

MAYO 2013. 2º cuatrimestre
ISSN 1134-0091 / www.comtrabajosocial.com

TRABAJO SOCIAL HOY

REVISTA
EDITADA
POR EL
COLEGIO
OFICIAL
DE
TRABAJADORES
SOCIALES
DE
MADRID

69

SERGIO ANDRÉS CABELLO | LAURA PONCE DE LEÓN
CONCEPCIÓN CASTRO | FRANCISCO JAVIER GARCÍA
SERGIO MAGLIO | FRANCISCO IDARETA | PAULA GARCÍA
MIRENTXU MARÍN

TRABAJO SOCIAL HOY | Segundo Cuatrimestre de 2013 | número 69

Directora/Executive Editor

Laura Ponce de León Romero
lponcedeleon@comtrabajosocial.com

Secretaria/Publishing Editor

María de Gracia Ruiz López
publicaciones@comtrabajosocial.com

Consejo de Redacción/Review Editors

Concepción Castro Clemente (A3TS)
Marta Escudero Iglesias (Asociación Española Contra el Cáncer)
José Luis Fernández-Pacheco Sáez (Universidad Complutense de Madrid)
Francisco Javier García Castilla (Universidad Nacional de Educación a Distancia)
Yolanda García Fernández (Ayuntamiento de Madrid)
Susana González Chacón (Hartford)
Eduardo Gutiérrez Sanz (Provienda)
María Rosario Luis-Yagüe López (Asociación Española de Trabajo Social y Salud-AETSYS)
María Concepción Vicente Mochales (Universidad Complutense de Madrid)

Comité Científico Asesor/Advisory Board

Andrés Arias Astray (Universidad Complutense de Madrid)
Blanca Azpeitia García (Ayuntamiento de Madrid)
Tomás Fernández García (Universidad Nacional de Educación a Distancia)
Manuel Gil Parejo (Universidad Pontificia Comillas)
Puerto Gómez Martín (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología SEGG)
Gregoria Hernández Martín (Universidad Complutense de Madrid)
Eva Margarita Moya (Universidad de Texas en El Paso)
Darío Pérez Madera (Samur Social)
Xiomara Rodríguez de Cordero (Universidad de Zulia -LUZ- Venezuela)

Junta de Gobierno/Governing Board

Decano: Manuel Gil Parejo
Vicedecana: Mar Ureña Campaña
Secretaria: Agustina Crespo Valencia
Tesorera: María Isabel López Serrano
Vocales: Gema Gallardo Pérez, Daniel Gil Martorell, Ruth Mendoza García, María José Planas García de Dios, Laura Ponce de León Romero, José Ignacio Santás García

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJADORES SOCIALES DE MADRID

Gran Vía, 16. Madrid 28013. España
publicaciones@comtrabajosocial.com
Teléfono 91 521 92 80- Fax 91 522 23 80 - www.comtrabajosocial.com

Diseño y maquetación: Carmen de Hijes

Impresión: Industrias Gráficas de Afanias. Aeronáuticas 15. Alcorcón (Madrid)

Editada en Mayo 2013

Depósito Legal: M-36315-1993

ISSN: 1134-0091

ISSN electrónico: 2340-2539

D.O.I. prefix: 10.12960

sumario contents

Presentación | Presentation **[5-6]**

Artículos | Articles **[7-96]**

Dossier: Trabajo Social con Familias | Dossier: Social Work with Families

Rompiendo la hucha familiar: Estado de Bienestar y familia en España,
en un escenario de crisis sistémica
Breaking the Family Piggy Bank: the Welfare State and families in Spain,
in a situation of systemic crisis
Sergio Andrés Cabello y Laura Ponce de León Romero 7-20

La influencia de la familia en el desarrollo y adquisición de actitudes violentas y
agresivas en la infancia y juventud
The influence of family in the acquisition and development of violent and aggressive
attitudes during childhood and youth
Concepción Castro Clemente y Francisco Javier García Castilla..... 21-30

Aborto despenalizado en Uruguay: La nueva Ley y los desafíos para el Trabajo Social
Decriminalized abortion in Uruguay: The new Law and new challenges for the field of
social work
Sergio Maglio Dudois 31-38

Interés profesional | Professional interest

Teorías éticas en el Trabajo Social: Cuestionario de Autoevaluación Ética (C-AE)
Ethical Theories in Social Work: Ethical Evaluation self-test (EES-T)
Francisco Idareta Goldaracena 39-56

Intervención profesional | Professional intervention

Estudio del funcionamiento del Servicio de Ayuda a Domicilio en Majadahonda
Study on the functioning of the Home Assistance Service in Majadahonda
Paula García Martín..... 57-80

Adicciones que dificultan las tareas profesionales
Addictions that interfere with work
Mirentxu Marín Malo..... 81-96

Reseñas | Reviews

[97-98]

- Título del libro: Diccionario de Trabajo Social
Book title: Dictionary of Social Work
Autores: Tomás Fernández, Rafael de Lorenzo y Octavio Vázquez
Reseña realizada por Manuel Gil Parejo..... 97-98

Información profesional | Professional information

[99-150]

- Los representantes de los trabajadores sociales de los países más afectados por las políticas de austeridad se reúnen en Bruselas
The representatives of social workers from the countries most affected by austerity measures meet in Brussels..... 99-100
- Informe sobre los Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid
Report on Social Services in the Community of Madrid 101-132
- Privatización de los Servicios Sociales de Atención Primaria
Privatisation of Primary Social Care Services 133-136
- Aportaciones del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid desde el Trabajo Social Sanitario para la sostenibilidad del sistema sanitario madrileño
Contributions by the Professional Association of Social Workers of Madrid, from the Social Work in Healthcare Settings sector, regarding the sustainability of Madrid's healthcare service..... 137-144
- Celebración del Día Mundial del Trabajo Social 2013: Promoviendo la igualdad social y económica
Celebrating World Social Work Day 2013: Promoting Social and Economic Equalities..... 145-146
- Trigésimo Aniversario del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid
Thirtieth Anniversary of the Professional Association of Social Workers of Madrid 147-150

Afrontamos la publicación de un nuevo número de la Revista Trabajo Social Hoy, desde un contexto económico-social convulso y cargado de incertidumbre profesional. Por un lado la política de recortes adoptada por algunos países de la Unión Europea está dejando desprotegidos a los sectores más vulnerables de la población; y por el otro, la oleada de privatizaciones en España que no solo está desmantelando el Estado de Bienestar, sino que está acabando con miles de puestos de trabajo necesarios en tiempos de crisis. Nos enfrentamos a una crisis económica motivada por una crisis ideológica, donde el neoliberalismo pretende una vez más, como lo ha intentado en otras ocasiones, acabar con las conquistas sociales conseguidas en nuestro país durante los últimos treinta y cinco años de democracia.

Pero los trabajadores sociales no nos rendimos, seguimos luchando por mantener las estructuras que con mucho esfuerzo fueron creadas en los años ochenta por nuestros/as queridos/as colegas y que han permitido mejorar la calidad de vida de miles de ciudadanos. La sección de noticias está cargada de algunas de las numerosas medidas y reivindicaciones que se están realizando para intentar detener el desmantelamiento de las políticas sociales y seguir luchando en la defensa de los principios y valores que siempre han fundamentado nuestra profesión; la justicia social, la igualdad o la equidad.

La falta de sensibilidad política, la carencia de alternativas económicas dinamizadoras de creación de empleo y los recortes en el gasto social para atender las necesidades más básicas de la población, están provocando un aumento de problemáticas sociales, además de fomentar el debilitamiento de las estructuras profesionales para atenderlas.

En estos momentos, la función de los trabajadores sociales es imprescindible en la búsqueda de una solución económica y social, que permita mejorar la calidad de vida y alentar el desarrollo personal de miles de familias. Por este motivo hemos creído oportuno dedicar el apartado de dossier al Trabajo Social con familias, para tratar diversos temas de actualidad; el primer artículo describe los cometidos que realiza la familia en la situación actual de crisis, el segundo; la influencia de la familia en la generación de actitudes violentas durante la infancia, y por último, se plantea el caso concreto de la despenalización del aborto en Uruguay, un debate que está generando polémica en los países latinoamericanos en estos momentos.

En el apartado de interés profesional se ha seleccionado un artículo que aborda el tema de la ética en Trabajo Social, y en el de intervención profesional, se tratan los contenidos profesionales vinculados al Servicio de Ayuda a Domicilio y sus principales aportes en la mejora de la calidad de vida de las personas dependientes, abordándose también las consecuencias del uso de las drogas durante las tareas profesionales como un factor de riesgo laboral.

En el apartado de reseñas aparece referenciado el nuevo Diccionario de Trabajo Social, publicado por la Editorial Alianza, una de las más prestigiosas editoriales españolas, cubriéndose un importante vacío que tenía la profesión, ya que hasta la fecha no se había publicado ningún diccionario con las condiciones de calidad y profesionalización que ofrece la editorial: 1365 voces y 146 autores procedentes de 35 universidades e instituciones públicas y privadas de numerosos países: España, México, Colombia, Argentina, Costa Rica y Estados Unidos, entre otros. El diccionario es una muestra más de la madurez que ha adquirido la profesión y de la trascendencia de una visión plural en el desarrollo del conocimiento. Su realización contribuye a mejorar la presencia del Trabajo Social en el ámbito académico y profesional al ofrecer un producto habitual en otros campos de las ciencias sociales.

ROMPIENDO LA HUCHA FAMILIAR: ESTADO DE BIENESTAR Y FAMILIA EN ESPAÑA, EN UN ESCENARIO DE CRISIS SISTÉMICA

BREAKING THE FAMILY PIGGY BANK: THE WELFARE STATE AND FAMILIES IN SPAIN, IN A SITUATION OF SYSTEMIC CRISIS

Sergio Andrés Cabello

Laura Ponce de León Romero

(1) *Universidad de La Rioja (UR)*

(2) *Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)*

Resumen: La situación de crisis sistémica que se viene desarrollando desde 2008 ha puesto de manifiesto las debilidades del Estado de Bienestar español. La masiva destrucción de puestos de trabajo y la precarización del empleo han dado lugar al incremento de las demandas sobre las instituciones. Sin embargo, debido a sus características, de nuevo son los agentes informales, especialmente la familia, los que están siendo el dique de contención de unos efectos aún más negativos de la crisis, no siendo un hecho coyuntural sino estructural. Pero la crisis puede dar lugar a que diferentes aspectos de la solidaridad familiar no se desarrollen en futuras generaciones, lo que nos lleva a reflexionar sobre el propio devenir del Estado de Bienestar español y el papel que juega la familia en su configuración.

Palabras Clave: Familia, Estado de Bienestar, Crisis, Solidaridad Familiar.

Abstract: The systemic crisis that became evident in 2008 has underscored the weaknesses of Spain's welfare state. The massive destruction of jobs and the growing precarization of the remaining employment opportunities have resulted in increased demands being made on the country's institutions (Sabater and Andrés, 2010). However, due to their characteristics, it is once again the informal agents, especially the family, that are offering protection against the negative effects of the economic and social crisis, as it becomes increasingly obvious that the situation is not circumstantial but rather structural. But the crisis may end up preventing different aspects of family solidarity from being available in future generations, which makes it necessary for us to reflect on the future of the Spanish Welfare State and the role that families play in it.

Key Words: Family, Welfare State, Crisis, Family Solidarity.

| Recibido: 14/01/2013 | Revisado: 09/04/2013 | Aceptado: 04/05/2013 | Publicado: 31/05/2013 |

*Correspondencia: Sergio Andrés Cabello. Universidad de La Rioja. Edificio Filologías. Despacho 102.
C/ San José de Calasanz, s/n. 26004 Logroño. La Rioja. Tfno. 941299790. Email: sergio.andres@unirioja.es.*

1. INTRODUCCIÓN

La crisis sistémica que comenzó en 2008 está teniendo unas consecuencias dramáticas sobre el conjunto de la población española. Este proceso se ha recrudecido a partir de 2010, acelerándose la destrucción de puestos de trabajo, la precarización del empleo y el empeoramiento de los niveles de vida. Los indicadores no pueden ser más elocuentes: la tasa de paro del tercer trimestre de 2012 alcanzó el 25,02 %, 5 778 100 personas¹; la cifra de la población en riesgo de exclusión social se ha situado en 2012 en el 21,2 %², advirtiéndose desde distintos organismos que el escenario futuro es mucho más preocupante³; y, finalmente, uno de los datos más alarmantes es el de los hogares en los que todos sus miembros activos están en paro, cifra que en el tercer trimestre de 2012 fue de 1 737 900, el 9,65 % de los hogares españoles⁴.

El número de indicadores de exclusión se extiende ampliamente reflejando una realidad social en la que crece la desigualdad y en la que cada vez un mayor número de personas, sobre todo las provenientes de las clases medias, comienzan a engrosar una lista, la de pobres, en la que nunca imaginaron estar. El presente artículo analiza cómo la familia se constituye como el principal baluarte para evitar caer en esta situación. Este hecho es una de las respuestas a la configuración del modelo de Estado de Bienestar español que, estructuralmente, ha derivado a redes informales, especialmente la familia, algunas de sus competencias. Sin embargo, la crisis en la que nos encontramos inmersos está poniendo en riesgo este modelo, y no solo en lo que afecta a los recortes del Estado de Bienestar (Fernández, 2012). Y es que numerosos colectivos no van a poder respaldar a sus descendientes como lo han hecho con ellos sus padres y abuelos. Nuestra hipótesis es que, en un escenario de reducción del nivel de ingresos, del ahorro, de endeudamiento financiero (especialmente por la compra de la vivienda) y de inestabilidad laboral, las familias no van a contar con esa “hucha” que poseen las generaciones que forman el grueso de la clase media asentada de nuestro país.

El presente artículo se divide en los siguientes apartados: la función solidaria de la familia; las características del Estado de Bienestar español y sus debilidades (fundamen-

1 *Encuesta de Población Activa (EPA)*, Tercer Trimestre 2012, Instituto Nacional de Estadística (INE): <http://www.ine.es/jaxiBD/menu.do?L=0&divi=EPA&his=0&type=db>. Fecha de consulta 25 enero 2013.

2 *Encuesta de Condiciones de Vida*, 2012, Instituto Nacional de Estadística (INE): <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

3 Como una muestra de este hecho, a finales de 2012 Intermon Oxfam presentó un informe, “Crisis, desigualdad y pobreza”, en el que señalaba que en el año 2022 España podría alcanzar los 18 millones de pobres, un 38 % de la población: http://www.intermonoxfam.org/sites/default/files/articulos/adjuntos/Informe_IO_Crisis_desigualdad_y_pobreza.pdf

4 *Encuesta de Población Activa (EPA)*, Tercer Trimestre 2012, Instituto Nacional de Estadística (INE): <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0312.pdf>

talmente aquellas en las que se apoya en la familia); y por último, unas conclusiones en las que se analizan nuestras hipótesis de partida, presentando un escenario futuro en la relación entre familia, solidaridad familiar y Estado del Bienestar español.

2. FAMILIA Y SOLIDARIDAD FAMILIAR

Desde determinados sectores, caracterizados por una ideología conservadora, se ha señalado a la “crisis de la familia” como una de las causas centrales de la situación negativa, bajo su punto de vista, de la sociedad. Es obvio que la familia, como institución, ha cambiado en las últimas tres décadas en España, especialmente debido a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y a la ruptura de los roles sexuales. Las estrategias de acceso a la maternidad y la reducción de la natalidad, el divorcio, el reconocimiento de las uniones entre personas del mismo sexo, el individualismo y el debilitamiento de los lazos familiares, etc., han dado lugar a nuevos modelos de familia que conviven con la familia nuclear, que sigue siendo mayoritaria (Fernández y Ponce de León, 2011: 33-38). ¿Significa este proceso que la familia ha perdido sus funciones? No, aunque sí se han producido algunos cambios en las mismas, siendo los más relevantes la legitimación de las relaciones sexuales y la procreación, antes determinadas exclusivamente por el matrimonio.

Las transformaciones en la familia también proceden de la individualización de la sociedad y de la constitución de la “familia negociadora”, en la que las relaciones se basarían en mayor medida en la afectividad, en la elección de las relaciones y en el cuidado de las mismas: “un aspecto central de los cambios asociados a la emergencia de la familia negociadora es que las relaciones entre los miembros están socialmente menos prefijadas y existe mayor margen para acordar entre las partes el contenido de la relación” (Meli, 2011: 19).

La familia sigue siendo el aspecto más valorado por la sociedad española, como muestran diferentes barómetros mensuales del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

La familia ocupa el primer lugar con una valoración de “muy importante”, situándose por encima de los nueve puntos. Hay que destacar la enorme diferencia existente con otros aspectos como la religión y la política. Únicamente el trabajo, un bien escaso, se encuadra entre los aspectos más valorados, junto a otros más informales como son los amigos y el tiempo libre.

Pero no solo el valor concedido a la familia es muy elevado, sino que también lo son los niveles de satisfacción con la vida familiar. Por ejemplo, en diciembre de 2010, el 75,3 % de los encuestados señalaron que era uno de los dos aspectos que le producían mayor

satisfacción. El siguiente fue la salud o forma física, con un 33 %⁵. En septiembre de 2010, y en una escala de cero a diez, siendo cero “completamente insatisfecho/a” y diez “completamente satisfecho/a”, la vida familiar o relaciones familiares se situaban en 8,59, mientras que el segundo puesto lo ocupaban las relaciones de pareja, con 8 puntos⁶. Este dato no ha sufrido cambios ya que en octubre-noviembre de 2004, el 52,8 % de los encuestados señalaban que se sentían muy satisfechos con su familia, ocupando la salud o forma física el segundo puesto con el 22,6 %. Además, un 43,9 % indicaron sentirse bastante satisfechos con su familia⁷.

TABLA 1. GRADO DE IMPORTANCIA DE DIFERENTES ASPECTOS (0-10, SIENDO 0 “NADA IMPORTANTE” Y 10 “MUY IMPORTANTE”), 2012 Y 2011

	Barómetro octubre 2012	Barómetro octubre 2011
La familia	9,66	9,63
El trabajo	8,76	8,78
Los/as amigos/as	8,08	7,93
El tiempo libre	7,63	7,64
Las asociaciones, clubes, y otras actividades deportivas	4,53	4,86
La religión	3,93	4,14
La política	3,75	3,76

Fuente: Elaboración propia. Basado en: “Estudio n.º 2960”, *Barómetro de octubre*, Octubre 2012 y “Estudio n.º 2914”, *Barómetro de octubre*, Octubre 2011, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Es decir, la familia ocupa un lugar central en la sociedad y es el aspecto con el que los españoles se sienten más satisfechos. Estos datos cuestionan la denominada “crisis de la familia”, sin negar que se han producido cambios, redefiniéndose sus funciones. Incluso una de ellas, la solidaridad familiar, ha ganado protagonismo en un escenario como el actual. Esta función ha contado con una gran trascendencia en sociedades como la española, por lo que será explicada en el siguiente epígrafe, siendo un elemento mitigador de los efectos de la crisis para gran parte de la población: “la familia española parece amortiguar el impacto de la crisis. A pesar de que dentro de ella se habían iniciado nuevas formas y dinámicas de organización más individualistas, la crisis parece reforzar los mecanismos de solidaridad intrafamiliar” (Martínez y García, 2012: 138).

Por lo tanto, la crisis habría ensalzado el papel de la solidaridad familiar para la consecución de las necesidades de la población, sin olvidarnos que en España, como en otras sociedades, esta ha existido siempre: “en nuestro país, las experiencias de crisis

5 “Estudio n.º 2856”, *Barómetro de diciembre*, Diciembre 2010, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

6 “Estudio n.º 2844”, *Barómetro de septiembre*, Septiembre 2010 (CIS).

7 “Estudio n.º 2578”, *Opiniones y actitudes sobre la familia*, Octubre-Noviembre 2004 (CIS).

anteriores han demostrado que la solidaridad intrafamiliar ha sido el mayor recurso de resistencia para la población afectada por el desempleo y la quiebra del patrimonio doméstico” (Vidal et al, 2011: 184). Pero no solo en situaciones excepcionales y de crisis, desempleo, etc., también en los momentos de bonanza la solidaridad familiar ha jugado papel determinante, principalmente por tres motivos:

- *Estabilidad ante la incertidumbre de la emancipación:* el retraso de este proceso en España está relacionado con el acceso tardío al mercado laboral y a la vivienda. Ante el riesgo de exclusión social y las dificultades a las que se enfrentan los jóvenes, las familias permiten a este colectivo mantener los niveles de bienestar adquiridos hasta que consiguen independizarse (Meli, 2011: 135).
- *Ayuda financiera para el establecimiento de un proyecto de vida:* las familias han prestado dinero, o directamente lo han entregado, para que los jóvenes, una vez incorporados al mercado de trabajo y de la vivienda, tengan menos dificultades. Es interesante observar cómo este proceso se vincula a una estabilidad o a un proyecto de vida, especialmente familiar. Igualmente, los padres han sido avalistas en numerosos préstamos hipotecarios.
- *Cuidados:* la familia ha facilitado la ayuda necesaria a los integrantes de la misma. Los abuelos han cuidado de los nietos, sobre todo por la incorporación de la mujer al mercado laboral, especialmente ante la escasez de plazas de guarderías o ausencia de recursos económicos. Cuando los niños son escolarizados son los abuelos los encargados de recogerlos e incluso de darles de comer en sus domicilios. También habría que señalar el cuidado y la atención a los mayores, cuyo peso ha recaído fundamentalmente en la mujer.

Sin embargo, es necesario también indicar el tipo de familias que han podido prestar este apoyo y solidaridad familiar. Nos estamos refiriendo, en gran medida, a aquellas que nacieron tras la Guerra Civil y que tuvieron sus descendientes a partir del *baby boom*. Son generaciones que vivieron un proceso de cambio, adquiriendo nuevos niveles de vida, con un concepto de la movilidad social muy interiorizado. Muchos de sus integrantes procedían del *éxodo rural* y fueron protagonistas del crecimiento urbano. Son también las mujeres que comenzaron a incorporarse al mercado laboral, coincidiendo con el desarrollo del sector servicios. Adquirieron viviendas en mejores condiciones que sus hijos, estando pagadas ya desde hace mucho tiempo.

En definitiva, son generaciones que han podido ayudar a sus descendientes porque no han tenido grandes deudas que afrontar; han contado con empleos estables, con una carrera profesional (y en no pocos casos los dos miembros de la pareja); y han podido ahorrar. El sueño ideal de la clase media hecho realidad, una promesa de futuro que sus hijos y nietos no están viendo cumplida.

Este marco intensifica la solidaridad familiar, que también se daba desde generaciones anteriores, especialmente en virtud de la obligatoriedad de los lazos y vínculos de parentesco. Los mecanismos de socialización no han variado y la familia todavía sigue siendo una institución clave a la hora de solicitar y buscar ayuda. De nuevo los estudios del CIS nos muestran cómo está interiorizado este hecho (ver Tabla 2).

TABLA 2. GRADO DE CONFIANZA, EN CASO DE QUE LAS COSAS VAYAN MAL, EN LA AYUDA DE LOS SIGUIENTES GRUPOS U ORGANIZACIONES, 2010 (%)

	Mucho	Bastante	Poco	Nada	N.S.	N.C.
Su familia	69,5	23,4	4,0	2,3	0,6	0,2
Sus amigos/as	27,6	43,1	21,3	5,8	1,7	0,4
Sus vecinos/as	6,4	22,1	37,9	29,0	4,2	0,4
Organizaciones religiosas	4,6	21,7	30,8	36,3	6,2	0,4
Organizaciones de ayuda o voluntariado	4,3	23,0	35,4	27,2	9,4	0,6
Instituciones u organizaciones públicos	2,4	16,5	41,7	31,7	7,3	0,4

Fuente: "Estudio n.º 2856", *Barómetro de diciembre*, Diciembre 2011, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Como se puede apreciar en la Tabla 2, un elevado grado de confianza en que la familia ayude en caso de dificultad se impone de manera abrumadora sobre el resto de grupos u organizaciones. Igualmente relevante es el hecho de que la confianza en las instituciones públicas se encuentre en último lugar, y con mucha diferencia sobre las agencias informales. Es, sin duda, un indicador también de la debilidad del Estado de Bienestar español, ya que refleja una cierta desconfianza hacia estas organizaciones.

La trascendencia de la familia y del conjunto de las redes informales (amigos y vecinos principalmente) para facilitar apoyo a las familias en caso de necesidad, reflejan el debilitamiento de las opciones más formales.

Según los datos aportados en la Tabla 3, prácticamente la totalidad de los encuestados podría contar con alguien de su familia o red de amigos y conocidos para ser cuidados si cayesen enfermos, y para hablar en caso de tener un problema o sentirse deprimidos. Es decir, las funciones centrales de la familia, vinculadas a los cuidados y a la afectividad estarían cubiertas. Sin embargo, el porcentaje de encuestados que no podrían disponer de alguien para cuidar a sus hijos alcanzaba el 12,3 %. Una posible explicación a este hecho puede deberse a que los familiares no vivan en las mismas localidades. El 13 % también manifiestan que no tendrían ninguna persona en su entorno que les pudiese prestar dinero en caso de necesidad. Mientras que un 26 % indica que no podría recurrir a alguien de su círculo informal para ayudarlo a encontrar trabajo.

TABLA 3. PERSONAS QUE NO TENDRÍAN A NADIE A QUIÉN ACUDIR (%), 2010

	%
Que le ayudara/n a encontrar un trabajo	26,0
Que le prestara/n dinero en caso de necesidad	13,0
Que cuidara/n de sus hijos/as menores (o si no los tiene, en el caso de que los tuviera)	12,3
Hablar en caso de tener un problema, sentirse triste o deprimido/a	3,2
Que le cuidara/n en el caso de que cayera enfermo/a	1,8

Fuente: Elaboración propia. Basado en "Estudio n.º 2844", *Barómetro de septiembre*, Septiembre 2010, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Como podemos observar, el entorno cercano, con la familia en primer término, es un asidero fundamental de los individuos ante dificultades y necesidades. En este sentido, una gran parte de los encuestados en el mismo estudio prefieren acudir a la ayuda familiar que a la de otras instituciones. Por ejemplo, ante la afirmación "Cuando una persona no pueda valerse por sí sola, es preferible recurrir a ayudas de los Servicios Sociales antes que a la familia", el 60,3 % se mostraron "Poco de acuerdo" o "Nada de acuerdo", frente a un 22,4 % que se situaban en el "Muy de acuerdo" o "Bastante de acuerdo". En el caso de "Si se necesita pedir dinero prestado, es preferible acudir a un banco, antes que a la familia", el escenario variaba situándose en un 45 % y un 32,4 %, respectivamente⁸.

Por lo tanto, hay un mayor grado de acuerdo a la hora de acudir a la familia en cuestiones de cuidados que en el de las necesidades económicas. La familia, como refleja la Tabla 4, es la principal proveedora de servicios y ayudas, frente al resto de organizaciones e instituciones.

Las diferencias entre la familia y el resto de organizaciones e instituciones son muy elevadas, exceptuando en el caso de las ayudas económicas donde la Administración o servicios públicos se sitúan casi a la par. Hay que tener en consideración que dentro de las segundas se pueden incluir prestaciones por desempleo, subsidios, etc. Hay dos aspectos más que considerar en el análisis de estos datos: el primero, es comentar que el estudio citado pertenece al año 2010, habiéndose recrudecido la crisis a partir de entonces; y en segundo lugar, aludir a la existencia de la denominada *pobreza vergonzante*, o personas que no reconocen estar en esa situación de necesidad, y que pueden negar incluso que han solicitado y recibido ayudas.

8 "Estudio n.º 2844", *Barómetro de septiembre*, Septiembre 2010, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)

TABLA 4. RECEPCIÓN DE AYUDA ECONÓMICA/PRÉSTAMO Y DE OTROS TIPOS (CUIDADOS, ACOMPAÑAMIENTO, ROPA, COMIDA, ETC.) (%), 2010

	Ayuda económica Préstamo	Otro tipo de ayuda
Un familiar	13,0	13,5
Una Administración o servicio público	11,7	1,1
Un/a amigo/a	2,1	4,4
Otra persona	0,6	2,5
Una organización de ayuda o de voluntariado (Cruz Roja, etc.)	0,4	0,7
Una organización religiosa	0,3	0,6

Fuente: Elaboración propia. Basado en “Estudio n.º 2844”, Barómetro de septiembre, Septiembre 2010, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Todos los indicadores anteriores tampoco dejan en buena situación a la percepción que los ciudadanos tienen del Estado de Bienestar español. El grado de confianza mayor en las redes informales y el acceso a ayudas fundamentalmente a través de las mismas es una muestra de cómo han evolucionado los servicios sociales españoles.

Sin embargo, para algunos autores como por ejemplo Meli (2011:143), se han producido cambios en la solidaridad familiar que han dado lugar a que “más allá de situaciones de especial necesidad en casos de crisis, la familia de origen constituye ante todo un «capital de reserva» al que eventualmente se acude si no se dispone de soluciones alternativas aceptables por parte del mercado de bienes y servicios o por el Estado. Este carácter de *reserva para casos de emergencia* es el que caracteriza cada vez más a la solidaridad familiar”. Lamentablemente, estos casos de emergencia han aumentado exponencialmente, y lo siguen haciendo, lo que se traduce en la inexorable necesidad de agarrarse a la familia para solventar las necesidades, frente a unas instituciones que, de momento, no dan respuesta.

3. UN ESTADO DE BIENESTAR CON PIES DE BARRO

Los avances en el Estado de Bienestar español en las últimas décadas han sido muy significativos, especialmente teniendo en cuenta nuestro pasado reciente: la caridad como eje de la solidaridad frente a la corrección de las desigualdades del sistema. Así, durante el franquismo “la Administración pública, con escasas dotaciones de protección social y una gran debilidad de las estructuras del bienestar colectivo, dejó al descubierto durante cuarenta años, a millones de personas que soportaron intolerables grados de desigualdad social y económica y grandes deficiencias en el terreno educativo, cultural y sanitario con escasas infraestructuras” (Fernández, 2004). Pero, a pesar

de que la democracia mejorase claramente la situación, esto no quita para que este modelo tenga profundas debilidades estructurales, en gran medida consecuencia de sus orígenes y del papel de los diferentes agentes en la sociedad española, las cuales se agudizan con la crisis.

Numerosos autores vinculan los déficits del Estado del Bienestar español con los efectos más negativos de la crisis en nuestro país. Así, Navarro (2012) señala que “la situación de España antes de la crisis ya en sí ha sido un determinante de las consecuencias actuales, pues nuestro país es uno de los que tenía una tasa de riesgo de pobreza más elevado de la Unión Europea antes de la depresión económica. A ello hay que añadir que España era uno de los países que menos destinaban a gasto público social” (Navarro y Clua-Losada, 2012: 12).

España invirtió en 2010 el 25,73 % de su Producto Interior Bruto (PIB) en servicios sociales. Hay que tener en consideración que de 1999 a 2007 no hubo grandes variaciones en esta cifra, situándose en torno al 20 %. Sin embargo, el impacto de las prestaciones por desempleo ha dado lugar a un importante aumento de la misma. Pero España dedica menos recursos a sus políticas sociales que la media europea, 29,37 % para los veintisiete estados miembros y 30,36 % para la zona euro⁹.

La debilidad del Estado de Bienestar español ha sido determinante en la respuesta de la crisis ya que esta “no ha repercutido en las necesidades sociales sin más, sino que lo ha hecho con diferentes resultados e intensidades dependiendo del diseño institucional preexistente de los sistemas de protección social” (Guillén et al., 2012: 139). Es decir, hay una elevada correlación entre la eficacia protectora del Estado del Bienestar y las consecuencias de la crisis. Y, en este sentido, el modelo español se ha caracterizado por una serie de aspectos que han jugado en su contra en un contexto de crisis: su carácter contributivo, con una gran incidencia del gasto en pensiones y desempleo, cuyo acceso está condicionado por haber cotizado; y basarse en actuaciones paliativas, es decir, intervenir cuando se ha producido la necesidad en lugar de poner en marcha acciones preventivas para evitarlas.

Un tercer aspecto es el que está mitigando el impacto de la crisis: el papel de la familia dentro del modelo de Estado de Bienestar español. Con la llegada de la crisis económica el Estado de Bienestar español adquiere de nuevo un carácter “familista”, en el cual la familia desempeña un papel fundamental en la provisión de bienestar a sus ciudada-

9 España se ve superada en la inversión en Servicios Sociales por la mayor parte de los estados miembros de la zona euro, que en algunos casos superan el 30 % del PIB (Alemania, Francia, Países Bajos, Austria y Finlandia), así como por estados en los que la crisis ha golpeado con gran fuerza (Italia, Portugal, Grecia, Irlanda). España solo destina más fondos en este concepto que Estonia, Chipre, Luxemburgo, Malta, Eslovenia y Eslovaquia. *Expenditure on social protection, 2010*, EUROSTAT: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00098&plugin=1>.

nos, frente al marginal del mercado y al subsidiario del Estado, circunstancia aún más característica en las sociedades del sur de Europa (Meli, 2011: 12 y 13). Esta posición de la familia, y de los otros dos agentes, es esencial para entender el mantenimiento de la solidaridad familiar “que en estos países no se habría visto sustancialmente afectada por el proceso de individualización porque ni el mercado ni el Estado posibilitan una desfamiliarización de los servicios de cuidado” (Meli, 2011: 13).

Es decir, ante la situación de crisis, la familia ha tenido que reforzarse para atender las situaciones de precariedad social a las que van incorporándose cada vez un mayor número de personas y colectivos, especialmente los provenientes de las clases medias (García, 2012). Y eso a pesar de que, para una gran parte de la población, el 67,1 %, “El Estado debe ser el responsable del bienestar de todos/as los/as ciudadanos/as, y tiene la obligación de ayudarles a solucionar sus problemas”¹⁰. El hecho de que el Estado no sea capaz de dar respuesta a estas situaciones genera una deslegitimación de las instituciones ya que, los ciudadanos “afectados por altas tasas de paro, precariedad, falta de vivienda para conseguir su autonomía, opinan que el sistema está fallando, que es indiferente e irresponsable, y comienzan a movilizarse e indignarse después de una fase de silencio de las víctimas” (Fernández, 2012: 9).

Pero la confianza en las instituciones del Estado de Bienestar español palidece ante las redes informales, consecuencia de este modelo “familista”. Las emergencias actuales han potenciado dicho escenario y “las redes informales continúan actuando, ante los riesgos del mercado laboral y la desprotección social, como amortiguadores fundamentales en las situaciones de riesgo” (Martínez y García, 2012: 133).

Así, el Estado de Bienestar español ha seguido delegando parte de sus funciones en las redes informales, especialmente la familia, para resolver situaciones de necesidad y emergencia. De esta forma, la solidaridad familiar se mantiene porque, para muchas personas, es la única forma de no caer en la pobreza y la exclusión social, de mitigar los efectos del desempleo (ayudas económicas), de la pérdida de la vivienda (trasladarse al domicilio de los padres, etc.), o de la incapacidad de acceder a determinados servicios (guarderías, comedores escolares, residencias de la tercera edad, centros de día, etc.). La excepción se va convirtiendo en norma para los colectivos más afectados por la crisis (trabajadores no cualificados, inmigrantes, hogares monoparentales, jóvenes..., una lista a la que se van incorporando otros grupos), produciéndose cada vez un mayor número de situaciones extremas, como la de tener que sacar a los hijos de guarderías y comedores escolares; y a las personas mayores de las residencias, porque en muchas ocasiones es el único ingreso del hogar; o comprobar la heterogeneidad de las personas que acuden a solicitar ayuda a parroquias, Bancos de Alimen-

¹⁰ “Estudio n.º2911”, *Barómetro de septiembre*, Septiembre 2011, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

tos, Cáritas, Cruz Roja, etc. Sin olvidar en este punto la *pobreza vergonzante*, de difícil medición, que está afectando especialmente a las clases medias.

Por lo tanto y aunque veníamos con años de retraso en la incorporación de nuestro Estado de Bienestar en comparación con nuestros vecinos europeos, hemos conseguido durante más de tres décadas disminuir estas diferencias históricas, con una evolución sin precedentes en campos como la sanidad, la educación o las prestaciones por jubilación. Pero estos avances se han visto frenados y perjudicados por el advenimiento de la crisis económica. “España ha confiado también en el funcionamiento automático de sus mecanismos de protección, pero ni estos son tan eficaces como en los otros países, ni la magnitud de las nuevas necesidades, que había que afrontar, era comparable” (Laparra y Pérez, 2012: 188). Es decir, nuestro Estado de Bienestar no era un “gigante”, pero sí tenía los “pies de barro”.

4. CONCLUSIONES

La crisis sistémica añade un factor determinante: el ideológico. Las políticas conservadoras y neoliberales “han responsabilizado una vez más, al modelo del bienestar de los enormes gastos que suponen las políticas públicas, adoptando los distintos gobiernos nacionales medidas muy duras de recorte social para equilibrar sus déficits” (Fernández, 2012: 8). Lejos de potenciar el Estado de Bienestar, se criminaliza al mismo como culpable de la crisis, dando lugar al incremento de la pobreza, la exclusión social, el deterioro de los servicios públicos, al aumento de la desigualdad y, en definitiva, a la ruptura de la cohesión social.

En este contexto, y con un Estado de Bienestar que ha fiado parte de sus responsabilidades a las familias, ¿hasta cuándo estas van a poder soportar su función? Aunque el actual escenario ha potenciado los mecanismos de la solidaridad familiar, no es menos evidente que los riesgos para la misma se pueden comenzar a notar en breve: “el recurso a la institución familiar presenta ya limitaciones obvias para cubrir todas las necesidades sociales que se van generando” (Laparra y Pérez, 2012: 190).

Por una parte, las familias están soportando elevados niveles de estrés, al aumentar las demandas de ayuda económica, de cuidados y de servicios. En este sentido, no hay descanso para las familias, especialmente para las generaciones que se han incorporado a la jubilación, encontrándose con unos hijos y nietos en situaciones que no esperaban ver. Además, las consecuencias para el propio núcleo familiar también pueden ser dramáticas ya que “en algunos casos el aumento de las necesidades y el incremento de las relaciones de dependencia entre redes cercanas pueden dar lugar a una sobrecarga familiar que puede dañar a la larga las relaciones y aumentar los niveles de conflictividad personal” (Martínez y García, 2012: 138).

En este contexto se genera frustración, se rompe con la movilidad social y se deslegitima el sistema, que ya no solo no es capaz de responder a las situaciones de necesidad sino que además es visto como el principal culpable de las mismas (Marqués y Herrero-Usagre, 2010).

La reducción de la fecundidad y el debilitamiento de los lazos de parentesco, especialmente en lo relativo a la familia extensa, han reducido la red de apoyo familiar, y encima la crisis se ha encargado de endurecer los retos a los que deben enfrentarse. Llevan décadas asumiendo el coste de la emancipación de las cohortes más jóvenes, hoy en niveles de desempleo que superan con creces el 50 %; ayudando en la compra de vivienda y avalando la misma; y cuidando a sus descendientes. Es decir, la familia está conformada por menos integrantes y además sus reservas disminuyen, y ahora lo hacen con mayor celeridad.

El modelo “familista” del Estado de Bienestar, ya herido gravemente por las políticas de corte neoliberal, es muy posible que también sea insostenible en el futuro por dos motivos. El primero alude a la situación de las generaciones venideras, en la que los hijos y nietos de las cohortes que ahora están ayudando a sus familias, no van a contar con las reservas y ahorros que acumularon sus padres y abuelos. Gran parte de estas generaciones están hipotecadas por la compra de una vivienda, su capacidad de ahorro es mucho menor, y se están enfrentando al desempleo y a la precarización del trabajo. Las familias se reducen y sus recursos también. Incluso es probable que sus descendientes hereden hipotecas y deudas, un hecho paradójico en la solidaridad familiar vivida hasta el momento.

El segundo hace referencia a las situaciones de pobreza y exclusión social, a las que cada día se añaden más colectivos, como causa y efecto del deterioro de las relaciones familiares y, en consecuencia, del descenso de la solidaridad familiar: “los cambios en las condiciones económicas de las familias pueden tener incidencia en las formas de convivencia y de solidaridad básica, otro eje esencial de los procesos de integración social” (Laparra y Pérez, 2010: 183). Así, en los próximos años, la pobreza y la exclusión social aumentarán en mayor medida porque la red familiar estará debilitada y no será capaz de facilitar ayuda al miembro necesitado, ya que posiblemente la familia se encuentre en la misma situación. La solidaridad ya no será viable por lo que puede aumentar la conflictividad en el seno de las familias.

En definitiva, si se mantiene este mismo escenario, el modelo “familista” no se sostendrá a medio plazo. Pero lejos de acercarnos a un nuevo Estado de Bienestar, en el que la Administración asuma sus responsabilidades y libre a las familias de esas funciones, las políticas de corte neoliberal y conservador lo están reduciendo y acotando. Si se continúa confiando en la familia como dique de contención ante la crisis llegará un momento en el que esta no podrá asumir su responsabilidad, pero no porque desa-

parezca la solidaridad familiar, sino porque simplemente las familias no dispondrán de recursos suficientes. Ya se ven grietas significativas y no podemos pronosticar hasta cuándo la familia podrá aguantar. Si la Administración no asume esas funciones, y todo parece indicar que no lo hará, las consecuencias serán un elevado incremento de la pobreza, la exclusión, la desigualdad social y el fin de cohesión social.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Fernández, T. (2004). Las Políticas Sociales y de Bienestar. *Temas para el Debate*, 121, 72-76.
- Fernández, T. (2012). El Estado de Bienestar frente a la crisis política, económica y social, *Portularia. Revista de Trabajo Social*, XII, Extra: 3-12. Doi: 10.5218/PRTS.2012.0001.
- Fernández, T., y Ponce de León, L. (2011). *Trabajo Social con familias*. Madrid: Ediciones Académicas.
- García, J. (2012). *Reinvención de la exclusión social en tiempos de crisis*. Madrid: Cáritas. Fundación Foessa.
- Guillén, A. M., Pavolini, E., Luque, D., y Anaut, S. (2012). El papel de las políticas sociales para paliar las necesidades generadas por la crisis. En M. Laparra y B. Pérez Erasmus (Coords.), *Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España*. Barcelona: Obra Social LaCaixa.
- Laparra, M., y Pérez, B. (Coords.) (2012). *Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España*. Barcelona: Obra Social LaCaixa. http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/vol35_es.pdf
- Laparra, M., y Pérez, B. (2010). *El primer impacto de la crisis en la cohesión social en España*. Madrid: Cáritas. Fundación Foessa.
- Marqués, I., y Herrera-Usagre, M. (2010). ¿Somos más móviles? Nuevas evidencias sobre la movilidad intergeneracional de clase en España en la segunda mitad del siglo XX. *Revista de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 131, 43-73. http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_131_021277971526487.pdf
- Martínez, L., y García, A. (2012). La transformación de las condiciones de vida de los hogares: privación material, derechos sociales y modelos de convivencia. En M. Laparra y B. Pérez (Coords.), *Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España*. Barcelona: Obra Social LaCaixa.
- Meli, G. (2011). *Individualización y solidaridad familiar*. Barcelona: Obra Social LaCaixa. http://www.publicacionestecnicas.com/lacaixa/individualizacion/32_es.html
- Navarro, V. (Dir.), y Clua-Losasa, M. (Codir.) (2012). *El impacto de la crisis en las familias y en la infancia. Observatorio Social de España*. Barcelona: Ariel.
- Navarro, V. (2006). *El subdesarrollo social de España. Causas y consecuencias*. Barcelona: Anagrama.

Sabater, C., y Andrés, S. (2010). Nuevas propuestas organizativas en el futuro del trabajo: la paradoja del "capital social". En M. Aguilar Gil (Coord.), *Construcciones y desconstrucciones de la sociedad*. Toledo: Asociación Castellano-Manchega de Sociología, 505-520.

Vidal, F., Puga, M. D., Tobío, C., y Vilchez, L. F. (2011). *La fortaleza de la familia como pilar ante la crisis socioeconómica. Informe España 2011. Una interpretación de su realidad social*. Madrid: Fundación Encuentro.

LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO Y ADQUISICIÓN DE ACTITUDES VIOLENTAS Y AGRESIVAS EN LA INFANCIA Y JUVENTUD

THE INFLUENCE OF FAMILY IN THE ACQUISITION AND DEVELOPMENT OF VIOLENT AND AGGRESSIVE ATTITUDES DURING CHILDHOOD AND YOUTH

Concepción Castro Clemente (1)

Francisco Javier García Castilla (1)

(1) Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Resumen: En los últimos años el aumento de las manifestaciones agresivas realizadas por menores en distintos ámbitos sociales ha planteado la posibilidad de asumir la existencia de un cambio de valores en la juventud, o delegar la responsabilidad de estas manifestaciones hacia el entorno familiar, escolar y social. Es un fenómeno complejo de analizar en el que interviene la familia, núcleo de referencia vital para el menor, y la escuela, ámbito de pertenencia en el que desarrolla gran parte de su proceso de formación. Los objetivos de este artículo son tres: analizar las investigaciones existentes sobre los ámbitos más cercanos e influyentes en el desarrollo de comportamientos antisociales en niños y jóvenes (familia y escuela), estudiar los agentes que pueden influir en este tipo de comportamientos y ofrecer líneas futuras de investigación para desarrollar en esta materia.

Palabras Clave: Familia, Violencia, Menores, Agresividad, Jóvenes.

Abstract: In recent years the increase of aggressive behaviour by young people in different social spheres means we can either assume that a change in the values of young people has taken place or attribute these manifestations to current family, school and social settings. It is a complex phenomenon that is difficult to analyse, as it involves the family - the primary frame of reference in a child's life - and also the school, where most of the child's education and formation takes place. The aim of this article is three-fold: to examine the research into the spheres that have the most influence on the development of anti-social behaviour in children and youth (family and school), to study the agents that may influence this type of behaviour and to suggest lines of research worth studying in future research.

Key Words: Family, Violence, Children, Aggressiveness, Young People.

| Recibido: 11/02/2013 | Revisado: 19/04/2013 | Aceptado: 06/05/2013 | Publicado: 31/05/2013 |

Correspondencia: Concepción Castro Clemente. Trabajadora Social. Profesora-Tutora UNED-Madrid-Sur. Centro Asociado Madrid-Alcorcón. Email: concastro@madridsur.uned.es.

1. INTRODUCCIÓN

La mayoría de las investigaciones y estudios realizados sobre la violencia en menores y jóvenes se han centrado en el análisis del perfil de los agresores y de las víctimas, enfocando la problemática desde una visión individual y personalizada (Díaz-Aguado, 2004). Pero también cabe la posibilidad de abordar el tema desde una visión más social, en la que los padres, junto con los maestros y la sociedad en general tienen parte de responsabilidad (Yuste y Pérez, 2008).

La incidencia de problemas de conducta y comportamientos irregulares en los menores responden a perfiles y rasgos muy distintos, sin embargo, ningún menor está predeterminado a ser violento y tiránico (Gutiérrez y Pernil, 2004). Los niños están expuestos a la violencia, de forma directa o indirecta, en diferentes contextos fundamentales: familiar, medios de comunicación, escolar, internet y otros ambientes cercanos. La exposición a conductas agresivas en estos entornos está directamente relacionada con el desarrollo de conductas antisociales o agresivas.

La familia, es el núcleo principal de desarrollo psicológico y de apoyo para los menores en la que se aprenden la mayor parte de las conductas sociales y emocionales (Fernández y Ponce de León, 2011). Desde la cuna, los niños están sometidos a este proceso de aprendizaje, por eso es necesario que desde un inicio la familia ajuste las normas e incentive una comunicación afectiva cálida durante el periodo de crianza, ya que con ello se garantiza una buena socialización del menor (Del Barrio, Carrasco, Rodríguez y Gordillo, 2009). Pero a veces las familias no ejercen de igual manera la transmisión de afecto y valores, ni tampoco establecen formas de comunicación óptimas que permitan dar una respuesta emocional satisfactoria a los hijos (Hernández, Gómez, Martín y González, 2008), dando lugar a la aparición de comportamientos agresivos.

2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADQUISICIÓN DE CONDUCTAS AGRESIVAS EN LA INFANCIA

Existen varios factores que están relacionados con la adquisición de conductas agresivas durante la infancia, adolescencia y juventud, entre ellos se podrían destacar el poder adquisitivo, el nivel de formación de los miembros de la familia, las situaciones de exclusión social, los diferentes estilos educativos adoptados por los padres y la exposición reiterada a episodios agresivos.

Los modelos de crianza de los hijos varían en función de la composición familiar y clase social. Las familias en situación de exclusión social, suelen transmitir a sus hijos la inseguridad, desarraigo y marginación que padecen, por lo que es muy frecuente que los patrones de comportamiento se vuelvan a reproducir, generando la continuidad de altos niveles de hostilidad en la familia (Del Barrio et al. 2009).

Otro factor relacionado con el desarrollo de conductas agresivas en el menor es el estilo educativo utilizado por los padres en la educación de sus hijos. Los basados en un modelo de disciplina coercitiva y en la ausencia de interacciones positivas y agradables entre padres e hijos dificultan el aprendizaje de patrones de comportamiento alternativos a la violencia y la hostilidad (Hernández et al. 2008). Por otro lado, los estilos educativos basados en una permisividad excesiva, pueden tener también efectos negativos porque generan conductas inmaduras en los hijos, escaso autocontrol, falta de independencia e incapacidad para la toma de decisiones y la asunción de responsabilidades, lo que a la larga origina indefensión, frustración y consecuentemente agresividad (Olweus, 1993).

Otro factor que puede influir en la adquisición de conductas agresivas es la observación y exposición reiterada a la violencia en los entornos más cercanos del menor. Ser testigo de estas conductas produce un fuerte impacto emocional en el menor. También puede desarrollar un procesamiento disfuncional en su asimilación, donde el niño puede interiorizar e incluso justificar estas conductas agresivas, lo que en el futuro puede dar lugar a su imitación y reproducción, teniendo en cuenta las teorías del aprendizaje vicario o social (Bandura, 1986). Los menores pueden llegar a aceptar la violencia considerándola como "normal". Si esto ocurre, el menor suele ser más violento y además puede aprender a utilizar sus comportamientos agresivos como un medio apropiado para obtener lo que desea, o como una solución ante los problemas que puedan plantearse con sus semejantes (Orue y Calvete, 2012).

3. ÁMBITOS MÁS INFLUYENTES EN EL DESARROLLO DE CONDUCTAS ANTISOCIALES

Los niños están expuestos a la violencia, de forma directa o indirecta, en diferentes contextos fundamentales: familiar, escolar, medios de comunicación y entornos ambientales cercanos.

La familia, entendiéndola como un sistema, dispone de una estructura que atiende a la interacción interna de sus integrantes, pero también a la interacción externa con el medio que le rodea. Es una red de comunicación entrelazada donde todos los miembros se influyen entre sí (Fernández y Ponce de León, 2011). Todo intento de actuar sobre cualquier tipo de violencia infantil ha de tener en cuenta el contexto familiar y su funcionamiento porque existe una clara relación entre los hábitos de crianza y la aparición de conductas agresivas en los hijos (Del Barrio et al. 2009).

Los medios de comunicación, a veces, representan también uno de los principales agentes de socialización en nuestra sociedad actual. Su influencia es preocupante debido a la agresividad y violencia que transmiten sus contenidos y a la repercusión que tienen en el desarrollo de la personalidad de los niños y jóvenes, a través de los modelos de comportamiento que en ellos se muestran (Mesa, 2002).

La televisión y otros medios actuales de comunicación (Internet), que a veces suple los tiempos de soledad que vive el menor y adolescente, tienen dos efectos contradictorios; por un lado el positivo, porque refuerzan habilidades de estudio, permiten un aprendizaje educativo y amplían la información disponible en áreas muy diversas; y por otro el negativo, porque reducen el tiempo dedicado a los juegos creativos, la cantidad de información facilitada no permite procesar adecuadamente toda la información que observan, y también pueden llegar a adoptar modelos de comportamientos peligrosos y violentos.

Los medios de comunicación no discriminan la información, sino que se manifiestan sin respetar edades ni sensibilidades, enfrentan a los niños a manifestaciones adultas de diversa índole: sexual, económica, de muerte, de violencia y de enfermedad. Su influencia es poderosa en el desarrollo de un sistema de valores y en la formación del comportamiento (Mesa, 2002).

Los niños españoles dedican dos horas y treinta y ocho minutos al día delante de la televisión (Barlovento Comunicación, 2004-2007); y el 31 % la ven siempre solos y un 43 % de niños, entre 7 y 16 años, reconocen que sus padres les permiten ver programas no adecuados a su edad. Por otro lado, los progenitores, en un 43 %, aseguran no poner límites de tiempo a sus hijos para ver la televisión (Gabinete de estudios de Comunicación, 2002). La exposición de la violencia en los medios de comunicación tiene efectos negativos en los menores y adolescentes, los cuales están sometidos a un continuo impacto negativo de riesgo y tensión que puede incidir en su desarrollo. Sus efectos suelen ser perjudiciales porque los niños pueden (Mesa, 2002):

- Volverse inmunes al horror de la violencia.
- Aceptar gradualmente la violencia como modelo de resolver los problemas.
- Imitar la violencia que observan.
- Identificarse con ciertos caracteres, ya sean víctimas o agresores.

Las personas que observan escenas violentas en los medios de comunicación, actuarán de forma más agresiva ante su realidad, imitando así los modelos observados. La adquisición de comportamientos agresivos se pueden aprender a partir de la observación y la imitación de modelos de referencia (Bandura, 1986).

Las repercusiones de estos modelos de comportamiento, en los menores y adolescentes, contribuyen a desencadenar actos violentos también en el seno de la escuela. Las manifestaciones agresivas más frecuentes en la escuela parecen ser el rechazo verbal y la exclusión social entre iguales, frente a las agresiones físicas. Este tipo de agresiones se producen, con mayor frecuencia, durante el tiempo del recreo en las que hay poca presencia de adultos que puedan intervenir en estas situaciones.

Según Díaz-Aguado (2006) el perfil general de las víctimas es el de una persona fuertemente aislada, sin amigos y bastante impopular. La victimización puede hacer que

aumente más su impopularidad y aislamiento. Por otro lado, las características generales de los agresores o adolescentes que acosan a sus compañeros según esta autora, suelen ser: la necesidad de protagonismo, baja autoestima, sentirse rechazados por los compañeros de clase, razonar situaciones conflictivas de forma absolutista e individualista, manifestar hostilidad hacia figuras de autoridad, justificar y utilizar la violencia, no se identifican con el sistema escolar, llevarse mal con sus profesores, tener dificultades para concentrarse y el abandono prematuro de la escuela. Son percibidos por sus compañeros como intolerantes, arrogantes y fracasados. El sentirse excluido de grupos de iguales puede incrementar el riesgo de refugiarse junto con otros individuos, también excluidos, estableciendo guetos violentos.

En el año 2012, Orue y Calvete realizaron un estudio para evaluar el papel mediador de la justificación de la violencia en la relación entre exposición a la misma y conducta agresiva en los contextos: hogar, colegio, vecindario y televisión. Diferenciaron dos tipos de conductas agresivas dependiendo de la motivación del agresor: proactiva (acción deliberada con intención de conseguir algo) y reactiva (reacción furiosa frente a una amenaza percibida). Los resultados del estudio mostraron que ser testigo de la violencia en casa y observar violencia en la televisión, predice tanto la conducta agresiva proactiva como la reactiva, relación que está mediada por la justificación de la violencia. Los niños expuestos a violencia serán más agresivos en el futuro. Sin embargo ser testigo de la violencia en el colegio y en el vecindario no predice ninguna conducta agresiva. La victimización, independientemente del contexto en el que se dé, predice la conducta agresiva proactiva y reactiva. A continuación se representan los resultados de este estudio en la Figura 1.

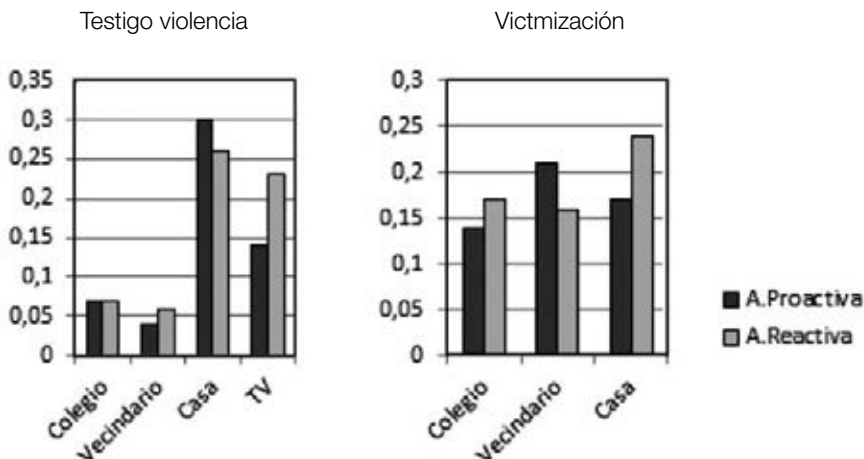


Figura 1. Relaciones entre exposición a la violencia y agresividad en diferentes contextos.

Fuente: Basado en Orue, I., y Calvete, E. (2012). La justificación de la violencia como mediador de la relación entre la exposición a la violencia y la conducta agresiva en la infancia. *Psicothema*, 24, 42-47.

En otro estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (2008), denominado *Sondeo sobre la Juventud en España (Tercera Oleada)*, se analizó la opinión sobre el grado de violencia en nuestra sociedad y concretamente en la juventud. En el informe, se abordaron distintas áreas de investigación: el grado en el que se perciben comportamientos violentos en los distintos ámbitos estudiados (entorno familiar, laboral, escolar, en los espacios de ocio y en los entornos más cercanos); factores que influyen sobre la violencia juvenil (consumo de alcohol/drogas, malos tratos físicos, carácter, nivel cultural, entorno, situación económica y medios de comunicación); razones por las que se puede justificar la violencia; su vinculación con los malos tratos recibidos (físicos, sexuales o psicológicos) y la descripción de la participación activa en diversos actos violentos. Del análisis de los resultados obtenidos en este estudio se extraen las siguientes conclusiones principales: 1). Se confirma que la violencia está muy extendida en nuestra sociedad (58,2 %) y entre la juventud (46,8 %); 2). Un alto porcentaje de jóvenes manifiestan haber sufrido alguna vez agresiones físicas por compañeros en la escuela o en su lugar de trabajo (17,8 %), siendo por gente desconocida (14,7 %) y por amigos (10,4 %). (Ver Figura 2).

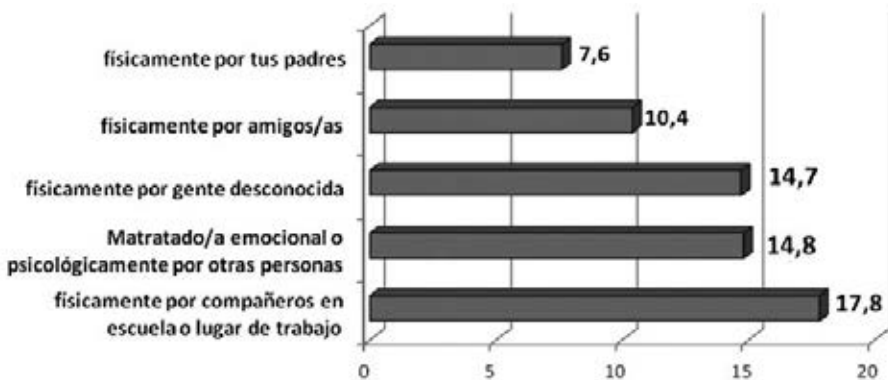


Figura 2. Resultados para los jóvenes que han sido víctimas de algún tipo de violencia, agresión o maltrato.

Fuente: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2008). *Sondeo sobre la Juventud en España (Tercera Oleada)*, Estudio 2774. Madrid: Publicaciones del Centro de Investigaciones Sociológicas.

Según este estudio, los entornos en los que más se perciben los comportamientos agresivos/violentos son los relacionados con el ocio y los más cercanos a los jóvenes (barrio, calle, pueblo, escuela); sin embargo sobre la percepción de la violencia en el entorno familiar, los resultados muestran un bajo índice (3 %). En cuanto a las razones por las que se justificaría recurrir al uso de la violencia, el 64,1 % manifiesta que no recurriría a ella bajo ningún concepto, frente a un 20 % que sí lo harían en “defensa propia”.

Este estudio también nos ofrece las claves para entender los factores que pueden influir en el comportamiento violento de la juventud, entre ellos se destacan: el consumo de alcohol y/o drogas, el entorno en el que viven, el carácter de la persona y haber sufrido previamente malos tratos. Por último, señalar que las situaciones violentas en las que suelen estar involucrados los jóvenes están relacionadas principalmente con: enfrentamientos violentos con amigos/as o compañeros/as de estudios o trabajo (18,9 %), enfrentamientos violentos entre pandillas, bandas juveniles, rivales deportivos (14,2 %) y con destrozos del mobiliario urbano (papeletras, farolas, bancos, etc.) u otros objetos, como rayar coches, etc. (12,1 %).

Es evidente que la violencia está instalada en numerosos ámbitos de la vida cotidiana, y que la familia ocupa una función determinante en la prevención de las conductas agresivas en los menores y jóvenes, desde la elección del estilo de crianza, la utilización de una comunicación fluida y afectiva, la formación de una convivencia familiar pacífica y segura, la ausencia de maltrato o incluso el control de la exposición hacia las nuevas formas de comunicación, como Internet.

4. CONCLUSIONES

Analizando los resultados de los estudios comentados previamente, se puede concluir que la familia, preferentemente los padres, poseen un protagonismo especial en la prevención de conductas desadaptadas, siendo los encargados de educar hacia el aprendizaje de comportamientos socialmente adecuados y de establecer óptimas formas de comunicación que permitan dar una respuesta emocional satisfactoria a los hijos (Yuste y Pérez, 2008). Es importante comentar la trascendencia que tiene mantener una relación afectiva entre padres-hijos para evitar conductas agresivas en el futuro, para responder a las señales emocionales de los hijos y para lograr una sintonía emocional que impida el desarrollo de conductas problemáticas en los niños.

La capacidad de responder empáticamente a las emociones de los otros tiene una clara relación con el afecto de las figuras del apego, la familia. La transmisión de valores y normas de padres a hijos debe realizarse a través de una relación afectiva, cercana y de comunicación sintonizada. La familia es el agente principal y fundamental de influencia en el sujeto para aprender y desarrollar futuras actitudes violentas.

En las manifestaciones violentas y/o agresivas de los hijos, así como el desarrollo de estas, influye el clima familiar en el que se encuentren. Conflictos o malos tratos, grado de agresividad, intensidad, frecuencia, duración y resolución final son observados y percibidos por los hijos que, a largo plazo, puede impactar en su desarrollo y en la forma de afrontar las situaciones o problemas, aceptando e interiorizando la violencia como la única manera de resolverlos. Los niños que han sido expuestos a la violencia son más agresivos en el futuro.

Estudios previos, como los de Orue y Calvete (2012), sugieren que los desajustes originados en el entorno familiar tienen un impacto decisivo para la aparición de conductas agresivas en los niños, probablemente porque la familia es el contexto donde el niño debería sentirse más seguro para tener un desarrollo adecuado y alejarse de conductas inadaptadas (Davies y Cummings, 1994). Por otro lado, hay que considerar que en la actualidad se ha producido una serie de cambios que han generado dificultades a los padres para ejercer su labor educativa, ya que el tiempo dedicado a la interacción filial se ha acortado debido a la incorporación laboral de ambos cónyuges. Sin embargo, la mejora de los hábitos y estilos de crianza es, sin duda, una de las claves en el proceso de prevención de la agresividad (Del Barrio, Carrasco, Rodríguez y Gordillo, 2009).

En cuanto a las manifestaciones conductuales desajustadas en los niños, estas pueden ser desde desobediencias iniciales hasta comportamientos extremadamente agresivos. Los factores de riesgo leve pueden ir creciendo en frecuencia, en forma y funciones e ir extendiéndose a diferentes contextos (Hernández, Gómez, Martín y González, 2008). Es necesario detectar los comportamientos problemáticos y las condiciones motivacionales y contextuales en los que se generan y desarrollan (casa, escuela, vecindario) porque los niños que están expuestos a la violencia en un contexto tienden a estarlo también en otro lugar (Orue y Calvete, 2012).

Por otro lado, continúa constatándose que ser testigo de violencia en casa y en los medios de comunicación, aumenta la conducta agresiva en los niños, tanto la agresión reactiva como la proactiva. Los medios de comunicación influyen en niños y jóvenes en su forma de atender y captar la realidad, en la percepción de valores y normas sociales.

La violencia no se da tan solo en la calle o en la familia, también se reproduce en el ámbito escolar, entre iguales. Burlas, insultos, amenazas, agresiones físicas, aislamiento sistemático e intimidaciones que originan problemas y se prolongan durante cierto tiempo por ignorancia o pasividad de las personas cercanas a la víctima sin intervenir directamente (Díaz-Aguado, 2006). Según los resultados del estudio del CIS 2008, la violencia está muy extendida entre la juventud. Teniendo en cuenta estos datos, y considerando los resultados de investigación realizados al respecto, es preocupante que este tipo de agresiones suelen ser silenciadas y no denunciadas al profesorado entre otras razones, por ser el mismo contexto en el que se desarrollan, que son motivos que llevan a la conclusión que en la escuela, aunque intente ayudar e intervenir en estos actos, el desconocimiento de ellos como un no saber impedirlo, conlleva a que el conflicto quede sin resolver y se reproduzca continuamente.

La importancia de la familia como agente principal en el desarrollo de conductas problemáticas o antisociales en los menores, justifica la elaboración de más investigaciones que permitan dar continuidad a la investigación realizada hasta el momento sobre la violencia, ampliando a su vez su estudio hacia otros ámbitos emergentes, que han

sido poco evaluados, como son Internet y los teléfonos móviles. Su uso y repercusión en la juventud es elevado, pero se desconoce el grado de alcance, efecto e influencia en el desarrollo o reproducción de conductas disruptivas, antisociales, violentas y agresivas en menores y adolescentes. Con esta finalidad deberían realizarse investigaciones transversales y longitudinales. Las primeras para analizar su efecto inmediato, y las segundas para entender el por qué las manifestaciones violentas se siguen manteniendo con el transcurso de los años.

Los menores y adolescentes tienen mayores posibilidades de modificar determinados comportamientos, porque tienen a su alcance mucha más información, con la que escoger y decidir sobre sus propias conductas; pero deberán elaborar por sí mismos un sistema apropiado de comportamiento no agresivo, que les aleje del sistema aprendido por los adultos, en el caso de que este hubiera sido violento.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Barlovento Comunicación, Universidad CEU San Pablo e Instituto Oficial de Radio Televisión Española. (2004-2007). *La Televisión infantil en España. Criterios de contenidos de la programación y pautas de conducta*. Madrid: Ministerio de Ciencia y Tecnología.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2008). *Sondeo sobre la Juventud en España (Tercera Oleada), Estudio 2774*. Madrid: Publicaciones del Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Davies, P.T., y Cummings, E. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116, 387-411.
- Del Barrio, V., Carrasco, M.A., Rodríguez, M.A. y Gordillo, R. (2009). Prevención de la agresión en la infancia y adolescencia. *International Journal of Psychological Therapy*, 9, 101-107.
- Díaz-Aguado, M. (2004). *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia*. Madrid: Instituto de la Juventud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Díaz-Aguado, M. (2006). *El acoso escolar y la prevención de la violencia desde la familia*. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales CM.
- Fernández, T., y Ponce de León, L. (2011). *Trabajo Social con familias*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Gabinete de Estudios de Comunicación. (2002). *Anuario de la Televisión 2000-2001*. Madrid: GECA.
- Gutiérrez, A., y Pernil, P. (2004). *Historia de la infancia: Itinerarios educativos*. Madrid: UNED.

- Hernández, M., Gómez, I., Martín, M. J., y González, C. (2008). Prevención de la violencia infantil-juvenil: estilos educativos de las familias como factores de protección. *International Journal of Psychology and Psychological*, 8, 73-84.
- Mesa, R. (2002). Medios de comunicación, violencia y escuela. *Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 44, 209-222.
- Olweus, D. (1993). *Bullying oat school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Orue, I., y Calvete, E. (2012). La justificación de la violencia como mediador de la relación entre la exposición a la violencia y la conducta agresiva en la infancia. *Psicothema*, 24, 42-47.
- Yuste, N., y Pérez, M.C. (2008). Las cuestiones familiares como causa de la violencia escolar según los padres. *European Journal of Education and Psychology*, 1, 19-27.

ABORTO DESPENALIZADO EN URUGUAY: LA NUEVA LEY Y LOS DESAFÍOS PARA EL TRABAJO SOCIAL

DECRIMINALIZED ABORTION IN URUGUAY: THE NEW LAW AND NEW CHALLENGES FOR THE FIELD OF SOCIAL WORK

Sergio Maglio Dubois (1)

(1) *Licenciado en Trabajo Social por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Uruguay). Holds a degree in Social Work from the Social Sciences Faculty at Universidad de la República (Uruguay)*

Resumen: Este artículo analiza las principales características de la Ley que despenaliza y regula el aborto en Uruguay en circunstancias específicas, considerando a la vez los nuevos espacios de intervención que en base a ello se generan para el Trabajo Social. Se propone un enfoque analítico-reflexivo que permite cumplir con los objetivos básicos siendo estos presentar en forma sucinta los aspectos considerados más sobresalientes de la citada Ley y aportar insumos que permitan al lector adoptar una postura crítica y/o reflexiva sobre la temática del aborto despenalizado. Para fundamentar el trabajo se recurrió a fuentes de datos secundarias. Las conclusiones generales indican que, a pesar del relativo poco tiempo de entrada en vigencia de la Ley, puede observarse que existe una alta concreción de abortos entre el total de consultas de las usuarias en las instituciones médicas habilitadas; por otro lado, aunque se haya reglamentado el aborto, los debates a favor y en contra continúan; asimismo, se considera que esta Ley destaca a Uruguay en el contexto latinoamericano como uno de los pocos países en legislar esta práctica.

Palabras Clave: Aborto, Ley, Despenalización, Voluntaria, Uruguay.

Abstract: This article analyses the main characteristics of the new law decriminalizing abortion in Uruguay under specific circumstances and it examines the opportunities for intervention that the new situation generates in the field of social work. It uses an analytical-reflective approach to succinctly present the most significant aspects of the law and put forward critical/reflective considerations on the topic of decriminalized abortion. The article is based on secondary sources of information. The general conclusions drawn suggest that despite the relatively recent enactment of the law, a high number of abortions are being sought by users of the medical institutions authorised to perform the procedure. Furthermore, although abortion is now regulated by law, debates continue both in favour of and against it. In addition, this article discusses the fact that Uruguay now occupies a unique position in Latin America, as it is one of the few countries in the region to have passed legislation on this topic.

Key Words: Abortion, Law, Decriminalisation, Voluntary, Uruguay.

| Recibido: 26/02/2013 | Revisado: 05/04/2013 | Aceptado: 06/05/2013 | Publicado: 31/05/2013 |

Correspondencia: Sergio Maglio Dubois - Domicilio: Avda. W. F. Aldunate 1980, Código Postal 50.000, Ciudad de Salto, Uruguay, Sudamérica - E-mail: sergiomaglio@hotmail.com - Tlf: + 598 473 411 72

1. INTRODUCCIÓN

Este artículo pretende analizar el rol de los trabajadores sociales¹ uruguayos tras la aprobación y aplicación de la Ley 18.987, siendo la que habilita al Estado a regular y despenalizar la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en todo el territorio nacional, bajo circunstancias específicas.

La elección del tema se basó en su vigencia y relevancia a nivel nacional e internacional dado que el debate en torno a la despenalización del aborto ha tomado interés en varios ámbitos de la sociedad en todo el mundo, esto es, en lo político, académico, religioso, social y en especial en las organizaciones feministas.

Los objetivos básicos del trabajo son aportar elementos considerados relevantes para el debate intra e interprofesional sobre las intervenciones del Trabajo Social en este marco y proveer al lector de información general sobre lo que es la nueva Ley y qué involucra su vigencia.

Sobre la metodología empleada, se indica la utilización de fuentes de datos secundarias como fuentes documentales y recursos *on-line*.

El cuerpo del artículo se divide en tres secciones: en la primera se dan a conocer los aspectos generales de la Ley, la segunda se enfoca hacia la intervención directa del Trabajo Social en el proceso de la IVE y la tercera corresponde a las conclusiones.

2. LA LEY APROBADA

El 17 de octubre de 2012, por 17 votos en 31, el Senado uruguayo aprobó la Ley N.º 18.987 que regula y despenaliza la IVE en condiciones definidas. Con esto, Uruguay puso fin a casi treinta años de confrontaciones entre opiniones a favor y en contra de amparar esta práctica desde lo jurídico, a la vez que pasó a ser el más reciente país latinoamericano en no penar este procedimiento luego de que en términos generales ya lo hicieran Cuba, Guyana, Puerto Rico y la capital de México.

Esta Ley, junto con la 18.426 (Derechos en Salud Sexual y Reproductiva del 01.12.2010), busca garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de todas y todos los uruguayos, promoviendo al mismo tiempo la procreación consciente y responsable. Se constituye así como uno de los pilares en el avance que está teniendo el país en materia de atención y cuidado de la salud sexual y reproductiva de toda la población con perspectiva de derechos y género.

1 Cuando se exprese "el" o "los trabajadores sociales" se hace en sentido neutro, sin una connotación machista.

En este sentido, en el *Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo* (MPMSIVE, 2012) se enuncia que la citada Ley tiene el propósito de crear y garantizar las condiciones favorecedoras de las prácticas profesionales que involucren el trato digno, la calidad en la atención sanitaria y el respeto al derecho y a la decisión de la mujer para realizar la IVE. A partir de esto, los resultados directos pasarían por la disminución de los riesgos y daños del aborto inseguro y clandestino, de las consecuencias del embarazo no deseado ni planificado y de la mortalidad y morbilidad de las mujeres que realizan esta práctica en esas condiciones.

Son varios los aspectos de la IVE que deben considerarse, entre estos, se destacan su alcance nacional y la gratuidad del procedimiento para las usuarias como lo establecen respectivamente el Artículo 20 y 25 del Decreto Reglamentario N.º 375/012²: *“todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán la obligación de cumplir con lo preceptuado en la presente Ley”* (Artículo 20); *“las instituciones autorizadas de acuerdo a este capítulo deberán celebrar convenios y contratos para que las usuarias que soliciten la interrupción voluntaria del embarazo amparadas por la ley que se reglamenta tengan garantizados sus derechos, debiendo la Institución Médica hacerse cargo de todos los gastos”* (Artículo 25).

Desde la óptica del Trabajo Social, una posible lectura sugiere que el carácter universal y gratuito de la IVE permite la democratización en el acceso a tal práctica ya que puede solicitarla cualquier mujer que cumpla con los plazos, condiciones y requisitos establecidos con independencia de su nivel socioeconómico, educativo, creencias religiosas, preferencias políticas, concepciones filosóficas y cualquier otra característica que se considere de su singularidad.

Asimismo, esta Ley representa un nuevo logro en la ampliación de los espacios de ciudadanía y de los derechos de toda la población, pero más que nada de las mujeres. Con ello se visualiza el compromiso del Estado de escuchar, atender y resolver una de las demandas que en los últimos años se ha colocado con creciente insistencia y trascendencia sobre la mesa de debate entre los representantes del Gobierno, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).

Otra particularidad clave que tener en cuenta es el tiempo de gestación dentro del que se puede concretar la IVE: en el MPMSIVE se señala que este nuevo marco jurídico *“(..). garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable, despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo hasta la 12.ª semana, en general, en base a requisitos y determinadas condiciones, y establece situaciones de excepción”* (MPMSIVE, 2012: 4), por lo que *“la interrupción voluntaria del embarazo no será penalizada y en consecuencia no serán aplicables los artículos 325 y 325 bis del Código Penal, para el*

² Decreto N.º 375/012 del 22.11.2012: *Reglamentación de la Ley 18.987*. Extraído del sitio web de la Presidencia de la República Oriental del Uruguay.

Sergio Maglio

caso en el que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen (...) y se realice durante las primeras doce semanas de gestación” (Artículo 2, Ley 18.987³).

En este sentido, para acceder a la IVE la solicitante deberá cumplir con estos requisitos: expresar verbalmente su deseo de interrumpir el embarazo⁴, tener ciudadanía uruguaya (natural o legal) o ser una mujer extranjera que pueda comprobar fehacientemente su residencia en el país como mínimo de un año y realizar la solicitud del procedimiento dentro de las doce semanas iniciales de embarazo inclusive. Todos estos requisitos deberán registrarse desde la primera consulta médica (MPMSIVE, 2012).

Cabe aclarar que también se hará la IVE dentro de las doce primeras semanas de gestación cuando una mujer menor de 18 años así lo desee y cuando se trate de una mujer judicialmente declarada incapaz, pero se tendrá que respetar el protocolo establecido. En el primer caso, el médico tratante solicitará a quien esté a cargo de la menor la autorización necesaria para llevar a cabo el procedimiento; de negarse o no conseguirse el permiso, ella podrá concurrir ante el Juez competente para que la autorice llevando los antecedentes generados por el equipo médico interviniente (Artículo 7, Ley 18.987). Para el segundo será necesario “(...) *el consentimiento informado de su curador y venia judicial del Juez competente del domicilio de la incapaz que -previa vista al Ministerio Público- evaluará la conveniencia del otorgamiento de la misma, respetando siempre el derecho de la mujer a procrear si el motivo de su incapacidad no le impidiere tener descendencia”* (Artículo 8, Ley 18.987).

Por otro lado, como situaciones de excepción se entienden las circunstancias, plazos y requisitos que no se ajustan con lo establecido en los Artículos 2 y 3 de esta Ley pero que por sus características especiales permiten realizar la IVE, siendo estos: “(...) a) *cuando la gestación implique un grave riesgo para la salud de la mujer. En estos casos se deberá tratar de salvar la vida del embrión o feto sin poner en peligro la vida o la salud de la mujer; b) cuando se verifique un proceso patológico, que provoque malformaciones incompatibles con la vida extrauterina; c) cuando fuera producto de una violación acreditada con la constancia de la denuncia judicial, dentro de las catorce semanas de gestación”* (Artículo 6, Ley 18.987).

En la primera consulta médica, es deber de la usuaria dar cuenta de las condiciones en las que ha ocurrido la concepción, esto es, explicar si está pasando por dificultades de tipo económico, social, familiar y/o etario que en su opinión no le permitan continuar con el embarazo.

³ Ley 18.987 del 17.10.2012: *Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Extraída del sitio web del Parlamento del Uruguay.

⁴ Excepto cuando la mujer, por su estado de salud o debido a intervenciones de emergencia, no pueda prestarlo y esté en grave riesgo su vida o su salud bio-sico-social (Artículos 15 y 16, Decreto 375/012).

3. NUEVOS ESCENARIOS PARA EL TRABAJO SOCIAL

A partir de este momento comienza la intervención del trabajador social ya que en el mismo día o al inmediato siguiente de la primera consulta médica, se hará la reunión del equipo interdisciplinario integrado por al menos tres profesionales: un médico ginecólogo, un psicólogo y un trabajador social.

Este equipo brindará apoyo psicológico y social a la usuaria garantizándole la disposición de la información necesaria para que tome una decisión consciente, responsable y voluntaria sobre la realización -o no- de la IVE.

En este sentido, el mapa de ruta para casos generales (mujeres que cumplen con los requisitos y plazos establecidos dentro de las doce primeras semanas de gestación) indica que se llevarán a cabo tres consultas: en la primera, la mujer manifestará oralmente su voluntad de interrumpir el embarazo, en la segunda se hará la reunión con el nombrado equipo luego de la cual la solicitante tendrá un mínimo de cinco días consecutivos para reflexionar sobre su petición. Transcurrido ese intervalo, la usuaria podrá solicitar la tercera consulta, que será con el ginecólogo y que deberá hacerse dentro de las 24 horas de su formulación; si ratifica su deseo de realizar la IVE, inmediatamente se comenzarán a dar todos los pasos necesarios para llevar a cabo el procedimiento que, atendiendo a la evidencia científica disponible, procurará la disminución de riesgos y daños (Artículo 3, Ley 18.987 y Artículo 9, Decreto 375/012).

Además existe una cuarta consulta ("Control Post IVE") cuyos propósitos son verificar que el procedimiento ha sido exitoso y seguro para la mujer y registrar la información requerida por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Dicho control se llevará a cabo preferentemente con el ginecobstetra indicado para la IVE, pudiendo también hacerse con el médico de familia o con la obstetra partera (MPMSIVE, 2012).

Para todos los casos, los deberes del equipo comprenden "(...) a) orientar y asesorar a la mujer sobre los medios adecuados para prevenir embarazos futuros y sobre la forma de acceder a estos, así como respecto a los programas de planificación familiar existentes; b) entrevistarse con el progenitor, en el caso que se haya recabado previamente el consentimiento expreso de la mujer; c) garantizar, dentro del marco de su competencia, que el proceso de decisión de la mujer permanezca exento de presiones de terceros⁵, sea para continuar o interrumpir el embarazo; d) cumplir con el protocolo de actuación de los grupos interdisciplinarios dispuesto por el Ministerio de Salud Pública; e) abstenerse de asumir la función de denegar o autorizar la interrupción" (Artículo 4, Ley 18.987).

5 Se refiere a las presiones que podrían darse dentro del ámbito institucional, entre otras, que en las consultas estén presentes personas ajenas al equipo técnico, partidarios manifestándose a favor o en contra de la IVE y folletería o publicidad sin sentido informativo y que exprese apoyo o rechazo a la práctica nombrada. (Literal c), Artículo 13, Decreto 375/012).

En este contexto, el rol específico del trabajador social se remite a asesorar a la solicitante sobre las decisiones personales y familiares, las prestaciones sociales de trabajo y vivienda, los alcances de la Ley y sus derechos y el apoyo brindado por las redes sociales. También le informará en lo referido a las alternativas al aborto provocado como es, por ejemplo, la opción de dar a su hijo/a en adopción⁶. Le resaltaré a la mujer, asimismo, la importancia de contar con acompañamiento (sea del progenitor o de cualquier otra persona de su confianza) durante la IVE (MPMSIVE, 2012).

Hay que considerar que el hecho de optar por la IVE, en algunos casos, puede representar una salida de emergencia para la solicitante ya que es posible que existan fuertes presiones ejercidas desde su entorno íntimo para que interrumpa su embarazo, y si a eso se le suma un contexto de precariedad socioeconómica, familiar y/o biológica (por riesgos potenciales o reales a su salud), resulta comprensible que ante este panorama decida no continuar con la gestación.

Por otro lado, sobre la entrevista con el progenitor debe tenerse en cuenta que el Artículo 13 del Decreto 375/012 enuncia claramente que si la mujer no desea que lo entrevisten, el equipo interdisciplinario respetará su voluntad, no ejerciendo sobre ella ningún tipo de influencia para que cambie de decisión.

Del mismo modo el Artículo 14 del mismo documento señala que cuando la usuaria exprese su deseo de que el progenitor sea entrevistado, el equipo establecerá con él un día y hora para tal fin. Dicha entrevista se remite a informarle lo que establece la Ley 18.987 y su Decreto Reglamentario incluyendo al mismo tiempo la información que a su momento brinden las guías confeccionadas por el MSP. De ninguna manera esta entrevista representará o llevará a un retraso o cese del procedimiento encarado.

4. CONCLUSIONES

La despenalización del aborto colocó a Uruguay como una de las pocas excepciones entre los países sudamericanos que quitan el carácter punible de la práctica. A nivel regional, se ratificó el legado histórico del país como pionero en crear leyes que fueron adelantadas para su época y en velar y garantizar desde el Estado por los derechos de la población, basta para ello remitirse con algunos ejemplos de las primeras décadas del siglo XX como por ejemplo la admisión del divorcio por solamente voluntad de la mujer (1913), la creación de un Estado laico (1917) y el sufragio femenino en un plebiscito local (1927).

6 Sin embargo, en Uruguay siguen existiendo retrasos para la adopción de menores debido a que los trámites legales llevan un largo tiempo (a veces más de seis años) y son muchos los interesados en adoptar, más aun desde que las parejas homosexuales pueden hacerlo tras las modificaciones hechas al "Código de la Niñez y la Adolescencia" y que se expresan en la Ley N° 18.590 del 18.09.2009.

A cuatro meses de su aprobación, la Ley 18.987 continúa involucrando una pluralidad de puntos de vista con opiniones a favor, en contra y también, por qué no, neutras. Es esperable en ese sentido un período de asimilación y adaptación necesario para encarar los nuevos retos que se están planteando en los equipos profesionales implicados en el tema y también para el conjunto de la sociedad pues conviene recordar que la controversia acerca de la despenalización del aborto llevó casi treinta años.

Durante ese tiempo, una multiplicidad y heterogeneidad de actores y organizaciones han dado sus fundamentos en contra y a favor del tema y lo hicieron manifestándose desde el sector político, religioso, académico, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). En el mejor de los casos, los debates han ayudado o permitido encontrar respuestas oportunas o aportaron elementos útiles para seguir construyendo ciudadanía; intérpretese esto como la creación y/o ampliación y garantía desde el Estado de las condiciones, ámbitos y posibilidades reales para ejercer los derechos de las personas, en este caso, para una sexualidad y procreación libre, consciente y responsable.

Por parte de las usuarias, la respuesta a esta Ley no se hizo esperar ya que los primeros datos oficiales del MSP señalan que solo entre el 10 y el 20 % de las consultantes, tras recibir el asesoramiento profesional, decidieron proseguir con el embarazo. Asimismo, durante el primer mes de vigencia de la IVE, se practicaron 200 abortos sin complicaciones en todo el país⁷, fundamentalmente en Montevideo y en instituciones médicas privadas⁸.

Referido al rol profesional y específico del trabajador social, los nuevos desafíos en la materia pasan, en parte, por el diseño, ejecución y evaluación de intervenciones más eficaces y eficientes que permitan crear, ampliar, fortalecer y mantener las condiciones de trabajo que favorezcan en este caso los procesos promotores y garantes del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

El desarrollo de esas nuevas intervenciones se dará mediante la articulación conjunta de las prácticas inter e intraprofesionales y también a través del debate y la participación de todos los actores que, desde distintas órbitas, tienen injerencia directa o indirecta en toda la implementación de la IVE, partiendo desde la primera consulta, cuando la mujer exprese verbalmente su voluntad de realizarla.

Como toda experiencia nueva, solamente transitando por ella se podrá obtener el aprendizaje necesario. En todos los casos, se buscará concretar y evaluar las intervenciones, fortalecer las líneas de trabajo acertadas y corregir lo que sea pertinente para tener un panorama más amplio de los resultados que se dieron y de los que posiblemente se darán.

7 Datos extraídos de la página web del MSP.

8 Tener en cuenta que el Sistema Nacional Integrado de Salud engloba a instituciones médicas públicas y privadas.

Naturalmente, no es lo mismo evaluar los datos oficiales a cuatro meses de aprobarse la Ley que a un año. Resta entonces esperar y seguir trabajando pues el cambio ya empezó.

5. BIBLIOGRAFÍA

Datos oficiales sobre abortos al primer mes de vigencia de la Ley de IVE. Uruguay: Sitio web del Ministerio de Salud Pública. Extraído el 24 de febrero, 2013, de http://www.msp.gub.uy/uc_7328_1.html

Decreto N.º 375/012 del 22.11.2012: Reglamentación de la Ley N.º 18.987. Uruguay: Sitio web de la Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Extraído el 18 de febrero, 2013, de http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2012/11/cons_min_604.pdf

Ley N.º 18.987 del 17.10.2012: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Uruguay: Sitio web del Parlamento del Uruguay. Extraído el 15 de febrero, 2013, de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18987&Anchor=>

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) según Ley 18.987 del 17.10.2012.* Uruguay: Ministerio de Salud Pública.

TEORÍAS ÉTICAS EN EL TRABAJO SOCIAL: CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN ÉTICA (C-AE)

ETHICAL THEORIES IN SOCIAL WORK: ETHICAL EVALUATION SELF-TEST (EES-T)

Francisco Idareta Goldaracena (1)

(1) Universidad Pública de Navarra

Resumen: Las teorías éticas orientan nuestra práctica profesional en el Trabajo Social, pero muy pocos son capaces de identificarlas. Con el propósito de que en el Trabajo Social cada profesional pueda identificar y medir objetivamente las teorías éticas de las que se derivan sus propias valoraciones, hemos elaborado el *Cuestionario de Autoevaluación Ética (C-AE)*. Un cuestionario que está inspirado en la *Theoretical Evaluation Self Test (TEST)* de Daniel Coleman (2004), una escala desarrollada para medir la orientación teórica de los terapeutas. Por tanto, el objetivo del presente artículo es doble: en una primera parte, analizar algunas de las diferentes teorías éticas existentes que más han podido incidir en la práctica profesional en el Trabajo Social y, en una segunda parte, presentar las particularidades del C-AE.

Palabras Clave: Ética Profesional, Trabajo Social, Cuestionario, Teorías Éticas, Orientación Ética.

Abstract: Ethical theories shape our professional practice as social workers, but few of us are able to identify exactly which theories they are. To enable social work professionals to identify and objectively measure the ethical theories upon which their evaluations are based, we have created a tool called the *Ethical Evaluation Self-Test (EES-T)*. The tool is a questionnaire inspired by the *Theoretical Evaluation Self Test (TEST)* developed by Daniel Coleman (2004) to measure the theoretical orientation of therapists. The aim of this article is two-fold: first it attempts to analyse the different ethical theories that have been most influential in the professional practice of social work and, secondly, it presents the particular features of the EES-T.

Key Words: Professional Ethics, Social Work, Questionnaire, Ethical Theories, Ethical Guidance.

| Recibido: 01/02/2013 | Revisado: 02/04/2013 | Aceptado: 16/05/2013 | Publicado: 31/05/2013 |

Correspondencia: Francisco Idareta Goldaracena. Docente e investigador en el Departamento de Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra. Edificio Departamental de las Encinas- 31006 Pamplona. Campus Arrosadía. Pamplona. Tlf. (948) 169026. Fax. (948) 169695. Email: francisco.idareta@unavarra.es

1. INTRODUCCIÓN

Dos siglos después de que se originara la filosofía en el siglo VII a. C., cuando Grecia estaba dividida en ciudades-estado en las que cada una disfrutaba de leyes particulares e independientes de las demás, los filósofos griegos comienzan a reflexionar sobre cuál debería ser la conducta adecuada de cada sujeto para poder convivir en armonía en la ciudad (*ethos*), así como sobre el mejor modo de organizar y coordinar las instituciones para salvaguardar y perpetuar dicho *modus vivendi* (política).

Con posterioridad, Immanuel Kant, uno de los más destacados pensadores de todos los tiempos, cayó en la cuenta de que la teoría precede a las observaciones y que las observaciones y las acciones se encuentran orientadas por la teoría. Dicho de otro modo, según Kant para que pueda haber imposición de nuestras leyes a la naturaleza tiene que haber una teoría que imponer a lo que observemos. Como lo afirmara, Karl Popper, “el mundo (...) es el resultado de nuestra interpretación de los hechos observables a la luz de teorías que inventamos nosotros mismos” (2003: 237). Del mismo modo que Kant, a lo largo de la Historia, ha habido pensadores que han marcado un antes y un después en las reflexiones éticas de las sociedades a las que pertenecieron. De hecho, tal fue el impacto de sus teorías éticas que, algunas de las valoraciones que se derivan de las mismas todavía siguen vigentes, formando parte de nuestra forma de vida cotidiana, sin que, la mayoría, seamos capaces de identificarlas.

Del mismo modo, como se atestigua a través de la revisión de la literatura existente, la impronta que han dejado en el Trabajo Social las teorías éticas de Aristóteles, Immanuel Kant, John Stuart Mill, Karl Marx o Friedrich Nietzsche es innegable (Banks, 1997; Úriz, 2000; Salcedo, 2001; Bermejo, 2002; Ballester, 2006 y 2009; Moix, 2006; Viscarret, 2007 y 2009; Idareta, 2011 y 2012). No obstante, son pocos los profesionales que logran identificar estas aportaciones a la hora de reflexionar e intervenir éticamente en su ejercicio habitual. Con el propósito de que las y los profesionales del Trabajo Social y disciplinas afines sean capaces de identificar que sus valoraciones éticas tienen su origen en algunas de las diferentes teorías éticas existentes, a partir de las que mayor impacto han podido tener en el Trabajo Social, hemos elaborado el *Cuestionario de Autoevaluación Ética (C-AE)*.

Por todo ello, en la primera parte, analizaremos algunas de las diferentes teorías éticas existentes que más han podido incidir en la práctica profesional en el Trabajo Social y, en una segunda parte, expondremos las características del C-AE.

2. INCIDENCIA DE ALGUNAS TEORÍAS ÉTICAS EXISTENTES EN LA ÉTICA DEL TRABAJO SOCIAL

Según Bermejo (2002), la Ética del Trabajo Social se articula en tres dimensiones: la dimensión teleológica, la dimensión deontológica y la dimensión pragmática. La dimensión teleológica es la dimensión más general de las tres que estudia la finalidad específica de la profesión. La dimensión deontológica estudia los valores, principios y normas que guían la conducta profesional y que pretenden garantizar el logro de la finalidad a la que aspira la profesión. Por su parte, la dimensión pragmática es la dimensión más práctica y compleja, ya que analiza éticamente las intervenciones concretas frente a un usuario singular y sus inciertas y contingentes circunstancias vitales.

En lo que respecta a la dimensión teleológica, está inspirada en la ética de Aristóteles, para el cual el bien es todo aquello a lo que aspira el ser humano (*telos*). Todo (incluido el ser humano) aspira a su propio bien. Concretamente, la finalidad del Trabajo Social es la promoción del bienestar social. De hecho, “solo quienes hayan reflexionado a fondo sobre la finalidad de lo que hacen y procuran llevarlo a la práctica, podrán realizar un trabajo éticamente cualificado, un ‘buen’ trabajo social” (Bermejo, 2002: 59).

Por otra parte, si tenemos en cuenta que el fundamento ético del Trabajo Social consiste en considerar al usuario como fin en sí mismo y no como un medio, las finalidades que se derivan de todo ello son las siguientes: lograr el bienestar del usuario (inspirados en las teorías éticas de Aristóteles y J. S. Mill), potenciar el desarrollo autónomo del usuario (inspirados en la ética de I. Kant) y promover el cambio y la transformación social (inspirados en la propuesta de Karl Marx)¹. De todo ello se deriva que los valores, principios y normas en el Trabajo Social queden principal e inevitablemente impregnados de las teorías éticas aristotélica, kantiana, utilitarista y marxista.

Así, en lo relativo a la dimensión deontológica, el Trabajo Social hereda principalmente del kantismo la importancia que los profesionales otorgan a la libertad individual del usuario y del utilitarismo consecuencialista de Mill la importancia que representa para el bienestar del usuario el análisis pormenorizado de las consecuencias de las acciones del profesional. Estas presunciones básicas se concretan específicamente en el Trabajo Social en los principios de autodeterminación, de confidencialidad, de tratamiento no preferencial y de promoción del bien público. De los cuales se deriva correlativamente el no enjuiciamiento del usuario, la aceptación de la decisión del usuario y de su exclusiva singularidad como ser autónomo que se autodetermina, el respeto de los derechos del usuario y la promoción de su bienestar (Banks, 1997).

¹ No obstante, en lo que respecta a la potenciación del desarrollo de la autonomía del usuario, del mismo modo que Bermejo (2002: 65, 66), consideramos que la autonomía, más que un fin, es un derecho básico del usuario que el profesional debe respetar.

Por otra parte, pese a que en el Trabajo Social se haya profundizado más en las dimensiones teleológica y deontológica, la dimensión pragmática es la que menos desarrollada se encuentra (Idareta, 2011 y 2012). De hecho, las dos primeras dimensiones tienen un alcance bastante limitado. Algo que se evidencia cuando las y los profesionales se enfrentan a la incertidumbre y la contingencia inherentes a los casos concretos. Según Sartre, no existe moral que pueda señalarnos el camino que debemos tomar, ya que nadie puede decidirlo hasta que se encuentra frente al mismo.

Dicho de otro modo, un código deontológico preestablecido, consensuado *a priori*, abstracto y general, no puede orientarnos -o se encuentra muy limitado para hacerlo- en las imprevisibles y contingentes circunstancias de casos singulares y concretos. A un código deontológico le resulta imposible prever lo que sucederá a partir de lo que tiene preestablecido de antemano. Por ello, las y los profesionales del Trabajo Social buscan soluciones ante estas circunstancias, siendo teorías éticas contemporáneas como las de E. Lévinas y C. Gilligan las que advierten sobre la importancia del desarrollo de nuevas estrategias en la dimensión pragmática, planteando sus propias alternativas (Idareta, 2011).

A continuación nos centraremos en explicar brevemente algunas de estas y otras teorías éticas existentes que más han podido incidir en la Ética del Trabajo Social².

2.1. ARISTÓTELES

Para Aristóteles, todo ser humano aspira a un fin en su vida. De hecho, el mejor de los fines a los que aspira todo ser humano es la felicidad. La condición de posibilidad de la felicidad en el ser humano es pues, según Aristóteles, poder aspirar a la misma. El modo de lograr este mejor fin, es decir, la felicidad, es en sociedad, en solidaridad con los demás. No en vano, para Aristóteles, el ser humano es sociable por naturaleza y es bueno en tanto en cuanto se ajusta a su condición superior de ser racional a través de la progresiva convergencia del *ethos* individual al *ethos* colectivo.

Dicho de otro modo, el sujeto comienza aspirando a lograr sus propios fines para lograr su felicidad. A medida que convive con el resto de conciudadanos, los ayuda. Gracias a lo cual comienza a ser consciente de los problemas, las dificultades, las necesidades y las carencias comunes de la mayoría. Es así como comienza a familiarizarse con otra felicidad que no es la individual, sino la felicidad para todos, siendo la política el único medio a través del cual lograrla.

2 En este apartado somos deudores de las obras de autores como Ferrater (1964a, 1964b, 1964c y 1964d), Satué y Bria i Perau (1997), Úriz (2000), Camps (2006a, 2006b y 2006c), Úriz, Ballester y Urien (2007), Gómez y Mugerza (2009), MacIntyre (2010) y Úriz, Ballester y Viscarret (2011).

Por todo ello, para Aristóteles la política es una prolongación que complementa a la ética. Los sujetos, gracias a su inherente sociabilidad y bondad, toman conciencia de los problemas comunes, así como de la imperiosa necesidad de solventarlos a través de la política. Así, el ciudadano comienza buscando su propia felicidad para continuar buscando la de todos y cada uno de sus congéneres. La ética es la que le lleva a la política y la política a la ética.

Para Aristóteles, la virtud consiste en el término medio entre dos extremos, siendo la prudente moderación la virtud por excelencia. Así, el modo de lograr la felicidad es a través del cumplimiento de las virtudes morales. A diferencia de la teoría ética de Platón, la ética aristotélica es una ética práctica que se lleva a cabo en una dimensión pragmática.

2.2. INMANUEL KANT

Para Kant, la moral se basa en las acciones realizadas por el deber, que consiste en aquella acción que se lleva a cabo por respeto a la ley moral racional. Dicho de otro modo, el deber consiste en el sometimiento voluntario a la ley moral, sin obtener ni esperar a cambio beneficio personal alguno. Por ello, Kant propone el imperativo categórico, interno e incondicionado, en contraposición al imperativo hipotético, externamente condicionado. El imperativo categórico debe cumplir con los siguientes requisitos: la acción ha de ser universalizable, es decir, extensible a todos los demás y, en esta acción, se ha de contemplar al sujeto humano como fin en sí mismo y no como medio.

La primera condición para que podamos hablar de imperativo categórico ha de consistir en actuar de modo que lo que (no) quieres que te hagan a ti, (no) se lo hagas a los demás. Es decir, obrar de modo que la máxima que quieras para ti, se pueda convertir en ley universal (para todos). La segunda condición consiste en tratar a los otros como fines y no como medios. Es decir, obra de tal modo que trates siempre a la Humanidad como un fin, y no te sirvas jamás de ella como de un medio. No debemos hacer del sujeto humano un objeto del que lucrarnos personalmente.

Por todo ello, la ética kantiana es una ética formal, apriorística y autónoma. Es una ética formal porque no atiende a las consecuencias materiales de nuestras acciones, sino a las intenciones. Es *a priori* debido a que la acción parte de la ley moral a la que, en conciencia, nos sometemos voluntariamente sin coacción externa, siendo por ello una ley anterior a nuestra experiencia, es decir, una ley racional. Para Kant, son más importantes las intenciones que las consecuencias de nuestras acciones. Finalmente, es una ética autónoma, en tanto en cuanto Kant propone una ley moral universalizable que cada sujeto se da a sí mismo, por sí mismo, para sí mismo, sin coacción ni coerción externas y a la que se somete voluntariamente.

2.3. JOHN STUART MILL

Según Mill, la moral se basa en la utilidad y las consecuencias de las acciones. El deber consiste en aquella acción voluntaria que reporte beneficios positivos personales y, consiguientemente, para el conjunto. Mill propone el principio de mayor felicidad. Contempla que una acción es buena o justa cuando es útil, es decir, cuando aumenta o promueve la felicidad del mayor número posible de personas -a la que denomina *felicidad total*-, así como cuando las consecuencias de la misma son positivas, es decir, cuando son buenas para el mayor número. Concibe que el ser humano posee naturaleza social y que, por ello, desea estar unido a los demás y promover el interés común. Por todo ello, la felicidad consiste en el bienestar que todos buscan, así como en la presencia de bienestar y ausencia de dolor.

En contraposición a la ética kantiana, la ética de Mill es una ética material y no egoísta. Es una ética material debido a que atiende a las acciones que nos reportan mayor beneficio, es decir, a las consecuencias positivas. Para Mill, las consecuencias de nuestras acciones son siempre más importantes que las intenciones. Según Mill, una acción es buena o justa si sus consecuencias nos reportan beneficio personal. Por lo tanto, la conducta ética por excelencia es una conducta interesada que nos depara beneficios personales, pero que, no por ello es egoísta. Al desear y aumentar la propia felicidad, aumentamos a la vez la felicidad de todos, es decir, la felicidad general. Y viceversa: al aumentar la felicidad general, aumenta la de cada individuo.

2.4. KARL MARX

Desde la perspectiva de Marx, todo es materia y se reduce a la materia. Por ello, todo se rige por la dialéctica. De ahí que conocer las leyes de la materia signifique dominarla. Marx denuncia la explotación del proletariado (clase trabajadora) por alienación en el trabajo. La alienación es concebida como aquella consecuencia de la explotación que lleva al sujeto (al proletario) a la desposesión de su personalidad y la consiguiente desorientación, haciéndolo depender irremediamente de otro (del burgués). Según Marx, la posición social y la ideología que la legitima, dependen de la situación económica (burgués = explotador; proletario = explotado). Por ello, las creencias, normas, ideas, instituciones, etc., dependen de la posición social, de la propiedad que se tiene.

Dicho de otro modo, cuando la sociedad se organiza basándose en el poder económico (infraestructura económica) en función del cual se edifican el poder ideológico, jurídico e ideológico (superestructura), se legitima y normaliza la explotación de los explotadores sobre los explotados. Por ello, Marx critica la moral burguesa, ya que esta justifica dicha explotación del proletariado. De ahí que la moral marxista proponga liberarse de toda explotación y la revolución social. Una revolución social que pondrá fin a la explotación del proletariado y que se llevará a cabo en una sociedad sin Estado, sin clases sociales y sin propiedad.

2.5. EL VITALISMO DE FRIEDRICH NIETZSCHE

Hegel culpa al cristianismo por ensalzar otro mundo, el del cielo y la vida eterna, para promover la *moral de los esclavos*. Esta moral de esclavos ensalzaba los valores de abnegación, sacrificio, sufrimiento, compasión, tolerancia, piedad, etc. Por ello, Nietzsche niega la moral cristiana, afirmando que *Dios ha muerto*. No obstante, con esta afirmación, pretende señalar que, desde su punto de vista, mueren los principios absolutos y eternos, mueren la Verdad y el Bien absolutos. Según Nietzsche, se hace imprescindible una transmutación hacia nuevos valores como la grandeza, la desmesura, la alegría de vivir. De ahí que su lema fuese *Atrévete a gozar*. El sujeto que encarna estos valores es el superhombre: un nuevo ser humano como consecuencia de abrazar estos nuevos valores anteriormente censurados y mucho más vitales.

Nietzsche concibe que no existen absolutos epistemológicos ni éticos, lo cual provoca una necesaria y constante revisión del conocimiento adquirido, que siempre depende del punto de vista particular del sujeto cognoscente. A este planteamiento se ha denominado Perspectivismo. Nietzsche rechaza que exista un solo punto de vista que imponga una única verdad absoluta a todos por igual y, con ello, rechaza el conocimiento seguro y definitivo que se encuentre solo al alcance de unos pocos privilegiados. Según Nietzsche, todos podemos acceder a la verdad, que acaba siendo vista desde diferentes perspectivas. Pese a todo, la ausencia de verdad absoluta no nos lleva al relativismo, ya que con la expresión *Dios ha muerto* simplemente se afirma que la perspectiva de cada cual es tan válida como la de los demás, siendo la mejor para cada uno, sin que esta tenga que ser impuesta al resto como la buena, la ideal, la mejor...

2.6. EL EXISTENCIALISMO

Para el Existencialismo, en el mundo hay seres en sí (objetos sin conciencia) y seres para sí (sujetos con conciencia). El sujeto humano se encuentra abocado a la vaciedad total y a la desorientación. Es decir, hay una ausencia total de valores y principios. Los anteriores valores y principios absolutos han dejado de guiarnos y de tener validez. Por ello, si *Dios ha muerto* y con él todos estos valores absolutos, nada precede a la existencia del ser humano. Cada sujeto primero *existe* y, seguidamente, define su esencia gracias a la libertad y la responsabilidad. El existencialismo concibe que los seres humanos están condenados a la libertad e insta a cada uno a que decida y responda en cada momento lo que considere más adecuado, siguiendo los dictados de su conciencia y no cumpliendo obedientemente con los principios que, con anterioridad, le impedirían pensar y tomar decisiones por sí mismo.

Cada sujeto vive angustiado porque la responsabilidad que pesa sobre él lo desborda y porque debe tomar decisiones por sí mismo, sin más orientación que la de su conciencia.

En ausencia de una divinidad rectora del universo humano y mundano, los existencialistas abogan por la necesidad de comprometerse y luchar contra la injusticia, haciendo más humana la existencia de todos. La ausencia de valores no nos lleva a la quietud, a ser pasivos e hipócritas. Antes bien, nos lleva a tomar conciencia de la inmensa responsabilidad que recae sobre cada uno para con los demás.

2.7. EMMANUEL LÉVINAS

Según Lévinas, la filosofía occidental ha sido muy a menudo una ontología. Con esto trataba de significar que, a lo largo de la Historia, con demasiada frecuencia, la filosofía, concretamente el realismo ontologista y el idealismo trascendental, habían promovido la soledad de los seres humanos que, como consecuencia, tendían a distanciarse de su alteridad hasta llegar a ajustarla a la idea que se componían de la misma. Según Lévinas, se ejerce violencia al ser humano desde el momento en el que, por intelectualizar la relación con el Otro, se tiende a eliminar aquellas cualidades que lo hacen singular para sustituirlas por la idea que el sujeto que lo recibe se compone del mismo. Creer que la realidad se ajusta a la perfección a la medida de la razón y viceversa, nos lleva a reducir a la alteridad a la medida de nuestras categorías cognitivas. Por ello, frente a este intelectualismo ontologista, Lévinas plantea la sensibilidad ética a la que despertamos gracias al rostro del Otro.

Esta sensibilidad precognitiva frente a una alteridad que no conozco inicialmente, será la que impida toda posible violencia a través de la razón, ya que insta en el sujeto ético la vigilancia o actitud crítica y autocrítica gracias a la cual impedirá la categorización definitiva y segura del Otro. Tras el impacto precognitivo del rostro del Otro como máxima expresión de su vulnerabilidad y de su humanidad, el sujeto ético comienza a tener conocimiento de la alteridad. Pero el hecho de haber experimentado su irreducibilidad precognitivamente, de haber sentido su singularidad anterior a toda conceptualización posterior, lo llevan a mantenerse vigilante, es decir, a no poder -o a tener serias dificultades para- categorizar definitivamente al Otro. Tras cada categorización, la sensibilidad ética será la que inste al sujeto ético a devolver al Otro a su estado anterior a la categorización, donde la alteridad es irreducible.

2.8. CAROL GILLIGAN

La ética del cuidado propuesta por Carol Gilligan surge a partir de la crítica que esta realiza de la propuesta de su profesor Lawrence Kohlberg. El hecho de que este último realizara su estudio únicamente con sujetos de sexo masculino y con dilemas hipotéticos, lo llevaban a considerar que, en su ética de la justicia, las mujeres poseen un desarrollo moral inferior al de los hombres. Por su parte, Gilligan utilizó para su estudio tanto a hombres como a mujeres, así como dilemas reales, arribando a una teoría ética diferente a la de Kohlberg: la ética del cuidado.

Desde la perspectiva de la ética del cuidado, complementaria de la ética de la justicia, los hombres tienden a regirse por valores abstractos y formales, tienen una concepción lógica de las cosas y se centran en sí mismos, dando especial importancia al cumplimiento de las normas y las reglas. Por su parte, las mujeres tienden a regirse por valores más pragmáticos, tienen una concepción global e interconectada de las cosas y se centran en los demás, dando importancia al contexto y a las relaciones sociales.

Las semejanzas y diferencias de ambas éticas serían las siguientes: ambas abogan por la igualdad, pero en la ética de la justicia destacan tanto la imparcialidad como la universalidad, dejando de lado todo lo relativo a la diversidad. Algo que es considerado y revalorizado por la ética del cuidado, que apuesta por el respeto a la diversidad y por el cuidado al que lo necesite porque lo necesita. De este modo se constata que en la ética de la justicia prima un trato igualitario para cada uno, que es igual que todos los demás, mientras que en la ética del cuidado prevalece un trato en función de los requerimientos y necesidades de cada cual, siempre diferente a los demás e irreductible.

2.9. EL DETERMINISMO: EL DETERMINISMO COMPATIBILISTA Y EL DETERMINISMO DURO

Para el Determinismo, todo puede ser explicado a partir de la ciencia. De hecho, el Determinismo ha sido definido como aquella “doctrina según la cual todos y cada uno de los acontecimientos del universo están sometidos a las leyes naturales” (Ferrater, 1964a: 431). Todo en el mundo se encuentra predeterminado, toda causa tiene un efecto y todo efecto se debe a una serie de causas. Según Popper, “todo acontecimiento físico perteneciente al futuro lejano (o al pasado remoto) es predecible (o retrodictible) con un grado aceptable de precisión” (2010: 264). Este autor representaba gráficamente esta tendencia aludiendo a que “todas las nubes son relojes” (2010: 252). Por ello, el Determinismo es esa doctrina según la cual la conducta del ser humano es predecible. Desde esta perspectiva, únicamente poseemos una ilusión de libertad, pues todo se encuentra predeterminado. Por ello, si no existe la libertad y no podemos elegir entre lo que está bien y lo que está mal, no tiene sentido hablar de moral.

Dentro del Determinismo hallamos dos extremos: el Determinismo Duro y el Determinismo Compatibilista. Para el primero, “el futuro del mundo empírico (o del mundo fenoménico) está completamente determinado por su estado presente, hasta en sus menores detalles” (Popper, 2003: 239). No existe libertad humana, ya que estamos predeterminados por leyes (de la naturaleza, físicas, científicas, divinas, etc.) y la responsabilidad moral no tiene sentido, ya que de nada sirve conocer lo que está bien o mal si estamos abocados a hacer algo que responde a unas causas anteriores y ajenas a nuestra propia voluntad.

En la actualidad, lo que prepondera es el Determinismo Compatibilista, es decir, esa doctrina que mantiene una postura intermedia entre el Determinismo Duro y el Indeterminismo: podemos conocer cómo tenderemos a comportarnos ante determinadas circunstancias, sin que eso anule nuestra capacidad de tomar libremente nuestras decisiones. Es decir, pese a que se acepte que estamos influidos tanto por el carácter como por el contexto, lo cierto es que se acepta que no llegan a determinarnos por completo. La existencia de leyes en el comportamiento humano es compatible con la libertad del sujeto y la aceptación de la libertad trae consigo la responsabilidad moral (Úriz, 2000).

2.10. EL INDETERMINISMO

La doctrina que se confronta con el Determinismo surge poco más tarde, en el siglo XIX, concretamente, gracias al Principio de indeterminación de Werner Heisenberg (1927), que mostraba la imprevisibilidad e impredictibilidad de las partículas subatómicas. De este modo, se cuestionaba que la ciencia pudiera dar explicación a cuanto sucede en el mundo. El Indeterminismo señala que el Determinismo tiene excepciones, es decir, que toda causa no tiene su efecto y que todo efecto no se debe a unas causas. Según Popper, “no todos los acontecimientos del mundo físico están predeterminados con absoluta precisión en todos sus detalles infinitesimales” (2010: 263). En este caso, Popper invierte la anterior representación gráfica para describir el Indeterminismo del siguiente modo: “todos los relojes son nubes hasta cierto punto” (Popper, 2010: 255). El argumento popperiano es claro: “ninguna medida puede ser infinitamente precisa” (Popper, 2010: 264). Si la conducta humana no se encuentra predeterminada por completo, podemos hablar de aquella libertad que nos posibilita elegir entre lo bueno y lo malo. Para el Indeterminismo, tiene sentido hablar de moral y solo el conocimiento provisional, hipotético y perfectible es un conocimiento ético, no dogmático, ni autoritario.

2.11. ÉTICA DIALÓGICA VS. COMUNITARISMO

La ética dialógica concibe que el diálogo racional es el procedimiento adecuado para establecer unos valores mínimos universales a partir del ideal de justicia social. Hunde sus raíces en la ética kantiana y dos de sus representantes más importantes son J. Habermas y K.O. Apel. Concretamente, la ética dialógica de Habermas concibe como correctas aquellas normas universalizables que se alcanzan a partir de diálogo y la unanimidad de todos los sujetos implicados en la toma de decisiones. Así, toda norma que no sea universalizable, unánime y racionalmente dialogada, dejará de tener validez.

Con el requisito de universalización se pretenden instaurar unos valores mínimos que sean compartidos por todos los seres humanos. Dicho de otro modo, la ética dialógica

pretende alcanzar una Ética de Mínimos, que consiste en aquellos deberes y derechos mínimos y básicos en los que existe consenso para que puedan ser exigidos a cada ser humano, independientemente de la nacionalidad, cultura, religión, creencias, etc., a la que pertenezcan.

Por su parte, el Comunitarismo otorga más importancia a la sensibilidad que a la racionalidad humana (por ejemplo, promoviendo el sentimiento de pertenencia al grupo), a la comunidad más que al sujeto, al bien al que se trata de aspirar más que a la justicia. Por ello, su propuesta es de corte aristotélico y sus máximos representantes son Ch. Taylor y A. MacIntyre. Proponen una Ética de Máximos, que consiste en aquellos ideales, valores y creencias de cada sujeto que dependen en gran medida de la sociedad o cultura a la que pertenece, no pudiendo por ello ser universalmente exigibles.

3. CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN ÉTICA (C-AE)

Una vez analizadas cada una de las teorías éticas anteriores, procedemos a explicar el cuestionario a través del cual podemos identificarlas en el ejercicio profesional del Trabajo Social y disciplinas afines. El *Cuestionario de Autoevaluación Ética (C-AE)* ha sido diseñado para medir las orientaciones éticas de los profesionales del Trabajo Social y disciplinas afines y está inspirado en la *Theoretical Evaluation Self-Test*, una escala elaborada y validada por el profesor Daniel Coleman (2004) para medir las orientaciones teóricas de los terapeutas. El C-AE es una aportación tan novedosa como original debido a la ausencia de escalas de estas características aplicables a las y los profesionales del Trabajo Social y disciplinas afines.

La escala consta de 39 ítems en torno a las anteriormente descritas 15 teorías éticas diferentes: ética aristotélica, ética kantiana, utilitarismo consecuencialista, ética marxista, vitalismo, existencialismo, ética de la responsabilidad de E. Lévinas, ética de la justicia de L. Kohlberg, ética del cuidado de C. Gilligan, ética dialógica de K.O. Apel y J. Habermas, ética comunitarista de Ch. Taylor y A. MacIntyre, determinismo, indeterminismo, determinismo compatibilista y determinismo duro. Son 39 ítems a los que los encuestados deben responder en función del grado de acuerdo o desacuerdo que presenten con cada uno de ellos mediante una escala Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 7 = totalmente de acuerdo).

Así, el C-AE consta de 15 dimensiones correspondientes a cada una de las teorías éticas desarrolladas en el apartado anterior, que son medidas a través de los siguientes ítems: ética aristotélica (ítems 22, 31 y 38), ética kantiana (ítems 4, 24 y 34), utilitarismo consecuencialista (ítems 7 y 35), ética marxista (ítems 20 y 33), vitalismo (ítems 6 y 11), existencialismo (ítems 1 y 19), ética de la responsabilidad de E. Lévinas (ítems 15, 28 y

30), ética de la justicia de L. Kohlberg (ítems 25, 29 y 32), ética del cuidado de C. Gilligan (ítems 13, 18, 27 y 39), ética dialógica de K.O. Apel y J. Habermas (ítems 3, 23 y 26), ética comunitarista de Ch. Taylor y A. MacIntyre (ítems 2, 9, 12 y 16), determinismo (ítems 8 y 36), indeterminismo (ítems 5 y 37), determinismo compatibilista (ítems 10 y 14) y determinismo duro (ítems 17 y 21) (véase Tabla 1 en Anexos).

Para conocer las puntuaciones obtenidas en cada dimensión, hay que sumar las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems de cada una y dividirla entre el número total de ítems que la componen. La dimensión en la que se obtenga la mayor puntuación nos dará la medida de la principal orientación ética del profesional y cómo se encuentra en relación al resto de dimensiones. Pongamos por ejemplo que el profesional obtiene en los ítems correspondientes a la dimensión Ética del Cuidado de C. Gilligan 6 puntos en el ítem 13, 4 en el 18, 5 en el 27 y 2 en el 39. Se suman las puntuaciones obtenidas en cada ítem ($6 + 4 + 5 + 2 = 17$) y se divide entre el número total de ítems de esta dimensión (4), dando un total de 4,25. Una vez realizada la operación con cada una de las dimensiones, se compararán las puntuaciones obtenidas y las dimensiones que obtengan mayor puntuación se corresponderán con las orientaciones éticas predominantes en el ejercicio profesional del sujeto. Con el propósito de facilitar el cómputo de la puntuación final de cada dimensión, hemos elaborado el *Formulario para la facilitación del cómputo de la puntuación final de cada dimensión* (véase Tabla 2 en Anexos).

4. CONCLUSIONES

Es fundamental que las y los profesionales del Trabajo Social conozcan de qué teorías éticas se derivan la mayoría de las valoraciones éticas que realizan en su ejercicio habitual. Con este propósito hemos propuesto el *Cuestionario de Autoevaluación Ética* (C-AE): para sensibilizar a las y los profesionales del Trabajo Social y disciplinas afines sobre la extraordinaria importancia e incidencia de las diferentes teorías éticas en su ejercicio profesional. El *Cuestionario de Autoevaluación Ética* (C-AE) o *Ethical Evaluation Self-Test* (EES-T), podría servir de complemento a la *Theoretical Evaluation Self-Test* (TEST) de Coleman (2004) en la que nos hemos inspirado para realizar su diseño. En cualquier caso, el C-AE, todavía pendiente de validación, pretende ser un instrumento sencillo y eficaz que permita mejorar éticamente y así humanizar nuestra intervención en el Trabajo Social y disciplinas afines.

5. BIBLIOGRAFÍA

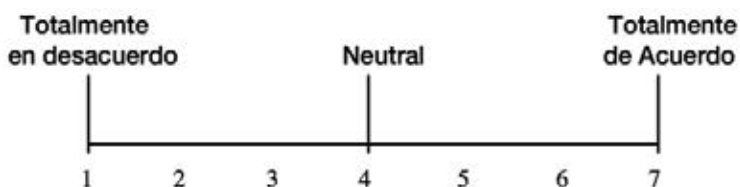
- Banks, S. (1997). *Ética y valores en el Trabajo Social*. Barcelona: Paidós.
- Ballesteros, A. (2006). *Dilemas éticos en Trabajo Social: autonomía y paternalismo*. Pamplona: Eunat.

- Ballester, A. (2009). Dilemas éticos en Trabajo Social: el modelo de la Ley Social. *Portularia*, 9(2), 123-131.
- Bermejo, F.J. (2002). *Ética de las profesiones*. Bilbao: Desclée Brower.
- Camps, V. (Ed.). (2006a). *Historia de la ética. 1. De los griegos al Renacimiento*. Barcelona: Crítica.
- Camps, V. (Ed.). (2006b). *Historia de la ética. 2. La ética moderna*. Barcelona: Crítica.
- Camps, V. (Ed.). (2006c). *Historia de la ética. 3. La ética contemporánea*. Barcelona: Crítica.
- Coleman, D. (2004). Theoretical Evaluation Self-Test (TEST). A preliminary validation study. *Social Work Research*, 28(2), 117-128.
- Ferrater, J. (1964). *Diccionario de Filosofía*. Barcelona: Ariel.
- Gómez, C. y Muguerza, J. (Eds.) (2009). *La aventura de la moralidad (paradigmas, fronteras y problemas de la Ética)*. Madrid: Alianza.
- Idareta, F. (2011). La Ética como primera filosofía: aproximación de la Ética de E. Lévinas al Trabajo Social. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Idareta, F. (2012). Aproximación de la ética de Emmanuel Lévinas al Trabajo Social. *Portularia*, 12(1), 1-8. DOI: 10.5218/prts.2012.0028.
- MacIntyre, A. (2010). *Historia de la ética*. Barcelona: Paidós.
- Moix, M. (2006). *Teoría del Trabajo Social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Popper, K.R. (2003). *Conjeturas y refutaciones. El desarrollo del conocimiento científico*. Barcelona: Paidós.
- Popper, K.R. (2010). *Conocimiento objetivo*. Madrid: Tecnos.
- Salcedo, D. (2001). *Autonomía y bienestar. La ética del Trabajo Social*. Granada: Comares.
- Satué, M. y Bria I Perau, L. (1997). *¿Qué sabes de Ética?* Madrid: Alhambra Longman.
- Úriz, M.J. (2000). *Ética social contemporánea*. Pamplona: Eunate.
- Úriz, M.J., Ballester, A., y Urien, B. (2007). Dilemas éticos en la intervención social. Una perspectiva profesional desde el Trabajo Social. Zaragoza: Mira.
- Úriz, M.J., Ballester, A., y Viscarret, J.J. (2011). Cómo resuelven los trabajadores sociales los dilemas éticos. *Portularia*, 11(2), 47-59. DOI:10.5218/prts.2011.0017.
- Viscarret, J.J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza.
- Viscarret, J.J. (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. En T. Fernández García (Coord.). *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 293-344). Madrid: Alianza.

6. ANEXOS

TABLA 1. CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN ÉTICA (C-AE).

Instrucciones: Rodea con un círculo el número que mejor representa tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación.



ÍTEMS	PUNTUACIONES
1. Ante la ausencia total de valores absolutos, el sujeto se siente angustiado, desorientado, abocado a la vaciedad total debido a que toda la responsabilidad recae sobre él.	1 2 3 4 5 6 7
2. La Ética de Máximos consiste en aquellos ideales, valores y creencias de cada sujeto que dependen en gran medida de la sociedad o cultura a la que pertenece, no pudiendo por ello ser universalmente exigibles.	1 2 3 4 5 6 7
3. La Ética de Mínimos da más importancia a la justicia que a las virtudes y a la autorrealización de los sujetos, al sujeto, a su autonomía y a la igualdad entre todos que a la comunidad.	1 2 3 4 5 6 7
4. La conducta ética por excelencia o virtud consiste en el sometimiento voluntario a la ley moral por deber, sin obtener ni esperar beneficio personal a cambio.	1 2 3 4 5 6 7
5. Toda causa no tiene su efecto y todo efecto no se debe a unas causas.	1 2 3 4 5 6 7
6. No hay absolutos epistemológicos y éticos, ni existe un solo punto de vista que imponga una única verdad absoluta a todos por igual como la buena, la ideal, la mejor... La perspectiva de cada cual es tan válida como las demás, siendo la mejor para cada uno.	1 2 3 4 5 6 7

Teorías Éticas en el Trabajo Social: Cuestionario de Autoevaluación Ética (C-AE)

7. Las consecuencias de las acciones son más importantes que las intenciones.	1	2	3	4	5	6	7
8. Todo en el mundo se encuentra predeterminado, toda causa tiene un efecto y todo efecto se debe a una serie de causas.	1	2	3	4	5	6	7
9. La Ética de Máximos ha de ser complementada con la Ética de Mínimos. Da más importancia a la sensibilidad que a la racionalidad. Da más importancia a la comunidad que al individuo. Da más importancia al ideal del bien, de las virtudes y de la autorrealización para alcanzar la felicidad que a la justicia.	1	2	3	4	5	6	7
10. Existen leyes en el comportamiento humano compatibles con la libertad del sujeto.	1	2	3	4	5	6	7
11. La conducta ética por excelencia o virtud consiste en gozar de cada instante.	1	2	3	4	5	6	7
12. La Ética de Máximos da más importancia a la comunidad que al individuo, al ideal del bien, a las virtudes y a la autorrealización para alcanzar la felicidad que a la justicia.	1	2	3	4	5	6	7
13. La conducta ética por excelencia o virtud consiste en cuidar del que lo necesita porque lo necesita, tratando a cada sujeto porque es único e irrepetible, teniendo en cuenta la diversidad, la igualdad y el contexto.	1	2	3	4	5	6	7
14. La aceptación de la libertad trae consigo la responsabilidad moral.	1	2	3	4	5	6	7
15. La conducta ética por excelencia o virtud consiste en actuar antes de poder conocer o sopesar todas las consecuencias de las acciones, al sujeto, etc., siendo sensible y manteniendo una actitud crítica y autocrítica frente al mismo.	1	2	3	4	5	6	7
16. La conducta ética por excelencia o virtud es aquella que tenga en cuenta la sensibilidad más que la racionalidad, la comunidad más que al individuo y la autorrealización y las virtudes más que la justicia.	1	2	3	4	5	6	7
17. Estamos predeterminados, por lo que no existe la libertad y la responsabilidad moral no tiene sentido.	1	2	3	4	5	6	7

18. El cuidado complementa el alcance de la justicia.	1	2	3	4	5	6	7
19. La conducta ética por excelencia o virtud consiste en ser responsable, comprometerse y luchar contra la injusticia, haciendo más humana la existencia de todos.	1	2	3	4	5	6	7
20. La conducta ética por excelencia o virtud consiste en poner fin a la explotación que padece la clase explotada.	1	2	3	4	5	6	7
21. No existe libertad humana ya que estamos predeterminados por las leyes (de la naturaleza, físicas, científicas, divinas, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
22. La conducta ética por excelencia o virtud consiste en actuar con prudente moderación. La virtud consiste en el término medio entre los dos extremos (vicios).	1	2	3	4	5	6	7
23. La conducta ética por excelencia o virtud se alcanza a través del diálogo racional, gracias al cual hallamos los valores mínimos universales (por ejemplo, los Derechos Humanos).	1	2	3	4	5	6	7
24. Las intenciones son más importantes que las consecuencias de las acciones.	1	2	3	4	5	6	7
25. La conducta ética por excelencia o virtud consiste en cumplir obediente y estrictamente con los principios éticos (necesarios y suficientes), tratando a cada sujeto de modo imparcial (neutral) e igualitario.	1	2	3	4	5	6	7
26. La Ética de Mínimos consiste en aquellos deberes y derechos mínimos y básicos en los que existe consenso para que puedan ser exigidos a cada ser humano, independientemente de la nacionalidad, cultura, religión, creencias, etc., a la que pertenezcan.	1	2	3	4	5	6	7
27. Cada sujeto es racional y se preocupa de que el Otro concreto pueda necesitar ayuda. Cuida al Otro cuando lo necesita.	1	2	3	4	5	6	7
28. La conducta ética por excelencia o virtud consiste en respetar la singularidad irreductible de cada sujeto, sin serle nunca indiferente.	1	2	3	4	5	6	7
29. La justicia debe prevalecer sobre el cuidado.	1	2	3	4	5	6	7

Teorías Éticas en el Trabajo Social: Cuestionario de Autoevaluación Ética (C-AE)

30. Hay que descategorizar al sujeto categorizado para devolverle su singularidad, es decir, no sólo hay que conocer al Otro sino que hay que sentirlo para dificultar o evitar al máximo categorizarlo de forma segura y definitiva.	1	2	3	4	5	6	7
31. La felicidad es el mejor fin al que se puede aspirar y se alcanza en solidaridad con los demás.	1	2	3	4	5	6	7
32. Cada sujeto es racional y tiene normas y deberes que cumplir, sin llegar por ello a rechazar la afectividad pero sin ser importante.	1	2	3	4	5	6	7
33. Hay que liberarse de toda explotación debida a la alienación -que consiste en la desposesión de la personalidad y la consiguiente desorientación, que nos hacen irremediabilmente dependientes del explotador-.	1	2	3	4	5	6	7
34. La conducta ética por excelencia o virtud consiste en aquella orden, mandato o ley universalizable que uno se da a sí mismo, por sí mismo y para sí mismo y a la que se somete voluntariamente, sin coacción ni coerción externas.	1	2	3	4	5	6	7
35. La conducta ética por excelencia o virtud consiste en aquella acción voluntaria que reporte beneficios positivos personales y, consiguientemente, para el conjunto, es decir, cuando una acción es útil y aumenta o promueve la felicidad del mayor número posible de personas.	1	2	3	4	5	6	7
36. La conducta humana se puede predecir.	1	2	3	4	5	6	7
37. La conducta humana no se puede predecir.	1	2	3	4	5	6	7
38. Se es feliz actuando conforme a las virtudes morales.	1	2	3	4	5	6	7
39. La afectividad es la que nos lleva a cuidar del que lo necesita y amplía el alcance de los principios éticos (necesarios pero insuficientes).	1	2	3	4	5	6	7

Fuente: *Theoretical Evaluation Self-Test*. Coleman (2004).

Francisco Idareta

TABLA 2. FORMULARIO PARA LA FACILITACIÓN DEL CÓMPUTO DE LA PUNTUACIÓN FINAL DE CADA DIMENSIÓN

DIMENSIONES	SUMA LA PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LOS SIGUIENTES ÍTEMS...				... Y DIVÍDELA ENTRE ...	PUNTUACIÓN FINAL POR DIMENSIÓN
ÉTICA ARISTOTÉLICA	22	31	38		/3 =	
ÉTICA KANTIANA	4	24	34		/3 =	
UTILITARISMO CONSECUENCIALISTA DE J.S. MILL	7	35			/2 =	
ÉTICA MARXISTA	20	33			/2 =	
VITALISMO DE F. NIETZSCHE	6	11			/2 =	
EXISTENCIALISMO	1	19			/2 =	
ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD DE E. LÉVINAS	15	28	30		/3 =	
ÉTICA DE LA JUSTICIA DE L. KOHLBERG	25	29	32		/3 =	
ÉTICA DEL CUIDADO DE C. GILLIGAN	13	18	27	39	/4 =	
ÉTICA DIALÓGICA DE K.O. APEL Y J. HABERMAS	3	23	26		/3 =	
ÉTICA COMUNITARISTA DE CH. TAYLOR Y A. MACINTYRE	2	9	12	16	/4 =	
DETERMINISMO	8	36			/2 =	
INDETERMINISMO	5	37			/2 =	
DETERMINISMO COMPATIBILISTA	10	14			/2 =	
DETERMINISMO DURO	17	21			/2 =	

Fuente: Elaboración propia.

ESTUDIO DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN MAJADAHONDA

STUDY ON THE FUNCTIONING OF THE HOME ASSISTANCE SERVICE IN MAJADAHONDA

Paula García Martín (1)

(1) *Cuide. Atención especializada a personas con dependencia y cuidadores. Cuide. Specialised attention for persons in situations of dependence and their care-givers*

Resumen: El Servicio de Ayuda a Domicilio es un recurso social especialmente extendido y relevante, que contribuye a que las personas en situación de dependencia puedan permanecer en sus propios domicilios con un adecuado nivel de calidad de vida. A fin de realizar mejoras en la calidad del servicio en el municipio de Majadahonda, se considera relevante conocer su funcionamiento y forma de gestión a partir de la representación de todos los agentes implicados en el mismo.

Palabras Clave: Servicio Ayuda a Domicilio, Satisfacción, Gestión pública, Externalización, Calidad.

Abstract: The Home Assistance Service is an especially wide-spread and relevant social resource that enables persons in situations of dependence to continue living in their own homes with an acceptable quality of life. With a view to making improvements in the quality of the service offered in the municipality of Majadahonda, it is worthwhile to try to understand the functioning of the service and how it is managed, with the representation of all the agents involved.

Key Words: Home Assistance Service, Satisfaction, Public Management, Outsourcing, Quality.

| Recibido: 12/02/2013 | Revisado: 15/04/2013 | Aceptado: 08/05/2013 | Publicado: 31/05/2013 |

Correspondencia: Paula García Martín. *Cuide. Atención especializada a personas con dependencia y cuidadores (en constitución). C/ San Roque, 41. 28220 Majadahonda (Madrid). Email: paulagm.antrop@gmail.com. Página Web. www.cuide.org.*

1. INTRODUCCIÓN

La evolución de los Servicios Sociales en España se encuentra en un momento clave como consecuencia de las políticas neoliberales, y de la crisis económica actual y los importantes cambios demográficos y sociales que obligan a “reaccionar” al Sistema de Bienestar, lo que supone un reto en su gestión. El espectacular aumento en los últimos años tanto del índice de envejecimiento como de la esperanza de vida en España, unido al descenso de la natalidad, implica que el grupo de personas mayores tenga mucha representatividad en nuestra sociedad, y que el creciente número de personas en situación de dependencia precisen servicios de atención que se adapten a las nuevas circunstancias.

La gestión de los Servicios Sociales en España es mixta, de manera que los servicios no se prestan únicamente por el sector público, sino también por el privado. La propia Constitución y las leyes autonómicas de Servicios Sociales admiten la participación privada en la gestión y prestación de servicios públicos, aunque es la Administración Pública la que toma las decisiones en relación a la oferta y contenido de los mismos y fija las condiciones que tiene que cumplir el ciudadano para acceder a estos.

En el caso del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), debido a su creciente demanda y a los efectos de la denominada nueva gestión pública, existe una tendencia generalizada e indiscriminada a su externalización, cuya eficacia en la mayor calidad del funcionamiento del servicio no está probada en todos los ámbitos. No obstante, se considera imprescindible hacerlo con el fin de buscar posibles alternativas de gestión y optimizar, consecuentemente, un recurso social especialmente extendido y relevante, el cual contribuye a que las personas dependientes puedan permanecer en sus propios domicilios con un adecuado nivel de calidad de vida.

En la actualidad, la calidad de los Servicios Sociales se concibe como una necesidad, como un derecho de los ciudadanos y una obligación de los agentes que los gestionan y los realizan. En este sentido, se ha de situar a la persona en el centro del sistema público y privado e implicar a los usuarios y a sus familias en la planificación de los servicios, así como tener en cuenta la voz de las personas que los gestionan y los realizan, mejorando la información y la investigación para que dicha mejora sea continua.

El conocimiento de la representación de los agentes implicados en el Servicios de Ayuda a Domicilio de Majadahonda, a partir de un estudio realizado en dicho municipio durante el primer semestre de 2012, posibilitará la realización de propuestas vinculadas a la mejora de su calidad y podrá contribuir, por lo tanto, al aumento de la calidad de vida de sus beneficiarios y de los cuidadores informales.

El objetivo general de este artículo será *estudiar la calidad del funcionamiento del Servicio de Ayuda a Domicilio en Majadahonda*, realizando las representaciones de los agentes implicados y las características socioeconómicas y necesidades de sus usuarios, con el propósito de mejorar su calidad. Los objetivos específicos serán:

- a. Caracterizar a nivel socioeconómico a las personas usuarias del SAD en Majadahonda.
- b. Comprender el funcionamiento de los aspectos más relevantes del servicio en la opinión de los diferentes agentes implicados, atendiendo específicamente a su forma de gestión.
- c. Conocer el grado de satisfacción de los usuarios del SAD y de sus cuidadores informales, y los factores asociados.
- d. Estudiar en qué medida el servicio se considera útil y ha producido un cambio en la situación personal de los usuarios y de sus cuidadores informales.
- e. Analizar otras necesidades que presenten los usuarios y sus familiares, y que puedan ser cubiertas por el servicio en un futuro.

Con esta finalidad se expondrán a continuación los distintos contenidos temáticos de este trabajo.

2. EL ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA: DEPENDENCIA Y SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

España es uno de los países más envejecidos del mundo. El 1 de enero de 2012 había 8 221 047 personas mayores, el 17,4 % del total de la población (47 212 990). El sexo predominante es el femenino, siendo el número de mujeres un 35 % superior al de varones (Abellán y Ayala, 2012).

Cubrir las necesidades crecientes de atención derivadas de este sector de población supone un fuerte reto para los Servicios Sociales, ya que el aumento del envejecimiento y del número de personas en situación de dependencia coincide con una crisis de los sistemas de apoyo informal que contribuía a la satisfacción de dichas necesidades. Esta crisis ha sido motivada por varios factores: el aumento del ratio familiar, el cambio en el modelo de familia y la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral (*Libro Blanco Dependencia*, 2004).

Asimismo, dentro de los sistemas de atención, los expertos y organismos internacionales defienden la prioridad de aquellos recursos que permiten hacer efectiva la opción de vivir en casa, aunque se trate de personas dependientes (Robles y Lara, 2009). La casa y el lugar de pertenencia y residencia han constituido los modos centrales de la resolución de las necesidades más vitales en nuestro país, algo que

Paula García

continúa presente hoy en día (Medina, 2000). No obstante, según una encuesta realizada para el *Libro Blanco* en 2010, el 87,3 % de las personas mayores prefiere vivir en su casa, siendo así también para el 65 % de la sociedad española. Por este motivo, todos los países con sistemas de protección de la dependencia, dan prioridad al desarrollo del conjunto de prestaciones y servicios de proximidad dentro de sus políticas, entre las cuales la ayuda a domicilio cobra vital importancia (Roldán y García, 2006).

Según el *Libro Blanco de Envejecimiento Activo* de 2011, los cuidados profesionales que se reciben en el entorno del hogar familiar llegan principalmente a través de dicho servicio. De esta manera, junto al cuidado informal, entendido tradicionalmente como el referido a la atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún tipo de discapacidad o dependencia (Pérez, 2008), coexiste el sistema de cuidado profesional proporcionado por las instituciones y entidades de servicios sociales.

En este sentido, el Servicio de Ayuda a Domicilio es, desde la perspectiva del envejecimiento, una propuesta integradora basada en un programa de actuación individualizado (Medina, 2000), cuya finalidad última es la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos dependientes y la promulgación del derecho de poder vivir en su hogar de forma digna.

El Servicio de Ayuda a Domicilio es uno de los servicios sociales más representativos desde que estos comienzan a desarrollarse en España. Corresponde a aquella prestación básica recogida en el Plan Concertado en 1988 e incluida en el acuerdo de financiación de mínimos que este plan contempla, entre la Administración general del Estado, las comunidades autónomas y las corporaciones locales (García, 2010).

La Administración Local especialmente y en menor medida la autonómica asumen la prestación del servicio. A finales de los años 1980, todas las comunidades autónomas habían emitido una normativa acerca de los servicios sociales generales (Medina, 2000). En esta década, el SAD se consolidaba como servicio social básico de gestión local.

Es en 2007, con la entrada en vigor la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (conocida como Ley de Dependencia o LAPAD), cuando pasó a consolidarse el SAD (uno de los servicios incluidos en su catálogo). Sin embargo, su menor utilidad sin apoyo familiar o sin complemento de un centro de día en el caso de la dependencia grave, así como diversas cuestiones operativas, han dificultado poder llegar a estos objetivos.

Según el Informe 2008 de las Personas Mayores en España, en enero de este año, el número de personas usuarias del SAD era de 358 078, y de estas, 71 343 se hallaban en la Comunidad Autónoma de Madrid. Destacan también Cataluña (57 034), Andalucía (46 924), y Castilla-La Mancha y Castilla y León con más de 28 000 y 27 000 usuarios respectivamente. Sin embargo, a pesar de lo extendido que se encuentra el servicio en todo el territorio, la cobertura alcanzada está muy alejada de la media de los países europeos (Muñoz, 2009). A 31 de diciembre de 2012, el número de personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio en España por la Ley de Dependencia fue de 125 295.

3. LA NUEVA GESTIÓN PÚBLICA Y EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

La eficacia del sector público en el desarrollo de sus funciones es un elemento que se debate desde hace décadas y que continúa planteándose en la actualidad. Sin embargo, a partir de los años setenta, toma un papel muy activo en la gestión de los servicios, cuando se empieza a debatir su ineficacia, asociada a aspectos como la burocracia o la competencia política (García, 2007).

La pérdida de importancia del sector público como único gestor del bienestar ciudadano, se encuentra asimismo asociada a nuevas demandas de mayor eficacia y eficiencia, con la finalidad de dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos, lo que ha dado lugar al desarrollo de nuevas formas de actuación comprendidas en lo que se denomina la nueva gestión pública.

La nueva gestión pública está fundamentada en diferentes premisas significativas de distintos enfoques teóricos básicos, como la *Teoría de la elección pública* o “public choice”, la *Teoría de los costes de transacción* (Hood y Jackson, 1991; Lapsley y Oldfield, 2001), *el neo-taylorismo o la Teoría de la agencia* (Pollitt, 1993). Es la amplitud teórica lo que permite la compilación de aspectos fundamentales que establece este nuevo tipo de gestión, como la reestructuración organizativa, los sistemas de control o la introducción del sector privado en el ámbito público.

Este último punto se está produciendo de forma indiscriminada sin probar su eficacia y eficiencia en los resultados obtenidos, lo que genera el planteamiento de en qué punto se han de establecer los límites de la externalización, y la importancia de distinguir entre los servicios instrumentales y los que, por la naturaleza de su actividad, están vinculados al orden público (Ortega, 2012).

En el caso de los Servicios Sociales, es difícil establecer dicho límite, principalmente en los servicios que se encuentran muy ligados al individuo, como es el caso del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Paula García

La Ley 11/1984, de 6 de junio de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, establece en su artículo 2.º que “El Servicio de Ayuda a Domicilio, tendrá como objetivo, prevenir situaciones de crisis personal y familiar, prestando una serie de atenciones de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador, a los individuos o familiares que se hallen en situaciones de especial necesidad, para facilitar la autonomía personal en el medio habitual”.

Posteriormente y en desarrollo de la misma, se publicó el Decreto 88/2002, de 30 de mayo, por el que se regula la prestación de ayuda a domicilio del Sistema de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, actualizado el 15/11/2004. En este, la Ayuda a Domicilio sigue contemplándose como “una prestación de carácter mixto que combina la prescripción técnica y su posterior seguimiento con la materialización en especie de gran parte de su contenido material” (Martínez, 2005, p. 34).

La gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio se encuentra en la mayoría de los casos, externalizada, lo que sin embargo, no prueba la eficacia y eficiencia de este tipo de gestión en todos sus ámbitos. Por tratarse de un servicio especialmente extendido y destinado a población vulnerable, se considera preciso buscar mejoras en su gestión que contribuyan a la mayor calidad del funcionamiento del servicio y, por consiguiente, al aumento de la satisfacción y calidad de vida de sus usuarios.

4. EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL MUNICIPIO DE MAJADAHONDA: ORIGEN, EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL

El Servicio de Ayuda a Domicilio comienza en este municipio en el año 1985, al amparo de la Ley 11/1984, de 6 de junio de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Desde el mismo año existe un concierto entre dicha comunidad y el Ayuntamiento de Majadahonda para la financiación del coste de la Ayuda a Domicilio, siendo en su comienzo la aportación de la Comunidad de Madrid el 75 % y del Ayuntamiento de Majadahonda el 25 %. En el primer año de prestación del servicio, la cantidad total gastada entre la Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento asciende a 591 413 pesetas (3 554,46 euros), siendo además la aportación de los beneficiarios de 165 000 pesetas (991,67 euros) y la ayuda media por beneficiario de 63 034 (378,84 euros). El número de beneficiarios a su comienzo es de 12 personas.

Durante los dos primeros años, el servicio lo prestaba el Departamento de Asistencia Social y en la mayoría de los casos la ayuda a domicilio se dirigió a familias. No había aún trabajadores de plantilla para este servicio y se contrataba de forma esporádica a algunas personas para realizar diversas tareas.

No obstante, las auxiliares de ayuda a domicilio prestaban estos servicios para el Ayuntamiento y se les pagaba por las horas trabajadas, existiendo una separación de tareas entre las auxiliares de clínica y las auxiliares de hogar, medida que no se produce en la actualidad. Las primeras realizaban el aseo personal, movilizaciones dentro del hogar y colaboración con Atención Primaria en cuidados sanitarios; las segundas, la limpieza del hogar, lavado y planchado de ropa, y la compra y elaboración de comidas. También colaboraba un voluntariado social para hacer compañía a domicilio y acompañamiento fuera de este, y se realizaban reparaciones y acondicionamiento del domicilio.

En el año 1987, se creó el Área Gerontológica. Desde entonces, hasta 1991, el Servicio de Ayuda a Domicilio no contempla grandes variaciones y la cantidad gastada para el servicio ha permanecido bastante estable. Asimismo, las variaciones del coste medio por beneficiario han variado dependiendo del mayor o menor número de personas.

A partir del año 1991, es cuando casi se duplica el presupuesto de Ayuda a Domicilio respecto a 1990 (de 2 683 252 a 4 962 334 pesetas o, su equivalente en euros, de 16 126,67 euros a 29 824,23 euros) y aumenta considerablemente el número de servicios y usuarios (51), lo que se debe principalmente a la plena implantación del SAD en el municipio, incentivado por la mayor presencia de personas mayores. Alrededor de 1997 se externalizó el servicio, y han gestionado el SAD en Majadahonda aproximadamente cinco empresas de ayuda a domicilio (hoy, la empresa Valoriza).

En la actualidad, el SAD en Majadahonda, con 85 usuarios, se rige por el Decreto 88/2002, de 30 de mayo, actualizado el 15/11/2004, por el que se regula la prestación de ayuda a domicilio del Sistema de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. El presente decreto tenía por objeto desarrollar el artículo 8 de la Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, regulando la prestación de Ayuda a Domicilio gestionada por los Entes Locales en el ámbito territorial de la región madrileña.

Según dicho decreto, la prestación de Ayuda a Domicilio tendrá como objetivo “prevenir situaciones de crisis personal y familiar, incluyendo una serie de atenciones de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador, a los individuos o familias que se hallen en situaciones de especial necesidad, para facilitar la autonomía personal en el medio habitual”.

5. METODOLOGÍA

El presente estudio se caracteriza por ser de tipo descriptivo y explicativo, ya que trata de conocer la caracterización predominante de los sujetos que investigar y sus representaciones acerca del Servicio de Ayuda a Domicilio en base a sus objetivos, y además, los aspectos que pueden explicar el grado de satisfacción del servicio por parte de los usuarios. No obstante, presenta un marcado carácter participativo, incorporando el discurso de todos los agentes relacionados con el SAD en Majadahonda.

Se han utilizado fuentes primarias de información a partir de la complementación de técnicas tanto cualitativas como cuantitativas, basada en la triangulación metodológica propuesta por Denzin (1978), y fuentes secundarias documentales. A partir de estas fuentes se ha adoptado un enfoque integral respecto al objeto de estudio, abarcando la totalidad de los objetivos propuestos. Los datos se recogieron entre los meses de febrero a mayo de 2012.

Las técnicas de investigación de carácter cualitativo empleadas fueron:

- a. Análisis documental de informes, memorias y estudios relacionados sobre el tema hasta junio de 2012, así como los documentos procedentes de la propia Concejalía de Bienestar Social, Salud y Familia del Ayuntamiento de Majadahonda.
- b. Grupo de discusión formado por cuidadores informales de personas en situación de dependencia usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio.
- c. Entrevista semiestructurada, cuyos perfiles de los entrevistados han sido seleccionados por su relación directa con el servicio. Son los siguientes: La Responsable del Área Gerontológica, la auxiliar de geriatría (realiza el control de calidad del servicio y las visitas de seguimiento) y una trabajadora social, por parte de la Concejalía; la coordinadora y dos auxiliares de ayuda a domicilio, por parte de la empresa prestadora del SAD; y ocho usuarios del servicio, abarcando diferentes sectores de población y servicios prestados.

Las técnicas de carácter cuantitativo empleadas fueron las siguientes:

- a. Explotación de datos estadísticos generales y procedentes de la Concejalía de Bienestar Social, Salud y familia del Ayuntamiento de Majadahonda.
- b. Encuesta de satisfacción dirigida a los usuarios del SAD, cuya modalidad es de tipo personal. El universo consta del total de usuarios beneficiarios del SAD en Majadahonda a fecha del inicio del trabajo de campo (N=85), cuya muestra

seleccionada pertenecía a un tercio de este (N=29). Se han encuestado, siguiendo las proporciones relacionadas con el sector poblacional, 26 personas mayores y 3 con discapacidad.

Los datos cualitativos han sido objeto de un análisis continuo a lo largo del proceso de investigación. Los datos cuantitativos obtenidos a través de los cuestionarios fueron transferidos a un fichero de datos en el programa informático SPSS 17, a partir del cual se efectuó su análisis. El nivel de significación estadística se fijó en $p < 0.05$.

6. RESULTADOS

Se obtuvieron los siguientes resultados ordenados los diferentes contenidos tratados:

a. *El funcionamiento del Servicio de Ayuda a Domicilio en Majadahonda*

El proceso del SAD comienza cuando una persona acude a los Servicios Sociales para plantear su situación. En el caso de que el servicio más adecuado que le corresponda sea el SAD, se solicita en primer lugar una determinada documentación económica (declaraciones de la renta, pensiones y nóminas) con el fin de aplicarle un baremo en función de los ingresos de la unidad de convivencia de la persona que requiere el servicio. Este baremo se encuentra en proceso de revisión, porque no se adapta al momento actual y no favorece la convivencia en el entorno familiar de la persona mayor.

“El baremo se aprobó en 2001, el 27 de Noviembre del 2001. Está muy desfasado. Nos estamos encontrando ahora mismo con muchas familias que se traen a sus padres a vivir al municipio porque ya son mayores, porque requieren una atención personal, porque no pueden vivir solos y como se tiene en cuenta los ingresos de la unidad de convivencia, en cuanto hay unos ingresos normales de hijos que trabajan con un sueldo normal ya superan el baremo y les sale a pagar el máximo, a 10 euros la hora, con lo cual tampoco estamos apoyando demasiado a la situación familiar, porque por ese precio contratan a una asistenta privada, lógicamente, con lo cual sí que sería conveniente revisarlo, nos lo estamos planteando y se va a hacer” (Comentario entrevista Trabajadora Social).

“Poder analizar bien la situación económica de las personas, de las familias con miembros dependientes y poder adecuar nuestro baremo a ellos para que bueno, no sea el motivo económico el que les haga renunciar al servicio. Si realmente ellos quieren el servicio y lo necesitan, que puedan

Paula García

acceder a él. Y en esas estamos un poco, en la revisión de toda nuestra normativa y entre ellas la del baremo de ayuda a domicilio” (Comentario de la Responsable del Área Gerontológica).

En segundo lugar, se plantea una visita al domicilio, si la persona está de acuerdo con el coste del servicio, para valorar el tipo de tareas y número de horas que se le ha de conceder. Las primeras visitas normalmente las tiene que hacer una trabajadora social, acompañada de la auxiliar de geriatría o del médico geriatra, los cuales realizan una valoración sociosanitaria.

En el caso de que el SAD haya sido otorgado en base a la Ley de Dependencia, no es el criterio de la trabajadora social el que se tiene en cuenta para conceder el servicio e intensidad de este, sino que se debe aplicar en dictamen con lo establecido por el equipo de valoradores de la Comunidad de Madrid, según el grado de dependencia asignado al usuario, y establecimiento del Plan Individual de Atención (PIA).

Independientemente de que el usuario tenga concedido dicho derecho, la empresa adjudicada por el Ayuntamiento de Majadahonda es la que presta los servicios, siempre que el presupuesto establecido previamente para el mismo sea suficiente, como ha ocurrido en el caso estudiado.

En las 48 horas siguientes a la visita al domicilio, se lleva a cabo el alta del servicio, dado que en Majadahonda no existe lista de espera para la concesión del mismo. Una vez iniciado este, periódicamente la auxiliar de geriatría del Ayuntamiento realiza visitas a domicilio para seguir la evolución del usuario y controlar la calidad del servicio, y cuando detecta una situación especial se lo comunica a las trabajadoras sociales, quienes realizan únicamente las visitas que consideran imprescindibles por “falta de tiempo”, según sus palabras. Piensan que con esta forma de proceder se atiende y escucha a los usuarios del servicio.

“Quizás las trabajadoras sociales no pueden hacer tantas visitas de control y seguimiento, pero por eso se ha establecido la auxiliar de geriatría, que además es una persona que ha hecho los servicios, que los conoce desde su inicio, que conoce perfectamente el tipo de servicio que queremos ofrecer. Ella está continuamente haciendo visitas de control y observa y ve y es la voz un poco que nos dice... y cuando ella detecta que hay alguna situación un poco más especial entonces la trabajadora social también va... sí que es verdad que nos hemos quejado siempre (cuando yo lo hacía también), de que no te queda mucho tiempo para hacer tantas visitas de... de seguimiento y de estar evaluando y de estar... pero bueno, (...) cuando se requiere la intervención de un trabajador social ya se busca el tiempo de donde sea y se va” (Responsable del área gerontológica).

“Hago los seguimientos, me paso periódicamente por los servicios. Unas veces voy cuando están las auxiliares y otras veces no, voy independientemente otro día o a otra hora, eh... para yo hacer los seguimientos. Entonces yo eso se lo paso a la trabajadora social, entonces si hay... que valorar algo nuevo o hay que hacer alguna crítica al servicio, entonces se manda por un email a la empresa” (Auxiliar de geriatría).

Por parte de la empresa, también se realiza un seguimiento del servicio. Sin embargo, el contacto con los usuarios es, en la mayoría de los casos telefónico, y no presencial.

“La comunicación que yo tengo con ellos es bastante fluida en el sentido de que yo hago llamadas de forma aleatoria, primero para saber cómo funciona el servicio, para saber cómo está funcionando el servicio, para saber si están conformes con la auxiliar, para saber si necesitan algo más y para controlar a las auxiliares que cumplen su jornada de trabajo” (Coordinadora de la empresa).

b. Caracterización socioeconómica de los usuarios encuestados

El rango de edad de los usuarios encuestados está comprendido entre 17 y 92 años ($\bar{x}= 75,97\pm 17,94$). Únicamente el 31 % son varones, frente al 69 % de mujeres. En el caso de los mayores, la edad mínima supera los 70 años, ya que el rango comprende desde 72 a 92 años, con una media de $81,54\pm 5,49$. En el caso de las personas con discapacidad, la media de edad es de $27,67\pm 15,14$, de un mínimo de 17 años y un máximo de 45 años.

No obstante, la edad de los encuestados se refleja en el estado civil y tipo de unidad familiar. Solo el 7,1 % de los encuestados están solteros y el 3,6 %, divorciados, la mayoría están casados (57,2 %) o viudos (32,1 %). Asimismo, el 34,5 % de encuestados vive solo. De la totalidad de los que viven acompañados (65,5 %), la mayoría vive con su pareja (63,2 %).

Económicamente, y también ligado a la edad, el 62,1 % de los encuestados es pensionista, frente al restante 37,9 % que recibe sus ingresos por otras vías. Los ingresos mensuales son muy variables según el usuario, ya que el rango se encuentra comprendido entre los 0 euros y los 2 332,65 euros ($\bar{x}= 450,30\pm 511,61$). Lo mismo ocurre con los ingresos de la unidad familiar, comprendidos entre los 299,39 euros y los 3 930,26 ($\bar{x}= 983,95\pm 814,90$). Sin embargo, la media de ingresos correspondería a un perfil económico medio-bajo.

c. Caracterización de los servicios recibidos

Teniendo en cuenta el sector de población, la mayor parte de las personas mayores encuestadas recibe ayuda de hogar (61,5 % frente al 23,1 % de atención personal y al 15,4 % que reciben ambos servicios). Por el contrario, no existe ningún caso de personas encuestadas con discapacidad que reciba únicamente aquel tipo de ayuda. Quienes la reciben, también tienen concedido el aseo personal (el 66,7 %).

Estos datos coinciden con el discurso del personal del Ayuntamiento, quien menciona que mayoritariamente los usuarios de Majadahonda requieren atención doméstica, que suele corresponder con dos horas a la semana. En el caso del aseo personal, se conceden las horas que los usuarios necesiten, por lo que en general y como se puede apreciar en apartados posteriores, estos muestran satisfacción con la intensidad del servicio concedido.

“Por lo general lo mayoritario es el servicio de atención doméstica y suele ser de dos horas a la semana (siempre hay excepciones). Aseo personal las horas que se plantean son las que se necesiten. Hay personas que tienen una hora al día, y personas que tienen dos horas al día, e incluso hay gente que en algún momento ha podido tener hasta cuatro horas por un alta hospitalaria, lo que hemos considerado un servicio intensivo. Pero lo fundamental y lo que más se da es un servicio de prevención de personas mayores que empiezan a tener una limitación y lo que necesitan es pues apoyo en las tareas básicas de la vivienda, de limpieza, y eso es en principio dos horas a la semana” (Trabajadora Social).

“Normalmente procuramos adaptar las horas con la necesidad del servicio” (Auxiliar de geriatría).

Las tareas específicas que se realizan son, en el 72,4 % de los casos, la limpieza del hogar; en el 44,8 % el aseo personal; el planchado en el 20,7 % de los casos; y el lavado de ropa y la compra en el 3,4 % en cada caso; pudiendo coincidir varias tareas en un solo domicilio. No existen usuarios encuestados que tengan concedida la preparación de la comida u otras tareas.

Respecto a la valoración de estas labores por parte de los encuestados, el total de los que tienen concedidas las tareas de lavado de ropa, plancha y compra, opinan que se realizan bien o muy bien. Sin embargo, existe una mayor controversia respecto al aseo personal y la limpieza del hogar. La valoración por parte de los usuarios de la realización de estas últimas tareas se presenta en la Figura 1.

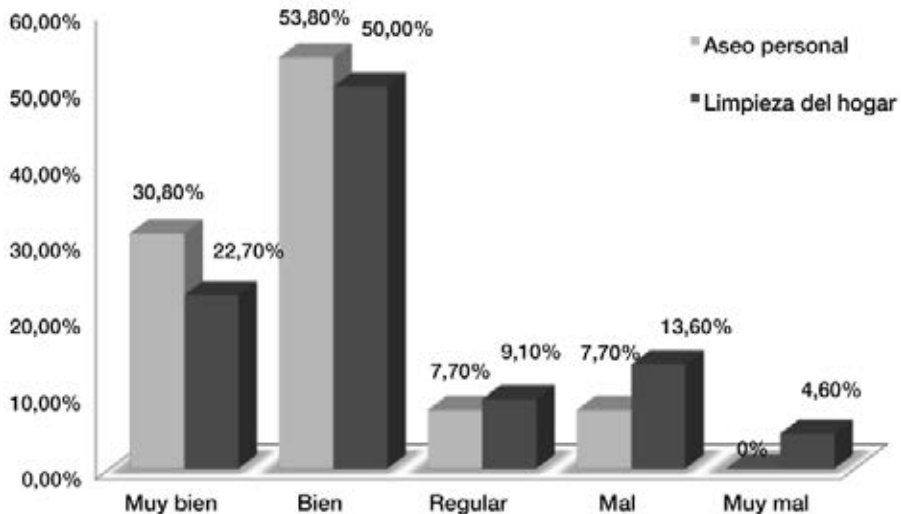


Figura 1: Valoración por parte de los usuarios de la realización de los diferentes tipos de servicios: aseo personal y limpieza del hogar.

Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar en la Figura 1, como la mayoría de los usuarios en ambos casos, considera que las tareas se realizan bien o muy bien (el 53,8 % y 30,8 % respectivamente en el caso del aseo personal, y el 50 % y el 22,7 % de los casos respectivamente en la limpieza del hogar). Sin embargo, la realización de la limpieza del hogar está peor valorada. En este caso, el 9,1 % de los encuestados considera que se realiza regular, el 13,6 % mal y el 4,6 % muy mal, respecto a la valoración del aseo personal, en la que opinan que se realiza regular o mal el 7,7 % en cada caso, y ningún usuario considera que se realiza muy mal.

Asimismo, la gran mayoría de los encuestados (86,2 %) considera que no sería necesario que realicen otro tipo de tareas además de las que tienen concedidas en el momento actual.

El tiempo mensual que los encuestados tienen concedido para la realización de las tareas mencionadas oscila entre 5 y 63 horas, con una media de $18,31 \pm 14,48$. El amplio rango de horas viene determinado por el mayor número que tienen concedidos los usuarios con la Ley de Dependencia, que la disfruta el 20,7 % de los encuesta-

Paula García

dos. Ello se ha comprobado con la prueba de Mann-Whitney, en base a la cual se puede establecer que existe una diferencia estadísticamente significativa (U de Mann-Whitney=15; $p.=0,00$) en términos de horas mensuales entre quienes disfrutaban del servicio concedido por la Ley de Dependencia y quienes no la perciben, siendo el rango promedio de 24 y 12,65, respectivamente.

Asimismo, y como se encuentra establecido, el coste del servicio para los encuestados oscila entre 1 y 10 euros por hora, siendo la media de $3,24 \pm 2,65$. No obstante, el 88,9 % de los usuarios encuestados se encuentran satisfechos consigo mismos.

En este sentido, los cuidadores, cuyos familiares son personas dependientes, consideran que el servicio debería estar más subvencionado e incluso ser gratuito.

“Yo creo que es un servicio que debería de ser, si no te digo gratuito, pues estar más subvencionado, o sea, es un bien social que es necesario” (Cuidador 1).

“Sí debería de ser gratuito para mi marido que no puede bañarse solo o el suyo o su tía, para ellos, igual que va uno a Puerta de Hierro a hacer rehabilitación de un brazo, pues ir a su casa a asearlo porque lo necesita” (Cuidadora 4).

d. Situación personal de los usuarios

La gran mayoría de los encuestados opina que ha mejorado su situación personal con el Servicio de Ayuda a Domicilio (89,3 %), considerando en su totalidad que el servicio resulta útil o muy útil. Del total de personas que sienten que ha mejorado, el 32 % considera que su principal mejora es que se sienten más apoyados; en segundo lugar, que ha mejorado la limpieza de su hogar o que ayuda a sus familiares, en el 28 % de los encuestados en cada caso. El restante 12 % considera que ha mejorado su higiene personal.

Asimismo, a partir de la valoración de las personas entrevistadas y de los componentes del grupo de discusión, se puede interpretar que el Servicio de Ayuda a Domicilio contribuye a la mejora de la situación personal de los usuarios, y también a la de los cuidadores informales. En el caso de los primeros, las auxiliares de ayuda a domicilio les realizan tareas que ellos no pueden hacer por sí mismos y como consecuencia, les permite permanecer en su hogar. En el caso de los segundos, les ayuda a sobrellevar situaciones en ocasiones muy difíciles de afrontar e incluso les permite llevar a cabo su vida habitual. De ahí que el servicio se considere de mucha utilidad.

“Sí, sí me ayuda, porque si no fuera por esas yo no podría ducharme. Yo no me puedo duchar porque con una mano me tengo que estar duchando y con la otra tengo que estar agarrá” (Usuario 8).

“Yo como servicio también estoy contenta porque me ayuda mucho para que yo pueda irme a trabajar mientras ellos están cuidando de mi marido y aseándole y eso... Lo que es el servicio, yo, lo necesito, me ha venido muy bien y no puedo prescindir de él” (Cuidadora 4).

En relación a otras necesidades que podría cubrir el servicio, el 86,2 % considera que no son necesarias otras tareas, y al restante 13,8 %, le gustaría que el servicio cubriera también el acompañamiento con paseo.

e. Tramitación, seguimiento e incidencias con el servicio

El 52,3 % de los encuestados apuntó que transcurrió menos de un mes desde que solicitó el servicio hasta su inicio, el 48,9 % entre un mes y tres meses, y solo el 3,4 % de los casos tardó 3 o más meses. En efecto, esto se refleja en que el 92,9 % de los usuarios encuestados considera que dicho tiempo transcurrido es el adecuado.

El personal del Ayuntamiento de Majadahonda hace alusión a esta eficacia, especificando que prima la atención a la persona sobre la burocracia.

“La tramitación es rápida. Si es una urgencia la hemos montado en 24 o 48 horas” (Auxiliar de geriatría).

“No nos retrasa la burocracia digamos para que nos entendamos, la atención a la persona. Las urgencias las tratamos siempre con urgencia. No retrasar la atención por un procedimiento administrativo. O sea que sí que yo creo que hasta ahora no... eso lo estamos, lo estamos salvando bien. O sea primamos la atención a la persona, sabemos que estamos atendiendo a la persona” (Responsable del área gerontológica).

Respecto al seguimiento, solo el 6,9 % de los encuestados no ha sido visitado en su domicilio después de iniciar el servicio. El 13,8 % ha sido visitado una vez y el 79,3 % varias veces. En todos los casos ha acudido al domicilio la auxiliar de geriatría, coincidiendo con el discurso expuesto por el personal del Ayuntamiento. En un 33,3 % ha acudido además, la coordinadora de la empresa y únicamente en el 3,7 % de los casos ha acudido la trabajadora social.

En relación a las incidencias, el 34,5 % de los usuarios encuestados ha tenido algún problema con el servicio, estando dichos problemas relacionados en todos los casos con la auxiliar de ayuda a domicilio o la coordinación de esta. El problema apuntado se refiere al incumplimiento por la auxiliar de las tareas acordadas, a que no se lleva bien con el usuario, ha robado en el domicilio o por su ausencia sin notificación previa por parte de la coordinadora, en el 22,2 % en cada caso. El 11,1 % manifiesta que la auxiliar no realiza bien las tareas.

Paula García

En la mayoría de los casos (55,6 %), el usuario ha comunicado el problema a la coordinadora de la empresa, ya que son temas vinculados con la auxiliar o su coordinación. El resto de usuarios lo han comunicado a la trabajadora social, la familia u otras personas. Del total de personas que han tenido algún problema con el SAD, el 22,2 % se refiere a dificultades para contactar con la persona que le resolvió el problema. Según los encuestados, en un tercio de los casos, las incidencias no han sido resueltas.

f. Trabajo de la auxiliar de ayuda a domicilio

En relación a las auxiliares de ayuda a domicilio, personal eje de este servicio, se considera que existen buenas y malas trabajadoras, pero que en general, requieren una mayor formación y motivación, por lo que sería conveniente la valoración de un sistema de incentivos que procuren ambos aspectos.

“Hay auxiliares que son realmente maravillosas, que están haciendo un trabajo estupendo, una detección muy importante cuando... pues eso, ellas son las que están en los domicilios. Son súper-cariñosas y llegan a formar parte de la familia del usuario, pero tenemos otras que funcionan mal. O sea, las quejas siempre son sobre las mismas auxiliares. (...) Creo que la formación y la motivación, sobre todo la motivación por parte de la empresa es importante” (Trabajadora Social).

“Hay auxiliares muy bien formadas y hay otras auxiliares que son muy deficientes. Es un trabajo muy digno y debería de estar más valorado económicamente” (Auxiliar de geriatría).

Hay trabajadoras ejemplares y hay gente que no es tan buena trabajadora, pero depende de para qué servicios. Creo que es un servicio que está muy mal pagado, no sé quién es el culpable, pero es un servicio que está muy mal valorado” (Coordinadora de la empresa).

“Bueno, yo tenía una que se me dormía en el sillón. Ahora por ejemplo la chica que tengo es estupenda, o sea, atiende muy bien a mi marido y yo estoy conforme” (Cuidadora 4).

Asimismo, se interpreta que las auxiliares entrevistadas sienten vocación por su trabajo y aprecian la utilidad del mismo, pero se consideran poco valoradas, lo que puede repercutir en la realización de sus tareas.

“Hago algo de lo que me nace, o sea, algo... Para mí es muy importante, porque yo cuando voy a alguna casa, no voy a hacer, o sea, a hacer un trabajo por hacer, sino ayudo a una persona que te está necesitando, entonces yo le ayudo en lo que yo puedo y en lo que él necesita. (...) Me siento satisfecha porque he hecho lo que tal vez mañana me tendrían que hacer a mí” (Auxiliar 1).

“Yo daría mucha (importancia) por el tema que he comentado antes, en que ayudas a las personas a pues un poco a estar en sus domicilios y no tenerse que ir a residencias o con los hijos. Lo único que estoy un poco en desacuerdo es que no, no está valorado. Es un trabajo que está muy poco valorado” (Auxiliar 2).

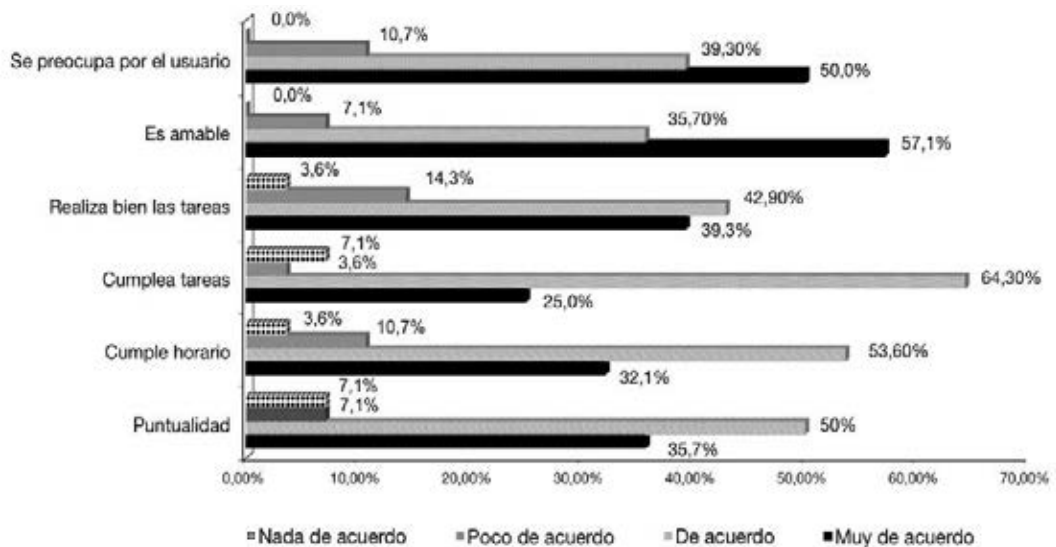


Figura 2: Valoración por parte de los usuarios de las diferentes características de la Auxiliar de Ayuda a Domicilio.

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en la Figura 2, las características de la auxiliar de ayuda a domicilio mejor valoradas por los usuarios encuestados están relacionadas con el trato que muestra la auxiliar hacia ellos. El 93,1 % de los encuestados está de acuerdo o muy de acuerdo en que la auxiliar es amable, y el 89,6 % en que se preocupa por ellos. Asimismo, el 89,7% considera que la auxiliar cumple con las tareas establecidas. Sin embargo, existe un porcentaje de usuarios no desdeñable (un 17,3 %) que opina que dichas tareas no se realizan bien.

Paula García

Respecto a la puntualidad y cumplimiento del horario, las cifras son muy similares, el 86,2 % está de acuerdo o muy de acuerdo con estas características de la auxiliar en ambos casos, aunque en el caso de la puntualidad, el porcentaje de personas que está totalmente en desacuerdo con dicha característica es ligeramente mayor (el 6,9 % respecto al 3,5 %).

De las características anteriores de la auxiliar, es la amabilidad la característica que más valoran los encuestados (60,7 %), a la que siguen que realicen bien las tareas (21,4 %), que cumplan con las tareas establecidas (14,3 %) y que se preocupen por el usuario (3,7 %).

Asimismo, desde que comenzaron el servicio, únicamente el 3,4 % de los usuarios encuestados ha recibido en su domicilio a una sola auxiliar. El 44,8 % ha recibido de 2 a 5 auxiliares distintas, el 31 %, de 5 a 10, y el 20,7 %, a 10 o más auxiliares. En efecto, el 85,7 % de los encuestados opina que les deberían cambiar de auxiliar con menos frecuencia.

La variación del personal auxiliar no solo depende de la institución. El 25 % de los usuarios encuestados ha solicitado en alguna ocasión un cambio de auxiliar. Del total de ellos, el 42,9 % lo hizo porque no cumplía con las tareas establecidas, el 28,6 % porque no se entendían, el 14,3 % porque no tenía buen trato con el usuario, y otro 14,3 % por otros motivos.

g. Nivel de satisfacción

En la Tabla 1, se muestran los porcentajes relacionados con el nivel de satisfacción de los usuarios en diferentes aspectos del Servicio de Ayuda a Domicilio, destacando cómo una gran parte de los usuarios del servicio se encuentra satisfecha o muy satisfecha con estos. Aun así, al tratarse de un servicio social, no son desdeñables los porcentajes relacionados con la poca o nula satisfacción, entre los cuales destacan principalmente aspectos relacionados con la empresa de ayuda a domicilio: insatisfacción con la dificultad de ponerse en contacto con la empresa (40,90 % de los encuestados), insatisfacción con la respuesta a incidencias por parte de la empresa (38,90 %), insatisfacción con la atención recibida por parte de la empresa (28 %), insatisfacción con el horario (24,10 %), insatisfacción con el número de horas (17,20 %), insatisfacción con el trabajo de la auxiliar (13,70 %).

TABLA 1: GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS RESPECTO A DIFERENTES ASPECTOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho
Servicios	20,7 %	75,9 %	3,4 %	0,0 %
Nº horas	10,3 %	72,5 %	17,2 %	0,0 %
Horario	13,8 %	62,1 %	20,7 %	3,4 %
Trabajo auxiliar	31 %	55,2 %	10,3 %	3,4 %
Trato auxiliar	62,1 %	31 %	6,9 %	0,0 %
Atención SS.SS.	30,8 %	61,5 %	7,7 %	0,0 %
Atención empresa	12 %	60 %	28 %	0,0 %
Facilidad contacto SS.SS.	4,5 %	86,4 %	9,1 %	0,0 %
Facilidad contacto empresa	9,1 %	50 %	40,9 %	0,0 %
Respuesta a incidencias SS.SS.	7,7 %	84,6 %	7,7 %	0,0 %
Repuesta a incidencias empresa	0,0 %	61,1 %	27,8 %	11,1 %

Fuente: Elaboración propia.

Existe una clara vinculación entre la calidad del funcionamiento del Servicio de Ayuda a Domicilio en Majadahonda y su forma de gestión. El servicio lo presta una empresa adjudicada por concurso y el personal del Ayuntamiento controla precisamente esta calidad en su manera de funcionar. A pesar de que el servicio lo supervisan ambas partes, la empresa de ayuda a domicilio y el Ayuntamiento, entre ambas existen incongruencias prácticas en relación a la gestión y coordinación del mismo, así como una comunicación presencial reducida.

“Desde el Ayuntamiento siempre se ha querido que el servicio no dejase de ser municipal y que además no dejase de estar controlado a nivel municipal. Está costando mucho el poder organizar el servicio como quisiéramos. Pelearnos con la empresa” (Responsable del área gerontológica).

“Si hubiera más tiempo se podría coordinar mucho mejor. Hay poco tiempo porque todos tenemos muchas obligaciones y siempre nos pueden las obligaciones y no valoramos que es muy importante la coordinación” (Coordinadora de la empresa).

Paula García

Son los aspectos relacionados con la tramitación, concesión de tareas y seguimiento del servicio los que se gestionan con mayor calidad. Sin embargo, los relacionados con la coordinación del servicio y las auxiliares de ayuda a domicilio, es decir, los aspectos correspondidos con la gestión de la empresa, apuntados anteriormente, son los de menor satisfacción según la opinión de los usuarios. Este resultado contrasta con el supuesto proclamado por la nueva gestión pública de la introducción del modelo de gestión del sector privado en el ámbito público con el fin de mejorar la eficacia y eficiencia en su calidad.

A pesar de las insatisfacciones específicas, de manera global, como se observa en la Figura 3, el 89,6 % de los usuarios encuestados del Servicio de Ayuda a Domicilio en Majadahonda se encuentra satisfecho o muy satisfecho con el servicio. Es decir, solo 3 de los 29 usuarios encuestados (10,4 %) se encuentran insatisfechos con el mismo, coincidiendo en que todos ellos pertenecen al sector de personas mayores.

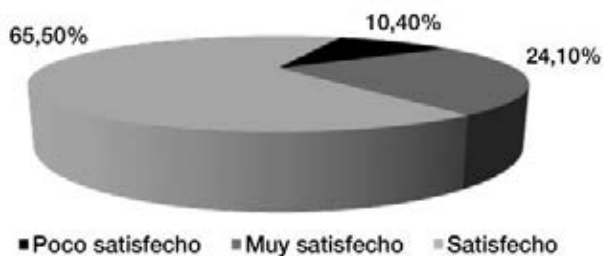


Figura 3: Grado de satisfacción general del SAD por parte de los usuarios.

Fuente: Elaboración propia.

h. Factores asociados con el grado de satisfacción global con el SAD

A partir de la aplicación del estadístico exacto de Fisher, son cuatro los factores que se han relacionado con el grado de satisfacción global con el SAD: la puntualidad de la auxiliar ($p=0.04$), la valoración del usuario sobre si la auxiliar realiza las tareas acordadas ($p=0.02$), su satisfacción con el trabajo que realiza la auxiliar ($p=0.04$) y, el cuarto y último factor, el horario en el que acude la auxiliar al domicilio ($p=0.01$).

Estos factores se encuentran relacionados con el trabajo de la auxiliar de ayuda a domicilio y su coordinación, por lo que sería preciso que se analizaran y trabajaran en profundidad con la finalidad de que la satisfacción global del servicio por parte de sus usuarios sea mayor.

7. CONCLUSIONES

Los resultados del estudio muestran como los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio en Majadahonda se encuentran satisfechos con el mismo a nivel general, y consideran que este cubre sus necesidades. Asimismo, una gran parte de usuarios y cuidadores informales, opinan que gracias a este servicio ha mejorado su situación personal y, en consecuencia, se trata de un servicio útil. Estas valoraciones ensalzan la apuesta por este tipo de prestación, que contribuye a que las personas en situación de dependencia puedan permanecer en sus propios domicilios con un adecuado nivel de calidad de vida.

A pesar de ello, los resultados detallados respecto a la satisfacción de los usuarios en relación a los diferentes aspectos de este servicio, sugieren que la forma de gestión en la manera de funcionar es un elemento primordial.

En el caso del municipio de Majadahonda, el Servicio de Ayuda a Domicilio se encuentra externalizado, es decir, lo presta una empresa adjudicada por concurso. Sin embargo, es el personal del Ayuntamiento el que lo concede y realiza las tramitaciones necesarias para llevarlo a cabo. Según la percepción de los usuarios, son estos últimos los aspectos que son gestionados con una mayor calidad. Sin embargo, los relacionados con la coordinación del servicio y las auxiliares de ayuda a domicilio, es decir, los aspectos correspondientes a la gestión de la empresa, son aquellos en los que manifiestan una menor satisfacción. Asimismo, se dan incongruencias prácticas en relación a la gestión y coordinación del servicio entre ambas instituciones (pública y privada), así como una comunicación presencial reducida.

El aspecto que aquí se plantea es el uso indiscriminado de la externalización en la gestión de los servicios públicos recurriendo a los conceptos de eficacia y eficiencia en los resultados, algo que estipula la nueva gestión pública y que, como se refleja en el presente estudio, no se prueba en todos sus ámbitos. En este sentido, es necesario tener en cuenta la posibilidad de gestionar de forma pública principalmente aquellos servicios prestados a población vulnerable.

Se subraya la importancia de que se realicen evaluaciones periódicas de los servicios públicos considerando la percepción de los agentes implicados, con la finalidad de tomar consciencia y reflexionar acerca de los aspectos que contribuyen a una menor satisfacción por parte de los usuarios, y de esta manera, poder adoptar medidas encaminadas a la mejora de la calidad del servicio.

Por último, es sumamente necesario un plan de actuación por parte de ambas instituciones, en su caso, que cumpla con tres objetivos: emprender un proyecto conjunto entre todos los trabajadores relacionados con el Servicio de Ayuda a Domicilio, generando una idea común de gestión, planificación y funcionamiento del servicio, a partir

de las demandas de los usuarios; favorecer la coordinación entre los agentes implicados en el servicio, evitando la duplicidad de tareas y estableciendo una comunicación directa; y aumentar la sensibilización, formación y motivación de las auxiliares de ayuda a domicilio con el propósito de mejorar sus habilidades profesionales, y de prevención y optimización de las capacidades de los usuarios.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, A., y Ayala, A. (2012). *Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos. Informes Portal Mayores, 131*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Denzin, N. K. (1978). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. (2a. ed.) New York: McGraw-Hill.
- García, G. A. (2010). *El Servicio de Ayuda a Domicilio en la encrucijada. Análisis y reflexiones sobre el presente y el futuro del Servicio de Ayuda a Domicilio, tras la implantación del Sistema de Atención a la Dependencia*. Madrid: Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.
- García, I. A. (2007). La nueva gestión pública: evolución y tendencias. *Presupuesto y gasto público, 47*, 37-64.
- Hood, C., y Jackson, M.W. (1991). *Administrative argument*. Michigan: Datmounth Pub. Co.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (1992). *La ayuda a domicilio como alternativa al internamiento en centros residenciales*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2004). *Libro Blanco de la Dependencia*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2010). *Informe de Mayores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2010). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Jefatura del Estado Español. (2006). Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*. 299.
- Lapsley, I., y Oldfield, R. (2001). Transforming the Public Sector: Management Consultants as Agents of Change. *The European Accounting Review, 10* (3), 523-543.
- Martínez, F. (2005). Los servicios de atención a domicilio en España: Antecedentes, Evolución Histórica y Marco Normativo. En *Jornadas de Servicios de ayuda a domicilio: la dependencia en casa*. (Comp.) (pp. 11-37). Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

- Medina, M. E. (2000). *Evaluación de la calidad asistencial del Servicio de Ayuda a Domicilio*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. (2007). Real Decreto sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. N.º 727 (2007). *Boletín Oficial del Estado*. 138.
- Muñoz, J. (2009). *Servicios Sociales de atención primaria en España*. Barcelona: IDEC-Universitat Pompeu Fabra.
- Ortega, L. (Comp.) (2012). *Crisis y externalización en el Sector Público. ¿Solución o problema?* Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Pérez, A. (2008). *Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento*. Salamanca: Facultad de medicina. Universidad de Salamanca.
- Pollitt, C. (1993). *Managerialism and the Public Sector*. Oxford: Second Edition, Blackwell.
- Robles, P., y Lara, F. (2009). Evaluación del Servicio de Ayuda a Domicilio en Alcorcón: diagnóstico para la mejora de la calidad del servicio. *Cuadernos de Trabajo Social*, 22, 259-276.
- Roldán, E., y García, T. (2006). *Políticas de Servicios Sociales*. Madrid: Editorial Síntesis.

ADICCIONES QUE DIFICULTAN LAS TAREAS PROFESIONALES

ADDICTIONS THAT INTERFERE WITH WORK

Mirentxu Marín Malo (1)

(1) Universidad Pública de Navarra

Resumen: El consumo de diferentes drogas u otras sustancias dentro del mundo laboral es, en los últimos años, un problema dentro de la empresa. Esto puede generar no solo accidentes laborales, sino también malestar y enfrentamientos entre los trabajadores y una menor productividad. Por ello, mediante el presente estudio, se pretende conocer la opinión de los trabajadores sobre dicho problema y comprobar qué perfil de trabajadores consume sustancias durante la jornada laboral. La muestra ha sido tomada en trabajadores de diferentes sectores en la Ribera de la Comunidad Foral de Navarra.

Palabras Clave: Droga, Trabajadores, Accidente laboral, Navarra, Alcohol.

Abstract: The consumption of drugs and other substances in the work world has in recent years become a problem for many companies. Not only can such consumption cause workplace accidents, it can also give rise to conflicts and tension among workers and lead to reduced productivity. This study seeks to find out the opinion of workers on this issue and determine the profile of workers who use substances during work hours. The sample is of workers from different sectors in the Ribera region of Navarra.

Key Words: Drugs, Workers, Workplace Accident, Navarra, Alcohol.

| Recibido: 14/01/2013 | Revisado: 02/04/2013 | Aceptado: 16/05/2013 | Publicado: 31/05/2013 |

Correspondencia: Mirentxu Marín Malo. Diplomada en Relaciones Laborales. Técnico en Prevención de Riesgos Laborales. Artículo con la colaboración de la UPNA, Universidad Pública de Navarra, y Máster en Prevención de Riesgos Laborales. Email: marín.52190@e.unavarra.es

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, el consumo de drogas no es solo un problema social, sino que se ha convertido en un problema laboral cada vez más visible dentro de las empresas españolas. Hace años que el consumo de distintas sustancias psicoactivas ha tenido cierta relevancia en nuestra sociedad, y este consumo viene condicionado por factores de la vida del individuo; como pueden ser la educación, la cultura, el ocio, el trabajo y los problemas personales; factores con riesgo de generar una necesidad de integración en el grupo que puede desencadenar el consumo de drogas.

En el ámbito laboral el proceso es similar. El sujeto se ve presionado por la situación actual de crisis, por la posibilidad de perder su empleo, por sus compañeros..., y se ve obligado por la empresa a producir cada vez más, lo que le puede llegar a generar estrés psicológico, ansiedad o frustración que le empujen al consumo de diferentes tipos de sustancias psicoactivas para sobrellevar tanta presión y una situación complicada.

Por otra parte, ante un problema de consumo en el trabajo, la empresa generalmente mira hacia otro lado, *como si no pasase nada*; y si esto no es así, actúa castigando mediante la sanción y el despido; lo cual empeora la situación del sujeto, que al perder el empleo sufre una clara merma de su nivel de vida y de su posición social, lo que lejos de ayudarlo a solucionar el problema, le lleva a un consumo más habitual y agravado a medida que pasa el tiempo; cuando lo que realmente debería hacer la empresa es prevenir; ya que como dice la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) en su artículo 14.2 *“el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo”*. Se desprende de este artículo, que el empresario no solo debe limitarse a problemas de seguridad de máquinas, productos químicos, etc., sino a problemas de carácter psicosocial, pero que surgen derivados de la situación laboral del individuo, del ambiente de trabajo, y de problemas personales de un trabajador que pueden poner en riesgo su seguridad y la de sus compañeros, ya que un trabajador que ve sus capacidades mermadas debido al consumo de alguna sustancia, es, de por sí, un riesgo, tanto para él como para el resto; y como se establece la ley, hay que prevenir el riesgo o combatirlo en su origen, estableciendo soluciones; y despedir al trabajador no es la solución más adecuada para eliminar este peligro dentro de una empresa.

Mediante este artículo haremos un breve repaso a los datos obtenidos a través de la elaboración de una encuesta sobre el consumo de diferentes sustancias por los trabajadores, tanto dentro como fuera del ámbito laboral y sobre la opinión que tienen los propios trabajadores acerca de los problemas que crea dentro de la organización dicho consumo.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

A día de hoy, son pocas las empresas que tienen un plan de actuación ante este tipo de situaciones. Esto se debe a que, socialmente, el consumo de drogas está mal visto, y el hecho de que una empresa tenga un procedimiento estipulado, puede dar la imagen al exterior de que el problema “existe” en la empresa en cuestión, mientras que no hacer nada, mirar para otro lado como si eso no sucediese en la empresa, parece dar la imagen de que no pasa nada y de que los trabajadores no tienen dicho hábito. Sin embargo, la normativa preventiva es muy clara al establecer la obligación de los poderes públicos y del empresario de *velar por la seguridad e higiene en el trabajo* (Art. 40 de la Constitución Española. CE) y también *el derecho a disfrutar de un medio ambiente laboral adecuado para el desarrollo de la persona, así como el deber de conservarlo* (Art. 45 CE). Obviamente, al no actuar para prevenir este problema, se vulneran estos dos principios sobre los que se sustenta la normativa en materia de prevención; puesto que ante un trabajador consumidor la seguridad de todos los trabajadores se ve afectada y esto puede crear un mal ambiente de trabajo y conflictividad entre los compañeros.

La bibliografía que hemos manejado, aunque ha sido escasa y tan solo de ámbito nacional, nos ha dado una idea de la visión que se tiene de este problema por parte de la sociedad actual. Hay datos muy relevantes, que nos hacen ver la magnitud real del problema del consumo de drogas dentro de la empresa. La Sociedad Española de Toxicomanías (SET), realizó un estudio en el que afirmaba que de un 15 a un 40 % de los expedientes disciplinarios abiertos a trabajadores en empresas españolas, venían causados por el consumo de drogas en el lugar de trabajo (SET, citado en Mayorga et al. Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales (ORP), 2102: 3). Mayorga afirma en su ponencia de la ORP de 2012 que entre el 60 y el 70 % de las personas que son admitidas a un tratamiento de desintoxicación por el consumo de diferentes sustancias, son trabajadores en situación de incapacidad temporal (IT), (Mayorga et al., ORP 2012: 3).

Es este último dato el que nos presenta la importancia que se le debería dar al consumo de drogas dentro de la empresa y la razón por la cual deberían invertirse esfuerzos por parte de las organizaciones para prevenir el consumo, y porque reprimir y castigar a los trabajadores consumidores no es una solución. El coste empresarial que supone la IT de estos trabajadores afecta directamente a la productividad de la empresa y a su capacidad competitiva en el mercado, por ello el empresario es el primer interesado en prevenir y en evitar que el problema esté latente hasta que la situación, tanto para el sujeto consumidor como para sus compañeros, sea insostenible.

El estudio de Mayorga (2011) concluye con algo muy interesante al afirmar que la empresa debe garantizar que el objetivo de intervenir en el consumo *no es perseguir a los adictos, sino mejorar las condiciones de salud y seguridad en la empresa*, ya que si no,

los trabajadores nunca serán capaces de reconocer el problema por miedo a las represalias. Por otra parte, el artículo de Montes Buruaga (2012) establece unos *factores de riesgo en el trabajo* referentes al consumo de drogas, y unos pasos para conseguir implantar en la empresa una política sana y efectiva en relación a este problema.

3. METODOLOGÍA UTILIZADA

Para recopilar los datos sobre el consumo de drogas en el ámbito laboral se ha usado una encuesta creada para este estudio ex-profeso, que consta de 21 preguntas. En dicha encuesta se han reunido datos de diferente índole: en concreto se ha obtenido información sociodemográfica de los individuos, diferentes variables laborales, sustancias de estudio, así como la frecuencia y momento del consumo, incidencia del consumo en el ámbito laboral, medidas tomadas por la empresa y, por último, valoración del problema por parte de los trabajadores.

A través de esa encuesta realizada a un total de 100 personas residentes en la Ribera de la Comunidad Foral de Navarra, se ha desarrollado un *screening* sobre el tema tratado. Cabe destacar que la muestra no puede considerarse representativa debido al escaso número de encuestas realizadas, pero en el futuro se ampliará esta muestra mediante un estudio complementario sobre el tema en cuestión.

4. ANÁLISIS GENERAL DE LOS DATOS

La edad de los encuestados está comprendida entre 16 y 65 años. Un 54 % de la muestra corresponde al intervalo de edades comprendido entre los 16 y los 30 años, seguido por un 23 % en edades de 31 a 40 años, un 17 % de entre 41 y 55 años y tan solo un 6 % en el último tramo de edad (de 56 a 65 años). En cuanto a sexo, la encuesta es mucho más homogénea que en las edades, habiendo dentro de la muestra un 54 % de hombres y un 46 % de mujeres.

Hemos observado que los puestos de menor categoría (operario) son ocupados por jóvenes de entre 16 y 30 años, puesto que, de los 67 sujetos que están dentro de esta categoría profesional, 44 pertenecen a ese grupo de edad.

También se aprecia que los “operarios hombres” son más jóvenes que las “operarias mujeres”, detalle que se puede ver también en la categoría de administrativos. Sin embargo, en el grupo de director de departamento, no se observan diferencias en la media de edad de hombres y mujeres, por lo que se puede concluir que, cuanto más alta es la categoría profesional, menor es la diferencia de edades entre hombres y mujeres que pertenecen a un mismo puesto (ver Tabla 1).

TABLA 1. MEDIA DE EDAD SEGÚN EL SEXO Y LA CATEGORÍA PROFESIONAL

SEXO	Categoría profesional	Media Edad	N	Desv. Típ.
HOMBRE	Operario	1,38	37	,721
	Encargado	2,56	9	,882
	Administrativo	1,40	5	,548
	Director de Departamento	2,00	2	1,414
	Gerencia	3,00	1	.
	Total	1,63	54	,875
	Operario	1,77	30	1,006
	Encargado	1,50	2	,707
MUJER	Administrativo	2,25	12	1,138
	Director de Departamento	2,00	2	,000
	Total	1,89	46	1,016
	Operario	1,55	67	,875
	Encargado	2,36	11	,924
Total	Administrativo	2,00	17	1,061
	Director de Departamento	2,00	4	,816
	Gerencia	3,00	1	.
	Total	1,75	100	,947

Fuente: Elaboración propia.

En un primer análisis de los datos, se relacionó el consumo de tabaco, alcohol y cannabis, tras lo que podemos afirmar que el perfil más común de consumidor, en relación con estas tres sustancias es el de jóvenes de entre 16 y 30 años que consumen tanto alcohol como tabaco y cannabis (21 % de la muestra). Igualmente, se observa una relación entre el consumo de alcohol y tabaco en la misma categoría de edad, aunque no consuman cannabis (13 % de la muestra). Tan solo cinco sujetos afirmaron no consumir ninguna de estas tres sustancias, y 16 personas afirmaron no consumir alcohol, observándose que este tipo de consumo está muy extendido dentro de la población en general.

Tras comentar de manera general el tipo de muestra obtenida y la relación entre algunas de las sustancias estudiadas, vamos a ver la incidencia del consumo de forma individual (ver Tabla 2), señalando al mismo tiempo el número de sujetos que la han seleccionado como sustancia más consumida en su día a día (ver Tabla 3).

TABLA 2. CONSUMO DE LAS SUSTANCIAS ESTUDIADAS EN FUNCIÓN DEL SEXO

SUSTANCIA		SI			NO		
		Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Tabaco		30	31	61	24	15	39
Alcohol		49	35	84	5	11	16
Cannabis		24	13	37	30	33	63
Tranquilizantes sin receta		3	7	10	51	39	90
Otras sustancias:							
-----Cocaína		12	4	16	34	41	75
-----Speed		8	1	9			

Fuente: Elaboración propia.

Como podemos observar en las tablas 2 y 3, un 61 % de los encuestados afirmó consumir tabaco de forma habitual, siendo señalada como sustancia más consumida por un total de 28 personas. Se aprecia también que el consumo de dicha sustancia entre los 16 y los 30 años está muy extendido, ya que del total de 54 sujetos correspondientes a ese grupo de edad, 39 consumen tabaco de forma habitual y 15 lo seleccionaron como la sustancia más consumida. También se observa que las mujeres consumen menos tabaco que los hombres en relación al total de la muestra.

En cuanto al consumo de alcohol, destaca lo extendido que está, siendo la sustancia más consumida (un 84 % de la muestra dijo consumirlo habitualmente). No se observa ninguna diferencia de consumo en función de las edades o el sexo, de lo cual se desprende el grado de aceptación en nuestra sociedad, que ha llegado a verlo como parte natural y elemento de integración en la misma. Además, 27 sujetos la han seleccionado como “sustancia más consumida” (ver Tabla 3), frente a los 28 que seleccionaron el tabaco.

Si hacemos este análisis con respecto al cannabis, observamos que es la droga ilegal más consumida dentro de la muestra, ya que un 37 % afirmó consumir cannabis, y que está más presente entre los jóvenes de 16 a 30 años, descendiendo su consumo conforme aumenta la edad de los encuestados. Cabe destacar que es una sustancia más consumida por hombres que por mujeres, como se aprecia en la Tabla 2. Por último, señalaremos que un 15 % la seleccionó como sustancia más consumida en su vida diaria (ver Tabla 3).

TABLA 3. SUSTANCIA MÁS CONSUMIDA POR EL SUJETO EN FUNCIÓN DE EDAD Y SEXO

SEXO		Edad				Total	
		18-30	31-40	41-55	56-65		
HOMBRE	Café	0	1	2	1	4	
	Tabaco	7	1	2	0	10	
	Alcohol	10	3	3	1	17	
	Sustancia más consumida por el sujeto	Cannabis	6	4	1	0	11
	tranquilizantes sin receta	0	1	0	0	1	
	Cocaína	8	2	0	0	10	
	Speed	1	0	0	0	1	
	Total		32	12	8	2	54
MUJER	Café	3	1	2	2	8	
	Tabaco	8	5	5	0	18	
	Alcohol	6	3	0	1	10	
	Sustancia más consumida por el sujeto	Cannabis	2	2	0	0	4
	tranquilizantes sin receta	0	0	2	1	3	
	Cocaína	3	0	0	0	3	
	Total		22	11	9	4	46
Total	Café	3	2	4	3	12	
	Tabaco	15	6	7	0	28	
	Alcohol	16	6	3	2	27	
	Sustancia más consumida por el sujeto	Cannabis	8	6	1	0	15
	tranquilizantes sin receta	0	1	2	1	4	
	Cocaína	11	2	0	0	13	
	Speed	1	0	0	0	1	
	Total		54	23	17	6	100

Fuente: Elaboración propia.

Sobre los tranquilizantes sin receta médica, no hay mucho que decir, aunque los datos obtenidos no dejan de ser interesantes. Hemos apreciado que, aunque el consumo apenas es perceptible dentro de la muestra (tan solo 10 personas afirman consumirlos), destaca el hecho de que los sujetos que afirman consumir estas

Mirentxu Marín

sustancias son mujeres de edades entre 41 y 55 años, modificando totalmente el perfil del que hablábamos con las sustancias anteriores. Además, 4 la seleccionaron como sustancia más consumida.

Por último, se ha estudiado el consumo de cocaína y *speed*, donde señalaremos que, aunque su consumo no es tan común como el de cannabis, alcohol o tabaco, 25 personas afirmaron consumir alguna de estas sustancias, y que el consumo de cocaína es más común que el del *speed* (ver Tabla 2). Además, volvemos a observar que hay un mayor consumo dentro del sexo masculino y en jóvenes de 16 a 30 años, siendo 14 sujetos los que eligieron una de estas sustancias como las más consumidas en su día a día.

4.1. FRECUENCIA DEL CONSUMO

Tras el análisis general del consumo de las diferentes sustancias estudiadas, vamos a realizar un breve repaso a los datos obtenidos respecto a la frecuencia del consumo; esto es, si los sujetos encuestados tomaban la sustancia seleccionada como “la más consumida” todos los días, esporádicamente, solo fines de semana.

Vemos en esta parte del estudio que los operarios, en su gran mayoría, seleccionaron como sustancias más consumidas tabaco, alcohol y cannabis, aunque tan solo 15 personas dijeron consumir tabaco todos los días y ocho afirmaron lo mismo respecto al cannabis. El resto decía consumir estas sustancias solo los fines de semana o algún día ocasional.

En cuanto a la categoría profesional de encargado, la mayoría de sujetos pertenecientes a la misma consume tabaco todos los días. Además, aquellos que consumen alcohol o cannabis lo hacen varios días a la semana, pero ninguno de ellos afirmó consumir solo los fines de semana.

Por otra parte, en la categoría de administrativo, la sustancia que más sujetos han seleccionado como “la más consumida” ha sido el alcohol, seguida por los tranquilizantes sin receta médica y el tabaco. Cabe destacar que tan solo en esta categoría profesional aparece el consumo de tranquilizantes, detalle que comentaremos en las conclusiones. También hay que señalar que tan solo aquellos que consumen tabaco, dicen hacerlo a diario (los tranquilizantes son consumidos varios días a la semana).

Por último, tanto en la categoría de director de departamento como en la de gerencia, la mayoría de los encuestados consume alcohol, y además dice hacerlo varios días a la semana.

4.2. ANÁLISIS DEL CONSUMO DURANTE LA JORNADA LABORAL

En primer lugar, destacaremos que, antes de ir al trabajo no se suele consumir ninguna sustancia a excepción de café o tabaco. Tan solo cuatro personas afirmaron consumir cannabis antes de iniciar su jornada laboral *muchas veces o siempre*; todos ellos pertenecientes a la categoría profesional de operarios. También dos personas, de esta misma categoría, afirmaron consumir a veces cocaína antes de ir al trabajo. Por lo demás, el consumo previo a la jornada laboral no es reseñable.

En cuanto al consumo en las horas de trabajo de las diferentes sustancias, cabe destacar que, aunque un 45 % de los encuestados afirmó no consumir nunca durante su jornada laboral, el 55 % de la muestra reconoció hacerlo; lo que supone un porcentaje muy alto. De nuevo, el tabaco aparece como la sustancia más consumida durante la jornada laboral; con 10 sujetos que dicen consumirlo *a veces* y 15 que lo hacen *muchas veces o siempre*. Asimismo, vuelve a repetirse el dato de dos operarios que dicen consumir cannabis *muchas veces* durante su jornada y siete sujetos de diferentes categorías que dicen hacerlo *a veces*.

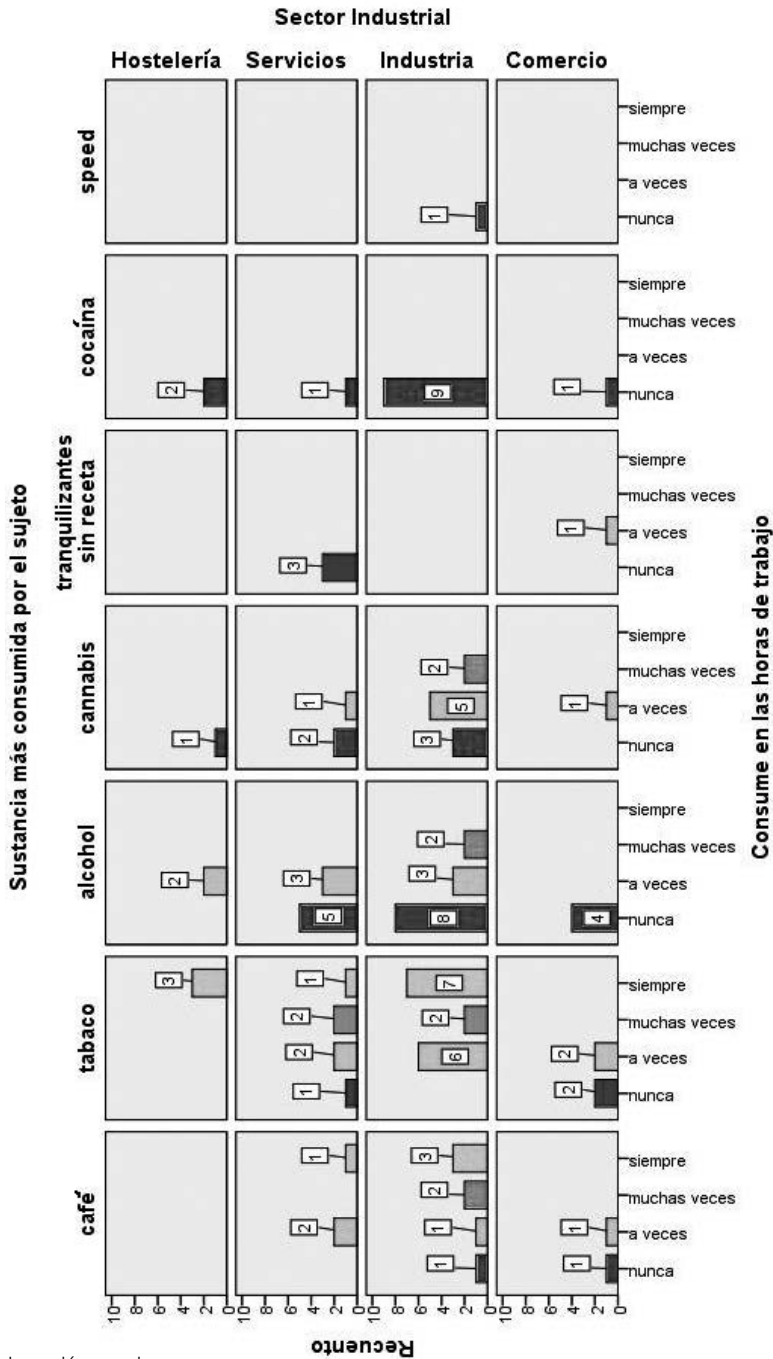
Cabe destacar el hecho de que la gerencia y dirección de departamento afirma consumir alcohol *a veces o muchas veces* durante su jornada laboral, lo que nos hace plantearnos hasta qué punto afecta esto al mundo laboral.

Por otra parte hay que mencionar que los consumidores de cocaína y *speed* no consumen durante su horario de trabajo (ver Gráfica 1).

En un breve repaso a los datos obtenidos sobre consumo al finalizar la jornada laboral, destacaremos que el alcohol, la cocaína y el cannabis aumentan su frecuencia de consumo, sobre todo en relación a la categoría profesional de operario, aunque el tabaco sigue estando a la cabeza en todas las categorías profesionales.

Al preguntar a los sujetos si alguna vez habían consumido por sentirse presionados o cansados por causa del trabajo, es importante el dato de que un 39 % dijo haberlo hecho alguna vez, y un 13 % muchas veces, lo que, si lo acumulamos, deja a la vista el dato de que un 53 % de la muestra ha consumido por esta razón, resultado a tener en cuenta para evitar posibles problemas de estrés dentro de las empresas.

GRÁFICA 1. SUSTANCIA MÁS CONSUMIDA POR EL SUJETO DURANTE LA JORNADA LABORAL EN FUNCIÓN DEL SECTOR INDUSTRIAL



Fuente: Elaboración propia.

4.3. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO

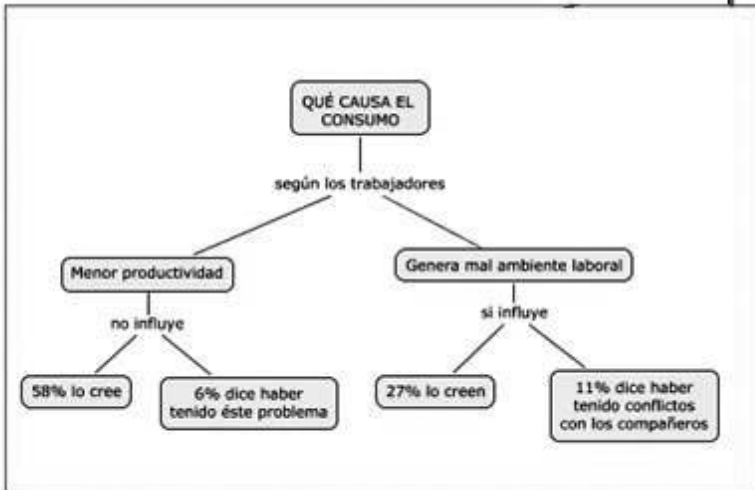
Debido al consumo de diferentes sustancias dentro del trabajo, pueden surgir diferentes problemas. Se preguntó a los trabajadores qué consecuencias habían sufrido relacionadas directamente con el consumo, y se obtuvieron los siguientes resultados:

- Un 7 % dijo haber sufrido un accidente laboral causado por el consumo de alguna sustancia.
- Un 6 % dijo haber sufrido un accidente *in itinere* o *in misio* debido al consumo de algún tipo de sustancia.
- El 11 % de los encuestados afirmó haber tenido conflictos con otros compañeros en relación con las sustancias estudiadas.
- Un 22 % de la muestra se ha retrasado o ausentado de su puesto de trabajo alguna vez por estas causas.
- El 6 % de la muestra había tenido problemas para desarrollar su trabajo con normalidad en alguna ocasión.
- Igualmente, el 6 % de la muestra relacionó el consumo con algún enfrentamiento con su superior o jefe.
- Por último, un 22 % se ha sentido indispuesto en su trabajo tras haber consumido alguna sustancia.

Para finalizar el estudio, se preguntó qué consecuencias creían ellos que traía el consumo de drogas en el trabajo, ofreciendo cuatro respuestas de las que podían elegir varias, con lo que se observó que el 73 % de la muestra creía que las drogas y el alcohol era un problema real dentro del mundo laboral. Un 40 % dijo que consideraba el consumo como un generador de accidentes de trabajo, y un 58 % afirmaba que se reducía la productividad. Finalmente, un 27 % decía que el consumo creaba mal ambiente en el trabajo entre los compañeros.



CONCLUSIONES



Adicciones que dificultan las tareas profesionales

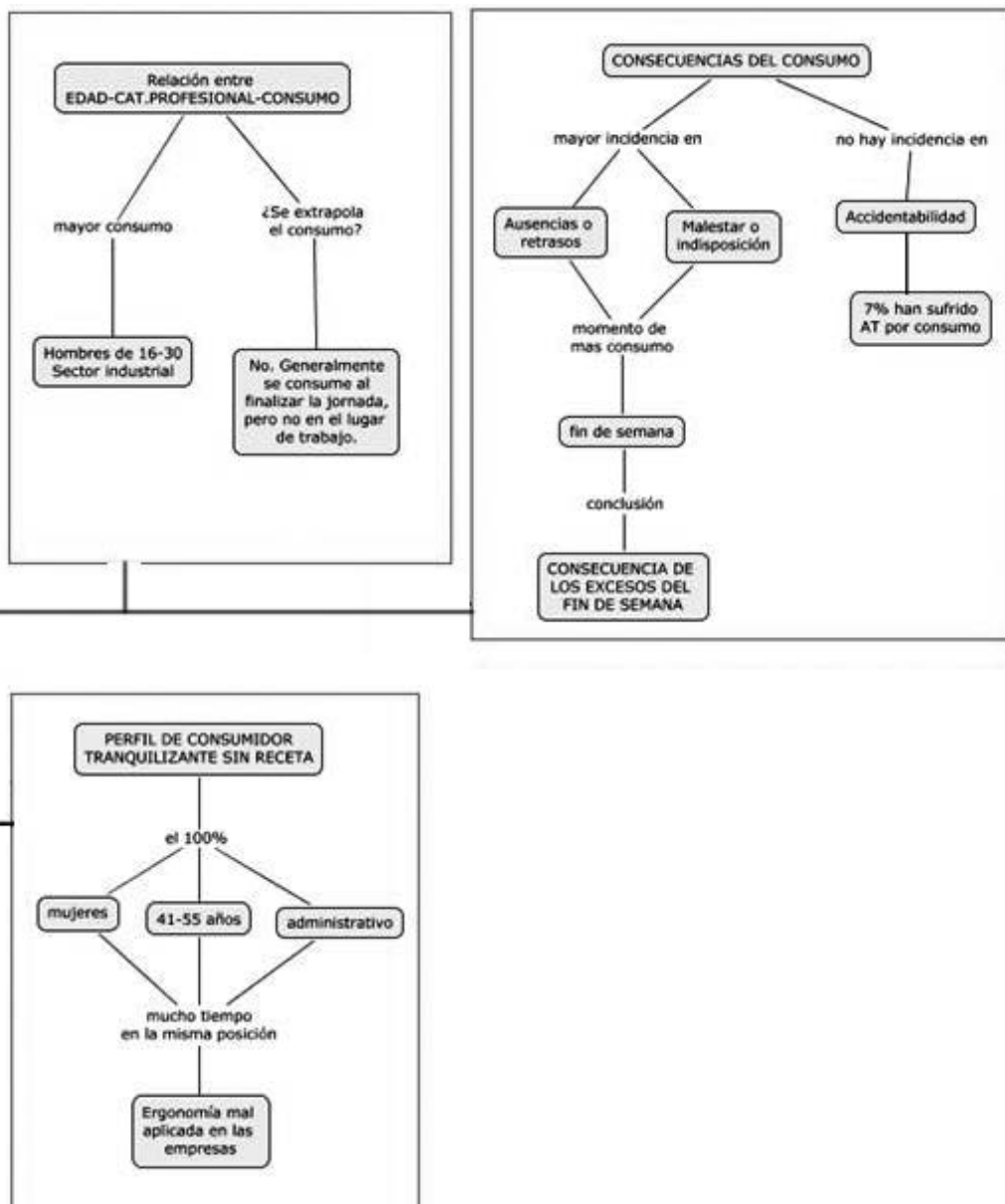


Figura1. Principales conclusiones del Estudio.

Fuente: Elaboración propia.

5. CONCLUSIONES

Tras observar los datos mencionados anteriormente, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- Los fumadores consumen tanto en su vida diaria como en su vida laboral, siendo la sustancia más consumida de la muestra.
- Existe una relación clara entre la edad de los encuestados, su categoría profesional y el consumo; apreciándose un mayor consumo en hombres que trabajan en el sector industrial y que trabajan como operarios; aumentando dicho consumo en jóvenes de 16 a 30 años.
- El consumo de alcohol y cannabis, aunque está muy extendido en la sociedad, no se extrapola al trabajo, siendo muy pocos los trabajadores que dicen consumir estas sustancias antes o durante su jornada laboral.
- Hemos visto cómo hay más incidencia de consumo en el hecho de generar ausencias o retrasos en el trabajo y provocando malestar o indisposición. Al relacionar esto con el momento en el que los sujetos decían consumir (todos los días, algún día, solo fines de semana...) se deduce que el malestar señalado puede venir provocado por los excesos de consumo del fin de semana, por lo que se produciría a principio de semana en la mayor parte de los casos.
- Si observamos las consecuencias relacionadas con lo que los trabajadores creen que produce el consumo, vemos que aunque la mayoría opina que reduce la productividad, pocos dicen haber tenido problemas para acabar las tareas recomendadas, por lo que la disminución de la productividad en relación con el consumo no es significativa.
- Con los accidentes laborales ocurre lo mismo, y aunque nuestra muestra es pequeña, se puede observar que son pocos los accidentes provocados debido al consumo de alguna sustancia.
- La opinión de que el consumo crea mal ambiente de trabajo es la que más se acerca a la realidad observada, destacándose que el mayor problema generado por el consumo es la aparición de conflictos con compañeros, superiores o jefes.
- El dato que más nos ha llamado la atención es el del consumo de tranquilizantes sin receta médica. El perfil de consumidor responde a mujeres de entre 41 y 55 años que trabajan como administrativas. Creemos que esto puede deberse a la gran cantidad de horas que se permanece sentado en este tipo de puestos. Si las condiciones ergonómicas no son las adecuadas en trabajos sedentarios y repletos de movimientos repetitivos, pueden aparecer dolores y problemas musculares que lleven al trabajador a consumir estas sustancias a fin de paliar las molestias.

Como conclusión general nos gustaría señalar que, cada vez existe menos diferencia en los hábitos de consumo de mujeres frente a hombres, siendo muy homogéneo en el rango de edad de 16 a 30 años, donde no se encuentran grandes diferencias en función del sexo.

Debido a las conclusiones obtenidas en el estudio realizado, se está planteando la elaboración de una investigación sobre esta realidad, ampliando la muestra y realizando una encuesta más representativa, para poder realizar un análisis en profundidad de los datos y de la situación actual. Asimismo, en un estudio posterior nos gustaría relacionar este tipo de análisis con su relación y su repercusión a la hora de aplicar la legislación actual en materia laboral relacionada con este tema (Ver Figura 1).

6. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Martín, E. (et al.). 2012. *Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España*. EDADES. Observatorio Español Sobre Drogas 2011.
- Echeburúa, E. 2001. *Abuso del alcohol*. Madrid: Síntesis 2001.
- Fernández Montalvo, J., E. Garrido Landívar. 2002. *Psicopatología Laboral. Trastornos derivados del trabajo*. Pamplona.
- Jané Arrufat, S. (et al.). 2012. *Accidentes de trabajo relacionados con el consumo de alcohol y drogas*. Ponencia ORP 2012.
- Mayorga Más, R. (et al.). 2011. *El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. Una realidad que afrontar*. NA 3545-2011.
- Montes Buruaga, I. (et al.). 2012. *Consumo de drogas en el ámbito laboral. Perspectiva de género*. Ponencia ORP 2012.
- Ochoa Mangado, E. (et al.). 2008. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Med. Segur. Trab*; 54, 213: 25-32.
- Reinoso Echezárraga, I. (et al.). 2012. *Estudio del abuso de drogas en el puesto de trabajo en un grupo de consumidores de Castellón*. Ponencia ORP 2012.
- Sánchez Triguero, C. (et al.). 2009. *Los riesgos psicosociales. Teoría y práctica*.
- Sandí Esquivel, L. 1997. Drogas y trabajo. *Medicina Legal*. Costa Rica, 13-14, Núm. 2-1.

Título del libro: DICCIONARIO DE TRABAJO SOCIAL

Book Title: DICTIONARY OF SOCIAL WORK

FERNÁNDEZ GARCÍA, T.; LORENZO, R.; VÁZQUEZ, O. (2012)

Madrid: Alianza Editorial

ISBN: 978-84-206-7380-6

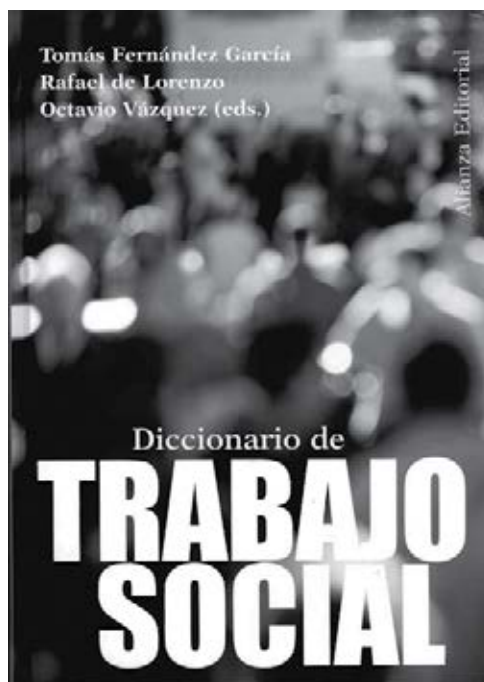
Páginas: 590

Reseña realizada por Manuel Gil Parejo

Cuando uno tiene en sus manos un libro singular como este *Diccionario de Trabajo Social* y, además, tiene que hacer una reseña sobre él, le entran las dudas de cómo enfocarla pues no se trata de un libro al uso. Por este motivo, me centraré en algunas cuestiones, que por la singularidad de este texto, quisiera reseñar.

En la literatura, tanto académica como profesional, del Trabajo Social la presencia de diccionarios especializados es prácticamente nula, al menos en lengua española. Siempre nos hemos manejado con las obras de referencias de la NASW estadounidense, como es el caso de su enciclopedia. Este *Diccionario de Trabajo Social* pretende ser un instrumento de referencia y consulta en nuestro campo.

Tomás Fernández, Rafael de Lorenzo y Octavio Vázquez han sido los editores y coordinadores de esta obra publicada en la Editorial Alianza, donde se han recopilado 1365 voces, que han sido elaboradas y redactadas por 146 autores procedentes de 35 universidades e instituciones públicas y privadas de España, México, Colombia,



Argentina, Costa Rica y Estados Unidos. Una cuestión que me parece importante reseñar, aunque parezca baladí, es que tanto la coordinación de la obra, como la redacción de las distintas voces del diccionario se han realizado mayoritariamente por profesionales del campo del Trabajo Social, procedentes tanto del ámbito académico como profesional.

Los lectores de este diccionario, o más bien “los consultores”, encontrarán términos, conceptos, teorías, personajes, etc., específicos del campo disciplinar y profesional del Trabajo Social y los Servicios Sociales como pueden ser las voces de “informe social”, “modelos de intervención”, “derivación”, “Mary Richmond”, “FEDAAS”, “Plan Concertado”, etc. Pero no solo se encuentran voces específicas de nuestra área de conocimientos de Trabajo Social y Servicios Sociales. También se recoge un amplio caleidoscopio de términos perteneciente al campo de la Ciencias Humanas y Sociales donde el Trabajo Social se posiciona en constante interacción y diálogo. A lo largo del diccionario nos podemos encontrar con voces de distinta extensión, muchas de ellas con aporte bibliográfico. Al final del diccionario se cuenta con un índice de autores y términos, y además con un índice analítico que facilita la consulta y uso de esta obra. Como toda publicación y más esta, que como he señalado al principio presenta un carácter singular, será el lector, el usuario, el que valore finalmente el pragmatismo de este *Diccionario de Trabajo Social*. Es una primera edición, donde los editores, como señalan en el prefacio, pretenden que “sea una obra de consulta con la suficiente información para comprender qué es el Trabajo Social, dónde opera y qué hacen los trabajadores sociales en su cometido profesional” (p. 10). En resumen, y siguiendo la idea del diccionario de la RAE sobre qué es un diccionario, es un “libro en el que se recogen y explican de forma ordenada voces (...) de una ciencia o de una materia determinada”, y que, en buena medida, contribuirá no solo a desarrollar el campo lexicográfico sino también el campo del Trabajo Social.

LOS REPRESENTANTES DE LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES DE LOS PAÍSES MÁS AFECTADOS POR LAS POLÍTICAS DE AUSTERIDAD SE REÚNEN EN BRUSELAS

THE REPRESENTATIVES OF SOCIAL WORKERS FROM THE COUNTRIES MOST AFFECTED BY AUSTERITY MEASURES MEET IN BRUSSELS

El pasado martes 19 de marzo de 2013, en el Día Internacional del Trabajo Social, los miembros de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) de España, Portugal, Grecia e Irlanda se han reunido en Bruselas con el comisario europeo de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión, Lazlo Andor.

Durante el encuentro los profesionales estuvieron de acuerdo en exigir a la Unión Europea (UE) aumentar la inversión en política social. Los trabajadores sociales de los países más afectados por la crisis entregaron al Comisario Andor una declaración en la que se mostraba el rechazo ante las políticas de austeridad, cuyas consecuencias ya se están pudiendo apreciar en los colectivos más vulnerables de la población.

Este evento pretendió concienciar a la Unión Europea de la necesidad de crear un nuevo marco económico más dinámico y justo, que vele por el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos y en el que desaparezcan las medidas extremas de austeridad en política social para poder seguir generando estructuras de crecimiento y prosperidad en las comunidades.

Los actuales recortes están teniendo graves repercusiones en los países afectados por los mismos, que están viendo como miles de familias se instalan de nuevo en los umbrales de la pobreza y exclusión social, lo que a su vez provoca el descenso de su poder adquisitivo e incluso en alguna ocasiones la pérdida de su vivienda. La falta de sensibilidad política, la carencia de alternativas económicas dinamizadoras de creación de empleo y los recortes en el gasto social para atender las necesidades más básicas de la población, están produciendo paralelamente un aumento de violencia, inseguridad, enfermedades mentales y suicidios.

Durante las intervenciones de los profesionales se insistió en la necesidad de buscar nuevas alternativas ya que la austeridad no es una de ellas, pues todavía no se han conseguido ni los cambios, ni el crecimiento que en su día fueron anunciados.

La FITS ha hecho un llamamiento a la UE para que se mantengan e incentiven los servicios que están prestando miles de trabajadores sociales para apoyar a las personas que sufren las consecuencias de la crisis, intentando asegurar así el bienestar básico de las personas. En estos momentos el papel de los trabajadores sociales es una pieza imprescindible para buscar una solución social, que permita mejorar la calidad de vida y fomentar el desarrollo personal de miles de ciudadanos.



INFORME SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN LA COMUNIDAD DE MADRID Y LA REPERCUSIÓN DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE RACIONALIZACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL. Junio 2013

El Sistema Público de Servicios Sociales está formado por una red de ayudas, prestaciones, servicios, programas de prevención y promoción social, y equipamientos, que se han ido desarrollado durante 30 años financiados por el Estado, las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales; la primera a través del Plan Concertado y otros Programas, si bien ambas administraciones han ido perdiendo paulatinamente interés en su financiación, adquiriendo mayor relevancia la aportación económica procedente de la Administración Local, que aporta en la actualidad más del 60% del total en el cómputo global.

La implementación de la Ley de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, defendida por los diferentes partidos políticos como el IV Pilar del Bienestar Social, ha provocado un mayor debilitamiento del Sistema Público de Servicios Sociales, el cual ya partía de una situación frágil debido al desarrollo complejo y desigual entre distintas comunidades autónomas y municipios. A pesar del gran avance en la política social española del reconocimiento que supuso dicha legislación, ese derecho en muchos casos ha sido vulnerado.

Posteriormente, la situación de crisis financiera ha provocado un abordaje del déficit público del Estado y de las Comunidades Autónomas que se está materializando en la aplicación de múltiples recortes en los ámbitos sociales de sanidad, educación y servicios sociales, habiéndose desaprovechado los tiempos de bonanza económica, en los que España se ha mantenido entre los países europeos con menos gasto social.

En este marco político surge el Anteproyecto de Ley para la Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local que cambia la anterior Ley de Bases de Régimen Local de 1985, donde se modifican las competencias respecto a los servicios sociales tanto de las entidades locales y la administración autonómica, y determina la sostenibilidad financiera de las entidades como criterio único de decisión sobre su futuro y organización.

Por todo ello, el Colegio Oficial de Madrid ha elaborado el presente informe que recoge la actual situación en la Comunidad de Madrid y las consecuencias que puede tener la aplicación de dicho anteproyecto, sin modificaciones, en lo referente a la competencia municipal de prestación de los Servicios Sociales.



1.- NORMATIVA

ANTEPROYECTO DE LEY DE RACIONALIZACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL

El objetivo básico de la ley: clarificar las competencias municipales para evitar duplicidades con las competencias de otras Administraciones de forma que se haga efectivo el principio "una Administración una competencia"; racionalizar la estructura organizativa de la Administración local de acuerdo con los principios de eficiencia, estabilidad y **sostenibilidad financiera**, garantizar un control financiero y presupuestario más riguroso y favorecer la iniciativa económica privada evitando intervenciones administrativas desproporcionadas. No se mencionada en ningún momento la participación y el bienestar de la ciudadanía.

Se definen como competencias propias en los Municipios con población superior a 20.000 habitantes, "**evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social**" reduciendo las prestaciones de servicios sociales y de promoción y reinserción social a dar información y atención de situaciones de urgencia.

La prestación de los servicios sociales será competencia de las Comunidades Autónomas, que podrán establecer las medidas que consideren necesarias para la racionalización del servicio, en el **plazo máximo de un año**.

Los municipios no podrán ejercer competencias impropias sino es por **delegación**, pero siempre garantizando la sostenibilidad financiera y acompañada por la suficiente financiación, solo para **municipios de mas 20.000 habitantes**, en tres meses el resto de municipios y **mancomunidades** deberán presentar sus cuentas ante los organismos correspondientes del Estado y de la Comunidad Autónoma respectiva para no incurrir en causa de disolución, deberá realizarse mediante una valoración que tome como **referencia el coste estándar de los servicios** establecido por el gobierno central.

El proyecto de ley modificaría los contenidas en la **Ley 22/2006, de 4 de julio, de Capitalidad y de Régimen Especial de Madrid**.

ESTATUTO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

El Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid (Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero), recoge como **competencias exclusivas** en su artículo 26, entre otros:

Promoción y ayuda a la tercera edad, emigrantes, minusválidos y demás grupos sociales necesitados de especial atención, incluida la creación de centros de protección, reinserción y rehabilitación. Así como, protección y tutela de menores y desarrollo de políticas de promoción integral de la juventud.

Derecho propio de la Comunidad de Madrid, constituido por las leyes y normas reguladoras de las materias de competencia plena de la Comunidad Autónoma, es **aplicable con preferencia** a cualquier otro en el territorio de Madrid.

LEY 11/2003, DE 27 DE MARZO, DE SERVICIOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Ley aplicable a los servicios sociales que presten las Administraciones autonómica o local en la Comunidad de Madrid, que diferencia en el sistema público entre **Atención Social Primaria (ASP)** y Atención Social Especializada, que enumera las competencias de los municipios y su responsabilidad respecto a la ASP. Define los centros municipales de servicios sociales de carácter polivalente y comunitario.

Se determina las **obligaciones de financiación** de la Comunidad Autónoma en la colaboración en el cumplimiento de las funciones de Atención Social Primaria, con la especial atención para aquellos mancomunados con población menor de 20.000 habitantes, y la de los municipios de más de 20.000 habitantes en el cumplimiento de sus competencias.



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

Las funciones de la Atención Social Primaria se establecen a nivel individual y grupal, con especial mención a la atención profesional personalizada, que incluye todas las prestaciones de carácter técnico, y a nivel comunitario.

Las prestaciones técnicas son los actos profesionales realizados para atender las necesidades planteadas por los usuarios del sistema de servicios sociales: Información, valoración y orientación. Asesoramiento, apoyo y acompañamiento social a personas o grupos. Intervención social para facilitar la integración y la convivencia social y familiar.

OTRA NORMATIVA RELACIONADA:

Ley 2/2003, 11 de marzo, de Administración Local de la Comunidad de Madrid.
Ley 3/2003, de 11 de marzo, para el desarrollo del Pacto Local.

En cuanto al desarrollo de la Ley de Servicios Sociales, ha existido un desarrollo normativo escaso sobre servicios sociales en la CM, únicamente cabe citar los siguientes:

- Decreto 109/1998, de 18 de junio, por el que se actualiza la Zonificación de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

No ha existido desarrollo Reglamentario y el último II Plan Estratégico fue del 2005-2008.

El Anteproyecto de Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración local también entra en conflicto de competencia con las siguientes leyes autonómicas, estatales y recomendaciones europeas:

- Carta Social Europea de la Autonomía Local y del ART. 140.
- Ley 6/1995 de Garantía de los derechos de la Infancia y Adolescencia.
- Ley 15/2011 de Renta Mínima de Inserción.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

La Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid determina con claridad las competencias de las entidades locales en esta materia, así como las funciones de la Atención Social Primaria y la responsabilidad de financiación de la administración autonómica, avalada además por el Estatuto autonómico, aplicable con preferencia a cualquier otro de nivel estatal en el territorio de Madrid, en todo caso, el Derecho estatal tiene carácter supletorio del Derecho propio de Madrid.

El Anteproyecto entra en contradicción con las leyes autonómicas, estatales y europeas respecto al sistema de servicios sociales en la determinación de las competencias y la responsabilidad de las administraciones públicas.

La complejidad actual del sistema de servicios sociales solo podrá garantizar los criterios de universalidad, igualdad y proximidad si se mantiene la red básica de atención primaria y los centros de servicios sociales en gestión directa bajo la autoridad de la administración pública, y asegurándose un profesional de referencia estable, como es el trabajador/a social en ASP y una intervención social integral y global.

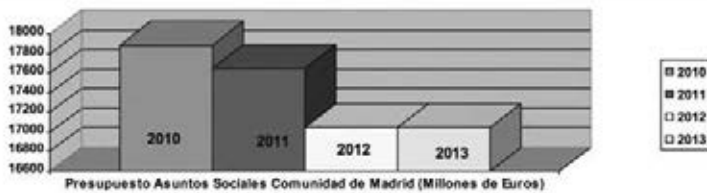
* ANEXO 1.- se añade el anexo 1 con un desarrollo más detallado de la normativa.



2.- PRESUPUESTO

El Presupuesto 2013 de la Comunidad de Madrid para Asuntos Sociales es de 1.249 millones, un 5,30% menos que el presupuesto del año 2012, representa el 7,95% del total del presupuesto regional, con un gasto por habitante de 192€ disminuyendo respecto a los 207€ del año 2012.

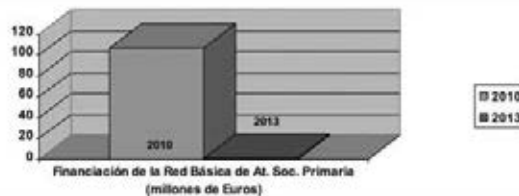
Este presupuesto ha disminuido desde el año 2010 en más de 700 millones un 35% menos en la realidad después de unificar consejerías y programas.



El análisis del presupuesto desglosado por programas nos permite discriminar grandes diferencias:

2.1. Ha desaparecido el programa que financiaba la red básica de Atención social Primaria (Programa 906) de Servicios Sociales en los municipios.

El presupuesto en el año 2010 fue de 107 millones y en el año 2013 se ha reducido a 848,895€, lo único que significa es que la administración autonómica se desentiende de su responsabilidad pública de financiar la red básica y deja en manos de las entidades locales decidir el futuro de los centros de servicios sociales de toda la comunidad autónoma.



Esta situación es totalmente disparatada, primero por el elevado nivel de atención que se tiene en estos momentos y segundo porque es el camino de entrada para gestionar todas las prestaciones, como la renta mínima de inserción (RMI) o las procedentes del Sistema de Atención a las Personas en situación de Dependencia.

Con ello, las funciones de coordinación territorial de los Servicios de atención social primaria no están dentro de las funciones del programa de promoción social ni están recogidos en el Presupuesto del 2013 dentro de las funciones de la DG. Coordinación de la Dependencia: han desaparecido, lo que presupone que el gobierno autonómico se desentiende de la red de atención primaria de servicios sociales, los programas de prevención en mayores, familias y otros colectivos así como de las ayudas económicas puntuales de emergencia que son tan necesarias en estos momentos de especial vulnerabilidad.



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

2.2.- Sigue disminuyendo la financiación de programas de apoyo a colectivos específicos, especialmente cooperación inmigración y mujer.

PROGRAMA	RECORTE
918.- VOLUNTARIADO Y COOPERACION	70%.
917.- INMIGRACION	35%.
930.- SERVICIO REGIONAL DE BIENESTAR SOCIAL	24%.
915/916.- PROMOCION E IGUALDAD DE LA MUJER Y ACCIONES CONTRA LA VIOLENCIA DE GENERO.	16%.
902.- ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD	11%.
904.- ATENCION A PERSONAS MAYORES	10%.

2.3.- Los Organismos autónomos siguen la misma línea de recortes:

ORGANISMO AUTÓNOMO	RECORTE
LA AGENCIA PARA LA REEDUCACION Y REINSERCIÓN DEL MENOR INFRACTOR	16%
AGENCIA ANTIDROGA	15%
MADRID 112	11%
INSTITUTO DE LA VIVIENDA DE MADRID	8%

El ejemplo más claro es el desmantelamiento de la red de atención a la drogadicción, cerrando comunidades terapéuticas, pisos de inserción etc. olvidándose de la visión bio-psico-social que tan buenos resultados ha dado en años anteriores en los procesos terapéuticos, considerando el problema desde una perspectiva exclusivamente sanitaria.

2.4.- Se refuerzan la financiación de la RMI y la Dependencia., pero:

LUCHA CONTRA LA EXCLUSIÓN SOCIAL (Programa 907): el aumento ha sido del 30% respecto a lo presupuestado inicialmente en el 2012 pero de una manera ficticia si contamos con las dos ampliaciones realizadas durante el año (la última ha sido de 11 millones) y además considerar que el número de solicitudes ha aumentado un 34% en el año 2012. Sin embargo ha desaparecido la partida correspondiente a los Proyectos de RMI de acompañamiento social. El hecho más denunciado es la tardanza de un año en valorar los expedientes de solicitudes nuevas para personas/familias que han demostrado su absoluta falta de ingresos económicos ante los servicios sociales municipales.

COORDINACIÓN DEPENDENCIA (Programa 908), el aumento ha sido del 8% respecto al 2012. La Comunidad de Madrid sigue manteniéndose por debajo de la media nacional en número de solicitudes y dictámenes, y apreciándose una disminución en el número de concesiones de la prestación de atención residencial y teleasistencias, de 700 y 600 menos respectivamente. La respuesta a las revisiones de grado y las revisiones de PIA se acercan a los ocho meses, cuando se solicita por empeoramiento de la salud o cambios en el entorno y las necesidades de atención son más importantes para el beneficiario, las personas fallecen antes de que se les valore y se beneficien de la prestación, sobre todo en plazas en residencias.



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

En las tablas del ANEXO I se presenta la evolución del presupuesto desde el año 2010 hasta el actual 2013.

En esta comparativa se aprecia recortes continuados en todos los programas, destacaríamos:

- **Mayores:** la disminución de la financiación en los programas relativos a la atención a los mayores, mantenimiento de los centros de día, centros de mayores y residencias, que de una manera global han disminuido un 10% desde el año 2010, nos permite suponer las dificultades que la administración autonómica puede tener para absorber recursos actuales de titularidad municipales por la obligación de ejercer sus competencias y no permitir duplicidades entre administraciones, se puede considerar que la propuesta de privatización de los mismos sería su única salida para sobrevivir, el municipio no tiene la competencia y la comunidad autónoma no puede financiarlo.
- **Discapacidad:** la disminución de la financiación en los programas relativos a la atención social y especializada a personas con discapacidad y la atención en los centros ha sido de forma global un 8% desde el año 2010, en este colectivo tanto la competencia como la titularidad de los centros son de la administración autonómica, no crearía conflicto de competencias.
- **Servicio Regional de Bienestar Social,** cuyas funciones son el control y seguimiento de la organización y funcionamiento de la red de centros regionales, ha tenido una disminución del 40% desde el año 2010.
- **Promoción e igualdad de la mujer y acciones contra la violencia de género:** estos dos programas han estado unidos y separados pertenecientes a otra Consejería, de una forma global han sufrido un recorte del 30% desde el año 2010, situación que ha tenido un reflejo en la disminución de los recursos de alojamiento para mujeres y familias monoparentales/mujer, con la imposibilidad de dar alternativas que inicien procesos de intervención social.
- **Inmigración y cooperación:** estos dos programas han estado unidos pertenecientes a otra Consejería, son los que más recorte presupuestario han sufrido pudiéndose valorar de forma global en un 76%, reduciéndose los proyectos de cooperación a aquellos de carácter humanitario en el año 2013.

La Comunidad de Madrid con el presupuesto tan reducido no tiene capacidad de absorber la delegación de competencias de aquellos municipios y mancomunidades que no puedan demostrar la sostenibilidad de la prestación de los servicios actuales, con la reforma prevista podemos hacer la estimación, de que los presupuestos en Servicios Sociales pueden verse reducidos entre 15% o un 50% menos, la inversión que realizan actualmente los municipios al sistema, por lo que las únicas vías serían el desmantelamiento o la privatización de las competencias municipales.

Las consecuencias de esto, además de la carga de gestión y de peligro de mayor burocratización que puede suponer para la comunidad autónoma, causará un gran impacto en programas, personal y ciudadanía: ¿de dónde se va a "restar ese dinero"? ¿qué va a pasar con los programas de prevención y convivencia?, ¿y la ayuda a domicilio municipal? ¿y el resto de recursos municipales?.

Actualmente la Comunidad Autónoma centra su actuación competencial prioritariamente en la dependencia y la RMI, la burocratización y la lentitud en el procedimiento administrativo de ambas provoca que cada vez más el recurso este más alejado de cubrir la necesidad social.


INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

PRESUPUESTO COMUNIDAD MADRID 2010/11/12/2013		
ASUNTOS SOCIALES		
2013	TOTAL.- 17.048 MILLONES	GASTO SOCIAL 89.84% (dato oficial)
	ASUNTOS SOCIALES.- 1.249 MILL PRESUPUESTO 5.30% INFERIOR AL 2012	7.95% DEL TOTAL
	HABITANTES C.M.- 6.501.717	GASTO POR HABITANTE 192€/HAB.
2012	TOTAL.- 17.048 MILLONES + 1.425 (transferencia estatal) 18.473 MILL	GASTO SOCIAL 87.82% (dato oficial)
	ASUNTOS SOCIALES.- 1.346 MILL RECORTE MES JUNIO 2012.- 10.479.311 €	7.89 % DEL TOTAL 1% DEL PRESUPUESTO ANTERIOR
	HABITANTES C.M.- 6.501.717 (2011) HABITANTES AYUNTAMIENTO MADRID.- 3.273.049 (2011)	GASTO POR HABITANTE 205€/HAB.
2011	TOTAL.- 17.654 MILLONES	GASTO SOCIAL 81.2% (dato oficial)
	ASUNTOS SOCIALES.- 1.257 MILL EMPLEO, MUJER E INMIGRACION.- 682 MILL	7.12 % DEL TOTAL
	HABITANTES (2010) 6.489.680	GASTO POR HABITANTE 194 €/HAB.
2010	TOTAL.- 17.887 MILLONES	GASTO SOCIAL 79.18% (dato oficial)
	ASUNTOS SOCIALES 1.288 MILLONES EMPLEO Y MUJER 602 MILLONES INMIGRACION Y COOPERACION 80 MILLONE	7.20 % DEL TOTAL
	HABITANTES (2009) 6.360.241	GASTO POR HABITANTE 202.5 €/HAB



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

Nº	DENOMINACION PROGRAMA	2013	2012	JUNIO 2012	2011	2010
900	DIRECCION Y GESTION ADMINISTRATIVA	337.505.712	364.342.582	-560.848	368.732.670	398.870.052
901	SERVICIOS SOCIALES (SALUD MENTAL)	67.235.027	71.689.888	-343.686	70.448.247	67.426.191
902	ATENCION BASICA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD	11.656.404	13.172.396	-308.000	13.289.627	14.089.256
903	ATENCION ESPECIALIZADA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD	187.803.471	205.205.383	-410.691	201.568.834	201.544.889
904	ATENCION A PERSONAS MAYORES	275.431.926	305.050.309	-3.579.999	302.924.266	306.460.818
906	VOLUNTARIADO Y PROMOCION SOCIAL (RED BASICA ATENCION PRIMARIA)	848.895	34.740.676		100.877.807	107.106.272
907	LUCHA CONTRA LA EXCLUSION SOCIAL	85.181.527	58.486.557	-671.865	55.511.709	55.611.167
908	COORDINACION DEPENDENCIA	206.087.559	190.162.118		111.775.033	99.465.560
909	FAMILIA		5.507.323		5.860.759	6.872.917
915	PROMOCION E IGUALDAD DE LA MUJER	22.705.132	14.127.804	-375.000	16.389.165	20.983.398
916	ACCIONES CONTRA LA VIOLENCIA DE GENERO		13.084.562	-124.152	13.855.658	15.890.445
917	INMIGRACION	10.689.214	16.771.100	-25.000		
918	COOPERACION	7.847.501	26.135.318	-1974.713	57.534.299	73.639.033
930	DIRECCION Y COORDINACION SERVICIO REGIONAL BIENESTAR SOCIAL	30.165.264	39.816.427	-1584.364	41.863.280	50.769.179
931	ATENCION PERSONAS MAYORES, RESIDENCIAS Y CENTROS DE DIA	156.342.712	159.494.852	-190.096	160.894.177	168.568.069
932	ATENCION PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSIQUICA EN CENTROS	45.164.311	46.478.343		47.200.749	49.433.378
933	COMEDORES	2.276.963	2.330.820	-615	2.351.017	2.542.529
934	CENTROS MAYORES	12.147.226	13.018.340	-3.532	13.560.364	13.368.818
940	IMMF	105.166.375	105.711.006	-326.750	109.333.769	114.941.582



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

ORGANISMOS AUTÓNOMOS ADMINISTRATIVOS EUROS

	2013	2012	2011	2010
Servicio Regional de Bienestar Social	246.096.475	261.138.782	265.869.587	284.681.973
Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor	41.989.384	49.997.930 - 326.750	52.410.834	57.936.743
Instituto Madrileño del Menor y la Familia	105.166.375	105.711.006	109.333.769	114.941.582
Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid	38.775.197	45.982.163	50.156.271	55.578.441
Madrid 112	13.130.156	14.887.958 - 331.387	15.122.171	16.305.873

ORGANISMOS AUTÓNOMOS MERCANTILES EUROS

	2013	2012	2011	2010
Instituto de la Vivienda de Madrid	270.908.658	293.197.826 - 5.481.481	309.707.324	335.636.182

ENTES PÚBLICOS CUYA NORMATIVA ESPECÍFICA CONFIERE CARÁCTER LIMITATIVO A LOS CRÉDITOS DE SU PRESUPUESTO DE GASTOS EUROS

	2013	2012	2011	2010
Agencia Madrileña para la Emigración	-	1.084.340	1.251.491	1.516.503

RESTANTES ENTES PÚBLICOS EUROS

	2013	2012	2011	2010
Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid			200.687	297.301
Consejo de la Juventud de la Comunidad de Madrid			165.361	182.972
Agencia Madrileña para la Tutela de Adultos	4.350.000	4.742.811 - 75.000	4.184.235	4.425.000
Instituto de Reajamamiento e Integración Social	13.040.159	18.322.315 - 3.621.865 (20%)	20.607.879	23.717.738

- Color naranja en el presupuesto por programas indican que en los años 2011 y 2010 las áreas de empleo, mujer, inmigración y cooperación pertenecían a la Consejería de Empleo y Mujer y a la Consejería de Inmigración y Cooperación, respectivamente, siendo absorbidas por la Consejería de Familia y Asuntos sociales en el 2012.
- Los cuadros comparativos son de elaboración propia con los datos oficiales editados por la Comunidad de Madrid y recogidos en su página Web, se han elegido los Presupuestos por Programas que se repiten anualmente y nos permiten valorar la evolución en este margen de años del 2010 al 2013. En el 2012 se recogen también los datos de las cantidades que fueron recortadas del presupuesto anual en el mes de junio.



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

3.- PERSONAL

La Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid del 2003 determina que al acceder al Sistema Público de Servicios Sociales a cada persona se le asignará un profesional de referencia, que será un trabajador social en el nivel de atención social primaria, siendo éste el encargado de canalizar los distintos apoyos que precise cada persona, asegurando la globalidad e integridad de las intervenciones.

La Comunidad de Madrid editó su última Memoria Anual en el año 2007 donde se incluye el número de personal de la Red Básica de Atención Primaria y el Ayuntamiento de Madrid también la incluye en su Plan de Atención Primaria 2008-11.

MEMORIA 2007 ASP	RESTO COMUNIDAD MADRID	AYUNTAMIENTO MADRID 31 DIC 2007
TRABAJADORES SOCIALES	460	477
EDUCADORES	93	575
MEDIADORES	26	
PERSONAL ADMINISTRATIVO	252	
PERSONAL DIRECTIVO/COORDINADOR	95	
APOYO TECNICO (PSICOLOGOS, SOCIOLOGOS ETC)	61	
TOTAL	987	1.052

Según la Memoria del Plan Concertado 2010 la Comunidad de Madrid tenía 978 trabajadores en plantilla, excluyendo los del Ayuntamiento de Madrid al no ser financiado dicho personal por el Plan Concertado, de ellos 12,27% es funcionario, 6% Interino, 27% con contrato laboral fijo y contrato eventual 29%.

TRABAJADORES SOCIALES	463
EDUCADORES	88
MEDIADORES	27
PERSONAL ADMINISTRATIVO	244
PERSONAL DIRECTIVO/COORDINADOR	96
APOYO TECNICO (PSICOLOGOS, SOCIOLOGOS ETC)	60
TOTAL	978

No existen datos actualizados sobre la plantilla de trabajadores en el sistema de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, ya que los datos más recientes son de la Memoria Anual del año 2010, cuando se han empezado las políticas de reducción de plantillas en las administraciones públicas y reducción del gasto en personal sobre todo laboral y eventual.



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

4.- MUNICIPIOS Y CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES

En la Comunidad de Madrid existen 179 municipios con una distribución poblacional muy desigual. La mitad de la población reside en el Ayuntamiento de Madrid, el resto se reparte entre 31 municipios de más de 20.000 habitantes, 47 municipios hasta 5.000 habitantes y 101 municipios con menos de 5.000 habitantes.

Comunidad de Madrid. Configuración por población.

POBLACION	NUMERO MUNICIPIOS	SUBTOTAL Y TOTAL
+500.000	1	
205.000/100.000	9	
99.000/50.000	10	
49.000/20.000	12	31 (+ 20.000 HAB.)
19.900/10.000	16	
9.900/5.000	31	47 (20.000 - 5.000 HAB.)
4.900/2.000	35	
1.900/1.000	18	
900/500	20	
499/200	12	
- 200	16	101 (- 5.000 HAB.)
TOTAL	179	

4.1.- Mancomunidades

En la Comunidad de Madrid existen 52 mancomunidades para compartir competencias, de ellas 16 son mancomunidades para la prestación de Servicios Sociales y mantienen Centros de Servicios Sociales de Atención Primaria. Actualmente engloban a 135 municipios de los 179 existentes, es decir, el 75.4% de los municipios de la Comunidad Madrid están mancomunados para la prestación de Servicios Sociales.

Todas las mancomunidades, incluyendo cualquier tipo de servicio, implican a 160 municipios, que suponen casi 89% del total que comparten competencias para una ejecución más eficaz. Estas mancomunidades, según el Anteproyecto de Administración Local, tienen tres meses para demostrar a través de un informe financiero su sostenibilidad económica para poder seguir prestando las competencias actuales.

4.2.- Municipios inferiores a 5.000 habitantes

En la Comunidad de Madrid hay 101 municipios con menos de 5.000 habitantes que según el anteproyecto solo hay dos caminos la extinción o la absorción de las competencias. Representan casi el 60% de la totalidad de municipios existentes, geográficamente en la periferia de la comunidad y en las zonas limítrofes, las más alejadas. La centralización de las competencias impediría el acceso a las prestaciones aquellas personas con mayor dificultad social.



4.3.- Ayuntamiento de Madrid

El Ayuntamiento de Madrid mantenía actualmente competencias amparada en la Ley de Capitalidad, el anteproyecto presenta modificaciones en el articulado anterior que alteran la distribución de competencias entre las administraciones municipal y la autonómica sobre todo con el principio de no duplicidad. Ahora en la actualidad la administración autonómica no puede absorber los recursos municipales madrileños por el elevado coste que ello le supondría.

CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES

Los Centros de Servicios Sociales de Atención Primaria son la puerta de entrada al sistema y debemos seguir defendiéndola como tal, de esa manera la prestación de información, orientación y acompañamiento social estará garantizada.

Ahora habría que recordar, aunque con diferencias según la demografía y el nivel de rentas de los distintos municipios y distritos de Madrid, que se esta atendiendo en un centro:

- El 60% de la atención corresponde al colectivo de mayores y discapacidad principalmente para la gestión de la Dependencia y los recursos específicos municipales. Los servicios municipales están congelados actualmente, las revisiones de dependencia tardan ocho meses y no existen o muy restringidos protocolos de urgencia.
- Atención a personas mayores y con discapacidad en situaciones de riesgo o vulnerabilidad por diversas causas.
- Intervención en procesos de Incapacitación judicial de adultos.
- Gestión y seguimiento de la Renta Mínima de Inserción, tardan en su valoración un año, el ayuntamiento puede sostener tres meses la situación con el pago de alquiler y suministros, se aceleran los procesos de exclusión social y los desahucios.
- Responde a todas las emergencias sociales en su horario laboral.
- Gestión de la derivación de los recursos de alojamiento para distintos colectivos, que actualmente con la falta de financiación están todos completos.
- Ayudas económicas de emergencia y/o especial necesidad, que fueron analizadas por una Comisión en el propio Colegio para concluir: el recorte del 40% en el año 2012, la desigualdad en las condiciones de acceso y las diferencias entre municipios. Actualmente estas ayudas están sustituyendo las becas de comedor y de libros en aquellos casos para asegurar el alimento a los menores.
- Familias derivadas por los Servicios de Violencia Domestica cuando existen menores en la unidad familiar, para la intervención y seguimiento.
- Familias en situación de dificultad social.
- Familias en situación de escasos ingresos económicos que no les permiten cubrir sus necesidades básicas y de alojamiento.
- Epicentro del Sistema de Protección de Menores para valoración, intervención y seguimiento de las familias con menores en situación de riesgo grave, respondiendo a las demandas del IMMF, Fiscalía de Menores, Samur, ARRMJ, Policía y Juzgados.
- Proyectos comunitarios de prevención y reinserción social.

En el cuadro se señalan el número de centros en la comunidad autónoma según Memoria Anual del 2007 y los datos actuales del 2013.

MEMORIA 2007 DATOS 2013	AYUNTAMIENTO MADRID	RESTO COMUNIDAD MADRID	TOTAL
CENTRO SERVICIOS SOCIALES	31 (2007) 35 (2013)	47 (2007) 64 (2013)	74 (2007) 99 (2013)



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

Según la Memoria del Plan Concertado 2010 la Comunidad de Madrid tenía:

Nº UNIDADES TRABAJO SOCIAL	POBLACION/Nº UTS
480	13.065,91

CONVENIOS

La colaboración entre la administración autonómica y local se realiza a través de los convenios anuales entre las entidades, en donde se canaliza la financiación para el mantenimiento de la red básica de atención y los programas de prevención e inserción social. Estos convenios incluían una financiación de la Red de Servicios Sociales y sus programas por parte de la CM en una participación comprendida entre el 85 y el 50% de la Autonomía, siendo el resto aportado por cada ayuntamiento.

En el año 2013 estos convenios han sido recortados un 30%, siempre tenían incorporados en los años anteriores unas condiciones respecto a los profesionales y estructura de los centros de servicios sociales, además de un diseño de los programas de prevención y promoción social ha desarrollado en los municipios junto con el seguimiento y evaluación de los mismos, en este año no se mantiene y recaerá en los municipios la voluntad de seguir manteniendo los servicios y la estructura de los centros de la red básica, el primer ejemplo ha sido el municipio de Galapagar que ha promovido la privatización de la red junto con los programas.

Por otra parte los convenios se firman con la D.G. Coordinación de la Dependencia y se aumenta la responsabilidad a los Ayuntamientos en la gestión de la Dependencia al tener que hacer las valoraciones de grado y el seguimiento de los PIAS desde los centros de servicios sociales. Propuesta que sería aplaudida por la profesión que siempre afirmó que se debía tener en cuenta la red básica en la implantación de la Ley y que las CCAA que han seguido este modelo han tenido mejores resultados en su implementación, pero para ello también sería necesario reforzar las plantillas.

La falta de una normativa aplicable igual a todos los convenios firmados con los municipios, la publicación inmediata de los mismos y la transparencia en toda la actividad de las administraciones públicas sería imprescindible y primer paso para una adecuada planificación presupuestaria.

EJEMPLO CONVENIO VILLALBILLA 2013:

ANEXO 1.- La financiación se reparte entre la CCAA y el ayuntamiento con una proporción que oscila según entidades, para el municipio de Villalbilla el 66% CM y 34% ayuntamiento. En este anexo se incluye la financiación de la gestión del personal y mantenimiento de los siguientes servicios:

1. Información, valoración y orientación
2. Acompañamiento e intervención social
3. Información para el reconocimiento situación dependencia.
4. Tramitación solicitud reconocimiento situación dependencia
5. Tramitación solicitud revisión grado dependencia
6. Valoración de la situación de dependencia inicial y revisión de agravamiento.
7. Tramitación solicitud revisión PIA.

ANEXO 2.- Las aportaciones en este anexo son al 50% cada entidad e incluyen la financiación de los siguientes Programas:

1. Programas de atención domiciliaria.- Ayuda a Domicilio y Teleasistencia.
2. Programa de emergencia social.
3. Programa de Prevención, inserción y promoción social
4. Programa de atención al menor.


INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

	MEMORIA 2007 ASP	PRESUPUESTO 2013
NUMERO CONVENIOS	47	54

La Comunidad de Madrid cuenta con realidades territoriales y de poblaciones muy diversas, hay 16 mancomunidades de Servicios Sociales que agrupan a 135 municipios, el resto funciona de manera independiente. A su vez, la Comunidad de Madrid los agrupa en 5 áreas, que son las que formalmente deben garantizar la compensación territorial de los Servicios Sociales y sirven de referencia para el establecimiento de redes completas de Servicios Sociales.

Esta estructura de la Red Básica de Atención Primaria del Sistema de Servicios Sociales desarrollada en los últimos 30 años esta amenazada en los últimos años por la reducción presupuestaria del Plan Concertado de Servicios Sociales por parte de la administración central y de la administración autonómica que no ha realizado en la Comunidad de Madrid el aumento de la inversión necesaria ante la elevación de las problemáticas sociales.

Si partimos de la precaria situación existente, el nuevo reparto de competencia que propone el anteproyecto, puede llevar, si no se dota de medios, personal y presupuesto suficiente, al vaciado de contenido, al desmantelamiento e incluso a que sea el sector lucrativo el que ofrezca en el mercado respuesta a las necesidades sociales.

El Sistema Público de Servicios Sociales se está resquebrajando y parece que no va a ser este anteproyecto el que pueda dar soluciones para garantizar los principios de igualdad de los ciudadanos para el acceso a los recursos sociales.



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

5.- PRESTACIONES BÁSICAS Y RECURSOS

El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en los presupuestos del Gobierno para el año 2013 ha tenido un recorte del 40%, 20 millones de euros menos para que los municipios atiendan las necesidades sociales más básicas de las personas y familias más vulnerables, con la perspectiva que para el año 2014 no haya financiación. Con el Plan se apoya el desarrollo de:

- 1) Los centros de servicios sociales.
- 2) Equipamientos complementarios.
- 3) Albergues y centros de acogida.
- 4) Las prestaciones básicas: información y orientación, apoyo unidad convivencial y ayuda a domicilio, alojamientos alternativos, actividades de prevención e inserción social, ayudas económicas y cooperación social.

Esta disminución del presupuesto significa que el gobierno deja de financiar el sistema de servicios sociales y deja el peso del gasto en las arcas de las comunidades autónomas y los municipios, estando estas administraciones sujetas también al ajuste del déficit, prácticamente propugna un desmantelamiento a mínimos del sistema actual.

Según la Memoria del Plan Concertado 2010 la Comunidad de Madrid tenía los siguientes datos de atención y tipos de demanda respecto a las cuatro prestaciones básicas. **Se habría respondido a 1.085.508 demandas de atención.**

2009 PRESTACIONES	DEMANDA Nº USUARIOS	% POBLACION 6.271.638
INFORMACION Y VALORACION	766.560	12,2%
AYUDA A DOMICILIO Y OTROS APOYOS A LA UNIDAD DE CONVIVENCIA	212.652	3,38%
ALOJAMIENTO ALTERNATIVO	4.504	0,06%
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN E INSERCIÓN SOCIAL	59.645	0,94%
AYUDAS ECONÓMICAS	41.147	0,65%
COOPERACION SOCIAL Y FOMENTO DE LA SOLIDARIDAD		

RECURSOS

El desarrollo del Sistema de Servicios Sociales ha tenido un reflejo importante en el crecimiento de las prestaciones y servicios junto con los recursos hasta el año 2010, los datos están recogidos de varias fuentes institucionales ya que la Comunidad de Madrid editó su última Memoria en el año 2007, sin poderse conocer la evolución del sistema cuando se ha comenzado a efectuar los importantes recortes presupuestarios y así ofrecer la situación real de centros y plazas en estos momentos.

En el siguiente cuadro (elaboración propia) se recogen la evolución de algunos de los recursos de la red de servicios sociales:


INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

	(1) MEMORIA ANUAL 2007	2010/11
TELEASISTENCIA	21.836 usuarios	125.673 (2) 160.128 (6) (2011)
SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO	22.015 usuarios	76.003 (2) 72.891 (6) (2011)
RESIDENCIAS	207 22.126 plazas	24.935 (2) 24.659 (6) (2011)
CENTROS DE DIA	111 3.485 plazas	118 (6) 8.472 (2) 8.493 (6) (2011)
CENTROS DE ATENCION TEMPRANA	2.082 plazas	30 centros (3) 2.368 plazas
CENTROS DE DISCAPACIDAD	137 4811 plazas	(4) 12.954 plazas
CENTROS DIA DISCAPACIDAD INTELCTUAL	1.101 plazas	1.695 plazas (4)
CENTROS DIA DISCAPACIDAD FISICA	714 plazas	566 plazas (4)
CENTROS DE BASE	9	9 (4)
CENTROS RESIDENCIALES MENORES CON DISCAPACIDAD	14	7 (4) 86 plazas
CENTROS MAYORES	32 307.611 socios	116 (2) 597.756 socios
CENTROS OCUPACIONALES	76 5.524 plazas	79 (4) 5.602 plazas
RMI	8.681 familias 74 proyectos	16.499 (2011)
TUTOR ADULTOS	2.360 personas	4.000 (2012)
AYUDAS ECONOMICAS PUNTUALES	61.688	
PNC INVALIDEZ	16.228	13.204 (2)
PNC JUBILACION	17.227	19.727 (2)
CENTRO EMERGENCIA SOCIAL	7.402 llamadas	
UNIDADES MOVILES DE EMERGENCIA	2.001 intervención	
CENTROS MATERNALES	2.509 personas	
PUNTOS DE ENCUENTRO	9	2 (2013)
CENTRO RESIDENCIALES MENORES	1.644	103 (información Consejería en prensa 19/04/2011)
MENORES CON MEDIDAS DE PROTECCION	4.506	4.600 (información Consejería en prensa 19/04/2011)

Las fuentes utilizadas son:

(1) Memoria Anual del 2007

(2) Informe 2010: Las personas mayores en España IMSERSO

(3) Informe memoria sobre centros de atención temprana del IMMF 2011

(4) III Plan Personas con Discapacidad 2012-2015. Datos 2011

(5) Memoria RMI 2011 Comunidad de Madrid

(6) Espacio Mayores.- Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. 31 DIC 2011



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

El Plan Concertado ha permitido el desarrollo del Sistema de Servicios Sociales con un compromiso de las tres administraciones públicas, se debe de mantener la responsabilidad de la Administración Central en la financiación de la red básica de atención y asegurar que toda la población española pueda acceder en las mínimas condiciones de igualdad a las cuatro prestaciones básicas, con un adecuado apoyo desde las Comunidades autónomas y las entidades locales en sus respectivas competencias, sin olvidar que son los municipios los mas cercanos a la ciudadanía y las necesidades.

6.- DEPENDENCIA

El nuevo Real Decreto del 14 de julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, que ha incluido un título III de medidas de racionalización del sistema de dependencia con la modificación de la Ley 39/2006 Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, cuyas medidas adoptadas suponen la práctica destrucción del sistema de atenciones y el retroceso de los derechos de las personas en situación de dependencia y de sus familias.

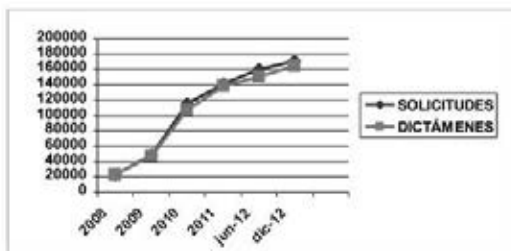
Se aboca al sistema a una paulatina muerte por la falta de financiación del Estado, por la imposibilidad de sostenibilidad de las CCAA por la obligación del control de sus gastos y el déficit, además por las exhaustas arcas de las entidades municipales.

Todas las medidas van dirigidas a una mayor limitación de los derechos subjetivos de la ley, los servicios y prestaciones no cubrirán ni las necesidades de las personas dependientes ni tampoco de sus principales cuidadores, a un peso mayor del copago cuya repercusión en los ingresos de la administración será mínimo debido a las pensiones medias de los españoles y sobre todo de las viudas españolas.

La situación de riesgo de los mayores que viven solos y discapacitados en la Comunidad de Madrid aumentara por la imposibilidad de cubrir sus necesidades básicas debido a las incompatibilidades de los servicios, abandonando a su suerte aquéllos que no tengan un buen apoyo familiar.

La Administración comunitaria todavía no ha realizado ninguna normativa que aclare cuales medidas y como serán aplicadas en el territorio de la comunidad, dejando a los ciudadanos y profesionales en una situación de incertidumbre.

El desarrollo e implementación de la Ley en la Comunidad de Madrid ha tenido una evolución muy determinada como muestran el cuadro de seguimiento de los datos del SAAD del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, primero que el modelo que se adopto en un primer momento no fue teniendo en cuenta la red Básica de Atención Primaria ni sus profesionales, realizándose una fuerte centralización en el procedimiento administrativo y el control de la concesión de prestaciones a través de los PIAs.



Los números de solicitudes y dictámenes siempre han estado por debajo de la media nacional, aunque han tenido una progresión nunca han superado ese porcentaje durante estos seis años.

TABLA 1: nº de solicitudes y nº de dictámenes realizados en la Comunidad de Madrid



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

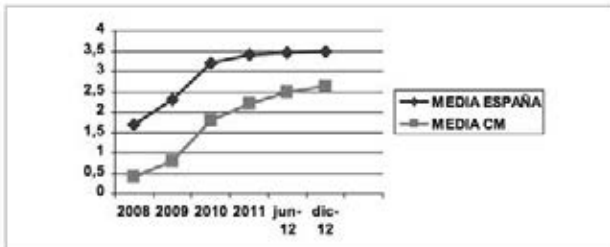


TABLA 2: Media de solicitudes (%) sobre el total de habitantes de la CM

Durante los tres primeros años las personas valoradas con Grado III fueron el mayor número, pero se ha ralentizado siendo en los años 2010, 2011 y 2012 de prácticamente 1.000 por año. Sin embargo las personas con Grado II han tenido una progresión numérica superior, igualándose ambos grados en cantidad a diciembre 2012. La evolución del Grado I ha sido decreciente desde el año 2010, encontrándose en cantidades inferiores a diciembre del 2012.

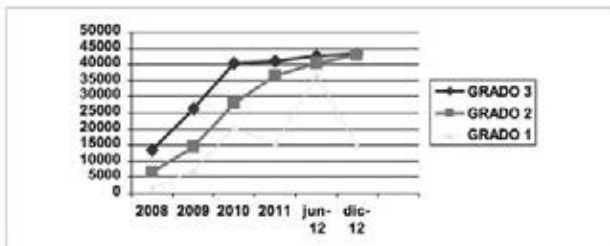
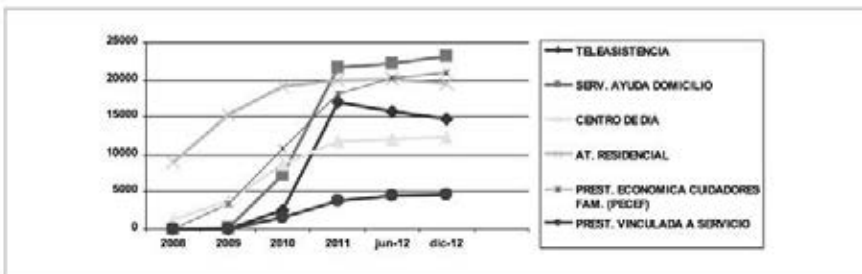


TABLA 3: Evolución del número de dependientes reconocidos según su grado

Los datos relativos a la concesión de las prestaciones durante estos seis años nos muestran una clara elección por la atención residencial hasta diciembre 2010, para después sufrir ligeras subidas hasta el retroceso en el año 2012 de 550 plazas menos adjudicadas. La misma progresión ha tenido la prestación de centro de día aunque con ligera subida en el último año 2012.

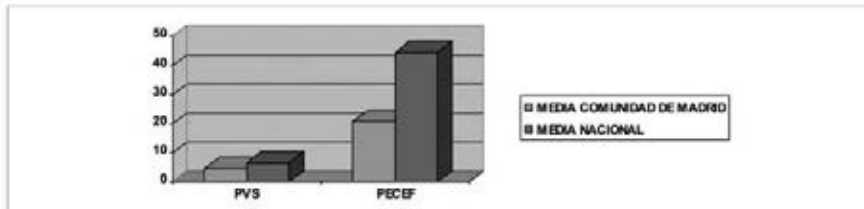


El Servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia a penas tuvo repercusión en los dos primeros años, con una subida en los años 2010 y 2011, y durante el año 2012 una ligera subida del SAD y un fuerte frenazo en la prestación del TAD.



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

Respecto a las prestaciones económicas siempre hemos estado por debajo de la media en la PECEF, cuando el resto de las comunidades representaban casi el 50% de las prestaciones y se discutía la polémica sobre la excepcionalidad de la misma sobre los servicios. En el año 2012 se alcanzan 20.870 prestaciones con el 20,74% sobre el total, siendo la media nacional de 44.56%. La PVS ha tenido una progresión hasta alcanzar 4.632 en el año 2012, que representa el 4,60% siendo la media nacional 6,66%. En estos momentos se tarda un año en la Comunidad de Madrid en recibir la prestación económica con el perjuicio que lleva para las familias.



La Comunidad de Madrid valoro preferentemente en los primeros años a las personas que ya se encontraban en las residencias y centros de día de titularidad autonómica, siendo los municipios los que sostenían en su organización y financiación el resto de los servicios de SAD y TAD, llegando a la situación actual de las dificultades económicas para mantener estas prestaciones que tienen algunos municipios madrileños. De manera global se esta produciendo una disminución en los beneficiarios de los servicios al ser mas el numero de fallecimientos que el de nuevas altas que se realizan.

Lo que se ha llamado limbo de la dependencia aquellas personas con los dictámenes pero sin beneficiarse de las prestaciones asignadas en sus PIAs en la Comunidad de Madrid son 20.064 personas a 1 de diciembre 2012.

Actualmente y después de las Medidas de racionalización del sistema de dependencia de julio del 2012, la Comunidad de Madrid no ha elaborado ninguna normativa que especifique como se van aplicar estas modificaciones de la Ley en la Comunidad, lo que provoca por una parte indefensión en las personas dependientes e incertidumbre en los/as profesionales tanto de la administración autonómica como de la Red Básica de Servicios Sociales.

Es imprescindible un desarrollo reglamentario que aclare los criterios y haga un efecto de transparencia en todos los procedimientos de tramitación y acceso a los servicios y prestaciones del sistema de la dependencia en la Comunidad de Madrid.

* Los siguientes cuadros son de elaboración propia con los datos del SAAD que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publica mensualmente, se han elegido los referidos a los meses de diciembre de cada año para poder valorar la evolución de los parámetros


INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

ESTUDIO ESTADÍSTICO DEPENDENCIA COMUNIDAD DE MADRID DATOS SAAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID							
CM	ESTADÍSTICAS DEL MINISTERIO SAAD	1 DIC.2008	1 DIC.2009	1 DIC.2010	1 DIC.2011	1JUN.2012	1 DIC.2012
	POBLACION DE LA COMUNIDAD	6.251.876	6.360.241	6.445.499	6.481.514	13.75% 6.489.680	13.75% 6.489.680
1	SOLICITUDES	22.690	48.422	115.623	141.935	160.839	171.969
2	% SOBRE EL TOTAL DE SOLICITUDES	3,3%	4,5%	7,8%	8,9%	9,86%	10,49%
3	% SOBRE EL TOTAL DE HABITANTES DE LA CCAA	0,4% MEDIA 1,7	0,8% MEDIA 2,3	1,8% MEDIA 3,2	2,2% M 3,4%	2,48% M 3,46%	2,65% M 3,48%
4	DICTAMENES	22.680	47.783	107.445	138.225	151.110	164.827 2,54% M 3,26%
5	% SOBRE LAS SOLICITUDES	100%	98,7%	92,9%	97,4%	93,95%	95,85% M 93,82%
6	GRADO III Y % SOBRE LOS DICTAMENES	13.394 59,1%	26.196 54,8%	40.288 37,5%	41.155 29,8%	42.504 28,13%	43.189 26,20% M 26,05%
7	GRADO II Y % SOBRE LOS DICTAMENES	6.602 29,1%	14.572 30,5%	27.877 25,9%	36.443 26,4%	40.379 26,72%	42.988 26,08% M 29,90%
8	GRADO I	1.684	7.012	20.097	15.344 11,1%	36.578	15.055 9,13% M 9,12%
9	SIN GRADO	0	3	19.183	27.959	31.649 20,94%	37.863 22,97% M 17,27%
	RESTO DICTAMENES Y % SOBRE LOS DICTAMENES				45.283 32,8%		
10	TOTAL PERSONAS BENEFICIARIAS CON DERECHO A PRESTACIÓN Y % SOBRE DICTAMENES	19.996 88,2%	40.768 85,3%	68.165 63,4%	92.942 67,2%	98.386 65,11%	101.232 61,42% M 65,07%
PRESTACIONES/SERVICIOS RECONOCIDOS							
11	PREVENCIÓN	0 0%	0 0%	5.350	5.138	5.668 5,64%	5.324 5,29% M 2,17%
12	TELEASISTENCIA	0 0%	9 0%	2.467 3%	17.011 14%	15.770 15,69%	14.750 14,66% M 13,52%
13	SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO	0 0%	74 0%	7.292 8%	21.593 18%	22.253 22,13%	23.156 23,01% M 13,00%
14	CENTRO DIURNO/NOCTURNO	1.279 10,4%	3.819 14,0%	8.773 19,7%	11.829 20,4%	12.091 12,03%	12.333 12,25% M 6,84%



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

15	ATENCIÓN RESIDENCIAL	9.037 15,6%	15.335 16%	19.135 14,8%	20.001 16,4%	20.131 20,02%	19.550 19,43% M 13,11%
16	PRESTACION ECONOMICA VINCULADA AL SERVICIO	0 0%	20 0%	1.546 3%	3.775 6%	4.437 4,41%	4.632 4,60% M 6,66%
17	PRESTACION ECONOMICA DE CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR	0 0%	3.347 1%	10.810 3%	18.110 4%	20.163 20,06%	20.870 20,74% M 44,56%
18	ASISTENTE PERSONAL	0 0%	0 0%	23 3%	25 3%	25 0,02%	25 0,02% M 0,13%
	PRESTACIONES SIN ESPECIFICAR	9.680 5,19%					
19	TOTAL PRESTACIONES Y %	19.996 4,7%	22.604 4%	55.396 7%	97.482 11%	100.538	100.640
20	PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES Y %		22.530 4,86%	45.910 7,10%	76.674	79.779	81.168
21	RATIO PRESTACIONES/PERSONAS BENEFICIARIAS	MEDIA	1,00%	1,21% 1,19%	1,27% 1,24%	1,26% - 1,24%	1,24% 1,26%
22	% SOBRE EL TOTAL DE PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES		4,9%	7,0%	10,3%		
23	% SOBRE TOTAL DE LA POBLACION DE LA CCAA	MEDIA	0,4% 1	0,7% 1,4%	1,2% 1,24%	1,23% 1,61%	1,25% 1,63%

6	GRADO III DIC 2012	NIVEL 2	16.890	10,25%	M 9,83%
		NIVEL 1	24.322	14,76%	15,66%
		GRADO III	1.977	1,20%	0,55%
7	GRADO II DIC 2012	NIVEL 2	18.273	1,09%	M 11,68%
		NIVEL 1	22.489	13,64%	17,52%
		GRADO II	2.226	1,35%	0,70%
8	GRADO I DIC 2012	NIVEL 2	17.415	10,57%	M 10,56%
		NIVEL 1	20.595	12,49%	15,06%
		GRADO I	2.777	1,68%	1,16%



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

7.- NUMERO USUARIOS

La dificultad más importante para hacer el necesario análisis, es que La Comunidad de Madrid editó su última Memoria Anual en el año 2007 donde se incluye el número ciudadanos atendidos en la Red Básica de Atención Primaria y el Ayuntamiento de Madrid también incluye este dato en su Plan de Atención Primaria 2008-11.

MEMORIA 2007	AYUNTAMIENTO MADRID 31 DIC 2007	RESTO COMUNIDAD MADRID	TOTAL
NUMERO CIUDADANOS ATENDIDOS	383.487	605.901	989.388
% POBLACION	12%	20%	16%

La subida de la demanda en estos últimos años ha sido muy importante debido al empobrecimiento en las familias madrileñas que ha provocado la crisis económica, con un aumento de solicitudes de la Renta Mínima de Inserción, de las ayudas económicas y de información y seguimiento de las situaciones de dependencia.

También hay que apuntar en un aumento de las peticiones de información por parte del Ministerio Fiscal de situaciones de riesgo de menores, así como de grupos familiares en conflicto ya sea por violencia o por separaciones, llegando a incluir el seguimiento de los servicios sociales en las medidas tomadas por los jueces de familia.

El Sistema Público de Servicios Sociales tiene como principales criterios la universalidad, igualdad y principio de proximidad, la valoración de las necesidades sociales se realiza con las personas y en su comunidad.

La situación actual de crisis con el alto porcentaje de personas desempleadas, ha aumentado las situaciones de pobreza familiar y de vulnerabilidad social.

La respuesta de las administraciones públicas tiene que estar al nivel de la situación para actuar a medio plazo: la previsión es que durante los dos o tres próximos años las situaciones de pobreza y riesgo de exclusión aumentarán, al estar "acabándose" los "colchones" que asumieron los primeros envites de la crisis: ahorros, prestaciones de desempleo, apoyo familiar...

Y a largo plazo: prevenir y no permitir la cronificación de la pobreza en varias décadas.

¹ Estudio de EAPN



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

PROPUESTAS COLEGIO OFICIAL DE TRABAJADORES SOCIALES DE MADRID:

Desde el Colegio se solicita la paralización de la aplicación de este anteproyecto o su reformulación, dado que puede suponer un grave peligro no sólo del propio Sistema Público de Servicios Sociales, sino para la defensa de los derechos sociales de la ciudadanía en general y del principio de cohesión social que el propio sistema garantiza.

Proponemos:

- Respeto a los principios de proximidad y de equidad en la organización territorial de las competencias de las prestaciones de servicios sociales: la municipalidad de la atención es un parámetro de calidad a reforzar, creando los mecanismos de coordinación necesarios. Debe tenerse especial interés en el mantenimiento de las mancomunidades en referencia a este principio.
- Gestión transparente de los convenios entre Comunidad Autónoma y municipios, regulando criterios de calidad y de atención profesional.
- Deben definirse de manera precisa las competencias de la Red Básica de Atención Primaria en las Entidades Locales y enumeración de derechos, prestaciones y servicios básicos, enmarcados en normativas de carácter estatal, evitando duplicidades, pero garantizando recursos, prestaciones y servicios.
- Es fundamental que la financiación actual se garantice, manteniendo prestaciones y servicios del Sistema.
- Debe garantizarse la responsabilidad pública en el Sistema, promoviendo la equidad territorial y el principio de territorialidad, no abriendo la puerta a la privatización de los mismos con el único objetivo de la sostenibilidad financiera defendida en el Anteproyecto de Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local.



ANEXO 1.- NORMATIVA

ANTEPROYECTO DE LEY DE RACIONALIZACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL

Objetivos básicos:

Clarificar las competencias municipales para evitar duplicidades con las competencias de otras Administraciones de forma que se haga efectivo el principio "una Administración una competencia", racionalizar la estructura organizativa de la Administración local de acuerdo con los principios de eficiencia, estabilidad y sostenibilidad financiera, garantizar un control financiero y presupuestario más riguroso y favorecer la iniciativa económica privada evitando intervenciones administrativas desproporcionadas.

Competencias propias:

El artículo 26 queda redactado como sigue:

*1. Los Municipios deberán prestar, en todo caso, los servicios siguientes:

- a.) En todos los Municipios: alumbrado público, cementerio, recogida de residuos, limpieza viaria, abastecimiento domiciliario de agua potable, alcantarillado, acceso a los núcleos de población y pavimentación de las vías públicas.
- b.) En los Municipios con población superior a 5.000 habitantes, además: parque público, biblioteca pública, mercado y tratamiento de residuos.
- c.) En los Municipios con población superior a 20.000 habitantes, además: Protección civil, **evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social**, prevención y extinción de incendios e instalaciones deportivas de uso público.
- d.) En los Municipios con población superior a 50.000 habitantes, además: transporte colectivo urbano de viajeros y medio ambiente urbano.

Competencias impropias:

Las entidades locales solo podrán ejercer **competencias impropias**, entendiendo por éstas las distintas a las competencias propias y a las atribuidas por delegación, así como desarrollar actividades económicas, cuando no se ponga en riesgo financiero la realización de las competencias propias, no haya duplicidades con las competencias autonómicas, y se garantice la sostenibilidad financiera de las nuevas competencias o actividades económicas, respetando en todo caso el principio de eficiencia y el resto de los requerimientos de la legislación de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera. A estos efectos será necesario el informe previo de la Comunidad Autónoma en el que se señale la inexistencia de duplicidades y del interventor de la entidad local sobre la sostenibilidad financiera de las nuevas competencias*

Delegación de competencias de las Comunidades Autónomas:

El artículo 27 queda redactado como sigue:

*1. El Estado y las Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, podrán **delegar en los Municipios** el ejercicio de sus competencias.

2. Con el objeto de evitar duplicidades administrativas, mejorar la transparencia de los servicios públicos y el servicio a la ciudadanía, y en general, contribuir a los procesos de racionalización administrativa, generando un ahorro neto de recursos, la Administración del Estado y las de las Comunidades Autónomas podrán **delegar**, siguiendo criterios homogéneos, en los **Municipios de más de 20.000 habitantes**, entre otras, las siguientes competencias:

- a.) Vigilancia y control de la contaminación ambiental.
- b.) Protección del medio natural.
- c.) **Prestación de los servicios sociales.**
- d.) Conservación o mantenimiento de centros sanitarios asistenciales de titularidad de la Comunidad Autónoma.



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

- e.) Creación, mantenimiento y gestión de las escuelas infantiles de educación de titularidad pública de primer ciclo.
 - f.) Realización de actividades complementarias en los centros docentes.
 - g.) Gestión de instalaciones culturales de titularidad de la Comunidad Autónoma o del Estado, con estricta sujeción al alcance y condiciones que derivan del artículo 149.1.28 de la Constitución Española.
 - h.) Gestión de las instalaciones deportivas de titularidad de la Comunidad Autónoma o del Estado, incluyendo las situadas en los centros docentes cuando se usen fuera del horario lectivo.
 - i.) Inspección y sanción de establecimientos y actividades comerciales.
 - j.) Promoción y gestión turística.
 - k.) Comunicación, autorización, inspección y sanción de los espectáculos públicos.
 - l.) Liquidación y recaudación de tributos propios de la Comunidad Autónoma o del Estado.
 - m.) Inscripción de asociaciones, empresas o entidades en los registros administrativos de la Comunidad Autónoma o de la Administración del Estado.
 - n.) Gestión de oficinas unificadas de información y tramitación administrativa.
5. En cualquier caso, la delegación habrá de ir acompañada en todo caso de la **correspondiente financiación**, para lo cual será necesaria la existencia de dotación presupuestaria adecuada y suficiente en los presupuestos de la Administración delegante para cada ejercicio económico, siendo nula sin dicha dotación.

La cooperación económica, técnica y administrativa

Entre la Administración local y las Administraciones del Estado y de las Comunidades Autónomas, tanto en servicios locales como en asuntos de interés común, se desarrollará con carácter voluntario, bajo las formas y en los términos previstos en las leyes, pudiendo tener lugar, en todo caso, mediante los **consorcios o los convenios** administrativos que suscriban.

Función interventora en las entidades locales:

Para lograr un control económico-presupuestario más riguroso, se refuerza el papel de la **función interventora en las entidades locales** y se habilita al Gobierno para establecer las normas sobre los procedimientos de control, metodología de aplicación, criterios de actuación, así como derechos y deberes en el desarrollo de las funciones de control.

En la línea de garantizar la profesionalidad y la eficacia de las funciones de control interno, la ley también regula parcialmente el régimen de los **funcionarios de administración local con habilitación de carácter nacional** que dependerán funcionalmente del Estado.

Disolución de las mancomunidades de municipios.

1. En el **plazo de tres meses** desde la entrada en vigor de esta Ley, las mancomunidades de municipios deberán presentar sus cuentas ante los organismos correspondientes del Estado y de la Comunidad Autónoma respectiva para no incurrir en causa de disolución. Presentadas sus cuentas se procederá a la evaluación inmediata de los servicios prestados a coste estándar de los servicios por estas entidades.
2. La no presentación de cuentas por las mancomunidades de municipios ante los organismos correspondientes del Estado y de la Comunidad Autónoma respectiva será causa de disolución.

Asunción por las Comunidades Autónomas de las competencias relativas a servicios sociales.

1. Tras la entrada en vigor de esta Ley, la titularidad de las competencias que se preveían como propias del Municipio relativas a la **prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social**, corresponde a las Comunidades Autónomas, que podrán establecer a partir de ese momento las medidas que consideren necesarias para la racionalización del servicio.
2. En el **plazo máximo de un año** desde la entrada en vigor de esta Ley, y previa elaboración de un plan para la evaluación, reestructuración e implantación de los servicios, las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

competencias, habrán de asumir la cobertura inmediata de dicha prestación. La evaluación de las competencias relativas a servicios sociales ejercidas por los Municipios, deberá realizarse mediante una valoración que tome como referencia el coste estándar de los servicios.

3. En todo caso, la gestión por las Comunidades Autónomas de los servicios anteriormente citados no podrá suponer un mayor gasto para el conjunto de las Administraciones públicas.
4. Lo dispuesto en los apartados anteriores se entiende sin perjuicio de la posibilidad de las Comunidades Autónomas de delegar dichas competencias en los Municipios de conformidad con el artículo 27 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local.
5. Transcurrido el período de un año sin que las Comunidades Autónomas hayan asumido el desarrollo de los servicios de su competencia prestados por los Municipios o, en su caso, hayan acordado su delegación, los servicios seguirán prestándose por el municipio a coste estándar con cargo a la Comunidad Autónoma. Si la Comunidad Autónoma no transfiriera las cuantías precisas para ello se procederá a su retención en la forma que se prevea legalmente.

Ayuntamiento Madrid:

A la entrada en vigor de esta Ley quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a o contradigan lo en ella establecido. En particular, quedan derogadas la disposición adicional segunda y la disposición transitoria séptima de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, así como todas aquellas disposiciones contrarias a lo previsto en esta Ley contenidas en la Ley 22/2006, de 4 de julio, de Capitalidad y de Régimen Especial de Madrid, y en la Ley 1/2006, de 13 de marzo, por la que se regula el Régimen Especial del municipio de Barcelona.

ESTATUTO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

El Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid (Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero), recoge como competencias exclusivas en su artículo 26, entre otros:

- 1.23. Promoción y ayuda a la tercera edad, emigrantes, minusválidos y demás grupos sociales necesitados de especial atención, incluida la creación de centros de protección, inserción y rehabilitación.
- 1.24. Protección y tutela de menores y desarrollo de políticas de promoción integral de la juventud.
- 1.25. Promoción de la igualdad respecto a la mujer que garantice su participación libre y eficaz en el desarrollo político, social, económico y cultural.

Así mismo señala en su Artículo 33, que el Derecho propio de la Comunidad de Madrid, constituido por las leyes y normas reguladoras de las materias de competencia plena de la Comunidad Autónoma, es aplicable con preferencia a cualquier otro en el territorio de Madrid.

En todo caso, el Derecho estatal tiene carácter supletorio del Derecho propio de Madrid.

LEY 11/2003, DE 27 DE MARZO, DE SERVICIOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

En ella, cabe destacar los siguientes artículos:

Artículo 6. Ámbito material de aplicación.

La presente Ley se aplicará a los servicios sociales que presten las Administraciones autonómica o local en la Comunidad de Madrid y a las entidades públicas vinculadas a las mismas, así como a las entidades privadas, con o sin ánimo de lucro, que desarrollen actividades de servicios sociales en el territorio de la Comunidad de Madrid.

Artículo 46. Competencias de los Municipios.

1. Los Municipios de la Comunidad de Madrid, por sí solos o asociados en mancomunidades, ejercerán, conforme a lo establecido en los artículos 25 y 26 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, las siguientes competencias:
 - a) Estudio y detección de necesidades sociales en su ámbito territorial.



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

- b) La planificación de los servicios sociales en su ámbito de competencia, de acuerdo con las líneas generales de actuación establecidas por la Administración autonómica.
 - c) El establecimiento de centros y servicios que constituyen el equipamiento propio de la atención social primaria, así como el mantenimiento y la gestión de los mismos.
 - d) La dotación de personal suficiente y adecuado para la prestación de los servicios sociales en el nivel de Atención Social Primaria.
 - e) El desarrollo de las funciones correspondientes al nivel de Atención Social Primaria, señaladas en la Sección I del Capítulo IV del Título I.
 - f) La gestión de los equipamientos para la Atención Social Especializada de titularidad municipal, así como la de aquellos del mismo nivel y de titularidad autonómica que se acuerden, en función del principio de territorialidad y subsidiariedad.
 - g) Concesión de las prestaciones económicas individuales de emergencia social y de ayudas económicas temporales que tengan por objeto la integración personal.
 - h) Fomento de la participación ciudadana en la prevención y resolución de los problemas sociales detectados en su territorio.
 - i) Creación e impulso de los Consejos locales de servicios sociales, regulados en la Sección II del Capítulo V del Título I.
 - j) Colaboración en las funciones de inspección y control de la calidad a las que alude el apartado h del artículo precedente.
 - k) Realización de programas de sensibilización social, de participación ciudadana, promoción del asociacionismo, del voluntariado y de otras formas de ayuda mutua y heteroayuda.
 - l) Las competencias que, en materia de atención a menores, atribuye a las Entidades locales la Ley 6/1995, de 28 de marzo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.
 - m) Cualesquiera otras competencias que se le sean atribuidas por disposición legal o reglamentaria.
2. Corresponderán, asimismo, a las entidades locales aquellas competencias en materia de servicios sociales de titularidad autonómica que se determinen en su momento por las correspondientes disposiciones normativas.
 3. Las corporaciones locales serán consultadas y colaborarán en el diseño y elaboración del Plan Estratégico de Servicios Sociales y de los Planes Sectoriales.

Artículo 29.- Estructura funcional del sistema de servicios sociales:

1. El sistema público de servicios sociales se organiza en dos niveles, correspondientes a la Atención Social Primaria y a la Atención Social Especializada.
2. La relación entre ambos niveles responderá a criterios de complementariedad, de acción coordinada para la consecución de objetivos comunes o de actuación conjunta, con objeto de conseguir la continuidad en los itinerarios prestacionales que deban aplicarse desde los distintos tipos de servicios.

Artículo 30. Atención Social Primaria.

1. La Atención Social Primaria es la estructura dispuesta para el acceso de los ciudadanos al sistema de servicios sociales y a las prestaciones del mismo.
2. Tiene carácter polivalente, al recibir toda la variedad de demandas de atención social y desarrollar respuestas diversas a los problemas planteados.
3. Su carácter es asimismo comunitario, al dar respuesta a las necesidades de atención social de las personas en el propio ambiente donde éstas conviven y se relacionan.
4. El equipamiento básico en el nivel de Atención Social Primaria será el centro municipal de servicios sociales. El conjunto de centros municipales de servicios sociales, con sus equipos profesionales correspondientes, formará la Red Básica de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Artículo 31. Funciones de la Atención Social Primaria.

En el marco de las funciones propias de los servicios sociales, establecidas con carácter general en el Título I de esta Ley, corresponde desarrollar en el nivel de Atención Social Primaria las siguientes:

- a) Detección y análisis de necesidades y demandas, explícitas e implícitas, en su ámbito de intervención.
- b) Diagnóstico y valoración técnica de situaciones, necesidades o problemas individuales o colectivos.



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

- c) Identificación y captación de poblaciones en riesgo para el desarrollo de campañas y acciones de carácter preventivo.
- d) Atención profesional personalizada, que incluye todas las prestaciones de carácter técnico (*), excepto la de protección jurídica y social de los menores en situación de desamparo en el caso de municipios con población inferior a 500.000 habitantes.
- e) Gestión y seguimiento de las prestaciones económicas de emergencia social y ayudas económicas temporales, así como colaboración en la aplicación de la Renta Mínima de Inserción, en los términos que establece la Ley que regula esta prestación, y gestión de cuantas otras prestaciones de naturaleza económica pudieran delegarse.
- f) Gestión de las prestaciones materiales de atención a domicilio, teleasistencia y acogimiento en centros municipales de acogida y la tramitación de solicitudes para el acceso al resto de las prestaciones de carácter material.
- g) Desarrollo de programas comunitarios para la promoción social de individuos y grupos de población, así como para la prevención y detección precoz de situaciones de riesgo.
- h) Desarrollo de programas y actividades para prevenir la exclusión y facilitar la reinserción social.
- i) Fomento de la participación, la solidaridad y de la cooperación social.
- j) Coordinación con el nivel de Atención Social Especializada así como con otros servicios para el bienestar que operen en el mismo territorio, de manera especial con los de salud, educación, cultura y empleo, con el fin de favorecer la atención integral de las personas.

Artículo 16. Prestaciones técnicas.

1. Son prestaciones técnicas los actos profesionales realizados para atender las necesidades planteadas por los usuarios del sistema de servicios sociales.
2. Tendrán la consideración de prestaciones técnicas las siguientes:
 - a) Información de los recursos sociales disponibles, y del derecho de acceso a los mismos, para facilitar la igualdad de oportunidades.
 - b) Valoración individualizada de la situación y de las capacidades de cada persona.
 - c) Orientación hacia los medios más adecuados para responder a las necesidades y demandas planteadas.
 - d) Asesoramiento, apoyo y acompañamiento social a personas o grupos para la superación de situaciones problemáticas.
 - e) Intervención social, o psicológica o sociológica de orientación social, para favorecer la adquisición o recuperación de funciones y habilidades personales y sociales que faciliten la integración y la convivencia social y familiar.
 - f) Protección jurídico-social de las personas con capacidad de obrar limitada que se encuentren en situación de desamparo.
 - g) Cualquier otro acto profesional que se considere necesario para garantizar una adecuada atención social

Artículo 52. Financiación por la Comunidad de Madrid.

1. En el estado de gastos de los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid se incluirán anualmente, con la debida especificación según lo dispuesto en la Ley 9/1990, de 8 de noviembre, reguladora de la Hacienda de la Comunidad de Madrid, los créditos necesarios para atender el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la creación y mantenimiento de los centros y servicios de Atención Social Especializada y de las actividades de servicios sociales que desarrolla la Consejería competente en materia de servicios sociales y los organismos autónomos y demás entes públicos adscritos o dependientes de ella, así como de las prestaciones económicas previstas en esta Ley que deben concederse con cargo a los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma.
2. La Comunidad de Madrid incluirá en sus Presupuestos Generales anuales créditos para la colaboración en el cumplimiento de las funciones de Atención Social Primaria, con objeto de garantizar que todos los ciudadanos de la región reciben un nivel básico de prestaciones sociales. Por lo que se refiere a las funciones de Atención Social Primaria que se regulan en los apartados a, b, c, d, e y j del artículo 31 de la presente Ley, la Comunidad de Madrid colaborará en su financiación cuando aquellas se realicen a través de fórmulas de gestión directa.
3. La Comunidad de Madrid favorecerá en su financiación a las mancomunidades constituidas por municipios de población inferior a 20.000 habitantes para la prestación de los servicios sociales, en virtud de su mejor capaci-



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

dad para responder a las necesidades sociales de la población.

4. En el caso de colaboración de los Entes Locales en planes o programas promovidos por la Comunidad de Madrid, aportando suelos, locales u otros medios, podrá establecerse una financiación adicional en los términos, o a través de las fórmulas que se establezcan. Del mismo modo, la Comunidad de Madrid podrá contribuir a la financiación de programas de actuación especiales propuestos por las Entidades Locales para responder a problemas coyunturales aparecidos en el ámbito local.
5. El supuesto de atribución de competencias de titularidad autonómica a las entidades locales, se transferirán a las mismas los medios materiales, personales y económicos que correspondan, según lo establecido en la respectiva norma reguladora.

Artículo 53. Financiación por las Entidades Locales.

1. Con carácter general, los Ayuntamientos establecerán en sus presupuestos las dotaciones precisas para la financiación de la prestación de aquellos servicios sociales que en cada momento vengán determinados por la legislación vigente.
2. Los municipios con población igual o superior a 20.000 habitantes financiarán los gastos necesarios para la ejecución de las competencias que tienen atribuidas y para el mantenimiento de los equipamientos propios de la Atención Social Primaria, sin perjuicio de la aportación de la Comunidad de Madrid, que se determinará proporcionalmente en función de los niveles básicos de cobertura establecidos.
3. Los municipios con población inferior a 20.000 habitantes, participarán en el gasto derivado del ejercicio de las competencias atribuidas en materia de servicios sociales en el Título II de la presente Ley, en cantidad proporcional a su capacidad presupuestaria.
4. Con independencia del tamaño de su población, los municipios colaborarán en el desarrollo del sistema de servicios sociales aportando, según las distintas modalidades establecidas en Derecho, solares, edificios, pisos y dependencias similares para la construcción e instalación de centros y servicios en los que se dispensen prestaciones de servicios de atención social especializada, sean éstas de titularidad municipal o autonómica.

Otra normativa relacionada:

Ley 2/2003, 11 de marzo, de Administración Local de la Comunidad de Madrid, regula las entidades locales, con especial atención a las mancomunidades de municipios, que en Madrid es una forma habitual de prestación de los Servicios Sociales.

Ley 3/2003, de 11 de marzo, para el desarrollo del Pacto Local, que reconoce la posibilidad de transferencia o delegación a las entidades locales, de entre otros, los servicios sociales. (Art. 2.2.I)

En cuanto al desarrollo de la Ley de Servicios Sociales, ha existido un desarrollo normativo escaso sobre servicios sociales en la CM, únicamente cabe citar los siguientes:

- Decreto 109/1998, de 18 de junio, por el que se actualiza la Zonificación de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, que zonifica en zonas básicas, demarcaciones, distritos y Áreas. En la actualidad La comunidad cuenta con 5 áreas que formalmente son la unidad de planificación "para garantizar la compensación territorial de los Servicios Sociales y sirve de referencia para el establecimiento de redes completas de Servicios Sociales".
- Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

No ha existido desarrollo Reglamentario y el último II Plan Estratégico fue del 2005-2008.

El Anteproyecto de Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración local también entra en conflicto de competencia con las siguientes leyes autonómicas y estatales y legislación europea:



PREÁMBULO DE LA CARTA EUROPEA DE LA AUTONOMÍA LOCAL:

Conscientes de que la defensa y el fortalecimiento de la autonomía local en los diferentes países de Europa representan una contribución esencial en la construcción de una Europa basada en los principios de democracia y descentralización del poder. Afirmando que esto supone la existencia de Entidades locales dotadas de órganos de decisión democráticamente constituidos que se benefician de una amplia autonomía en cuanto a las competencias, a las modalidades de ejercicio de estas últimas y a los medios necesarios para el cumplimiento de su misión.

Art. 3º 1. Por autonomía local se entiende el derecho y la capacidad efectiva de las Entidades locales de ordenar y gestionar una parte importante de los asuntos públicos, en el marco de la Ley, bajo su propia responsabilidad y en beneficio de sus habitantes.

LEY 6/1995 DE GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Artículo 50

1. La protección social de los menores que se encuentren en situaciones de riesgo social corresponde al Sistema Público de Servicios Sociales, para lo cual desde la Red de Servicios Sociales Generales se desarrollarán las actividades de prevención, atención y reinserción que sean necesarias, encuadradas en los programas correspondientes.
2. Las Administraciones Municipales, en función de las necesidades detectadas entre su población, crearán Servicios Sociales Especializados de Atención a la Infancia que refuercen y den cobertura a los Servicios Sociales Generales.
3. En todo caso será responsabilidad de la Comunidad Autónoma la planificación, supervisión y coordinación de la Red de Atención a la Infancia integrada en el Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

En el Capítulo IV referente a las Corporaciones locales en el Artículo 81 especifica los siguientes Principios generales:

1. A las corporaciones locales, como entidades administrativas más próximas a los ciudadanos y en virtud de sus competencias legales, les corresponde asumir la responsabilidad más inmediata sobre el bienestar de la infancia y adolescencia y la promoción de cuantas acciones favorezcan el desarrollo de la comunidad local y muy especialmente de sus miembros más jóvenes procurando garantizarles el ejercicio de sus derechos ofreciéndoles la protección adecuada y ejerciendo una acción preventiva eficaz.
2. En el marco concreto de sus competencias las corporaciones locales potenciarán cuantas actuaciones redunden en el fomento de los derechos y el bienestar de la infancia y la adolescencia a que se refiere el título segundo de la presente Ley.
3. Además, las Administraciones Locales podrán asumir la ejecución o gestión material de las medidas establecidas por los órganos de la Administración Autonómica competentes en razón de la materia, que les sean delegadas mediante convenio a las corporaciones locales con las condiciones y limitaciones que establezcan reglamentariamente y, en todo caso, las contempladas en esta Ley.

Artículo 82 Acción protectora en los municipios de menos de 20.000 habitantes

1. Los municipios de menos de 20.000 habitantes podrán bien individualmente o agrupados en mancomunidades, suscribir convenios de colaboración con el IMAIR para la promoción y defensa de los derechos de la infancia y la adolescencia.
2. La Administración Autonómica asumirá la acción protectora socio-jurídica de los menores, en los municipios de menos de 20.000 habitantes, estableciendo con los que superen esa población convenios de colaboración de acuerdo con su capacidad de gestión técnica y de recursos económicos, así como con lo establecido en la legislación general de Servicios Sociales.

Artículo 83 Acción protectora en los municipios de más de 50.000 habitantes

1. Los municipios de más de 50.000 habitantes tendrán las siguientes obligaciones:
 - 1.º Crear los Servicios Sociales Especializados de Atención a la Infancia a que se refiere el artículo 50 de la presente Ley, y disponer de un centro de día que desarrolle programas de apoyo educativo, de ocio y tiempo libre.



INFORME SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES COMUNIDAD MADRID

- 2.ª Desarrollar los programas de prevención y reinserción para adolescentes en conflicto social a que se refiere el artículo 69.
2. Los municipios de más de 50.000 habitantes podrán recibir por delegación de la Administración Autónoma, el ejercicio de la competencia de asumir la guarda de los menores que no puedan ser temporalmente atendidos por sus padres o tutores, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 172.2 del Código Civil, y siempre que reúnan los requisitos que se determinen reglamentariamente.

Artículo 84 Acción protectora en los municipios de más de 100.000 habitantes

Los municipios de más de 100.000 habitantes, además de lo señalado en los artículos anteriores, deberán desarrollar programas de acogida de menores, en pisos o residencias, pudiendo también llevar a cabo programas de acogimiento comunitario de menores por familias colaboradoras del mismo municipio o por su propia familia extensa.

Artículo 85 Municipios de más de 500.000 habitantes

Las competencias y funciones en materia de protección de menores desamparados podrán ser delegadas por la Comunidad Autónoma, a los municipios de más de 500.000 habitantes, con las limitaciones y condiciones que se establezcan reglamentariamente.

En todo caso, será función de la Comunidad la promoción del acogimiento familiar judicial y de la adopción, así como la regulación, control y seguimiento de las instituciones de integración familiar.

LEY 15/2011 DE RENTA MÍNIMA DE INSERCIÓN.

Artículo 39 refiere las Competencias de los Ayuntamientos: Corresponde a los Ayuntamientos de la Comunidad de Madrid, por sí mismos o asociados en Mancomunidad de municipios de acuerdo con la zonificación de servicios sociales, el ejercicio de las siguientes competencias:

- a) La tramitación administrativa de la prestación económica de renta mínima de Inserción, en sus fases de iniciación e instrucción del procedimiento.
- b) La prestación de los servicios de apoyo personalizados previstos en el artículo 1 de la presente Ley, en colaboración con las Consejerías competentes del Gobierno regional, y sin perjuicio de su dispensación complementaria por unidades de ámbito autonómico.
- c) Seguimiento de la participación de las personas incluidas en los programas individuales de inserción, y comunicación a la Consejería competente en materia de servicios sociales de sus posibles incidencias.
- d) La cooperación con el Gobierno regional en la aplicación de las medidas contempladas en la presente Ley y en sus normas de desarrollo.

LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

Artículo 12, Participación de las Entidades Locales.

1. Las Entidades Locales participarán en la gestión de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia, de acuerdo con la normativa de sus respectivas Comunidades Autónomas y dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye.

CAPÍTULO IV Reconocimiento del derecho. Artículo 28. Procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema.

6. Los servicios de valoración de la situación de dependencia, la prescripción de servicios y prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas previstas en la presente Ley, se efectuarán directamente por las Administraciones Públicas no pudiendo ser objeto de delegación, contratación o concierto con entidades privadas.



Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

TÍTULO III Medidas de racionalización del sistema de dependencia

Se modifica el apartado 1 del artículo 29, que tendrá la siguiente redacción:

«1. En el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes, los servicios sociales correspondientes del sistema público establecerán un programa individual de atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado, con la participación, previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas por parte del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen.



PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

PRIVATISATION OF PRIMARY SOCIAL CARE SERVICES

Desde el año 2008 en España se está aplicando una política de recortes presupuestarios asumida como necesaria por los dos últimos presidentes, José Luis Rodríguez Zapatero en la anterior legislatura y Mariano Rajoy en la actualidad. Este último comenzó en primer lugar con los recortes en Pensiones, posteriormente en Educación, le ha seguido la Sanidad y ahora está afectando al cuarto pilar del Estado de Bienestar, los Servicios Sociales.

Las reivindicaciones para conseguir la universalización de los Servicios Sociales, que los Trabajadores Sociales han venido realizando durante todos estos años, no solamente se ven paralizadas sino que en un futuro, si la tendencia a la privatización continúa, se verán gravemente dañadas. Los avances conseguidos tras la aprobación de la Ley de Dependencia en 2006, que supuso un aumento de 1 % del Producto Interior Bruto (PIB) para gasto social, se han visto detenidos y ahora corren el riesgo de verse incluso mermados, si se llevan a cabo las medidas propuestas por el Partido Popular, entre ellas la aprobación del Anteproyecto de Ley para la Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, que incentiva en el fondo la tendencia a la privatización del cuarto pilar del Estado de Bienestar.

Después de la experiencia vivida durante estos años de democracia, de incorporación a la Unión Europea e implantación del modelo de bienestar que ha traído grandes ventajas económicas, políticas y sociales a los ciudadanos españoles, España, en estos momentos se enfrenta a una nueva recesión económica, donde los defensores del neoliberalismo están imponiendo fuertes medidas de recorte social a los gobiernos nacionales, dejando al margen del sistema productivo a millones de personas que empiezan a sufrir procesos de pobreza y exclusión social. Frente a estos grandes problemas es necesario, una vez más, como han hecho los ciudadanos a lo largo de la historia, defender los valores que son inherentes a la democracia: la igualdad, la equidad y la cooperación altruista de las políticas públicas para salir de la actual situación.

El Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid (COTS Madrid) recibió en el mes de abril, el anuncio de la posible externalización (privatización) de los Servicios Sociales de Atención Social Primaria del municipio de Galapagar, alegándose motivos económicos.

Desde la profesión del Trabajo Social, y al igual que lo están haciendo otros profesionales como médicos y profesores, se están emprendiendo las medidas oportunas para parar esta tendencia, que de continuar a otros municipios podría suponer el desmantelamiento de los Servicios Sociales. Los Servicios Sociales de Atención Social Primaria se han sustentado en un modelo municipal de atención que ha permitido a los ciudadanos plantear sus problemas y necesidades. La Atención Social Primaria es la encargada de realizar la primera valoración social a través de los diagnósticos emitidos por los trabajadores sociales que actúan como profesionales de referencia, que adquieren la gestión directa de los casos desde el propio municipio como garantía de centralidad en la atención al ciudadano y respetando los principios de responsabilidad, igualdad y universalidad, que marca a Ley de Servicios Sociales vigente. Se pone de manifiesto el valor que tiene esta gestión directa y la intervención de empleados públicos como garante de los derechos que ampara a la ciudadanía en su relación con la Administración.

Los recortes y restricciones económicas no están avalados ante la necesidad que presentan miles de familias que no pueden hacer frente a las duras situaciones económicas a las que se enfrentan en estos momentos. En este aspecto el papel de los Servicios Sociales de Atención Primaria no debe entenderse como un gasto que hay que reducir sino como una inversión, que en momentos de crisis es más que necesaria, porque es capaz de generar bienestar y percepción de seguridad.

Con esta finalidad los trabajadores sociales reivindican el mantenimiento de un sistema público y universal que contribuya a facilitar el bienestar a sus ciudadanos mediante la prevención, la eliminación de las causas que provocan exclusión social y que impiden el desarrollo personal de las personas. La privatización de los Servicios Sociales de Atención Primaria en el Municipio de Galapagar no garantiza por tanto una mayor calidad en la atención social.

El Consejo General del Trabajo Social y el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid advierten que la gestión privada de los recursos pone en jaque el principio de universalidad de las prestaciones, dejará desprotegidas a las familias, además de incentivar el desmantelamiento de nuestro actual modelo de Estado de Bienestar.

El Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid considera que la privatización de los Servicios Sociales de Galapagar, aprobada en abril en el Pleno del Ayuntamiento con “el fin único de abaratar los costes de la gestión del servicio, para poder destinar esa partida a las personas que más lo necesitan” (según las declaraciones de su alcalde aparecidas en la versión online del *Diario de la Sierra* con fecha 4/3/2013), en realidad supone el desmantelamiento de la red municipal de Servicios Sociales.

Desde el COTS-Madrid se recuerda que el Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, según establece la legislación vigente, será gestionado por la Administración Autonómica y la Administración Local, teniendo como finalidad, en cuanto al sistema jurídico público de protección social, la mejora del bienestar social de la ciudadanía.

Esta decisión del Ayuntamiento de Galapagar (Madrid) se produce en un momento en el que se está debatiendo la reforma de la Administración Local donde se potencia la privatización de la gestión de los servicios sociales de base, lo que podría suponer que millones de familias pierdan sus derechos. En este sentido desde la organización colegial del Trabajo Social alertamos de la preocupación creciente entre la profesión por la desprotección de las familias que derivará de la eliminación de competencias municipales en Servicios Sociales.

Hasta ahora, era privada la prestación de determinados servicios, de algunos programas, en función de cada ayuntamiento. La reforma potencia la gestión privada integral, con el argumento de la prioridad de criterios económicos y la sostenibilidad.

Desde este Colegio Oficial queremos señalar que la información, orientación y diagnóstico social que hace el/la trabajador/a social en la red básica municipal es el que asegura el acceso a los derechos sociales de la ciudadanía a través de su código deontológico y en el marco de la Administración Pública.

Por todas las razones expuestas anteriormente el Decano del COTS-Madrid ha registrado con fecha 10 de mayo en el Ayuntamiento de Galapagar un recurso contra la intención del alcalde Daniel Pérez de privatizar los Servicios Sociales del Municipio.

Si la externalización llegara a realizarse, pondría en peligro la financiación y podría socavar los derechos de los ciudadanos, lográndose lo contrario a lo argumentado por dicho alcalde.

El Colegio considera que se está atentando contra los derechos de los vecinos y vecinas de Galapagar porque la prestación de Servicios Sociales implica ejercicio de autoridad inherente a los poderes públicos, porque puede ponerse en peligro según la Ley de Servicios Sociales de Comunidad de Madrid la financiación de esos servicios si no se prestan de manera directa y porque se invocó como argumento una norma no vigente: el Anteproyecto de Ley de Racionalización de la Administración Local, que propone que los Servicios Sociales sean competencia autonómica. Todo ello además acompañado, a juicio del Colegio, de defectos de forma por no publicarse el contenido del acuerdo ni la manera de recurrirlo.

El Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid defiende los Servicios Sociales públicos como un derecho, garantizando en todo momento los principios de universalidad, igualdad, acceso e imparcialidad; advirtiendo además el carácter injustificado de la privatización, cuya única ventaja aludida era el ahorro, y que precisamente lograría todo lo contrario con su implantación, además de mermar los derechos de los ciudadanos.

APORTACIONES DEL COLEGIO OFICIAL DE TRABAJADORES SOCIALES DE MADRID DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO MADRILEÑO

CONTRIBUTIONS BY THE PROFESSIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS OF MADRID, FROM THE SOCIAL WORK IN HEALTHCARE SETTINGS SECTOR, REGARDING THE SUSTAINABILITY OF MADRID'S HEALTHCARE SERVICE

Han colaborado en la elaboración de este documento: Agustina Crespo Valencia, Daniel Gil Martorell, Concepción Gutiérrez de los Ríos, María Neyi, Francisco Morejón, M.^a Josefa Mateo, Rosario Luis-Yagüe López, Rafael Vidaurreta Bernardino, M.^a Valentina LLano Fernández y Raquel Millán Susinos.

El Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid (COTS-Madrid) considera que, ante la situación de conflicto existente en la Sanidad madrileña derivada de la propuesta por parte de la Administración del Plan de Sostenibilidad, es necesario aportar alternativas y visibilizar fórmulas que permitan hacer más sostenible el sistema de protección a la salud, intentando que los criterios macroeconómicos no cercenen los derechos ciudadanos, ni la filosofía de un modelo de atención centrado en las personas y en la concepción bio-psico-social de la salud, consolidada en España desde la Ley General de Sanidad de 1986.

Los trabajadores sociales sanitarios venimos planteando, desde hace tiempo, que es necesario ampliar el foco de la atención sanitaria más allá de los procesos de curación y alta. Las características demográficas de la Comunidad de Madrid y la preponderancia de los procesos crónicos, así como la existencia de procesos asistenciales complejos, hacen que una red asistencial, que no priorice la coordinación sociosanitaria y la rentabilización del trabajo en equipo multiprofesional, pueda hacerse insostenible.

Asimismo, creemos que las estrategias que centran la atención en los determinantes sociales de la salud son básicas para la sostenibilidad del mismo sistema de atención. Como trabajadores sociales incidimos en la importancia de reducir las inequidades

sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. La 62.^a Asamblea Mundial de la Salud, consideró que: “habiendo examinado el informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud exhorta a la comunidad internacional, en particular a los organismos de las Naciones Unidas, los órganos intergubernamentales, la sociedad civil y el sector privado, a que aumenten la sensibilización entre los proveedores públicos y privados de asistencia sanitaria sobre el modo de tener en cuenta los determinantes sociales cuando prestan servicios de salud a sus pacientes”. Si los análisis macroeconómicos nos hacen perder la sensibilidad humana entraremos en un camino de alta conflictividad.

Siguiendo el esquema de medidas planteadas dentro del Plan de medidas de garantía de la sostenibilidad del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid, consideramos importante hacer las siguientes aportaciones.

1. Externalización de servicios no sanitarios

Desde el COTS-Madrid ya hemos manifestado, conjuntamente con el resto de los Colegios profesionales del ámbito del sistema sanitario, en las aportaciones realizadas a la Consejería de Sanidad desde la Comisión de Sanidad de la Unión Interprofesional de la Comunidad de Madrid de la que forma parte nuestro colegio, la necesidad de que dicha externalización no puede nunca afectar a los profesionales que forman parte del proceso asistencial, sean o no sanitarios en el sentido que define la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Es el caso de los trabajadores sociales sanitarios, que siendo profesionales asistenciales de los equipos de salud, no son reconocidos como sanitarios jurídicamente. Es fundamental que se garantice el continuo asistencial en el marco de una atención bio-psico-social, atención en la que es imprescindible el enfoque sociosanitario de los equipos multiprofesionales. No se puede utilizar el término sanitario de manera que anule el concepto de atención a la salud y que impida una verdadera atención integral al ciudadano.

2. Aprovechamiento de los recursos para mejorar la atención de la población mayor

2.1. Atención a la población mayor

Para hacer sostenible el sistema sanitario en un contexto donde la evolución demográfica lleva a un aumento progresivo de la esperanza de vida, debemos centrar los esfuerzos en la autoatención, la prevención, la educación para la salud y la coordinación sociosanitaria. En el ámbito de los Servicios Sociales se ha demostrado la eficacia para la atención a la población mayor de los servicios de ayuda a domicilio, de los

sistemas de teleasistencia, el voluntariado, los centros de mayores y los servicios sociales comunitarios como eje de la atención. En el ámbito de la salud el Informe 2010 de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) plantea entre sus *conclusiones* de interés para la atención a la población mayor que “las reformas organizativas deben contemplar, necesariamente, *un fortalecimiento de la Atención Primaria* para avanzar en la sostenibilidad del sistema. El envejecimiento de la población y la cronicidad de las enfermedades son los principales retos a los que tiene que dar respuesta el sistema sanitario”.

Los sistemas que priorizan los centros monográficos de atención a la población mayor suponen un aumento de costes claro. Si bien suponen una descarga de la atención en las unidades hospitalarias de agudos no hacen más sostenible el sistema a medio-largo plazo.

Entre las medidas que se deberían implantar para el “aprovechamiento de los recursos a fin de mejorar la atención de la población mayor” se encontrarían:

- Como marco general y de manera prioritaria, la Comunidad de Madrid debe plantearse el desarrollo de una estrategia o Plan de atención sociosanitario, que permita que las distintas administraciones que destinan recursos a la atención de la población mayor optimicen la gestión, eficiencia y calidad de los mismos. Es una medida discutida y estudiada en varias ocasiones, pero nunca concretada en nuestra comunidad autónoma.
- Avanzar en la optimización de los procesos de información en la gestión de la atención a la población mayor. En la última década los medios técnicos que se han conseguido incorporar en el trabajo diario de los profesionales de los diferentes ámbitos de la administración autonómica, hacen muy fácil establecer líneas de actuación coordinadas, ágiles y eficaces, donde a través de los diferentes Sistemas de Información pueda procederse a la adjudicación de recursos en tiempo y forma adecuadas, sin dejar por ello de hacerlo en función de los requisitos establecidos por una u otra de las partes implicadas. Es necesario que existan flujos de información dentro de toda la red de sanidad (hospitales, ambulatorios, centros de atención primaria, centros de salud mental, centros específicos) entre la información clínica y la social, así como agendas electrónicas para todos los profesionales que participan en el proceso asistencial incluidos los profesionales sociales. Esto permitiría la disminución de los costes en la gestión de recursos sociosanitarios en tiempo, en soportes documentales y en archivo.
- Instaurar, de manera protocolizada y con respaldo de las respectivas direcciones generales, canales de coordinación sociosanitaria en los distintos niveles de atención. Los profesionales de las diferentes administraciones, organismos y disciplinas, deben argumentar técnicamente la puesta en marcha de líneas

de trabajo coordinadas que agilicen la gestión y supongan, a la vez que un claro ahorro de recursos, el acortamiento de tiempos de espera, así como la supresión de dobles y triples intervenciones desde diferentes administraciones para un mismo objetivo, teniendo en cuenta aquellas situaciones de especial vulnerabilidad social.

- Potenciar la función de los trabajadores sociales sanitarios como eje del “enlace” entre el ámbito sanitario y los servicios sociales, consolidando la existencia de canales de comunicación “preferentes” entre los trabajadores sociales sanitarios y los Servicios Sociales, para agilizar las altas hospitalarias o las derivaciones.

2.2. Unidades de Media Estancia

Desde el Trabajo Social sanitario se ha constatado que la atención en Centros de media o larga estancia, ya sean concertados o propios, beneficia a los usuarios y rentabiliza la atención sanitaria descongestionando los Hospitales de agudos, ahorrando costes, manteniendo la calidad asistencial, mejorando la eficiencia, y esto siempre se ha de complementar con una buena coordinación sociosanitaria desde el comienzo del proceso asistencial.

La coordinación sociosanitaria es el eje sobre el que se debe estructurar la eficacia y la sostenibilidad del sistema. De poco nos valdría tener muchas camas en centros de apoyo, si la asistencia final que precisa el paciente está en manos de otra parte de la administración (cuyos procedimientos de asignación de plazas están sujetos a otro ritmo y a otras formas de resolución), lo que tiene como resultado la permanencia -más allá de lo necesario y recomendable- en dichos centros; y que provoca el efecto cascada en los hospitales de agudos, que no tienen la disponibilidad adecuada para trasladar allí a los pacientes que ocupan más tiempo del necesario camas de agudos. No es necesario citar los costes/cama de cada uno de estos centros (hospital de agudos, centros de apoyo y centros residenciales) para tener la certeza del ahorro real que supondría el que ningún paciente permanecería un solo día más en el centro inadecuado, si no que accediera de la manera más ágil posible al que le fuera idóneo a su proceso de rehabilitación.

En conclusión, debemos:

- Acotar la estancia en el centro de agudos (siempre ajustándose a la necesidad clínica del paciente), planteando programas de valoración social del alta sanitaria en el momento del ingreso en los Hospitales Generales.
- Establecer mapas de riesgo social y de necesidades de soporte al alta que permitan una planificación adecuada de las mismas. No empezar a trabajar los posibles factores sociales en el momento que se plantea el alta clínica.

- Instaurar coordinación con el Centro Asistencial de Media Estancia derivado, para seguir el proceso clínico hasta el final, a fin de no alargar la estancia en este por situaciones no clínicas.
- Una cuestión que se debe valorar en momentos en los que es necesario optimizar los recursos sociosanitarios existentes sería la de incorporar en la adjudicación de dichos recursos de la red sanitaria y para los diferentes colectivos el criterio patrimonial (en la actualidad se aplica a personas mayores y personas baremadas por la Ley de Dependencia), en tanto en cuanto no afecte a familiares directos (cónyuge, pareja, ascendientes y descendientes de primer grado). Incluir criterios sociales en la asignación de recursos de media y larga estancia, en la actualidad definidos desde lo sanitario.

Desde el COTS-Madrid consideramos que el servicio de salud madrileño necesita servicios complementarios. Se puede contemplar la concertación con instituciones socio-sanitarias, pero es imprescindible basarse en dos principios fundamentales:

- *El principio de complementariedad.* En los Centros Concentrados se deben ingresar pacientes de media y larga estancia derivados de los hospitales públicos, donde los Servicios de Trabajo Social sanitario “tanto del Hospital de Agudos como de los Centros de media y larga estancia” han de tener un peso importante a la hora de realizar un buen seguimiento desde el principio del proceso asistencial, para detectar desde el inicio las posibles necesidades sociales y coordinarse con los profesionales de trabajo social de dichos centros a fin de mantener una continuidad asistencial y una reubicación del paciente al alta clínica, ya sea en su entorno natural o en un dispositivo residencial adecuado.
- *El principio de justicia distributiva.* Un dispositivo de salud aunque sea un Centro de media y larga estancia, no se puede sobredimensionar para ser equitativos y justos con todos los usuarios que lo necesiten. Siempre debe gestionarse en base a la necesidad clínica que se establece. Puede haber servicios (de continuidad de cuidados, de rehabilitación...) que corran el riesgo de sobredimensionarse si se alarga la estancia por situaciones no clínicas. En este aspecto adquiere un papel fundamental la coordinación sociosanitaria realizada desde el trabajo social sanitario, para que una vez terminado el proceso clínico asistencial, se establezca la coordinación con la red de Servicios Sociales para acceder de manera directa a los recursos de apoyo evitando alargar de forma innecesaria la estancia en un centro sanitario.

3. Mejora de la eficiencia, utilización racional de los recursos y ahorro

- Se deben potenciar todas las líneas de trabajo que incidan en actuar sobre los determinantes sociales y la promoción de la salud, siguiendo las recomendaciones de

la Organización Mundial de la Salud (OMS). “La promoción de la salud no solo tiene que ver con promover la salud, sino también con reducir las desigualdades en este campo (por ejemplo, entre hombres y mujeres, o entre clases sociales u otros grupos sociales). De esta manera, nos interesa no solo la eficiencia sino también la equidad. *Equidad* hace referencia a justicia. La preocupación no es únicamente cuánto se produce a qué costo, sino también cómo se distribuyen estos costos y beneficios de modo que se pueda apreciar si lo que se está haciendo reduce o no las desigualdades. La opción eficiente no siempre es la más equitativa, porque las intervenciones que benefician a los grupos marginados pueden no ser tan efectivas o pueden ser más costosas para implementar”. OMS. *Guía de Evaluación Económica en Promoción de la Salud*.

- Potenciar la atención grupal. Los grupos optimizan recursos de coste/tiempo y tienen una gran rentabilidad social, a la vez que ayudan a evitar la saturación de consultas médicas, reducir el consumo de fármacos, etc. Son también una vía para potenciar la participación ciudadana y el aprovechamiento óptimo de los recursos. Los trabajadores sociales sanitarios deben desarrollar junto con otros profesionales sanitarios la actividad asistencial en atención grupal (sobre todo en el nivel de atención primaria de salud y en la red de salud mental) en educación para la salud, que conllevaría la reducción de consultas individuales y capacitaría a los ciudadanos a hacer un uso responsable de los recursos públicos en general.
- Deben explorarse nuevas vías de atención en el trabajo social sanitario como la información vía web, uso de correo electrónico accesible al ciudadano, facilitar la atención telefónica para gestiones o consultas informativas...
- Tramitación prioritaria de recursos de la Consejería de Asuntos Sociales, desde las Unidades de Trabajo Social (UTS) hospitalarias. Valorar conjuntamente entre Consejerías la flexibilización de trámites en caso de ingreso hospitalario del ciudadano (valoración de dependencia, ayuda a domicilio...). Flexibilidad, en las exigencias de documentación por parte del sistema de servicios sociales, sobre todo si ello supone la permanencia sin alternativas en el centro hospitalario. Por ejemplo, se debería poder valorar la dependencia siguiendo el procedimiento, al margen de que el paciente esté ingresado en un centro de agudos o media estancia.
- Implantar de forma generalizada la Valoración Social al Ingreso Hospitalario y la Planificación al Alta. Las ganancias potenciales más significativas resultan de la prevención de ingresos innecesarios de pacientes complejos en el sistema hospitalario. La planificación individualizada previa al alta y el consejo por parte de equipos multidisciplinares garantiza ahorros sustanciales en reingresos evitables, incluso en la ausencia de otras intervenciones.
- Implantar el informe social en todos los procesos de gestión y derivación a recursos sociosanitarios tanto si el paciente regresa al domicilio con apoyo como si se tramita recurso de apoyo, convalcientes (Paliativos, rehabilitación, residencias, etc.) quedando reflejados los objetivos de la derivación, tiempos y gestiones realizadas.

- Participación de los Trabajadores Sociales sanitarios en la planificación y organización de servicios de soporte, externos al hospital. Esta es una potencial herramienta de apoyo a la gestión, porque contempla lo sanitario desde una perspectiva social. Es necesario que se establezcan mapas de población, según nivel de riesgo sociosanitario, para poder llevar a cabo intervenciones más eficientes y adecuadas a las necesidades percibidas.
- Elaboración de memorias anuales con indicadores medibles, que reflejen la evolución de los servicios y la calidad de los mismos. Cuantificando el número de casos valorados y las intervenciones sociales en relación al número total de ingresos hospitalarios o atendidos en los diferentes servicios, y las propuestas o soluciones adoptadas en las demandas.

4. Ordenación de equipos profesionales

Consideramos que en relación a los trabajadores sociales sanitarios que prestan sus servicios en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, se debería:

- Establecer un mapa de recursos humanos con la asignación clara de trabajadores sociales. Creemos que se da un reparto desigual del número de profesionales en los diferentes hospitales y servicios de la red de salud. Pensamos que puede haber un reparto no equitativo de profesionales, donde no se están teniendo en cuenta aspectos que inciden en la carga asistencial como son: características del perfil demográfico de la población asignada, alto porcentaje de personas en situación de riesgo de exclusión social en la zona de atención, carga en la gestión de recursos, etc.
- Instaurar definitivamente y de manera única el Registro Unificado de Historia Social (R.U.H.SO.) para Atención Especializada, actualmente en proceso de implantación. Dicho registro está diseñado para compartir información social con el resto de profesionales. Para ello y dado que el señalado trabajo cuenta con el consenso de todas las Unidades de Trabajo Social de los hospitales de agudos y Centros de apoyo, sería conveniente que con el mismo nivel de coordinación utilizado, se generaran las medidas necesarias para implementar protocolos de atención de forma generalizada y unificada. A día de hoy está a punto de perfilarse la base del sistema de información, elemento básico para esa unificación. No debemos olvidarnos de los accesos (de coste cero) a otras bases de datos, que facilitarían y agilizarían de manera extraordinaria la intervención de todos los trabajadores sociales: Horus, Cibeles, INS, Plataforma Paliativos 24h (PAL).
- Establecer sistemas de evaluación que permitan medir las necesidades de profesionales en plantillas, con una disminución importante en los últimos años ante la no cobertura de las jubilaciones, incapacidad laboral, etc.

- Unificación de la dependencia funcional de los trabajadores sociales sanitarios bajo la jefatura de coordinadores, que conociendo las funciones, ámbitos de intervención y cometidos del Trabajo Social, sean los responsables de las Unidades de Trabajo Social Sanitario (Propuesta de documento de trabajo elaborada por el COTS Madrid y la Comunidad de Madrid, pero no ejecutada en su momento), lo que permitiría medir, valorar los procesos de atención, coordinar la atención de los trabajadores sociales y establecer criterios de evaluación, de los distintos servicios bajo un prisma de trabajo común. En la actualidad existe una dependencia funcional muy diversificada.

5. Continuación de proyectos importantes ya en marcha

Es fundamental avanzar en la Estrategia de atención al paciente crónico. El Consejo General del Trabajo Social ya participó en la elaboración del Documento de Consenso de Atención al Paciente con *Enfermedades Crónicas* (Declaración de Sevilla) y creemos que todas las aportaciones del mismo son de total vigencia. Así mismo el *Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria* del Ministerio de Sanidad es un elemento importante que tener en cuenta.

Consideramos que además de los proyectos que se mencionan, existen otros que se están desarrollando o que podrían implantarse y que son de gran trascendencia:

- Atención a pacientes con patologías duales.
- Atención a la discapacidad en el sistema sanitario.
- Mantenimiento y consolidación, en el ámbito de la atención comunitaria, de la Red de Salud Mental y Red de Atención *Social a personas con enfermedad mental grave y duradera*. Modelo pionero y eficaz de coordinación y atención sociosanitaria.
- Establecimiento de líneas de actuación y programas específicos en atención sanitaria a colectivos en situación de exclusión social (situación de calle, prostitución...).
- Potenciación de los Protocolos de Atención a la Violencia de Género dentro del ámbito sanitario.
- Refuerzo del Plan Estratégico de *Cuidados Paliativos* de la Comunidad de Madrid.

CELEBRACIÓN DEL DÍA MUNDIAL DEL TRABAJO SOCIAL 2013: PROMOVRIENDO LA IGUALDAD SOCIAL Y ECONÓMICA

20 de marzo de 2013. Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid

CELEBRATING WORLD SOCIAL WORK DAY 2013: PROMOTING SOCIAL AND ECONOMIC EQUALITIES

March 20th 2013. Professional Association of Social Workers of Madrid

El 20 de marzo nos unimos a la celebración mundial del Día del Trabajo Social, en el salón de actos del Centro de Servicios Sociales de la Junta Municipal de Salamanca. En la Mesa de Bienvenida del acto se encontraban el decano y la secretaria del Colegio, Manuel Gil y Agustina Crespo acompañados por la jefa de Departamento de Servicios Sociales del Distrito de Salamanca y anterior decana del Colegio, Charo Quesada, que abrió el acto dirigiéndose a los asistentes, dándoles la bienvenida al centro y expresando su preocupación por la situación actual de los Servicios Sociales.

El primer momento de la tarde fue la entrega de la insignia de la profesión y un diploma conmemorativo a un grupo de nuevos/as colegiados/as. Agustina Crespo, en nombre del Colegio, les dio la bienvenida y les señaló *“vuestra historia de vida como nuevos colegiados os hace coincidir con el Colegio de Trabajadores Sociales: las personas necesitan de nuestro apoyo para trabajar con y al lado de ellas, desde los principios de nuestro quehacer profesional y con el compromiso de defensa de los derechos sociales y de justicia social. Con vuestro apoyo, el Colegio será un buen agente para el cambio social”*.

A continuación, Mar Ureña y Daniel Gil recordaron el 30 aniversario del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, proponiendo treinta retos para seguir trabajando por el futuro de la profesión.

Después se procedió a la entrega de insignias conmemorativas de la profesión y de los diplomas conmemorativos a las compañeras jubiladas. José Ignacio Santás, vocal de la Junta de Gobierno, relató la trayectoria de las compañeras, permitiendo así a las personas presentes conocer su recorrido profesional y su visión sobre la profesión. En las palabras que nos regalaron cada una de las compañeras hubo mensajes importantes para la defensa de los sistemas públicos y para incentivar la reivindicación social, que permita luchar contra la desigualdad y la exclusión social. Las compañeras homenajeadas fueron: M.^a Luisa Ancín Maeztu; María Bermúdez Cañete, María Pilar de Tuero



Compañeras homenajeadas tras su jubilación en el acto del Día del Trabajo Social 2013: de izquierda a derecha: Pilar de Tuero, Enriqueta Rodríguez, Agustina Crespo -secretaria de la Junta de Gobierno, María Bermúdez, M.ª Luisa Ancín, Sofía Hernández, Isabel Miró, Manuel Gil -decano del Colegio, Elvira Lassaletta, Mercedes Sundheim, Ana M.ª Gonzalo y Dolores López.

y Gil Delgado, Ana María Gonzalo Gracia, Sofía Hernández Paniego, Elvira Lassaletta Garbayo, Dolores López Casimiro, Isabel Miró Arias, Enriqueta Rodríguez Fernández y Mercedes Sundheim Losada.

El acto concluyó con el mensaje del decano, Manuel Gil, que ofreció unas palabras de esperanza para continuar luchando en afianzar nuestro papel como profesionales del Trabajo Social, y recordó que nuestra historia se manifiesta como un *continuum* en la promoción de la igualdad social y económica, así como en la defensa de los sistemas públicos de protección social y en los derechos de ciudadanía.

TRIGÉSIMO ANIVERSARIO DEL COLEGIO OFICIAL DE TRABAJADORES SOCIALES DE MADRID 30 AÑOS - 30 RETOS DE FUTURO PARA EL TRABAJO SOCIAL

THIRTIETH ANNIVERSARY OF THE PROFESSIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS OF MADRID 30 YEARS - 30 CHALLENGES FOR THE FUTURE IN SOCIAL WORK

El Colegio está cumpliendo 30 años en un entorno marcado por una situación de grave crisis socioeconómica y de evidentes recortes en las políticas públicas. A ello se une en el ámbito profesional y de las organizaciones colegiales, expectación e incertidumbre por la muy esperada Ley de Servicios Profesionales que esperamos sea una realidad durante este año.

Ya hablamos en nuestro último congreso de los contextos, los retos y los compromisos. También en el Plan Estratégico del Colegio aparecen líneas como incrementar la representatividad, fomentar el sentido de pertenencia o defender los derechos sociales.

Hoy, mediado ya el trigésimo aniversario del Colegio, queremos hablar de futuro, de los RETOS DE FUTURO para el TRABAJO SOCIAL.

30 RETOS DE FUTURO PARA EL TRABAJO SOCIAL

1. **Historiografía del Trabajo Social.** Es necesario conocer el pasado para afrontar el futuro. Es importante conocer los logros de nuestra disciplina, pero también nuestros lastres. Es la única manera de afrontar el futuro.
2. **Una profesión, profesionales diversos:** No todas ni todos los trabajadores sociales somos iguales..., en número tan grande a escala mundial, estatal y solo en Madrid (somos 4 400 colegiados/as) tenemos distintas procedencias socioeconómicas, diversas orientaciones ideológicas y trabajamos en ámbitos muy diversos... Pero somos una sola profesión: trabajadores/as sociales que tienen como valores básicos de su actuación la dignidad, la libertad y la igualdad. Y ese es el reto: que esos sean en todo momento los principios que guíen nuestra acción de cada uno y una.
3. **La ética de la Justicia y la Ética del Cuidado.** Aunque pudiera parecer un debate superado, es importante recordar que una no excluye la otra y que hay que seguir buscando el punto de equilibrio y complementariedad entre la lucha por los derechos e igualdad por un lado y la ayuda, la atención y el cuidado por otra.

4. **Superar el debate de la identidad:** A veces es necesario cerrar algunas puertas para poder abrir otras: los estudios y la realidad nos muestran que la profesión ya está “institucionalizada” en nuestro entorno. Hay una identidad, nos puede gustar más o menos..., pero siempre vamos a vivir con la tensión que queda meridianamente explicada por la FITS cuando define la situación de conflicto que vivimos muchas veces, entre el control y la ayuda, entre la protección de las personas y grupos con los que trabajamos y las demandas de eficiencia y utilidad ante los recursos limitados. Esa tensión hay que vivirla como identitaria y convertirla en oportunidad.
5. **Mirar más allá del Trabajo Social:** esta sociedad compleja requiere de miradas caledoscópicas procedentes de otras creencias que aportan diferentes maneras de interpretar e intervenir en la realidad.
6. **El reto de no alejarnos: el mundo académico y el mundo profesional...**, tan cerca y a veces tan lejos: nos quedan muchos retos por delante pero también estamos en un momento idóneo para avanzar juntos/as: las nuevas titulaciones, la necesidad de las certificaciones a lo largo de la vida profesional, el reconocimiento formal de la docencia como una función más en espacios profesionales.
7. **La sociedad cambia, el Trabajo Social también:** aparecen nuevos problemas sociales, otros se modulan, aparecen nuevas formas de respuesta social... y el Trabajo Social sigue ahí como disciplina, en ámbitos tradicionales de desempeño pero también abriéndose y abriendo camino en otras áreas no tradicionales: investigación social, orientación laboral, consultoría social, responsabilidad social corporativa, mediación, etc.
8. **Innovación.** Llevan ya algún tiempo avisándonos de que la verdadera fuente de la innovación son las personas y su entorno cotidiano, y que la creatividad individual y colectiva son importantísimas para afrontar las incertidumbres actuales.
9. **Las nuevas tecnologías:** Aunque no sean lo fundamental de la innovación, sí tenemos pendiente en nuestra profesión el reto de las tecnologías. En dos sentidos: las tecnologías como instrumentos al servicio de nuestra labor y por otra parte el “factor social” que el Trabajo Social puede introducir en todas las áreas de desarrollo tecnológico.
10. **La persona en el centro: autonomía y ciudadanía.** No olvidemos la doble dimensión que debe alcanzar cualquier disciplina que, como la nuestra, promueve el “cambio social” actuando sobre los problemas existentes: promovemos el bienestar, los niveles de vida dignos, la inserción social..., pero para todo ello no podemos olvidar una segunda dimensión: todo lo anterior no será más que una gestión eficiente, si no va acompañado de una clara opción por el ejercicio activo de la ciudadanía, donde no haya personas de primera y de segunda categoría, donde se le reconozca y se trabaje para que la persona pueda vivir ejerciendo sus derechos y sus responsabilidades.
11. **Trabajar en red:** Tal vez ya nos cansa, pero es fundamental en una profesión como la nuestra, donde muchas veces intervienen muchísimos profesionales e institucio-

nes, no es más ni menos que articular trabajo, articular recursos, articular comunidad en definitiva.

12. **Generar discurso:** Somos testigos privilegiadas/os de una sociedad, a la además aportamos una forma de mirar y de ver. Por eso es importante generar discurso, y contrarrestar tanta narrativa imperante basada en el consumo, la inequidad, la culpabilización de la pobreza o la insostenibilidad del sistema.
13. **Principio de autonomía y responsabilidad profesionales:** Somos una profesión “liberal” según la definición clásica porque en nuestra intervención impera el intelecto, el conocimiento y la técnica. Reclamamos el principio de autonomía en nuestro hacer pero también asumimos el principio de responsabilidad sobre nuestros actos profesionales: No podemos olvidar que con cada acción (o cada no acción) asumimos nuestra responsabilidad.
14. **Sistematizar y supervisar:** No podemos olvidarnos, y existe el peligro con las sobrecargas del momento, de la necesidad de poner en relación la teoría y la práctica, de hacer esfuerzos analíticos para de-construir y re-construir lo que sabemos para establecer relaciones, mejorar las prácticas y añadir nuevas propuestas.
15. **Mirar hacia arriba:** La mayoría de los/as trabajadores/as sociales trabajamos por cuenta ajena y dependemos jerárquicamente de otras personas: es importante hacer una labor de traslado de las situaciones y de análisis de la realidad, que vayan acompañados de propuestas y de soluciones. Todos los retos anteriores servirán para esto.
16. **Promover el asociacionismo profesional:** Hay ya buenas experiencias, pero queremos resaltar la importancia que tiene el que se desarrollen espacios de conocimiento colectivo como son las asociaciones profesionales, las sociedades científicas, las secciones o grupos de trabajo colegiales, etc. Todo ello para poder hacernos preguntas y encontrar respuestas desde un claro enfoque de servicio a la sociedad.
17. **Los retos pendientes de la igualdad y la diversidad.** Aún en una sociedad con la igualdad formalmente reconocida, no podemos olvidarnos como profesión de las situaciones de violencia, discriminación o falta de oportunidades que sufren personas y grupos por ser mujer, o tener una discapacidad, por su orientación sexual o por su grupo étnico.
18. **Superar las disyuntiva ciudadano/a versus trabajador/a social.** Nuestras facetas se retroalimentan: como ciudadana/o puedo movilizarme o posicionarme ante determinadas cuestiones, pero además como trabajador/a podré analizar, interpretar y proponer soluciones a determinadas cuestiones. Son caminos que pueden ir paralelo o que a veces se entremezclan, pero está claro que si somos la profesión que trabaja por el cambio social cada uno/a debemos de reflexionar dónde, cómo y cuándo llevarlo a cabo.
19. **El aprendizaje a lo largo de la vida (Life Long Learning):** integrar la educación formal, no formal e informal como camino de vida.
20. **Investigar y avanzar en modelos** eficientes que permitan superar e integrar la escisión entre el trabajo social de casos, grupal y comunitario.

- 21. Hacia una nueva generación de derechos, conformación y consolidación de los Derechos Sociales:** Al igual que nadie (bueno casi nadie) es capaz de cuestionar la justicia de los derechos civiles y políticos, el Trabajo Social debe posicionarse a favor de los derechos sociales. Esperamos que en pocas décadas sea tan obvio como el derecho a la vivienda, al sustento o al voto.
- 22. Avanzar en el argumento de la defensa del Estado social de derecho:** Los poderes públicos tienen la responsabilidad de cuidar los servicios públicos porque son básicos para la defensa de los derechos de ciudadanía y para atender las necesidades de todas las personas y grupos, especialmente de los más desfavorecidos. Las políticas de protección social no son gasto social, son inversión social que retorna a la sociedad en eficiencia, prevención, salud, cohesión y competitividad.
- 23. Continuar defendiendo lo local, lo comunitario y lo descentralizado,** como decimos en el Colegio “trabajadores/as sociales: personas al lado de las personas”.
- 24. Potenciar el seguimiento y evaluación** de las intervenciones que inciden en la calidad de las políticas públicas; el buen hacer debe ser acreditado, es necesario dar seguimiento y evaluar, por supuesto más allá de lo cuantitativo, porque necesitamos saber si estamos respondiendo a los problemas sobre los que intervenimos y también afrontar y buscar respuestas a la viabilidad del sistema.
- 25. Reflexionar sobre nuevas formas de gestión:** Para adaptarnos a la realidad debemos explorar alternativas, pensar también otras maneras de gestionar lo público, donde siga primando el servicio a la ciudadanía y el enfoque profesional.
- 26.** Desde el punto de vista colegial la **mejora profesional y la supervisión deontológica** son retos para afrontar como prioritarios. La riqueza colegial está en que esa supervisión y control que la sociedad exige a las profesiones y deposita en los Colegios, se realiza “inter pares” por los propios compañeros/as de profesión.
- 27. La internacionalización** en modelos y prácticas profesionales en un mundo globalizado y la importancia de la presencia de la organización colegial en redes internacionales.
- 28. Libre circulación de profesionales** en el espacio europeo. El ser profesión reconocida y regulada en Europa supone reto y oportunidad.
- 29. La especialización** sin perder el enfoque integral y la identidad de una profesión a la que su visión generalista le ha dado un espacio propio.
- 30. Dentro de 30 años:** ¿Cómo ves a la profesión dentro de 30 años? Este es el último reto y os lo planteamos para que os lo llevéis a casa, al trabajo y a aquellos ámbitos y sectores que estiméis oportunos.

¡Queda mucho por hacer!

Y mirando al futuro y como decía el poeta Aleixandre:

No fuimos negadores sino de la mediocridad.

GRACIAS

Trabajo Social Hoy es una marca registrada en el Registro de Marcas Comunitarias con número 3028044/3

<p>Temática y alcance de la revista</p>	<p>Trabajo Social Hoy es una revista profesional, que tiene como principal finalidad la difusión de estudios científicos y experiencias profesionales relacionados con el Trabajo Social. La divulgación de sus contenidos está enfocada hacia una red de conexión internacional que permita suscitar debates plurales y el intercambio de experiencias e información relacionada con la profesión. La responsabilidad de esta revista recae en el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, que durante veinte años ha elaborado la publicación, disponible a partir de 2004 en formato digital.</p>
<p>Tipos de trabajos</p>	<p>El contenido de la revista estará dividido en las siguientes secciones:</p> <p><i>Artículos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier. Cuando se especifique una temática concreta. ▪ Temas de interés profesional. Se publicarán artículos de investigación o revisiones bibliográficas. ▪ Intervención y práctica profesional. Artículos en los que se describan programas de intervención, casos y experiencias prácticas. <p><i>Reseñas</i></p> <p><i>Información profesional</i></p>
<p>Proceso de selección de artículos y contenidos</p> <p>La selección de artículos y contenidos se llevará a cabo siguiendo el siguiente protocolo de actuación:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción de los trabajos realizados en el correo electrónico publicaciones@comtrabajosocial.com, acompañados de una carta de presentación en la que se solicita la evaluación del artículo para su publicación en la sección de la revista que proceda, con indicación expresa de que se trata de un trabajo que no ha sido ni difundido ni publicado anteriormente, y que es enviado únicamente a la revista Trabajo Social Hoy con esta finalidad. La carta debe ir firmada por los autores del artículo. 2. Recibido el texto original por vía electrónica, la Secretaría de la sección de publicaciones del Colegio Oficial de Trabajadores de Madrid notificará mediante email la recepción del mismo, indicando en su caso si procede la realización de cambios en el formato de presentación si no se cumplirán los requisitos mínimos indicados en las instrucciones a los autores. 3. Después de la recepción, la Secretaría de publicaciones procederá a su anonimización para garantizar que los datos de los autores no están disponibles durante la evaluación del artículo.

Proceso de selección de artículos y contenidos

4. El texto será clasificado según las secciones indicadas en el apartado tipos de trabajos.
5. Tendrá lugar la primera evaluación que será realizada por un miembro del Consejo de Redacción, el cual comprobará la adecuación del contenido del artículo con el alcance de la temática de la revista y su calidad en general.
6. El miembro del Consejo de Redacción propondrá dos profesionales evaluadores externos, para realizar la evaluación también de forma anónima. El evaluador emitirá las consideraciones oportunas sobre la calidad del artículo, que se tendrá en cuenta por el Consejo de Redacción. Se dispondrá de un mes para que los evaluadores realicen sus apreciaciones, fundamentadas y constructivas, vía email.
7. El Consejo de Redacción tendrá en cuenta los informes de los evaluadores para adoptar la decisión final. Los autores de los artículos serán avisados por correo electrónico de la aceptación o no del trabajo, con su respectiva fundamentación.
8. Se podrán adoptar cuatro decisiones:
 - a. Puede publicarse sin modificaciones.
 - b. Puede publicarse con correcciones menores.
 - c. Proponer una revisión del mismo para su publicación.
 - d. Rechazar la publicación, proponiendo una reelaboración del mismo siguiendo las indicaciones recibidas.
 - e. Rechazar la publicación.
9. Se informará a los autores de las fechas de publicación de su artículo, en el caso de que fuera aceptado.
10. Los criterios que fundamentan la decisión del Consejo de Redacción son los siguientes: originalidad, importancia de la temática, presentación y redacción.
11. Al finalizar el año la sección de publicaciones publicará las estadísticas de los artículos: número de artículos recibidos, aprobados, rechazados y tiempo promedio desde la recepción hasta su aprobación y correspondiente publicación.

Instrucciones a los autores

Antes de enviar el artículo el autor deberá verificar que el contenido del mismo se adapta a la temática y a los contenidos de la revista. Los manuscritos fuera de este ámbito temático podrán ser rechazados sin que se proceda a su evaluación.

1. Los autores que tengan aceptado un trabajo en la revista podrán enviar su traducción a cualquier idioma diferente al español, la cual se publicará en formato PDF en la revista digital.
2. Las páginas de la revista de Trabajo Social Hoy están abiertas a cualquier tipo de colaboración: Artículos de investigación o de revisión bibliográficas sistemáticas, trabajos de reflexión, experiencias prácticas, colaboraciones especiales y otras secciones como reseñas o cualquier solicitud que pueda considerarse y que reúna los mínimos exigidos para su publicación.
Los trabajos preferiblemente serán enviados en castellano, aunque también se admiten artículos en inglés.
3. Los trabajos se enviarán a la dirección de correo electrónico publicaciones@comtrabajosocial.com en formato Word (.doc o .docx), especificando en el asunto "envío publicación TSH- y añadir el contenido de la revista donde se desea publicarlo". Se deberá acompañar junto con la carta de presentación cuyo modelo está disponible en la página web www.comtrabajosocial.com/publicaciones.
4. El envío de los trabajos presupone, el conocimiento y aceptación de estas instrucciones así como de las normas editoriales.
5. La extensión del texto no deberá superar las 30 páginas a doble espacio, cuerpo de letra 12 Times New Roman. Cada artículo deberá incluir palabras clave (cinco) que identifiquen el contenido del texto, para realizar el índice general y un resumen introductorio de 5 ó 10 líneas.
6. El documento será enviado siguiendo el siguiente orden de página como archivo principal: En la primera página se pondrá el título del artículo, resumen y palabras clave. Preferiblemente en castellano y en inglés (la revista ofrece una traducción al inglés de todos los resúmenes). Nombre y apellidos de los autores. Nombre completo de la institución donde trabajan todos ellos, y selección de la persona responsable quien incorporará los datos de correspondencia (dirección postal, teléfono, fax, email). En la segunda página dará comienzo el texto.
7. El artículo irá acompañado, en otro documento aparte, de una carta de presentación, se adjunta modelo al final de la revista.
www.comtrabajosocial.com

**Instrucciones
a los autores**

8. Los manuscritos deberán ser inéditos. El firmante del artículo responde de que éste no ha sido publicado ni enviado a otra revista para su publicación. Si se tratase de un artículo ya publicado, esta circunstancia se hará constar en el trabajo y se remitirá acompañado de la autorización de la entidad correspondiente para su posible reproducción en Trabajo Social Hoy.

9. Todas las referencias de la bibliografía deberán aparecer citadas en el texto. Se evitará la utilización de notas a pie de página, así las referencias deberán aparecer en el cuerpo del texto. Se harán indicándose entre paréntesis el apellido del autor/a en minúsculas, seguido del año y página de la publicación (p.ej., Fernández, 2012: 23). Si dos o más documentos tienen el mismo autor/a y año, se distinguirán entre sí con letras minúsculas a continuación del año y dentro del paréntesis (García, 2008a). Los documentos con dos autores se citan por sus primeros apellidos unidos por "y" (Sánchez y Torre, 2010). Para los documentos con más de dos autores se abreviará la cita indicando solamente el apellido del primer autor seguido de "et al." (Payne et al., 2003). Cuando se cita a un autor ya citado en otro seguirá la siguiente estructura (Serrano, 2005 citado en Pérez, 2010).

10. Cuando se citen en un trabajo organismos o entidades mediante siglas, deberá aparecer el nombre completo la primera vez que se mencione en el texto.

11. Las referencias bibliográficas seguirán las normas APA, según el orden alfabético atendiendo al apellido de los autores. Si un autor tiene diferentes obras se ordenarán por orden cronológico. A continuación se exponen ejemplos de citas bibliográficas correctamente referenciadas:

- Para artículos de revista, p.ej.:

Deusdad, B., Moya, E.M., y Chávez, S. (2012). Violencia de género y mujeres migrantes en la frontera: el caso de El Paso, Texas. *Portularia*, *XII*, 13-21. Doi: 10.5218/PETS.2012.0002.

Si el artículo además tiene número D.o.i. se añade al final.

- Para libro completo, p.ej.:

Fernández, T., (2012). *Trabajo Social con casos*. Madrid: Alianza Editorial.

- Para capítulos de libro, p.ej.:

García, F.J., y Meneses, C. (2011). Los instrumentos de evaluación. En T. Fernández (Ed.), *Fundamentos del Trabajo social* (pp. 221-250). Madrid: Alianza Editorial.

- Para artículo en periódico o publicación masiva: si el artículo no tiene autor, a efectos del orden alfabético se considera por "crisis", p.ej.:

La crisis económica. (2012, Enero 27). *El País*, p.21.

- Para artículo en periódico o publicación masiva: si el artículo tiene autor, p.ej.:

Millás, J.J. (2012, Agosto 26). Dan ganas de morirse. *El País semanal*, p.11.

- Para informes o estudios seriados, p. ej.:

IMSERSO. (2009). *Informe 2008: Las personas mayores en España*. Madrid: Observatorio de personas mayores. IMSERSO.

- Para medios electrónicos en Internet, p.ej.:

INE (2011). *Encuesta Condiciones de Vida*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Extraído el 12 de enero, 2012, de <http://www.ine.es>.

Instrucciones a los autores

12. Los cuadros, tablas, figuras y mapas deberán presentarse en documento/hoja aparte, debidamente elaboradas e indicando su lugar en el artículo (Formatos: excell o jpg).

13. El Consejo de Redacción se reserva el derecho de rechazar los originales que no juzgue apropiados, así como de proponer al autor modificaciones y cambios de los mismos cuando lo considere oportuno.

14. El Consejo de Redacción de la revista Trabajo Social Hoy y el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid no se hace responsable de las opiniones y valoraciones que realicen los autores cuyos trabajos sean publicados.

Indicadores de calidad

Trabajo Social Hoy está presente en bases de datos nacionales e internacionales

LATINDEX
<http://www.latindex.unam.mx/>

DIALNET
<http://dialnet.unirioja.es>

Plataformas de Revistas

DICE
<http://dice.cindoc.csic.es/>

RESH
<http://epuc.cchs.csic.es/resh/>

Suscripciones y solicitudes

La revista Trabajo Social Hoy es una publicación cuatrimestral, que se distribuye gratuitamente a los colegiados de Madrid. Para obtener una información actualizada de cómo obtener la revista a través de suscripciones, privadas o institucionales, o cualquier aclaración relacionada con las mismas, por favor, consulte la página del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid:

www.comtrabajosocial.com.

Trabajo Social Hoy is a trademark registered in the Spanish Office of Patents and Trademarks, entry number 3028044/3.

<p>Subject matter and scope of the journal</p>	<p>Trabajo Social Hoy is a professional journal the purpose of which is to publish scientific studies and professional experiences related to Social Work. The journal's contents are targeted to the international community of people specialised in this field, in order to promote debate and the exchange of experiences and information related to the profession. The journal is the responsibility of the Professional Association of Social Workers of Madrid, which for twenty years has been publishing it regularly. Since 2004 it has been available in digital format.</p>
<p>Type of works accepted</p>	<p>The contents of the journal are divided into the following sections:</p> <p><i>Articles:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier. A special section included in some issues, consisting of several articles on a particular subject. ▪ Items of professional interest. Articles about research projects or reviews of books. ▪ Intervention and professional practice. Articles that describe intervention programmes, real cases and practical experiences. <p><i>Brief contributions</i></p> <p><i>Professional information</i></p>
<p>Selection process</p> <p>The selection of articles and other contents follows the protocol set forth below:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Texts are received at the following e-mail address: publicaciones@comtrabajosocial.com. They are to be accompanied by a letter of presentation in which the sender requests review of the article for publication in the appropriate section of the journal. It should be expressly mentioned that the work has not been published or disseminated elsewhere and that for purposes of publication it is being sent only to the journal Trabajo Social Hoy. The letter must be signed by the authors of the manuscript. 2. Upon receiving the original manuscript in electronic format, the secretary's office of the Professional Association of Social Workers of Madrid's publications department will confirm that the manuscript has been received, indicating, if necessary, any changes that must be made in the presentation format, in the event that the manuscript does not fulfil the requirements specified in the Instructions to Authors section. 3. After receiving the article, the secretary's office of the publications department will anonymize the texts, making sure that the authors' name and details are not visible during the manuscript's evaluation.

Selection process

4. The manuscript will be classified according to the sections indicated in the Type of Works Accepted section.
5. The first evaluation will be performed by a member of the Editorial Board. He or she will confirm the suitability of the manuscript's contents as regards the journal's subject matter and the submission's quality in general.
6. The member of the Editorial Board will propose two professionals externals referees, to do the next stage of review, which is also anonymous. This referee will read the manuscript and write up his or her comments and opinion regarding its quality, and forward them to the Editorial Board. Referees will have a period of one month to review and send, by e-mail, their considerations, which must be well-reasoned and constructive.
7. The Editorial Board will take into account the referee's opinion and recommendation as its make the final decision. The authors of the submission will be informed by e-mail of the acceptance or rejection of the article, and of the reasons justifying the decision.
8. There are four possible decisions:
 - a. Publication with no modifications.
 - b. Publication with minor modifications.
 - c. Proposal that the article be thoroughly revised by the authors prior to publication.
 - d. Rejection of the manuscript, proposing that it be reformulated according to the indications made by the reviewers.
 - e. Rejection of the manuscript.
9. Authors will be informed of the date of publication of their article, in the event that it is accepted.
10. The criteria used by the Editorial Board in making its decision are the following: originality, importance of the subject matter, presentation, quality of the writing.
11. At the end of each year the publications department will publish the statistics pertaining to the articles: number of articles received, the number accepted, the number rejected and the average time elapsing between acceptance and publication of each article.

Instructions to Authors

Before sending the manuscript, authors should confirm that the subject matter fits with the themes and contents of the journal. Manuscripts not having the appropriate subject matter can be rejected without evaluation.

1. The authors of articles that have been accepted for publication can also send a version in a language other than Spanish, and such translation will be published in the digital journal in PDF format.
2. The pages of the journal Trabajo Social Hoy are open to all types of contributions: articles on research conducted, systematic reviews of bibliography, reflective pieces, practical experiences, special collaboration projects and other sections, such as brief contributions or any text that may be of interest and meets the minimum requirements needed for publication. Preferably the articles will be sent in Spanish, but also allowed English articles. Preferably the article will be sent in Spanish, but also it will be allowed in English.
3. The works must be sent to the e-mail address publicaciones@comtrabajosocial.com in Word (.doc or .docx), specifying in the subject line "submission publication TSH" plus the contents of the issue number in which you wish to publish it. The submission must be accompanied by the letter of presentation, a form for which is available on the Association's web page, at www.comtrabajosocial.com/publicaciones.
4. By submitting the article, it is assumed that you understand and accept these instructions as well as the publication guidelines.
5. The manuscripts must be no longer than 30 double-spaced pages in Times New Roman, size 12. Each article must include a 5-10 line abstract and five key words that identify the contents of the text (to facilitate preparation of the journal's table of contents).
6. The manuscript must include the information and pages in the order indicated below, all in one file. On the first page will appear the title of the article, in Spanish, followed by: the abstract, also in Spanish; key words, preferably in Spanish and English (the journal provides an English translation of all abstracts); names and surnames of all the authors; full name of the institution in which the authors work; e-mail addresses of all the authors, with one of them also including correspondence details (postal address, telephone, fax). On the second page the text of the manuscript will begin.
7. The article will be accompanied, in a separate document, of a letter of presentation (please use the form provided on the web page, www.comtrabajosocial.com, and on this journal).

Instructions to Authors

8. The manuscripts must not have been previously published. The person signing the article will be held responsible for the article not having been published before or sent to another journal for publication. If the article has been published, this must be mentioned in the article, which should be accompanied by a document - issued by the appropriate body - authorizing its possible reproduction in Trabajo Social Hoy.

9. All the bibliographical references must be cited in the text. The use of footnotes is to be avoided, so references must appear within the text. Such citations must be inserted inside parentheses, indicating the surname of the author in upper case, followed by the year and page number of the publication, for example (Fernández, 2012: 23). If two or more references have the same author and year of publication, they will be distinguished from each other by lower case letters next to the year, inside the parentheses (García, 2008a). The documents with two authors will be cited using the two surnames linked by "and" (Sánchez and Torre, 2010). For references with more than two authors, the citation will be abbreviated, indicating only the surname of the first author, followed by "et al." (Payne et al., 2003). When the citation is of an author cited by another author, the following structure is to be used (Serrano, 2005 cited in Pérez, 2010).

10. When the article uses an acronym to refer to a body or group, the group's full name must appear the first time it is mentioned in the text.

11. The bibliographical references must follow the APA guide, in alphabetical order by author surname. If an author has more than one work, they will be listed in chronological order. Below are some examples of bibliographical references correctly cited:

- For journal articles:

Deusdad, B., Moya, E.M., y Chávez, S. (2012). Domestic Violence Against Migrant Women at the Border: The Case Study of El Paso, Texas. *Portularia, XII*, 13-21. Doi: 10.5218/PETS.2012.0002.

If the article also has a DOI (Digital Object Identifier), it is added at the end.

- For a complete book:

Fernández, T., (2012). *Social Casework*. Madrid: Alianza.

- For book chapters:

García, F.J., y Meneses, C. (2011). Assessment tools. In T. Fernández (Ed.), *Fundamentals of Social Work* (pp. 221-250). Madrid: Alianza.

- For an article in a newspaper or mass media publication: if the article has no author, for purposes of alphabetical order, the first important word is considered ("economic" in the example):

The economic crisis. (2012, Enero 27). *El País*, p.21.

For an article in a newspaper or mass media publication: if the article does have an author:

Millás, J.J. (2012, Agosto 26). It makes you want to die. *El País weekly*, p.11.

- For serial reports or studies:

IMSERSO. (2009). Report 2008: *Older persons in Spain*. Madrid: Observatory of elderly. IMSERSO.

- For electronic media in Internet:

INE (2011). *Living Conditions survey*. Madrid: National Institute of Statistics. Extracted January 12, 2012, de <http://www.ine.es>.

Instructions to Authors

12. The charts, tables, figures and maps should be submitted in a separate document or on a separate sheet. They must be suitably prepared and their location in the article must be indicated.

13. The Editorial Board reserves the right to reject the original works that it deems inappropriate, and also to propose modifications to them whenever it finds such changes necessary.

14. The Editorial Board of the journal Trabajo Social Hoy and the Professional Association of Social Workers of Madrid is not responsible for the opinions and judgements expressed by the authors whose work is published.

Quality indicators

LATINDEX
<http://www.latindex.unam.mx/>

DIALNET
<http://dialnet.unirioja.es>

DICE
<http://dice.cindoc.csic.es/>

RESH
<http://epuc.cchs.csic.es/resh/>

Subscriptions, advertising and requests

The journal Trabajo Social Hoy is a quarterly publication distributed free of charge to members of the Professional Association of Social Workers of Madrid. To receive updated information on how to obtain a journal by subscription, either private or institutional, or to clarify any other issue related to subscriptions, please consult the web page of the Professional Association of Social Workers of Madrid www.comtrabajosocial.com.

MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN

Este modelo de carta deberá ser adjuntado junto con el artículo enviado a la revista

Estimada Director/a de la Revista Trabajo Social Hoy:

Revisadas las normas de publicación y las instrucciones facilitadas en la misma, los autores consideramos que la publicación Trabajo Social Hoy es adecuada para la divulgación de nuestro trabajo, por lo que solicitamos se estudie su publicación en la sección:

- ⑨ Dossier
- ⑨ Temas de interés profesional
- ⑨ Intervención profesional
- ⑨ Reseñas

El **título** del artículo es _____ ,
y los **autores** del mismo son _____ .

La **persona encargada** de mantener la correspondencia con la revista es _____ .

con **institución** de referencia _____ .

Dirección postal _____ .

Tfo. _____ Email _____ .

Página web _____ .

Los autores del artículo certifican que este no ha sido previamente publicado en otro medio de comunicación, y que además no ha sido enviado a otra revista para su consideración.

Los autores se responsabilizan del contenido publicado, así como aceptan las modificaciones, que sean oportunas para la publicación del mismo, concluida su revisión.

Fdo.

Autores del artículo

MODEL COVER LETTER

This model cover letter should be sent with the article to the Journal

Dear Director of Trabajo Social Hoy:

Having read the author's instructions and analyzed the coverage of Trabajo Social Hoy, we believe that the Journal is appropriate for disseminating our work. We request that you take into consideration in the section:

- ⑨ Dossier
- ⑨ Matters of professional concern
- ⑨ Professional intervention
- ⑨ Reviews

The **title** of the article is _____,
and the **authors** are _____.

The **responsible person** for correspondence is _____.

Reference institution _____.

Postal address _____.

Tfo. _____ Email _____.

Web _____.

The authors certify that the article has not been published, in whole or in part, in any other medium.

The authors are responsible published content and accept the changes that are appropriate for the publication.

Fdo.

Authors

MODELO DE HOJA DE EVALUACIÓN PARA LOS ARTÍCULOS RECIBIDOS

EVALUACIÓN	Título del artículo:
	Fecha de envío al evaluador/a:
	Fecha de recepción del informe de evaluación en la Secretaría de la revista:

1. EL TÍTULO DEL ARTÍCULO

SE ADAPTA A LA TEMÁTICA DEL TEXTO.
ANALIZAR LA POSIBILIDAD DE CAMBIARLO.

2. EL RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Todos los artículos deberán tener un resumen y unas palabras clave. Las palabras claves no serán más de cinco y el resumen no deberá exceder de diez líneas. No es estrictamente necesario que el resumen esté en inglés.

El resumen debe ser una síntesis del artículo y deberá estar bien estructurado y realizado.

3. EL CONTENIDO DEL MANUSCRITO

Deberá ser un contenido original, novedoso e interesante para la temática de la publicación. Ver si la temática es adecuada con el alcance de la revista. La extensión de los trabajos no deberá superar las 30 páginas para el texto a doble espacio, cuerpo de letra 12 Times New Roman. La bibliografía, gráficos, tablas y anexos irán aparte (en otro documento adjunto o al final del artículo). Sugerir sección en la que poder incorporarlo. Añadir correcciones ortográficas y señalar los párrafos o frases que no se entienden o que no quedan lo suficientemente claros.

4. EXPOSICIÓN DE IDEAS

En el texto las ideas deberán estar bien planteadas siguiendo una estructura lógica. La redacción debe ser adecuada y fluida. Los epígrafes deben estar ordenados. El trabajo deberá estar metodológicamente bien planteado. Se deben exponer los resultados correctamente. Las conclusiones se deben ajustar al contenido del texto. La extensión de cada parte debe estar equilibrada.

5. LAS CITAS	
Comprobar que todas las citas que aparecen en el texto se adaptan a las normas APA, ver las normas de publicación de la revista, y que todas ellas aparecen en la bibliografía.	
6. LAS TABLAS Y LOS GRÁFICOS	
Deberán ser necesarios y aportan información relevante en el artículo. Tiene que tener título y fuente documental. Si es Tabla el título irá arriba, si es figura irá abajo. Deberán estar enumeradas. No deben tener erratas y los datos facilitados se deben visualizar con claridad.	
7. LA BIBLIOGRAFÍA	
En principio el autor deberá quitar los autores que no estén citados en el texto. Hacer sugerencias si procede con respecto a la amplitud o actualización de la misma. Comprobar que se cumplen las normas indicadas en las instrucciones facilitadas a los autores. Comprobar que los autores aparecen en orden alfabético.	
8. OTROS COMENTARIOS QUE SE QUIERAN AÑADIR A LA EVALUACIÓN	
Principalmente aspectos específicos del área o ámbito de intervención.	
9. DECISIÓN DEL EVALUADOR	
Puede publicarse sin modificaciones	
Puede publicarse con cambios menores	
Puede publicarse con cambios mayores	
Es necesaria una reelaboración del contenido para proceder de nuevo a otra evaluación	
Debe rechazarse	

REVIEW SHEET FOR EVALUATING ARTICLES

REVIEW	Title of article:
	Fecha de envío al evaluador/a:
	Date on which article is sent to reviewer::

1. TITLE OF ARTICLE

Confirm that the title fits subject matter. Analyse possibility of changing it.

2. ABSTRACT AND KEY WORDS

All articles must have an abstract and key words. The abstract must be no longer than ten lines and there should be a maximum of five key words. The abstract does not necessarily have to be in English.

The abstract should be a well-structured and well-written summary of the article.

3. CONTENT OF THE MANUSCRIPT

The content must be original, new and of interest to the publication. Check that the subject matter falls within the journal's scope. The manuscripts must be no longer than 30 double-spaced pages in Times New Roman, size 12. Suggest the journal section in which the article might be included. Correct spelling mistakes and point out paragraphs or sentences that are difficult to understand or are not sufficiently clear.

4. EXPOSITION OF IDEAS

The text should discuss the ideas in a clear manner, following a logical structure. The writing style should be appropriate and fluid. The sections should appear in a suitable order. The study should be well planned on the methodological level. Findings should be presented correctly. The conclusions should be faithful to the contents of the text. The various sections should be similar in length.

5. CITATIONS

Confirm that all the references appearing in the text follow APA format (see journal's publication rules) and that all of them appear in the bibliography.

6. TABLES AND FIGURES

They should be used only when necessary and when they provide information that is relevant to the article. They have to have a name and they must specify their source document. In the case of tables the title should appear above it, while in the case of figures it should appear below it. They must be numbered. They should contain no typos and the data provided should be easy to visualize.

7. BIBLIOGRAPHY

In principle the author must remove from the bibliography any authors that are not cited in the text. Make any suggestions that may be needed with regard to the breadth or the up-to-dateness of the bibliography. Confirm that the guidelines appearing in the instructions for authors have been met. Confirm that the authors appear in alphabetical order.

8. ANY FURTHER COMMENTS TO BE ADDED TO THE EVALUATION

These would be primarily aspects specific to the field or area of intervention.

9. REVIEWER'S DECISION

Can be published with no modifications

Can be published with minor modifications

Can be published with major modifications

Content needs to be reformulated and re-submitted for review

Article should be rejected

Hoja de suscripción

TRABAJO SOCIAL HOY

(precios vigentes desde el 1 de febrero de 2011)

NOMBRE (persona y/o entidad)

DIRECCIÓN

LOCALIDAD

PROVINCIA

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

E-MAIL

FECHA

OBSERVACIONES

COSTE DE SUSCRIPCIÓN A LA REVISTA

3 números cuatrimestrales

Trabajadores/as Sociales de otros Colegios Profesionales y/o estudiantes acreditando dicha condición	Organismos/ Entidades	Resto	Extranjero
30 €	44 €	40 €	52 €

FORMA DE PAGO

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

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

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

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

O por Fax: 91 522 23 80, o descargando documento en www.comtrabajosocial.com

Firma del suscriptor

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

Sumario | Contents

Presentación | Presentation

Artículos | Articles

Dossier: Trabajo Social con Familias | Dossier: Social Work with Families

Rompiendo la hucha familiar: Estado de Bienestar y familia en España, en un escenario de crisis sistémica
Breaking the Family Piggy Bank: the Welfare State and families in Spain, in a situation of systemic crisis
Sergio Andrés Cabello y Laura Ponce de León Romero Págs.7-20

La influencia de la familia en el desarrollo y adquisición de actitudes violentas y agresivas en la infancia y juventud | *The influence of family in the acquisition and development of violent and aggressive attitudes during childhood and youth*
Concepción Castro Clemente y Francisco Javier García Castilla Págs.21-30

Aborto despenalizado en Uruguay: La nueva Ley y los desafíos para el Trabajo Social
Decriminalized abortion in Uruguay: The new Law and new challenges for the field of social work
Sergio Maglio Dudois Págs.31-38

Interés profesional | Professional interest

Teorías éticas en el Trabajo Social: Cuestionario de Autoevaluación ética (C-AE)
Ethical Theories in Social Work: Ethical Evaluation self-test (EES-T)
Francisco Idareta Goldaracena Págs.39-56

Intervención profesional | Professional intervention

Estudio del funcionamiento del Servicio de Ayuda a Domicilio en Majadahonda
Study on the functioning of the Home Assistance Service in Majadahonda.
Paula García Martín Págs.57-80

Adicciones que dificultan las tareas profesionales | *Addictions that interfere with work*
Mirentxu Marín Malo Págs.81-96

Reseñas | Reviews

Título del libro: Diccionario de Trabajo Social | *Book title: Dictionary of Social Work*
Autores: Tomás Fernández, Rafael de Lorenzo y Octavio Vázquez
Reseña realizada por Manuel Gil Parejo Págs. 97-98

Información profesional | Professional information

Los representantes de los trabajadores sociales de los países más afectados por las políticas de austeridad se reúnen en Bruselas | *The representatives of social workers from the countries most affected by austerity measures meet in Brussels* Págs. 99-100

Informe sobre los Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid | *Report on Social Services in the Community of Madrid* Págs. 101-132

Privatización de los Servicios Sociales de Atención Primaria | *Privatisation of Primary Social Care Services* Págs. 133-136

Aportaciones del COTS Madrid desde el Trabajo Social Sanitario para la sostenibilidad del sistema sanitario madrileño | *Contributions by the Professional Association of Social Workers of Madrid, from the Social Work in Healthcare Settings sector, regarding the sustainability of Madrid's healthcare service* Págs. 137-144

Celebración del Día Mundial del Trabajo Social 2013: Promoviendo la igualdad social y económica | *Celebrating World Social Work Day 2013: Promoting Social and Economic* Págs. 145-146

Trigésimo Aniversario del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid
Thirtieth Anniversary of the Professional Association of Social Workers of Madrid Págs. 147-150