

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL. Nº 5.

Segundo cuatrimestre, 1995.

EDITA:

Colegio Oficial de Diplomados
en Trabajo Social de Málaga.

GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN:

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

REALIZACIÓN:

Diseño y Maquetación:
Antonio José Carmona Torres.

PORTADA:

Sin título.
Dibujo de Diego García

IMPRIME:

Gráficas ANAROL.
Pozos Dulces, 32 - MÁLAGA
Depósito Legal. MA-1126-1993

DIRECTOR:

Cristobal Gil Valenzuela.

SUBDIRECTORA:

Resurrección Hernández Gómez.

EQUIPO DE REDACCIÓN:

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

ISSN. 1133-6552

Índice

Página

Editorial. Equipo de Redacción5

Dinámicas de los Centros de Servicios Sociales y diseños de proyectos.
José Manuel Ramírez Navarro7

Estrategia de riesgo en un Centro de Salud.
Amalia Carrasco Rodríguez, Paloma Mora Rosado y Esther Martín Martín.....19

Una experiencia de trabajo en toxicomanías.
Belén Jáuregui Fradeja29

Monografías:

Dificultades de adaptación. Discapacidad y medio rural.
Ana Medina Sánchez37

La Federación Provincial de asociaciones de minusválidos físicos de Málaga: un recurso en tus manos.
Joanna Louise Smith y Amaia Zameza Arano51

Integración laboral de las personas con minusvalías.
Diego A. González Aguilera61

La incapacitación de personas afectadas por enfermedades que les impiden gobernarse por sí mismas.
Esperanza García Ballesteros69

La integración socio-laboral de personas con minusvalía psíquica.
Diego B. Díaz Gaona75

Opinión:

Sobre la privatización en Servicios Sociales.
José Antonio Martín Santos.....89

Con este número de Documentos de Trabajo Social recuperamos de nuevo la línea de incluir monografías de interés. Ésta la hemos dedicado al sector minusválidos.

Se presentan cinco trabajos realizados por diferentes profesionales de este campo, desde el análisis del asociacionismo, la integración en el mundo del trabajo, la adaptación de las personas con minusvalías en el mundo rural, hasta el problema de la incapacitación legal de las personas con enfermedades que les impiden gobernarse a sí mismas.

Se presentan otros trabajos interesantes, como el referido a la planificación y al diseño de proyectos en los Centros de Servicios Sociales, realizado por un experto en Gerencia de Servicios Sociales, conocido por todos nosotros, como es el colega José Manuel Ramírez Navarro.

Por último, queremos destacar el gran interés metodológico que presenta el artículo sobre estrategia de riesgo en un centro de salud, la claridad expositiva referida a la organización del servicio de drogodependencia de la Cruz Roja en Málaga que desarrolla este trabajo, y las importantes aportaciones a un debate candente, como es el tema de la privatización de los servicios sociales, que realiza José Antonio Martín Santos (psicólogo y ex-director del Área de Bienestar Social del Ayuntamiento de Málaga).

DINÁMICAS DE LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES Y DISEÑOS DE PROYECTOS.

José Manuel Ramírez Navarro. Diplomado en Trabajo Social.
Master en Gerencia de Servicios Sociales.

RESUMEN.

Este artículo está elaborado a partir de una ponencia que el autor desarrolló en unas jornadas sobre organización y gestión de Centros de Servicios Sociales, organizadas por el Ayuntamiento de Málaga.

El trabajo fundamenta los procesos de planificación en los Centros para aterrizar en el desarrollo de la tesis principal, los proyectos son el eje nuclear de las dinámicas de los Centros de Servicios Sociales.

Finalmente se exponen elementos de una metodología práctica para el diseño de proyectos, así como diversas técnicas de utilidad al respecto.

EL CONTEXTO LÓGICO EN EL QUE HAN DE ELABORARSE LOS PROYECTOS.

APELACIÓN A LA LÓGICA.

Resulta difícil iniciar un discurso concreto sobre Proyectos Sociales, sin aludir anteriormente al “proceso de planificación”- Planes y Programas-.

Nuestra experiencia nos dice que es muy fácil escribir discursos -y aun dar clases- sobre estos temas prácticos, siempre que quien las dé no haya de verse en la tesitura de tener que ser él mismo quien aplique sus teorías a una práctica que vaya más allá del simple ensayo puntual. Sabemos de sobra las condiciones en las que han de desarrollar su trabajo hoy por hoy, la mayoría de los profesionales de los Servicios Sociales. Por eso nada mejor que poner a prueba teorías, métodos y técnicas; ningún examinador mejor que la propia práctica.

Ha sido un trabajo de años -no menos de 10-, y concluir con algunos resultados después de más de un año de trabajo con los colegas del Centro del Distrito Norte de Málaga

TODOS LOS ELEMENTOS DE LA PLANIFICACIÓN HAN DE SERVIR PARA AYUDAR A MEJORAR LA INTERVENCIÓN.

Esto suele olvidarse con frecuencia y se convierten métodos y técnicas en una finalidad en sí mismos, justificados por la propia estética del proceso.

El “Proceso de Planificación” ha de facilitar a todos sus niveles, las intervenciones y no dificultarlas.

¿Y qué decir de quienes, consciente o inconscientemente, tratan de ahogar las intervenciones con montañas de controles, datos y papeleo, en nombre de “la planificación”? Baste por ejemplo, referirnos a tantos datos cuantos se solicitan en nombre de “la evaluación”, los cuales duermen el sueño eterno amontonados en archivos.

Debemos sugerir **que el proceso se inicie en la propia base de las estructuras, en el nivel mismo en el que se producen las intervenciones.** No han de ser las personas responsables de las intervenciones, quienes estén “a las órdenes” de los teóricos “planificadores”, sino que éstos son quienes han de estar al servicio de aquéllos, si como la lógica sugiere, la Planificación ha de estar al servicio de las intervenciones y no al contrario.

El tecnicismo que usa “la Planificación” como excusa, es con frecuencia un refugio de la incapacidad para lograr intervenciones eficaces.

Si una planificación a cualquiera de sus niveles -estratégico, táctico u operativo-, no sirve para mejorar la oferta real de atenciones que los ciudadanos han de recibir -incrementando sus dotaciones o haciéndola más eficaz-, es mejor no perder el tiempo planificando, y dedicarlo a otras actividades de mayor utilidad.

EL “EFECTO VACUNA”.

La burocratización es sin duda, un auténtico cáncer de las Organizaciones, que las convierte en fósiles repetitivos de procedimientos, alejados cada vez más de las funciones que justifican su propia existencia. Pero sobre todo, las incapacita para relacionarse de forma positiva con sus usuarios. Y éste es el aspecto más grave, si se trata como en los Servicios Sociales, de unas actividades cuya esencia es precisamente, lograr una buena relación con los usuarios para, a través de la misma conseguir los cambios de actitudes, habilidades y comportamientos, que aumenten su autonomía y capacidad para la convivencia y hagan sus relaciones con los demás más gratificantes.

No nos ocurrió tal cosa a los Servicios Sociales durante las décadas pasadas, sino por el contrario, nuestras mínimas estructuras pusieron de manifiesto la capacidad de innovación, el entusiasmo y el trato humano en proporciones tales, como pocas otras actividades públicas o privadas pueden exhibir.

Veamos: es consustancial a toda Organización burocratizada, su carácter rutinario; los procedimientos establecidos se convierten en el “leit motiv” de su existencia, inhabilitándolas así para la innovación y para procurar respuestas personalizadas, tal y como la Intervención Social exige.

Trabajar en base a Proyectos es trabajar por Objetivos -concretos, medibles y particulares-, y en consecuencia es establecer un procedimiento de trabajo que exige una permanente tensión, una constante inventiva y recreación de los procesos, es decir, una auténtica vacuna contra la rutina de la burocratización.

DEL PROCESO Y SU LENGUAJE.

Así en toda actividad productiva, tal y como los Servicios Sociales han de ser, puede hablarse de **diseños estratégicos, tácticos y operativos, como un todo integrado**; en el lenguaje que vamos a utilizar a lo largo de la intervención, **utilizaremos los términos de**

Plan, Programa y Proyecto para referirnos respectivamente a la actividad planificadora que se lleva a cabo en cada uno de estos niveles.

Siguiendo el esquema, un **PLAN** se desarrollará a través de diferentes **PROGRAMAS**, sincrónicos (simultáneos en el tiempo) o diacrónicos (sucesivos); y de la misma manera, cada Programa se desarrollará mediante diferentes **PROYECTOS**, igualmente sincrónicos o diacrónicos. Por último los Proyectos se llevan a cabo a través de **ACTUACIONES**, unidad mínima que contemplamos a efectos de la Planificación; por debajo de éstas, las **“Tareas”**, o actividades cotidianas cuya ordenación está fuera del diseño previo del proceso, y que forman parte del orden cotidiano.

Este esquema nos permite a su vez aproximarnos a la terminología más básica del proceso, aunque desde la relatividad de todo lenguaje, respetamos cualquier otro.

Consideramos imprescindible que quienes comparten una misma práctica institucional (quienes están implicados en un mismo contexto planificador), utilicen un lenguaje homogéneo para referirse a los diferentes conceptos del proceso; en este sentido recomendamos a los responsables institucionales que establezcan de manera imperativa este lenguaje homogéneo, este “idioma

oficial” de la Institución, que ha de ser utilizado por todos sus profesionales, conscientes de que la mejor manera de lograrlo es contar en su elaboración y en sus posibles modificaciones que la práctica aconseje, con el concurso -la participación-, de todos ellos.

LOS PROYECTOS: EJE NUCLEAR DE LAS DINÁMICAS DE LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES.

El eje nuclear de las dinámicas de los Centros de Servicios Sociales son sus proyectos (individuales-familiares y colectivos) y no los programas; de ahí la utilidad de los métodos y las técnicas de diseño y evaluación de proyectos, para garantizar la eficacia y eficiencia de los Centros.

LA INTERVENCIÓN SE EXPRESA MEDIANTE EL DISEÑO DE PROYECTOS, Y LA CLAVE DE ESTA INTERVENCIÓN EN LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES RESIDE EN LOS EQUIPOS TERRITORIALIZADOS COMO ESPACIOS DE INTEGRACIÓN DE PROFESIONALES, Y EN LOS PROYECTOS COMO ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN. SE IMPONE ASÍ DESARROLLAR LA “ESTRUCTURA DE EQUIPO” Y LAS “TÉCNICAS DE PROYECTOS” COMO ASPECTOS

FUNCIONALES DE ESTA OPCIÓN.

La capacidad del equipo para diseñar las respuestas a cada situación y la descentralización de decisiones (el control por resultados y no por tareas; las dinámicas adecuadas de relación entre los miembros del equipo, y de éste con otros niveles de la estructura; la participación en la toma de decisiones...) serán aspectos esenciales de un modelo de funcionamiento “adhocrático” y donde el diseño de proyectos es la base del funcionamiento.

EN LA VALORACIÓN Y DECISIONES PREVIAS.

¿A quién corresponde la iniciativa de elaborar un proyecto?

Cuando se trate de un **Proyecto de intervención de carácter individual o familiar**, la iniciativa sólo puede corresponder a la UTS en la que se ha recibido la demanda.

Si la iniciativa se refiere a un **Proyecto de carácter grupal o comunitario que afecte exclusivamente al territorio de un solo Equipo**, su iniciativa podrá ser formulada por uno o varios miembros del Equipo Territorial a cuyo ámbito afecte.

En lo que se refiere a **Proyectos grupales o comunitarios que afecten al conjunto del territorio**

del Centro de Servicios Sociales, la iniciativa deberá partir de cualquiera de sus Unidades: de la Unidad de Estructuras Básicas, de la Gestión, o del propio Equipo Directivo. Es decir, cualquier técnico del Centro puede ser quien inicie una sugerencia de este tipo, pero no prosperará si no es asumida como tal por la Unidad de la que forma parte.

¿Cómo se inicia la elaboración de un Proyecto?

El primer paso para llevarlo a cabo es realizar el diagnóstico. En el caso de que se trate de un Proyecto de intervención con un individuo o familia, habrá sido propuesto a un Equipo Territorializado por una UTS, será el Equipo mismo quien determine quiénes de sus miembros llevarán a cabo las tareas para posibilitar que este diagnóstico sea consensuado por el Equipo.

Si se trata de un Proyecto grupal o comunitario, que afecte al conjunto del Centro, el Equipo Directivo, al acordar su elaboración, determinará qué profesionales de las distintas Unidades han de acometer las tareas necesarias para que, una vez realizadas y puestas en común por todos ellos, sean objeto de debate por el conjunto de Unidades.

No podrá abordarse la elaboración de ningún Proyecto, sea éste individual o colectivo, de una sola

Zona o del conjunto del territorio del Centro, sin que exista previamente un diagnóstico por escrito, que haya sido elaborado en la forma antedicha.

EN EL DISEÑO Y EJECUCIÓN.

¿Quién es el responsable de elaborar un Proyecto?

Debemos recordar que todo Proyecto es un “espacio de responsabilidad colectiva”. Es necesario que a partir de la responsabilidad colectiva se definan también las responsabilidades individuales; así el propio Equipo designará en cada Proyecto, quién de entre sus miembros es la persona que asumirá la responsabilidad directa sobre el mismo, y en tal sentido será responsable de presentar su información y resultados al Equipo, y de coordinar todas las demás responsabilidades individuales vinculadas al mismo (convocar las reuniones necesarias, coordinar tareas, velar por su cumplimiento, etc.). Así mismo el Equipo, como más adelante veremos, determinará qué profesionales participan directamente en la ejecución del Proyecto, y en qué manera.

En cuanto a los Proyectos grupales o comunitarios cuyo ámbito afecte al conjunto del territorio del Centro de Servicios Sociales, será el Equipo Directivo quien determi-

ne para cada Proyecto, qué persona de entre todas las que forman la plantilla del Centro, asume la responsabilidad directa sobre el mismo, y qué otras personas, por su vinculación al Proyecto, forman junto a ella el “Equipo específico del Proyecto”.

Con ello en realidad estamos apostando por la existencia, junto a los Equipos Territorializados de Intervención, de otros “Equipos Específicos de Proyectos que afectan al conjunto del territorio del Centro”, y que como aquéllos, asumen una intervención directa con plena autonomía (sólo condicionada por los Objetivos colectivamente definidos para el propio Proyecto y por el control de sus resultados que el conjunto de las Unidades realizará y que se catalizará a través del Equipo Directivo).

¿Qué contenidos han de señalarse en el diseño de un Proyecto?

Todo Proyecto, deberá formularse por escrito.

Esta formulación escrita de un Proyecto, deberá recoger siempre y necesariamente los siguientes aspectos:

- * **Objetivos Operativos.**
- * **Proceso de ejecución.**
- * **Estructura de recursos.**
- * **Presupuestos.**

* **Estrategia de evaluación e indicadores más importantes para evaluar.**

EN EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN, RESPONSABILIDAD COLECTIVA DE LOS RESULTADOS.

¿Cuándo y cómo puede darse por finalizado un Proyecto?

Evidentemente un Proyecto llega a su fin **cuando existe el convencimiento de que se han logrado los Objetivos propuestos, cuando ha finalizado el plazo de ejecución que para el mismo nos hemos marcado, o cuando se tiene la evidencia de que los Objetivos previstos son imposibles de alcanzar.**

A efectos operativos, cualquiera de estos finales posibles ha de ser así estimado por el Equipo Territorializado en su conjunto, en base a los datos y valoraciones aportados por las personas a quienes se les ha encomendado la responsabilidad directa sobre el Proyecto; es decir, una vez presentada la correspondiente evaluación.

UNA METODOLOGÍA PRÁCTICA Y ALGUNAS TÉCNICAS ADECUADAS PARA ESTE EMPEÑO.

No existe un único método válido; ni ninguna de las técnicas

pueden tener ese carácter. Hay que evitar la mitificación de los instrumentos metodológicos y técnicos.

No vamos a ofrecer “el método y las técnicas” para el diseño y evaluación de proyectos sino “uno de los métodos y algunas técnicas”, que nuestra experiencia y nuestra reflexión pueden llamar la atención por su dimensión desprovista de “adornos” tan habituales en otras referencias usuales del sector y que a nuestro entender no hacen sino “maquillar” la incapacidad para expresar acciones operativas y para proponerse resultados concretos en la intervención. Nos proponemos así **evitar concesiones inútiles a todo cuanto no contribuya directamente a este objetivo práctico**, que debe orientar el diseño de Proyectos; nos proponemos no recargar los circuitos metodológicos o técnicos de este diseño con “prótesis” teóricas y ambigüedades.

El Proyecto representa el **enunciado de una intervención concreta**, de la que se esperan determinados resultados inmediatos, a través de los cuales se contribuye al logro de los efectos específicos que un Programa define. Como tal, **el Proyecto es la expresión del nivel operativo del proceso de planificación.**

En este sentido interesa resaltar el aspecto operativo que debe tener todo Proyecto; es decir, que no puede convertirse en una expresión

de teorías o enunciados genéricos o de ambiguas referencias a las intenciones últimas de la intervención que nos proponemos llevar a cabo. Un Proyecto no puede ser un ejercicio teórico, sino una actividad práctica que aporte utilidades a la intervención: utilidades para concretar adecuadamente la intervención misma y los resultados que de ella se esperan; utilidades para concretar y controlar el proceso a través del cual va a llevarse a cabo la intervención; utilidades para el seguimiento y control del proceso y de sus resultados; utilidades para comunicar -y en su caso para compartir- a todos los interesados estos aspectos de la intervención.

Nada más lejos de esta lógica, que sitúa los métodos y técnicas de elaboración de proyectos en el nivel instrumental que les corresponde en relación con la intervención operativa, que convertirlas en documentos teóricos, en obligaciones formalistas relacionadas con la cumplimentación de papeleo, o mitificarlas alterando el orden lógico de las cosas, y dándoles mayor importancia que a la intervención misma.

El Proyecto, representa el nivel operativo de la Intervención, su responsabilidad debe corresponder a los profesionales (en su caso a los Equipos) de intervención directa. El Proyecto no puede ser un ejercicio político-institucional, aunque debe considerar los condicionantes estratégicos y tácticos que ese

marco determina; tampoco puede ser una elaboración jerarquizada en la estructura, aunque evidentemente deberá elaborarse en el contexto organizacional, con sus referencias, limitaciones y potencialidades. El Proyecto es un instrumento vinculado directamente a la intervención, y como tal ha de ser elaborado responsablemente por quienes deben asumir directamente la misma.

Los aspectos que deben ser recogidos imprescindiblemente en el diseño de todo Proyecto, son: Resultados previstos; producción que se va a llevar a cabo para lograrlos; proceso de ejecución (combinación de recursos y condiciones); análisis de las condiciones en las que la producción va a desarrollarse; así como las características y dimensión de los recursos necesarios (siendo el presupuesto la expresión monetaria de sus costes).

Contenidos que todo Proyecto debe registrar en su diseño:

- * **POBLACIÓN DESTINATARIA DE LA INTERVENCIÓN.**
- * **OBJETIVOS OPERATIVOS en forma de**
- **RESULTADOS CONCRETOS**
- **PROYECTOS A DESARROLLAR**
- * **CONDICIONES E INTERACCIÓN CON EL ENTORNO.**
- * **PROCESO DE EJECUCIÓN.**

* **RECURSOS Y PRESUPUESTOS.**

* **ESTRATEGIAS Y CONTENIDOS DE LA EVALUACIÓN.**

Formato de presentación de Proyectos.

La forma de presentación de un Proyecto debe servir para registrar adecuadamente cada uno de los contenidos esenciales para describir el mismo, y que son los que acabamos de enunciar. Por supuesto que tales contenidos pueden expresarse de muy diversas formas, siendo preciso en este caso insistir en la advertencia de que no puede mitificarse en formato que, si bien responde a unos contenidos, no deja de ser sino el diseño de una manera de presentarlos por escrito; cualquier otro diseño puede ser válido y por supuesto mejorar el que vamos a ofrecer, siempre y cuando registre todos los anteriores contenidos en la forma más comunicativa, esto es, más fácil de percibir, registrar y consultar.

Dicho lo cual, tampoco está de más advertir que **las formas no son algo superfluo en relación con los contenidos, sino que pueden incluso condicionar a éstos;** un buen diseño de forma, ayuda a quien se propone acometer el dise-

ño de un Proyecto, a **reflexionar ordenadamente sobre cada uno de sus contenidos, a relacionarlos de manera lógica, a expresarlos y a comunicarlos eficazmente, con lo que puede contribuir de manera decisiva a la propia comprensión del proceso que está diseñando y que se propone llevar a cabo.**

El formato debe conjugar las siguientes características:

- **Fácil** (de uso para quienes lo utilicen).
- **Útil** (que faciliten la intervención).
- **Comunicativo** (claridad gráfica de expresión).
- **Breve** (que evite lo superfluo en beneficio de lo esencial).

A estos cuatro criterios o características que a nuestro juicio debe reunir todo formato para la presentación de un Proyecto, aún podemos añadir una quinta que es la **Homogeneidad**. Sólo cuando se refiere al contexto de una misma Institución, recomendamos que en su ámbito se homogenicen los formatos de presentación de Proyecto, ya que es la única forma de lograr una labor integrada entre sus diferentes profesionales y Equipos, y una dirección homogénea por parte de sus responsables.

ANEXO

Página 1ª

PORTADA
<ul style="list-style-type: none">* Institución* Nombre* Carácter del documento* Autores* Fecha

Página 3ª

OBJETIVOS OPERATIVOS
<ul style="list-style-type: none">* Población destinataria (descripción y cuantific.)* Resultados previstos (descripción y cuantific.)* Producción a realizar (descripción y cuantific.)

Página 2ª

REFERENCIAS Y DESCRIPCIÓN
<ul style="list-style-type: none">* Programa de referencia* Objetivos Específicos del Programa a los que se refier.* Temporización* Ámbito territorial* Breve descripción* Fundamentación

Página 4ª

PREVISIONES RESPECTO AL ENTORNO INTERNO Y EXTERNO
<ul style="list-style-type: none">* Organización interna* Coordinación externa* Promoción-difusión* Participación usuarios

Página 5ª

PROCESO DE EJECUCIÓN -PLANING-

- * Actuaciones
(en su caso Fases)
- * Actividades o tareas
- * Responsables
- * Cronograma

Página 6ª

EVALUACIÓN

- * Principales indicadores
(de actividad, de resultados y otros)
- * Relación de soportes documentales

Página 7ª

RECURSOS Y PRESUPUESTOS

- * Estructura y descripción de recursos y sus costes (Específicos y asignados)
- * Presupuestos (Ordinario y de inversión) (Gastos / Ingresos)

Página 8ª

RELACIÓN DE ANEXOS -opcionales-

- * Ampliación de fundamentos (sociales, jurídicos, históricos...)
- * Datos y análisis sobre las necesidades de referencia y su evolución
- * Datos demográficos
- * Evaluaciones y memorias del proyecto en fases anteriores
- * Detalle de la evaluación
- * Flujos de trabajo
- * Detalles sobre organización de la actividad (horarios...)

ATENCIÓN ESPECIAL A GRUPOS DE RIESGO DESDE LOS PROGRAMAS DE SALUD: UNA ESTRATEGIA DE EQUIPO.

Amalia Carrasco Rodríguez. Trabajadora Social del Centro de Salud Limonar.

Paloma Mora Rosado. Alumna en prácticas de la EUTS de Málaga.

Esther Martín Martín. Alumna en prácticas de la EUTS de Málaga.

RESUMEN.

En el presente artículo exponemos una experiencia de trabajo realizada en el Centro de Salud “Limonar” de Málaga, como consecuencia de la aplicación de la metodología de estrategia de riesgo a los distintos programas de salud comunitarios implantados en el mismo.

INTRODUCCIÓN.

La estrategia del enfoque de riesgo es un proceso metodológico adecuado para el desarrollo de la planificación y administración de los servicios de salud, que intentan hacer efectivo el concepto de equidad, brindando servicios mínimos de atención a toda la población y destinando los mayores recursos a quienes más lo necesitan. Se trata de una distribución de recursos en función de la necesidad (ofertar más y mejor atención a quien más lo necesita). Esta estrategia se constituye como una herramienta fundamental para la determinación de grupos prioritarios de atención (grupos de personas que por sus características biopsicosociales son más susceptibles al desarrollo de un estado de salud deficiente respecto al resto de la población) y como una gran ayuda para establecer planes de intervención con estos grupos de riesgo.

El trabajo social como disciplina está familiarizado con este enfoque, ya que a lo largo de toda su historia y desde sus inicios, el campo de intervención ha estado dirigido principalmente hacia individuos, grupos y comunidades con

mayores necesidades sociales, sin excluir al resto de la población.

La atención primaria de salud representa el primer nivel de contacto de la población con el sistema sanitario. Acerca sus servicios al lugar donde reside y trabaja. Se constituye como el primer elemento de un proceso permanente de asistencia, rehabilitación, prevención y promoción de salud. Los programas de salud comunitarios son el recurso básico con que cuenta el equipo de salud para llevar a cabo fundamentalmente la prevención y la promoción de salud, de ahí que sea el campo de actuación idóneo para la aplicación de la estrategia de riesgo.

Antes de pasar a exponer la experiencia que motiva el presente artículo, aportamos algunas características de la zona básica de salud “Limonar” para una mejor comprensión de la selección de grupos de riesgo: el centro ubicado en medio urbano está en funcionamiento desde el año 1991. La población general de la zona es de nivel socioeconómico medio-alto, existiendo zonas geográficas concretas donde se asienta la población de mayor riesgo socio-sanitario. Disperso en la zona reside un grupo

Documentos de Trabajo Social

significativo de inmigrantes, dedicado mayoritariamente al servicio doméstico.

El conocimiento progresivo de la población de riesgo plantea al equipo básico de salud -EBAP- la necesidad de la aplicación de la estrategia de riesgo a los distintos programas de salud comunitarios implantados en el centro.

OBJETIVO.

Reorientar las actividades de los diferentes programas de salud comunitarios del centro hacia los usuarios de mayor riesgo socio-sanitario de la zona.

METODOLOGÍA.

Antes de describir las actividades llevadas a cabo por el equipo básico de atención primaria -EBAP- para la implantación de la metodología de estrategia de riesgo a los programas de salud, se explicará brevemente el trabajo realizado con los grupos de riesgo desde el inicio del funcionamiento del centro de salud.

La unidad de trabajo social realizó el informe social de zona, que aborda el estudio de características poblacionales y territoriales de la zona básica de salud de su competencia (variables socio-demográficas, recursos y organización comunitaria, accesibilidad-medios de comunicación...).

Tras la elaboración de este informe general de zona, se pasó a realizar un trabajo de investigación-intervención en los núcleos de riesgo detectados, valorándose características del medio familiar y vivienda, motivos de asistencia al centro de salud, datos de morbilidad, captación de usuarios no historiados y difusión de programas entre otros.

Una vez conocida la población de riesgo con más profundidad por el equipo de salud, éste se plantea la necesidad de la aplicación de la metodología de estrategia de riesgo a los distintos programas de salud implantados en el centro, con la finalidad de asegurar la continuidad de cuidados de esta población a través del cumplimiento efectivo de controles establecidos en los programas.

Las actividades realizadas para llevarla a cabo han sido:

1. **Reuniones interdisciplinarias**

por cada programa de salud con el objetivo, en primer lugar, de consensuar los grupos de mayor riesgo socio-sanitarios (ver tabla 1). Estos perfiles de riesgo son elaborados a través del consenso de los miembros del equipo indicados y basados en la experiencia de estos profesionales, bibliografía y otras experiencias similares.

En segundo lugar se elaboran protocolos específicos de actuación con estos grupos.

Todos los protocolos contemplan aspectos comunes:

- Identificación inicial de grupos de riesgo objeto de intervención.

- Actividades a realizar en consulta, entre las que se destacan la derivación de estos usuarios de forma precoz a la trabajadora social y la utilización de marcadores específicos en los sistemas de registro del programa para la fácil identificación y seguimiento de estos grupos.

- Seguimiento: contempla revisiones periódicas de estos registros

con recaptación de los usuarios que abandonen programas a través de contactos telefónicos y/o visitas domiciliarias.

A modo de ejemplo, en la figura número 1 se reproduce el algoritmo de uno de los programas de salud: programa de planificación familiar.

Las reuniones interdisciplinarias están formadas por los miembros del EBAP directamente implicado en cada programa y la trabajadora social participa en todas ellas por la repercusión social que conlleva este trabajo.

2. **Reuniones interdisciplinarias de seguimiento de programas.**

Se realizan con una periodicidad aproximada de cuatro meses. En ellas los miembros del equipo efectúan un seguimiento del programa en cuestión introduciendo, en caso necesario, modificaciones y/o aportaciones para el buen funcionamiento del mismo.

3. **Evaluación.** Se realizan dos evaluaciones anuales de la aplicación de la estrategia en cada programa, valorándose el porcentaje de abandonos y motivos, el porcentaje de recaptación y estableciéndose a su vez, el perfil de los grupos

Documentos de Trabajo Social

en los distintos programas sobre los que el EBAP priorizará la atención. Esta actividad recae sobre la trabajadora social del centro.

RESULTADOS.

A continuación pasamos a exponer los resultados obtenidos en la evaluación realizada al año de aplicación de la estrategia (marzo 94-marzo 95). Son datos que corresponden al conjunto de todos los programas:

El número total de usuarios de riesgo social objeto de seguimiento ha sido de 84, de los cuales abandonan controles 39 (46,4%) y se recaptan 27 (69,2%). Debemos mencionar que un mismo usuario puede ser recaptado en más de una ocasión, debido a los diversos controles que contiene cada programa de salud.

Siguiendo el ejemplo aportado en la figura número 1, se detallan los datos obtenidos en la evaluación realizada en el programa de planificación familiar:

- Número total de usuarios que cumplen criterios: 52

- Exclusiones: 22.

Motivos:

- desea embarazo 6
- cambio de zona 9
- derivación a otros niveles de atención 4
- ilocalizable por falta de datos en registros 3

- Número total de mujeres objeto de seguimiento: 30

Abandonan controles 11 (36,6%)

Motivo de abandono:

- olvido-falta de interés 4
- ausentes de Málaga 2
- no consta 5

Se recaptan a través de contactos telefónicos y visitas domiciliarias 9 usuarias (81,8%)

- Perfil de la usuaria de mayor riesgo para el programa de planificación familiar:

- edad media 30,4 años
- casada 36,7 %
- estudios primarios 40 %
- empleada de hogar 36,7 %
- profesión de la pareja no cualificada 70%
- método anticonceptivo utilizado:
barrera 30,0%
ninguno 26,7%

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

- La figura del trabajador social es fundamental para la aplicación de la metodología de la estrategia de riesgo. Sin embargo, para el buen desarrollo de la misma es indispensable la implicación interdisciplinaria de todo el equipo de salud.

- Asegurando la continuidad de cuidados de los grupos de mayor riesgo socio-sanitario desde los programas de salud, no sólo se realiza una labor asistencial y de rehabilitación sino de prevención y promoción de salud, necesidades estas últimas no sentidas por este grupo de población.

- Existiendo motivación por parte del equipo y apoyo desde la dirección del centro, aunque la implantación de la estrategia de riesgo sea laboriosa en sus inicios, su continuidad hace que se convierta en una actividad rutinaria del centro.

- La implantación de la estrategia ha supuesto también cambios organizacionales importantes en el sentido de ofertar servicios “fuera de horario”, realizar visitas domiciliarias, utilizar llamadas telefónicas,

dar más tiempo en consulta de programas, etc.

- Sobre el impacto de la intervención mencionaremos los grandes y numerosos esfuerzos realizados por el EBAP para la captación activa de usuarios.

Aunque el número de usuarios recaptados pueda parecer reducido, la intervención es de trascendental importancia si tenemos en cuenta que éstos constituyen un grupo que no accedería al sistema sanitario si no es a través de este tipo de estrategia, siendo la población que más lo necesita.

DIFICULTADES.

Aunque son constatables los beneficios de la utilización de la metodología de estrategia de riesgo en la planificación de servicios, no podemos dejar de mencionar los obstáculos con los que nos hemos encontrado durante el desarrollo de la experiencia:

- Necesidad de que todo el equipo de salud esté motivado y familiarizado con la filosofía de la atención primaria de salud.

Documentos de Trabajo Social

- Debe existir una formación específica de los profesionales previa a la aplicación de la metodología de estrategia de riesgo.

- Al constituirse este trabajo como una actividad más de las que se realizan en el centro, y debido a la laboriosidad de la misma, la falta de tiempo disponible por parte del EBAP constituye un obstáculo.

- La falta de datos en los sistemas de registro de los programas difi-

culta la recaptación de estos grupos.

NOTA.-

**AGRADECIMIENTO A LA
DRA. FRANCISCA MUÑOZ
COBOS, MÉDICO DE FAMILIA
DEL C.S. LIMONAR POR SU
APOYO EN ESTE TRABAJO.**

PROGRAMAS DE SALUD

GRUPOS DE RIESGO

PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Y TARDE JOVEN

- Mujeres con IVE previo
- Inmigrantes
- Bajo nivel socio-económico

CONTROL DE EMBARAZO,
PARTO Y PUERPERIO

- Embarazo en menores de 20 años
- Inmigrantes
- Embarazos no deseados

NIÑO SANO (SEGUIMIENTO
INFANTIL)

- Hijos de inmigrantes
- Bajo nivel socio-económico
- Relaciones familiares conflictivas (separaciones conyugales, toxicomanías y abandono o malos tratos)

VACUNAS

- Niños que viven en zonas de riesgo social
- Hijos de inmigrantes

INCAPACITADOS

- Incapacitados con bajo nivel socio-económico que:
 - vivan solos
 - convivan con pareja anciana
 - familiares convivientes con patología psíquica

Documentos de Trabajo Social

Tabla 1

PACIENTES DE MAYOR RIESGO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

IVE PREVIO Inmigrantes Bajo nivel socio-económico

Actividades en consulta:

- Derivación precoz a la trabajadora social
- Hacer constar riesgo y motivo en la historia de planificación familiar
- Abrir la ficha blanca con los máximos datos de identificación
- Marcadores en ficha:
 - * pegatina lila con el número correspondiente al motivo
 - * clips lila
 - * escribir en el reverso de la ficha la fecha de la siguiente visita y si es necesario alguna aclaración
 - * cuando acudan a consulta marcar con una “X” en la ficha al lado de la fecha correspondiente

PERIODICIDAD MÍNIMA GENERAL / 4 MESES

Seguimiento:

- Revisión mensual en el fichero de las fichas con clips lila. Proceso:
Acudió a consulta

SÍ (consta “X”) Comprobar que consta nueva cita	NO (fecha sin “X”) Localizar H ^a Aviso telefónico
--	--

<u>Se localiza</u> SÍ Dar nueva cita (anotarla en ficha) Anotar en H ^a motivos de ausencia	NO Anotar en H ^a que no se localiza Derivar T. Social
--	--

CASOS ESPECIALES:

- Derivadas a nivel II se seguirán hasta la 1ª visita de revisión DIU.
- Las que salgan del programa se anotará en la ficha e H^a el motivo y no se eliminarán marcadores. Figura 1.

BIBLIOGRAFÍA.

-ARANDA REGULES, J. M.:
"Informe sobre el concepto de
Riesgo y su aplicación a la admi-
nistración de Servicios de Salud
materno-infantil en Andalucía".
Agosto 1987.

-SAN MARTÍN, H. Y PASTOR,
V.: "Salud comunitaria. Teoría y
práctica". Editorial Díaz de Santos.
Madrid. 1984.

-PINEAULT, R. Y DAVELUY, C.:
"La planificación sanitaria".
Editorial Masson S.A. Barcelona.
1989.

-ARANDA REGULES, J.M.;
BURGOS VARO, M.L. Y ESPI-
NOSA ALMENDROS: "Estrategia
para adecuar la utilización de los
servicios preventivos y de promo-
ción de salud" en Monografías clí-
nicas de Atención Primaria, nº 7.

-"Manual sobre el enfoque de ries-
go en la atención materno-infan-
til". Organización Panamericana
de la Salud. 1986.

-"Conferencia Internacional sobre
Atención Primaria de Salud".
OMS. Ginebra. 1978.

UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO EN TOXICOMANÍAS.

Belén Jáuregui Fradeja. Diplomada en Trabajo Social.

RESUMEN.

El contenido del artículo está referido al proceso terapéutico que se sigue en un centro de tratamiento de drogodependientes con las características del Área de Toxicomanías de Cruz Roja Española.

Dicho proceso consiste en una Desintoxicación de una sustancia en concreto, una Deshabitación Psicológica y una Reinserción Social, a través de una serie de actuaciones de carácter integral realizadas por el Equipo Terapéutico del centro: médico, psicóloga y trabajadora social, con la colaboración de voluntarios y de los propios afectados y sus familias.

En el artículo se hace un especial hincapié en la labor realizada por la trabajadora social.

UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO EN TOXICOMANÍAS.

El artículo que se presenta a continuación, es una parte de la memoria de trabajo realizada como Trabajadora Social becaria de la Dirección General de Universidades e Investigación, de la Junta de Andalucía, en el Área de Toxicomanías de Cruz Roja Española, dependiente de la Asamblea Provincial de Málaga, durante el curso académico 1994/95.

La Consulta de Toxicomanías, situada en C/ Pintor Bermúdez Gil, junto al Hospital Cruz Roja, funciona de forma ambulatoria, prescando una atención integral (biopsicosocial) al enfermo toxicómano y a su familia.

Sus objetivos prioritarios son los siguientes:

- Ofrecer una atención integral al sujeto drogodependiente y a su familia, a través de un proceso de desintoxicación, deshabituación psicológica y reinserción social.
- Informar y asesorar en prevención, incidiendo especialmente en prevención secundaria y terciaria, al ser el centro un recurso específi-

co en el campo de las drogodependencias.

- Fomentar la investigación en el ámbito de las drogodependencias, así como promover la formación continuada de los profesionales que trabajan en el mismo.

El Equipo Terapéutico del centro está formado por un médico, una psicóloga y una trabajadora social, apoyados por personal voluntario, alumnos de la EUTS y por jóvenes que realizan la prestación social sustitutoria.

El desarrollo del proceso terapéutico que se lleva a cabo en el centro es el siguiente:

- 1.- Acogida del paciente toxicómano y familia: la realiza la trabajadora social y consiste básicamente en una primera evaluación de la demanda y en ofrecer información sobre las características del centro y del tratamiento que se lleva a cabo en el mismo. En el caso de que el paciente considere que el funcionamiento del centro se adecúa a sus expectativas, se llevará a cabo el proceso terapéutico desde un punto de vista médico, psicológico y social.

Documentos de Trabajo Social

2.- Primera cita con la trabajadora social en la que se tratará de recoger información referida a los siguientes aspectos:

- Composición familiar.
- Forma de convivencia.
- Relaciones familiares y sociales.
- Nivel socio-económico.
- Datos de la vivienda.
- Nivel de instrucción.
- Historia laboral.
- Asistencia médica.
- Situación judicial.
- Forma de conseguir el dinero para el consumo.
- Ocio y tiempo libre.
- Motivación y objetivos con respecto al tratamiento.
- Historia socio-familiar, en la que se tratará de determinar la persona responsable del tratamiento, las actitudes de la familia ante el problema, el tipo de ayuda que creen pueden ofrecer, así como las dificultades que se preveen en el proceso.

3.- Cita con la médico del centro, que llevará a cabo una amamnesis o historia clínica, en la que se recogen los antecedentes personales y familiares, incidiendo especialmente en las enfermedades infecto-contagiosas y la historia toxicológica de consumo, así como la de-

manda de pruebas analíticas de sangre como paso previo a la desintoxicación, en las que se determinarán, entre otros datos, marcadores de hepatitis B y anticuerpos HIV.

4.- Cita con la psicóloga del centro, que incidirá fundamentalmente en los aspectos relacionados con la capacidad de autocontrol y la motivación del drogodependiente hacia el tratamiento más adecuado a las características y situación del sujeto.

Una vez que el drogodependiente y su familia han sido evaluados por todos los miembros del equipo, se decide conjuntamente el tipo de intervención más adecuada al mismo.

El Área de Toxicomanías de Cruz Roja, como centro concertado con el Comisionado para la Droga, ofrece las siguientes alternativas de tratamiento:

a) Desintoxicación Ambulatoria, apoyada por fármacos para paliar el síndrome de abstinencia y teniendo a la familia como responsable del mismo, para lo cual es fundamental darle información sobre las diferentes fases que van a tener lugar, sobre síntomas y reacciones que

suelen presentarse, así como sobre las pautas de actuación a seguir para lograr la eficacia del tratamiento.

b) Ingreso en la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación (U.D.H.), situada en el Hospital Cruz Roja, en la que se permanece aproximadamente una semana, para los casos en los que no es viable una desintoxicación ambulatoria por diferentes motivos, tales como:

- Padecer patologías graves.
- Padecer problemas cardio-vasculares.
- Estar embarazada.
- No contar con apoyo social y familiar adecuado.

c) Derivación a Comunidad Terapéutica, con o sin desintoxicación. A las CC. TT. sólo puede accederse a través de un centro ambulatorio, tras un informe bio-psicosocial que lo aconseje.

d) Inclusión en el Programa de Mantenimiento con Opiáceos (metadona), cuando las circunstancias del sujeto así lo requieran para evitar un abuso de las drogas, así como el consumo ilegal de las mismas. Tal programa se encuentra

regulado por el Decreto 162/90 de 29 de mayo.

Una vez finalizada la fase de desintoxicación y cuando se supone que el paciente no consume drogas, éste realiza controles toxicológicos de orina para controlar su abstinencia a opiáceos, metadona, cocaína, benzodiazepinas, anfetaminas, alcohol y cannabis.

En este momento el paciente abstinentes a opiáceos puede ser incluido en el Programa de Naltrexona, antagonista puro de los receptores opiáceos, por lo que bloquea los efectos de la heroína, metadona y morfina, impidiendo así mismo el efecto gratificante de la administración de opiáceos, con lo que se prolonga el período "Drug Free". Además, al no ser un estupefaciente no tiene potencialidad de abuso, por tanto no tiene valor en el mercado ilegal.

Paralelamente, el paciente y sus familiares continúan asistiendo a citas periódicas con los profesionales, para llevar a cabo su deshabituación psicológica y su reinserción social.

Se intentará que el paciente adquiriera habilidades, de cara a lograr los siguientes objetivos:

- Planificar y organizar su propia vida.
- Normalizar la convivencia familiar.
- Mejorar su formación y capacitación laboral.
- Realizar actividades que le permitan un uso sano y formativo del tiempo libre.

Otras actuaciones propias de la T.S. son:

- Visitas domiciliarias, con objeto de valorar la situación de la vivienda y la convivencia familiar, así como el grado de relación con los vecinos, a fin de detectar posibles irregularidades que pudiesen tener efectos negativos en el proceso terapéutico.
- Colaboración con el Hospital Materno Infantil para el seguimiento de pacientes embarazadas incluidas en el Programa de Mantenimiento con Metadona.
- Contactos periódicos con Penitenciarías, a fin de valorar el proceso que siguen pacientes que se encuentran en libertad condicional, a

cambio de asistir a un centro de rehabilitación de toxicómanos.

- Supervisión de pacientes que acuden a los Talleres Ocupacionales del Centro Provincial de Drogodependencias.
- Oferta de cursos de formación, gestionados por diversos organismos, como Delegación de Trabajo, Sindicatos o la misma Cruz Roja.
- Desde Cruz Roja, también se lleva a cabo el Programa “Red de Artesanos”, con el que se pretende que jóvenes que carezcan de oficio reconocido y de recursos personales que le permitan acceder al mercado laboral, sean beneficiarios de unas becas por las que son asignados a distintos talleres o empresas colaboradoras, en las que permanecerán el máximo de un año.

La Orden de 4 de enero de 1993, regula la concesión de ayudas económicas en materia de reinserción de drogodependientes del Programa “Red de Artesanos”.

- Supervisión de prácticas de alumnos de la EUTS. Durante el pasado curso académico, se contó con dos alumnos de tercer curso, que llevaron a cabo un “Proyecto de Terapia

Grupal para Familiares de Drogodependientes” (Escuela de Padres), con el objetivo de proporcionar a los familiares el aprendizaje de habilidades necesarias para ayudar al hijo o cónyuge drogodependiente a salir del problema. Así mismo, se intenta enseñar a los familiares a establecer pautas de convivencia, fomentando la comunicación entre los miembros.

Por último y para finalizar este artículo, se adjunta los resultados de un estudio realizado sobre una muestra de 137 sujetos, a fin de conocer las características principales del usuario tipo del Área de Toxicomanía.

Resultados del Estudio:

Número de Pacientes Atendidos:
137.

Nº de Hombres: 124 (90,4 %).

Nº de Mujeres: 13 (9,4 %).

Edad:

El 50,5 % oscila entre 21 y 30 años de edad.

El 38,4 % entre 31 y 40 años.

El 7 % entre 15 y 20 años.

El 4 % es mayor de 40 años.

Estado Civil:

El 64,6 % permanece soltero.

El 22,3 % están casados.

El 11% están separados o divorciados.

Algo más del 1 % son viudos.

Forma de Convivencia:

El 55,6 % conviven con su familia de origen.

El 20 % tienen familia propia.

El 8 % viven solos.

El 5 % con amigos.

El 9 % con pareja estable.

Nivel de Instrucción:

El 57,5 % no han finalizado la enseñanza obligatoria.

El 21 % tienen Graduado Escolar.

El 14 % han estudiado Bachillerato o Formación Profesional.

Un 3 % han realizado estudios universitarios.

Un 4 % no tienen estudios, pero saben leer y escribir.

Situación Laboral:

El 10 % tienen un trabajo estable.

El 74 % están parados, de los cuales un 9% aún no han tenido su primer empleo.

El 7% son pensionistas o se encuentran en baja laboral.

El 3 % son estudiantes.

Algo más del 80 % reconocen realizar actividades delictivas para procurarse el consumo.

Documentos de Trabajo Social

Situación Judicial:

El 70 % de los pacientes reconocen haber tenido problemas judiciales.

El 30 % aseguran no haber tenido problemas judiciales.

El 7% se encuentran en libertad condicional.

El 3% acuden por multa al haber sido sorprendidos con posesión de cannabis.

Tipos de Drogas que consumen:

Algo más del 80 % de los pacientes atendidos son consumidores de heroína o de la mezcla de ésta con cocaína.

Aproximadamente un 2 % son consumidores habituales de cocaína.

Un 84% reconocen consumir cannabis con regularidad.

Un 8% admiten tomar benzodiazepinas (Rohipnol, Valium...).

Un 4 % reconocen consumir alcohol con frecuencia.

Aproximadamente un 18% están incluidos en el Programa de Mantenimiento con Metadona.

Vías de Administración (heroína, cocaína):

El 65 % son vía fumada.

El 31 % vía intravenosa.

Algo más del 2 % la esnifan.

Tiempo que llevan consumiendo:

Un 4% llevan entre 1 y 2 años consumiendo.

Un 15% entre 2 y 5 años.

Un 30% entre 5 y 10 años.

Un 43% llevan más de 10 años consumiendo.

Anticuerpos de SIDA:

Un 71% de los pacientes atendidos son HIV negativo.

Un 29% son HIV positivo.

Perfil del Usuario del Centro:

Partiendo de los datos del estudio realizado, se concluye que el usuario tipo del Área de Toxicomanías presenta las siguientes características:

- Varón.
- Edad comprendida entre 21 y 30 años.
- Estado Civil Soltero.
- Convive con su familia de Origen.
- No ha finalizado la enseñanza obligatoria, tiene Certificado de Escolaridad.
- Está parado, sin cobrar ninguna prestación y realiza actividades marginales para procurarse el consumo.
- Ha tenido en algún momento problemas judiciales.

- Consumidor de Heroína o Revuelto (heroína y cocaína) por vía fumada.
- Iniciado en el consumo de drogas (porros, alcohol...), desde hace más de 10 años.
- HIV negativo.

BIBLIOGRAFÍA:

- VII Jornadas Nacionales de Toxicomanías de Cruz Roja Española: “Análisis de la Demanda del Toxicómano y su Familia desde la perspectiva del Trabajo Social”. Valladolid 1993.
- VIII Jornadas de Equipos Provinciales de Toxicomanías de Cruz Roja Española. Toledo 1995.
- Plan Nacional de Drogas.
- Plan Andaluz de Drogas.

DIFICULTADES DE ADAPTACIÓN. DISCAPACIDAD Y MEDIO RURAL.

Ana Medina Sánchez. Asistente Social de la U.T.S. de Benamocarra.

RESUMEN.

Este artículo no tiene otra pretensión que recoger las dificultades que las personas afectadas por algún tipo de discapacidad encuentran en el medio rural, desde la percepción de un trabajo social de una U.T.S. concreta (Benamocarra), y el resto de poblaciones que la componen: Iznate, Viñuela, Cutar, Benamargosa y la ya citada Benamocarra. Por tanto, este análisis está condicionado por una delimitación geográfica concreta, pese a esto no carente de validez y extrapolable a otras realidades de similares características.

INTRODUCCIÓN.

Como concepto de qué se entiende como discapacitados (intentaremos desterrar el concepto de minusválido, porque no son personas con “menos validez”, aunque a veces no tengamos más remedio que utilizar este término para citar textualmente la legislación o a autores). Por discapacidad definiremos toda limitación grave que afecte de forma permanente a la actividad del que lo padece y tenga su origen en una deficiencia (1). Tomaremos también, por su relación con la anterior, la definición de minusvalía de la Organización Mundial de la Salud: Es la desventaja social y en relación a su entorno que padece una persona como consecuencia de alguna discapacidad que le impide el desempeño de la actividad que le es normal, en función de su edad, sexo y factores socioculturales. Otra definición, la que ofrece la “Ley de integración social de los minusválidos” en su artículo 7.1: “Se entenderá por minusválido toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallarán disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito

o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales”.

Podríamos diferenciar distintos tipos de necesidades de las personas con minusvalías relacionados con distintos ámbitos de su realidad: desde la educación, la salud, el empleo, etc...

“La marginación de los disminuidos se origina por el hecho de que a los afectados les es muy difícil, en algunos casos imposible, entrar en el sistema reglado de escuela, de trabajo, de aficiones, porque estos ámbitos no tienen ni programas, ni medios necesarios, ni la esencia de la ideología que tiene que permitir la normalización y la integración de las personas “diferentes” .(2)

Este párrafo serviría para ilustrar lo que este artículo pretende reflejar y que espera sirva de reflexión a los distintos profesionales que incidimos en la vida cotidiana de las personas discapacitadas, para que cuajen iniciativas que puedan ayudar a superar las trabas sociales de este sector de población.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN.

El nacimiento de un hijo con algún tipo de discapacidad, supone para la familia amoldarse a un niño con necesidades de atención diferentes y al que tendrá que educar en la superación de esas dificultades de adaptación al medio que tendrá que afrontar. A través de los Centros de Salud y a través del diagnóstico prenatal y perinatal, se persigue la prevención de aquellas discapacidades de origen biológico y congénito. Sin embargo, pese a los avances no existe una efectividad del 100 % y el nacimiento de niños con riesgo o déficit en su desarrollo hacen necesario una intervención lo más rápida posible.

Hay que reseñar la importancia de que los servicios médicos o cualquier otro dispositivo asistencial, en el momento de la detección de un niño afectado por algún tipo de discapacidad conciencien a la familia de la importancia de la estimulación precoz en el desarrollo del niño.

Con esta filosofía nacen, tanto los programas de detección y prevención del recién nacido que se enmarca, como hemos citado ante-

riormente, dentro del dispositivo de Salud como los Servicios de Estimulación Precoz.

Sobre centros de estas características, cuenta la comarca donde se enmarca la U.T.S., la Axarquía, con un Centro de Estimulación Precoz que se ubica en el municipio de Vélez-Málaga, con problemas diversos que hicieron temer su desaparición, principalmente el tema de la financiación, sobre el que llegarán a un acuerdo distintos municipios de la comarca para sufragar los gastos, lo que ha posibilitado su permanencia. Pero continúa sin resolver el tema de los desplazamientos de los menores afectados al centro, ya que aunque todos los pueblos cuentan con una línea regular de transporte de pasajeros, ésta se presenta como una salida insuficiente: los horarios de salida y de llegada no se amoldan a que la familia tenga que atender a otros hijos escolarizados, por ejemplo. O que simplemente, no exista una combinación de transporte adecuada, o sea inexistente, con aquellas familias que viven en diseminados del núcleo rural. A veces, las características del niño afectado le imposibilitan para utilizar este medio de transporte, por lo que la familia tiene que recurrir a disponer de un

vehículo propio o al pago de un taxi. Esto implica que la familia tiene que soportar un coste económico que no siempre le es posible mantener.

Hay que recordar, que en la actualidad la estructura económica del medio rural sufre una grave crisis motivada por falta de producción de las tierras, debido a la sequía y la falta de otras alternativas laborales que provoca una tasa muy alta de desempleo. Y en la que las economías familiares se están viendo abocadas a una economía de subsistencia con grandes sacrificios.

La principal vía para sufragar este tipo de gastos de transporte para un centro de estas características, son las ayudas públicas de carácter anual del I.A.S.S. (Instituto Andaluz de Servicios Sociales), pero dada la limitación presupuestaria de este tipo de ayudas, no está garantizada su concesión (desgraciadamente cabe decir que el crecimiento de la población es inverso a los recursos). Además, en la actualidad aquellas ayudas dirigidas a la compra, adaptación de un vehículo, etc...) se circunscriben a discapacitados adultos en posesión del permiso de conducción

correspondiente. Se limita de esta manera el acceso a este tipo de financiación a familias con hijos gravemente afectados, que necesitan contar con un vehículo adaptado para sus desplazamientos.

EL CUIDADO DE LA PERSONA DISCAPACITADA EN EL CONTEXTO FAMILIAR.

En los roles desempeñados por la familia, la madre va a ser la encargada de ocuparse del hijo discapacitado. Aunque la mayor incorporación de la mujer al trabajo en el medio rural en cifras sea real, es una realidad ficticia cuando hablamos de parejas con cargas familiares. En estos casos, la mujer asume el cuidado de los hijos, aunque la economía familiar se nutra de las "peonadas" trabajadas por ambos (en el caso de las mujeres no es extraño que en ocasiones sean falsas o realizadas por su marido o pareja), y del desempleo agrario correspondiente. La actividad productiva corresponde en mayor medida al marido (aunque pueda haber excepciones), en un trabajo como el del campo que ocupa la mayor parte del día.

Cuando se trata de un discapacitado con dificultades de autonomía personal a medida que avanza su edad, y lo que es más importante su peso corporal, aparecen en los cuidadores enfermedades derivadas del sobreesfuerzo físico (generalmente óseo-articulares) y también de tipo nervioso (depresiones, insomnio...), el llamado síndrome del cuidador. Es entonces cuando empiezan a aparecer demandas en los Servicios Sociales Comunitarios de necesidad de apoyo familiar, con difícil respuesta por otro lado, porque el posible recurso a aplicar (el de la ayuda a domicilio), también está limitado por cuestiones presupuestarias y tanto el voluntariado como la intervención de entidades no gubernamentales en estos pueblos, podría decirse que es escasa o prácticamente inexistente. Lo que nos lleva a intentar facilitar a la familia otro tipo de mecanismos con actuaciones dirigidas a intervenciones de carácter psicosocial que ayuden a superar la situación de estrés a que se ven sometidos.

LA ETAPA ESCOLAR.

Iniciamos otra nueva etapa en la vida del niño, su incorporación al

medio escolar. En aquellos casos de niños gravemente afectados, la zona cuenta con el C.P. Axarquía en Vélez-Málaga, centro ordinario con dos aulas de educación especial. En lo relativo al desplazamiento los problemas vuelven a ser similares a los citados anteriormente, aunque en este caso las ayudas institucionales para gastos de transporte corresponden a la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía.

Con aquellos menores que pueden integrarse en los centros escolares de su municipio, los dispositivos que la Consejería de Educación tiene previsto como apoyo a la integración son: aulas de apoyo a la integración y los Equipos Zonales de Apoyo. También cuenta con un Equipo de Asesoramiento para las discapacidades motóricas.

En cuanto a las aulas de apoyo a la integración en todos los C.P. de la U.T.S., a excepción de La Viñuela, cuentan con profesores destinados no sólo a la atención de niños discapacitados que necesiten un apoyo escolar complementario, sino también a aquellos menores que por sus características socio-culturales y presentando déficits de aprendizaje, precisaran de este

apoyo escolar complementario. La LOGSE integra la inadaptación social dentro de la atención de la Educación Especial.

Los equipos zonales de apoyo son equipos compuestos por distintos profesionales: psicólogo, logopeda, médico, maestro, etc. Tienen ámbito comarcal y dentro de éste se dividen por zonas. Prestan servicios de diagnóstico y apoyo psicopedagógico con una labor orientativa, y en aquellos casos en que el menor precise de terapia psicológica suelen remitirlo al centro de Salud Mental. Desde los Servicios Sociales Comunitarios, lo que se ha detectado por demanda, es la insuficiencia del servicio de logopedia como elemento rehabilitador, y en estos casos los niños acuden a consultas privadas varios días en semana. Para estas situaciones, la Consejería de Educación contempla becas de desplazamiento o de tratamiento. Con esta beca que asciende a unas 100.000 ptas., deben de hacer frente a los gastos del profesional y los que conlleve su desplazamiento a Vélez-Málaga que es donde acuden a nivel privado. Como hemos citado anteriormente, suelen ser economías familiares débiles que deben asumir de este modo un gasto complementa-

rio, aunque sea en parte subvencionado.

A veces, la integración del niño discapacitado en un centro escolar ordinario requiere una atención especial por parte del profesor, que se siente desbordado ante la imposibilidad de atender al resto de alumnos, y que necesita una atención especial. La solicitud de monitores que suplan las atenciones que requiere el niño es una reivindicación del profesorado, en pocos o ningún caso satisfecha, al menos en los colegios públicos de estos pueblos. Suelen ser niños que aunque no presenten la tipología concreta del que asiste al Centro de Educación Especial, su discapacidad es lo suficientemente importante para requerir una intervención de un profesional complementario que supla la atención específica que necesita (léase por ejemplo, enfermedades degenerativas, niños con frecuentes episodios de epilepsia, etc...).

¿Y el acceso a los centros escolares?. Aunque es un tema en el que seguiremos ahondando, las barreras arquitectónicas siguen siendo un aspecto normalizador aún por abordar desde la instancia correspondiente, en este caso la

Consejería de Educación. En estos colegios se da también este tipo de problemas que se intentan superar con arreglos menores. Suelen ser centros antiguos con pendientes y escaleras y, en los casos en los que se han realizado mejoras en la infraestructura de mayor envergadura, se ha continuado obviando este tema.

Existe escasa sensibilidad desde las administraciones competentes a solventar el problema de las barreras arquitectónicas, cuando como hemos dicho se han realizado no sólo reformas sino nuevas construcciones, en las que se podrían haber previsto este tipo de contingencias.

La continuación de estudios de aquéllos que superen los estudios primarios, encontrará problemas similares a los encontrados en su primera etapa escolar, con el añadido de que en estas edades el número de deserciones escolares es mayor por diversas causas. En la población discapacitada, la falta de formación es un factor que incide negativamente en su posterior inserción laboral.

EL ACCESO AL EMPLEO.

Con la incorporación al mercado de trabajo, tanto para aquellas personas afectadas por una discapacidad desde su nacimiento como a aquellas sobrevenidas en el transcurso de su vida, la agricultura, principal sector de actividad laboral en el medio rural, no es el medio más adecuado para la obtención de un empleo para una persona discapacitada en la que se requiere una fuerte actividad física. Como hemos comentado, se busca un cambio en los medios de producción del campo que se encauzan a través de las iniciativas de las escuelas taller y en subvencionar proyectos alternativos, principalmente a través de los fondos que dedica la CEE. Pero hasta el momento, se encuentra en un estado embrionario poco avanzado en lo que se refiere a creación de nuevos puestos de trabajo, a excepción quizás del turismo rural, que es la actividad que parece tener un mayor despegue. El CEDER (Centro de Desarrollo Rural) en Benamocarra, es el organismo gestor de estas iniciativas en la comarca. La juventud, tanto del organismo como de su actividad, hacen difícil valorar la incidencia que pueda tener en el sector de población que nos ocupa.

Generalmente, los discapacitados que acuden a plantear una demanda al trabajador social de este servicio, no han completado su escolarización. En aquellos casos de jóvenes, es difícil hacer entender a la familia, incluso al propio discapacitado, que tiene otras posibilidades que no sea obtener una pensión, que está capacitado para obtener un empleo si consigue la formación suficiente. Valoran que en el contexto actual en el que tienen dificultades para trabajar personas sin ningún tipo de discapacidad, más aun las tendrán ellos, y no les falta su parte de razón. Pero las demandas de pensiones responden, por un lado a la existencia de la discapacidad en sí y la valoración que del hecho hace la familia, y por otro a otro tipo de motivaciones de carácter económico, que no afecta sólo a los discapacitados. Es decir, cuando la familia atraviesa una situación económica deficitaria, se busca la salida de la pensión como forma de solucionar este problema, aunque en realidad pueda estar capacitado para el trabajo. Es el caso de muchas de las demandas de pensiones no contributivas que se vienen solicitando, que en el fondo es una demanda económica no inspirada, tanto en la problemática que pueda existir de salud como en

la necesidad de asegurar algún tipo de ingreso.

Pero se necesita mucha voluntad para plantearse salir del contexto social y cultural en que se desenvuelven para promocionarse laboralmente. Si en las ciudades las iniciativas de empleo para discapacitados son escasas, aún lo es más en los núcleos rurales donde no existen iniciativas para este sector de población.

DISCAPACIDAD Y SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS.

En lo referente a adultos que necesitan atención en centros especializados, en Vélez-Málaga hay un centro para discapacitados psíquicos no profundos que cuenta con residencia y taller ocupacional. De iniciativa privada, mantiene concierto de plazas con la Junta de Andalucía. Como centro de día plantea el mismo problema que los otros centros ya citados que se ubican en la capital comarcal: el problema del transporte.

Para discapacitados psíquicos profundos, la zona no cuenta con ningún tipo de dispositivo asisten-

cial ni de centros de día, que podría suplir en gran medida las solicitudes de internamiento ni por supuesto, de régimen residencial cuyas dificultades para la obtención de plazas es generalizado a toda la provincia y casi podría decirse que a toda la región. En general, son este tipo de discapacitados los que generan una demanda importante en los Servicios Sociales Comunitarios, en concreto los que presentan problemas de conducta, consecuencia generalmente de una patología mental asociada.

Los problemas de agresiones y la imposibilidad muchas veces de controlar sus actos, es lo que impulsa a la familia a solicitar el internamiento pero, como hemos citado, existe escasez de plazas por lo que los ingresos urgentes suelen tardar más de lo deseado por los familiares y por la propia administración. Lo que genera un “peregrinar” al despacho del profesional en busca de la solución que “no llega” o al menos calmar la angustia “verbalizando” su problema, aun sabiendo que la solución a su demanda es sólo una cuestión de tiempo. En estos casos nos convertimos en “terapeutas” tratando de evitar una situación de desbordamiento.

Al igual que este último tipo de discapacitado citado, las demandas de internamiento de enfermos mentales suele presentar el mismo cuadro de conflictividad familiar. En estos casos, los seguimientos los realizan los equipos de Salud Mental. Sin embargo, aunque sean otro tipo de dispositivos, la lentitud vuelve a ser la misma y el proceso de las familias afectadas vuelve a repetirse paso por paso como en las que hemos comentado anteriormente.

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS Y CONTEXTO GEOGRÁFICO.

En los municipios de esta zona, las barreras arquitectónicas son un problema generalizado. En general, el diseño urbanístico de los pueblos se identifican con el prototipo de urbanismo rural andaluz, es decir, calles estrechas y empinadas, condicionado por el terreno, son pueblos que están situados en montes o en pequeñas elevaciones. En este contexto geográfico es difícil desenvolverse para aquellos con discapacidades físicas que afectan al aparato motor, las sillas de ruedas no sirven para desplazarse a cual-

quier punto, salvo que estén motorizadas.

Dentro de las viviendas, volvemos al mismo problema: suelen ser casas en las que el espacio se suple con la elevación de una nueva planta y, en aquéllas que no han sido rehabilitadas, ni siquiera cuentan con servicios sanitarios. Este problema es extensivo a la tercera edad cuando se ven afectadas por algún tipo de discapacidad. Las ayudas públicas, ya citadas, contemplan la adaptación funcional de la vivienda pero a veces el espacio no permite realizar las adaptaciones necesarias para el normal desenvolvimiento del discapacitado y, a no ser que disponga de ingresos para una nueva vivienda, el problema tiene difícil solución. El problema del acceso a la vivienda afecta también al medio rural, con el añadido que el mercado de viviendas de alquiler en esta zona es muy pequeño, podría decirse que casi inexistente. No quiere decir que no haya disponibilidad de este tipo de viviendas, sino que se suele ser reacio a alquilarlas en condiciones de contratos de larga duración.

Como hemos dicho, el problema de las barreras arquitectónicas se extiende a los centros escolares y

cómo no a los Ayuntamientos, y dentro de éstos, a la ubicación de los Servicios Sociales, en algunos casos edificios nuevos tienen como lugar de acceso una escalera, no se ha contemplado en su construcción las dificultades de acceso, insalvables para personas discapacitadas en sillas de ruedas o que suponen un gran esfuerzo para otro tipo de discapacidades motóricas y a los ancianos. En más de una ocasión, se ha tenido que atender al discapacitado por teléfono, desplazándose el profesional a su domicilio, o simplemente al pie de la escalera que impide su acceso. Al no ser un colectivo con un peso específico por su número ni siquiera por sus quejas (lo tienen asumido como algo normal), continúa sin darse respuesta por parte de la administración local a este tipo de necesidades.

AYUDA A DOMICILIO Y VOLUNTARIADO.

En lo que respecta a los dispositivos asistenciales a domicilio, el programa de ayuda a domicilio es el recurso con el que cuentan los Servicios Sociales Comunitarios para atender la demanda de aquellas personas que necesitan un apo-

yo de una auxiliar de hogar que, a través de la realización de determinado tipo de tareas, supla las carencias de estas personas y faciliten su permanencia en la comunidad. El principal problema vuelve a ser el presupuestario y el añadido de la escasa cualificación de las auxiliares de hogar que cubren este servicio, que suelen limitarse a trabajar como "limpiadora", con lo que las tareas educativas o de otro carácter que pudiera conllevar, no se realizan.

En aquellos casos en los que se busca suplir la necesidad de compañía o de integración al medio, en núcleos de población mayores, la existencia de organizaciones no gubernamentales, que suelen contar con voluntarios o con la posibilidad de destinar a través de la Prestación Social Sustitutoria "objetores" a este fin, suple en gran parte la cobertura de este tipo de servicios. El voluntariado, a nivel de los pueblos a los que me refiero es escaso, casi inexistente (sólo en Benamocarra, existe una comunidad de religiosas que viene atendiendo este tipo de situaciones). Y en lo referente a la Prestación Social Sustitutoria, hasta el momento los ayuntamientos de esta zona o bien no se han suscrito al convenio

que la regula, o se encuentran en proceso de tramitación.

ASOCIACIONISMO.

En lo relativo a entidades asociativas dirigidas en concreto a la problemática de los minusválidos, en Vélez-Málaga está constituida AMIVEL (Asociación de Minusválidos de Vélez-Málaga), que realiza funciones de asesoramiento y apoyo a sus asociados, pero tiene escasa representación en los pueblos porque apenas tiene socios de este entorno. A pesar de ello realizan una labor informativa y de promoción que merece la pena destacar.

A modo de conclusión, en este recorrido que he realizado a través de problemáticas que afectan a este colectivo de una zona: los municipios de Benamocarra, Benamargosa, Iznate, Cutar y Viñuela, espero que se vean reflejadas no sólo las cuestiones profesionales que tiene el trabajo diario desde la U.T.S., sino que además me gustaría que fuera un espejo de la realidad de su pueblo para que tanto la persona discapacitada como el resto de ciudadanos de su pueblo, que qui-

zás en el día a día no se habían fijado en las dificultades de normalización que tiene su entorno, se vean reflejados, y si no les gusta la imagen que les devuelve el espejo, hagan lo posible lo que esté en su mano por modificarla. Me parece ilustrativo concluir con un ejemplo de sensibilidad social, incluir el extracto de una carta al director publicada en el diario SUR en la que una persona de a pie explicaba su visión con respecto a este colectivo:

“Hace casi un año he aprendido a ver a los discapacitados y minusválidos desde otro punto de vista...

He visto y oído propaganda por la radio y televisión, anuncios que invitan a concienciarnos un poco más y a pensar en las barreras que consciente o inconscientemente levantamos directamente ante ellos. Desde luego, es digno de que se empiece a pensar en este grupo social tan cercano pero a su vez tan lejano. El problema es que no basta con pensar sino también hay que actuar en consecuencia...

Todo esto partió por la indignación que no he sentido nunca, y

ahora siento, cuando conocí a uno de ellos, con seis años, ahora siete, y parálisis cerebral, y empecé a interesarme por su vida y de cómo llevan su quehacer diario en la familia y en especial su madre...

Pues bien, el derecho que tienen todas estas personas, especiales, a que le hagamos la vida más fácil, se ve truncado continuamente por la insolidaridad que se aprecia en todos y cada uno de nosotros, los “normales”,... pensemos, por ejemplo, en esa madre que tiene que llevar en un cochecito a su hijo porque éste no puede andar, debido a su enfermedad, o al que va en silla de ruedas y tiene que apañárselas como pueda para subir el escalón que para nosotros representa simplemente levantar un poco la rodilla, o el invidente que necesita poner los otros cuatro sentidos al cruzar una calle de no más de tres metros.

Total, indignante y vergonzoso, pero ya se sabe, como siempre, quedará en mucho ruido y pocas nueces, muchas palabras para muchos votos, pero pocas acciones para ellos, los “otros”...

BIBLIOGRAFÍA.

GUÍA DE RECURSOS DE SERVICIOS SOCIALES DE TARRAGONA. (Dos Volúmenes, 7 apartados). D.L.T. 1971-89. Varios autores.

LA SITUACIÓN DE LA INFANCIA Y JUVENTUD EN VALLS. (Dos Volúmenes. Edición Facsímil). Varios autores.

LA REALIDAD SOCIAL EN CAMPO CLARO. (Un Volumen, publicaciones de L' Abadia de Montserrat). Varios autores.

EL MOVIMIENTO VECINAL EN REUS. UNA APROXIMACIÓN SOCIOLÓGICA A LOS BARRIOS DE LA CIUDAD. (Un Volumen, Ayuntamiento de Reus). Varios autores.

NOTAS:

(1) Manual minusválidos y acceso al empleo. Pág. 5. Cuadernos de Acción Social. CC.OO. Andalucía. Secretaría de Acción Social y Migración. 1994.

(2) "La xarxa d'atenció als disminuïts de Badalona". Pepita Samsó Els Serveis Socials davant la marginació. Quaderns de Serveis Socials. Servei de Serveis Socials. Diputació de Barcelona. 1986.

LA FEDERACIÓN PROVINCIAL DE ASOCIACIONES DE MINUSVÁLIDOS FÍSICOS DE MÁLAGA: UN RECURSO EN TUS MANOS.

Joanna Louise Smith. Diplomada en Trabajo Social.
Amaia Zameza Arano. Diplomada en Trabajo Social.

RESUMEN.

Ante la ausencia de relación en los años ochenta entre las distintas agrupaciones existentes que, hasta ese momento completamente dispersos, trabajan en el sector de personas con minusvalías físicas y, constatándose la necesidad de establecer canales de coordinación entre las mismas, y plantear mecanismos de trabajo generales a todo el movimiento andaluz que comienza a organizarse, se produce la génesis de una coordinadora que aglutina a toda una explosión de esfuerzos profesionales: la CONFEDERACIÓN ANDALUZA DE MINUSVÁLIDOS FÍSICOS (CAMF).

Una vez legalizada esta entidad, se crea una red asociativa andaluza distribuida en Federaciones Provinciales de Asociaciones de Minusválidos Físicos, cuyos objetivos de trabajo están encaminados a la Normalización Social de la persona con discapacidad, teniendo como instrumento fundamental la Intregración Social de la misma.

INTRODUCCIÓN.

El Asociacionismo, tal y como se entiende el término originario, en cuanto a la conjunción y agrupación de personas, existe desde el momento en que dos o más individuos comienzan a debatir, hablar o discernir sobre asuntos que les son propios o que les afectan de una forma directa o indirecta, y se marcan unos objetivos de actuación para eludir, prevenir, potenciar y/o promocionar cuantos aspectos relacionados con dichos fines les conciernan en la medida de sus intereses y necesidades.

La legalización del Asociacionismo no llega a nuestro país hasta finales de la década de los setenta, época de transición a partir de la cual ya no se considera un peligro para el Régimen el análisis profundo de asuntos muy arraigados en la sociedad. Es entonces cuando comienzan a aparecer diferentes grupos que, hasta este momento, habían sido completamente arropados, protegidos y silenciados por las Instituciones Públicas y religiosas entre grandes alharacas. Personas que habían sido consideradas y clasificadas como “tullidas, taradas, inútiles, inválidas,... en conclusión: minusválidas”.

El cambio que se vislumbra en esta época no sólo afecta al mundo político, sino que surge toda una revolución emanada de cada uno de los diferentes sectores sociales: la población comienza a sentirse protagonista, a elevar su disconformidad y a encauzar un proceso de aprendizaje tendente a plantear nuevas alternativas de solución.

En determinados sectores de la sociedad se sugiere la necesidad de corresponsabilizarse con la problemática social, aunque se continúa con la demanda de que el Estado se convierta en el “Solucionador” de problemas - que no sólo afectan a un individuo, sino a un amplio colectivo -.

Hasta ahora la actitud benéfico-asistencialista no había sido criticada, al asumirse como una obligación para el Estado y la Iglesia el amparar y proteger a las personas que se encontraban en situaciones marginales.

Con la aparición de unas y, casi consolidación de otras asociaciones de personas con minusvalías (P.C.M.), surgen nuevas formas de entender y asumir la problemática: ya no debe ser un hecho a ocultar, es necesario modificar y diluir las

actitudes tendentes a la marginación y discriminación.

Algo tan importante como es la Clasificación Internacional de la O.M.S. en cuanto a la definición de DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD y MINUSVALÍA (consensuada y desarrollada en el año 1976), no se asume en nuestro país hasta muy entrados los años 80. Con ello se aprecia la necesidad de diferenciar cada uno de estos términos: en el aspecto social, una persona que presenta una DISCAPACIDAD (toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano) como consecuencia de una DEFICIENCIA (pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica), no tiene por qué, bajo ningún concepto, tener una minusvalía (situación desventajosa que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso), sino que es la propia sociedad ("La Norma Social") la que etiqueta a aquélla como minusválida (menos válida).

Las entidades surgidas han ido constituyéndose en base a objetivos diferenciales (Asoc. de Padres,

Asoc. Religiosas...), ámbitos de actuación (Integración laboral, socio-cultural, deportiva...), sectores sociales o afectaciones específicas (Espina Bífida, Esclerosis Múltiple, Sida...)... pero sin ningún tipo de unión, concordancia y/o coordinación entre ellas, con lo que sus métodos y actuaciones son limitados y dispares diluyéndose así el perseguido impacto sobre la sociedad.

Con los últimos coletazos de la década de los ochenta surge la demanda entre los/as profesionales, miembros y afectados/as de crear lo que ya era una evidencia: un órgano de coordinación interasociativo, una entidad cuya filosofía debiera ser y es, luchar por la normalización social de las P.C.M. teniendo como instrumento la integración de aquéllas que, debido a la enorme barrera social existente, habían sido completamente discriminadas y rechazadas del gran engranaje social, político, económico, laboral y cultural de este país.

Llegados a este punto, nos encontramos ante la génesis de una Coordinadora que aglutina a toda esta explosión de esfuerzos: la CONFEDERACIÓN ANDALUZA DE MINUSVÁLIDOS FÍSICOS

(CAMF), ente que engendrará las guías políticas e ideológicas a seguir en la Comunidad (1988).

Simultáneamente se inicia un proceso descentralizador, constituyéndose entidades dependientes de este organismo autonómico en cada una de las provincias andaluzas en forma de Federaciones Provinciales de Asociaciones de Minusválidos Físicos.

Con la constitución de las Federaciones de Huelva y Málaga (1989) se cierra la Red Asociativa Andaluza.

Ante esta nueva coyuntura es momento de reflexión importantísimo, fiel reflejo de lo que sucede en otros no pocos colectivos sociales, es momento para la consolidación de objetivos, para plantear mecanismos dinámicos de promoción social y marcar pautas generales a todas las provincias andaluzas.

Cada entidad federativa, en pro de la consecución de estos objetivos generales consensuados, inicia un proceso de adaptación a sus propias realidades e identidades provinciales marcando las líneas básicas de actuación tendentes a la

obtención de altos grados de rentabilidad social.

En este frente de batalla se tropiezan con grandes elementos discordantes, que a primera vista son atribuibles a todos pero a nadie en concreto, como son las diferentes barreras (arquitectónicas, urbanísticas, de comunicación y transporte) que impiden el libre acceso y tránsito de las personas con movilidad reducida conllevando paralelamente la ausencia de participación en el mundo laboral, formativo/educacional, cultural,...

Debido a esta incongruencia, tan evidente como irrefutable, las Federaciones ahondan en los entresijos de este monstruo sin dueño buscando los agentes causantes y, junto a la CAMF, evidencian la impetuosa e imperiosa necesidad de:

A) Crear un mecanismo legal de control y sanción que obligue a la definitiva resolución de este gigante conflicto, factor primordial de la marginación de este numeroso colectivo.

B) Promocionar el desarrollo de servicios puntuales y/o colaborar en la organización, participación...

de otros gestados por las diferentes Administraciones, una vez detectado el bajísimo nivel de participación en todo su conjunto (no sólo como consecuencia de las barreras físicas sino causados a su vez por actitudes sobreproteccionistas de familiares, hospitalizaciones continuas y/o de larga duración - perpetuando la baja formación de la persona - , discriminación en selecciones laborales, exacerbados mínimos niveles de autoestima, ...), que conciernen todas las facetas de la vida de la persona con discapacidad.

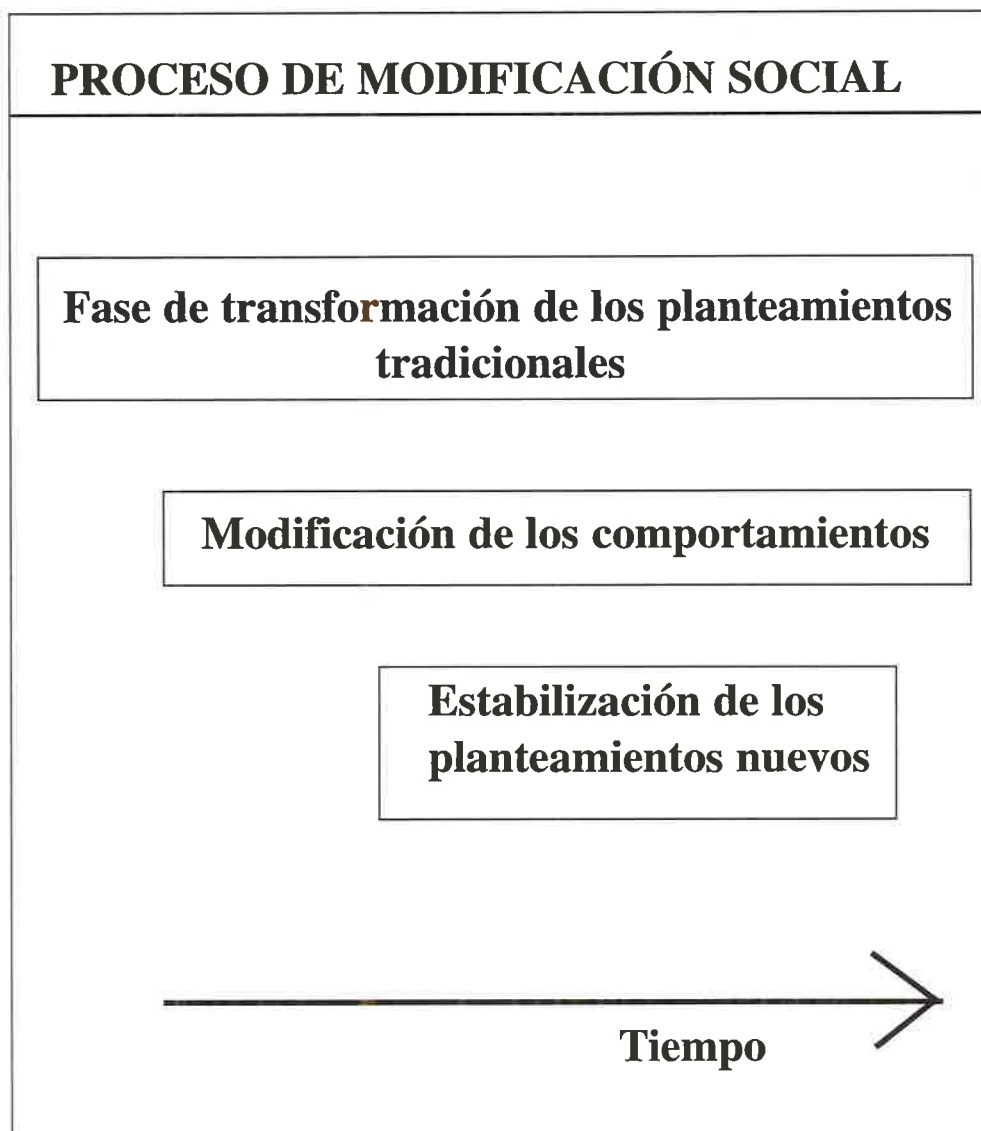
Ciñéndonos al ámbito malagueño, estos servicios son:

= Información, asesoramiento y orientación.

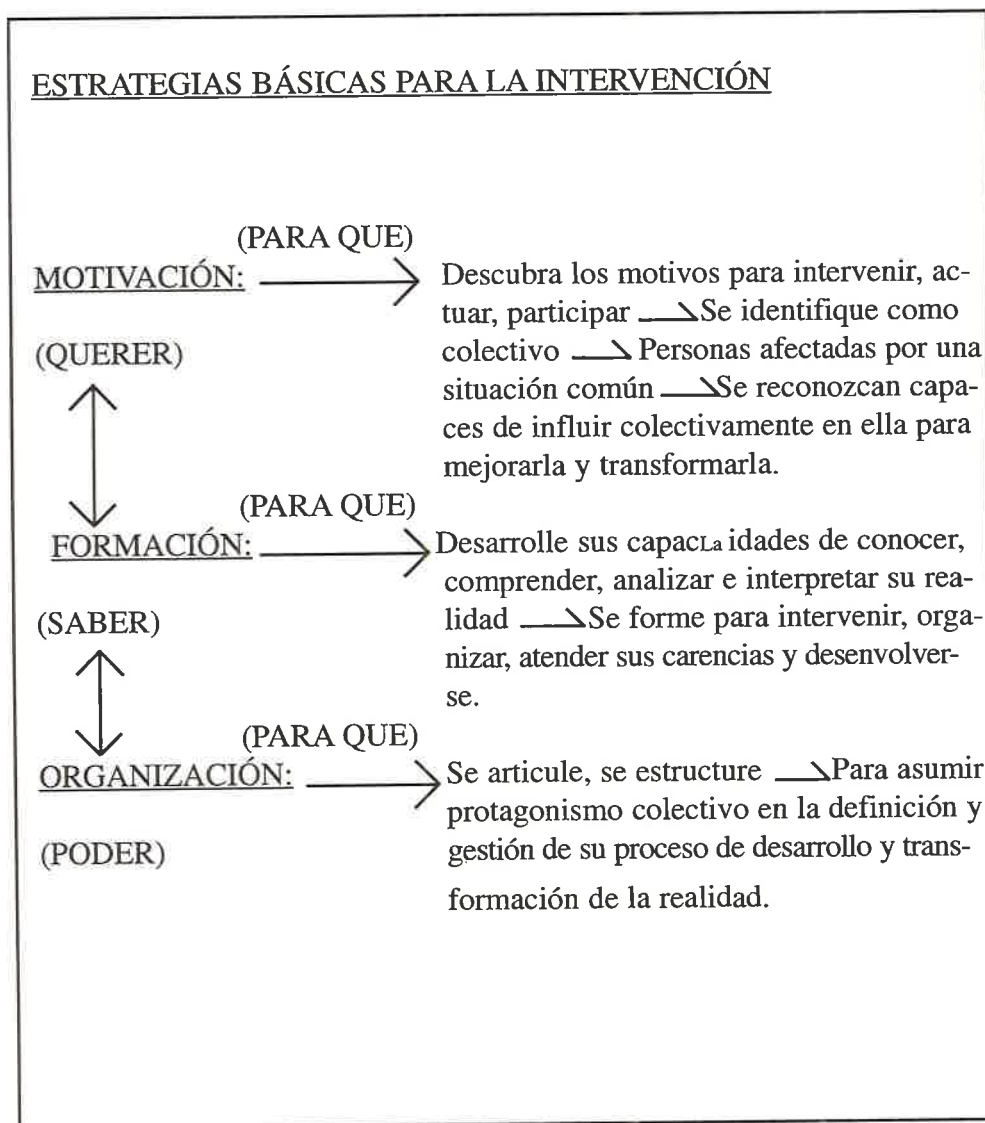
- Departamento de Trabajo Social.
- Departamento de Psicología.
- Departamento de Terapia Sexual.
- Rehabilitación en el medio acuático.
- Formación Profesional Ocupacional.
- Fomento de empleo público y privado.
- Deporte de base y de competición.
- Programas de ocio y tiempo libre.
- Servicio de transporte.

No creemos necesario tener que resaltar que de todo lo antedicho, se deduce que estos servicios alcanzarían el calificativo de estériles sin una labor paralela de mentalización y concienciación social, acompañados por una constante presión política.

Con todos estos servicios, departamentos y programas se persigue la normalización social de la persona con minusvalía a través de:



Para la puesta en marcha de este proceso, es necesario por parte del equipo de trabajo, sentar las bases organizativas de las diferentes tácticas a desarrollar:



Bien es cierto que cada Federación se adecúa a su propia realidad; también lo es que cada una aplica una metodología de trabajo específica y propia, al margen de las directrices emanadas de los órganos directivos de la CAMF. No en todos los organigramas de trabajo y equipos existen los mismos profesionales (mientras que en el caso de Málaga se cuenta con un equipo multidisciplinar, no es así en el resto), lo cual provoca un desequilibrio en el desarrollo de actuaciones generales interconfederativas. Ello implica una disfunción en la planificación y programación de tareas intervencionistas, así como un desajuste en el grado de implicación de estos equipos en los diferentes frentes de trabajo. Esta heterogeneidad repercute negativamente en los distintos servicios y actividades y en el nivel de consecución de sus objetivos.

Extrapolando estos desarreglos a las Asociaciones con respecto a sus correspondientes Federaciones y, sumando a ello la casi inexistencia, en las primeras, de personas lo suficientemente cualificadas en el ámbito profesional como para asumir estas responsabilidades en un colectivo con tan enormes problemas sociales, hace que se mini-

malicen las actitudes/aptitudes de los profesionales acarreado una dispersión de esfuerzos - diluidos entre innumerables frentes - y distorsionando tanto el trabajo del profesional como la imagen recibida por el participante/usuario-a, otros colectivos y la propia Administración de los diferentes programas, servicios y actividades.

Ésta es una de las circunstancias más difíciles con que se enfrentan las Federaciones y sus Asociaciones (sirva de ejemplo la diferencia entre algunas Federaciones con sólo 4 asociaciones frente a otras con 17 entidades miembros, como es el caso de Málaga).

Con todo ello y, después de 8 años de persistente trabajo, nos hallamos ante un momento asombroso y crucial: estas O.N.G. se han convertido en la respuesta de/a las Administraciones Públicas, han logrado atacar el problema en su raíz y ofertar soluciones a medio/largo plazo, sabiendo afrontar una caterva a la que la propia Administración no ha sabido (¿querido?) enfrentarse.

Con muy pocos recursos económicos, materiales y humanos (cruz de todos) este colectivo ha

logrado establecer mecanismos de trabajo adecuados - aunque mejorables- debido al amplio conocimiento y experiencia de los implicados, quienes con capacidad de riesgo, imaginación, una amplia dosis de militancia y la colaboración desinteresada e imprescindible de gran número de voluntarios/as, han provocado la derivación inmediata desde las Instituciones Públicas realizando incluso programas de intervención (planificación, organización y gestión) que son

propios de estos Organismos.

Es por todo ello que se ha producido un giro en los criterios de responsabilidad de las distintas partes implicadas, salvo en un solo aspecto; el movimiento asociativo sigue asumiendo la lucha, pero las Administraciones y sociedad en general no acaban de afrontar aquello de que son consignatarias: **EL CUMPLIMIENTO ÍNTEGRO DE LA LEGISLACIÓN.**

BIBLIOGRAFÍA.

-I Master de Integración Socio-Laboral del Minusválido Adulto. Universidad de Córdoba.

-”La Animación Socio-Cultural como Método de Educación Popular”. Barba López, Miguel Ángel.

INTEGRACIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON MINUSVALÍAS.

Diego A. González Aguilera. Diplomado en Trabajo Social.

RESUMEN.

Este trabajo expone los procesos y diferentes recursos que existen en la sociedad dirigidos a apoyar la integración social y laboral de las personas con discapacidades.

Así describe las medidas legales en vigor que protegen y apoyan la integración laboral de este colectivo.

las actividades de la vida diaria (comida, aseo, vestido, etc.) y estar orientados por el Equipo de Valoración y Orientación del I.A.S.S.

La Unidad de día ofrece atención asistencial, habilitadora, médica-co-sanitaria y psicosocial, con los servicios de comedor y transporte.

CENTRO OCUPACIONAL:

Es un centro de Servicios Sociales Especializados que, a la vez que proporciona una actividad útil, fomenta la integración social de personas con deficiencia mental en edad laboral que no pueden acceder a puestos de trabajo ordinario o especiales. Tiene por finalidad proporcionarles un ajuste personal y social, formarles o habilitarles laboralmente y normalizar sus condiciones de vida.

Los usuarios deberán tener la condición legal de minusválidos, estar en edad laboral y ser orientados por el Equipo de Valoración y Orientación del I.A.S.S.

Las prestaciones ofrecidas son: formación-habilitación laboral y ajuste personal-social, con los ser-

INTRODUCCIÓN.

Al finalizar la etapa escolar y la de formación profesional de las personas con minusvalía, llegan las incógnitas y los temores, ¿y ahora qué? ¿Qué vías de solución tenemos? ¿Qué ocurrirá a partir de ahora?

Dependiendo del grado de minusvalía psíquica que le afecte, podremos orientarlo a Unidad de día, Centro Ocupacional, Centro especial de empleo, o directamente al empleo en el entorno ordinario.

UNIDAD DE DÍA:

Es un servicio especializado, en régimen de media pensión, que atiende de forma integral a aquellas personas con deficiencia mental grave (profunda, severa o media con graves alteraciones del comportamiento) que no pueden acudir a otros centros de la red específica para personas con discapacidad, siempre que dependan de otra persona para las actividades de la vida diaria.

Los usuarios tendrán una edad mínima de 16 años, minusvalía grave que le impida la realización de

vicios de comedor y transporte (propios o concertados).

CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO:

Son aquéllos cuyo objetivo principal es el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones del mercado, y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicio de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores minusválidos, a la vez que sea un medio de integración del mayor número de minusválidos al régimen de trabajo normalizado.

La totalidad de la plantilla de los C.E.E. estará constituida por trabajadores minusválidos, sin perjuicio de las plazas de personal no minusválido, imprescindible para el desarrollo de su actividad. Su estructura y organización se ajustará a los de las empresas ordinarias.

Podrán incorporarse como trabajadores a los Centros Especiales de Empleo, las personas con minusvalías psíquicas, físicas y sensoriales previa resolución motivada de los Equipos Multiprofesionales de Valoración del I.A.S.S.

Subvenciones para la creación y/o ampliación de los Centros Especiales de Empleo:

- Subvenciones para Asistencia Técnica.
- Subvención parcial de intereses.
- Subvención para financiar parcialmente la correspondiente inversión fija, para circulante y/o reestructuración financiera.

Las subvenciones anteriores no podrán superar, en conjunto, la cuantía de 2.000.000 pts. por puesto de trabajo creado con carácter estable para trabajador minusválido, ni el 30 % de las inversiones en capital fijo.

Requisitos: Tener viabilidad técnica, económica y financiera. Crear empleo estable y estar al corriente en las obligaciones de la Seguridad Social y Hacienda.

Las ayudas de mantenimiento a que se puede acceder como consecuencia de los programas de apoyo al empleo son:

- Subvención del 50 % del salario mínimo interprofesional correspondiente al puesto de trabajo

ocupado por trabajador minusválido, que realice una jornada laboral normal.

- Bonificación del 100 % de la cuota patronal a la Seguridad Social, incluidas las de accidentes de trabajo y enfermedad profesional y las cuotas de recaudación conjunta, para los trabajadores minusválidos.
- Subvenciones para la adaptación de puestos de trabajo fijos y eliminación de barreras arquitectónicas cuya cuantía no supere las 300.000 pts. por puesto de trabajo ni el 80% del coste de la inversión.
- Asistencia técnica destinada al mantenimiento de puestos de trabajo.

EL EMPLEO EN EL ENTORNO ORDINARIO:

Hoy día nadie discute, al menos en el plano de los principios, el derecho de toda persona, incluidas las personas con discapacidad, a un trabajo productivo.

Tanto las Organizaciones Internacionales, como las autonómicas

y nacionales (ONU, O.I.T., C.E., Consejo de Europa, etc.) reconocen este deber y este derecho.

En España, nuestra Constitución de 1978 reconoce a todos los españoles el derecho al trabajo (Art. 35.1) y al “pleno empleo” (Art. 40.1) con garantías especiales para los minusválidos (Art. 49).

El problema real se plantea no en el ámbito de los principios, sino en el de la praxis, es decir, cuando se intenta pasar de la teoría a la práctica de los principios a la realidad.

En el momento actual que estamos viviendo, el trabajo es un bien escaso, cuya falta afecta de modo especial a los colectivos más desfavorecidos entre los que se encuentran las personas con discapacidad.

Para conseguir la integración en el empleo ordinario hay que superar múltiples obstáculos: las características de la discapacidad; la falta de capacitación profesional; las actitudes familiares y personales... exigen en múltiples ocasiones establecer un itinerario de inserción laboral.

El itinerario diseñado no tiene por que ser recorrido en su totalidad por todas las personas con discapacidad que busquen un empleo. Es necesario adaptarlo a las necesidades de cada uno. Debe estar en función de la persona y no al revés.

Dicho itinerario puede constar de los siguientes pasos:

- A.- Evaluación de las aptitudes y calificación profesional.
- B.- Orientación e información para el empleo.
- C.- Habilitación personal y profesional.
- D.- Formación, readaptación, reeducación profesional.
- E.- Empleo protegido en entornos especiales.
- F.- Empleo protegido en entornos ordinarios.

Evaluación y orientación:

La evaluación de las aptitudes profesionales de las personas discapacitadas es un requisito fundamental y prioritario para conocer sus posibilidades de realización, identificar sus elecciones para ocupaciones potenciales, elaborar los programas de rehabilitación y facilitar una inserción profesional ade-

cuada.

Tal evaluación y calificación profesional debe ser realizada por profesionales conocedores, por una parte de las personas con minusvalía y por otra, de la vida laboral.

La orientación profesional debería determinar las actitudes que mejor convienen a la persona con minusvalía y permitirle elegir su vida profesional con el fin de ocupar un empleo correspondiente a sus conocimientos y capacidades.

Habilitación y formación:

La habilitación personal y profesional comprende un desarrollo personal (vida independiente, autonomía) y social (hábitos de comportamiento, convivencia y responsabilidad), a la vez que una preparación de forma gradual y progresiva para su inserción laboral (formación básica, manipulación de objetos y materiales, en definitiva, iniciación productiva).

Tanto la formación, como la rehabilitación profesional deben estar orientadas a facilitar a las personas con discapacidad la obtención y mantenimiento del em-

pleo, así como su progreso en el mismo. Se formularán siempre de acuerdo al mercado laboral de la zona y adecuándolas a las exigencias cambiantes de las ocupaciones.

Empleo protegido y ordinario:

El empleo protegido está orientado a facilitar un puesto de trabajo a la persona con discapacidad.

Debe responder a un doble objetivo:

- Posibilitar a la persona con discapacidad el ejercicio de una actividad productiva.
- Prepararla para el empleo en el medio ordinario de trabajo.

El objetivo a conseguir es el empleo ordinario. Para ello es necesario que tanto las medidas de tipo legal, como económicas primen con claridad la inserción laboral de las personas con discapacidad en el medio ordinario de trabajo.

MEDIDAS LEGALES EN VIGOR DE PROTECCIÓN AL TRABAJO:

La ley de Integración Social de los Minusválidos.

El desarrollo del Art. 49 de la Constitución Española a través de esta ley introdujo una reserva del 2 por 100 tanto para las empresas privadas como para las públicas.

Art. 38.1 de la LISMI dice: “Las empresas públicas y privadas que empleen un número de trabajadores fijos que exceda de cincuenta, vendrán obligados a emplear un número de trabajadores minusválidos no inferior al 2 por 100 de su plantilla”.

Ofertas de empleo público:

Cada año el Gobierno regula mediante Real Decreto el acceso a las plazas vacantes para las que existe dotación presupuestaria.

Las líneas básicas a que responden son:

- Universalización de la accesibilidad: las medidas de acceso para discapacitados deben figurar en las convocatorias de todas las Administraciones Públicas.
- Supresión de los requisitos de exclusividad por deficiencia: salvo supuestos de incompatibilidad

en este proceso, que guía y apoya a la persona con minusvalía, para que tenga éxito en encontrar y mantener su empleo.

Para conseguir oportunidades de empleo es esencial que los empresarios tengan garantías de que la productividad no disminuirá. El preparador laboral garantiza al empresario la continuidad del apoyo. Los compañeros de trabajo desempeñan un papel importante en el mantenimiento del empleo.

Los padres y familiares también deben colaborar en este proceso, convencidos de que lo mejor para su hijo/a es la plena inclusión social. Y, por supuesto, las políticas del Estado, las Asociaciones y los gestores de servicios deben cooperar juntos para hacer posible el derecho al trabajo integrado de las personas con minusvalía.

real con las funciones y tareas a realizar.

-Adaptación de las pruebas selectivas.

- Cuota de plazas reservadas. En las ofertas de empleo público se reserva un cupo no inferior al 3 por 100 de las vacantes para ser cubiertas por personas con discapacidad.

El empleo en el entorno ordinario se puede también llevar a cabo mediante el llamado Empleo con Apoyo.

La metodología de Empleo con Apoyo hace posible que las personas tengan un trabajo remunerado. El método incluye la valoración de las capacidades individuales, la búsqueda de un puesto de trabajo adecuado, la organización de la formación laboral y del apoyo en la empresa y el seguimiento de todo el proceso de integración. El preparador laboral es el especialista clave

LA INCAPACITACIÓN DE PERSONAS AFECTADAS POR ENFERMEDADES QUE LES IMPIDEN GOBERNARSE POR SÍ MISMAS.

Esperanza García Ballesteros. Diplomada en Trabajo Social.

RESUMEN.

Durante estos últimos años, las instituciones públicas y privadas relacionadas con sectores de población que presentan distintos tipos de discapacidades, personas mayores y minusválidos psíquicos, han venido manifestando su preocupación e interés por el tema de las incapacitaciones. Fundamentalmente en Centros y Servicios de la Administración donde se atiende a estas personas es donde surge la necesidad de garantizar los derechos de los que no pueden por sí mismos resolver sobre sus asuntos y realizar actividades que necesitan tomar decisiones importantes.

INTRODUCCIÓN.

El problema surge a la hora del nombramiento del tutor, la elección del tutor no es tarea fácil, ya que por las responsabilidades que el cargo comporta existen graves dificultades a la hora de encontrar la persona adecuada para hacerse cargo del incapacitado caso de no existir familiares, o si los hubiera, éstos no fueran idóneos para realizar funciones tutelares.

Como respuesta a esta problemática han ido surgiendo en distintas provincias o Comunidades Autónomas: Fundaciones, Agencias, Institutos... de tutela que como personas jurídicas, están facultadas para ejercer ese papel cuyo fin principal es la protección de los incapacitados ejerciendo la tutela o curatela cuando así lo determine en sentencia el juez, así como la asunción de la Defensa Judicial de los que estén en proceso de incapacidad y deban realizarse funciones determinadas por la autoridad judicial en medidas provisionales.

La incapacidad es valorada por muchos profesionales como una medida de protección positiva, en la que debería potenciarse más

la utilización de la graduación de la incapacidad y la figura de la curatela.

Otro de los problemas con los que se encuentra todo este proceso judicial es la tramitación lenta y el coste económico en muchos casos elevado. Por ello sería muy conveniente lograr que se agilicen los trámites en los Juzgados de Primera Instancia donde se tramita, y que éstos contaran con unos equipos especializados en incapacitaciones.

Todos estos temas fueron ampliamente debatidos y expuestos en unas Jornadas organizadas por el INSERSO. “La Incapacidad a debate” que aportaron en sus conclusiones la conveniencia de fomentar el Asociacionismo y las Fundaciones a fin de potenciar personas jurídicas que puedan asumir tuteladas, iniciativa que desde estas páginas apoyamos.

Dado lo complejo del procedimiento de Incapacidad, se aporta este trabajo a fin de orientar algo más sobre este delicado tema, que por su dimensión humana exige una visión multidisciplinar.

La incapacidad es una excepción al principio general de plena

capacidad de obrar, sólo interviene en el ejercicio de los derechos, la persona incapacitada, sí puede ser titular de derechos: ser propietario; tener herencia; ser pensionista, etc. Pero carece de capacidad para gobernar su persona y sus bienes.

La ley 13/1983 de 24 de Octubre, por la que se modificó el Código Civil en materia de tutela, regula la incapacitación y la tutela. Destaca como una de las principales innovaciones la posibilidad de facultar a las personas jurídicas sin ánimo de lucro y entre cuyos fines figure la protección a menores o incapacitados, a constituirse en tutores, configurándose un sistema de “Tutela de Autoridad”.

Causas de la incapacitación:

La ley establece unas delimitadas y únicas causas por las que una persona puede ser incapacitada.

Expresamente determina:

“Enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma”.

Se señala que la enfermedad ha de ser persistente, habitual o permanente, no de carácter transitorio. Si la enfermedad se presenta cíclicamente o de forma esporádica, en el caso de la incapacitación, tendría que determinarse un régimen de protección mediante curatela.

Procedimiento:

Juicio de menor cuantía.

Dónde debe presentarse la demanda

En el Juzgado de Primera Instancia que corresponda al domicilio donde resida la persona cuya incapacitación se va a instar.

Quién debe promover la incapacitación

El cónyuge o descendientes, en su defecto los ascendientes o hermanos, si no existen o no lo solicitan, el Ministerio Fiscal.

El artículo 203 del c.c. establece también la obligación de autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos conocieran la existencia, deben ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

Si es el Ministerio Fiscal quien inicia el procedimiento, el juez designará un defensor judicial del presunto incapaz, que asumirá las funciones que determine el juez como medidas provisionales en defensa de la persona y su patrimonio durante el tiempo que dure el proceso de incapacitación y el nombramiento de tutor o curador.

El demandante, caso de que sean familiares, debe estar representado por un procurador y dirigido por un abogado.

Una vez admitido a trámite, el juez dará traslado de la demanda al presunto incapaz y al Ministerio Fiscal.

Junto a la demanda, se presentarán los documentos en que se fundamenta: informes médicos, sociales... y se justificará documentalmente el parentesco de la persona que presenta la demanda en relación con el presunto incapaz.

Cumplido el traslado a las partes, se convoca una comparecencia, en la que el demandante ratifica la demanda, la completa o subsana alguna omisión de la misma. Si el demandante desistiera o no se rati-

ficara, el Ministerio Fiscal podría continuar el procedimiento instado.

Pruebas:

Esta fase del procedimiento, se considera de gran importancia. La Ley impone la práctica obligada de tres pruebas:

1.- **Audiencia de parientes más próximos:** quedan excluidos los que presentaron la demanda. Serán oídos sólo los parientes más relacionados con el presunto incapaz, también las personas que guarden una estrecha relación y convivencia aunque no sean parientes, puesto que lo que interesa destacar son las distintas manifestaciones de la enfermedad en la vida ordinaria y su comportamiento en las distintas facetas de la vida.

2.- **Dictamen Facultativo:** se considera una prueba de especial transcendencia en este proceso, se refiere a la situación médica. En el informe se debe especificar el grado y la duración de la enfermedad. Dicha prueba la realizarán especialistas en medicina legal, médicos o forenses.

3.- **Examen del presunto incapaz:** tiene que realizarse personalmente por el juez que dictará la sentencia y se realizará en el juzgado. Si la persona está imposibilitada, el juez se desplazará a su domicilio, por ello tiene que presentarse la demanda dentro de su demarcación territorial.

Las partes podrán aportar cuantas pruebas estimen convenientes y el juez de oficio también practicará las que considere.

Pronunciamiento de la Sentencia:

Al término del procedimiento, el juez dicta sentencia pronunciándose:

- A- Incapacitación: parcial o total.
- B- Desestimar la demanda por no encontrar suficientes causas o motivos para la incapacitación.

La sentencia de incapacitación que debe expresar hasta qué grado se está incapacitado, tiene que determinar los límites y la extensión de la incapacitación, en qué resulta capaz y en qué no, para qué actos está o no incapacitado y para qué será necesario contar con asistencia

de sus padres, tutor o curador. Todo ello con el objeto de que se prive de la capacidad de obrar en lo estrictamente necesario.

En el caso en que la incapacitación sea total, los derechos personalísimos inherentes a la persona, que sólo ella puede realizar y cuyo ejercicio no puede ser sustituido por otra persona: contraer matrimonio; divorciarse; cambiar de nacionalidad; adoptar un hijo...; no podrán ya ser ejercitados, dado que nacen y mueren con la capacidad de obrar de la persona.

En el caso del derecho al Sufragio Universal y a otorgar testamento, para ser privados de ellos debe constar expresamente en la sentencia, si no consta se entenderá que no están privados de ellos.

Determinación del régimen de protección del incapaz:

Para ofrecer al incapacitado la debida protección para su persona y bienes es necesario que la sentencia determine en qué régimen de tutela o guarda queda.

- Si el incapaz es menor de edad y tiene padre o madre, el juez decidi-

rá la Prórroga de la Patria Potestad de forma que al llegar a la mayoría de edad continúe bajo la patria potestad de sus padres.

- Rehabilitación de la Patria Potestad sobre el hijo incapacitado mayor de edad, soltero y conviviente con los padres.

En ambos casos, será supervisado por el juez y estará sujeta a los controles que se consideren necesarios.

- Sometimiento al régimen tutelar: el tutor representa al tutelado **sustituyéndole**, está sometido al control del juez y fiscal, dando cuenta de su gestión con periodicidad, o al menos anualmente.

- Protección mediante curatela: respondiendo al espíritu de que la persona pueda seguir realizando los actos para los que no se encuentre impedida y que la capacidad de obrar que tiene se le restrinja estrictamente lo necesario, los que están incapacitados por padecer una enfermedad de carácter cíclico o que tenga una incidencia menor sobre

su autogobierno que sólo le imposibilite la realización de ciertos actos relacionados más directamente con el ámbito patrimonial; la sentencia de incapacitación les someterá a **curatela**. El curador **no sustituye**, sino que asiste y completa su capacidad.

Como finalización de todo este proceso, hay que inscribir la sentencia de incapacitación en el Registro Civil y en otros Registros de interés para futuras gestiones dependiendo de los casos: Registro Mercantil, de la Propiedad, etc.

Revocación de la Sentencia:

Para pedir la cesación o modificación de la incapacidad, se sigue el mismo procedimiento que el utilizado para la declaración de ésta, con los mismos requisitos.

El juez está presente a lo largo de toda la vida tutelar, teniendo encomendada expresamente la autorización de los actos de más importancia para el incapacitado.

LA INTEGRACIÓN SOCIO-LABORAL DE PERSONAS CON MINUSVALÍA PSÍQUICA.

Diego B. Díaz Gaona. Psicólogo. Miembro del Equipo de Apoyo Externo de Fuengirola (Málaga).

RESUMEN

La aparición en el mundo de las minusvalías de los conceptos de Integración y Normalización, han propiciado un cambio de actitud hacia la deficiencia mental.

De estos principios el más manejado ha sido el de Integración, fundamentalmente en la escuela. Han existido programas específicos de Integración Escolar, los centros educativos han sido calificados como "Centros de Integración", han sido creados Equipos de Apoyo a la Integración Escolar, etc.

La actual conciencia que sobre la Integración a nivel educativo, laboral o social existe en la sociedad y en los distintos estamentos de las administraciones local, autonómica, nacional y europea está favoreciendo la búsqueda de soluciones nuevas más integradoras para las personas con minusvalías psíquicas. Aquel principio junto con el reconocimiento del derecho del minusválido a acceder a todos los servicios de la comunidad -Normalización- han creado estas nuevas actitudes.

Dejando a un lado las medidas que hay adoptadas o debe adoptar toda comunidad en el campo de la prevención y atención precoz en los primeros meses o años de la vida del minusválido -cuyas líneas de actuación tienen un marcado carácter médico-sanitario y son fundamentales para el posterior adecuado desarrollo psicosocial de la persona minusválida-, haremos un esbozo de los planes que hay en marcha en el área educativa y que favorecen el proceso integrador y normalizador para, posteriormente, con mayor detenimiento, pasar a describir las soluciones que existen para los problemas de atención e integración de minusválidos psíquicos adultos.

LA INTEGRACIÓN EN EDUCACIÓN INFANTIL, PRIMARIA Y SECUNDARIA.

La Administración Educativa, una vez finalizada hace años la experimentación de la Integración Escolar de minusválidos en centros ordinarios, sigue adoptando medidas para garantizar la inserción de estas personas en el sistema educativo ordinario.

En la Educación Infantil y Primaria estas medidas pretenden conseguir la consolidación de los programas de integración y su aplicación a todos los centros; la posibilidad de prestar atención educativa desde el momento de la detección de la discapacidad; igualar la edad de inicio de la escolarización de alumnos con necesidades educativas especiales a la del resto de la población; garantizar los recursos materiales y personales adecuados; potenciar la calidad de la enseñanza que reciban estos alumnos permitiendo la elaboración de adaptaciones curriculares individuales; posibilitar a los centros la inclusión en sus proyectos educativos y curricular las medidas previstas para la atención de los alumnos con necesidades educativas permanentes; y garantizar el asesoramiento prefe-

rente de los Equipos de Apoyo Externo.

En la Educación Secundaria, una vez consolidada la red de centros educativos, se garantiza la continuidad del proceso de integración permitiendo y favoreciendo la dotación de Departamentos de Orientación; el acceso de los alumnos con necesidades educativas especiales a otros niveles educativos mediante los pertinentes programas de diversificación curricular; y que los Centros de Educación Secundaria incluyan en sus proyectos de centro y curricular las medidas previstas para la atención a la diversidad, entre las que se encuentran las dirigidas a los alumnos con necesidades educativas especiales permanentes.

Para aquellos alumnos que no puedan ser satisfechas sus necesidades educativas en los centros ordinarios queda asegurada su atención en Centros Específicos de Educación Especial o en Aulas de Educación Especial. Estos centros deben impartir una educación básica y garantizar una educación complementaria que permita el paso de estos alumnos a la vida adulta.

LA INTEGRACIÓN EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL.

Los objetivos planteados por la Administración pretenden la adecuación de la Formación Profesional a las exigencias de los alumnos con minusvalías psíquicas y a la situación del mercado laboral. Se prevé con ello garantizar una formación profesional adecuada a aquellos alumnos que no pueden acceder, una vez finalizada la Educación Secundaria, al Bachillerato o a la Formación Profesional de Grado Medio; la posibilidad de realizar esta formación en los centros ordinarios; la modalidad de Formación Profesional Especial para quienes no puedan seguirla en régimen de Integración; potenciar las prácticas en centros prelaborales (Centros Ocupacionales, Escuelas Taller) o en centros de trabajo (Centros Especiales de Empleo o Empresas Ordinarias); y la puesta en marcha de Programas de Garantía Social tanto para los alumnos que hayan seguido una educación en régimen de integración, como para aquellos otros que no hayan tenido acceso a los programas generales de los centros educativos ordinarios; y, finalmente, la posibilidad de colaboración entre institu-

ciones - públicas y privadas - para la puesta en práctica de estos programas.

La pretensión de lo expuesto hasta ahora no es otra que la de dibujar el panorama o, al menos, las intenciones en cuanto a las ideas que imperan sobre la integración de las personas con minusvalía, en general, y con minusvalía psíquica en particular y cuya consecuencia fundamental es la creación de una filosofía de la integración nueva que está contribuyendo a cuestionarse las clásicas soluciones que hasta ahora venían ofreciéndose a la problemática social del minusválido psíquico adulto.

Pero, no debemos perder de vista que, como ocurre en ocasiones, una cosa es lo legislado - próximo a la intencionalidad- y otra la realidad. Por ello, en tanto los medios para ejecutar todo lo anterior no se consigan al cien por cien y así lograr una integración como la descrita, los actuales servicios de que dispone la sociedad habrá que tenerlos por válidos, aunque tengan que ir tendiendo, y de hecho lo hacen, hacia una modificación.

LA INTEGRACIÓN LABORAL Y SOCIAL.

Hablar de integración laboral y social conduce directamente a referirnos a un tipo de minusválidos psíquicos capaces de desarrollar alguna actividad productiva.

Hay que señalar, sin embargo, que existe un porcentaje de ellos que debido a la gravedad de sus discapacidades necesitan atenciones continuas por parte de terceras personas para las actividades de la vida diaria: vestido, aseo, alimentación, tratamiento médico, etc. Ellos constituyen un grupo para los cuales los servicios de las Residencias de Minusválidos Psíquicos Gravemente Afectados y de las Unidades de Día, actualmente definidas por la Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales, son soluciones válidas.

Nos centraremos, en adelante, por tanto, en el grupo de personas que están capacitadas para el desempeño de tareas y trabajos. Para estos casos hablaremos de una Integración Laboral y consideraremos la misma como un medio más, quizá el más importante, para la plena Integración Social en la comunidad.

La Integración Laboral de las personas con discapacidad psíquica es un derecho fundamental y un deber, reconocido por la Constitución de 1978 y articulado en la Ley de Integración Social del Minusválido de 1982, y en su desarrollo posterior. Como vemos, esta protección del derecho al trabajo y al pleno empleo tiene un origen bastante reciente en España.

A continuación haremos una breve exposición sobre los tipos de centro y otros recursos que el desarrollo de la legislación anterior y la investigación e iniciativa privada han permitido poner en marcha: centros ocupacionales, centros especiales de empleo, empleo con apoyo y empleo ordinario.

LOS CENTROS OCUPACIONALES.

Hay que hacer referencia en esta exposición a los Centros Ocupacionales, no porque se traten de centros laborales, sino por el papel que han jugado, juegan y seguirán jugando dentro del proceso de atención y/o formación de la persona con minusvalía psíquica.

La Ley de Integración Social del Minusválido los define como **“Centros de Servicios Sociales que tienen por finalidad asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social de los minusválidos, cuya acusada minusvalía temporal o permanente les impida su integración en una empresa o en un Centro Especial de Empleo”**.

El Plan de Ordenación de la Red de Centros y Servicios Especializados que la Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, en colaboración con la Federación Andaluza de Asociaciones Pro Deficientes Mentales, FADME, está ejecutando actualmente, sigue manteniendo una definición similar aunque ya reconoce que en los mismos puede realizarse una **actividad útil** o productiva.

Con este reconocimiento no se pretende convertirlos en centros de trabajo. Los Centros Ocupacionales siguen manteniendo el carácter de centros de servicios sociales y, por consiguiente, no constituyen una meta laboral para la persona con minusvalía. Únicamente puede reconocérseles como un medio de formación laboral para la posterior integración laboral de unos, y como

un centro de atención especializada “quasi permanente” para otros. Las propias actividades que la normativa les reconoce avalan este carácter: deberán contar con programas de formación y habilitación laboral y, por otro lado, facilitar al minusválido programas de ajuste personal y social. Es decir, una cualificación laboral que les permita acceder al empleo ordinario y una habilitación personal que potencie su adaptación, capacidad de autovalimiento y su adaptación conductual para una situación normalizada de trabajo o de vida en la comunidad.

LOS CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO.

La Ley de Integración Social del Minusválido, concede prioridad absoluta al empleo ordinario para todas las personas con minusvalía psíquica que tengan la suficiente capacidad y rendimiento. La misma Ley prevé para los que no reúnan estas condiciones la posibilidad de acceder a centros de trabajo protegido, como los Centros Especiales de Empleo, que define como aquéllos **“cuyo objetivo principal es el de realizar un trabajo productivo, participando regular-**

mente en las operaciones de mercado, y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores minusválidos, a la vez que son un medio de integración del mayor número de minusválidos al régimen de trabajo normal”.

La organización de los Centros Especiales de Empleo está regulada por el Decreto 2273/85, de 4 de Diciembre. En él se definen los tipos de ayuda para su financiación y reconoce los servicios de ajuste personal y social, es decir, las actividades de rehabilitación, terapéuticas, de integración social, cultural y deportiva.

Además, al amparo de lo previsto en el Estatuto de los Trabajadores se reguló de forma especial la relación laboral entre los titulares de los centros y los trabajadores minusválidos empleados para cuando no se haya previsto una solución diferente. Los trabajadores de estos centros deben tener la condición de minusválido reconocida, superar el 33 % y poseer una disminución similar en su capacidad de trabajo. Todo ello a juicio de los

Equipos de Valoración y Orientación.

Ahora bien, la crítica que se viene realizando a estos centros en cuanto su idoneidad para el logro de una integración laboral plena, el abandono y desprotección a que se han visto abocados por parte de la Administración Laboral, la inexperiencia de las entidades promotoras -asociaciones de padres sin experiencia en el sector empresarial-, han contribuido al desprestigio de los mismos y a la búsqueda de soluciones alternativas para el problema de la integración laboral y social de las personas con minusvalía psíquica.

EL EMPLEO CON APOYO.

La sensibilidad creada a lo largo de la historia de atención a las personas con minusvalía, ha aportado cambios sustanciales en las soluciones que se han comenzado a proponer en los últimos años para la realización completa de la persona minusválida. Así, en consonancia con las iniciativas en el terreno educativo y en el de la formación profesional, todas ellas tendentes a proporcionar la mayor normalización en la vida del minusválido

psíquico, hay que añadir las propuestas para el terreno laboral, más interesantes, si caben, dada la trascendencia y repercusión que las mismas tienen en la persona adulta, que, aunque afectada por una minusvalía, aspira a la independencia personal que toda sociedad pide a sus integrantes, y la duración de esta etapa dentro de su vida.

A pesar de todo lo que se expondrá a continuación, los Centros Ocupacionales y los Centros Especiales de Empleo no deben considerarse, sin embargo, como iniciativas adoptadas en un momento concreto en la historia de la prestación de servicios al minusválido psíquico y que ya quedan obsoletas. Como antes se ha apuntado, hay que seguir considerándolas válidas dentro del proceso de integración.

La nueva situación que ahora vivimos, **el empleo de personas con minusvalía en empresas ordinarias**, es algo que las asociaciones pro minusválidos han tenido en cuenta desde su creación. Son numerosos los ejemplos en los que las mismas han propiciado esta inserción en la empresa ordinaria y numerosos los minusválidos que han conseguido empleo en las mismas. Pero, deben confesar, sin em-

bargo, estas asociaciones que aquellas inserciones laborales no fueron planificadas, ni buscadas, ni fue proporcionado el apoyo que el minusválido psíquico necesitaba en el proceso de adaptación al nuevo empleo. A raíz de experiencias iniciadas en Estados Unidos y seguidas en Europa, es cuando en España se plantea la integración socio-laboral del minusválido a través del **Empleo con Apoyo**.

PAUL WEHMANN (1987), Universidad de Virginia Commonwealth, lo define como **“Un empleo competitivo en entornos integrados, para aquellos individuos que tradicionalmente no han tenido esa oportunidad, utilizando entrenadores laborales preparados adecuadamente y fomentando la formación sistemática, el desarrollo laboral y los servicios de seguimiento, entre otros”**.

A partir de la década de los ochenta las experiencias de Empleo con Apoyo se han sucedido. Se inician en Estados Unidos, como hemos apuntado antes. En Europa, Christ Lynch en Irlanda, el proyecto AURA en Cataluña, dirigido a minusválidos con Síndrome de Down, el Consell Insular de Baleares

en la Isla de Mallorca, ASPANDEM en San Pedro de Alcántara, y ASPROMANIS en la capital malagueña, entre otras, las han continuado con distinta suerte en cuanto a su divulgación y apoyo económico recibido de las distintas Administraciones.

La aplicación metodológica del Empleo con Apoyo permite variaciones, según la categoría o cualificación del puesto de trabajo, sea aquél más o menos amplio en cuanto a la jornada laboral y necesite mayor o menor de apoyo.

En parte de la literatura que existe sobre el tema e, incluso, en el desarrollo de los diversos programas de Empleo con Apoyo se tiende a confundir el proceso con el resultado del mismo. Nosotros creemos que sólo existe Empleo con Apoyo cuando se ha conseguido el puesto de trabajo y se mantiene. Todo lo demás, evaluaciones de minusválidos, estudios de mercado, entrenamiento de preparadores laborales, marketing, etc., sólo son aditamentos necesarios, pero no el Empleo.

Por consiguiente, definimos el empleo con apoyo como **la inserción laboral del minusválido**

psíquico en un puesto de trabajo ordinario, lograda como consecuencia de la puesta en práctica de un conjunto de actuaciones que hacen posible que la persona con minusvalía psíquica se incorpore a dicho puesto, lo conserve, le permita llevar una vida autónoma y la plena integración en la sociedad.

En todos los programas dos requisitos son básicos: El **lugar físico** donde se desarrolla la actividad laboral, que debe ser una empresa competitiva dentro del mercado o cualquier puesto de trabajo normalizado, y el **entorno social** normalizado que debe rodear el puesto de trabajo.

Los programas de integración laboral en empresas ordinarias se apoyan en una filosofía cuyos principios son la valoración positiva de la persona con minusvalía psíquica, el reconocimiento de su derecho a la plena integración socio-laboral y de su capacidad laboral.

En cualquiera de las experiencias de Empleo con Apoyo la finalidad, objetivos, personal y fases del programa son similares, se deducen fácilmente de lo explicado y

se desarrollan en distintas fases. Nosotros definimos las siguientes:

- 1^a.- Búsqueda de puestos de trabajo.
- 2^a.- Formación del Preparador Laboral.
- 3^a.- Análisis de las tareas del puesto de trabajo.
- 4^a.- Selección de la persona o personas idóneas.
- 5^a.- Información y mentalización del minusválido y de su familia.
- 6^a.- Entrenamiento en el lugar y puesto de trabajo.
- 7^a.- Evaluación del programa: general e individual.

Actualmente, el Empleo con Apoyo está siendo promovido por Administraciones o bien por entidades privadas sin ánimo de lucro, como por ejemplo, asociaciones pro minusválidos. Creemos que éstas, con sus equipos técnicos multiprofesionales, son entidades con suficiente experiencia y pueden desarrollar parte de las actividades que se incluyen en las fases descritas.

En estos programas hay que resaltar los papeles del Preparador Laboral y del Empresario:

Corresponde al **Preparador Laboral** el entrenamiento “in situ” del minusválido en actividades profesionales y colaterales; establecer relaciones con los profesionales vinculados con el sujeto; abordar y solucionar sus posibles problemas conductuales; establecer y poner en práctica estrategias para facilitar su rápido aprendizaje, facilitarle la comunicación con sus compañeros de trabajo; entrenarle en tareas imprevistas que surjan a posteriori; establecer relaciones de comunicación con la familia y ofrecerles apoyo; informar al minusválido y familia de la evolución en el puesto de trabajo; y, por último, orientarle ante problemas puntuales que surjan durante el período de contratación.

El **Empresario** es el elemento que tiene en sus manos la decisión última. Hemos de contar con que su experiencia con personas con minusvalía sea muy poca o nula. Por ello, al empresario la entidad promotora debe ofrecerle una información completa sobre la legislación laboral en el caso de personas con minusvalía, la seguridad de que se le está ofertando el trabajo de una persona con capacidad productiva y la garantía de que las

tareas a desarrollar se realizarán. Esto se conjugará con un plan estratégico para la modificación de sus actitudes hacia el trabajador minusválido.

Modalidades del Empleo con Apoyo:

- **Trabajo Individual.** Inserción laboral de un solo individuo.
- **Grupos de Trabajo.** Pequeño grupo de personas que presta servicios en entornos normalizados exteriores al centro promotor.
- **Enclaves laborales.** Pequeño grupo de trabajadores que, a diferencia con los Grupos de Trabajo, desarrollan su actividad laboral dentro de la empresa que contrata sus servicios.
- **Empresa Mixta.** Modalidad donde el objetivo es la constitución de una empresa competitiva dentro del mercado libre y cuya plantilla está formada por personas con y sin discapacidad. A diferencia de los Centros Especiales de Empleo no requiere que la plantilla esté formada mayoritariamente por personas con minusvalía.

EL EMPLEO ORDINARIO.

La Ley de Integración Social del Minusválido prevé que el empleo especial sólo se adoptará como solución cuando las dificultades de las minusvalías hagan imposible la inserción en el empleo ordinario.

Además de poner el énfasis la Ley en las dificultades de la persona minusválida y no en las capacidades, el sistema legislativo no ha previsto para este tipo de empleo el mismo tipo de ayudas que para los casos de los centros especiales de empleo. De ahí que la modalidad de Enclaves pueda ser una solución, al menos transitoria para el acceso al empleo ordinario. El artículo 38 de la Ley de Integración Social del Minusválido obliga a las empresas públicas y privadas con plantillas superiores a 50 trabajadores fijos a emplear un número de trabajadores minusválidos no inferior al 2 %. Posteriormente, la Ley 23/1988, de 28 de Julio, en el ámbito del funcionariado, amplía este número al 3 %.

Pero, la experiencia a lo largo de los años demuestra que esta cuota no se ha llegado a cubrir debido a diversos factores: falta de preparación o formación profesio-

nal; carencia de información; etc. y, sobre todo, lo que es más importante para el caso de personas con minusvalía psíquica, inexistencia de pruebas de acceso adaptadas a sus capacidades, así como de puestos de trabajo adaptados donde las dificultades específicas de las mismas puedan no ser decisivas para el mantenimiento del puesto de trabajo.

CONCLUSIONES.

1ª.- Las disposiciones del sistema educativo favorecen y están creando una filosofía de la integración asumida de forma general, que predispone a la persona con minusvalía psíquica hacia **soluciones normalizadoras** y, por tanto, a rechazar las alternativas clásicas.

2ª.- Para **personas gravemente afectadas de minusvalía psíquica** con necesidad de ayuda por parte de otras personas para valerse en sus necesidades primarias, la solución actual de atención en **Residencias de Gravemente Afectados y Unidades de Día** es adecuada.

3ª.- Sin tratarse de una alternativa laboral, los **Centros Ocupaciona-**

les son una solución válida para la formación profesional de minusválidos psíquicos con posibilidades de integración en el mercado ordinario de trabajo. Son un recurso válido para personas que, sin ser gravemente afectadas, tienen necesidad de recibir atención en centro especializado y de adquirir habilidades de autonomía personal y social.

4ª.- Los **Centros Especiales de Empleo** constituyen una clásica **solución laboral para personas con minusvalía psíquica**, pero no responden al modelo de empresa competitiva, dadas las actitudes paternalistas existentes, generalmente en sus promotores, que suponen un obstáculo en el proceso de normalización de las personas que integran su plantilla.

Su **finalidad debe ser la de servir de centro de transición** -así se contemplan en la Ley de Integración Social del Minusválido- al empleo ordinario, pero el escaso apoyo que reciben de la Administración hace queden como "solución laboral permanente".

5ª.- El **empleo en empresas ordinarias constituye la solución idónea**, bien como empleo directo o

bien a través de cualquiera de las modalidades de empleo apoyado.

Vendría a satisfacer los deseos de integración creados en minusválidos y familias y a dar continuidad a la formación iniciada en la Formación Profesional, Centros

Ocupacionales y Centros Especiales de Empleo.

Además, vendría a paliar las razones por las cuales se viene produciendo el fracaso del sistema de cuotas que la Ley exige a las empresas con más de 50 trabajadores.

BIBLIOGRAFÍA.

BELLVER, F. Y MARTORELL, J., Integración Laboral de jóvenes minusválidos en el sistema ordinario de trabajo. Ponencia presentada en el Seminario Internacional sobre Integración Socio-Laboral de las personas con minusvalía, organizado por EASE-AEDES. Universidad de Salamanca, 1992.

BELLVER, F., La integración laboral en la empresa ordinaria. Revista Minusval, nº 79, Sept. 1992.

BELLVER, F., MOLL, R. Y SERRA, F., El Empleo con Apoyo, un recurso eficaz para la inserción sociolaboral para personas con minusvalía. Una experiencia en la Isla de Mallorca. Revista Siglo Cero, nº 148, Julio-Agosto 1993.

DÍAZ JIMÉNEZ, R. y otros, Empleo y discapacidad psíquica. Hacia un modelo de intervención. FADME, 1995.

GALÁN MARTÍNEZ, M. T., Alternativas de empleo para discapacitados psíquicos. Revista Siglo Cero, Mayo-Junio 1995. Vol. 26(3) nº 159.

GONZÁLEZ YAGÜE, A., Centros Especiales de Empleo: Un modelo de empresa revisable. Revista Siglo Cero, nº 148, Julio-Agosto 1993.

HERRERO PORTELA, A., Administraciones Públicas y empleo de las personas con discapacidad. Revista Minusval, nº 88, Enero-Febrero 1994.

Monografía

KÖNIG A. Y SHALOK, R. L.,
El empleo asistido: igualdad de
oportunidades para hombres y mu-
jeres gravemente incapacitados.
Revista Internacional del Trabajo.
Vol. 110, nº 10. 1991.

**LIÑÁN GONZÁLEZ, M. J. y
otros,** Programa de Integración
Laboral en Empresas Ordinarias.
ASPROMANIS, 1993.

**MENCHETTI, B. Y FLYNN, C.
C.,** Empleo con Apoyo: nuevas
direcciones para la evaluación pro-
fesional. Revista Siglo Cero, nº
148, Julio-Agosto 1993.

MINUSVAL, Informe sobre el
Plan de Acción para las personas
con discapacidad. Revista Minus-
val, nº 97, Julio-Agosto 1995.

PARENT, W. S. y otros, La inte-
gración social en el trabajo. Revista
Siglo Cero, nº 144, Noviembre-
Diciembre 1992.

**VERDUGO, M. A. Y JENARO,
C.,** Una nueva posibilidad laboral
para personas con discapacidad: el
Empleo con Apoyo. Revista Siglo
Cero, nº 147, Mayo-Junio 1993.

SOBRE LA PRIVATIZACIÓN EN SERVICIOS SOCIALES.

José Antonio Martín Santos. Técnico de Ad. Especial (Psicólogo)
del Ayuntamiento de Málaga

Desde hace cierto tiempo se está produciendo un debate sobre la “privatización” y sus males en el ámbito de los profesionales del Trabajo Social y más genéricamente de los Servicios Sociales. Nuestro propósito aquí es hacer algunos comentarios sobre este debate.

El término “privatización” apunta hacia la transferencia de asuntos públicos a manos de agentes sociales particulares y para beneficio de los propios agentes. El diccionario de la Academia de la Lengua Española define el verbo privatizar como transferir una empresa o actividad pública al sector privado. La privatización es, pues, un modo particular de ponerle precio a las cosas, y junto a ello de que el precio lo controle el mercado para que, si hubiera plusvalía, ésta pasase a manos privadas.

En el ámbito de Bienestar Social la gestión privada de los servicios es asunto frecuente muy especialmente en los recursos sociales educativos y en los de salud (y ahora empieza con fuerza en los de formación laboral), sin embargo son muy escasos (o casi inexistentes) en los de Servicios Sociales. Y ello es así dado que este sector tiene un flujo económico escaso, pero muy especialmente porque los sectores de población que consumen esos servicios tienen unos niveles de rentas muy limitados, por lo que no es posible establecer para ellos una contraprestación mutua entre servicios que adquiere y porcentaje de renta que emplea en ellos. Sólomente es posible en determinadas franjas de población (principalmente la de tercera edad, dado que una parte numéricamente importante de ella puede adquirir servicios por sí o por el apoyo familiar con que cuenta).

Sin embargo, se utiliza con frecuencia el término de privatización para referirnos a la gestión por empresas privadas (o por otros agentes sociales) de servicios de titularidad pública (o de fragmentos de esos servicios).

Ésa es una denominación errónea de la privatización, pues en la gestión mixta los servicios son de titularidad pública, gestionando la Administración el acceso de los ciudadanos a los servicios, el precio de ellos y modo de cobrar ese precio, y sólo parte de la prestación directa del servicio se atiende por un agente privado al que se le paga un precio tasado. El ejemplo más típico de esta forma de gestión es el que se da en los Servicios de Ayuda a Domicilio, en donde el acceso al servicio se da por la Unidad de Trabajo Social (de gestión directa por la Administración), los criterios de acceso y el precio del servicio se da por la Administración, etc. y sólo se da por empresas privadas algunas de las prestaciones directas que recibe el usuario (limpieza, cuidados personales, etc.) y aún éstas están dirigidas y supervisadas por la Administración.

En la actualidad tenemos delante nuestra, y parece que por poco

tiempo ya, la plasmación de la política socialista en los últimos diez años y que ha consistido, en términos generales y simplificando mucho, en extender el ámbito de influencia de los servicios públicos así como en aumentar la variedad e intensidad de las prestaciones sociales.

En la década que va de 1983 a 1993 y referido a datos parciales sobre los servicios sociales del Ayuntamiento de Málaga se ha pasado de 13.700.000 pts. a 519.300.000 pts. (datos referidos al cap. II y IV). Este aumento ha sido semejante al de otras Administraciones Locales y ha estado basado, tanto en la apuesta política del PSOE (y que se ha movido en términos parecidos a las demás administraciones locales de izquierdas andaluzas), como al bajo nivel que a estos fines destinaba la administración franquista.

En la actualidad, de la totalidad del coste económico que supone el gasto de servicios sociales de un municipio como el de Málaga sólo entre un 20 % y un 25 % se contrata con empresas privadas. Se mantiene una gestión concertada donde la titularidad es pública y parte de

la gestión de un servicio se hace por empresas privadas.

Esa política ha recibido con frecuencia críticas en diversos aspectos. Una de ellas ha sido referirnos como privatización de los Servicios Sociales a la gestión mixta de dichos servicios en los últimos años. Y así, en torno a ella, se ha hablado de una lenta pérdida del carácter público de estos servicios para ceder gestión a parcelas privadas. Como se deduce de lo dicho más arriba, creemos que es una crítica incorrecta, dado que la iniciativa privada sólo tiene sentido en este sector como subsidiaria del sector público.

Sin embargo, sí podemos hablar de una mayor presencia de las ONGs en la gestión de los Servicios Sociales. Esa presencia (que es más antigua que el propio Sistema) sí constituye una variante de “privatización”.

Probablemente la auténtica privatización en ciernes venga por aquí, por la cesión a diversas ONGs de parcelas enteras de la gestión de diversas prestaciones sociales, incluso de la planificación y dirección estratégica de esas prestaciones.

Hemos hablado de la crítica de la gestión concertada de los servicios como una falsa crítica de la privatización. Sin embargo, muy pocas veces se ha hablado de un elemento criticable en la acción institucional en los últimos años y es el de la pobre coordinación inter-institucional. Con este término nos referimos al establecimiento de políticas que supongan una coordinación eficaz de los recursos. Hablamos pura y simplemente de Delegación de Competencias. El mantenimiento, aún, de un sistema de competencias concurrentes en Servicios Sociales, es a todas luces el mantenimiento de un sistema cuya ineficiencia está comprobada.

A mi entender el debate sobre la privatización, con ser muy importante, y en un futuro inmediato lo será mucho más, esconde hasta la fecha otras preguntas que se hacen los profesionales del sector:

¿En Servicios Sociales es necesario cambiar de orientación? ¿Por qué caminos debemos seguir?

Creo que los que deseen cambiar sustancialmente la orientación, deben decidirse sobre dos aspectos:

1.- Reducir o aumentar la cantidad, calidad e intensidad de las prestaciones. Adelgazar o engordar el sistema de Servicios Sociales (que en opinión del firmante necesita, por desgracia, engordar).

2.- Descentralizar y hacer más participativo el sistema. De tal forma que el grado de participación de los colectivos sociales (ahora llamados ONGs) en la toma de decisiones y en la gestión de algunos servicios, sea cada vez mayor.

Hoy en día, al menos en mi opinión, una gestión moderna, eficiente y que dé satisfacción a las necesidades de la población requiere avanzar en estos aspectos. Requiere, pues, completar el sistema de servicios sociales desde la gestión y titularidad pública y ajustando los modos de gestión a los objetivos previstos y en relación a los costes más recomendables. Requiere igualmente, promover la participación de la ciudadanía a través de las organizaciones sociales en las decisiones de la Administración pero sin que las ONGs sustituyan el papel que la Administración debe tener en la prestación de los servicios básicos. Y por último, requiere instrumentos de control de calidad que permitan mantener unos servi-

cios modernos y eficientes al servicio del ciudadano.

¿Qué medidas habría que tomar para avanzar por ese camino y conseguir esos objetivos? Algunos de los criterios para esas acciones serían:

1.- Profundizar en el desarrollo de la gestión pública con criterios municipalistas.

2.- Territorialización y descentralización de los servicios al ciudadano.

3.- Centralización de la dirección y participación en ella de los agentes territoriales de forma reglada.

4.- Participación de las ONGs en la elaboración de las políticas sociales.

5.- Creación de canales de participación directa para los usuarios.

6.- Planificación democrática de los presupuestos y normas de gestión de las Administraciones con colaboración de ONGs y Movimiento Vecinal.

7.- Mejora y ampliación de las prestaciones básicas con garantías

de acceso para todos los ciudadanos.

8.- Participación en la gestión de las prestaciones de las ONGs y empresas, en relación directa con la calidad y costes de los servicios que ofrezcan.

9.- Aumento del rigor profesional en la gestión de los recursos humanos y técnicos de los servicios. Acceso a todos los niveles de gestión y dirección técnica por méritos profesionales.

10.- Desarrollo de una Escuela de Servicios Sociales de Andalucía

que incida en la formación de los profesionales del sector.

11.- Profundización en el desarrollo de la Ley de Servicios Sociales, transfiriendo a los Ayuntamientos las competencias (y sus recursos) que recaigan sobre los ciudadanos del municipio.

12.- Elaboración de un Plan Director de los Servicios Sociales de la Ciudad de Málaga que coordine los recursos económicos, humanos y materiales de las Administraciones y Organizaciones en la línea de una rentabilización óptima de esos medios.