



Arxiu històric FUNDACIÓ JAUME BOFILL

Estudio de programación de un centro médico-psico-pedagógico piloto para l'Hospitalet de Llobregat

Joan Josep Artells
Ezequiel Baró
Joaquim Lleixà

MAYO 1975

FUNDACIÓ
Fundació
JAUME
Jaume
BOFILL
Bofill



ECONOMISTES EQUIP

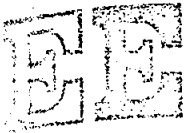
El presente estudio ha sido realizado por ECONOMISTES EQUIP,
a iniciativa de D. Joan Miró i Balagué, Teniente de Alcalde
y Ponente de Cultura del Excmo. Ayuntamiento de L'Hospitalet
de Llobregat.

Equipo director:

- D. Joan Josep Artells i Herrero, Economista
- D. Ezequiel Baró i Tomás, Economista
- D. Joaquim Lleixà i Chevarría, Economista

Colaboradores:

- D. Víctor Ferro i Pomà, licenciado en Derecho
- Dña. Rosa Campanyà i Obré, estudiante de Ciencias Económicas
- Dña. Enma Calvet i Micas, licenciada en Ciencias Químicas
- Dña. Margarida Porras i Porqueras, Psicólogo-logopeda



ECONOMISTES EQUIP

El encargo de un estudio de programación de un Centro Médico-Psico-Pedagógico Piloto para l'Hospitalet de Llobregat ha significado una experiencia profesional inédita para nosotros.

La naturaleza y originalidad de la institución objeto de estudio condicionaron desde el principio el enfoque del trabajo, evidenciándose como exigencias prioritarias, tanto la definición técnica del Centro como la necesidad de tener presentes, en todo momento, las implicaciones resultantes de su carácter piloto y de su inserción en el contexto social, económico y cultural del municipio de l'Hospitalet de Llobregat.

En consecuencia, la aplicación del instrumental convencional de la programación y las estimaciones económico-financieras requerían, ante todo, partir de una visión suficientemente matizada no sólo del esquema funcional del Centro, sino de su caracterización en tanto que institución pluridisciplinar proyectada hacia la detección, diagnóstico y tratamiento de determinadas desadaptaciones infantiles y juveniles.

Nos pareció imprescindible acometer una fase de documentación, desde un enfoque eminentemente empírico, tratando de recoger las opiniones de profesionales de la educación y de la medicina infantil de Barcelona. Al mismo tiempo, intentamos analizar la experiencia concreta de una serie de Centros, Servicios de Estudios y Organizaciones especializados en el tema, en parti



ECONOMISTES EQUIP

cular los Centros Médico-Psico-Pedagógicos franceses y algunas de las federaciones que los agrupan. La consulta de una bibliografía seleccionada en torno a estas cuestiones nos permitió situar, finalmente, la información recogida en su contexto teórico del que nos limitamos a desarrollar los aspectos más directamente relacionados con el tratamiento económico y de programación del Centro estudiado.

Queremos manifestar nuestro reconocimiento a una serie de personas cuyo asesoramiento, información y sugerencias han sido de enorme interés para la materialización definitiva de este estudio. Debemos mencionar a M. Santesmases, director pedagógico del Centro Médico-Psico-Pedagógico "Henri Wallon" de Perpignan; M. C. Hermange, gerente de la "Association Nationale des Communautés d'Enfants" de París; a los organizadores de las Reuniones sobre "Architecture et fonction éducative des bâtiments et de l'environnement" (Encauses les Thermes - 12-13 de febrero de 1975) que tuvieron la gentileza de invitarnos a participar en ellas; Mrs. Mira Stambak, directora del "Centre de Recherche de l'Éducation Spécialisée et de l'Adaptation Scolaire" de París.

Isabel Martínez y Nària Silvestre, educadoras; María Tubau, psicólogo; Margarida Porras, psicólogo-logopeda.



ECONOMISTES EQUIP

Emilio Donato, arquitecto; María Urpina, asistente social; Lluís Carroño, María Dolores Olivares y Inma Vila, del Consorcio de Información y Documentación de Cataluña; Faustino Miguel, Jordi Satolarría, Miguel Alvarez y Concha Estrada, sociólogos; J. Figueras, licenciado en Filosofía y Letras y Victor Ferro, licenciado en Derecho.

Deseamos, asimismo, hacer patente nuestro agradecimiento a la "Associació Catalana de Pediatria", en especial a su presidente el Dr. Oriol Casassas, quién nos brindó la oportunidad de contrastar algunos puntos polémicos de nuestro trabajo con ocasión de la última reunión general de trabajo de dicha asociación, celebrada en Barcelona.

La programación del Centro, tal como se propone, se ha basado en las indicaciones del Dr. Fernando Angulo Gracia y de su equipo de colaboradores del Departamento de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital de San Juan de Dios de Barcelona, de cuya disponibilidad y cooperación deseamos dar una especial referencia. Asimismo, destacamos la valiosa colaboración de los arquitectos J. Balari y J. Bastardes quienes han intervenido decisivamente en la configuración espacial del proyecto.

INDICE

	pág.
Nota Introductoria	III
Indice	VI
Bibliografía por capítulos	X
 Capítulo I	
EL MARCO DE LA EDUCACION ESPECIAL Y DE LA ATENCIÓN MEDICO-PEDAGOGICA.....	1
1.1 Antecedentes y evolución histórica.....	2
1.2 El derecho de los deficientes a la educación y a la atención médico- pedagógica.....	8
1.3 Tratamiento constitucional de la educación especial en diversos países.....	10
1.4 Aproximación a un esquema de cla sificación de tipos de deficien- cias.....	11
1.5 La instrumentación de la atención médico-pedagógica y de la educa- ción especial a partir de la Ad ministración Pública.....	26
1.6 Evaluación de la población afectada.....	28
1.7 La detección de las deficiencias: importancia del enfoque pluridis ciplinar.....	33
1.8 Características generales de la asistencia.....	37
1.9 Síntesis.....	40
 Capítulo II	
EL CENTRO MEDICO-PSICO-PEDAGOGICO.....	44
2.1 Los Centros Médico-Psico-Pedagó gicos: definición y ámbito de asistencia.....	46

2.2 Trayectoria histórica de los Centros Médico-Psico-Pedagógicos.....	51
2.3 El enfoque sectorizado.....	54
2.3.1 El concepto de sector.....	55
2.3.2 Experiencia piloto.....	57
2.3.3 El sector como unidad de planeación social y eco- nómica.....	63
2.4 Principales indicaciones para un enfoque sectorizado del Cen- tro Médico-Psico-Pedagógico de l'Hospitalet de Llobregat.....	72
2.4.1 Indicaciones de sectori- zación.....	75
Anexo II.1 Centros Médico-Psico-Pedagógicos adhi- dos a la "Association Nationale de Com- munautés d'Enfants".....	91
Anexo II.2 Datos Estadísticos Básicos de l'Hospita- let de Llobregat Comparados con la Cor- poración Metropolitana de Barcelona....	94
Anexo II.3 Centros Educativos Especiales, Centros Laborales para Deficientes, Aulas para Deficientes y Consultorios Psiquiátri- cos Infantiles localizados en la provin- cia de Barcelona.....	102
 Capítulo III	
PROGRAMACION DEL CENTRO MEDICO-PSICO-PEDAGOGICO DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT.....	136
3.1 Descripción del circuito asistencial del Centro.....	140
3.2 Criterios de elección de la capaci- dad programada para el Centro Médico- Psico-Pedagógico.....	161
3.3 Determinación cuantitativa de perso- nal, instalaciones y equipo.....	166

	pág.
3.3.1 Personal.....	166
3.3.2 Instalaciones y equipo.....	179
3.3.2.1 Previsión de instalacio <u>n</u> es y características arquitectónicas del Centro.....	179
3.3.2.2 El predimensionado.....	185
3.3.2.3 Unidades espaciales, dotación de equipo y principales especificaciones...	187
3.3.2.4 Localización.....	214
Anexo III.1 Annexe XXXII (Dècret nº 63-146 du Février 1963).....	218
Circulaire nº 35 du 16 Avril 1964....	223
Anexo III.2 Condiciones de Funcionamiento en una fase de "Transición".....	230
Capítulo IV	
ANALISIS ECONOMICO-FINANCIERO DEL PROYECTO.....	235
4.1 Inversión económica inicial.....	236
4.1.1 Desglose y detalle de sus componentes.....	236
4.1.2 Consideración general de la inversión económica inicial.....	240
4.2 Cargas de explotación.....	242
4.2.1 Desglose y detalle de sus componentes.....	242
4.2.2 Consideración general de las cargas de explotación.....	263
4.2.3 El precio de coste unitario.....	267
4.2.4 Los costes y el nivel de actividad.....	271
4.3 Exámen analítico de los costes.....	280
4.4 Exámen financiero del proyecto.....	294
4.4.1 El activo "ficticio".....	295

4.4.2 El fondo de rotación.....	296
4.4.3 Plan financiero para la inversión inicial.....	300
Anexo IV.1 Algunas posibles inversiones adicionales.....	304

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I

Centres de Guidance Infantile, Les
D.BUCKLE-S.LEBOVICI. OMS. Genève 1.958

Considerations et Faits d'Actualité sur la Santé Mentale.
Problemes Politiques et Sociaux. La Documentation Française.
nos 133-134. Juillet 1.972

Diez por Ciento de la Población Infantil Necesita Asistencia
Psiquiátrica, Un. La Vanguardia Española. Barcelona, enero 1974

Documentation et Information Pédagogiques. Bulletin du Bureau
International d'Education, nos 188-189. Genève 1.973

Education, Health and Behaviour.
Longmans, London, 1.971

Education Spéciale. Bulletin du Bureau International d'Educa
tion, nos 175-176. Genève, 1970

Estudio Sobre el Estado Actual de la Organización de la Educa
ción Especial. ED/MD/16. UNESCO. Distribución general,
Paris, 15/3/1971

Etude sur la législation Relative a l'Education Spéciale d'En
fants et Jeunes Gens Deficients. UNESCO. ED/MD/8. Distribution
limitée. Paris 1.969

Experience de Gestion Sociale de la Santé et de l'Education
dans une ville italienne: Bologne. Psychiatrie Aujourd'hui n°21
Paris, 1.974

Fonctions Collectives et Planification. Notes et Etudes Documen
taires, n° 4037-4038. La Documentation Française. Nov. 1973.

Handicapés-Inadaptés. Rapports des Commissions du 6e Plan.
La Documentation Française. Paris, 1.971

Maisons d'enfants et d'adolescents de France. 1.971

Monografias sobre Educación Especial (Cuba, Japón, Kenia y
Suecia), Editorial de la UNESCO. París, 1.974

Une Politique pour la Santé Mentale. La Revue Nouvelle n° 10.
Octobre, 1.973.

Problemas actuales de los Servicios de Bienestar Social.
Fco. VILLOTA. Fundación FOESSA. Madrid 1.973

Sobre el Problema de la Deficiencia Mental. La Vanguardia
Española. Abril, 1.975.

Special Education Statistics. Division of Statistics on Educa-
tion, Office of Statistics. Current Surveys and Research in Sta-
tistics. UNESCO. December, 1.974.

Tendances de la Situation Sociale de l'Enfance. Rapport sur
l'Enfance. Doc. nº E/CN/5/448. Nations Unies. Conseil Económi-
que et Social. Commission du Développement Social. Gèneve, 1970.

CAPITULO II

Architecture et Fonction Educative des Bâtiments et de l'Envi-
ronnement. (Material grabado en cinta magnetofónica). Jornadas
de Estudio. Toulouse, febrero, 1.975

Centre Medico-Psycho-Pedagogique (CMPP), Le. Etude Critique de
ses relations avec l'Ecole, le Secteur.

C.CARON et D=PIERLUISI. L'Information Psychiatrique. Vol.49
nº 8. Octobre 1.973.

Criteres d'Admission au Traitement Intensif en Internat, Exter-
nat et en Clinique de Jour, Les. Revue de Neuropsychiatrie In-
fantile. 16 nº 9. 1.968.

Document Technique. Les Centres Medico-Psico-Pedagogiques.
C.HERMANGE. Association Nationale des Communautés d'Enfants.
Paris 1.972.

Estudio del Planeamiento Sanitario del Municipio de Hospitalet
de Llobregat. C.T.E.H. Diciembre, 1.967

Etablissements et Organismes de Readaptation pour Enfants
Handicapés. M.BASQUIN. Revue de Neuropsychiatrie Infantile. nº12
1.966

Etablissements Privés de Cure et de Prévention. Conditions
d'autorisation pour les soins aux assurés sociaux. Journal
Officiel de la République Française. Paris, 1.974.

Externats Medico-Pedagogiques et Hopitaux de Jour.
Revue de Neuropsychiatrie Infantile. 13 n° 4-5. 1.965

Etude Critique et Documentaire sur les Centres Medico-Psycho-Pedagogiques. J.P.THEVENOT et D.VIAUD. Revue Pratique de Psychiatrie de la Vie Social et d'Hygiène Mental. n° spécial, n°1 1.962

L'Hospitalisation de Jour en Psychiatrie. Problemes Politiques et Sociaux. n°133-134.

Hospitalisations Partielles et Equipement Extra-Hospitalier en Psychiatrie Infantile. Information Psychiatrique. vol. 44 n° 3 1.968

Necesidades de Equipamiento Hospitalario en la Comarca de Barcelona (1.970-1.980). Comisión de Urbanismo y Servicios Comunes de Barcelona y otros Municipios. Barcelona, 1.973

Problema de la Deficiencia Mental en Guipúzcoa, El. GAUR. San Sebastián, 1.972

Propositions pour une Politique d'Action Social en Faveur de l'Enfance. Commissariat Général au Plan. Commission de l'Action Sociale. Paris, 1.970.

Les Psychiatres, l'Enfant et l'Environnement. Preuves n° 17

Psychiatric Day Treatment Center an School for Youngs Children an Their Parents. American Journal of Orthopsychiatry. vol.30 part 4. 1.960

Une Realisation Pilote pour les Enfants Deficients Mentaux: l'Externat Medico-Pedagógique de Jony-en-Josas. Vie Collective. Mai. Paris 1.966

La Santé Mentale Infantile: Le Centre Alfred Binet. Informations Sociales. Paris 1.964

CAPITULO III

Le Centre Alfred Binet. S.LEBOVICI
Information Sociales. junio 1.964

Les Centres de Guidance Infantile
D.BUCKLE-S.LEBOVICI. OMS. Genève. 1968

Le Centre Medico-Psycho-Pedagogique: Etude de ses relations
avec l'école, le secteur. C.CARON. D. PIERLUISI. L'information
Psychiatrique. vol.49. n° 8. Octobre 1.973

Les Centres Medico-psycho pedagogiques: Document Technique,
Association Nationale des Communautés d'enfants. Octobre, 1972

Conditions techniques d'agrément des Centres Médico-Psico-Pedago-
giques de Cure Ambulatoire. Annexe XXXII D. n° 63-146 (18/2/1963)

Etapes et procédures relatives à la création et à l'agrément des
différents types de services ou établissements privés pour jeu-
nes inadaptés" Sauvegarde de l'enfance n° 2-3-4 Feb-Abril

Externats médico-pédagogiques et hopitaux de jour.
J.L.LANG. Le Concours Médical. n° 44. 1965

Hospitalisations partielles et équipement extra hospitalier en
psychiatrie infantile. J.L.LANG. Information Psychiatrique.
marzo 1.968

Ingenieria Hospitalaria. Ponencia Congreso de Hospitales. 1.973

Planificación y Administración de Hospitales.
R.LLEWELYN-DAVIES; H.M.C.MACANLAY. OMS Ginebra, 1.970

Programing and Equipping Hospital Departments. Department of
Health, Education and Welfare. Pub. n° 930 D-14-1963

Psicomotricidad en la Escuela. Cuadernos de Pedagogía n° 5.
Barcelona, mayo, 1975

CAPITULO IV

Puesta en marcha de nuevos edificios hospitalarios.
King's Fund & Fundación Espona. Edita: Asociación para el Desa-
rrollo Hospitalario de Barcelona. Barcelona, Octubre 1970

Gestion et finances hospitalières. ANDRE SONRIER. Ed. Berger-
Levrault, 2^a edición, Paris 1974

Guide comptable professionnel des établissements privés sans
but lucratif. 2 tomos. Bernard MARCHAND, UNIOPSS, Paris, 1974

Instruction M 21 sur la comptabilité des Hôpitaux et Hospices publics. 2 tomos. Ministère de la Santé Publique et de la Population + Ministère des Finances et des Affaires Economiques. Paris, 1.961 .

La réglementation des prix de journée des établissements de soins et de cure. C. HERMANGE. Association Nationale des Communautés d'Enfants. Paris, novembre, 1.974

CAPITULO I

EL MARCO DE LA EDUCACION ESPECIAL Y LA ATENCION
MEDICO-PEDAGOGICA.

I - EL MARCO DE LA EDUCACION ESPECIAL Y LA ATENCION MEDICO- PEDAGOGICA

Este capítulo se propone recoger los aspectos más destacados de un conjunto de experiencias desarrolladas en distintos países en relación con la problemática de la infancia inadaptada en el contexto general de la educación especial. Tomamos el concepto de educación especial en el sentido en que ha sido definido por la UNESCO (1), en cuyo ámbito situamos las desadaptaciones manifestadas en forma de trastornos neuro-psíquicos, de comportamiento, instrumentales o psico-motores como objeto de atención por parte

(1) La conferencia general de la UNESCO en su décima sesión celebrada en París (Diciembre 1958) pidió en su Recomendación concerniente a la normalización internacional de las estadísticas de la Educación, que las estadísticas de Educación Especial se definieran como "englobando toda enseñanza general o profesional destinada a los disminuidos físicos o mentales, a los inadaptados sociales y todas las demás categorías especiales de niños".

de los Centros Médico-Psico-Pedagógicos. Se utilizan genericamente los conceptos de deficiencia y desadaptación incluyendo, en principio, todo tipo de déficits tanto físicos como mentales. En especial estas acepciones genéricas aparecen en los epígrafes que sitúan la evolución histórica y el estudio comparado de políticas alternativas en distintos países. La referencia a una tipología de las deficiencias y desadaptaciones, las características generales de la asistencia y la instrumentación de la misma a partir de la Administración Pública nos proporciona un marco de referencia para definir el tipo de asistencia propio de los Centros Médico-Psico-Pedagógicos delimitando su ámbito de actuación en relación, principalmente, con las instituciones de atención a los diversos grados de deficiencia mental infantil.

1.1 Antecedentes y evolución histórica

En el planteamiento y las primeras respuestas a los problemas de la educación y tratamiento de los niños deficientes, la iniciativa ha correspondido, como en tantos otros campos, al sector privado, anticipándose a la acción de los legisladores y a la acción pública. Se sitúa convencionalmente en el siglo XVIII el inicio de la actitud positiva ante estos problemas, señalándose la fundación del primer instituto para sordo-mudos en Francia, a cargo del Abbé de l'Épée. En Holanda un establecimiento similar data de 1790. Poste-

.../... La Reunión de Expertos en Educación Especial CED/SPECED/2/ celebrada por UNESCO en Diciembre de 1968 definió la Educación Especial como: "una forma de educación general enriquecida, tendente a mejorar la vida de los que sufren diversas deficiencias, enriquecida en el sentido de que utiliza los métodos pedagógicos modernos y el moderno material técnico para remediar determinados tipos de deficiencias".

riormente es en los Estados Unidos, en 1830, donde se locali
za el primer internado para la educación de ciegos y, en
1873, en Argentina se inicia una experiencia educativa diri-
gida a sordo-mudos.

Es significativo seguir la evolución de la actitud de la opi-
nión pública frente a los problemas que plantean los deficien-
tes. En una primera etapa, el concepto dominante se conforma
entorno a la "lisiadura", expresado socialmente como invali-
dez o incapacidad, siendo percibidas ambas notas como cons-
tantes objetivas características del sujeto. Esta connota-
ción se apoyaba sobre dos supuestos básicos: la inmutabilidad
del estado del deficiente y la inmutabilidad del medio. En
consecuencia se mantenía al deficiente a distancia y, en to-
do caso, su supervivencia se circunscribía a la mendicidad,
cuya institucionalización tomaba la forma de establecimien-
tos caritativos, cuyas ventajas consistían, tal vez, en el
carácter permanente de la ayuda prestada, en el bajo precio
de la asistencia y, por supuesto, de su costo y en el número
elevado de beneficiarios. En la misma perspectiva filantrópi-
ca se puede enmarcar una progresiva toma de conciencia de la
necesidad de avanzar en la oficialización de la ayuda, dando
lugar a dos grandes tipos de asistencia: a) la creación de
instituciones de beneficiencia que cubrían en principio, las
necesidades vitales de los deficientes (habitación, vestido,
alimentación) y b) la asignación de subsidios atribuidos,
por lo general, a las familias de aquéllos para subvenir a
sus necesidades más elementales.

A lo largo del siglo XIX, comienza a abrirse paso la noción
de derechos humanos universales, entre los cuales el derecho
a la educación ocupaba un lugar relevante y el estudio de

su aplicación en provecho de los deficientes es muy significativo de la evolución de la opinión al respecto. Esta evolución se tradujo en el reconocimiento explícito del derecho de los deficientes a la educación, lo cual reflejaba un progreso considerable respecto a la inicial actitud segregativa.

No obstante, la evidente distancia entre la realidad jurídica y la realidad de hecho contribuía al mantenimiento de las condiciones de marginalidad social. Si tenemos presente que la educación comprendía básicamente dos aspectos: a) la adquisición de un lenguaje y unos conocimientos básicos sobre los que descansa la vida social y b) la adquisición de técnicas intelectuales y de conocimientos monopolizados por "élites", aparece entonces, de inmediato, que a pesar del reconocimiento del derecho de los deficientes a adquirir los conocimientos del primer grupo, el acceso al segundo nivel era prácticamente inexistente o muy menguado. Ha subsistido pues durante largo tiempo la noción negativa de que el deficiente es incapaz de adquirir una educación de alto nivel que por otra parte es patrimonio de las clases económica y políticamente dominantes.

El paso a la universalización del derecho a la cultura y la prolongación de la escolaridad ha supuesto un cambio profundo no solamente en las prácticas educativas, sino en la noción misma de cultura elitista. Así como el derecho a la educación elemental supuso la aparición de una numerosa categoría de "deficientes mentales" cuya característica esencial era la de no poder sacar provecho de la educación, la elevación del nivel de la escolaridad hace que el grupo de los deficientes acabe por comprender a los individuos incapaces

de alcanzar los distintos niveles educativos. La crítica cada vez más profunda del papel selectivo de la escuela lleva consigo la formulación de un nuevo planteamiento: el derecho a la igualdad de oportunidades. La identificación de la opinión pública con esta postura abre una nueva etapa caracterizada por un profundo debate acerca de la "deficiencia". Se pone de relieve no sólo la base competitiva y selectiva del aparato educativo, sino el hecho de que la desigualdad inicial de aptitudes para llegar a la enseñanza secundaria va, a menudo, unida a las condiciones económicas de la extracción social y al nivel cultural familiar.

En relación con estos planteamientos se identifican y se valoran una serie de aportaciones encaminadas a compensar la deficiencia. En particular toman especial consideración las aportaciones de la psicoterapia, la pedagogía terapéutica, las readucciones y las técnicas de educación especializadas. Estos nuevos elementos introducen incluso la duda acerca del consenso respecto a la normalidad. Ello conduce a planteamientos que suponen la sustitución de una cultura basada en la "desigualdad de condiciones" y dirigida a perpetuar ésta, por una cultura en la que pierde su significado la competencia y la selectividad como funciones exclusivas o preponderantes de la escuela. De este modo se establece la transición del derecho del deficiente a la atención médica y pedagógica al derecho del deficiente a gozar lo más ampliamente de los privilegios, ventajas y libertades reconocidas a todo ciudadano.

Hallamos un excelente resumen de estos derechos en el informe de Karin Lundström del Consejo Nacional Sueco de Educa-

ción, publicado por la UNESCO en 1974 (2):

"El derecho a la diferencia. Supone, naturalmente, una cierta concepción de la vida en sociedad y una relativización de los modelos de éxito o de "realización". Lleva a un enfoque notoriamente diferente de los problemas educativos en general, y de los relativos a los deficientes, en particular. Si el método diferencial no pierde sus derechos y si la acción reparadora conserva una importancia fundamental, no deja de ser interesante un método que consiste en hacer minuciosamente el inventario de las aptitudes y las posibilidades restantes del sujeto y en desarrollarlas activamente. El objetivo no radica sólo en aproximar, lo más posible, el deficiente al modelo llamado normal; se trata de que se entere de la relatividad de sus características singulares, de enseñarle a vivir con su deficiencia. Eso supone, naturalmente, que los que le rodean dan por sentado "el derecho a ser diferente", sin ser excluido ni frustrado, sin ser visto como un ser extraño o como un extranjero.

El derecho a la coeducación. Se empezó por mantener en la escuela a los que se consideraban antes como los deficientes más próximos a la normalidad pero luego, rápidamente, se ha tendido a mantener o a reintegrar a la escuela a deficientes cuyas dificultades son más notables. Generalizar esa integración supone modificar el funcionamiento de la escuela y de sus objetivos.

(2) "Monografías sobre educación especial" (Cuba, Japón, Kenia, Suecia). Editorial de la UNESCO, París 1974.

El derecho al trabajo en un medio normal. El respeto de ese derecho es el complemento natural de esa actitud para con los deficientes. En Suecia es estimulado con subvenciones excepcionales a las empresas que emplean a deficientes (adaptación de puestos de trabajo) y con una atenta vigilancia de la manera como se les aplica la legislación que beneficia a la totalidad de los trabajadores.

El derecho al tiempo libre. Supone la adaptación de las instalaciones, así como ciertos medios especiales (transportes fáciles, material de lectura para ciegos, películas con subtítulos y emisiones de televisión para sordos, etc.).

El derecho a la formación permanente. Es muy interesante señalar que, en Suecia, este derecho no sólo es ofrecido a los deficientes mentales; es también copiosamente utilizado por ellos.

El derecho a escoger. Su reconocimiento es el complemento necesario y el punto culminante de esa amplia concepción de buenas relaciones entre el deficiente y los demás individuos. Cualquiera que sea la importancia de los principios enunciados antes, es evidente que no se puede obligar a los deficientes a disfrutar de sus beneficios (o a sufrir por ello ciertos sometimientos) sin reducir considerablemente sus efectos.

Así, la ley que prescribe que los edificios públicos sean accesibles a los deficientes se aplica no sólo a algunos de ellos sino a su totalidad. Del mismo

modo, todas las instalaciones recreativas son accesibles a los deficientes, pero se les deja la posibilidad de reunirse entre ellos si lo desean.

El derecho a la autonomía. Está encaminado a dar carácter facultativo a los vínculos de dependencia que se puedan establecer entre el deficiente y los que le prestan ayuda (familias, mecenas, grupos, asociaciones, profesores) y que podrían ceder a la tentación de asociarla a una tutela excesiva. Además, como la vida dentro de un grupo de deficientes es para el deficiente una fuente de ayuda y de seguridad se le da esa posibilidad, preparándole al mismo tiempo para rehusarla si lo desea".

1.2 El derecho de los deficientes a la educación y a la atención médico-pedagógica

Vista desde la perspectiva de nuestros días, la evolución de la toma de conciencia pública acerca de los problemas de la desadaptación no parece haber madurado hasta que la institucionalización del derecho a la educación para todos los ciudadanos ha sido un hecho. A partir de entonces, pueden identificarse las primeras declaraciones referentes al estatuto de los niños deficientes dentro de una legislación escolar, siendo Francia -en 1882- uno de los primeros países que al promulgar su primera ley sobre la instrucción primaria menciona especialmente la atención a los ciegos y a los sordomudos.

La aparición en textos oficiales de medidas especiales para los jóvenes deficientes se ha producido en los distintos paí

ses a causa de factores diversos, aunque todos ellos conectados con la renovación del conjunto del sistema educativo. Este es el caso, por ejemplo, de la Unión Soviética, donde la revolución significó una radical transformación de las bases educativas, estableciéndose en 1919 una coordinación entre la instrucción pública y la sanidad con vistas a mejorar la organización de la enseñanza y la atención sanitaria de los niños inadaptados. En Italia, la introducción de un tipo de atención especial para los deficientes, tiene lugar a partir de 1923. De igual modo, en 1947 Japón incorpora a su sistema escolar un conjunto de medidas destinadas a los jóvenes deficientes. Lo mismo que Israel que, en 1949, introduce modalidades de atención especial para esta categoría de niños y jóvenes. En general la aparición de la idea de atender a los deficientes en los textos constitucionales de la mayoría de países se produce a partir de la segunda guerra mundial.

En 1971, la Secretaría de las Comisiones Nacionales de la UNESCO hizo público un estudio comparativo sobre el estado de la organización de la educación especial (3), completado en 1974 con la publicación de una serie estadística que ponía al día el primer intento de cuantificación del problema a escala mundial (4). Ambos textos recogen la información de más de treinta y ocho países, constituyendo unas fuentes de referencia imprescindibles para situar cualquier aproximación al tema. En lo sucesivo nos referiremos a estas fuen-

(3) Estudio sobre el estado actual de la organización de la educación especial. ED/MD/16. UNESCO. Distribución general. París, 15/3/1971.

(4) Special Education Statistics. Division of Statistics on Education, Office of Statistics. Current Surveys and research in statistics. UNESCO. December 1974.

1.3 Tratamiento constitucional de la educación especial en diversos países.

De los 36 países (5) objeto de sondeo por parte de la UNESCO, 32 enunciaban en su constitución o legislación general el principio del derecho a la educación y 31 de ellos enuncian explícitamente el derecho de los deficientes a una educación especial.

Las dos grandes ideas centrales que se identifican en los textos legales de estos países coincidían en subrayar:

- a) el interés del individuo en su readaptación, su desarrollo y su acceso a la autonomía. De donde se infiere un derecho para el joven deficiente y sus padres.
- b) La alusión explícita, aparte del reconocimiento del citado derecho, al potencial de creación o de producción que se quiere conservar o incrementar. De ahí se deriva un deber para el joven deficiente y sus padres.

La aplicación coherente de esta idea, implícita o explícita, se encuentra en la elección de los medios puestos en juego para atender los requerimientos de la educación especial (du

(5) Argelia, Arabia Saudita, Argentina, Bulgaria, Canadá, Ceilán, Chile, Cuba, Dahomey, Dinamarca, Estados Unidos de América, Etiopía, Finlandia, Francia, Guatemala, Hungría, India, Israel, Italia, Japón, Kenia, Kuwait, Liberia, Malta, México, Nueva Zelanda, Países Bajos, Filipinas, Egipto, Rumania, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (a) Inglaterra y Gales; b) Escocia; c) Irlanda del Norte), Suecia, Siria, Tanzania, Checoslovaquia, Tailandia, Togo, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.

ración y control de la frecuentación escolar, aplicación de las decisiones de admisión, contribución financiera de la colectividad y de las familias, función de los distintos Ministerios, importancia otorgada a la formación e inserción profesional, etc.).

Por otra parte las leyes de educación elaboradas por cada país contienen, por lo general, al referirse a la obligatoriedad de la escolarización, alguna previsión referida a las modalidades particulares para los jóvenes deficientes. De los países donde dicha obligatoriedad es efectiva, algunos no la extienden al caso de los deficientes (Cuba, Guatemala, México, Siria, Tailandia, India, Argentina y Ceilán), otros proclaman el principio de la enseñanza obligatoria aunque aligeran su aplicación por medio de dispensas (la mayoría de las provincias de Canadá, Chile, la mayoría de los estados de Estados Unidos, Filipinas, Finlandia, Nueva Zelanda y Holanda). Sin embargo la mayoría de los países consultados por UNESCO parecen haber generalizado esta obligación.

Los cuadros siguientes (ver cuadros 1 al 6) reflejan, por otra parte, que, pese a la presencia de declaraciones formales, la atención y la conciencia social respecto a los problemas de los deficientes varía muy sensiblemente de unos países a otros, coincidiendo el mayor índice de casos prospectados y el mayor desarrollo legislativo con aquellos países de nivel económico más elevado.

1.4 Aproximación a un esquema de clasificación de tipos de deficiencias

Al tratar de determinar una nomenclatura de partida para re-

Educación obligatoria para los deficientes.

	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Argelia																			sin obligación (ni para los normales ni para los deficientes)
Arabia Saudita																			sin obligación (id.)
Argentina																			sin obligación para los deficientes
Bulgaria																			a partir de 8 años para los D.I.
Canadá																			con dispensas variable de provincia a provincia
Ceilán																			no se ha extendido a los deficientes
Chile																			dispensas para deficientes no sensoriales sordos, 6-17; ciegos, 6-16
Cuba																			sin disposiciones explícitas para los deficientes
Dinamarca																			escolarización de los deficientes no impuesto como obligatorio
Estados Unidos de América																			con dispensas (47 Estados) variable de un Estado a otro
Etiopía																			sin obligación (ni para los normales ni para los deficientes)
Finlandia																			con dispensas
Francia																			
Guatemala																			extensión a los deficientes no explícita
Hungría																			
India																			variable de Estado a Estado no incluye a los deficientes
Israel																			prolongada hasta 16 años para los sordos y D.I.
Italia																			
Kenia																			
Kuwait																			sin obligación (ni para los normales ni para los deficientes)
Malta																			principio aceptado, pero aplicación aplazada
México																			principio aceptado (duración: 8 años)
Nueva Zelanda																			principio afirmado - aplicación a los deficientes aplazada
Países Bajos																			salvo los deficientes intelectuales profundos
Filipinas																			con dispensas
Rep. Árabe Unida																			con dispensas
Rumania																			desde 7 años para deficientes auditivos desde 8 años para los demás deficientes
Reino Unido:																			
Inglaterra y País de Gales																			16 años para deficientes en establecimientos
Escocia																			
Irlanda del Norte																			
Suecia																			17 años para D.V. y D.A.
Siria																			21 a 23 años para deficientes intelectuales
Tanzania																			no explícitamente extendido a los deficientes
Checoslovaquia																			sin obligación (ni para los normales ni para los deficientes)
Tailandia																			
URSS																			no extendido a los deficientes

 Límites de la obligación para los no deficientes
 Obligación para los deficientes

Fuente: Estudio sobre el estado actual de la organización de la educación especial. UNESCO.

Niños que son objeto de una educación especial
Totales y tantos por ciento

	Población en millones de habitantes		D.V. Total	D.A. Total	D.I. Total	D.F. Total	Otros cat. Total	Todas las categorías		
	Total	5-19 años						Total	%	
Argelia	12 540	3 850	+	+	+	+	180	340*	0,01	
Arabia Saudita	6 990	2 432	372	283				675	0,03	
Argentina	23 031	6 495	4 498	+359	+142	+1 333		18 302*	0,28	
Bulgaria	8 369	1 902	78	237	3 354	820	+	16 483*	0,86	
Canadá	20 441	3 519	1 101	3 778	57 210	4 190	53 841	120 720	3,42	
Ceilón	11 741	4 178	429	480	350	65		1 324	0,03	
Chile	8 935	2 519	237	389	2 758	5 360	+	20 062*	0,80	
Cuba	6 033	3 845	134	649	5 562	92	1 013	7 450	0,19	
Dinamarca	4 839	1 115	324	2 929	8 218	2 260	38 399	52 130	4,67	
Estados Unidos de América	199 118	53 762	24 575	61 903	669 255	68 685	1 294 538	2 138 956	3,78	
Etiopía	23 457	8 116	153					3 270*	0,04	
Finlandia	4 654	1 063	186	570	4 820*	229	14 210	20 015	1,83	
Francia	49 890	10 975	3 714	12 378	135 297	34 822	39 293	275 504	2,06	
Guatemala	4 717	1 792	69	87	167	50		273	0,01	
Hungría	10 212	2 338	472	1 555	24 292	182	2 653	29 154	1,24	
India	511 115	186 556	+	+				27 365*	0,01	
Israel	2 669	827	121	2 390	19 596	1 131	5 901	28 739	3,47	
Italia	52 334	12 560	1 134	3 710	109 560	14 460	14 564	145 428	1,15	
Kenia	9 948	2 447	473	444	40	347		1 304	0,03	
Kuwait	520	180	19	105	265	142		531	0,29	
Malta	314	76	8	66	233	60	20	387	0,51	
México	45 671	18 554	+	+	+	+	+	4 626	0,02	
Nueva Zelanda	2 726	730	205	645	4 740	1 171	4 111	10 872	1,45	
Países Bajos	12 597	2 771	1 123	3 923	44 116	5 657	17 559	72 438	2,61	
Filipinas	34 656	12 525	317	641	676	267	723	2 624	0,21	
Rep. Árabe Unida	30 907	11 435	1 303	1 367	1 286	142		7 288*	0,06	
Rumania	19 287	4 416	+	+	+	+		8 994*	0,20	
Reino Unido:	Inglaterra y País de Gales	48 391	11 033	3 109	6 823	78 298	21 495	8 739	118 467	1,08
	Escocia	5 187	1 182	365	734	9 242	1 208	271	11 820	1,00
	Irlanda del Norte	1 491	339	98	240	8 503	650	226	9 722	2,87
Suecia	7 869	1 794	541	1 088	60 210	509	91 142	153 490	8,58	
Siria	5 652	1 966	262	130				392	0,02	
Tanzania	12 231	4 231	259	72		32		363	0,01	
Checoslovaquia	14 305	3 275	1 236	2 296	30 930	15 539	17 771	67 772	2,06	
Tailandia	32 680	11 830	+	+	+	+		12 266*	0,1	
URSS	236 000	69 642	+	+	+	+		304 000*	0,44	

* Cifras tomadas del Statistical Yearbook-Annuaire statistique (Unesco).

Fuente: Estudios sobre el estado actual de la organización de la educación especial. UNESCO.

	Preescolar			Elemental			Postelemental		Total	Fobr.	%
	E	C.E.	C.C.	E	C.E.	C.C.					
Argelia					+						
Arabia Saudita											
Argentina				1 071	175	87	+		1 333	6 495	0,02
Bulgaria				1 558	1 796				3 354	1 902	0,17
Canadá									57 810	3 519	1,64
Ceilán				350					350	4 178	0,003
Chile					2 279	479			2 758	2 519	0,10
Cuba				5 132	269			161	5 562	3 845	0,14
Dinamarca				2 753	5 465				8 218	1 115	0,74
Estados Unidos de América									689 255	53 762	1,28
Etiopía										8 116	
Finlandia				514	4 306				4 820	1 063	0,45
Francia	6 849			37 513	75 550		10 149	5 215	135 297	10 975	1,32
Guatemala		12		155					167		
Hungría	+			24 115			177		24 292	2 338	1,03
India										1 186 556	
Israel				9 784	6 812		5 000		19 596	927	2,36
Italia					32 970	76 590			109 560	12 560	0,87
Kenia				40					40	3 442	
Kuwait				248			17+		265	180	0,14
Malta				173	60				233	76	0,30
México										18 554	
Nueva Zelanda				271	2 559	168*	1 197	545	4 740	730	0,65
Países Bajos	119			41 237			2 760		44 116	2 771	1,59
Filipinas				26	650				676	12 525	0,005
Rep. Árabe Unida				1 286			+		1 286	11 435	0,11
Rumania										4 416	
Reino Unido	Inglaterra y País de Gales			78 298		+			78 298	11 033	0,71
	Escocia			9 242					9 242	1 162	0,78
	Irlanda del Norte			1 173	2 810		4 525		8 505	339	2,50
Suecia	718			3 784	29 608	22 594	3 506		60 210	1 794	3,50
Sirio										1 966	
Tanzania										4 231	
Checoslovaquia	59			28 575			2 296		30 930	3 275	0,91
Tailandia				+							
URSS											

* Por correspondencia

+ Asistencia señalada, pero cuyos efectivos se desconocen y no figuran en otros lugares del presente cuadro estadístico

- Asistencia señalada, cuyos efectivos figuran en los demás totales de la línea.

Fuente: Estudio sobre el estado actual de la organización de la educación especial. UNESCO.

	Preescolar			Elemental			Postelemental			Total
	E.E.	C.E.	C.C.	E.E.	C.E.	C.C.	E.E.	C.E.	C.C.	
Argelia										
Arabia Saudita										
Argentina										
Bulgaria	+			+						
Canadá										
Ceilán										27 846
Chile										
Cuba										
Dinamarca										
Estados Unidos de América					185	6 200				6 385
Etiopía										1 026 631
Finlandia										
Francia							12 564			12 564
Guatemala			+			+				
Hungría										
India				64		2 589				2 653
Israel										
Italia										
Kenia										
Kuwait										
Malta										
México										
Nueva Zelanda										
Países Bajos	52					3 411				3 411
Filipinas				69						121
Rep. Árabe Unida										
Rumania										
Reino Unido										
Inglaterra y País de Gales										
Escocia				143		+				143
Irlanda del Norte				28						28
Suecia										
Siria						20 106				20 106
Tanzania										
Checoslovaquia	2 582			12 010						14 592
Tailandia										
URSS										

* Inclusive los amblíopes

+ Asistencia señalada, pero cuyos efectivos se desconocen y no figuran en otros lugares del presente cuadro estadístico

- Asistencia señalada, cuyos efectivos figuran en los demás totales de la línea.

Fuente: Estudio sobre el estado actual de la organización de la educación especial. UNESCO.

Problemas de relación

	Preescolar			Elemental			Postelemental			Total
	E.E.	C.E.	C.C.	E.E.	C.E.	C.C.	E.E.	C.E.	C.C.	
Argelia				160						160
Arabia Saudita										
Argentina										
Bulgaria										
Canadá				+	+		+	+		3 752
Ceilón										
Chile				+	+	+				
Cuba				1 013						1 013
Dinamarca				533	200					733
Estados Unidos de América				+	+		+	+		105 471
Etiopía										
Finlandia				477	1 169					1 646
Francia	1 307			29 140	6 994		10 354	1 307	191	32 293
Guatemala										
Hungría										
India										
Israel				1 587	4 314					5 901
Italia					+			+		
Kenia										
Kuwait										
Malta				20						20
México										
Nueva Zelandia				611	86					700
Países Bajos	154			16 404			940			17 498
Filipinas				723						723
Rep. Árabe Unida										
Rumania										
Reino Unido:										
Inglaterra y País de Gales				6 904	1 692	+				8 596
Escocia				243						243
Irlanda del Norte				6						6
Suecia					842	7 949				8 791
Siria										
Tanzania										
Checoslovaquia										
Tailandia										
URSS										

+ Asistencia señalada, pero cuyos efectivos se desconocen y no figuran en otros lugares del presente cuadro estadístico
- Asistencia señalada, cuyos efectivos figuran en los demás totales de la línea.

Fuente: Estudio sobre el estado actual de la organización de la educación especial. UNESCO.

	Preescolar			Elemental			Postelemental			Total
	E.E.	C.E.	C.C.	E.E.	C.E.	C.C.	E.E.	C.E.	C.C.	
Argelia										
Arabia Saudita										
Argentina										
Bulgaria										
Canadá										12 108
Ceilán										
Chile				+	+	+				
Cuba										
Dinamarca				5 465	26 549					32 014
Estados Unidos de América		-		-	-					138 198
Etiopía										
Finlandia					4 682					4 682
Francia					+		+			
Guatemala										
Hungría										
India										
Israel					+					
Italia										
Kenia										
Kuwait										
Malta										
México										
Nueva Zelandia										
Países Bajos				+						
Filipinas										
Rep. Árabe Unida										
Rumania										
Reino Unido	Inglaterra y País de Gales									
	Escocia									
	Irlanda del Norte									
Suecia					5 283	56 962				62 245
Siria										
Tanzania										
Checoslovaquia										
Tailandia										
URSS										

+ Asistencia señalada, pero cuyos efectivos se desconocen y no figuran en otros lugares del presente cuadro estadístico
- Asistencia señalada, cuyos efectivos figuran en los demás totales de la línea.

Fuente: Estudio sobre el estado actual de la organización de la educación especial. UNESCO.

ferimos, con especificidad, a cada uno de los tipos de transornos implicados bajo la denominación genérica de "deficien-
cias" o desadaptaciones debemos hacer constar que la termino-
logía utilizada en los distintos países no es ni mucho menos
uniforme. Idénticos problemas son descritos de manera distin-
ta y algunas denominaciones adolecen de imprecisión. El avan-
ce desigual de cada país en esta materia determina también
la no correspondencia en las denominaciones.

Siguiendo con el enfoque introductorio de este capítulo, re-
producimos, a continuación, el esquema que nos parece más ac-
tual, en relación a las categorías y tipos de beneficiarios
de las distintas políticas de acción en favor de los deficien-
tes. Debemos hacer, asimismo, la necesaria observación de que
el carácter fundamentalmente dinámico de este tipo de asisten-
cia y el rápido avance de las técnicas de educación especial
en la actualidad, relativizan la permanencia de cualquier cla-
sificación. La que, a grandes rasgos, reproducimos recoge el
esfuerzo de sistematización de los diversos organismos mundia-
les de coordinación sanitaria (UNESCO y OMS) y, especialmente,
la tentativa de homologación de denominaciones por parte del
Departamento de Estadística de la Educación Especial de la
UNESCO. Las categorías que siguen están referidas a Diciembre
de 1974. La categoría E que encuadra básicamente el tipo de
deficiencias cuya cobertura se propone el Centro en estudio,
es objeto de un desarrollo específico posterior, recogiendo
la clasificación descriptiva de problemas del comportamiento
propuesta por los profesores D. Buckle y S. Levovici (6).

(6) Les Centres de Guidance Infantile. D. Buckle, S. Levovici, OMS
Genève. 1953.

Tipología de la deficiencia infantil

A. Deficientes visuales

1. ciegos
2. amblíopes
 - a) otras denominaciones
 - con visión parcial (Canadá, Estados Unidos, Suecia)
 - con debilidad visual (Egipto)
 - b) definiciones
 - 6/60 a 6/24 del ojo con mejor vista después de la corrección: Egipto
 - 1/10 a 3/10 del ojo con mejor vista después de la corrección: Suecia
 - 1/10 a 4/10 del ojo con mejor vista después de la corrección: Francia

B. Deficientes auditivos

1. Sordos
 - otras denominaciones: sordomudos
2. Duros de oído
 - otras denominaciones:
 - Hard of hearing (EE.UU., Canadá, Finlandia)
 - Partially hearing (Suecia)
 - Semisordos (Cuba)
 - Partially deaf (Nueva Zelanda, Países Bajos)
 - Hipoacústicos, que oyen mal (Rumania, Francia, Argentina)

C. Deficientes intelectuales

1. Otras denominaciones:
 - Mentally retarded (EE.UU., Canadá, Suecia)
 - Mentally handicapped (EE.UU.)
 - Mentally backward children (Israel, Nueva Zelanda)

Retrasados mentales (Cuba)

Deficientes mentales (México)

Atrasados mentales (Argelia, Rumania)

Intellectually handicapped (Nueva Zelanda)

Oligofrénicos (URSS, Rumania)

2. Clasificación

- clasificaciones binarias -

de 50 a 55 y de 70 a 80 educable (adultos con inteligencia infantil)

de 30 a 50 a 55 reeducable (semieducables, con graves retrasos mentales, con graves deficiencias mentales)

- clasificaciones más complejas (Francia)

deficientes intelectuales leves QI 65 a 75

deficientes intelectuales medianos 50 a 65

deficientes intelectuales graves 30 a 50

totalmente atrasados 0 a 30

(el QI se utiliza como elemento de información y no como criterio único).

3. Matices que aparecen en las denominaciones que están al límite de lo normal y lo subnormal

- noción de retraso de la madurez (Francia y Suecia)

- noción de lentitud (slow learners: Canadá, Dinamarca, Suecia, Tailandia)

- noción de retraso escolar (educationally retarded: Nueva Zelanda)

D. Deficientes físicos

1. Deficientes físicos leves

- delicados (Reino Unido: Inglaterra, Irlanda del Norte; Nueva Zelanda, Países Bajos)

- niños con trastornos estaturoponderales o neuromusculares (México)

2. Deficientes motores

a) - irregulares motores (Argentina)

- crippled
- orthopaedic cases
- b) - IIC, Cerebral palsied, espásticos (Israel)
- 3. Enfermos, niños hospitalizados, casos psiquiátricos, con trastornos cerebrales leves (minimal brain damaged) (Israel) o con trastornos cerebrales graves (brain injured) (EE.UU.)
- 4. Los epilépticos se incluyen a veces en este grupo

E. Otras categorías

1. "Relationnels" (Francia), con dificultades de conducta (Suecia)
 - a) - niños con trastornos de la conducta (Francia)
 - trastornos del carácter (Argelia)
 - emotionally disturbed (EE.UU, Canadá, Israel, Filipinas)
 - emocionally maladjusted (Finlandia)
 - trastornos de la conducta (Cuba)
 - trastornos emocionales (Chile)
 - b) - cas sociaux (Francia)
 - socially maladjusted (EE.UU, Israel)
 - c) - delincuentes ("o niños en peligro moral") Argelia, Francia, Nueva Zelanda.
2. Niños que tienen problemas específicos de aprendizaje
 - a) trastornos de lenguaje
 - troubles du langage (Francia)
 - dificultades de lenguaje (Suecia); defectos de expresión (países Bajos)
 - disfásicos (Hungría); alállicos (Checoslovaquia)
 - b) con dificultades para leer (o para escribir)
 - dislexia
 - trastornos en la lectura (Suecia)

- defectos de lectura (Países Bajos)
- c) dificultades en matemáticas (Suecia)

3. Delincuentes: alcohólicos (México)

4. Superdotados (considerados como corriendo un riesgo de inadaptación)

F. Niños que padecen varias deficiencias

Por lo general, se colocan y se clasifican en el grupo a que corresponde la deficiencia más notable, es decir, la que exige la aplicación de medios concretos más importantes (Estados Unidos, Canadá, Francia, URSS)

Las categorías de deficiencias asociadas a problemas de comportamiento son objeto de una clasificación descriptiva más amplia en el cuadro sugerido por los profesores D. Buckle y S. Levovici. Dicha clasificación establece:

"1. Los problemas de comportamiento en niños y adolescentes pueden ser:

Señalados espontáneamente por la familia y por quienes tienen a su cargo al niño

puestos en evidencia por medio de una encuesta o dossier anamnésico

tolerados o no por los distintos contextos en que se desenvuelve el niño

2. Los problemas de comportamiento pueden ser:

antiguos y persistentes

antiguos y temporales

de aparición reciente

3. Enumeramos estos problemas según tramos de edad:

a) en el curso de la primera infancia (de 0 a 2 años)

anorexia:

a veces acompañada de vómitos

a veces en apariencia primitiva

a veces sobrevenida en ocasión del destete

problemas de sueño:

insomnio con frecuentes "reveils"

insomnio duradero con gritos

problemas de sesgo neurológico:

convulsiones

espasmos de sollozo

dificultades motrices

b) en el curso de la segunda infancia (de 2 a 5 años).

anorexia:

problemas de esfínteres:

enúresis diurna

enúresis nocturna

encopresis

masturbación

"malos hábitos" (correspondiendo al término inglés nervous habits) tales como la onicofagia

destrucción de juguetes

cóleras

dificultades familiares:

indisciplina

celos

otras dificultades

ansiedad:

terrores nocturnos

sueños con ansiedad

pequeños ceremoniales al acostarse

ritos y hábitos extraños

pequeñas fobias hacia animales

problemas de lenguaje:

mutismo total

mutismo extrafamiliar

retardo en el lenguaje (vocabulario y sintáxis)

problemas de articulación

dificultades de contacto social:

en los juegos

en los jardines de infancia y escuelas maternas

c) en el curso de la tercera infancia (de 5 a 8 años) se pueden observar dentro de la familia los mismos problemas que en la fase precedente pudiendo además asociarse nuevas dificultades

anorexia:

problemas de esfínteres

masturbación

cóleras

"malos hábitos"

dificultades en las relaciones familiares:

hostilidad

celos (hacia el padre, la madre o los hermanos y hermanas)

mentiras:

de defensa

de fabulación

de calumnia

robos:

pequeños hurtos familiares

hurtos de alimentos o dinero

hurtos con fractura y disímulo

robos importantes

robos generosos con distribución del producto

ansiedad:

las mismas manifestaciones que en el periodo pre
cedente con posibilidad de asociación de fobias
organizadas o ritos sistemáticos (lavado compul
sivo de las manos, p.e.)

problemas de lenguaje:

retraso simple

retraso global

problemas de articulación

tartamudeo

mutismo total o extrafamiliar

problemas psicomotores (en particular tics)

problemas de carácter histérico (pseudoparálisis)

problemas que se presentan en la escuela:

rechazo de la escuela (fobia escolar)

dificultades específicas (dislexia, disortografía
y discalculia)

absentismo escolar (novillos)

inestabilidad psicomotriz

indisciplina

problemas de la vida social:

aislamiento

rechazo de juegos

agresividad

pilleries

crueldad para con los niños o animales

d) en el periodo prepuber (de 8 a 11 años)

dentro de la familia los mismos problemas descritos
anteriormente

en el medio escolar, las dificultades anteriores pueden
asociarse a un retraso escolar global

en la vida social, el comportamiento asocial puede con

ducir a la predelincuencia

en esta edad se organizan síntomas de orden neurótico o psicótico que recuerdan los de la psiquiatría del adulto

e) período de la pubertad (a partir de los 12 años)

los problemas de comportamiento familiar o escolar son los mismos aunque agudizados por la presión de las exigencias sociales.

Pueden manifestarse síntomas de tipo neurótico o psicótico.

El comportamiento antisocial toma formas concretas:

robos, fugas, homosexualidad, prostitución, lesbismo, etc.

este comportamiento antisocial se puede manifestar a nivel individual o en el interior de un grupo ".

1.5 La instrumentación de la atención médico-pedagógica y de la educación especial a partir de la Administración Pública

La educación especial y la atención a los niños deficientes especialmente los incluidos en los apartados C, E y F de la clasificación UNESCO-OMS, plantea problemas de distinta naturaleza según el nivel de deficiencias o desadaptaciones. El enfoque de los mismos implica generalmente la cooperación de varios Ministerios con competencias diversas, aunque en la mayoría de los casos es el Ministerio de Educación el que asume la mayor parte de responsabilidades. Recientemente se abre paso la fórmula de concierto que suele implicar, aparte del Ministerio de Educación, a los de Sanidad y de Trabajo. En algunos casos el área de las deficiencias cae bajo la responsabi-

lidad de un Ministerio de Asuntos Sociales (India) o de un Ministerio de gran campo de acción como es el caso del Department of Health, Education and Welfare, para los Estados Unidos.

La división de competencias entre varios departamentos de la Administración responde a diversas causas:

- a) A razones históricas: En la mayoría de países, los establecimientos para deficientes sensoriales, tenían en un principio carácter privado y estaban sometidos a la gestión o tutela de un Ministerio de la Sanidad.
- b) A razones funcionales: En Inglaterra, Francia y Suecia, por ejemplo, los deficientes se encuentran parcialmente bajo la responsabilidad del Ministerio de la Sanidad, debido a la opinión predominante sobre la importancia de las atenciones médicas necesarias en su tratamiento. Cabe señalar que en Inglaterra se está debatiendo el traspaso de las atribuciones en esta materia del Departamento de Sanidad y Seguridad Social al Departamento de Educación y Cultura.
- c) A razones económicas: En algunos casos, como en Francia, la coordinación interministerial adquiere un carácter decisivo al correr a cargo de distintos ministerios la financiación de las sesiones de diagnóstico o de tratamiento y la remuneración de los especialistas adscritos a las diversas instituciones de ayuda para los deficientes.
- d) A razones ligadas a los objetivos propuestos: Así, en Checoslovaquia y Rumania, la importancia atribuida a la inserción profesional al término de la escolaridad y a la prepa

ración de esta inserción parece explicar la responsabilidad parcial atribuida al Ministerio de Trabajo en el caso de los deficientes.

En el cuadro nº 7 pueden apreciarse distintas fórmulas de enfoque administrativo de la política de educación especial y atención a los diferentes tipos de deficiencias para los países estudiados en el "Estudio sobre el estado actual de la organización de la educación especial".

1.6 Evaluaciones de la población afectada

Como veremos más adelante, las estimaciones cuantitativas y los intentos de evaluación de necesidades, deben acogerse con reservas debido a las fuertes limitaciones que entraña un cálculo que, entre otros inconvenientes, no puede basarse ni en un sistema generalizado de detección ni en una definición consistente y comúnmente aceptada acerca de la "deficiencia". En algunos países que cuentan no sólo con una estructura adecuada, sino con una considerable conciencia pública acerca de estos problemas, ha sido posible establecer con cierto rigor formal alguna aproximación del porcentaje de incidencia en la población infantil. No obstante, en estos mismos países, este tipo de cuantificación ha sido acogida también con reservas, cuando no severamente criticada por muchos sectores de profesionales de la educación que sostienen la necesidad de evitar la aplicación mecanicista de unos criterios de desadaptación, deficiencia, handicap escolar que en muchos casos se refieren a un concepto de normalidad especialmente vulnerable. Es así que, con todas las reservas por nuestra parte y señalando en cada caso el contexto para el que se ha defi

	Categorías de deficientes									
	D.V.	D.A.	D.I.e	D.I.se	D.F.	Rel.	Apr.	Leng.	D.as	Del.
Argelia	S	S	E	E	E	S				Juv.
Arabia Saudita	E	E								
Argentina	E	E	E	E	E					
Bulgaria	E	E	E	E	E					
Canadá	E/S,AS	E/S,AS	E/S,AS	E/S,AS	E/S,AS	E/S,AS	E/S,AS	E/S,AS	E/S,AS	
Ceilán	E	E	E	E	E					
Chile	E	E	E	E	E					
Cuba	E	E	E	E	E	E				
Dinamarca	E	E	E	E	E	E	E	E		
Estados Unidos de América	E/S,AS	E/S,AS	E/S,AS	E/S,AS	E/S,AS	E/S,AS	E/S,AS	E/S,AS	E/S,AS	
Etiopía	Fundación									
Finlandia	E/AS	E/AS	E/AS	E/AS	E/AS	E/AS	E/AS	E/AS		
Francia	E/S	E/S	E/S	E/S	E/S	E/S	E/S	E/S	S	Just
Guatemala	E	E	E	E						
Hungría	E	E	E	E	E			E		
India	AS	AS	AS	AS	AS					
Israel	E	E	E	E	E	E				
Italia	E	E	E	E	E					
Kenia	E	E	E	E	E					
Kuwait	E	E	E	AS	E					
Malta	E	E	E	E	E	E				
México	S	S	E	E	S	E		E		AS
Nueva Zelanda	E	E	E	E	E	E		E		Just
Países Bajos	E	E	E	E	E	E	E	E		
Filipinas	E	E	E	E	E	E				
Rep. Árabe Unido	E	E	E	E	E					
Rumania	E	E	E/T	E/T	E/T					
Reino Unido	Inglaterra y País de Gales	E	E	S	E	E		E		
	Escocia	E	E	E	E	E		E		
	Irlanda del Norte	E	E	E	E	E		E		
	Suecia	E	E	E/S	E/S	E/S	E	E	E	
Siria	E/S,AS	E/S,AS								
Tanzania	E/S,AS	E		E						
Checoslovaquia	E	E	E	E/T,AS	E/T,AS			E		
Tailandia	E	E	E	E	E					
URSS	E	E	E	E	E			E	E	

E : Ministerio (o Departamento o Secretaría de Estado) de Educación, de Bienestar Social)
 S : Ministerio de la Salud (o de Sanidad) Juv. : Ministerio de Juventud y Deportes.
 AS : Ministerio de Asuntos Sociales (o de Provisión Social, o Just. : Ministerio de Justicia - T : Ministerio del Trabajo.

Abreviaturas de las categorías siguientes:

D.V: Deficientes visuales

D.A: Deficientes auditivos

D.I.e: Deficientes intelectuales leves y medianos (educables).

Apr: Niños con dificultades de aprendizaje

Leng: Niños con trastornos de lenguaje

D.as: Niños con deficiencias asociadas

D.I.se: Deficientes intelectuales profundos

DF: Deficientes físicos

Rel: Niños con problemas de relación

Del: Delincuentes y predelincuentes

nido la validez de los índices calculados, describimos, a continuación, una serie de indicadores sobre la población infantil y juvenil teóricamente afectada por trastornos y deficiencias psíquicos, sensoriales y motores.

En los Estados Unidos un 3'93% de la población de 5 a 19 años está asistida en régimen de educación especial, estimándose no obstante que las necesidades solamente están satisfechas en un 33%, lo que supone que la tasa de población entre 5 a 19 años que debería ser atendida recibiendo asistencia de adaptación (reeducaciones, clases o establecimientos especializados, etc.) es del orden del 11'05 %.

CUADRO nº I.8

ORGANIZACION DE LA EDUCACION ESPECIAL EN EE.UU. (niños y adolescentes de 5 a 21 años)					
Deficientes intelectuales	689.255	necesidades	satisfechas	en un	46 %
Sordos y duros de oído	61.903	"	"	"	22 %
Niños que padecen trastornos de lenguaje	1.026.631	"	"	"	48 %
Deficientes visuales	24.575	"	"	"	32 %
Niños que padecen trastornos afectivos	105.471	"	"	"	13 %
Deficientes motores	68.685	"	"	"	22 %
Otras deficiencias (enfermedades, dificultades específicas para aprender)	138.193	"	"	"	18 %
Deficiencias múltiples	24.233	"	"	"	27 %
	2.138.956				36 %

Se calcula en 5.981.288 el número de niños que necesitan una educación especial dentro de unos mismos límites de edad (5 a 21 años), de donde resulta que sólo un 36 % de los niños y adolescentes deficientes reciben la educación especial que necesitan

En Francia, el Ministerio de la Educación Nacional propuso la siguiente estimación, recogida en los informes de las Comisiones para el sexto Plan (1971-1976):

Deficientes intelectuales ligeros (Q.I. 65 a 75):

4'4 % para edades inferiores a 12 años y 5'4 % para edades superiores a 12 años.

Deficientes motores:

Con deficiencias motoras no cerebrales: 0'2 %

Con deficiencias cerebrales: 0'18 %

Casos límite y niños con problemas específicos

(niños y adolescentes con un Q.I. > 75

que experimentan dificultades escolares debidas a retrasos en el desarrollo intelectual no imputable a una debilidad o a problemas diversos que suponen una situación de fracaso escolar total o parcial):

7 % para edades comprendidas entre 5 y 8 años

3'5 % para edades comprendidas entre 9 y 12 años

1 % para edades superiores a 12 años

En los trabajos preparatorios para el VI Plan se evaluó la necesidad de una asistencia especial de mayor o menor dura-

ción para el 9'55 % de la población de 6 a 19 años.

M. Rutter, J. Tizard y K. Whitmore publicaron en 1971 (7) los resultados de un estudio epidemiológico realizado sobre la población infantil de 6 a 9 años de la isla de Wight y que se consideró representativa del resto de Inglaterra. Sus conclusiones señalaban: Un 2'53 % de niños con un Q.I. inferior a 70, de los cuales una tercera parte sufría trastornos neurológicos, mientras que un 3 sobre 1.000 eran anormales hasta el punto de no poder frecuentar una escuela ordinaria. Cerca de un 7 % de la población infantil sabía leer aunque denotaba un retraso de 23 meses por lo menos, en relación a la media de los niños de su edad y en un 4 % de casos se detectaba un "décalage" análogo entre la aptitud para la lectura y la inteligencia. Un 3 % de la población mostraba deficiencias graves a nivel de facultades intelectuales (un 8 % de los que experimentaban dificultades en la lectura y un 24 % de los que mostraban retrasos en su desarrollo intelectual, presentaban pronunciados problemas de comportamiento o de afectividad).

Como referencia final citemos la estimación más divulgada correspondiente a una investigación elaborada conjuntamente por la OIT, FAO, UNESCO, OMS y FISE (8). En ésta se intentaba una evaluación cuantitativa de la infancia deficiente a nivel mundial y se adelantaba, en base a los datos existentes, que al-

(7) Education, Health and Behaviour. London, Longmans, 1971

(8) Nations Unies. Conseil Economique et Social. Commission du développement social, 21^{re} session. Tendances de la situation sociale de l'enfance. Rapport sur l'enfance. Rapport du Secrétariat général. Genève, 1973. (Doc. n° E/CN.5/448).

-33-

rededor de un 5% de niños puede ser objeto de deficiencias graves (de carácter psíquico, mental o emocional) de los cuales se cifraba en un 10-15 % los que requerían atenciones especiales para remontar problemas de tipo ligero.

1.7 La detección de las deficiencias: importancia del enfoque pluridisciplinar

Entendamos por detección una primera comprobación de la probabilidad de existencia de deficiencias, desadaptaciones o, de factores que puedan provocarla.

Lo primero que se advierte al establecer una comparación entre los procedimientos de detección de casos de inadaptación en los distintos países, es la extraordinaria diversidad de métodos puestos en práctica. En algunos casos, como por ejemplo en Inglaterra, se ha establecido un procedimiento muy minucioso, basado en la obligatoriedad de someter a control médico a todos los niños a partir de los dos años. De este control, y en los casos pertinentes, se derivan indicaciones de tratamiento y de atención especiales que, en todo caso, pueden ser objetados por los padres ante el Ministerio de Educación. En Suecia, las autoridades escolares están facultadas para decidir, tras el correspondiente examen médico-pedagógico, la orientación de los casos de deficiencia, de conformidad con el estatuto de las escuelas especiales. En Israel, la detección se regula a partir de una reglamentación sobre las inscripciones escolares, en el marco de la obligatoriedad de la enseñanza. En el Japón, la detección está asimismo prevista en la ley de asistencia a los deficientes. Chile, Dinamarca, Francia, Hungría, Italia, Holanda, Polonia, Egipto y

Checoslovaquia, poseen reglamentos administrativos, u ordenanzas, emanadas por lo general del Ministerio de Educación, en las que se prescriben las diversas modalidades de detección. No obstante, hasta el momento, es mucho mayor el número de países donde la detección sistemática y reglamentada está fuera de cualquier planteamiento jurídico de rango general. Por este motivo en estos países solamente se identifican casos evidentes quedando escasamente atendida la detección de transornos leves o virtuales que suelen ser síntomas de desadaptaciones escolares o afectivas.

Puede señalarse que, en gran parte, la multiplicidad de prácticas y procedimientos de detección se ve determinada por los siguientes factores:

- la relación existente en cada caso, entre la infraestructura disponible (instalaciones, personal capacitado, etc.) y la magnitud de las necesidades planteadas.
- la naturaleza de las deficiencias y su intensidad relativa
- la organización del sistema escolar ordinario, en especial el nivel de ejecución de las disposiciones referentes a escolaridad obligatoria y gratuita.
- el costo eventual para la familia de la colocación del deficiente en un establecimiento especial.

En los países donde no se recoge ningún tipo de disposición acerca de la detección de deficientes en sus diversas categorías se observa que la educación especial y las diversas modalidades de atención están encauzadas sólo hacia las deficiencias evidentes (ciegos, sordos, deficientes mentales profundos y deficientes físicos graves).

En tales circunstancias la falta de sensibilización hacia una serie de trastornos infantiles virtuales o leves -síntomas de desadaptación escolar o familiar- se traduce en un fuerte déficit asistencial. Déficit que se agrava a partir de diagnósticos erróneos que se traducen inmediatamente en tratamientos inadecuados. La confusión de deficiencias mentales profundas con trastornos leves o deficiencias virtuales acarrea, para importantes sectores de la población infantil, una serie de consecuencias a menudo irreparables.

La situación es distinta en aquellos países donde existen disposiciones que aseguran esta importante etapa de la acción en favor de los deficientes. En ellos, esta detección se debe básicamente a la concienciación y vigilancia del personal docente de las clases ordinarias y del cuerpo médico-pedagógico encargado de los reconocimientos sistemáticos en las escuelas. Actividad que completan los padres, los médicos de cabecera y los servicios de asistencia social. Sin embargo, este tipo de detección plantea como mínimo dos problemas: el de la preparación del personal y sus medios de investigación y el carácter generalmente tardío de su intervención. En contrapartida la experiencia, en este sentido, de Filipinas, Francia y Hungría, señala los aspectos positivos de una observación continua del niño en el medio escolar. Lo que merece retenerse del tema como dato elocuente es la escasa dotación de profesionales especializados y de medios técnicos para llevar a término una política general de detección y orientación precoz. Chile, Francia, Hungría, Suecia y la URSS parecen haber organizado, en el seno del aparato escolar, determinados servicios destinados a cubrir esta finalidad. Esto también es el caso de Inglaterra, al que nos hemos referido anteriormente, donde los exámenes médico-pedagógicos sistemáticos son responsabilidad de

las autoridades locales.

El enfoque pluridisciplinar

Una de las características que pone de relieve el estudio comparativo de la UNESCO al referirse al problema de la detección, es la eficacia de los exámenes pluridisciplinarios. Es decir, el examen individual del niño por parte de un equipo que integra a profesionales de la medicina infantil, de la pedagogía, de la psicología y de la psiquiatría. Este tipo de examen, practicado en los países más avanzados en la cuestión, se encomienda -en algunos casos- a grupos permanentes de especialistas o a establecimientos especializados: clínicas de orientación (Finlandia y Canadá), centros de diagnóstico y orientación (Cuba) y Centros Médico-Psico-Pedagógicos en Francia.

En general, el dispositivo básico consiste en reunir con carácter permanente, en torno al núcleo constituido por profesionales que tienen a su cargo obligaciones regulares con el niño, a una serie de especialistas (neuropsiquiatras, psicólogos escolares, otorrinolaringólogos, oftalmólogos, etc). En unos casos (Dinamarca, México, Nueva Zelanda), el examen pluridisciplinar está dirigido por el psicólogo escolar, en otros casos (Estados Unidos), en cambio tiende a predominar una tendencia más pedagógica.

Lo que constituye un rasgo común en este tipo de exámenes pluridisciplinarios es que su resultado consiste en una síntesis de los diversos enfoques de los especialistas implicados, los cuales emiten un diagnóstico y unas alternativas de tratamiento o colocación. Tendremos ocasión de volver a resaltar, ampliamente, esta modalidad de asistencia, dadas sus inmediatas relaciones con el tipo de Centro objeto de Estudio.

1.8 Características generales de la asistencia

Las modalidades de asistencia observadas en los distintos países que se mencionan en el "Estudio sobre el estado actual de la organización de la educación especial" de la UNESCO, aparecen polarizadas en torno a dos tendencias: a) la primera consiste en la colocación de los deficientes o desadaptados en establecimientos especializados. Predomina en Holanda, Rumania, URSS, México, Guatemala, Siria y la India, entre otros países; b) la segunda estriba en la evitación de la segregación del deficiente, limitando el recurso a establecimientos especializados en casos muy precisos, caracterizados por razones de gravedad, sociales o geográficas (escasa densidad de población). En esta dirección se orientan las políticas seguidas en Estados Unidos, Canadá, Francia, Suecia, Israel e Inglaterra, como casos más representativos.

En general se advierten tres modalidades principales de asistencia:

a) Mantenimiento del niño deficiente integrado en la escolaridad corriente con ayuda específica a cargo de:

a.1. un especialista

- pedagogo circulante EE.UU, Nueva Zelanda: visiting teacher)
- maestro especializado, en contacto con los profesores de las clases corrientes, que da enseñanza individual o colectiva a los niños deficientes que frecuentan una clase corriente (Suecia)
- reeducador (Francia).
- psicólogo escolar (Francia, Nueva Zelanda)

a.2. un organismo especializado

- grupo de asistencia psicopedagógica (Francia: equipos de psicólogos y reeducadores)
- CENTRO PSICO-MEDICO-PEDAGOGICO (Francia: equipo constituido por neuropsiquiatras, psicólogos y reeducadores)
- Child Guidance Clinics (Canadá y EE.UU)
- Clínicas escolares, enseñanza terapéutica (Suecia, Canadá)

En ambos casos se da prioridad al mantenimiento del niño deficiente o con trastornos instrumentales o de conducta, en un medio escolar normal, aplicando las ayudas específicas aconsejables. En el caso de los Centros Psico-Médico-Pedagógicos el tratamiento se da en régimen ambulatorio compatible con la asistencia a una clase corriente y se basa en un diagnóstico pluridisciplinar.

b) Colocación en clase especial anexa a una escuela de tipo corriente

b.1. Colocación de adaptación

Colocación a corto plazo (dos a tres años a lo sumo) dirigida a una rápida integración a una clase corriente.

- clases de adaptación en Francia
- clases terapéuticas en Israel
- clases de madurez en Argelia
- School maturity classes y clases de observación en Suecia

En todos estos casos los niños (deficientes o desadaptados) asisten a tiempo parcial a una clase corriente de la que siguen formando parte.

b.2. Colocación a largo plazo en clases especiales
para niños aquejados de deficiencias y trastornos
duraderos.

- deficientes intelectuales "educables"
- deficientes sensoriales leves
- paralíticos y deficientes motrices estabilizados
- ciegos y sordos
- trastornos de conducta

(Dinamarca y Suecia)

c) Colocación en establecimientos especializados

c.1. establecimientos con fines esencialmente pedagógicos
destinados a:

- deficientes sensoriales
- deficientes motrices estabilizados
- deficientes intelectuales educables y semieducables
- niños con trastornos de conducta (casos sociales)
- niños con trastornos de lenguaje (Checoslovaquia,
Hungría, Holanda e Inglaterra)

c.2. Establecimientos con fines médico-pedagógicos
destinados a:

- niños con trastornos de conducta
 - deficientes intelectuales semieducables
 - deficientes físicos leves
- (Argelia, Francia, Nueva Zelanda)

c.3. Establecimientos principalmente médicos
destinados a:

- deficientes físicos (Guatemala: centros de recupera
ción o readaptación; Bulgaria: escuelas de recupera
ción; Francia; Checoslovaquia, Inglaterra: hospita
les, sanatorios, preventorios)

- casos psiquiátricos (Francia, Israel)

1.9 Síntesis

- a) Partiendo de una definición muy general de "educación especial" se constata que actualmente se ha generalizado, en la mayoría de los países, el compromiso de la Administración consistente en tomar a su cargo el conjunto de acciones especiales en favor de la infancia y adolescencia inadaptada o con deficiencias de todo tipo.
- b) Este compromiso, recogido constitucionalmente o sujeto a legislación, se instrumenta a partir de la acción responsable de una serie de Departamentos ministeriales. En la mayoría de los casos recae sobre el Ministerio de Educación, sin perjuicio de acciones concertadas con otros Departamentos (Sanidad, Trabajo, Justicia).
- c) Pese a la existencia de una diversidad de enfoques y una desigualdad notoria en cuanto a los medios puestos en juego, se destacan como elementos clave en toda política de acción en favor de la infancia inadaptada: una fase de detección y diagnóstico y una fase de tratamiento.
- d) Se constata la importancia del diagnóstico precoz asumido de forma pluridisciplinar a través de la síntesis del punto de vista médico, pedagógico y de la consideración de los datos socioculturales de procedencia del niño.
- e) En los países avanzados se detectan los coeficientes de deficiencia más elevados, lo cual supone que la sensibilidad

zación y el consenso acerca de la relevancia de los problemas implicados por la deficiencia infantil aumentan a partir de un cierto nivel de dotación profesional y material. Ello supone la relativización de las estimaciones cuantitativas, en especial en los países que se distinguen por la escasa atención hacia estos problemas.

- f) Se distingue con nitidez el avance de los enfoques no segregativos, abriéndose paso el concepto de "recuperabilidad", la acentuación del carácter transitorio de ciertas medidas especiales y la necesidad de mantener al niño deficiente en un medio escolar normal con el apoyo de organismos especializados.
- g) La destacada importancia que se concede a la "recuperación" de aquellos niños y adolescentes que en posesión de niveles de inteligencia normal o superior, sufren trastornos de conducta, afectivos o instrumentales que determinan inadaptaciones de mayor o menor gravedad. En estos casos, es particularmente grave la emisión de diagnósticos erróneos y la falta de una asistencia médico-pedagógica específica.

Finalmente cabe recoger, como una de las conclusiones más destacadas del "Estudio sobre el estado actual de la organización de la educación especial" de la UNESCO, la constatación de que la calidad y extensión de las políticas dirigidas en este sentido están íntimamente relacionadas con el grado de perfección del sistema escolar ordinario. En este sentido se distinguen:

- I.- Países con déficits graves en la satisfacción de las necesidades del conjunto de la población infantil y juvenil

En estos países las medidas de educación especial están raramente definidas por una legislación especial, las iniciativas para atender a los deficientes e inadaptados suelen consistir en acciones privadas de tipo benéfico, escasamente articuladas a nivel general y la asistencia se limita a los casos de deficiencia evidente (ciegos, sordos y deficientes intelectuales o físicos graves).

II.- Países en los que la enseñanza ordinaria alcanza aproximadamente el nivel de generalización óptimo.

En estos países los problemas radican en la puesta en marcha de una organización con carácter general, la institucionalización de las relaciones entre educación ordinaria y educación especial y la sensibilización acerca de los diversos niveles de inadaptación y los tratamientos específicos requeridos. Otro problema relevante consiste en la falta de personal especializado y la necesidad de encontrar fórmulas administrativas e institucionales que enmarquen la necesaria acción pluridisciplinar (coordinación de la instancia pedagógica con la instancia médica).

III.- Países en los que el nivel de enseñanza permite plantear el problema de los umbrales de tolerancia en la enseñanza ordinaria y, por tanto, el de las medidas de readaptación a aplicar con respecto a los niños que anteriormente eran excluidos.

En estos países la asistencia a los problemas de conducta, lenguaje y de realización, han tomado suficiente entidad a nivel de conciencia pública como para poner en marcha un dispositivo auxiliar paralelo a la escuela ordinaria, sin medidas de tipo segregativo.

IV.- Países en los que se debate el problema de la eficacia
general del sistema escolar convencional

Obviamente los países donde se plantea este problema, han resuelto satisfactoriamente las necesidades de escolarización general y gratuita a todos los niveles. En estas condiciones lo que se debate es hasta que punto los retrasos, el "fracaso escolar" o las dificultades de aprendizaje de ciertos alumnos, se tienen que atribuir necesariamente a su nivel intelectual. En este sentido, se advierte una clara actitud tendente a impugnar no solamente las opciones de una enseñanza convencional y selectiva, sino la contingencia temporal y el fundamento científico de los diagnósticos. Se tiende a restringir el número y la duración de la asistencia de tipo segregativo y se afirma la necesidad de una intervención pluridisciplinar en la detección, diagnóstico y tratamiento, así como la importancia de la componente pedagógica.

CAPITULO II

EL CENTRO MEDICO-PSICO-PEDAGOGICO

II - EL CENTRO MEDICO-PSICO-PEDAGOGICO

Como hemos visto, el conjunto de acciones en favor de la infancia inadaptada ofrece un panorama muy variado tanto por lo que respecta a las medidas puestas en funcionamiento como en lo concerniente a la tipología de las distintas deficiencias. Dentro de esta riqueza de enfoques debemos situar el área de competencia de la institución objeto de este estudio. Por lo que se refiere a la tipología de los trastornos cuya cobertura corresponde al Centro Médico-Psico-Pedagógico, tratamos a continuación de definir el ámbito de su competencia. Como veremos la acción de esta modalidad de Centros se dirige fundamentalmente hacia un determinado conjunto de problemas de orden neuropsíquico y de comportamiento (trastornos de la conducta, problemas de relación, trastornos de lenguaje, escritura, cálculo, etc.) detallados anteriormente en el epígrafe E de la clasificación de UNESCO-CMS y con más extensión en la clasificación de los profesores D. Buckle y S. Levovici (ver 1.4.)

Interesa poner de manifiesto que este conjunto de problemas tratados por el C.M.P.P. se conocen también bajo la denominación de "subnormalidad virtual totalmente recuperable" (1). Aunque esta denominación no debe inducir a confusión alguna respecto a la competencia del C.M.P.P. cuya definición, como veremos, excluye el tratamiento de los débiles mentales y los casos psiquiátricos graves, es decir la población subnormal en sus diversos grados de deficiencia mental (2).

En lo que respecta al contenido funcional y técnico del Centro Médico-Psico-Pedagógico los epígrafes que siguen recogen los aspectos esenciales que son posteriormente desarrollados como criterios

- (1) "Entendemos por tal la subnormalidad aparente de determinados sujetos cuyo rendimiento intelectual y escolar es escaso en incluso, a veces, nulo y cuya adaptación escolar, familiar y social es altamente deficitaria cursando las más de las veces con trastornos de comportamiento de diversa gravedad pero de los cuales un examen psiquiátrico y psicológico revela la existencia de un coeficiente intelectual normal o aparentemente bajo que no refleja la capacidad real del individuo ni sus posibilidades de recuperación ...". "Todos ellos poseen el común denominador del fracaso de sus facultades psíquicas superiores que rinden a un nivel muy por debajo de sus posibilidades reales en función de sus inhibiciones y bloques, imposibilitando: una normal escolaridad, una correcta adaptación y readaptación laboral, una normal dinámica familiar y una satisfactoria adaptación y convivencia social, con trastornos de diversa índole que pueden rebasar el ámbito de lo puramente individual, determinando verdaderos comportamientos anti-sociales".

"Centro Sectorizado de Diagnóstico y tratamiento para Trastornos Psicológicos y de Desadaptación Infantil". Equipo del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital de San Juan de Dios de Barcelona. Director Dr. Fernando Angulo Gracia (Edic. mecanografiada de circulación restringida). Barcelona 1975.

- (2) Clasificación de los deficientes mentales de la Organización Mundial de la Salud.

Denominación	Coeficiente intelectual
-retraso ligero	50 - 70
-retraso moderado	35 - 50
-retraso grave	20 - 35
-retraso profundo	< 20

(O.M.S. Informe nº 392. Ginebra 1.968)

de programación en el capítulo III. Finalmente se añade, como anexo, las referencias jurídico-administrativas más importantes que enmarcan la actividad de estos Centros en Francia, como indicación para las tareas de definición estatutaria y administrativa de la experiencia que se inicia en nuestro país. (ver Anexo III.1)

2.1 Los Centros Médico-Psico-Pedagógicos : definición y ámbito de asistencia

La atención psico-médico-pedagógica como faceta primordial de una política de acción en favor de la infancia inadaptada, exige la creación de un conjunto de instituciones encaminadas, fundamentalmente, al cumplimiento de los objetivos profilácticos de detección precoz de casos, del diagnóstico y del tratamiento de un conjunto de problemas neuropsíquicos y de comportamiento que comprometen, a veces, gravemente la adaptación de los niños o adolescentes a su medio familiar y escolar y su futura inserción profesional y social.

Por lo que respecta a la infancia, la necesidad de estos mecanismos sanitario-escolares, es evidente y su articulación y

.../... Clasificación de la Dirección General de Sanidad (Ministerio de la Gobernación)

Denominación	Coeficiente intelectual
-débiles mentales	70 - 80
-leves	50 - 69
-medios	30 - 49
-profundos	< 30

Clasificación del Ministerio de Educación y Ciencia

Denominación	Coeficiente intelectual
-límites	70 - 80
-ligeros	50 - 70
-moderados	36 - 50
-profundos	< 35

(Fuente: "El problema de la deficiencia mental en Guipúzcoa" GAUR. S. Sebastián. Setiembre 1.972)

puesta en marcha constituye, como hemos visto anteriormente, un objetivo fundamental en los países sensibilizados hacia este tipo de problemas.

Los Centros Médico-Psico-Pedagógicos constituyen una institución que imparte una modalidad de asistencia pluridisciplinar a la infancia inadaptada, caracterizada por (3):

- 1º Practicar el diagnóstico y el tratamiento de las inadaptaciones infantiles, de tipo mental, asociadas a trastornos neuro-psíquicos o a trastornos del comportamiento susceptibles de tratamiento médico, reeducación médico-psicológica, reeducación psicoterápica o psicopedagógica bajo control médico.
- 2º Tanto el diagnóstico como el tratamiento se llevan a cabo mediante consultas de tipo ambulatorio.
- 3º La atención dispensada por el C.M.P.P. corre a cargo de un equipo compuesto por médicos, psicólogos, pedagogos, reeducadores y asistentes sociales.
- 4º El objetivo del tratamiento persigue la readaptación infantil sin separación del medio familiar, escolar y social.

(3) En la definición y referencias a los Centros Médico-Psico-Pedagógicos tomamos como punto de referencia:

- Document Technique. Les Centres Médico-Psycho-Pedagogiques. C. Hermande. Association Nationale des Communautés d'Enfants. París 1972.
- Le Centre Médico-Psycho-Pedagogique (CMPP). Etude Critique de ses relations avec l'Ecole, le Secteur. C. Caron et D. Pierluisi. L'Information Psychiatrique. Vol. 49. nº 8. Octobre 1973.

5º La atención del Centro Médico-Psico-Pedagógico se extiende al período post-tratamiento.

6º El tratamiento dispensado en el Centro Médico-Psico-Pedagógico puede abarcar una acción terapéutica sobre la familia que, en todo caso es objeto de todas las indicaciones necesarias para cooperar a la readaptación del niño.

Generalmente, la asistencia por parte de un Centro Médico-Psico-Pedagógico se basa en los siguientes motivos:

a) dificultades escolares:

- resultados insuficientes
- indisciplina escolar
- mala orientación escolar
- torpeza
- desadaptación pedagógica
- trastornos de lenguaje
- problemas de lectura
- problemas relacionados con la escritura y la ortografía
- problemas de memoria
-etc.

b) trastornos de comportamiento

- inestabilidad
- hiperemotividad
- pequeña delincuencia
- retraso afectivo
- problemas afectivos diversos
- celos
- estados de ansiedad

- problemas de psicomotricidad
- agresividad
- síntomas de tipo neurótico o psicótico
- etc.

c) otros problemas

- enúresis
- pesadillas
- sonambulismo
-etc.

Obviamente, la mayoría de los niños y adolescentes objeto de atención por parte del Centro Médico-Psico-Pedagógico están en edad escolar y la actuación del Centro aparece estrechamente vinculada al aparato educativo. Así se configuran como tareas básicas del Centro:

- el examen de los niños o adolescente que, a pesar de su inteligencia, frecuentemente superior, y su buena disposición, sufren inadaptaciones en su vida escolar, familiar o social. Y como consecuencia de este examen, la coordinación de esfuerzos y el intercambio de informaciones, con los educadores y los padres al objeto de situar las causas profundas de aquellos problemas y actuar conjuntamente para lograr su erradicación o su atenuación al objeto de devolver al niño la posibilidad de sacar el mayor rendimiento de sus potencialidades.
- La prestación de las reeducaciones sugeridas por el diagnóstico. Un examen por profundo y completo que sea no tiene virtualidad si no es en conexión con las posibilidades de practicar el tipo de reeducación conveniente.

- La prestación de una ayuda al niño sin segregarlo de su medio familiar y escolar.

- La prestación de un tipo de ayuda peculiar caracterizada por tres líneas de acción:

- a nivel psicológico
- a nivel reeducativo
- a nivel pedagógico

que constituyen la unicidad del tratamiento médico-psico-pedagógico. Lo cual implica y justifica la intervención de equipos pluridisciplinarios, cuya presencia es fundamental en el trabajo desempeñado por los C.M.P.P. En palabras de C. Hermange, director de l'Association Nationale des Communautés d'enfants: "En un Centro Psico-Médico-Pedagógico no debe haber un "especialista" actuando sobre un "inadaptado", si no un equipo de trabajo (que puede intervenir por medio de uno de sus miembros) sobre un grupo familiar del cual un miembro (un niño generalmente) es objeto de tratamiento".

En suma, la atención del Centro Médico-Psico-Pedagógico se dirige en concreto a las categorías de inadaptación conocidas genéricamente como trastornos de la conducta, problemas de relación y trastornos del lenguaje, lectura, escritura y cálculo.

Es muy importante destacar que el Centro Médico-Psico-Pedagógico no toma, en principio, a su cargo ni a los débiles mentales ni los casos psiquiátricos graves, es decir que la población subnormal en sus diversos grados de subnormalidad queda fuera de la competencia propia del Centro Psico-Médico-Pedagógico. Ello plantea, pese a las delimitaciones establecidas, la presencia de un cierto grado de indeterminación en la

distinción de los retrasos considerados ligeros ya que la disparidad de criterios en lo referente a la clasificación de los niveles de subnormalidad es muy apreciable (ver nota 2). Por ello, aunque el nivel de CI (cociente intelectual) pueda servir de indicación para discernir sobre los casos susceptibles de ser admitidos por el Centro, no puede nunca ser el elemento definitivo, y aún preponderante, para dicha incorporación.

2.2 Trayectoria histórica de los Centros Médico-Psico-Pedagógicos

La figura del Centro Médico-Psico-Pedagógico en su dimensión pluridisciplinar, en los ámbitos médico y pedagógico, es una institución de origen francés, aunque su proyección a otros países europeos ha dado lugar a experiencias parecidas, singularmente en Bélgica y, más recientemente, en Italia.

Se cita (4) como precedente la experiencia del Institut des Sciences et de l'Education de Ginebra, abierto en 1913, aunque la referencia de partida ha sido el Centro Psico-Pedagógico de l'Academie de París, conocido como Centre Claude-Ber

-
- (4) -Etude Documentaire et Critique sur les Centres Médico-Psicho-Pedagogiques. J.P.Thévenot et D. Viand. Revue Pratique de Psychiatrie de la Vie Sociale et d'Hygiène Mentale. Num. spécial, 1962 nº 1.
- Etablissements et Organismes de Réadaptation pour Enfants Handicapés. L.Basquin. Revue de Neuropsychiatrie infantile, 1.966. 14 nº 12
- Le Centre Medico-Psicho-Pedagogique (CMPP) Etude critique de ses relations avec l'Ecole, Le Secteur. C.Caron et D.Pierenisi. L'Information Psychiatrique, vol. 49 nº 8. Octobre 1973.
- IIIèmes Journées Nationales des C.M.P.P. Orleans, Olivet. Décembre 1973. Association Nationale des Communautés d'Enfants.

nard (junio de 1945). La originalidad de esta institución, consistía en la doble dirección médica y pedagógica y el concierto entre los ministerios de Educación, de la Salud Pública y la Seguridad Social que la hacía posible. Pronto el desarrollo del Centro suscitaría la creación de l'Association des Centras Psychopedagogiques des Etablissements d'Enseignement que se hizo cargo de la gestión del Centro Claude Bernard y suscitó la creación de otros análogos: en 1947 en Strasbourg, en 1949 en Mulhouse y, sucesivamente, hasta una veintena de establecimientos similares.

Paralelamente tenían lugar otras experiencias en el mismo sentido. En 1949, l'Association Régionale de París pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence, inauguraba el Instituto Edouard-Claparède y, el mismo año, en el boulevard Berthier y en el seno de una escuela primaria se abría un "Centre de Psychodiagnostic et de Psychothérapie en milieu scolaire", bajo la tutela de la Direction de l'Enseignement de la Ville de Paris.

El Centro Claude Bernard y el Centro Edouard Claparède se consideran como las dos realizaciones piloto a cuya imagen se han conformado los sucesivos C.M.P.P. que en número superior a 160 han sido creados en Francia (ver anexo^{II}). Ambos centros representan, respectivamente, las dos opciones que, de forma más o menos nítida, se han configurado en la dinámica histórica de los Centro Médico-Psico-Pedagógicos. Así, si el Centro Claude-Bernard ha representado el predominio de la vertiente pedagógica sobre la instancia médica, el Centro Edouard Claparède ha afirmado su tendencia médica; lo cual pone en evidencia, una disparidad apreciable en la interpretación del binomio escuela-sanidad mental y de su relación mutua.

El primer director médico del Centro Edouard Claparède lo definió como un centro de diagnóstico y de tratamiento (5).

"Esta definición de base implicaba que todas las operaciones de diagnóstico o de tratamiento que se llevaran a cabo en el Centro no requerían la separación del niño de su medio familiar. Este tipo de institución, destinada a los niños inadaptados, debería ser un centro especializado, con características propias. Por ello, en tanto que Centro médico-psicológico, era necesario realizar en él una síntesis de las concepciones tradicionales propias de la estructura de los servicios hospitalarios, por una parte, y la de los centros o consultorios de orientación psicopedagógica, por otra".

Esta síntesis conducirá a poner de relieve la doble necesidad de una actividad de consulta y una fase de tratamiento que pueda proseguirse en régimen ambulatorio.

La multiplicación de los Centro Médico-Psico-Pedagógicos ha motivado la aparición de una legislación particular que regula sus actividades. Han surgido una serie de normas que encuadran, en la actualidad, las condiciones de puesta en marcha, funcionamiento y financiación de estas instituciones. El conjunto de esta legislación se reproduce, por consideraciones de interés y a la vista del vacío administrativo de nuestro país en la materia, en el Anexo nºIII.1 (6). A nuestro juicio, y a falta de una experiencia autóctona, este ordenamiento administrativo puede jugar un importante papel como punto de referen

(5) "Etude Documentaire et Critique..." Op. cit. (4)

(6) Conditions Techniques d'Agreement des Centres Médico-Psycho-Pedagogiques de Cure Ambulatoire. Annexe XXXII du Decret du 9 Mars 1966 (Decret nº 62-143 du 13 Février 1963 completant le décret nº56-284 du 9 Mars 1966 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux).

cia para una futura y urgente regulación de este sector en la normativa española.

2.3 El enfoque sectorizado

Se trata, en este epígrafe, de destacar una serie de indicaciones de funcionamiento del Centro Médico-Psico-Pedagógico en relación con su entorno.

Difícilmente podrá subrayarse con más énfasis la tarea social y abierta del C.M.P.P., por lo que tan importante como su definición y análisis funcional interno, es la determinación de los principios de partida que deberán presidir su puesta en marcha y su proyección en el contexto social y económico para el que se concibe.

Los objetivos genéricos del C.M.P.P. (prevención, acción psicopedagógica, apoyo al desarrollo del inadaptado en su medio familiar y social, etc.) se toman aquí en consideración, desde un punto de vista de organización de acciones y medios apropiados, conducentes a su efectiva consecución en el medio escolar y social. En este sentido llamamos la atención sobre el enfoque sectorizado como referencia del planteamiento del Centro en su acción sobre el medio.

.../... Modalités de Financement des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques répondant aux exigences posées par l'annexe XXXII du Décret du Mars 1956. Circulaire du 16 Avril 1964.

2.3.1 El concepto de sector

Entorno a la sectorización existen distintas aproximaciones de las que haremos breve mención para situar nuestro propio punto de vista al respecto.

En principio, la política llamada "de sector" posee, en su concepción más restringida, una connotación psiquiátrica y territorial. Según la normativa de la Organización Mundial de la Salud, el enfoque sectorizado de la salud mental consistiría en poner bajo la responsabilidad de un equipo médico-social las distintas acciones preventivas y de tratamiento de las enfermedades mentales en el entorno de un área geográfica que comportara una población de alrededor de 67.000 habitantes (7).

Esta definición funcional, aunque no es muy útil para apoyar las indicaciones requeridas por el Centro objeto de estudio, nos proporciona una primera aproximación de la cuestión, al destacar como notas importantes, la interdependencia entre un equipo pluridisciplinar y la población de un territorio determinado.

En otro orden de planteamiento y superando la visión estrictamente psiquiátrica anterior, recogemos la concepción de la "Inspection Générale des Affaires Sociales" de Francia (8). Según esta versión, la organización del sector debería consistir en un conjunto de equipamientos

(7) Problèmes Politiques et Sociaux. nº 133-134, p. 48.

(8) L'Hospitalisation de Jour en Psychiatrie. Problèmes Politiques et Sociaux. nº 133-134, pp. 46-55.

colectivos de naturaleza sanitaria destinados a la comunidad de una zona geográfica determinada, con el objetivo primario de asegurar un incremento en la calidad y fiabilidad de la labor de prevención ("dépistage"), diagnóstico y tratamiento.

Técnicamente, la finalidad de este enfoque consistiría en la cobertura de todas las categorías y grados de problemáticas de inadaptación de la población infantil y adolescente de un área determinada, para asegurar la detección, prevención y rehabilitación individual e institucional.

Como subraya el Dr. Serge Levovici (9), director del Centro Alfred Binet de París y destacado pionero de la sectorización de la psiquiatría infantil en Francia, la detección precoz, en materia de salud mental, es una necesidad puesto que los casos más graves que, en un futuro inmediato, se van a plantear no son necesariamente los que, en la actualidad, tienen manifestaciones más espectaculares.

Los medios puestos en juego para alcanzar los anteriores objetivos se basan, en la mayoría de las experiencias de sector, en los siguientes principios:

- a) Implantación de unidades de acción (diagnóstico y/o tratamiento) de reducidas dimensiones, abiertas y en contacto inmediato con la población afectada. Se trata de evitar tanto el gigantismo anónimo de los servicios sociales estandarizados, como la inaccessi-

(9) La Santé Mentale Infantile: Le Centre Alfred Binet. Informations Sociales. Paris 1984, Juin, p.39.

bilidad burocrática y espacial.

- b) Establecimiento con la población y con los servicios sanitarios, educativos y sociales de la zona, de un conjunto de relaciones amplias y diversificadas que permita la integración de este tipo de servicios como un instrumento técnico que la colectividad asume como necesario y útil.
- c) Enfoque no segregativo de la infancia y adolescencia, inadaptada, manteniendo al inadaptado en su medio social y afectivo habitual. Es decir privilegiando el tratamiento ambulatorio y el enfoque institucional en régimen de externado (hospitales de día, centros de orientación y atención integrados al medio escolar, etc.).
- d) Asegurar una continuidad en el tratamiento por un mismo equipo de especialistas o, por lo menos, su enfoque coherente, sean cuales sean las modalidades de tratamiento o las distintas instituciones que intervengan a lo largo del mismo.
- e) Crear un flujo de acciones de detección coordinadas con intervención de las principales instancias de socialización del niño, evitando la aplicación de criterios estereotipados sin conexión alguna con las características económicas, sociales y culturales del medio.

2.3.2 Experiencias piloto

La implantación de un equipamiento comunitario que goce

de las características reseñadas ha tenido en la experiencia piloto del Centro Alfred Binet (10), uno de los exponentes más destacados. El área de acción de este Centro se sitúa en el "XIII^eme arrondissement" de París que engloba una población de más de 140.000 personas, de las cuales más de 2.000 casos se atienden de una manera permanente (500 nuevos casos al año). Básicamente el equipo de sector movilizado está constituido por un "Centre de Guidance Infantile", que se descentraliza en cuatro equipos de base que actúan sobre ámbitos territoriales distintos; un hospital de día, frecuentado durante el horario escolar por niños que no pierden así el contacto con sus familias y reciben, aparte de la atención médica, una enseñanza a cargo de educadores especializados; un servicio nocturno o de cuidados intensivos, reservado para casos graves que, no obstante, pueden continuar asistiendo a la escuela; un centro especial, para niños que necesitan estímulos en el plano cultural y un sistema de "placement familiale", consistente en una red de familias escogidas en función de su capacidad para poder aportar al niño la continuidad afectiva que su medio familiar no le puede ofrecer. Contrariamente al hospital de día se trata de un servicio nocturno que reemplaza a la familia, mientras dura el tratamiento, sin que el niño deje de asistir a la escuela.

-
- (10) -Les Psychiatres; l'enfant et l'environnement. PREUVES, n° 17.
 -Une Realisation Pilote pour les Enfants Deficients Mentaux: l'Externat médico-pedagogique de Jony-en-Josas. Vie Collective, Paris 1966, mai.
 -La Santé Mental Infantile: Le Centre Alfred Binet. Informations Sociales. Paris 1964. Juin
 -Les Problemes des Loisirs dans un Hopital de Jour pour Enfants. La Education Nouvelle, 1964.

Acerca de las experiencias de este tipo en equipamiento comunitario, el profesor Lebovivi ha señalado los aspectos positivos de la introducción de la dimensión ecológica (medio ambiente) en la acción cotidiana de los centros de asistencia a la infancia inadaptada, poniendo de manifiesto:

- a) la utilidad de una selección preliminar de casos a partir del trabajo concertado de los asistentes sociales y/o psicólogos escolares y los asistentes sociales del Centro Médico-Psico-Pedagógico.
- b) La destacada importancia de la continuidad en la acción asistencial. En el Centro Alfred Binet, el equipo que toma a su cargo un caso asume la responsabilidad del mismo durante todo el período en que forma parte de la llamada "file active", es decir durante todo el período de tratamiento sea cual sea la institución (hospital de día, Centre de Guidance, etc) que intervenga a lo largo del mismo.
- c) La puesta en marcha de una conciencia social activa y la sensibilización de los diversos profesionales que intervienen en la vida del niño, al objeto de incrementar las posibilidades de detección precoz de trastornos. Es decir, la formación de "intermediarios" a partir de personas que ocupan puestos clave en el área próxima al niño: maestros, educadores, asistentes sociales, pediatras, etc.
- d) La creación de "antenas" psico-pedagógicas, unidades de base dependientes del Centro y cuyo objetivo con-

siste en facilitar ciertas reeducaciones en el seno mismo de la escuela a los niños afectados por dislexias, disortografías o disgrafías. Estas "antenas" cumplen, al mismo tiempo, una importante tarea de capacitación de los educadores frente a las inadaptaciones infantiles manifestadas en la escuela.

Para los doctores J.L. Lang (11), H. Duchène y Paumelle, destacados especialistas en esta materia, tampoco puede concebirse un enfoque racional de la política de asistencia a la infancia inadaptada fuera de la organización sectorial. Nos movemos aún dentro de una concepción psiquiatrizante, pero creemos que vale la pena reproducir a grandes rasgos la concepción de los citados autores respecto a este enfoque sectorizado. Según ellos, la asistencia en régimen ambulatorio, la extrahospitalaria e, incluso, las hospitalizaciones parciales, que pueden constituir tramos distintos de la asistencia psiquiátrica infantil, no adquieren todo su valor más que en función del abanico de medidas que el equipo de sector esté en condiciones de desplegar, es decir, de la multiplicidad de "puntos de ataque" de que dispone para cada problema y de la multiplicidad de los métodos y fórmulas aplicables. El sector es para los citados autores -y en esto se suaviza el papel prominente de la instancia psiquiátrica- no sólo una estructura coherente de equipamientos de índole sanitaria, sino una efectiva articulación y coordinación de educadores, pediatras, servicios de maternidad, asociaciones de padres, etc...

(11) Hospitalisations Partielles et Equipement Extra-Hospitalier en Psychiatrie Infantile. Information Psychiatrique. 1969. vol. 44 nº 2.

La concepción de sector sostenida por J.L. Lang supone tres niveles:

- nivel de equipamiento "ligero": concebido en función de un ámbito sectorial que abarca 250.000 personas. Este nivel comprendería las siguientes modalidades de atención:

Prevención, Detección,	con Ambitos Sanitarios
Diagnóstico, Tratamien	• Especializados (Pueri-
to Ambulatorio y Otros	cultura, Pediatría, y
Servicios en Régimen	Centros o Comisiones
de Externado Conectados	Médico-Pedagógicas).

- nivel de equipamiento "pesado": concebido en función de la agregación de varios sectores (p. ej. a escala comarcal o de área metropolitana). Este nivel comprendería las siguientes modalidades de atención:

Hospitalización y ob	quiátrico), centros de
servación, servicios	neuropsiquiatría infan
hospitalarios especia	til y, en general, ins
lizados (dentro de un	tituciones de interna-
hospital general o como	miento o semiinterna-
sección infanto-juve	miento.
nil de un hospital psi	

- nivel de equipamiento especial: concebido a escala regional:

Centros para epilépticos, por ejemplo, o de patologías profundas.
centros de observación

Tanto la experiencia del Dr. Lebovici como la del Dr. Lang, se mueven en un plano donde la primacia de la acción tiene un carácter eminentemente psiquiátrico. Aunque ésta no sea la única opción que deba presidir el desenvolvimiento del Centro Médico-Psico-Pedagógico, nos parece útil recoger los rasgos esenciales de las anteriores concepciones porque introducen una serie de elementos muy útiles para la determinación del enfoque sectorial propio del Centro Médico-Psico-Pedagógico. Por otra parte debe resaltarse que el hecho de que el enfoque sectorizado haya sido desarrollado, en la teoría y en la práctica, por psiquiatras, obedece a razones históricas conectadas con la superación de la concepción segregativa y marginadora del tratamiento de las enfermedades mentales. La idea de que los enfermos mentales deben ser tratados en unas condiciones tan próximas como sea posible a su vida en el seno de la comunidad, ha sido ampliamente aceptada aunque se ha desarrollado bajo modalidades diversas. Así, en los Estados Unidos, el psiquiatra de sector se ha orientado hacia una acción en los barrios menos favorecidos, en el sentido que aparece reflejado en los programas contra la pobreza de la administración Kennedy. En Inglaterra, también se ha operado un proceso de apertura de la psiquiatría tratando de dar un sentido terapéutico a la institución que abarca "cuidadores y cuidados". De todas formas, el país en que la noción de "sector" asume una connotación de mayor integración a la comunidad ha sido en Francia,

donde se han realizado avances notables, siendo incorporada al instrumental de los planificadores como una categoría operativa para el establecimiento del plan económico y social, como veremos a continuación.

2.3.3 El sector como unidad de planeación social y económica

Finalmente examinaremos los principales rasgos de la concepción de sector utilizada por los planificadores franceses.

Esta versión de la sectorización ofrece nuevos elementos de referencia y aparece no solamente como un concepto teórico, sino que incorpora una dimensión de política económica (elementos de planificación) y de gestión financiera (elemento de referencia para el cálculo de costes y de asignación de recursos). Ofrece además una visión más amplia de las distintas instancias sociales y de los equipamientos colectivos que intervienen en la configuración estructural del "sector", superando la versión restrictiva del enfoque puramente psiquiátrico.

En el "Rapport du Groupe Enfance-Enfance Inadaptée" (12) que recoge la segunda fase de los trabajos de la "Commission d'Action Sociale" para la preparación del VI Plan francés, se indica que la orientación de una política en favor de la infancia inadaptada que busque el mantenimiento de la integridad del medio natural del niño, de-

(12) Propositions pour une Politique d'Action Sociale en Faveur de l'Enfance. Commissariat Général au Plan, Commission de l'Action Sociale (groupe créé auprès du Centre Technique National pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées). París, Novembre 1970.

ba concebirse otorgando prioridad a una organización geográfica conectada al cuadro de vida infantil y a su medio ambiente: "Se pone de manifiesto en la actualidad -se dice en dicho informe- una especie de conjunción de fuerzas dirigidas hacia la localización armónica de los equipamientos sanitario y educativo, designada con el término de "sectorización" que sobrepasa ampliamente la noción restringida de "sector de higiene mental". Se trata de una política general de coordinación que debe realizarse orgánicamente a partir de la base y bajo la forma de concierto, con la finalidad de establecer una serie de vínculos coherentes y estrechos entre los distintos servicios y establecimientos". Es necesario, a tal efecto, partir de la realidad para intentar definir cuál debe ser el sector geográfico adaptado a una acción social concertada y organizada en materia de infancia inadaptada (13).

-
- (13) Sin embargo el desarrollo de esta idea en el contexto de la planificación indicativa francesa no es muy consecuente con esta apelación a la realidad como punto de partida, puesto que la unidad sectorial que se toma como referencia a lo largo del estudio de previsión de necesidades a escala nacional, consiste en una unidad hipotética para 25.000 habitantes. Ello supone situar la cuestión a un nivel de abstracción escasamente operativo desde el punto de vista de la gestión descentralizada puesto que la definición de sector cobra todo su interés cuando se refiere explícitamente a una colectividad humana concreta, organizada social y/o administrativamente como barrio, municipio, área metropolitana, comarca, región, etc. No obstante cabe reconocer a este planteamiento una utilidad funcional al permitir establecer "standards" de equipamiento (personal, inmuebles, instrumentos, etc.) y costes correlativos, referidos, ambos, a esta definición de sector como unidad básica de planeamiento.

La creación de una estructura de este tipo, en el interior de la cual el conjunto de acciones en beneficio de la infancia inadaptada tiene una unidad, se ve como instrumento para conseguir la racionalización y eficacia necesarias para evitar el despilfarro tanto de medios como de tiempo.

En base a esta orientación, que pone de relieve tanto la prioridad de las intervenciones en el medio natural de la infancia como en la evitación de compartimentos estancos en el tratamiento, se articulan dos tipos de recursos: los equipamientos ligeros y los equipamientos pesados.

Los primeros, concebidos como equipo de sector, son flexibles y adaptables a la evolución de las necesidades de la población del mismo y se dirigen, básicamente, a la prevención, diagnóstico y tratamiento, en régimen ambulatorio o de externado. Los segundos, concebidos como equipo destinado a abarcar varios sectores (a escala intermunicipal, comarcal y regional), son más especializados, y se constituyen para tomar a su cargo, en régimen de hospitalización o internado, las categorías de inadaptación más graves (deficientes mentales, retrasados profundos, delincuencia juvenil, deficientes físicos, deficientes sensoriales, etc.).

Es fácil advertir que, a partir de la combinación de ambas categorías se plantea la cobertura, a distintos niveles de organización territorial, del conjunto de la acción en favor de la infancia inadaptada.

Para nuestro propósito prescindiremos de un estudio de de tallado del modo como en el Plan francés se articula es ta política a nivel nacional y nos ceñiremos a la con sideración de los principales rasgos que caracterizan la acción sectorial basada en el equipamiento ligero.

En este sentido aparecen como prioritarios dos objeti-
vos:

- I) la protección maternal infantil
- II) la protección sanitaria escolar

Ambos objetivos cubren la asistencia médico-pedagógica infantil desde el período prenatal hasta los 20 años aproximadamente.

I) La protección maternal infantil

Cubre la asistencia infantil hasta los 6 años.

La protección sanitaria y social al niño comprendido en esta edad se ve como inseparable de la de la madre y se organiza no sólo a nivel de consultas destinadas a preservar la salud de ambos, sino que se enfoca como control sanitario de todos los niños, desde el anuncio de la gestación, tanto en lo que se refiere a asistencia domiciliaria, como a guarderías infanti les, casas-cuna, etc. Las acciones en este sentido se concretan particularmente en:

a) Exámenes preventivos pre, peri y post-natales.

Se prevee para cada mujer encinta una série de exámenes (por lo menos cuatro) a lo largo del em

barazo y un examen post-natal.

- b) Control sanitario y asistencia a las mujeres embarazadas. Se persigue una evaluación de los problemas familiares asociados al embarazo, en especial de las condiciones de inserción del niño en el ámbito familiar y social.
- c) Control y asistencia sanitaria preventiva. La legislación, a este respecto, establece la frecuencia mínima de los exámenes médicos: un examen mensual a lo largo del primer año, un examen bimensual a lo largo del segundo año y un examen semestral a lo largo de los cuatro años siguientes.
- d) Vacunaciones obligatorias y/o recomendadas.
- e) Exámenes en profundidad destinados al análisis del desarrollo psico-motor y a la evaluación de las posibilidades sensoriales afectivas.

El cuadro nº 1 ofrece una visión esquemática de los efectivos que se asocian al sector hipotético de 25.000 habitantes para cumplir los mencionados objetivos.

CUADRO. nº II.1

Composición de un equipo de sector para protección maternal infantil. (sector $\approx$ 25.000 habitantes)

Control pre y post natal y servicio sanitario y social de embarazadas

- 1 ginecólogo
- 1 radiólogo
- 1 enfermera
- 2 asistentes sociales
- 1 secretaria médico-social

Control sanitario preventivo de los niños de edad preescolar y servicio de vacunación

- 2 pediatras
- 2 puericultoras
- 2 asistentes sociales
- 1 secretaria médico-social

Exámenes en profundidad

- 1 psiquiatra infantil
- 1 psicólogo
- 1 asistente social
- 1 enfermera
- 1 secretaria médico-social

II) La protección sanitaria escolar

Las acciones básicas en este apartado consisten en exámenes sistemáticos a distintos niveles de escola

ridad, detección de inadaptaciones, asistencia médico-pedagógica y reconocimientos médicos generales e intervenciones específicas para el conjunto de niños y adolescentes inadaptados.

Al margen de la asistencia de carácter general, retenemos los rasgos principales de las intervenciones específicas dirigidas a la infancia inadaptada. Las inadaptaciones pueden obedecer a causas diversas, pueden aparecer en conexión con deficiencias sensoriales, motoras o mentales, pueden estar basadas en el propio medio (carencias familiares, inadaptación al sistema escolar, etc.) o pueden coexistir ambos factores. La acción sectorial se propone evitar la compartimentación de las intervenciones, asegurando la unicidad y continuidad de las mismas para tomar en consideración una evaluación completa de los problemas planteados a los niveles médico, psicológico, educativo y social cuya interrelación es evidente. Es a partir de esta consideración que las estructuras que se ponen en juego reclaman un carácter polivalente, dirigido en primera instancia a asegurar la calidad de la detección y del diagnóstico y, por otra parte, a evitar la "catalogación" a priori de los niños a partir de criterios abstractos no contrastados con las características peculiares del medio. De este modo las estructuras médico-pedagógicas específicas se dirigen fundamentalmente a tres objetivos:

- a) Prevención: Control de los sujetos que presentan ciertos riesgos de desadaptación en función de sus

antecedentes o de dificultades ambientales.

b) Detección y Diagnóstico:

- realización de una detección a partir del medio social y escolar.
- asegurar un diagnóstico a partir de los resultados de una batería de filtros o instancias de pre-detección (familia, escuela, asistentes sociales, etc.)

c) Tratamiento

- asegurar la viabilidad de las indicaciones terapéuticas emitidas en la fase de diagnóstico ya sea a cargo del equipo de sector o a cargo de otras estructuras más especializadas.

El carácter polivalente de esta acción requiere una metodología de trabajo basada en un enfoque multidisciplinar, movilizando, por tanto, a diversos especialistas: asistentes sociales, psicólogos, pediatras, reeducadores, etc. agrupados en equipos de dimensiones racionales para evitar la dispersión de medios y la subocupación. Estos equipos trabajan no solamente a nivel de Centro -en régimen ambulatorio-, sino que proyectan su actividad llegando a la familia (contactos domiciliarios) y al medio social (escuela, barrio).

El cuadro nº 2 ofrece la asignación de recursos humanos asociada al sector propugnado en la planificación francesa.

CUADRO nº II. 2

Composición de un equipo de sector para la protección sanitaria escolar (inadaptación infantil).

1 director de sector

Personal médico:

1 psiquiatra

1 pediatra

Personal no médico:

5 psicólogos

2 asistentes sociales

10 reeducadores

1 reeducador pedagógico

1 ortofonista

1 reeducador de la psico-motricidad

1 consejero de orientación escolar y profesional

1 jardinera de infancia

Sin embargo, la movilización de estos recursos no alcanzaría los resultados apetecidos sin contar con la participación comunitaria. Y ésta no puede darse sin una toma de conciencia de las responsabilidades de cada miembro y una sensibilización hacia los problemas de prevención, detección y tratamiento de las desadaptaciones. Finalmente, para que la acción de un equipo sectorizado sea eficaz deberá contar con la comprensión y la adhesión de los padres, y otros elementos clave de la constelación de instancias que configuran el medio donde el niño se desen

vuelve (principalmente, médicos de cabecera, pediatras, educadores y asistentes sociales. Estos aspectos ponen de manifiesto la extraordinaria importancia de una política de información dirigida a cubrir de una manera sistemática los intersrrios de las articulaciones entre los niveles médico, escolar, familiar y administrativo.

2.4 Principales indicaciones para un enfoque sectorizado del Centro Médico-Psico-Pedagógico de l'Hospitalet de Llobregat

Como hemos visto los enfoques meramente psiquiatrizantes sobre la sectorización proporcionan una primera indicación de conjunto al poner de relieve como característica básica del sector la coordinación entre equipamientos colectivos de naturaleza sanitaria y la adscripción de los mismos a una colectividad definida territorial o demográficamente.

El enfoque planificador, por su parte, nos proporciona un considerable avance. En su planteamiento del sector no solamente se amplían las instancias a articular (sanidad, infancia inadaptada, escuela), sino que se definen diversos niveles de dotación (equipamiento ligero, equipamiento pesado) en función de las necesidades de uno o varios sectores considerados simultáneamente.

Sin embargo, los distintos elementos que hemos recogido como básicos en una política de actuación sectorial, requieren ser matizados y redefinidos al plantearnos las necesidades de desarrollo del Centro Médico-Psico-Pedagógico objeto de estudio. Y ello no sólo porque es insostenible la simple transferencia

de fórmulas técnico-administrativas que corresponden a realidades sociales distintas, sino porque, en la puesta en marcha de un Centro Médico-Psico-Pedagógico en un entorno con características ajenas al marco donde se han producido las experiencias más avanzadas al respecto, deben tomarse en consideración una serie de condicionamientos de partida.

En primer lugar la puesta en marcha de un Centro Médico-Psico-Pedagógico constituye una primera experiencia piloto en el seno de una colectividad precisa: el municipio de l'Hospitalet de Llobregat. Esta circunstancia supone que la acción del Centro debe proyectarse a un nivel territorial muy definido, aunque en la práctica deberán tomarse en cuenta las peculiaridades de cada distrito por lo que respecta a los niveles de escolarización, calidad de la misma, procedencia social y cultural del niño, etc. La localización del Centro en un punto concreto del ámbito municipal no debe ser obstáculo para el acceso al mismo. De hecho la orientación sectorial que se recomienda requiere una descentralización de servicios y una movilidad del equipo de base de modo que sea el propio Centro, por medio de una serie de "antenas" quien lleve su presencia donde determinadas circunstancias (déficit escolar cualitativo, distancia zonas de acumulación de transtornos) lo aconsejen. El carácter piloto del Centro requerirá, además, incluir entre sus actividades más importantes una serie de actividades de relación, toma de contacto y conexión con la instancia escolar y el equipamiento sanitario infantil (tanto público como privado) al objeto de que su labor se vea facilitada por la colaboración de los distintos medios más próximos a la infancia. En otro orden de prioridades se prevee como necesaria, en la etapa inicial de funcionamiento, una campaña de sensibilización dirigida a la opinión pública y a las diversas orga-

nizaciones ciudadanas al objeto de conseguir una mayor flexi
bilidad en las relaciones del Centro con el medio.

Los requerimientos de abertura y flexibilidad del Centro Médi
co-Psico-Pedagógico para llevar a cabo sus tareas específicas
van a precisar un ordenamiento institucional que privilegie
su gestión autónoma, premisa que deberá recogerse en los pró-
ximos trabajos de redacción de los estatutos de funcionamien-
to, así como en la regulación de la inserción del CMPP en la
organización jurídico-administrativa española.

Finalmente la labor del CMPP quedaría pronto comprometida y
desvirtuada en la medida en que su proyección se realizará a
espaldas de las características sociales, económicas y cultu-
rales de la población del municipio de l'Hospitalet. Si el en-
foque sectorial tiene algún sentido, -no sólo en el aspecto
de coordinación técnica- éste consiste en la identificación
del Centro con los problemas específicos de la comunidad a
la que se dirige. La problemática social, cultural y económi-
ca del área de acción del CMPP objeto de estudio ofrece unos
contornos nada ambiguos y su comprensión aparece como una de
las condiciones imprescindibles para que el funcionamiento de
la experiencia piloto no se diluya en la inoperancia de un ex-
perimento -costoso experimento- en el vacío.

En el Anexo nº II.2 se recogen, a título ilustrativo, una
serie de indicadores sobre la situación socioeconómica de
l'Hospitalet de Llobregat. No es posible extendernos ni pronun-
ciarnos aquí sobre los graves problemas ciudadanos, aunque la
consulta de estos datos puede ofrecer, siquiera de una manera
impresionista, una idea de los mismos. La presión demográfica
(20.193 habitantes/Km²), los déficits de equipamientos colec-

tivos y urbanísticos junto a una estratificación social muy polarizada en los niveles obreros y de rentas bajas y con la fuerte presencia de la inmigración sitúan una primera aproximación a las características de la "ciudad no-capital" más grande de España (14).

2.4.1 Indicaciones de sectorización

Entendemos que el enfoque sectorizado para el CMPP objeto de estudio consiste básicamente en su inserción en un sistema articulado de relaciones administrativas, funcionales y de gestión, que encuadre a los medios sanitario, educativo y socio-cultural correspondientes a la población del municipio de l'Hospitalet de Llobregat. La coordinación a estos diversos niveles debe tener en cuenta las siguientes indicaciones básicas que podrán ser desarrolladas o, por el contrario, ignoradas en función de la fórmula financiera y la regulación jurídico-institucional que se adopte finalmente al configurar el estatuto administrativo del Centro:

- a) Coordinación del CMPP con el equipamiento sanitario infantil general y con el equipamiento especializado (psiquiatría infantil y educación especial del Municipio:

-
- (14) Para una ilustración fundamentada de esta problemática recomendamos los siguientes trabajos recientes:
- Hospitalet 1974: Un análisis Sociológico. Faustino Miguelez, Jordi Santolaria, Miguel Alvarez, Conchà Estrada. Caixa d'Estalvis de Sabadell. Abril 1975.
 - Archivo Tàlex-Press corresponsalía de l'Hospitalet de Llobregat (1971-1978)
 - Estudio de SECCO: Equipamiento, servicios colectivos y habitat

.../

a.1 La dotación sanitaria a nivel local presenta unos graves déficits que, a corto plazo, parecen difíciles de absorber.

En el renglón de la atención psiquiátrica infantil, el déficit es absoluto y por lo que respecta a la educación especial solamente funcionan en l'Hospitalet las siguientes instituciones:

Centros Educativos y Laborales para Deficientes

Centro de Educación Especial Ntra. Sra. de Bellvitge

Centro de Educación Especial Alpi

Centro Médico Social la Inmaculada (Taller de Reeducación Laboral) (Centro Social Campoamor)

Centro de Promoción Laboral

SEREM (Servicio Español de Recuperación Minusválidos) Delegación Hospitalet.

.../... en el Polígono Residencial de Bellvitge. Barcelona. Diciembre 1973

-Coll Blanch-Torrassa 1974: Historia d'una lluita urbana.
Raimon Bonal . Fundació Jaume Bofill. Barcelona 1974

CUADRO II.3

Tipología	Tipo de Centro	Régimen	nº aulas	Capacidad máxima	alumnos 1973-74		Profesores	Otro personal docente
					niños	niñas		
C. Educación Especial Ntra. Sra. de Bellvitge ESTEL C/Ntra. Sra. Bellvitge, 100	Estatul	Externado	6	45	25	18	6	5
Centro Educación Especial ALPI Avda. Can Serra s/n	Privado subvencionado	Externado	9	120	53	35	9	2

Ello supone que a corto plazo, el Centro deberá establecer un conjunto de relaciones de coordinación y de delimitación de competencias con las instituciones que, a nivel comarcal, de área metropolitana y regional, cubran total o parcialmente los distintos trastornos que aquél pueda detectar y de las que no pueda asumir el tratamiento. El anexo II.3 recoge un censo no exhaustivo de los principales centros educativos y laborales para deficientes así como los principales consultorios de psiquiatría infantil situados en la provincia de Barcelona.

Sin embargo, se ve como inaplazable la necesidad de elaborar o actualizar un estudio sistemático del déficit total de equipamiento de l'Hospitalet en el área de las desadaptaciones infantiles y juveniles, al objeto de elaborar un programa de actuación pública (municipal o en concierto con las instancias administrativas superiores) que ayude a subsanarlo o paliarlo. En este sentido remitimos a las indicaciones contenidas en el Estudio de Planeamiento Sanitario del Municipio de l'Hospitalet de Llobregat, elaboradas por el Centro Técnico de Estudios Hospitalarios, como contexto global de referencia para una actuación sectorizada a nivel de planificación sanitaria municipal (15) Por su actualidad, sin embargo,

(15) Este estudio proporciona unas indicaciones generales que pueden ser actualizadas y contrastadas con otros trabajos: La Oferta de Servicios Colectivos en Cataluña. SEDUS. 1972; Estudio de necesidades de Equipamiento Hospitalario para la comarca de Barcelona (1970-80). Colectivo; Plan General de Regionalización Hospitalaria. Revista de Estudios sobre Hospitales, nos 41-42 1970; Con-

.../

recogemos a título ilustrativo, las previsiones de tipo general evaluadas por el equipo que ha realizado el Estudio Sociológico sobre l'Hospitalet de Llobregat sobre la base de los criterios del Plan Nacional de la Vivienda y los indicadores internacionales (ver Cuadro nº II.4).

a.2 La eficacia del funcionamiento del CMPP depende de la extensión y calidad de los circuitos de detección que puedan implementarse en el exterior del Centro.

En este sentido cobra gran importancia la cobertura del control sanitario infantil desde el período post-natal al ingreso de la escuela. Por tanto, la coordinación con los centros de asistencia maternal, centros de asistencia pediátrica, guarderías infantiles y otras instituciones de este nivel es un requisito fundamental. Una vez más, las carencias y déficits en este orden deberán ser suplidas, en una primera etapa, con una imprescindible labor de contacto y de sensibilización desplegada por el propio Centro Médico-Psico-Pedagógico, junto con las instituciones privadas de atención sanitaria infantil y consultorios de pediatría existentes en la actualidad.

Debe destacarse, también, la importancia de los

.../... sojo Económico del Bajo Llobregat. Comisión de aspectos sociales del desarrollo. Junio 1973; Consejo Sindical Provincial; Estudio Sociológico de l'Hospitalet de Llobregat, cap. VIII

déficits existentes en materia de guarderías infantiles y enseñanza preescolar. En este sentido la promoción y la cobertura a corto plazo de estas necesidades reforzaría apreciablemente la eficacia del Centro, al posibilitar un contacto regular de éste con la población infantil comprendida en la edad preescolar. Es precisamente en este tramo donde la eficacia del diagnóstico precoz tiene sus mayores efectos.

a.3 La creación de instituciones complementarias al Centro Médico-Psico-Pedagógico a nivel de sector (hospital de día, centro de reconocimientos médicos escolares, centros de educación especial, etc.) debe ser contemplada como un objetivo esencial para garantizar una continuidad de la acción terapéutica para los casos detectados y, en parte, tratados por el Centro. Si la labor de diagnóstico y de tratamiento que va a llevar a cabo el Centro Médico-Psico-Pedagógico se ve condicionada por la inexistencia de instituciones que ofrezcan una diversificación de atenciones y una especialización para casos profundos, no solamente se comprometerá la eficacia del enfoque sectorizado sino que se crearán las condiciones para que el propio Centro Médico-Psico-Pedagógico vea, a corto plazo, desnaturalizada su función al tener que hacerse cargo de un tipo de asistencia para la que, en principio, no está acondicionado.

CUADRO Nº II. 4

NÚMERO DE CAMAS POR DISTRITO

Criterios utilizados para su determinación

- Según el PLAN NACIONAL DE LA VIVIENDA:

Para cada 100.000 habitantes, es necesaria una residencia hospitalaria de 200 a 250 camas.

- Según indicador Internacional:

Para cada 1.000 habitantes, son necesarias 10 camas distribuidas según sus funciones de la siguiente forma:

<u>FUNCIONES</u>	<u>Índice por 1.000 habitantes</u>
Hospital general	6
Geriatria	1
Larga duración	1
Psiquiatria	2
TOTAL nº camas	10

Número de camas necesarias por distrito, resultantes de la aplicación proporcional al número de habitantes de los criterios indicados

DISTRITO I - CENTRO

nº DE HABITANTES 37.193

- Según el P.N.V. corresponderían de 74 a 92 camas.

- Según la O.M.S. 370 camas distribuidas de la forma siguiente

- 222 hospital general
- 37 larga duración
- 37 geriatria
- 74 psiquiatria

DISTRITO II - COLLEBLANCO-TORRASA

Nº DE HABITANTES 69.916

- Según el P.M.V. corresponderían de 139 a 174 camas.
- Según la O.M.S. 690 camas distribuidas de la forma siguiente:
 - 414 hospital general
 - 69 geriatría
 - 69 larga duración
 - 138 psiquiatría

DISTRITO III - SANTA EULALIA

Nº DE HABITANTES 22.689

- Según el P.M.V. corresponderían de 45 a 56 camas
- Según la O.M.S. 220 camas distribuidas de la forma siguiente:
 - 132 camas hospital general
 - 22 camas geriatría
 - 22 camas larga duración
 - 44 camas psiquiatría

DISTRITO IV - FLORIDA

Nº DE HABITANTES 56.914

- Según el P.M.V. corresponderían de 113 a 142 camas.
- Según la O.M.S. 560 camas distribuidas de la siguiente forma:
 - 336 hospital general
 - 56 geriatría
 - 56 larga duración
 - 112 psiquiatría

DISTRITO V - PUJILLA CASAS

Nº DE HABITANTES 54.783

- Según el P.M.V. corresponderían de 109 a 136 camas.
- Según la O.M.S. 540 camas distribuidas de la forma siguiente:
 - 324 hospital general
 - 54 geriatría
 - 54 larga duración
 - 108 psiquiatría

DISTRITO VI - BELLVITGE

Nº DE HABITANTES 23.726

- Según el P.M.V. corresponderían de 57 a 71 camas.
- Según la O.M.S. 230 camas distribuidas de la siguiente forma:
 - 169 hospital general
 - 23 geriatría
 - 28 larga duración
 - 55 psiquiatría

TOTAL DE CAMAS DE HOSPITALET POR SUMA DE DISTRITOS ANTERIOR:

- Según el P.M.V. corresponderían de 537 a 671 camas.
- Según el criterio general, 2.660 camas, distribuidas de la siguiente forma:
 - 1.596 hospital general
 - 266 geriatría
 - 266 larga duración
 - 532 psiquiatría

Aplicando el criterio general de 10 camas/1.000 habitantes al total de la población 270.283:

- Según el P.M.V. corresponderían de 541 a 676 camas.
- Según el criterio general 2.703 camas, distribuidas de la siguiente forma:
 - 1.622 hospital general
 - 270 geriatría
 - 270 larga duración
 - 541 psiquiatría

Fuente: Hospitalet 1974: Un análisis sociológico. Faustino Miguelez, Jordi Santolario, Miguel Alvarez, Concha Estrada. Abril 1.975

b) Coordinación del Centro Médico-Psico-Pedagógico con la escuela

b.1 La propia definición del Centro Médico-Psico-Pedagógico supone que su funcionamiento debe estar estrechamente vinculado a la escuela, de tal modo que entre ambos se establezca un flujo de relaciones de complementariedad.

La falta de conciencia acerca del problema de las desadaptaciones infantiles va a requerir que el establecimiento de estas relaciones se produzca de acuerdo con un programa que incluya tanto la actuación del Centro Médico-Psico-Pedagógico dentro de la escuela ("antenas") como la formación de los educadores a partir de cursillos, conferencias y experiencias comunes, bajo la dirección del personal responsable del Centro.

b.2 El Centro Médico-Psico-Pedagógico debe concebirse, desde un punto de vista dinámico, como el núcleo inicial de una red de instituciones semejantes que cubran, en un futuro, las necesidades de la población infantil de l'Hospitalet y cuya experiencia sirva como punto de referencia para otros Centros similares.

Desde esta perspectiva deben ponerse en juego todos los medios para evitar el confinamiento del Centro, cuya falta de proyección obstaculizaría gravemente la necesaria interrelación con el aparato escolar. Tal como hemos apuntado anteriormen

te los contactos con el medio escolar han de ser recíprocos y debe evitarse tanto la consideración de aquél como un simple "receptáculo de casos potenciales" como la actitud negativa o basada en prejuicios de la escuela frente al Centro. Evitar el confinamiento funcional del Centro supone como es obvio, evitar que su localización polarice sus actividades hacia los distritos más próximos por lo que nuevamente aparece la necesidad de contar desde las primeras etapas con equipos de base móviles para un trabajo directamente ligado al medio escolar o familiar.

En las primeras etapas de puesta en marcha del CMPP deberá jugarse a fondo la baza no segregativa ni discriminatoria en su funcionamiento, superando las condiciones que privilegian la utilización del Centro por parte de los sectores acomodados de la población. En la medida en que la población de l'Hospitalet es mayoritariamente de extracción obrera un porcentaje muy alto de niños y adolescentes sufren déficits de escolarización. Déficits que cuando no son meramente cuantitativos, lo son en el aspecto cualitativo. En condiciones normales, es decir si no se adoptan medidas específicas de acercamiento del Centro Médico-Psico-Pedagógico a esta población, los ^{que} niños tendrán más probabilidades de acceso al Centro son los que provienen de clases acomodadas, al beneficiarse de una escolarización de mayor calidad que incluya, obviamente, personal más sensibilizado para la detección de los problemas de inadap

tación escolar.

Para evitar la discriminación en este sentido el Centro Médico-Psico-Pedagógico debería dotarse, a medio plazo, de una estructura de "antenas", cólulas de trabajo en la escuela a base de equipos constituidos por personal del Centro, que cubriera, en los aspectos de detección y de reeducación, los barrios donde los déficits físicos y cualitativos en materia de escolarización son más graves.

En este sentido la decisión respecto al número y prioridad de las antenas debe basarse, como mínimo, tanto en razones de accesibilidad o proximidad al Centro como en la jerarquía de los distritos en orden a la gravedad de sus déficits escolares. Un orden de prioridad basado en la más reciente estimación de aquéllos, sería:

Distrito Florida
Distritos Collblanch-Torrera
Distrito Pubilla Casas
Distrito Centro
Distrito Bellvitge
Distrito Santa Eulalia

(ver cuadro nº II.5)

b.3 Si el enfoque sectorizado ha de ser operativo, debe asumirse desde el principio la gravedad de la situación escolar que caracteriza al municipio. Como ha puesto de manifiesto recientemente el estudio sociológico de Faustino Miguelez, J. Santola

ria, Miguel Álvarez y Concha Estrada, los déficits de equipamiento escolar, como equipamiento colectivo, alcanzan en l'Hospitalet las proporciones alarmantes que se recogen en el cuadro nº II.6.

Al margen de los problemas sociales que ello supone, ésta es una de las causas más elocuentes de desadaptación no ya escolar -puesto que el acceso a la escuela está gravemente comprometido- sino social. A este respecto deben tenerse presentes las crecientes manifestaciones de delincuencia juvenil que en l'Hospitalet de Llobregat están adquiriendo forma y entidad desconocidas hasta la fecha.

En términos de equipamiento colectivo, es decir financiado por la Administración, el déficit de plazas escolares calculado en el Estudio Sociológico sobre l'Hospitalet de Llobregat es del orden del 90 % para los niños de 2 a 5 años y del 64'7 % para los niños de 6 a 13 años. Los siguientes datos ilustran la gravedad y la urgencia de la actuación pública en este ámbito.

CUADRO n°

Déficit de plazas por distrito

CUADRO II.6

	Plazas Públicas			Plazas Totales		
	Procesc.	EGG	Total	Déficit físico		Total
				Procesc.	EGG	
Centro	2.592	2.402	4.994	1.593	-	3.359
Coll.-Torrassa	4.147	5.584	9.731	2.355	176	4.650
Sta. Eulalia	1.293	1.263	2.556	846		1.643
Florida	3.931	5.261	9.192	2.309	406	4.854
Pubilla Cesas	4.590	6.943	11.533	2.527	316	4.777
Bellvitge	2.562	2.645	5.207	1.662	130	3.100
Totales	19.115	24.098	43.213	11.224	931	22.475
Enseñanza Media y Profesional :			Enseñanza Media y Profesional :			
— 11.981			11.300			

Fuente: Hospitalet 1974 : Un análisis sociólogo.
 F. Miguelez, J. Santolaria, M. Alvarez,
 C. Estrada. Abril 1975

Necesidades de centros escolares evaluadas para cubrir el déficit

	Preescolar (120 plazas)	EGG (700 plazas)	SUP-E. Profesional (500 plazas)
Centro	17	1	1
Coll. Torrasa	24	2'5	2
Sta. Eulalia	8	1	1
Florida	24	3	1'5
Pubilla Casas	25	2'5	1'5
Bellvitge-S.V.	17	1	1

Coordinación del Centro Médico-Psico-Pedagógico con el medio

Como hemos visto, la articulación de una política sectorial deberá montarse a partir de una situación altamente deficitaria. En la medida en que el sub-equipamiento que hemos señalado es una realidad, ello no hace más que reflejar las características de una población que tiene, a nivel comunitario, un conjunto de graves problemas sociales derivados de una presión demográfica (agravada por los flujos de inmigración) encauzada de un modo anárquico.

La consideración de las peculiares condiciones de vida de la mayoría de la población del municipio debe ser asumida por el Centro Médico-Psico-Pedagógico: Los problemas derivados de las malas condiciones de vivienda, la diversidad cultural de una población inmigrante de reciente absorción, las dificultades del

bilinguismo, la salarización de la gran mayoría de los cabezas de familia, la polarizada estratificación social de la población, etc., constituyen una serie de parámetros culturales, económicos y sociales que, en la medida en que conforman un tipo de comunidad, tienen un reflejo inmediato sobre las condiciones de socialización de la infancia y las dificultades de su inserción en el aparato escolar y productivo. La proyección y la actitud del Centro Médico-Psico-Pedagógico en este contexto, va a determinar de una manera decisiva su aceptación y la aceptación de sus servicios como cobertura de una necesidad colectiva. Cabe señalar pues, la importancia de su adecuación al contexto como otra de las líneas maestras de la política de sector que se recomienda para el desarrollo del mismo.

ANEXO nº. II.1.

Centros Médico. Psico-Pedagógicos adheridos a A.N.C.E.(*)

- C.M.P.P. Rue Jean Macé 05000 GAP
 C.M.P.P. 19, place des Cordeliers 07100 ANNONAY
 C.M.P.P. Rue du Docteur Saladin 07200 AUBENAS
 C.M.P.P. 1, avenue Paul Riou 07000 PRIVAS
 C.M.P.P. "Le Château" 07300 TOURNON
 C.M.P.P. 28, rue J.B. Clément 08100 CHARLEVILLE MÉZIÈRES
 C.M.P.P. 11000 CARCASSONNE
 Antennes à LIMOUX et LEZIGNAN
 C.M.P.P. 8, rue Félix Aldy 11103 NARBONNE
 C.M.P.P. Ecole Gally 12000 RODEZ
 Antenne Rue Glossop 12100 MILLAU
 C.M.P.P. "Bel Air" 16000 ANGOULÊME
 C.M.P.P. 34, place de Verdun 17000 LA ROCHELLE
 C.M.P.P. 9, cours du Prince Impérial 20000 AJACCIO
 Centre de diagnostic et de traitements en cure ambulatoire, Avenue du Général de Gaulle
 21000 DIJON
 C.M.P.P. 53, avenue Manouvrier 23000 GUERET
 Antenne Boulevard Lavaud LA SOUTERRAINE
 C.M.P.P. 17, place de la Cité 24000 PÉRIGUEUX
 C.M.P.P. 21, rue Cyrano 24100 BERGERAC
 C.M.P.P. "Au Château" 25200 MONTBÉLIARD
 C.M.P.P. 22, rue Chifflet 25000 BESANCON
 C.M.P.P. 11, boulevard du Fust 26200 MONTÉLIMAR
 C.M.P.P. 46, avenue Victor Hugo 26000 VALENCE
 C.M.P.P. Rue Dulong 27000 EVREUX
 C.M.P.P. 14, boulevard Jeanne d'Arc 28100 DREUX
 C.M.P.P. 31, rue Huysmans B.P. 148 28007 CHARTRES
 C.M.P.P. Rue Jean Rameau 29000 QUIMPER
 C.M.P.P. 2, rue de la Communauté 29200 BREST
 C.M.P.P. Rue Poullanc 29210 MORLAIX
 C.M.P.P. 10, rue F. Crémieux 30200 BAGNOLS SUR CEZE
 C.M.P.P. Groupe Germain David 30100 ALES
 C.M.P.P. 2, rue du Taur 31000 TOULOUSE
 C.M.P.P. 3, rue Fabre d'Eglantine 32000 AUCH
 C.M.P.P. 168, boulevard du Président Wilson 33000 BORDEAUX
 C.M.P.P. Groupe Scolaire 24, avenue Roger Cohu 33600 PESSAC
 C.M.P.P. de l'O.P.E.P. 14, place Saint-Cyran 36000 CHATEAUXROUX
 C.M.P.P. d'Indre et Loire [8, rue de la Pierre 37100 TOURS] — M. BEAUDOUFF — Directeur
 C.M.P.P. 32, rue Rouget de Lisle 39004 LONS LE SAUNIER — 2, rue de la Pierre
 Antennes à ST CLAUDE, CHAMPAGNOLE et DOLE
 C.M.P.P. Henri Wallon 5, rue Charles Lebourg 44000 NANTES
 C.M.P.P. Jardin des Plantes 44600 SAINT NAZAIRE
 C.M.P.P. 79, rue Portail Alban 46000 CAHORS
 C.M.P.P. 80, rue Jean Jaurès 47000 AGEN
 Antennes à FUMEL, NERAC, NARMANDE et VILLENEUVE S/LOT
 C.M.P.P. 21, rue Kellermann 51100 REIMS
 C.M.P.P. Ecole Jean Jaurès 51200 EPERNAY
 C.M.P.P. 2, rue de la Commune de Paris 52100 SAINT-DIZIER
 C.M.P.P. 5, rue Saint-Léon 54000 NANCY — M. Arnoeux (Directeur Pédagogique et Administratif)
 C.M.P.P. 33, rue du Port Cass Officielle n° 44 55012 BAR LE DUC
 C.M.P.P. "Le Marin" Rue Ferdinand Buisson 56100 LORIENT

.../...

(*) Association Nationale de Communautés d'Enfants.
Paris.

C.M.P.P. Cité Armorique 56000 VANNES
 C.M.P.P. Rue Saint-Ivy 56300 PONTIVY
 C.M.P.P. 5 bis, place Chaméane 58000 NEVERS
 C.M.P.P. "Decroly" 47, rue de Bourgogne 59000 LILLE
 C.M.P.P. 22, rue Villiers de l'Isle Adam 60000 BEAUVAIS
 C.M.P.P. "Pauline Kergomard" 17, rue Jules Michelet 60100 CREIL
 C.M.P.P. 33, avenue Albert 1er 60300 SENLIS
 C.M.P.P. 8, avenue du Maréchal Joffre 60200 COMPIEGNE
 C.M.P.P. "Villa Irrintzi" avenue Foch 64100 BAYONNE
 C.M.P.P. 22, rue Castetnau 64000 PAU
 C.M.P.P. 6, rue Lagarigue 65000 TARBES
 C.M.P.P. Place de l'Eglise Saint-Jacques 66000 PERPIGNAN
 C.M.P.P. de Saône et Loire 102, avenue Bonicaud 71100 CHALON SUR SAONE, Antenne à MACON
 C.M.P.P. 5, rue de la Juiverie 72000 LE MANS
 C.M.P.P. A. Binet 4, rue du Mont Blanc 74000 ANNECY
 Antennes à ANNEMASSE et THONON
 C.M.P.P. 22 bis, rue Dumont d'Urville 76000 ROUEN
 C.M.P.P. Henri Wallon 3, rue de l'Abattoir 76200 DIEPPE
 C.M.P.P. 3, rue Antoine Coypel 78000 VERSAILLES
 C.M.P.P. 7, rue de la Bèche 82000 MONTAUBAN
 C.M.P.P. Boulevard des Fleurs 83000 DRAGUIGNAN
 C.M.P.P. de Vaucluse Rue Sainte-Catherine 84000 AVIGNON — M. Alec Texte
 C.M.P.P. 11, rue Saint-Hilaire 86000 POITIERS
 C.M.P.P. 4, avenue Saint-Surin 87000 LIMOGES
 Antennes à BELLAC et SAINT JUNIEN
 C.M.P.P. Cité Sainte-Geneviève Bât. D/48 89000 AUXERRE
 C.M.P.P. 3, rue de la République 90000 BELFORT
 C.M.P.P. 42, rue Marx Dormoy 91300 MASSY
 C.M.P.P. 12, rue Carnot 92150 SURESNES
 C.M.P.P. 79, rue Gallieni 92500 RUEIL MALMAISON
 C.M.P.P. 7, boulevard Aristide Briand 92400 COURBEVOIE
 C.M.P.P. 5, rue Louis Jean 92250 LA GARENNE COLOMBE
 C.M.P.P. 19, rue du Val 92190 MEUDON
 C.M.P.P. 7, rue Paul Bert 93300 AUBERVILLIERS
 C.M.P.P. Tour Cachin 93230 ROMAINVILLE
 C.M.P.P. 35, rue Darville Casanova 93200 SAINT-DENIS
 C.M.P.P. rue Marcel Cachin 93000 BOBIGNY
 C.M.P.P. 22, rue des Beaux Vents 95310 SAINT GUEN L'AUMONE
 C.M.P.P. Rue des Bougainvilles 95600 EAUBONNE
 C.M.P.P. 34, Alexis Varagne Villiers le Bel 95400 ARNOUVILLE
 C.M.P.P. 17, allée des Roses 93130 NOISY LE SEC

ANEXO II.2

Anexo nº. II.2.

DATOS ESTADISTICOS BASICOS DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT COMPARADOS
CON LA CORPORACION METROPOLITANA DE BARCELONA.

1. Datos territoriales

	<u>Superficie término (Ha)</u>	<u>Superficie casco (Ha)</u>	<u>Altitud (m)</u>	<u>Distancia de Barcelona (Km)</u>
L'Hospitalet de Llobregat	1.099	456	8	2'8
C.M.B.	47.628	11.276	-	-

2. Población de hechos y tasas de crecimiento demográfico

	<u>1950</u>	<u>1960</u>	<u>1970</u>	<u>Tasas crecimiento (%) 1950-60</u>	<u>1960-70</u>
L'Hospitalet de Llobregat	71580	122813	241978	71'6	97
C.M.B.	1545298	2006948	2731884	29'9	36'1

2.1. Evolución de la población de L'hospitalet de Ll. desde 1900 (Padrón Municipal).

<u>Año</u>	<u>Población</u>	<u>% crecimiento inter- decada o interanual</u>	<u>% crecimiento To- tal población Catalunya</u>	<u>Densidad (habit/Ha)</u>
1900	4.948			
1910	6.905	38'5		6'0
1920	12.360	79'0		12'5
				10

1930	37.650	204'6	19'1	31
1940	51.249	36'0	3'6	43
1950	71.580	39'6	12'1	60
1955	90.787	26'8		76
1959	119.030			99
1960	122.813			102
1961	130.179			
1962	143.948	35'2/ 71'5	21'1	
1963	160.119			
1964	175.482			
1965	180.140			
1966	192.087	46'6		
1967	206.512			150
1968	212.436			
1969	225.919			
1970	242.000			
1971	246.061	34'3/ 97'0	30'2	
1972	255.898	1'6		201
1973	262.867	3'9		
1974	270.300	2'7		
	(estimación)	2'8		255

3. Población de derecho

	<u>1950</u>	<u>1960</u>	<u>1970</u>	<u>1973 (1)</u>
L'Hospitalet de Llobregat.				
C.M.B.	69.748	121.995	240.630	260.643
	1.534.553	1.969.662	2.706.380	2.869.538
(1) Rectificación del Padrón Municipal de habitantes (1973).				

4. Presupuestos Municipales. Totales y "per cápita"

	<u>Pptos y "per capita"</u>			
	<u>Pptos Ordinario</u>	<u>Pptos especial</u>		<u>Pptos Extraordinarios 1964-71 en</u>
	<u>1971</u>	<u>1971</u>		<u>mill.pts. (media</u>
	<u>mill.</u>	<u>pts/cáp</u>	<u>mill.</u>	<u>anual).</u>
L'Hospitalet				

5. Inmigración en el periodo 1966-70 y peso sobre población total

	<u>Inmigrantes 1965-1970</u>	<u>%Población</u>
L'Hospitalet de Llobregat	77.417	
C.M.B.	448.324	32
		16'4

6. Población activa 1970 (Niveles mínimos: aproximación por defecto)

	<u>Activos</u>	<u>%</u>
L'Hospitalet de Llobregat	94.129	38'9
C.M.B.	1.038.711	38'1

7. Población por categoría socio-profesional 1970 (en porcentajes)

	Grandes propietarios y dirigentes	Otros directivos y peq. prop.	profesionales y técnicos medios.	artesanos y cuadros interm.	empleados y obreros cualificados.	obreros no cualificados.
L'Hospitalet de Llobregat	0'8	1	3'2	2'2	85	7'8
C.M.B.	2'4	3'4	8'8	10	69'1	7'3

8. Estructura empleo por sectores económicos 1970

	Extrac-tivos.	industria en gral.	construc-ción.	energía y sanea-mientos.	servi-cios.	sin especific.	Total
L'Hospitalet de Llobregat	150	29.994	6.521	574	10079	4510	51.828
C.M.B.	7.646	516.702	150.839	15.839	366.588	101044	1.158.674

9. Número de Empresas por Vol. de Empleo 1970

	hasta 5 tra baj.	de 6 a 20	de 21 a 50	de 51 a 100	de 101 a 500	Total empr.	Nº.medio emplea- dos por empresa.
L'Hospitalet de Llobregat	3.630	1.195	298	97	59	5 5284	10
C.M.B.	83.626	18.770	5.497	1.803	1.272	176 111144	10

10. Alumnos escolarizados en primer y segundo ciclo

	Preescolar c.1973-74	EGB y primaria c. 1973-74	Bachillerato c. 1972-73	E. Profesional c. 1973-74
L'Hospitalet de Llobregat	7.448	34.185	3.189	1.138
C.M.B.	97.266	389.414	82.359	21.036

11. Equipamientos: Vivienda

	número de viviendas			
	Ocupadas		Sin ocupar	
	Todo el año	Parte del año	1960	1970
L'Hospitalet de Llobregat	26.498	59276	71.400	72
C.M.B.	428.677	699342	9.072	24.234
				6.431
				69.233

12. Equipamientos: Hospitales

	Hospitales y clínicas				
	nº.camras totales		nº.camras psiquiá tricas.		Sup.cons truida m2
	1970	1974	1970	1974	
L'Hopsitalet de Llobregat	158	1.750	0	0	35'7 2.610
C.M.B.	14.086	15.837	3.946	3.830	71'81 707.324

13. Usos de espacios libres equipados

	Interior casco (Has)				Exterior casco (Has)				TOTAL
	Depor tivo.	Recrea tivo.	Bosque	Total	Depor tivo.	Recrea tivo.	Bosque	Total	
L'Hopsitalet de Llobregat	2'3	2'6	-	4'9	5'9	0'2	-	6'1	11
C.M.B.	106'1	123'7	7'2	237	253'6	138'8	1500'6	1890	2.127

14. Consumo eléctrico, parque de turismos y teléfonos

	Cons.eléctrico 1970 Kw/h	Parque turismos	no líneas	Teléfonos n estaciones
L'Hospitalet de Llobregat	253.186	18.321	11.605	19.857
C.M.B.	3.877.860	313.753	587.302	914.926

15. Otros indicadores

	habitantes Km2.	Automóviles (1970) por 100 h.	Líneas tele fónicas por 100 h.	Consumo eléct. Kwh/hab.
L'Hospitalet de Llobregat	22.018	8	5	1.046
C.M.B.	5.736	11	21	1.419

Fuentes: DATOS BASICOS DE LA CORPORACION METROPOLITANA DE BARCELONA

Consorcio de Información y Documentación de Cataluña. Barcelona. Enero 1975.

Hospitalet 1974: Un análisis sociológico. Faustino Miguelez, Jordi Santolaria, Miguel Alonso, Concha Estrada. Abril 1975.

ANEXO nº II.3

Este anexo recoge y sistematiza la información disponible acerca de Centros educativos especiales, centros laborales y aulas destinadas a deficientes, así como los consultorios de psiquiatría infantil en Centros hospitalarios situados en la provincia de Barcelona (*)

A - Centros educativos y laborales para deficientes

- a.1 listado de Centros de Educación Especial
- a.2 datos básicos de los centros (curso 73-74)
- a.3 aulas destinadas a deficientes en centros no especiales

B - Consultorios de Psiquiatría Infantil en Centros Hospitalarios

(*) La elaboración de estos datos nos ha sido facilitada por la Sub comisión de Estadísticas Sanitarias del Consorcio de Información y Documentación de Cataluña.

NOTA: Los centros marcados con (x) están incluidos en el segundo listado de "DATOS BASICOS" de los Centros de Educación Especial.

A - CENTROS EDUCATIVOS Y LABORALES PARA DEFICIENTES

a.1 Listado

CENTROS EDUCATIVOS Y LABORALES PARA DEFICIENTES. BARCELONA CAPITAL

(1) Centros para deficientes medios:

- | | | |
|---|----------------------------------|--------------|
| (x) INSTITUTO MEDICO PEDAGOGICO | Dr. Cadevall, 35-52 | Barcelona-13 |
| ESCUELA TORIBIO DURAN | Vilana, 12 | Barcelona-6 |
| (x) INSTITUCION MULLERAT | Portell, 11 y 13 | Barcelona-6 |
| BOSCANA | Carallou, 18 | Barcelona-17 |
| INSTITUTO PSICOPEDAGOGICO "LAS EURAS" | Vayreda, s/n. | Barcelona-16 |
| INSTITUTO MEDICO PEDAGOGICO PRO INFANCIA | San Gervasio Cassoles, 86 | Barcelona-6 |
| CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL "VIRGEN BLANCA" | o Prolongación Gallechs, 6 | Barcelona-16 |
| (x) ESCUELA CANIGO | Avda. Vallvidrera, 22 | Barcelona-17 |
| (x) ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL "NTRA. SRA. DEL PORT" | Ntra. Sra. del Port, 279 | Barcelona-4 |
| (x) ESCUELA ESTUDIO "BELARMI" | Princesa, 16 | Barcelona-3 |
| (x) INSTITUTO DE PEDAGOGIA TERAPEUTICA | | |
| "JERONIMO MORAGAS" | Panamá, 18 | Barcelona-17 |
| (x) ESCUELA MUNICIPAL DE "VILAJOANA" | Ctra. de Vallvidrera s/n. | Barcelona-17 |
| (x) ESCUELA ESPECIAL BARCANOVA | Paseo de la Fuente Fargas s/n. | Barcelona-16 |
| (x) CENTRO "SAN GUILLERMO" DE EDUCACION ESPECIAL | Tolrá, 23 | Barcelona-16 |
| (x) COLEGIO SANTOS INOCENTES | Cardenal Tedeschini, 67 | Barcelona-16 |
| (x) COLEGIO PEDRALBES | Casa Mora, 7 | Barcelona-17 |
| (x) COLEGIO SAN JERONIMO | Armonía, 35 | Barcelona-16 |
| (x) INSTITUTO PSICOMEDICO BARCINO | Castellnou, 57 | Barcelona-17 |
| CLINICA ORTOPEDAGOGICO NIÑO DIOS | Mallorca 509 | Barcelona-12 |
| ESCUELA DE LA CATEDRA DE PSIQUIATRIA | Calatrava, 3 | Barcelona-17 |
| COLEGIO EFFETA | Facultad de Medicina del | |
| (x) COLEGIO ANA GRAU | Hospital Clínico | |
| GRUPO REDUCIDO MONTSERRAT PUCH | Enrique Granados, 116, entº. | Barcelona-14 |
| GRUPO REDUCIDO MIROSA | Santísima Trinidad del Monte, 16 | Barcelona-8 |
| | Roberto Bassas, 25 | Barcelona-17 |
| | Avda. José Antonio, 489 | Barcelona-14 |

- (x) REIXIR CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL
- (x) ESCUELA KIM DE EDUCACION ESPECIAL
- (x) CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL CRISTO REY
- (x) COLEGIO NACIONAL DE EDUCACION ESPECIAL
CONCHA ESPINA

Juan de Alós, 40
Penitentes, 9
Martín Molins, s/n.

Barcelona -17
Barcelona - 6
Barcelona -13

Prim Paraguay

Barcelona -5

.../...

(2) Guarderías Infantiles y Pre-Escolar

- (x) GUARDERIA DE ASPANIA
(x) INSTITUTO NIÑO DIOS

Gerona, 112

Mallorca, 509

Barcelona -9
Barcelona -12

(3) Centros que acogen subnormales con defectos de lenguaje

- (x) ESCUELA ESPECIAL TRIBO
(x) ESCUELA LEXIA

Bajada de Briz, 13
Alfonso XII, 17

Barcelona-6
Barcelona-6

(4) Centros para deficientes caracteriales

- (x) ESCUELA PAIDELLA
(x) GURU

Panamá, 9

Ctra. de Esplugas, 88

Barcelona -17
Barcelona -17

(5) Centros para deficientes con parálisis cerebral

CONRINTIAS

- (x) CENTRO PILOTO ARCANGEL SAN GABRIEL

Rios Rosas, 13 pral.
Parque de Montjuich

Barcelona-6
Barcelona-4

(6) Centros para deficientes mentales ligeros

COLEGIO VIRGEN DE MONTSERRAT.

(7) Talleres

TALLERES DE ASPANIAS
TALLERES SAN CAMILO
TALLERES SANT JORDI
TALLER GRUPDEN

Avda. Virgen de Montserrat, 144

Barcelona -16

Grau y Torra, 25
Avda. Virgen de Montserrat, 156
Plaza de San Pedro, 3 bis
Santa Amalia, 40

Barcelona -3
Barcelona -16
Barcelona -3
Barcelona -16

(3) Centros para disminuidos físicos

- (x) INSTITUTO CATAJAN DE SORDOMUDOS
- (x) INSTITUTO E. DE SORDOMUDOS Y CIECOS
- (x) CENTRO MEDICO DE AUDICION Y LENGUAJE
- (x) CENTRO PILOTO DE REEDUCACION AUDITIVA ARANS
- (x) CENTRO MUNICIPAL FONCAUDIOLOGICO

ESCUELA DE FONCAUDIOLOGIA

- | | |
|--------------------------------|---------------|
| San Fructuoso, 71 | Barcelona -4 |
| Paseo General Mola, 8 | Barcelona -9 |
| Descartes, 6 | Barcelona -6 |
| Verdi, 254 | Barcelona -12 |
| Tres Pins, Parque de Montjuich | Barcelona -4 |
| 2 de Mayo, 305 | Barcelona -13 |

CENTROS EDUCATIVOS Y LABORALES PARA DEFICIENTES. RESTO PROVINCIA DE BARCELONA

(1) Centros que acogen deficientes mentales

INSTITUTO VALL-SEPT

ESCUELA ESPECIAL ASPANIAS

(x) ESCUELA LLEVANT

(x) CENTRO DOCENTE XAMFRA, S.A.

(x) ESCUELA ANGELA ROCA

(x) CENTRO DE PEDAGOGIA VIRGEN DE MONTSERRAT

(x) CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL NTRA. SRA. DE
BELLVITGE

(x) CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL ALPI

(x) ESCUELA AURIA

(x) ESCUELA JERONI DE MORAGAS

ESCUELA ESPECIAL LA LLUM

SANATORIO DE SAN JUAN DE DIOS (C. P.A.)

(x) CENTRO DE EDUCACION Esp. VIRGEN DEL PONTARRO

(x) ESCUELA SANTA BERNARDETA

(x) ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL ALBA

(x) ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL SAN ISIDRO

Afueras Poniente, 28

Arenys de Mar

Ventós Mir, s/n.

Badalona

Martires de la Cruzada, 59

Badalona

Paseo, 317

Castelldefels

General Sanjurjo, s/n.

Gavá

Barrio de la Torre, 13

Granollers

Ntra. Sra. de Bellvitge, 190 Hospitalet
Avda. Can Serra, s/n.

Hospitalet

Cervantes, 35

Igualada

Fonollar, 28

Manresa

Cinteros, 2

Manresa

Ctra. de la Culla, s/n.

Manresa

Avda. 5 de Julio, 15

Martorell

1ª. Bandera de Falange, s/n. Mataró

Verdaguer, 6

Molins de Rey

Gaiters, s/n.

Prat de Llobregat

CENTROS EDUCATIVOS Y LABORALES PARA DEFICIENTES. RESTO PROVINCIA DE BARCELONA

(1) Centros que acogen deficientes mentales

INSTITUTO VALL-SEPI

ESCUELA ESPECIAL ASPANIAS

(x) ESCUELA LLEVANT

(x) CENTRO DOCENTE XAMTRA, S.A.

(x) ESCUELA ANGELA ROCA

(x) CENTRO DE PEDAGOGIA VIRGEN DE MONTSERRAT

(x) CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL NTRA. SRA. DE BELLVITGE

(x) CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL ALPI

(x) ESCUELA AURIA

(x) ESCUELA JERONI DE MORAGAS

ESCUELA ESPECIAL LA LLUM

SANATORIO DE SAN JUAN DE DIOS (C. P.A.)

(x) CENTRO DE EDUCACION Esp. VIRGEN DEL PONTARRO

(x) ESCUELA SANTA BERNARDETA

(x) ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL ALBA

(x) ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL SAN ISIDRO

Afuerras Poniente, 28 Arenys de Mar

Ventós Mir, s/n. Badalona

Martires de la Cruzada, 59 Badalona

Paseo, 317 Castelfidels

General Sanjurjo, s/n. Gavá

Barrio de la Torre, 13 Granollers

Ntra. Sra. de Bellvitge, 190 Hospitalet
Avda. Can Serra, s/n. Hospitalet

Cervantes, 35 Igualada

Fonollar, 28 Manresa

Cineros, 2 Manresa

Ctra. de la Culla, s/n. Manresa

Avda. 5 de Julio, 15 Martorell

1ª. Bandera de Falange, s/n. Mataró

Verdaguer, 6 Molins de Rey

Gaiters, s/n. Prat de Llobregat

(x) ESCUELA SANTA GEMA
(x) ESCUELA BELLA-PART

Plaza Castilla, s/n.
C/. La Palma, s/n.

Sabadell
Sabadell

(x) COLEGIO BALMES
COLEGIO SAN DAUDILLO

C/. Luis Castells, 34
Rauri, 47

San Baudilio de Llobregat
San Baudilio de Llobregat

(x) INSTITUTO TORREMAR

Angel Guimerá, 57

San Ginés de Vilasar

(x) ESCUELA ESPECIAL ASPANIDE

Camino de Badalona, 49

Sta. Coloma de Gramanet

(x) CENTRO DE REHABILITACION SAN LAZARO
(x) CENTRO DE PEDAGOGIA TERAPEUTICA VG. FATIMA

Caídos, 1

Tarrasa
Tarrasa

(x) ESCUELA ESPECIAL DELTA

José Antonio, 22

Vilafranca del Penedés

(x) CENTRO DE PADAGOGIA TERAPEUTICA SAN MIGUEL

Estudios, 3

Vilanova y la Geltrú

(2) Talleres

TALLER ASPANIAS

Fluviá, 61 bajos 2º.

Badalona

TALLER DE REEDUCACION LABORAL
CENTRO DE PROMOCION LABORAL

Centro Social Campoamor
Avda. Ntra. Sra. Bellvitge s/n.

Hospitalet de Llobregat
Hospitalet de Llobregat

MAS ALBORNA

Las Cabañas del Panadés

TALLERES DE FORMACION LABORAL OBISPO MASNOU Fonollar, 28

Manresa

CENTRO DE REHABILITACION PROFESIONAL
SAN JORGE

San Francisco de Asís, 1

Mataró

COOPERATIVA INDUSTRIAL DE PROMOCION OBRERA Colón, 52

Sabadell

(3) Centros para disminuidos físicos

(x) CENTRO DE REEDUCACION AUDITIVA

C/. Isard, s/n.

Sabadell

CENTROS DE EDUCACION ESPECIAL

a.2 Datos básicos

TIPO DE CENTRO

ABREVIACIONES UTILIZADAS

ESTATAL.

E.

PRIVADO SUBVENCIONADO.

S.

PRIVADO NO SUBVENCIONADO

P.

IGLESIA.

I.

REGIMEN ALUMNADO

EXTERNADO.

E.

INTERNADO.

I.

Tipo de Centro	Régimen	Nº de Aulas	Capacidad máxima	Alumnos en 1973/74 Niños/Niñas	Profesores	Otro personal docente
CENTRO PILOTO ARCANGEL SAN GABRIEL Parque de Montjuich (Tres Pinos) s/n Tº. 243.21.11 BARCELONA D. M. 2	P E	6	67	35 22	6	-
ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL NTRA. SRA. DE PORT C/. Ntra Sra. de Port, 279 Tº. 325.49.96 BARCELONA D. M. 2	P E	4	40	22 10	4	1
INSTITUTO CATALAN SORDOMUDOS San Fructuoso, 71 Tº. 224.04.33 BARCELONA D. M. 2	P E/I	10	120	66 44	10	-
CENTRO MUNICIPAL FONCAU- DIOLOGICO C/. Tres Pins s/n. (Parque de Montjuich) Tº. 223.93.61 BARCELONA D.M. 2	P E	30	300	63 52	19	-
ESCUELA CANIGO (SUBNORMALES) Avda. Vallvidrera, 22 Tº. 203.25.70 BARCELONA D. M. 3	S E	6	60	25 35	7	-
COLEGIO PAIDEIA C/. Panamá, 9 Tº. 203.75.64 BARCELONA D. M. 3	P E	13	130	81 45	13	19

Tipo de Centro	Régimen	Nº de Aulas	Capacidad máxima	Alumnos en 1973/74		Profesores	Otro personal docente
				Niños	Niñas		
GURU CENTRO NEUROPSIQUICO PEDAGOGICO Carret. Esplugas, 88 Tº. 203.73.82 BARCELONA D.M. 3	S	E	10	200	46	39	10
ESCUELA ANA GRAU Stma. Trinidad del Monte, 16 Tº. 247.39.29 BARCELONA D. M. 3	P	E	3	20	8	8	13
ESCUELA LEXIA Alfonso XII, 17 Tº. 227.23.36 BARCELONA D. M. 3	S	E	8	90	72	18	8
REEIXIR Centro Educación Especial Juan de Alós, 40 Tº. 203.76.78 BARCELONA D. M. 3	P	E/I	4	40	22	8	8
CENTRO MEDICO AUDICION Y LENGUAJE C/. Descartes, 6 Tº. 211.42.29 BARCELONA D. M. 3	P	E	7	96	51	42	7
INST. DE PEDAGOGIA TERAPEUT. JERONIMO DE MORAGAS Panamá, 18 Tº. 203.87.02 BARCELONA D. M. 3	P	E	5	35	13	19	5

Tipo de Centro	Régimen	Nº de Aulas	Capacidad máxima	Alumnos en 1973/74 Niños/Niñas	Profesores	Otro personal docente
I. M. P. COLEGIO PEDRALBES Casa Mora, 7 Tº. 203.77.30 BARCELONA D. M. 3	P E/I	7	70	62 8	7	3
ESCUELA MUNICIPAL "VILAJOANA" Parque "Vallvidrera" Tº. 212.55.68 BARCELONA D. M. 3	P E	9	90	60 30	9	4
INSTITUTO ED. SORDOMUDOS Y CIEGOS Pº. General Mola, 8 Tº. 257.73.47 BARCELONA D. M. 4	S E	12	173	80 93	12	-
ESCUELA ESPECIAL TRIBO Bajada de Briz, 13 Tº. 214.52.21 BARCELONA D. M. 8	P E	1	10	- 8	4	-
INSTITUCION MULLERAT Portell (Casa Mora) 11-13 Tº. 213.80.77 BARCELONA D. M. 8	P E	6	50	20 26	6	3
CENTRO PILOTO DE REEDUCACION AUDITIVA, ARANS Verdi, 254. Tº. 213.92.90 BARCELONA D. M. 8	E	7	70	33 28	11	1

Tipo de Centro	Régimen	Nº de Aulas	Capacidad o máxima	Alumnos en 1973/74 Niños/Niñas	Profesores	Otro personal docente
ESCUELA KIM DE E. E. C/. Penitentes, 9 Tº. 247.15.78 BARCELONA D. M. 9	E	5	30	23	4	2
C. E. ESPECIAL CRISTO REY Martín Molins, Tº. 251.87.28 BARCELONA D. M. 9	E	4	32	14	16	4
CENTRO EDUCACION ESPECIAL COLLEGI SANTS INNOCENTS Cardenal Tedeschini, 29 bis Tº. 340.81.92 BARCELONA D. M. 9	E	7	70	41	22	7
COLEGIO NAC. EDUC. ESP. CONCHA ESPINA Prim-Paraguay Tº. BARCELONA D. M. 10	E	12	170	25	16	7
Esc. Esp. CEP. CATEDRA PSIQ. Casanovas, 143 Tº. 253.42.43 BARCELONA D. M. 11	E	8	160	83	49	8
Centro Ped. Terap. "BARCANOVA" COOP. PROM. SUBNORMAL Pº. Fuente de Fargas, 10 Tº. 229.03.04 BARCELONA D. M. 12	E	5	45	21	22	5

Tipo de Centro	Régimen	Nº de Aulas	Capacidad máxima	Alumnos en 1973/74		Profesores	Otro personal docente
				Niños	Niñas		
EDUCACION ESPECIAL SAN JERONIMO Armonía, 35 Tº. BARCELONA D. M. 12	E	1	11	5	6	1	-
INSTITUTO ORTOPEDAGOGICO Mallorca, 509 Tº. 256.75.42 BARCELONA D. M. 12	E	10	120	46	70	10	-
COLEGIO SAN GUILLERMO Tolrà, 23 Tº. 229.66.57 BARCELONA D. M. 12	E	7	51	29	22	7	1
INSTITUTO MEDICO PEDA- GOGICO SUBNORMALES Cadevall, 26 Tº. 236.47.53 BARCELONA D. M. 12	S	5	60	32	28	5	-

CENTROS DE EDUCACION ESPECIAL

i) (RESID PROVINCIA BARCELONA)

Tipo de Centro	Régimen	Nº de Aulas	Capacidad máxima	Alumnos en 1973/74		Profesores	Otro personal docente
				Niños	Niñas		
ESCUELA LLEVANT Mártires Cruzada, 59 Tº. 365.17.71 BADALONA	S	7	49	27	22	8	-
CENTRO DOCENTE XAMFRA, S.A. Paseo, 317 Tº. 365.17.71 CASTELLDEFELS	P	5	37	25	12	5	-
CENTRO DE PEDAGOGIA TERAPEUTICA "VIRGEN DE MONTSERRAT" Barrio de la Torre, 13 Tº. 870.31.46 GRANOLLERS	P	3	81	36	45	3	9
E. EDUCACION ESPECIAL "INTRA. SRA. DE BELLVITGE" (ESTEL) Ntra. Sra. de Bellvitge, 190 HOSPITALET DE LLOBREGAT	(E)	(6)	(45)	25	18	6	5
CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL "PALPI" Ayda. Can Serra, s/n. Tº. 338.06.47 HOSPITALET DE LLOBREGAT	(S)	(9)	(120)	53	35	9	2

CEHROS DE EDUCACION ESPECIAL (Niños deficientes e inadaptados)

	Tipo de Centro	Régimen	Nº de Aulas	Capacidad máxima	Alumnos en 1973/74		Profesores	Otro personal docente
					Niños	Niñas		
ESCUELA AURIA								
PEDAGOGIA TERAPEUTICA								
Cerventes, 35								
Tº. 883.29.59								
<u>IGUALADA</u>								
ESCUELA "JERONI DE MORAGAS" (AMPANS)								
C/. Fonollar, 28								
Tº. 873.74.47								
<u>MANRESA</u>								
ESCUELA GRADUADA DE EDUCACION ESPECIAL								
Avda. 5 de Julio, 15								
Tº. 875.11.41								
<u>MARTORELL</u>								
SANTA BERNARDETA								
Primera Bandera Falange, s/n								
Tº. 390.24.47								
<u>NATARO</u>								
CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL								
<u>"ALBA"</u>								
C/. Verdaguer, 6								
Tº. 368.28.76								
<u>HOLINS DE REY</u>								

CENTROS DE EDUCACION ESPECIAL (Niños deficientes e inadaptados)

	Tipo de Centro	Régimen	Nº de Aulas	Capacidad máxima	Alumnos en 1973/74		Profesores	Otro personal docente
					Niños	Niñas		
ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL SAN ISIDRO Gaiter, s/n. Tº.	E	E	6	36	22	14	6	-
<u>PRAT DE LLOBREGAT</u>								
CENTRO DE REEDUCACION AUDITIVA C/. Izard, s/n. Tº. 296.54.32 <u>SABADELL</u>	E	E	5	60	16	14	5	1
COLEGIO ED. ESP. BELLAPART (STA. GEMA) C/. La Palma, s/n. Tº. <u>SABADELL</u>	E	E	10	200	120	60	10	-
ESCUELA SANTA GEMA Plaza Castilla, s/n. Tº. 295.53.91 <u>SABADELL</u>		E	15	180	120	60	15	-
COLEGIO Dalmés C/. Luis Castells, 34 Tº. 361.01.10 <u>SAN PABLO LLOBREGAT</u>	E	E	3	50	10	20	3	-
ESCUELA ASPANIAS "C/ de la Mina" Tº. 361.01.10 <u>SAN PABLO LLOBREGAT</u>	S	E	2	20	14	6	2	2

CENTROS DE EDUCACION ESPECIAL (Niños deficientes e inadaptados)

	Tipo de Centro	Régimen	Nº de Aulas	Capacidad máxima	Alumnos en 1973/74 Niños/Niñas	Profesores	Otro personal docente
INSTITUTO TORREMAR Angel Guimerá, 57 Tº. 2 y 9 <u>SNA GINES DE VILASAR</u>	S	I	8	150	150	8	1
ESCUELA ESPECIAL A.S.P.A.N.I.D.E. Camino de Badalona, 49 Tº. <u>STA. COLOMA DE GRAMANET</u>	P	E	5	32	17	5	5
CENTRO DE REHABILITACION Caídos, 1 Tº. 297.23.67 <u>TARRASA</u>	E	E	4	40	19	11	2
C. PEDAGOGIA TERAPEUTICA DELTA José Antonio, 22 Tº. <u>VILAFRANCA DEL PENEDES</u>	P	E	2	12	8	3	-
CENTRO DE PEDAGOGIA TERA- PEUTICA SAN MIGUEL Estudios, 3 Tº. 293.29-90 <u>VILANOVA I LA GELTRU</u>	P	E	8	64	19	33	8
							1

a.3 Centros no especiales con aulas destinadas
a niños deficientes e inadaptados

CENTROS NO ESPECIALES CON AULAS DESTINADAS A NIÑOS DEFICIENTES E INADAPTADOS. (BARCELONA CAPITAL)

	TIPO DE CENTRO	REGIMEN	Nº AULAS ESPECIALES	CAPACIDAD MAXIMA	ALUMNOS 1973/74		PROFESORES	OTRO PERSONAL
					NIÑOS	NiÑAS		
ESCUELA ESTUDIO								
PIPO-BELARMI								
Ripoll, 25	P	E	4	60	45	15	4	4
2319894								
BARCELONA-D.M.1.								
GRUPO ESCOLAR LUIS ANTUNEZ								
Alvarez de la Campa s/n.	E	E	1	30	18	20	1	-
-								
BARCELONA-D.M.2.								
COLEGIO PARVULARIO								
"AVE MARIA"								
Avda. Vallvidrera, 71	P	E	2	40	16	14	2	1
2037641								
BARCELONA-D.M.3.								

TIPO DE CENTRO	REGIMEN	Nº AULAS	CAPACIDAD MAXIMA	ALUMNOS 1973/74 NIÑOS/NIÑAS	PROFESORES	OTRO PERSONAL DOCENTE
----------------	---------	----------	------------------	--------------------------------	------------	--------------------------

COL.NAC. MIXTO

"COLLASO Y GIL"

San Pablo, 101

2410098

BARCELONA-D.M.5.

C.N. "ESPAÑA"

Plza.España, 1

2237687

BARCELONA-D.M.7

ESCUELAS LAYETANIA

Virgen de la Salud, 95

2143965

BARCELONA-D.M.8.

COL.NAC.JUAN MARAGALL

Santa Fé, 2

2290217

BARCELONA-D.M.9.

CENTRO	ALUMNOS 1973/74	PROFESORES	OTRO PERSONAL DOCENTE
MANUEL DE FALLA			
Campo de la Bota s/n.	2	2	-
0079228	18	8	-
BARCELONA-D.M.10.			
LICEO PADROS			
Sicilia, 382	13	6	7
2588858	1	1	-
BARCELONA-D.M.12.			
INSTITUCION ALEXANDRA			
Argimón, 14	9	6	1
2290616	1	-	-
BARCELONA-D.M.12			

CENTROS NO ESPECIALES CON AULAS DESTINADAS A NIÑOS DEFICIENTES E INADAPTADOS. (RESTO PROVINCIA BARCELONA)

ANGELA ROCA	TIPO DE CENTRO	REGIMEN	Nº AULAS	CAPACIDAD MAXIMA	ALUMNOS 1973/74	PROFESORES	OTRO PERSONAL
General Sanjurjo s/n.	E	E	2	30	18	13	2
3620360							
GAYA							
ESCUELA FLAMA							
Sallosa, 19/29	P	E	1	30	13	17	1
3737446							
MANRESA							
COL. NAC. CIUDAD SATELITE							
Ciudad Satélite s/n.	E	E	2	80	33	26	2
MONTORNES DEL VALLES							
COL. NAC. MIXTO ESPRONCEDA	E	E	2	40	23	17	2
Peligono Espronceda s/n.							
072227							
BARCELONA							

TIPO DE CENTRO	RÉGIMEN	Nº AULAS	CAPACIDAD MAXIMA	ALUMNOS 1973/74 NIÑOS/NIÑAS	PROFESORES	OTRO PERSONAL DOCENTE
COL. NAC. MIXTO "JUAN MONTLLOR"						
Noguera Pallaresa s/n.	E	1	16	13	1	-
2960197						
<u>SABADELL</u>						
COL. NAC. PRESIDENTE KENNEDY	E	2	48	16	2	5
Puigmajor, 63						
2961443						
<u>SABADELL</u>						
COL. NAC. STA. MARIA						
- LA ROMANICA -	E	2	20	10	2	2
Rda. Sta. Maria, 95						
2967888						
<u>SABADELL</u>						
COL. NAC. MIGUEL CARRERAS						
Balaguer, 16	E	2	40	20	2	-
2962907						
<u>SABADELL</u>						

TIPO DE CENTRO	REGIMEN	Nº AULAS	CAPACIDAD MAXIMA	ALUMNOS 1973/74 NIÑOS/NIÑAS	PROFESORES	OTRO PERSONAL DOCENTE
COL.NAC.DE E.G.B.						
RIUS Y BORRELL	E	2	40	19	21	2
Juvenal, 1						8
2964825						
<u>SABADELL</u>						
COL.ACAD. MONTSERRAT						
Alella, 10/12	S	1	30	4	2	1
3862221	E					
<u>STA.COLOMA GRAMANET</u>						
COL.NAC.RAMON Y CAJAL						
Ramón y Cajal, 111	E	2	50	24	22	3
2974997						
<u>TARRASA</u>						
COL.NAC."OBISPADO DE EGARA"						
Mariano, 46	E	1	11	6	5	1
71777						
<u>ANY</u>						

TIPO DE CENTRO	REGIMEN	Nº AULAS	CAPACIDAD MAXIMA	ALUMNOS 1973/74 NIÑOS/NiÑAS	PROFESORES	OTRO PERSONAL DOCENTE
----------------	---------	----------	------------------	--------------------------------	------------	--------------------------

COL.NAC. DOCTOR

FORTIAN SOLA

Estudios s/n.

8590981

TORILLO

E	E	1	35	17 9	1	2
---	---	---	----	------	---	---

B - CONSULTORIOS DE PSIGUIATRIA INFANTIL

(Centros Hospitalarios)

CONSULTORIOS DE ESTOMATOLOGIA INFANTIL EN CENTROS HOSPITALARIOS 1.974

<u>Barcelona capital</u>	<u>Tipo de Centro</u>	<u>Dependencia jurídica</u>	<u>Nº. total camas</u>
CLINICA PEDIATRICA TEKNON, S.A. C/. Herraiz, 2 Tº. 250.48.00 Barcelona D. M. 3	Infantil	S. A.	46
HOSPITAL DE NIÑOS DE BARCELONA Consejo de Ciento, 437 Tº. 225.11.22 Barcelona D. M.4	Infantil	Fund. Benéfica Privada	39
HOSPITAL DEL NIÑO DIOS "OBRA BENEFICO-SOCIAL DEL NIÑO DIOS" C/. Mallorca, 504 Tº. 235.68.86 Barcelona D. M. 9	Infantil	(Privado) Arzobispado	39
HOSPITAL CLINICO Y PROVINCIAL Casanova, 143 Tº. 253.80.00 Barcelona D. M. 11	General Publ.	Minist. Educ. y Ciencia y otros.	1.081
HOSPITAL ASILO SAN RAFAEL Valle Hebrón, s/n. Tº. 248.08.02 Barcelona D. M. 12	Infantil	Institución Religiosa	273
CIUDAD SANIT. FCO. FRANCO S. S. Pº. Valle Hebrón, s/n. Tº. 247.14.00 Barcelona D. M. 12	General	I. N. P.	1.921

	<u>Tipo de Centro</u>	<u>Dependencia juridica</u>	<u>Nº. total camas</u>
HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO Avda. San Antonio Ma. Claret, 167 Tº. 255.62.85 Barcelona D. M. 12	General	Fund. Benef. Privada	1.073
CLINICA INFANTIL STAUROS Paseo Valldaura s/n. Tº. 359.08.54 Barcelona D. M. 12	Infantil	Inst. Religiosa Privada	52
* HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA Dos de Mayo, 301 Tº. 235.93.00 Barcelona D. M. 12	General	Fund. Benef. Privada	194

CONSULTORIOS DE PSIQUIATRIA INFANTIL EN CENTROS HOSPITALARIOS 1.974

	<u>Tipo de Centro</u>	<u>Dependencia jurídica</u>	<u>Nº. total camas</u>
HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS Centro de Psicología Aplicada Carretera La Culla, s/n. Tº. 873.05.00 MANRESA	Infantil	Institución Religiosa	150
HOSPITAL INFANTIL DE SAN JUAN DE DIOS Carretera de Esplugas, s/n. Tº. 203.40.00 ESPLUGAS DE LLOBREGAT	Infantil	Orden Religiosa	330
SANATORIO PSIQUIATRICO NTRA. SRA. MONTSERRAT Dr. Pujadas, 26 Tº. 361.00.16 SAN BAUDILLO DE LLOBREGAT	Psiquiátrico	Inst. Religiosa Privada	1.208
INSTITUTO PSIQUIATRICO FEMENINO Dr. Pujadas, 41 Tº. 361.02.68 SAN BAUDILLO DE LLOBREGAT	Psiquiátrico	Inst. Religiosa Privada	1.280
CENTRO NEUROPSIQUIATRICO SGDO. CORAZON Avda. Conde Llobregat, 117 Tº. 575.04.58 MARTORELL	Psiquiátrico	Inst. Religiosa Privada	300

CAPITULO III

PROGRAMACION DEL CENTRO MEDICO-PSICO-PEDAGOGICO
DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT

III - PROGRAMACION DEL CENTRO MEDICO-PSICO-PEDAGOGICO DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT.

¿En qué consiste la programación de un proyecto de establecimiento asistencial? ¿Cuál es su verdadera función y entidad en el conjunto del proceso de realización del mismo?

Una primera respuesta nos viene sugerida por la propia práctica administrativa en un país -Francia- en el que el gran desarrollo alcanzado en la promoción de servicios destinados a la infancia inadaptada (1) ha motivado la institucionalización de las etapas por las que debe pasar un proyecto de este tipo (2).

(1) A través de asociaciones con carácter privado reguladas por la ley de 1 de julio de 1901.

(2) "Etapas et procédures relatives a la création et à l'agrément des différents types de services ou établissements privés pour jeunes inadaptés" in Sauvegarde de l'Enfance nº 2-3-4. Febrero-Marzo, Abril 1.967.

Estas son :

- 1) una fase "PROGRAMA"
- 2) una fase "ANTEPROYECTO"
- 3) una fase "EJECUCION"

Así pues, se distingue claramente una fase previa a la propia elaboración del anteproyecto arquitectónico y a su ejecución que consiste en

- "(...) - estudiar atentamente las necesidades locales con respecto al equipamiento ya existente y a los proyectos paralelos,
- definir los fines a perseguir en el marco del plan de equipamiento para la infancia inadaptada, en función de los motivos médico-pedagógicos
- investigar las condiciones de implantación más favorables para la realización de los objetivos que quieren alcanzarse
- confeccionar a partir de estos diversos elementos un "programa" completo que sirva de base a los estudios preliminares del arquitecto. (3)"

En suma, el programa debe comprender:

- "(...) - una exposición de los motivos sociales y médico-pedagógicos del proyecto que se traduzcan en la estructuración del edificio,
- la descripción de los locales y lugares de actividades detallando su distribución y comunicación(4)".

(3) Ibid. p. 60

(4) Ibid. p. 62

Sin embargo, a pesar de la claridad en la distribución de las tres fases de realización de un proyecto, esta concepción de la "programación" nos parece, en parte, limitada por su supeditación a un procedimiento jurídico-administrativo.

"El programa funcional debe detallar, tan minuciosamente como sea posible, los servicios previstos, las funciones que se llevarán a cabo, la técnica que se empleará, el personal necesario y sus relaciones dentro del plan de trabajo, y todo el equipo necesario.

Además de su papel como guía del arquitecto en la proyección del establecimiento, el programa escrito puede servir como informe permanente del plan original y ayudar a simplificar la labor futura. También podrá usarse para orientar al personal administrativo sobre el sistema de operaciones planeado. Así mismo proporcionará conocimientos básicos para la selección del equipo más adecuado para la buena marcha del establecimiento y para la indispensable evaluación permanente" (5).

En este sentido, hay que destacar que -aparte de un proceso técnico-administrativo- la programación de un Centro asistencial es "un conjunto de exigencias ineludibles y de un cierto número de deseos entre los cuales hay algunos que los programadores solamente pueden satisfacer sacrificando otros. El resultado, el nuevo establecimiento, también resultará ser un compromiso elegido del modo más óptimo posible entre las exigencias y deseos fijados y las posibilidades técnicas, administra

(5) Department of Health, Education and Welfare, "Programing and Equipping Hospital Departements", Publicación nº 930 0-14-1963

tivas y financieras " (6).

La programación, por tanto, debe verse como la "determinación de los datos para el proyecto del complejo a construir y de su equipamiento. Datos que encuentran su base en la política y organización previstos para el futuro establecimiento" (7).

De ahí que no puedan circunscribirse las necesidades de programación a una fase determinada del proyecto sino que "la programación deberá comenzar antes que el proyecto propiamente dicho, pero durante éste y también durante la ejecución deberá ser proseguida a medida que pueda determinarse más fineza de detalle (8)", sea quién sea el especialista o grupo de especialistas que se hagan cargo de ella en cada momento.

Asumiendo una concepción de la programación parecida a la anterior, hemos procedido a traducir en términos funcionales las exigencias que el desarrollo de la actividad asistencial (en el más amplio sentido de la palabra) de un Centro médico-psicopedagógico plantea. Pero, no en términos genéricos sino:

1. Atendiendo al medio social y administrativo en que se implantará (Hospitalet de Llobregat),

(6) Ponencia: "Ingeniería hospitalaria" - Congreso de Hospitales 1973, p. 10.

(7) Ibid. p. 14

(8) Ibid. p. 10. Se distinguen normalmente varias fases.

- 1) El programa básico o "feasibility study" (estudio de viabilidad) que comprende los puntos de partida y objetivos de la organización futura.

- 2) El programa global de requisitos que indica la función, necesidades de espacio y relaciones mutuas de las diferentes áreas, complementado con los requisitos especialmente importantes (ambiente, necesidades de energía, acústica, etc.).

- 3) El programa de detalle que se prolonga hasta que el edificio está completamente listo.

2. y, considerando la configuración del equipo de especialistas que se responsabilizará del funcionamiento del mismo (y a cuyas indicaciones nos hemos atendido).

Estas consideraciones, creemos, son suficientes para relativizar la validez y orientación de la programación decidida. Esta es subsidiaria, necesariamente, de dichos factores. Por tanto, cualquier pretensión de tomar los criterios de programación que, a continuación, se expondrán como de validez universal sería artificiosa y estéril desde el punto de vista operativo.

3.1 Descripción del circuito asistencial del Centro

Al abordar, en concreto, el problema de la programación de un Centro Médico-Psico-Pedagógico para Hospitalet de Llobregat, hemos tenido en cuenta no sólo las características funcionales básicas que un Centro de esta índole requiere para cumplir -en general- su función asistencial, sino también -y primordialmente- los factores resultantes tanto de las particularidades del medio (económico, institucional y social) donde aquél se instalará y sobre el que deberá operar, como del carácter piloto que dicho proyecto tendrá en el ámbito de la asistencia médica y pedagógica infantil y juvenil en España.

Ya en epígrafes anteriores se ha documentado suficientemente esta doble circunstancia que, como se verá, ha influido de forma determinante en los criterios adoptados en la programación del Centro.

Esquemáticamente, podemos definir los rasgos funcionales

característicos de un Centro Médico-Psico-Pedagógico de la siguiente manera:

1. Es un Centro de diagnóstico y de tratamiento
2. Su actividad se desarrolla en régimen ambulatorio
3. Su incidencia se proyecta sectorialmente (9)

En la especificación de estos rasgos y la consideración del carácter piloto, consistirán los criterios de programación del Centro Médico-Psico-Pedagógico de l'Hospitalet de Llobregat.

ORGANIGRAMA FUNCIONAL

Para tratar de fijar, en lo esencial, la labor del Centro Médico-Psico-Pedagógico en su conjunto, podemos distinguir tres tipos de actividad que deben conjugarse para que se al cance efectivamente la finalidad propia del mismo:

-
- (9) "Los Centros Médico-Psico-Pedagógicos practican el diagnóstico y el tratamiento de los niños inadaptados mentales cuya inadaptación está ligada a trastornos neuropsíquicos o a trastornos de comportamiento susceptibles de una terapéutica médica, de una reeducación médico-psicológica o una reeducación psicoterapéutica o psicopedagógica bajo la autoridad médica. El diagnóstico y el tratamiento se efectúan en consultas ambulatorias sin hospitalización del enfermo"
(artículo 1º del Annexe XXXII. Decreto nº 63-146 del 18 febrero 1963 "Conditions techniques d'agrément des Centres Médico-Psico-Pedagogiques de cure ambulatoire).

