, se nos valore como profesionales y ser agentes de cambio.

Con respecto a la coordinación y el trabajo en equipo

Como aspectos negativos

- No existe regulación de la coordinación institucional socio-sanitaria, salvo en escasos casos como la Orden que establece la Hoja de Notificación para la atención socio-sanitaria infantil y la protección de menores.
- Se prima la atención individual sobre el trabajo comunitario.

Como aspectos positivos

- Tenemos la formación necesaria para ejercer como gestores y mediadores.
- La especificidad de las actuaciones en coordinación nos diferencia de otras profesiones sanitarias y de la intervención de otros trabajadores sociales fuera del campo de la salud.
- La coordinación nos ayuda a mejorar la atención integral, optimiza la utilización de recursos, rentabiliza nuestro trabajo y permite adquirir nuevos conocimientos.
- Colaborar con asociaciones enriquece nuestro trabajo y favorece la atención integral de los diferentes colectivos.

Con respecto a los sistemas de registro y las nuevas tecnologías

Como aspectos negativos

- La explotación de datos registrados para estadísticas y memorias no recoge toda la información relevante para el Trabajo Social.
- No registramos todo lo que hacemos porque erróneamente, no lo consideramos parte importante de nuestro trabajo.
- Nos preocupa que no se preserve la confidencialidad al registrar toda la información sobre el usuario.
- Hay todavía ciertas resistencias a la actualización en informática.
- Se ve como un peligro el desvirtuar la técnica de la entrevista con un mal uso del ordenador.

- Hay demasiada variabilidad en lo que se registra y en cómo.

Como aspectos positivos

- El registro informatizado facilita la explotación estadística de la actividad asistencial de los trabajadores sociales, permitiendo la investigación.
- El sistema ORION permitirá la integración de la Hª Social en la Hª Clínica en Atención especializada.
- Valoramos el registro como una fuente de información válida para nuestra intervención y que posibilita el trabajo interdisciplinar y agiliza la intervención.
- Valoramos el campo abierto que nos ofrece Internet como instrumento de trabajo para la búsqueda de información y para la coordinación a través de medios telemáticos.

Con respecto a la Supervisión. La Evaluación. Programas y Protocolos

Como aspectos negativos

- Existen muy pocos protocolos de trabajo social sanitario y no aparece la figura del trabajador social en muchos protocolos institucionales.
- La organización no establece mecanismos de evaluación pero sería inapropiado que se implantasen modelos de supervisión, evaluación, y protocolos sin conocimientos del Trabajo Social.
- No consideramos la supervisión algo importante en la práctica profesional y no tenemos establecido como prioritaria la evaluación.

Como aspectos positivos

- Trabajar por programas es una oportunidad para el trabajo en equipo.
- Valoramos la supervisión y la evaluación como herramientas metodológicas que permiten mejorar las estrategias de la intervención.

Con respecto a las Funciones. Los Objetivos. Los Resultados

Como aspectos negativos

- Consideramos que hay cierta infravaloración del Trabajo Social dentro del ámbito sanitario.
- Las funciones, objetivos y actividades de los trabajadores sociales no estén definidas en ninguna normativa y no tener definidos los objetivos y las funciones favorece el intrusismo profesional.
- Es erróneo pensar que las funciones y objetivos no estando definidos dan libertad y evitan la supervisión.

Como aspectos positivos

- Buena acogida de la figura profesional a nivel social tanto por parte de los usuarios como de la sociedad.
- La elaboración sistemática de informes y memorias permite la visibilización y la evaluación de la actividad.

Con respecto a la Organización (Jerárquica- Funcional) Los Recursos (Humanos y Materiales)

Como aspectos negativos

- No existe jerarquización funcional por departamentos de salud de los trabajadores sociales.
- Se considera más adecuada la dependencia de las gerencias.
- Incumplimiento de los Planes de Salud por parte de Consellería, especialmente en lo referente a la cobertura y creación de puestos de trabajador social en función de las ratios.
- Hay sobrecarga de trabajo administrativo, por ejemplo las tarjetas sanitarias, que desvirtualiza la función del trabajo social.
- Se da en algunas ocasiones, atribución de funciones de Trabajo Social a otras profesiones, por ejemplo la figura de enfermera de enlace.

Como aspectos positivos

- La participación de los trabajadores sociales en el desarrollo de Programas de Salud.
- La participación en las Comisiones de Calidad en atención primaria, en las Comités de Ética Asistencial departamentales y otros órganos de participación.
- La participación en la elaboración de Planes de Salud y en protocolos como el de Violencia de Género y el IMAD.
- La disponibilidad de nuevas herramientas de trabajo.
- La formación polivalente y el gran conocimiento legislativo.
- El ser expertos en los circuitos asistenciales de los otros sistemas de protección.

Con respecto a lo público y lo privado

Como aspectos negativos

- La existencia de lo público-privado dificulta la coordinación.
- El que la Administración contrate servicios privados en sustitución de los públicos.

Como aspectos positivos

- Las Asociaciones y ONG'S sin ánimo de lucro cumplen una función social y reivindicativa y cubren espacios donde no existen recursos públicos.

A la jornada asistieron 87 personas de las 100 inscritas, lo que se considera una alta participación.

Por último, decir que esta iniciativa de la asociación ha sido positiva ya que ha supuesto un espacio de encuentro e intercambio para profesionales de una disciplina como el Trabajo Social, que en muchos casos trabajan echando en falta apoyos técnicos, referentes metodológicos y tiempo para la reflexión y este encuentro les ha permitido, en muchos casos, reafirmarse o redimensionar su propio trabajo del día a día.

“LIBROS”

Qué pensiones, qué futuro. El estado de bienestar en el siglo XXI

ETXEZARRETA, MIREN; IDOATE, ELENA; IGLESIAS, JOSÉ Y JUNYENT, JOAN

Icaria Editorial

FICHA

Título: qué pensiones, qué futuro. El estado de bienestar en el siglo xxi

Autor: Etxezarreta, Miren; Idoate, Elena; Iglesias, José y Junyent, Joan

Editorial: Icaria Editorial

Fecha de edición: 2010 [1ª edición]

Nº de Páginas: 167

ISBN: 978-849888-125-7

DAVID MUÑOZ RODRÍGUEZ

Colegio Trabajo Social de Valencia

Entre los debates que las sociedades occidentales tienen abiertos, el del modelo de estado de bienestar es, sin dudarlo, uno de los más importantes. Son varias las cuestiones que hay que abordar y resolver; se trata de cuestiones como el modelo de gestión, la amplitud de la cobertura y la viabilidad económica. Dentro de este debate sobre el estado del bienestar, las pensiones son objeto de discusiones que se llevan a cabo en distintos ámbitos: en el ámbito académico, por ejemplo, se discute su viabilidad y los distintos modelos de gestión; en el ámbito laboral y político las cotizaciones y la edad de jubilación son dos de los aspectos que enfrentan a los distintos agentes sociales.

El libro *Qué pensiones, qué futuro* está firmado por economistas de lo que se ha dado en llamar economía crítica. Algunos de los autores, como Miren Etxezarreta y José Iglesias, además de tener un reconocido prestigio entre los economistas críticos, llevan años alimentando con sólidos argumentos y propuestas los debates sobre el estado de bienestar en el contexto de la globalización capitalista.

En esta ocasión los autores se centran en el debate sobre las pensiones. En las páginas del libro se exploran las tesis de aquellos que plantean reformar los sistemas de pensiones para dar mayor protagonismo al sector privado. Mediante un razonado desarrollo, se pone en tela de juicio que existan motivos suficientes para recortar el sistema público de pensiones en favor de un modelo privado. Según los autores y autoras, mientras se duda sistemáticamente del futuro del sistema público, no se pone en cuestión el sistema privado: éste, en 2008, por los efectos de la crisis, provocó una pérdida importante en el patrimonio de los fondos privados de pensiones, mientras que el sistema público español sigue manteniendo un superávit, de 8.500 millones en 2009 y un fondo de reserva que lleva años aumentando. Entre otras cosas, nos recuerdan en las páginas del libro, hay que tener en cuenta que los informes que alertan de la debilidad del sistema público y defienden el modelo privado, la mayoría de las veces están elaborados o encargados por las entidades financieras que se beneficiarían de una hipotética reforma.

Se trata de un libro riguroso y necesario. Ante el alarmismo y la situación de excepción que los medios de comunicación pretenden crear alrededor de un tema tan importante como las pensiones, el presente texto se configura como una fuente de la que obtener información de contraste.

ADICCIÓN-OFF

Una mirada profesional al campo de las adicciones

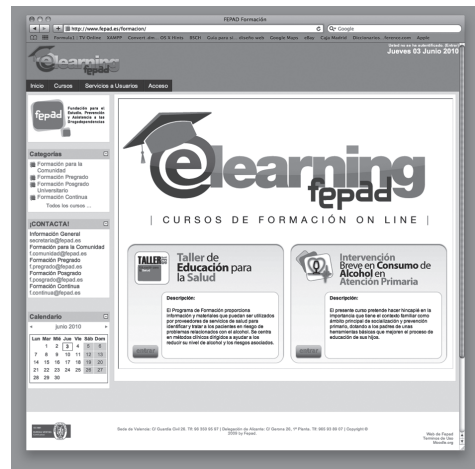
FEPAD. Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias

Formación desde FEPAD

Como área de trabajo prioritaria, la FEPAD dirige su formación a distintos colectivos profesionales con la finalidad de conformar una red de expertos formados y actualizados en materia de drogodependencias.

Siguiendo las premisas que en materia de formación marca el Plan Estratégico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Valenciana 2006-2010, la formación diseñada desde FEPAD se entiende como un proceso continuo, en el que se distingue:

- Formación comunitaria: orientada a formar en materia de adicciones a los agentes sociales-comunitarios clave.
- Formación pregrado: dirigida a la adquisición de los conocimientos y habilidades que permiten una futura práctica profesional.
- Formación posgrado: con una especialización de contenidos en un área concreta del ejercicio profesional.
- Formación continua: donde se establece un aprendizaje continuado en relación a los campos de conocimiento relacionados con la propia práctica profesional.



La FEPAD ha querido avanzar en materia formativa, ofreciendo el **Centro e-Learning Fepad**, el cual nace con el espíritu de aprovechar todos los recursos que las nuevas formas de comunicación y las nuevas tecnologías nos ofrecen en el campo de la formación. Aunando disponibilidad cercanía y facilidad junto a la garantía y seriedad, la plataforma ofrece cursos, seminarios, talleres y monográficos de carácter básico y/o especializados dirigidos a aquellos profesionales vinculados al campo de las drogodependencias. Todo esto se realiza



con el objetivo de consolidar una red de agentes formados y capacitados para hacer frente a las consecuencias derivadas del consumo de drogas tratándolas desde la prevención, la asistencia y la reinserción.

Fepad y el Colegio de Trabajadores Sociales: formando a profesionales

La Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias, FE-PAD, y el Colegio de Trabajadores Sociales de Valencia incorpora dentro de sus líneas de colaboración, la formación y especialización de trabajadores sociales en el campo de las adicciones tóxicas.

El trabajador social encuentra en la oferta formativa de FEPAD el Diploma de Especialización en Drogodependencias para Trabajadores Sociales con 150 horas de formación, al que se le unirá el próximo año cursos de especialización.

El objetivo de ambas instituciones, a través de esta formación especializada, es promover la incorporación y acreditación de nuevos profesionales del área de trabajo social al campo de la prevención, investigación y asistencia en conductas adictivas, manteniendo la idiosincrasia de la propia disciplina.

Desde la vertiente interdisciplinar que caracteriza al trabajo social, el Diploma de Especialización ofrece a sus participantes la posibilidad de abordar áreas temáticas

clave para asegurar un buen ejercicio profesional, tales como: Legislación básica y red de centros y servicios en materia de drogodependencias, Las conductas adictivas desde una vertiente social: el espacio del trabajador social, Prevención del consumo de drogas, Asistencia a las drogodependientes, Reinserción social de los drogodependientes, Reducción y evitación de daños, Valoración y apoyo en drogodependencias, Actualización en metodologías de intervención y Actualización en metodologías de investigación.

El trabajador social en el campo de las adicciones

Frente a la complejidad de las problemáticas sociales actuales se hace necesario el abordaje multidisciplinar de las mismas, que nos permita dimensionar los fenómenos en toda su complejidad. No creemos que sea el momento de realizar un alegato en defensa del papel del trabajador social en el campo de las drogodependencias, pero cierto es que llegado la oportunidad no está de más recordar que el origen bio-psico-social de cualquier trastorno adictivo requiere de abordajes más circulares y menos lineales. Pero, para ello, se hace necesario la capacitación permanente del trabajador social, su reciclaje continuo y su profesionalización en un campo de trabajo enormemente cambiante y variado.

No dejes pasar la oportunidad y conoce nuestro centro de formación

WWW.FEPAD.ES





Trabajo Social y Servicios Sociales

TARIFAS:

- Suscripción anual: 15€
- Número suelto: 10€

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE:

DIRECCIÓN:

POBLACIÓN:

CÓDIGO POSTAL:

E-MAIL:

TELÉFONO:

N.I.F.:

DATOS BANCARIOS

TITULAR DE LA CUENTA:

ENTIDAD BANCARIA:

DIRECCIÓN:

POBLACIÓN:

CÓDIGO POSTAL:

NÚMERO DE CUENTA:

FECHA

FIRMA

ENVIAR ESTE BOLETÍN A:

Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales
C/ Franco Tormo, nº3, bajo izquierda · 46007 Valencia

normas de publicación

PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

INDICACIONES GENERALES A LOS AUTORES

- Los artículos de "A fons" y "Secció Lliure" tendrán una extensión de 15 a 20 folios (letra Times New Roman nº 12, interlineado 1'5). Para la sección "Pràctica" tendrán una extensión máxima de 12 folios.
- Para la reseña de libros la extensión máxima será de 2 folios, especificándose el autor, título, editorial, lugar, fecha de publicación de la obra y ISBN, así como foto escaneada de la portada y datos de quien realiza la reseña (apellidos, nombre y correo electrónico).
- Los artículos tendrán que presentarse en documento Word.
- Las referencias bibliográficas se pondrán a final del texto, siguiendo el orden alfabético. Sólo se recogerán los autores expresamente citados en el texto. Si el autor del artículo lo considera oportuno podrá recoger bibliografía recomendada. Se recomienda no exceder de 10 referencias bibliográficas. Se presentará en el siguiente formato: Apellido/s del autor en mayúscula, nombre del autor/es en minúscula; año de publicación entre paréntesis seguido de dos puntos; título del libro subrayado o en cursiva; Editorial; lugar de publicación.
- Las notas de los autores irán a pie de página.
- Los artículos irán precedidos de un breve resumen en español e inglés que no exceda de las 10 líneas.
- Los artículos incluirán título en español e inglés.
- Se relacionarán las "palabras claves" también en español e inglés para facilitar la identificación informática.
- Se incluirá breve reseña del autor con nombre, estudios, profesión, lugar de trabajo y dirección de correo electrónico así como autorización para publicarlo o no.
- Los trabajos presentados deben de ser originales, no podrán haber sido publicados con anterioridad.

El comité de redacción se reserva el derecho de modificar la forma del artículo.

El comité de redacción no se identifica necesariamente con el contenido de los artículos publicados.