

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, 1993, VOL 2, Nº 5.

EL Discurso Comunitario: Del Cambio a la Resignación

The Community discourse: From Change to Resignation

Miguel Angel RODRIGUEZ RUIZ

Psicólogo. Delegación Provincial de Trabajo de Sevilla.

Programa de Solidaridad para la Erradicación de la Marginación y la Desigualdad en Andalucía.

INDICE TEMÁTICO

PALABRAS CLAVE

ABSTRACT

KEY WORDS

SUMARIO

INTRODUCCION

EL CAMBIO DE MAQUILLAJE

ADAPTABILIDAD Y CAMBIO SOCIAL

DE NUEVO LA NEUTRALIDAD: DESPOLITIZACION

BIBLIOGRAFIA

LEGISLACION CONSULTADA

RESUMEN

En la última década, han sido publicados en nuestro Estado, innumerables artículos y textos en relación a la intervención comunitaria. Tanto a nivel teórico como metodológico existe un consenso general en torno a los modelos a aplicar, marcos teóricos, roles del psicólogo y otros trabajadores sociales así como sobre los pilares básicos por los que deba caminar el interventor social.

Sin embargo, a nuestro juicio, existe una auténtica disociación entre teoría y práctica, entre lo que se dice y lo que se hace, es decir, entre lo que podemos denominar **roles intencionales** y **roles operativos** del interventor.

Este artículo trata de analizar la viabilidad del discurso comunitario en el marco de las administraciones públicas, del trabajo público. Se intentará descifrar, quizás a veces desde planteamientos no exclusivamente psicológicos, algunas de las claves del estancamiento actual del modelo propugnado en la última década. Bien entendido que no se trata de invalidar modelos o teorías sino de reconducir el discurso comunitario hacia posiciones más coherentes y comprometidas con su propia razón de ser.

PALABRAS CLAVE

Intervención social. Estado del Bienestar. Cambio social. Despolitización. Modelo comunitario. Programas sociales.

ABSTRACT

During the last decade numerous articles and textbooks on social and community intervention have been published in our country. At a theoretical and methodological level there seems to be a general consensus on the models to be applied, on the theoretical standards. on the roles of the social supervision should rely on.

However, in my opinion, there is a real dissociation between theory and praxis, between what is said and what is done, i. e, between what we can designate as intentional and operative roles of the supervisor.

This article attempts to analyze the viability of the community discourse with the public administration as referencial framework Likewise, this article intend to pinpoint, and not only from a psychological point of view the keys to the stagnation of the model supported in this last decade. It should be emphasized that its purpose is not to invalidate theories or models, but to redirect the community discourse towards more commuted positions with their own goals.

KEY WORDS

Social Intervention. Social Change. Welfare State. Depolitization. Social Programs. Community Model.

**"Una sociedad que carece de sueños,
está condenada a revolcarse en el fango".**

Aldous Huxley

Recordaremos, allá por los años 80, una urgente necesidad en la búsqueda de nuestra identidad profesional, proceso ilusionante, aunque demasiado árido y en cierto modo frustrante. Urgía una rápida y firme oposición al *modelo clínico* imperante. Prueba de ello, fue la gran cantidad de encuentros profesionales que tuvieron como tema monográfico *el concepto de intervención, los estilos del interventor, los roles en el equipo, etc.*

Junto a estas circunstancias, desde otros foros, principalmente del mundo académico, se nos ofrecían machaconamente sus reflexiones teóricas las cuales sirvieron de orientación a nuestras, por aquel entonces, improvisadas y nada sistemáticas intervenciones. De este modo, hacían su "aparición" conceptos como *cambio social, redes y sistemas sociales, interdisciplinariedad, multidisciplinariedad, etc.*, y hasta algunos más osados se atrevieron a conjugar la psicología comunitaria con ciertos *planteamientos socio-políticos* (Blanco, A 1985, 1987; Barriga, S. 1984; Costa, M. 1987; Montero, M. 1984; Marín, G. 1980; San Martín, H. 1982; Sánchez Vidal, A. 1985).

Como correspondía a nuestra juventud y a la frescura de nuestras ideas políticas fuimos asumiendo e incorporando a nuestro lenguaje dichos postulados básicos. Teníamos por aquel entonces el listón muy alto, ejercicio profesional y compromiso político se daban la mano, desterrando aunque con cierta eventualidad *la falacia del Sistema sobre la neutralidad científica*. El valor de lo utópico, que no de lo imposible, parecía corresponderse con las ideas de cambio y con la puesta en práctica de las incipientes políticas sociales en nuestro Estado. Junto a todo esto, los primeros psicólogos entraban a formar parte de las ofertas de empleo en las distintas administraciones públicas, y con mayor o menor fortuna se ocupaban cargos de cierta responsabilidad y poder de decisión.

Ante esta panorámica podrían esperarse grandes logros, y aún reconociendo el esfuerzo legislativo en materia de política social y ciertas transformaciones estructurales y organizativas con las que nos identificamos plenamente, asistimos a una regresión del discurso comunitario.

El quehacer del interventor comunitario debe dirigirse por los senderos del cambio social con la comunidad como propio elemento de transformación y actuando como mediador y/o catalizador de dichos procesos de cambio.

Por otra parte, aún no existiendo un pleno consenso en cuanto a los roles intencionales del psicólogo comunitario y del interventor social, podemos identificar los siguientes: *1. Analista de problemas y sistemas sociales; 2. Diseño, planificación, organización y dinamización de programas interventivos; 3. Implementación de dichos programas; 4.*

Evaluador de problemas y necesidades (Sánchez-Vidal, 1988, p. 323).

Llegados a este punto, consideramos necesaria la confrontación de todas estas ideas con lo realmente operativo, con lo que para bien o no, estamos ejecutando diariamente. Este es uno de los objetivos de este artículo. Pensamos que desde esta confrontación podemos discernir qué elementos, factores y circunstancias están incidiendo negativamente en el discurso comunitario. En definitiva, la eterna dicotomía entre teoría y práctica.

EL CAMBIO DE MAQUILLAJE

Vamos a intentar una descripción general sobre el grado de desarrollo de dos sistemas centrales en toda política social: Servicios sociales y Servicios de salud.

Especificaremos las principales disfunciones existentes. Bien entendido que, de manera especial, nuestro abordaje se centra en un territorio concreto: la provincia de Sevilla. Aunque no sería aventurado pensar en que, dichos desajustes sean comunes a otras zonas de nuestra comunidad autónoma.

a) Servicios Sociales

Ciñéndonos, en un primer momento, a los servicios sociales comunitarios (S.S.C.C.), son cuatro los programas o servicios básicos que deben gestionar las prestaciones correspondientes:

- Programa de trabajo social de Zona, que garantiza la prestación básica de Información y Orientación.
- Programa de Familia y Convivencia, para las prestaciones básicas de Ayuda Domiciliada y Alojamiento.
- Programa de Inserción Social relacionado con la garantía de la prestación de Inserción.
- Programa de Participación Social, para promover y canalizar adecuadamente la responsabilidad social y las manifestaciones de solidaridad ante las situaciones de necesidad.

El primer programa reseñado asume la mayor amplitud y consiguientemente, es el que ocupa el mayor tiempo disponible de los equipos. La inexistencia en nuestra provincia y comunidad autónoma de una red integradora de información, la escasa sistematización de documentos para recoger, almacenar, ordenar y analizar la información hacen de este programa el principal elemento bloqueador del sistema público. "Su estatismo sistemático imposibilita la aparición de flujos y canales de información estables y eficaces. El sistema se encuentra sin capacidad de respuesta a la inclusión de nuevos elementos" (Rodríguez Ruiz, 1991, p. 68); y, precisamente, al ser este programa la puerta de entrada del ciudadano al sistema, el bloqueo en la gestión de los centros de servicios sociales parece inevitable.

En mayor medida es asumido por trabajadores sociales que intentan por todos los medios a su alcance -más bien escasos la resolución y/o derivación del mayor número de casos posibles.

Este programa tiene una importancia vital en el ulterior desarrollo de otras prestaciones.

Es, por tanto, absolutamente imposible el progreso integral de las diversas actuaciones del equipo sin un tratamiento sistemático en la recepción, almacenamiento, canalización y aprovechamiento informativo, tanto referido a lo que el centro recibe como a lo que produce. Siendo escasos los intentos de sistematización informativa por parte de los órganos responsables de las distintas administraciones públicas y la supremacía que se hace de los criterios de valoración política sobre los técnicos, es admisible pensar que, cualquier análisis sobre las necesidades y problemas poblacionales basado en este caótico sistema informativo, carezca de la suficiente lógica evaluativa como para ser considerado riguroso y fiable.

Asimismo, puede constatarse, la carencia en nuestra provincia, de Programas de Inserción y Participación Social. Los escasos intentos quedan referenciados a acciones muy aisladas sin un marco contextual válido para una intervención con base comunitaria. Algunos de los programas sobre prevención de drogodependencias pueden ejemplificar nuestras aseveraciones. Se actúa de forma aislada sin conexión con otros equipamientos y servicios, tanto propios como ajenos, y con una metodología y un entendimiento del problema más cercano a estamentos dirigidos al control/represión que al bienestar social.

Podría argüirse la inexistencia de estos programas en base a su no necesidad; nada más lejos de la realidad si tenemos en cuenta, por ejemplo, los datos concernientes al Programa de Solidaridad para la Erradicación de la Marginación en Andalucía (1991), gestionado por la Junta, y en donde pueden observarse la existencia de un volumen importante de zonas de marginación en determinadas provincias andaluzas; Por lo que en estas circunstancias los programas de inserción participación social tendrían plena justificación.

La ausencia de programas de inserción social en la red de servicios sociales obstaculiza, no sólo, los tratamientos y ayudas psicosociales básicas a personas/grupos/familias en situación de vulnerabilidad y deprivación sino que coartan la perspectiva comunitaria en cuanto al método y al fin último de los equipos de intervención. La precariedad en la que se encuentran los grupos de autoayuda, las dificultades por las que atraviesa el voluntariado, no institucional, y los impedimentos a la puesta en práctica de los órganos formales de participación recogidos en la Ley Andaluza de Servicios Sociales, son síntomas evidentes de la desorganización en la que se encuentran este tipo de prestaciones.

Por último, en la ayuda domiciliaria si bien se constata un avance importante, corre el peligro de convertirse en apoyo exclusivamente doméstico olvidándose los aportes educacionales y psicosociales tan decisivos.

No sería justo, en ningún modo, cargar las tintas sobre los equipos -de base cuestionando su profesionalidad. Nada más lejos de nuestra intención. Son tan numerosas y graves las disfunciones que pueden observarse en las estructuras y organización del sistema público de servicios sociales (S.P.S.S.), que demasiado hacen los equipos en intentar la derivación del mayor número de casos a otros servicios confiando en su resolución.

Estamos de acuerdo en afirmar que "el usuario no es actor social y no le alcanza el concepto de ciudadano. El método pasa a ser prestacional, es decir, el servicio social pasa a ser considerado el espacio de la racionalidad, de modo que por ser el garante de las prestaciones sociales, reclama para sí el protagonismo de la acción y el reconocimiento de que es, el que consigue hacer sujetos sociales..." (Renes, 1990, p.

38).

A nuestro juicio, el modelo actual del S.P.S.S. contiene en la práctica las características del modelo benéfico siendo la pasividad, la nula participación ciudadana la indefensión comunitaria ante las decisiones técnicas (véase Memoria del Defensor del Pueblo Andaluz, 1991), e incluso la falta de equidad en la distribución de los recursos (véanse Planes Provinciales de Servicios Sociales) sus notas más peculiares. Por tanto "no es suficiente declarar el rechazo del tratamiento como orientación metodológica, para que estemos en presencia de una metodología ligada a la transformación social" (Renes, 1990, p. 39). A nuestro parecer, estamos adjudicando el rótulo de comunitario y de cambio social a prácticas y planificaciones absolutamente incapaces de fomentar bienestar y desarrollo.

Si la situación para el psicólogo y el interventor social en los S.S.C.C. es extremadamente delicada, en los especializados se llega al límite de lo aceptable.

Dada la evidente dificultad de analizar cada ámbito de actuación específico, nos proponemos describir las circunstancias que rodean la intervención en infancia/familia como botón de muestra que pueda clarificar -sin ello es aún posible la situación actual de los servicios sociales de infancia en nuestra comunidad autónoma.

1. Inexistencia de proyectos y programas específicos en donde insertar las actividades relacionadas con el diseño, planificación y evaluación de actividades.

A tres años vista de la creación de la Consejería de Asuntos Sociales, aún no se tienen perfiladas las líneas maestras estratégicas de la política social dirigida a la infancia. Resultando de ello la cronificación de situaciones de marginalidad y exclusión difícilmente reversibles.

La ausencia de programas concretos de actuación -malos tratos, acogimiento familiar, internamiento, etc.- impiden una clara posición de los profesionales frente al objeto y fin último de las intervenciones sociales. Y cuando nos referimos a dicha ausencia, queremos destacar la escasa fiabilidad, validez y pertinencia de las actuales intervenciones al carecer de los mínimos criterios evaluativos.

El concepto de cambio social se convierte así en una auténtica falacia y todo parecido con el paradigma comunitario es casual o libresco.

2. Una absoluta dejadez técnica y política en torno al papel que deben jugar los equipamientos dirigidos especialmente a la infancia en el S.P.S.S.

Sirvan como ejemplo los siguientes datos: a) desde el año 1991, Sevilla sólo cuenta con dos centros propios de internamiento, de 15/20 plazas cada uno; b) ambos carecen de un plan de centro; c) la plantilla actual es absolutamente deficitaria en el nivel de dirección y educativo; d) la duración de internamiento ronda el año y medio; e) se carece de planes de intervención respecto a los menores internados y sus familias; f) por último, se continúa con la tradicional descoordinación con otros niveles, tanto del propio sistema -comunitarios- como ajenos -educación, salud, etc.-

3. Organigramas férreamente jerarquizados que obstaculizan no sólo los sistemas de coordinación horizontal entre los profesionales sino también la inclusión de elementos participativos en las actuaciones.

El abuso de la supervisión directa se convierte en un elemento distorsionador de las relaciones interdisciplinarias tan necesarias en estos ámbitos. Los sistemas de normalización y formalización del trabajo llegan a tales extremos, que la toma de decisiones que necesariamente deban realizar los equipos se desvirtúa desde el momento en que el espacio de tiempo entre la decisión y la ejecución puede alcanzar una duración infinita.

4. Supremacía del enfoque judicial como garante del bienestar comunal en detrimento de otros enfoques más comprensivos con la realidad sobre la que se incide.

En definitiva, y ante este cúmulo de circunstancias, los psicólogos y otros trabajadores sociales quedan relegados a la ejecución de funciones y tareas administrativas de cierta cualificación sin posibilidad real de acciones que desborden lo estrictamente burocrático.

Sólo son factibles, por tanto, determinadas intervenciones -individuales, microgrupales, etc.- sobre aspectos aislados, y en donde tiene más valor la opción personal del técnico que el propio fin al que tendría que servir la institución pública.

b) Servicios sanitarios de atención primaria

Es quizá, el ámbito que más expectativas ha creado en torno a la aplicabilidad del discurso comunitario. Después de unos comienzos -reforma sanitaria, atención primaria, reforma psiquiátrica, etc. muy alentadores, asistimos desde 1989 a un evidente estancamiento.

Aún cuando los psicólogos no formen parte de los equipos de atención primaria (E.A.P) las aportaciones tanto de la psicología social como de otras disciplinas son patentes. En este sentido, la inclusión de variables psicosociales en el estudio del proceso salud/enfermedad han dado consistencia al cambio de perspectiva que, teóricamente, deba llevarse a cabo desde 1978 con la declaración de Alma-Ata. Algunas de las aportaciones de la psicología comunitaria se relacionan con los siguientes aspectos: Investigación epidemiológica de salud de cada comunidad; prevención, promoción y educación para la salud. Diseño de programas Preventivos así como inclusión de metodologías y técnicas de intervención comunitaria a nivel grupal e institucional; en la participación comunitaria, implicando un cambio de actitud y desempeño del rol de los profesionales sanitarios; en el trabajo en equipos interdisciplinarios así como en las acciones formativas, recogiendo aportaciones de la psicología social y grupal (Duro, 1989, p. 281).

Sin embargo, sería ingenuo creer en la inclusión operativa de estos extremos en la actual organización sanitaria. Será, por tanto, necesario considerar las siguientes disfunciones:

- Deficiente distribución territorial de los equipos de atención primaria.

Este elemento da lugar a sobrecarga asistencial en bastantes zonas básicas urbanas, mientras que otras, generalmente rurales, se encuentran desprovistas de la suficiente demanda. Se obliga, por tanto, a aquellos E.A.P, a volcarse en mayor medida en la asistencia, abandonando los aspectos básicos de la intervención comunitaria.

- Ausencia del necesario protagonismo comunitario.

La marginalidad de las acciones encaminadas a la prevención y promoción de la salud

-educación para la salud en centros docentes, planificación familiar en ámbitos juveniles, enfermedades de transmisión sexual, etc.-, facilita las tendencias a mecanizar los programas, evitando un replanteamiento a partir de la toma en consideración de las variables implicadas en cualquier acción preventiva. Un ejemplo lo tenemos en los programas de salud escolar, y planificación familiar. Anualmente pueden modificarse determinados aspectos relacionados con indicadores de eficacia, eficiencia, etc., olvidando los elementos necesarios de vinculación con la participación activa de los usuarios en dichos programas y de las organizaciones comunitarias (véanse Memorias de Gestión del Servicio Andaluz de Salud, 1989, 1990, 1991). Esta ausencia de actitudes y cauces participativos orienta ciertos aspectos de las intervenciones hacia terrenos política y técnicamente especulativos.

El nulo desarrollo de lo legislado por parte del poder político en el terreno de la participación comunitaria, es fiel reflejo de la, aún escasa, sensibilidad social de que hacen gala la mayoría de los responsables públicos así como uno de los motivos que creemos, puede acrecentar la pérdida de credibilidad de las propias instituciones.

Más representativas que nuestras palabras sean, sin duda, las de Antonio de la Cuesta Díaz, director (ex) durante 10 años del hospital más grande de Andalucía, "los usuarios padecen una insatisfacción, que tiende a la cronicidad, derivada de que sus necesidades sentidas en cuanto a su salud, salvo que sean prioritarias o de extrema gravedad, no son atendidas en tiempo". Y continua diciendo . su participación, como les corresponde según la Ley General de Sanidad en el sistema sanitario, puede rayar la utopía". Por último señala, "como gestor durante 10 años puedo dar fe que con ingenio, sacrificio y participación es posible salir de la mediocridad en la sanidad pública. Dí por sentado que la voluntad política era esa. Craso error el mío, me equivoqué no existe" (El Correo de Andalucía, 25/11/92, p. 25).

Por último, si atendemos al grado de desarrollo de los órganos de participación previstos en la legislación estatal y autonómica, nos encontramos con la desagradable sorpresa de la inexistencia en su funcionamiento del Consejo Andaluz de Salud, Consejos provinciales, Consejos de Areas hospitalarias, y Consejos de Zonas Básicas de Salud.

- Dificultades para el trabajo y formación en equipo. Conflicto de roles y competencias.

Todos, a nivel teórico, hemos hablado maravillas del trabajo en equipo y de la formación continuada como instrumentos necesarios para el trabajo comunitario en salud. Sin embargo, la ausencia de espacios y tiempos adecuados, la formación previa de los profesionales, y las propias estructuras organizativas de los centros de salud sean quizá los factores más importantes a considerar.

Respecto a las acciones formativas, si bien es cierta la existencia, en estos centros, de grupos de formación, no por ello pueden considerarse ni tan siquiera multiprofesionales dado el carácter elitista y restringido de dichos grupos.

En definitiva, si tuviéramos que realizar un somero diagnóstico de los servicios sanitarios tanto de atención primaria como de salud mental -si bien éstos tienen una problemática especial- resaltaríamos los siguientes aspectos:

Saturación asistencial.

Dificultades de coordinación con otros niveles de atención.

Poca dedicación a actividades capaces de modificar la demanda como son la formación continuada, educación para la salud, etc.

Indefinición de roles profesionales y competencias.

Dificultades para trabajar en equipo.

Falta de conciencia de que el principal agente de salud es la comunidad.

Impedimentos políticos y técnicos a la participación comunitaria.

Disparidad del modelo propugnado con respecto a la capacidad de atención de los distintos equipos y la realidad.

Desajustes, aún hoy vigentes, en relación al principio de equidad, el cual debe presidir cualquier acción, programa o plan sanitario.

ADAPTABILIDAD Y CAMBIO SOCIAL

Si fuera posible determinar algún concepto por el cual se estableciesen diferencias entre el modelo clínico de intervención psicológica y el modelo comunitario, este sería, sin lugar a equívoco, el de CAMBIO SOCIAL.

En este sentido, "no es extraño, pues, que en algunos momentos se haya concebido a la psicología comunitaria como una psicología del cambio social, como una psicología que persigue la modificación de aquellas estructuras sociales que estén deteriorando el bienestar (Blanco, 1988, p. 30). Dicha modificación incluye los niveles de análisis interindividual, intragrupal, y fundamentalmente el nivel de planteamientos ideológicos o categorial.

Sin pretender ser exhaustivos en el significado del concepto de cambio social, consideramos que se refiere "a la modificación de las estructuras de un sistema social" (Sánchez-Vidal, 1988, p. 161); que lleva implícito un proceso de cuestionamiento cultural (Saransón, 1974); y que hace referencia a "sucesivas diferencias en el tiempo de alguna relación norma, funcionamiento, estatus o estructura (Nisbet 1976, p. 13). Respecto a los destinatarios del cambio, resulta evidente que moviéndonos a un nivel mesosocial, son las comunidades más desfavorecidas las principales destinatarias, sin perjuicio de que cualquier transformación afecte a un amplio espectro de población (nivel macrosocial).

Desde estos ejes, ¿podemos afirmar que, en su conjunto, las estrategias que en política social se han llevado a cabo, sean facilitadoras de verdaderos CAMBIOS SOCIALES?, ¿promueven el desarrollo, la competencia y el bienestar comunal?

Después del boom económico de la primera mitad de los 80', podría pensarse en una ampliación de los beneficios sociales, en una mayor redistribución de la riqueza, una reducción del número de hogares pobres, etc. Sin embargo, los indicadores socioeconómicos actuales obligan -desde ideologías liberales- a un retraimiento de los sistemas de prestaciones sociales, y consecuentemente, a una agudización de la desigualdad de carácter progresivo. Se prima, por tanto, desde estos parámetros

ideológicos lo individual y privado sobre lo colectivo, restringiendo las demandas sociales de los más desfavorecidos y de lo cual el discurso comunitario, desgraciadamente, no ha sido ajeno. Muchas son las víctimas del Estado del Bienestar, y muchos interventores sociales hemos sido sus beneficiarios.

El discurso comunitario ha renunciado, con demasiada rapidez, a sus raíces. Hemos conseguido tal grado de adaptabilidad al statu quo que se ha eliminado algo fundamental: el elemento reivindicativo.

Desde nuestro punto de vista, en dicha renuncia, los técnicos hemos tenido buena parte de responsabilidad, tanto los dedicados al diseño y planificación de programas sociales como los profesionales de base. El cambio propugnado desde el movimiento comunitario no tiene ningún sentido sin una clara posición política, individual y colectiva, de los profesionales implicados. No es de recibo hablar de cambio social, de transformación, etc., sin un previo acuerdo sobre la amplitud, dirección y maniobras del cambio. En este sentido, habría sido mucho más coherente indicar, que los interventores sociales deban preocuparse de transformaciones exclusivamente individuales y/o microgrupales, y que por tanto, en los niveles macrosociales no serían competentes, que introducir a nivel teórico toda una constelación de ideas pseudoanarquistas que sólo sirven para ocultar posturas, quizá "inconscientes", de connivencia con aquellos poderes que promueven y fomentan la marginación.

Hoy, quizá siempre, el discurso comunitario carece de independencia, de la suficiente objetividad, para decidir el cómo, cuándo, y dónde se interviene. A nuestro juicio, creemos, que desde el momento de su absoluta y radical subordinación a las reglas que configuran la actual organización administrativa, el movimiento comunitario puede darse por muerto. En la actualidad, no estamos tan alejados de aquel otro modelo -clínico- que criticábamos y rechazábamos por ineficaz y obsoleto.

DE NUEVO LA NEUTRALIDAD: LA DESPOLITIZACION

Otro aspecto de indudable valor, y que supuso una modificación en la concepción tradicional de la intervención fue, el de la desaparición de la neutralidad: politización del actuar.

La obligación del interventor a realizar opciones ideológicas que fueren su compromiso político-social es defendible por coherencia interna con el modelo propuesto.

Es, y ha sido, una de las referencias básicas para establecer diferencias con el modelo clínico. Difícilmente, en el momento actual, pueda creerse en una politización del discurso comunitario. Muy al contrario, "al psicólogo social (léase interventor social) fácilmente se le pretende convertir en un técnico despersonalizado, desemplificado, en su relación con el individuo/grupo. Y sin embargo, sabemos que la intervención necesariamente implica al que la realiza" (Barriga, 1984, p. 12). Este mismo autor prosigue, "además, ya que el psicólogo social interviene cuando existe conflicto (a petición de los clientes) o para generar conflicto (en acto de militancia política), en ambas situaciones desaparece la supuesta neutralidad del interventor social". Estas ideas expresadas en el año 1984, adquieren hoy, absoluta vigencia y actualidad.

Parece como si, la simple implantación de unas mínimas prestaciones sociales conformara a la mayor parte de los profesionales implicados en los asuntos sociales. Efectivamente, dicho -conformismo lo creemos cierto. Y no sólo se explicita en aspectos de fondo -génesis de los programas- sino también en los formales -lenguajes-.

Referente a los primeros, observamos una tendencia, cada vez mayor, a dotar a las intervenciones sociales de cierta tecnología que llevada a sus últimos extremos puede resultar engañosa. Nos referimos, a la actual obsesión por los diseños, planificaciones y evaluaciones magistrales. Y no es que estemos, en absoluto, en desacuerdo con una correcta planificación y gestión, más bien al contrario. Creemos que son requisitos fundamentales para el avance de las políticas sociales. A lo que nos negamos son, a los diseños y planificaciones pretendidamente asépticas, parcheantes, carentes de un mínimo sentido participativo (¿democrático?, y que, en definitiva, apoyan a políticas estructurales de corte individualista y desmovilizador.

Los aspectos formales también resultan significativos. Hemos desterrado de nuestro lenguaje algunos conceptos que, a nuestro entender, continúan vigentes, como conciencia y lucha de clases, izquierda y derecha política, democracia real, etc., sustituyéndolos por otros menos comprometidos con la ideología imperante en Europa.

Estos aspectos que señalamos en tomo a lo que, entendemos por avance de la neutralidad en las intervenciones, también son aplicables a ciertas actitudes de los propios colegios profesionales. Sirva como ejemplo, el documento sobre "funciones del psicólogo en el sistema sanitario" (varios, 1992), elaborado por las dos delegaciones andaluzas del Colegio Oficial de Psicólogos, que si bien establecen los criterios adecuados para la inserción del psicólogo en los equipos y en la globalidad de la organización sanitaria, carece de referencias explícitas en torno al papel que deben jugar los profesionales en el desarrollo y promoción de la participación comunal así como al rol político que, necesariamente, debe conllevar el trabajo en el ámbito de la salud.

En definitiva, pensamos que las estrategias llevadas a cabo, en estos últimos años, por el poder político con la consiguiente invertebración y desmovilización de la sociedad civil, y de las cuales los profesionales no estarnos al margen, han minado los escasos elementos de choque que tenía el discurso comunitario. Sea por intereses personales y/o colectivos la verdad es que, dicho discurso, ha transformado el CAMBIO -como desarrollo utópico- por la RESIGNACION -como forma de alienación-, y muchos profesionales hemos perdido buena parte de algo muy importante para avanzar la ilusión La respuesta a la pregunta ¿Qué hacer? debe ser el debate de los años 90.

BIBLIOGRAFIA

BARRIGA, S. (1984): El compromiso político del psicólogo social. Apuntes de Psicología, n.º 8, pp. 9-13. Sevilla.

BARRIGA, S. et al. (1987): Intervención psicosocial. Ed. Hora. Barcelona.

CONCEPTOS BASICOS DEL BIENESTAR SOCIAL. Seminario Taxonómico del Colegio de

Políticas y Sociología, Colegio Nacional de D. y L en Ciencias Políticas y Sociología Madrid, 1987.

COTARELO, R (1992): Política social y racionalidad del mercado. En F. Alvarez Uría (ed.). Marginación e Inserción, 37-54. Ed. Endymión. Madrid.

DURO, J. C. (1988): Ambitos de Aplicación. En A Martín y otros (eds.). Psicología Comunitaria Ed. Visor. Madrid.

NISBET, P, et al. (1979): Cambio Social. Ed. Alianza. Madrid.

RENES, V. (1990): Métodos de intervención social: algunas preguntas. Documentación Social n.º 81, pp. 35-52. Madrid.

RODRIGUEZ RUIZ, M. A. (1991): Factores que condicionan la praxis de los equipos de intervención en las instituciones de menores. Revista de Treball Social n., 122, pp. 66-75. Barcelona.

SANCHEZ-VIDAL, A (1988): Psicología Comunitaria: bases conceptuales y métodos de intervención. Ed. PPU. Barcelona.

SANCHEZ-VIDAL, A (1988): Roles y formación del psicólogo comunitario. En A. Martín y otros (eds.).- Psicología Comunitaria Ed. Visor. Madrid.

ZAX, M. (1978): Introducción a la Psicología de la Comunidad. Ed. El Manual Moderno. México, D. F.

LEGISLACION CONSULTADA

- Constitución Española de 1978 de 17 de diciembre. (B.O.E. de 29 de diciembre.)
- Estatuto de Autonomía. Ley Orgánica 6/1981 de 30 de diciembre. (B.O.E. de 11 de enero de 1982.)
- Ley General de Sanidad, 1411986, de 25 de abril. (B.O.E. de 29 de abril de 1986.)
- Ley del Servicio Andaluz de Salud, 811986, de 4 de abril. (B.O.J.A n.º 41, de 10 de mayo.)
- Ley Andaluza de Servicios Sociales 8/1988. de 4 de abril. (B.O.J.A, n.º 29, 12 de abril.)
- Decreto 195185 de 28 de agosto, sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria en Andalucía (B.O.JA n.o 89, de 14 de septiembre.)
- Orden de 2 de diciembre de 1985, por la que se aprueba el reglamento general de Organización y funcionamiento de los Centros de Atención Primaria (B.O.J.A nº 90 de 19 de septiembre.)