



alimara

COL·LECCIÓ «IMAS»

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Número

61

PRESTACIONS ECONÒMIQUES BÀSIQUES
I ALTRES ÀMBITS D'INTERVENCIÓ SOCIAL

Novembre 2019

 IMAS
Departament de
Drets Socials
Consell de Mallorca



Universitat
de les Illes Balears

alimara

Innovació i Metodologia en Afers Socials

PRESTACIONS ECONÒMIQUES BÀSIQUES I ALTRES ÀMBITS
D'INTERVENCIÓ SOCIAL

Núm. 61, novembre 2019

Edita:

Consell de Mallorca
Departament de Drets Socials

Col·laboració:

Universitat de les Illes Balears (UIB)

Equip editor:

Els articles d'aquesta revista expressen
únicament l'opinió dels seus autors.

Portada:

Fotografia: Francesc Serra

Edició electrònica:

www.revistaalimara.net

ISSN:

2659-5273

Adreça:

General Riera, 67. 07010 Palma
Tel. 971 760 762



REVISTA ALIMARA de l'IMAS esta subjecta a una llicència de
Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative
Commons

Índex

Prestacions i ajudes econòmiques

- 5** **La Renda Social Garantida: una mesura per reduir la pobresa extrema. Trajectòria i impacte a les Illes Balears**

Antònia Pasqual Galmés i Antònia Puiggròs Rebassa
(Direcció General de Planificació, Equipaments i Formació. Conselleria d’Afers Socials i Esports)
- 19** **Noves realitats i perfils de situacions de risc d’exclusió del Servei Especialitzat d’Inserció Social i Laboral i la Renda Mínima d’Inserció**

Catalina Escanellas i Bruno Fernández
(Secció de prestacions – SEILS. IMAS)
- 31** **Ajudes econòmiques individuals per a persones amb discapacitat**

Mercè Garcia Roca
(Servei d’atenció a persones amb discapacitat. IMAS)

Serveis socials comunitaris

- 39** **Els serveis socials comunitaris bàsics. 10 anys després de la Llei 4/2009 de serveis socials de les Illes Balears**

Julià Baltasar Jaume
(Secció de Suport Tècnic Municipal. IMAS)
- 56** **El perfil professional del psicòleg o psicòloga dins l’àmbit dels serveis socials municipals i impacte dintre del circuit de protecció del menor**

Sebastià Trias Salom
(Secció de Suport Tècnic Municipal. IMAS)

Infància, adolescència i família

- 77** **La Llei de l’atenció i els drets de la infància i l’adolescència de les Illes Balears. Una aposta per la prevenció comunitària**

Alonso Medinas Prats
(Oficina Balear de la Infància i l’Adolescència de les Illes Balears – OBIA-)

- 99 L'adhesió dels Consells Insulars al Pacte Balear per la Infància. Una aposta per posar la infància a l'agenda política de les institucions insulars de les Illes Balears.

Serafín Carballo García
(Oficina Balear de la Infància i l'Adolescència de les Illes Balears – OBIA-)

Atenció a persones amb discapacitat

- 108 Soc sord, parlo i necessito que m'escoltis. Realitat actual de la sordesa, implicacions.

Carme Zoilo i Lluís Soler
(Servei d'Atenció Integral i Promoció de l'Autonomia. ASPAS)

- 120 Programa de promoció i recuperació de l'autonomia funcional (PROA)

Francisca Massip Sastre i Diana Carolina Quiroga Parada
(Fundació Sant Joan de Déu)

- 130 El procés terapèutic de n'Amparo al programa PROA

Diana C. Quiroga Parada, Marta Puig Comas, Serafí Jiménez Rodríguez, Laura González Arribas, Ana Martín Cruz, Elisabet Maria Perelló Valls
(Fundació Hospitalària Sant Joan de Déu)

Atenció a la dependència

- 140 El servei d'atenció integral a domicili (SAID)

M^a Ángeles Pérez Albertí, M^a Magdalena Matamalas González, Laura Pioletti i Elena M^a Serrano Bujalance
(SAID. Direcció Insular d'Atenció a la Dependència – IMAS)

COL·LECCIÓ «IMAS»

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 61. Novembre 2019

ISSN: 2659-5273

▪ *Prestacions i ajudes econòmiques*

La Renda Social Garantida: una mesura per reduir la pobresa extrema. Trajectòria i impacte a les Illes Balears

Antònia Pasqual Galmés
Antònia Puiggròs Rebassa

Direcció General de Planificació, Equipaments i Formació
Conselleria d'Afers Socials i Esports



REVISTA ALIMARA de l'IMAS esta subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

Aquest article pretén abordar d'una manera breu, objectiva i clara el què és la Renda Social Garantida, que si bé es pot definir com una prestació econòmica periòdica finalista dirigida a cobrir les situacions de vulnerabilitat econòmica i a la cobertura de les despeses bàsiques de les persones, famílies o altres nuclis de convivència que es trobin en situació de pobresa, no és una renda bàsica universal. Les autores d'aquests article ens ajuden a entendre el què és la renda social garantida i el què suposa per aquelles persones que en són perceptores.

Paraules clau

Renda social garantida, prestacions econòmiques, exclusió social, pobresa.

1. Introducció

El 14 d'abril de 2016 s'aprovà a les Illes Balears la llei que regula la Renda Social Garantida. El mes d'octubre de 2014 els partits polítics amb representació parlamentària juntament amb la Xarxa per a la Inclusió Social de les Illes Balears signaren el Pacte per a la Inclusió Social.

Un dels principals objectius d'aquest marc de col·laboració era "impulsar i executar un conjunt d'actuacions dirigides a millorar les condicions dels col·lectius més vulnerables de les Illes Balears...". Una d'aquestes mesures és la "d'implementar progressivament una renda social com a prestació de dret, que inclogui els diferents perfils socials, que s'adapti a les necessitats actuals i que estigui dotada de manera adequada"¹. (BOIB, núm. 47, 2016)

Els antecedents normatius d'àmbit autonòmic d'aquesta renda social garantida, els podem trobar en el Decret 117/2001, de 28 de setembre, de regulació de la renda mínima d'inserció, en què es va concebre la Renda Mínima d'Inserció (RMI) com una prestació lligada a la inserció sociolaboral.

La Renda Social Garantida (RESOGA) s'impulsa amb l'objectiu de revisar i adequar la normativa vigent a les noves necessitats sorgides arran de l'actual conjuntura socioeconòmica on ens trobam cada vegada més persones que es troben allunyades del mercat laboral. Així, sorgeixen nous perfils d'exclusió que no s'adapten al dispositiu bàsic de la Renda Mínima d'Inserció, que és la inserció laboral. La pràctica constata que hi ha persones que difícilment poden accedir en condicions normals al mercat laboral i

¹ Llei 5/2016, de 13 d'abril de la Renda Social Garantida.

menys en la conjuntura actual. Així, la renda social garantida té com objectiu arribar a persones que altres prestacions com la RMI no arriben.

La RESOGA es pot definir com una prestació econòmica periòdica finalista dirigida a cobrir les situacions de vulnerabilitat econòmica i a la cobertura de les despeses bàsiques de les persones, famílies o altres nuclis de convivència que es trobin en situació de pobresa. És per tant, una renda per als més pobres.

La RESOGA es va concebre com un dret subjectiu, és a dir, exigible davant els tribunals, per tant la seva concessió no està subjecte a la disponibilitat pressupostària.

Així, la Renda social garantida, no és una renda bàsica universal. És sabut que el debat públic sobre la Renda Bàsica Universal es cada vegada major. Tal vegada, sí es podria considerar una primera passa o passa prèvia per en un futur proper fer efectiva una Renda Bàsica com un ingrés que proporciona a cada ciutadà, de manera universal, una suma regular de diners per viure, sense condicionants ni requisits de treball, un ingrés suficient per proporcionar una vida digna i participativa dins la societat. Un ingrés aplicat amb la intenció de radicar la pobresa material dels ciutadans i ciutadanes.

En el present article el que ens interessa és conèixer què aporta la Renda Social Garantida al col·lectiu de persones pobres. També, s'analitzarà que caldria millorar de la normativa de la Renda Social Garantida per incrementar la seva eficàcia i per proporcionar de manera més efectiva una vida digna i independent per a les persones pobres.

2. La pobresa a les Illes Balears

Un dels elements de la realitat en què són més visibles els avenços o els retrocessos en el desenvolupament social de qualsevol país o territori és el grau en què la pobresa augmenta o disminueix. En termes relatius, es considera que una persona és pobre quan es troba en una situació de clar desavantatge econòmic i social respecte a la resta de persones del seu entorn.

La taxa de risc de pobresa i exclusió social de les Illes Balears és del 24,3 % —l'Índex autonòmic (Enquesta de condicions de vida, 2017²). Les dades indiquen que el risc de caure en situació de pobresa és lleugerament inferior al que hi havia en plena crisi³.

Així hi tot, del 2008 al 2017, la taxa de risc de pobresa ha augmentat en 4 punts percentuals (l'any 2008 era del 22,0 %, mentre que l'any 2017 és del 24,3 %), fet que porta a afirmar que a les Illes Balears la taxa de pobresa està estancada per damunt el 22% de la població. La xifra de 2017 està dos punts per davall de la mitjana nacional, i en termes absoluts, unes 270.000 persones estan en risc de pobresa o exclusió.

² El mes de juny de 2019 l'INE publicà l'Enquesta de condicions de vida 2018 amb les dades de la Taxa de risc de pobresa i exclusió social de les Illes Balears per a l'any 2018 (18,1%) les quals fan referència al l'Índex autonòmic. Donat que la Taxa de risc de pobresa i exclusió social mesura la pobresa en relació en l'entorn, es troba més adient fer referència a les dades del risc de pobresa calculades amb el l'Índex autonòmic que publica l'IBESTAT encara que la darrera actualització és de 2017.

³ Cal assenyalar que la taxa de pobresa han tingut alts i baixos freqüents en aquests darrers anys, probablement provocats per la poca grandària de la mostra.

Davant determinades situacions de risc, les dones i els joves són especialment vulnerables, com demostra el fet que el risc de pobresa o exclusió social és més elevat entre el col·lectiu femení (25,2 %) que el masculí (23,3 %). Aquestes dades estan clarament vinculades a la vida laboral, en què les dones tenen una taxa de treball a temps parcial forçat més gran que la dels homes, més temporalitat i més dificultat per incorporar-se al mercat laboral.

Per franges d'edat, el col·lectiu de persones joves és el que registra la taxa més alta de risc de pobresa, l'any 2017 és del 36,0%, una xifra vinculada a la difícil transició del sistema educatiu cap al mercat de treball. Mentre que el col·lectiu amb menys taxa de risc de pobresa o exclusió social és el de les persones més grans de 65 anys (11,7 %), especialment entre els homes (9,2 %). Aquesta millor situació entre la gent gran és deguda al fet que el llindar de pobresa està baixant com a conseqüència de la caiguda generalitzada d'ingressos, mentre que els col·lectius amb rendes estables com els jubilats veuen millorada la seva situació respecte de la població general.

En aquest context cal remarcar la importància d'una renda per protegir a les persones que no tenen accés a les rendes del mercat laboral o que tenen una remuneració molt reduïda; un subsidi condicionat per a persones en situació de pobresa i que pretén ser una alternativa de subsistència.

3. El canvi substancial que aporta la Renda Social Garantida

De la RESOGA, cal destacar-ne que el fet de percebre la renda no implica haver de participar en programes o activitats d'inserció laboral o social, ni haver de fer cap valoració social de la situació, la qual cosa implica una diferència clara respecte d'altres programes com la RMI⁴. Sí que implica, però, haver de complir alguns deures -com el d'aliments- prevists a l'article 142 i següents del Codi Civil, i també, requisits administratius i de situació econòmica⁵.

Per tant, la novetat de la renda social és que les persones perceptores no s'incorporen al circuit dels serveis socials, ja que no existeix cap pla individualitzat. La renda social es destinada a col·lectius sense necessitat de tenir una problemàtica social afegida a la manca d'ingressos econòmics, sinó que simplement no tenen recursos suficients per fer front a la situació econòmica del moment.

L'increment de l'activitat econòmica que es va produir al llarg de 2016 amb el consegüent augment de la contractació, va donar lloc a una ampliació dels requisits d'accés. Així, en un primer període d'aplicació, queden cobertes les famílies sense ingressos i amb menors a càrrec. Des de gener de 2017, cobertura és ampliada a tots aquells nuclis familiars formats per dues persones o més amb uns ingressos inferiors

⁴ Tal com afirma Horrach (2016) la renda social garantida i la renda mínima d'inserció coexisteixen com a programes de garantia d'ingressos. El manteniment dels dos programes garanteix que es doni cobertura a un major ventall de situacions de necessitat.

⁵ L'article 142 del Codi Civil entén per aliments tot el que és indispensable per al sustent, habitació, vestit i assistència mèdica. Els aliments comprenen també l'educació i instrucció de la persona alimentada mentre sigui menor d'edat i després sempre i quan no hagi acabat la seva formació per causa imputable.

als límits establerts anualment, i és aprovat un complement específic per a persones perceptores de pensions no contributives (BOIB núm. 164, 2016) ⁶. A partir de l'1 de gener de 2018 s'hi 'afegeix un nou col·lectiu, el de les persones que viuen soles, de més de 45 anys, amb ingressos escassos i que no són perceptores de cap PNC (BOIB, núm. 160, 2017) ⁷.

L'ampliació l'any 2017 del complement específic per a persones perceptores d'una PNC ha donat lloc a dos perfils diferenciats de persones perceptores: d'una banda, les persones beneficiàries de la "Resoga famílies", que cobreix nuclis familiars formats per dues persones o més i persones de més de 45 anys que viuen soles amb ingressos escassos i, d'altra, les persones beneficiàries del "complement de la PNC" per a persones perceptores d'una pensió no contributiva.

4. Quantia i despesa de la Renda Social Garantida.

A les Illes Balears, ⁸ l'any 2018, l'import de la prestació bàsica mensual era de 431,53 €, quantitat que representa el 58,63 % del salari mínim interprofessional ⁹ i el 80,02 % de l'Indicador públic de renda d'efectes múltiples ¹⁰. L'import augmenta en funció del nombre de persones que conformen el nucli familiar: 560,99 euros per a dues persones; 647,30 euros per a tres; 690,45 per a quatre; 733,60 per a cinc, i fins a fins a un màxim de 776,58 euros.

Pel que fa al complement específic, permet que les persones perceptores de pensions no contributives puguin arribar a percebre un import mensual de 551,00 € -que resulta de la suma dels ingressos de la PNC (443,45 €) més l'import de la renda social garantida (108 €)-. Això representa el 74,87% del salari mínim interprofessional i el 102,44 % de l'Indicador públic de renda d'efectes múltiples.

La despesa destinada a la Renda Social Garantida per a l'any 2018 és de 17.148.328,22 euros, la qual cosa suposa gaire bé el 10 % del total de la despesa de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació. L'any 2018 es produeix una pujada important de la despesa, en part deguda al fet que una quantia de la despesa de l'exercici de 2018 correspon a imports de 2017 que s'han abonat l'any 2018 en concepte d'endarreriment. La despesa anual per titular de la prestació és de 2.231,69 euros, mentre que la despesa mitjana anual per total de persones perceptores és de 1.467,68 euros.

⁶ Llei 18/2016, de 29 de desembre, de pressuposts generals de la comunitat autònoma de les Illes Balears per a l'any 2017. BOIB, núm. 164, de 31 de desembre de 2016, p. 39762. <http://www.caib.es/eboibfront/pdf/ca/2016/164/968909>

⁷ Llei 13/2017, de 29 de desembre, de pressuposts generals de la comunitat autònoma de les Illes Balears per a l'any 2018. BOIB, núm. 160, de 29 de desembre de 2017, p. 42876. <http://www.caib.es/eboibfront/pdf/ca/2017/160/998026>

⁸ L'import de la prestació bàsica mensual per l'any 2018 és de 431,53 €.

⁹ L'SMI 2018: és de 735,90 € al mes. Real Decret 1077/2017, de 29 de desembre, pel qual es fixa el salari mínim interprofessional per a l'any 2018.

¹⁰ L'IPREM 2018: és de 537,84 € al mes. Llei 6/2018, de 3 de juliol, de Pressuposts generals de l'Estat per a l'any 2018. Aquest índex és utilitzat a l'Estat espanyol com a referència per a la concessió d'ajudes, subvencions o el subsidi de desocupació.

El 56,04 % de la despesa executada es dedica a la RESOGA famílies, i el 43,96 % restant a la RESOGA PNC, encara que el volum de persones titulars del complement de la PNC és molt més elevat que el de la RESOGA famílies.

QUADRE 1. *Despesa anual de la renda social garantida (2018)*

	% de la despesa de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació	Despesa anual per titular de la prestació	Despesa anual per total de persones perceptores
Illes Balears	9,78%	2.231,69	1.467,68

Font: Servei de Renda Social de la Conselleria d'Afers Socials i Esports.

5. La cobertura de la renda social garantida

La renda social garantida es va començar a adjudicar el mes d'abril de 2016 i des de la seva implementació s'ha incrementat progressivament la cobertura de la població. A les Illes Balears, l'any 2018, el nivell de cobertura de les persones titulars de la renda social garantida és del 9,12 ‰. Segons el nombre de persones perceptores (titulars més membres dependents), l'índex de cobertura a les Balears és de l'13,53 ‰.

QUADRE 2. *Taxa de cobertura de la renda social garantida (2018)*

	Població 25 anys o més (Padró 2017)	Titulars de prestació	Total de perceptors	Taxa de cobertura de titulars per cada 1.000 hab	Taxa cobertura de perceptors per cada 1.000 hab
Illes Balears	842.540	7.684	11.397	9,12	13,53

Font: Institut Balear d'Estadística i Servei de Renda Social de la Conselleria d'Afers Socials i Esports.

6. Característiques de les persones titulars

6.1. Modalitat de la prestació

QUADRE 3. *Persones titulars segons la modalitat de la prestació (2018)*

	Titulars resoga famílies		Titulars resoga PNC		Total
Illes Balears	1.703	22,16%	5.981	77,84%	7.684

Font: Servei de Renda Social de la Conselleria d'Afers Socials i Esports.

Pel que fa a la modalitat de les prestacions registrades en data 31 de desembre de 2018, el volum més gran correspon al complement de la PNC, amb el 77,84 % de les persones titulars, mentre que el 22,16 % restant correspon a la RESOGA famílies. El nombre de persones titulars ha augmentat pel que fa a les dues modalitats respecte a l'any 2017, però l'increment de les persones perceptores del complement de la PNC ha estat més acusat.

Cal assenyalar que, malgrat que el nombre de titulars del complement de la PNC sigui més elevat, el gruix més important de la despesa anual (el 56,04 %) es destina a la RESOGA famílies, atès que la quantia de la prestació atribuïda a la RESOGA famílies és molt més elevada.

6.2. Illa de residència

Amb relació al nombre de persones titulars per illes, el percentatge més alt recau a l'illa de Mallorca: el 85,89% del total de persones titulars, que en termes absoluts suposen 6.600 titulars. En segon lloc, destaca l'illa d'Eivissa, amb el 8,41 % del total de persones titulars, 646 persones perceptores; després Menorca, amb el 5,32 %, i Formentera, amb el 0,38 %.

Si es compara la tipologia de les prestacions per illes, en el quadre 4 s'observa que Mallorca i Menorca són les illes amb més pes de la RESOGA famílies. El 23,45 % del total de les prestacions a Mallorca i el 23,23 % del total de les prestacions a Menorca estan dirigides a cobrir despeses bàsiques de nuclis familiars i de persones de més de 45 anys que viuen soles, mentre que a Eivissa i Formentera la RESOGA famílies tan sols representa l'1,80% i 3,45% respectivament del total de les prestacions. En contrapartida Eivissa i Formentera destaquen per l'elevat percentatge de persones perceptores del complement de PNC, el 90,87 % i el 96,55%, respectivament.

QUADRE 4. *Persones titulars per illes (2018)*

	Mallorca		Menorca		Eivissa		Formentera	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Resoga Famílies	1.548	23,45%	95	23,23%	59	1,80%	1	3,45%
Resoga PNC	5.052	76,55%	314	76,77%	587	90,87%	28	96,55%
Total	6.600	100,00%	409	100,00%	646	100,00%	29	100,00%

Font: Servei de Renda Social de la Conselleria d'Afers Socials i Esports.

6.3. Distribució per sexe

A les Illes Balears, la distribució per sexe és la següent: el 60,54 % de titulars són dones, i el 39,46 %, homes. Per modalitat de prestació, la RESOGA famílies és la que presenta el perfil més feminitzat, amb el 70,82 % de dones titulars. Pel que fa al complement de la PNC, també es manté el predomini de les dones titulars, encara que presenta una distribució més equilibrada: el 60,54 % són dones.

QUADRE 5. *Persones titulars per sexe i tipus de prestació (2018)*

	Resoga famílies		Resoga PNC	
	Total	%	Total	%
Dones	1.206	70,82%	3.621	60,54%
Homes	497	29,18%	2.360	39,46%
Total	1.703	100,00%	5.981	100,00%

Font: Servei de Renda Social de la Conselleria d'Afers Socials i Esports.

Partint de la premissa que els titulars de la RESOGA representen l'últim esglaó social, les dades mostren que aquest esglaó té un rostre majoritàriament femení. Hi ha estudis que constaten que homes i dones patim la pobresa de manera diferent, amb causes i efectes específics. La trajectòria vital de les dones condueix a un risc més alt de patir situacions de més vulnerabilitat, conseqüència d'una trajectòria vital condicionada no

només a l'accés als recursos materials (ingressos), sinó també als simbòlics (a un estatus) i relacionals (xarxes)¹¹.

6.4. Distribució per grup d'edat

L'edat és una altra variable que aporta informació sobre el perfil de les sol·licituds i de les persones titulars. En el quadre següent s'observa que hi ha una gran diferència pel que fa a l'edat entre les persones perceptores de la RESOGA famílies i les perceptores del complement de la PNC.

En la RESOGA destinada a famílies s'observa una alta incidència del perfil de mitjana edat: el 56,90 % de les persones sol·licitants tenen entre 35 i 54 anys. Però l'atur de llarga durada i la precarietat econòmica també afecten la població jove; així, el 15,22 % de les persones titulars tenen menys de 34 anys. L'any 2018 destaca per l'increment de les persones d'entre 55 i 64 anys, amb un pes del 22,90 %, augmentat en més de 13 punts percentuals en relació amb el 2017. Aquest increment es pot atribuir a l'ampliació de l'accés a la prestació a les persones que viuen soles més grans de 45 anys.

Amb relació al complement de la PNC, el 62,50 % de les persones titulars tenen més de 65 anys, mentre que el 37,50 % restant són menors de 65 anys. Els menors de 65 anys reben una pensió no contributiva en la modalitat de discapacitat, vinculada a persones d'entre 18 i 65 anys, mentre que la pensió no contributiva de jubilació requereix tenir més de 65 anys.

Així, les dades evidencien un percentatge molt més elevat de gent gran entre les persones perceptores del complement de la PNC, mentre que el gruix de les persones perceptores de la RESOGA famílies és de mitjana edat.

QUADRE 6. *Persones titulars per grup d'edat i tipus (modalitat) de prestació (2018)*

	Titulars resoga famílies		Titulars resoga PNC	
	Nombre titulars	%	Nombre titulars	%
Menys de 25 anys	47	2,76%	113	1,89%
De 25 a 34 anys	267	15,68%	244	4,08%
De 35 a 44 anys	451	26,48%	463	7,74%
De 45 a 54 anys	518	30,42%	725	12,12%
De 55 a 64 anys	390	22,90%	698	11,67%
De 65 i més	30	1,76%	3.738	62,50%
Total	1.703	100,00%	5.981	100,00%

Font: Servei de Renda Social de la Conselleria d'Afers Socials i Esports.

El perfil segons el sexe es comporta diferent per franges d'edat. En relació amb la RESOGA famílies destaca l'elevat percentatge de dones entre la població de menys de 44 anys, coincidint amb els anys de procreació i posteriors a la maternitat. El percentatge de dones disminueix a mesura que avança l'edat.

Pel que fa al complement de la PNC, les dades mostren una tendència a la inversa: a mesura que avança l'edat el perfil de les persones titulars es va feminitzant. Fins als 44 anys el perfil és clarament masculí, i a partir dels 44 les dades mostren una tendència a

¹¹ Així ho afirma el document "La pobreza en España desde una perspectiva de género" (Fundació FOESSA i Càritas, 2014).

la inversa que s'intensifica amb els anys. Unes trajectòries laborals més curtes i intermitents de les dones expliquen el significatiu augment del percentatge de dones perceptores de més de 65 anys.

QUADRE 7. *Persones titulars per grup d'edat, sexe i modalitat de prestació (2018)*

	Titulars resoga famílies		Titulars resoga PNC	
	% Dones	% Homes	% Dones	% Homes
Menys de 25 anys	87,23%	12,77%	43,36%	56,64%
De 25 a 34 anys	82,02%	17,98%	40,16%	59,84%
De 35 a 44 anys	79,60%	20,40%	42,12%	57,88%
De 45 a 54 anys	65,83%	34,17%	53,10%	46,90%
De 55 a 64 anys	58,72%	41,28%	59,03%	40,97%
De 65 i més	56,67%	43,33%	66,40%	33,60%
Total	70,82%	29,18%	60,54%	39,46%

Font: Servei de Renda Social de la Conselleria d'Afers Socials i Esports.

6.5. Nombre de membres de la unitat de convivència

QUADRE 8. *Persones titulars de la RESOGA famílies¹² i nombre de membres de la unitat de convivència (2018)*

	Persones titulars Resoga famílies	%
1 membre	365	21,43%
2 membres	343	20,14%
3 membres	363	21,32%
4 membres	251	14,74%
5 membres	205	12,04%
6 membres	95	5,58%
7 membres	39	2,29%
8 membres	18	1,06%
9 membres	6	0,35%
10 membres	10	0,59%
11 membres	2	0,12%
12 i més membres	6	0,35%
Total	1.703	100,00%

Font: Servei de Renda Social de la Conselleria d'Afers Socials i Esports.

També és d'interès conèixer els membres de la unitat de convivència de les persones titulars de la RESOGA famílies. Les unitats de convivència d'un (21,43 %), dos (20,14 %) i tres membres (21,32 %) són els perfils majoritaris. En comparació amb l'any 2017, cal destacar l'increment del nombre d'unitats d'un sol membre, que ha passat de 0 a 365; són les persones que viuen soles més grans de 45 anys amb ingressos escassos, que, a partir del mes de gener de 2018, també han tingut accés a la prestació.

6. 6. Nacionalitat

¹² Només es mostra la informació dels membres de la modalitat "RESOGA famílies", atès que en la base de dades no es fa el recompte del nombre de membres de la unitat de convivència dels titulars del "complement de la PNC".

QUADRE 9. *Persones titulars de la renda social garantida i nacionalitat (2018)*

	Resoga famílies		Resoga PNC	
	Total	%	Total	%
Nacionalitat espanyola	1.320	77,51%	5.499	91,94%
Nacionalitat estrangera	383	22,49%	482	8,06%
Total	1.703	100,00%	5.981	100,00%

Font: Servei de Renda Social de la Conselleria d'Afers Socials i Esports.

Gairebé la totalitat de les persones titulars del complement de la PNC tenen nacionalitat espanyola: el 91,94 %. Entre les persones perceptores de la RESOGA famílies aquest percentatge és notablement inferior, el 77,51 %; així i tot, les dades evidencien el predomini de la nacionalitat espanyola entre les persones perceptores.

7. Aportacions i efectes positius de la Renda Social a les Persones en situació de pobresa

La Renda Social Garantida contribueix a disminuir els efectes de la pobresa entre aquelles persones que per edat no poden rebre ingressos de treball contribuint a assolir el dret a dur una vida digna i a fer més efectiva la seva capacitat econòmica per pagar els serveis bàsics i tenir més capacitat de decisió.

Així, la Renda Social Garantida augmenta la llibertat en la presa de decisions sobre la pròpia vida de les persones en situació de vulnerabilitat i majoritàriament de les dones. Tal com afirma Llobet (2018), disposar de més diners en una societat basada en el consum dóna llibertat i augmenta les possibilitats de participació dins la societat fent més efectiu el dret de ciutadania.

El fet que la Renda Social Garantida sigui una prestació amb un perfil clarament feminitzat contribueix a disminuir la bretxa salarial atenuant la desigualtat de gènere. Augmenta així l'autonomia de les dones que pateixen pobresa severa en la mesura en que millora la seva situació material i, com a conseqüència, és un avanç per la igualtat d'oportunitats entre homes i dones en l'edat adulta.

La Renda Social Garantida contribueix a aconseguir l'envelliment actiu de la població de les Illes Balears, del que tant es parla a Unió Europea. Doncs, amb el complement de la PNC contribueix a que les dones i homes grans puguin assolir una vida digna i independent.

En definitiva, la Renda Social Garantida, augmenta l'autonomia de les persones que pateixen situacions de vulnerabilitat, donat que ajuda a millorar la seva situació material i els proporciona més seguretat per afrontar al vida.

8. Reptes de futur de la Renda Social Garantida per reduir la pobresa

A les Illes Balears, la Renda Social Garantida s'ha anat implementant progressivament, ampliant-se els requisits d'accés en funció de la conjuntura econòmica i social del moment. Així, és un model de renda relativament jove que, en funció de les necessitats haurà d'incloure reformes i millores amb l'objectiu d'augmentar la seva efectivitat. A continuació es proposen una sèrie de mesures que poden incrementar el pes de la Renda Social Garantida pel que fa a la promoció de la llibertat, l'autonomia i la vida digna de les persones:

- En primer lloc, seria convenient, augmentar el nivell d'ingressos per tal de garantir les necessitats bàsiques. El que seria ideal és que la quantia de la Renda Social Garantida arribés a superar el llindar de pobresa, fet que permetria eliminar el risc de pobresa de les persones perceptores.
- En segon lloc, caldria ampliar els requisits d'accés per tal de garantir uns ingressos mínims a totes les persones que no tenen recursos per poder viure en dignitat.
- Finalment, donar a la Renda Social Garantida un caràcter individual, no lligat a la conjuntura familiar proporcionaria unes històries reproductives més saludables, i una menor imposició dels rols de gènere. En aquest sentit proporcionaria més autonomia a les dones evitant la dependència material a les seves parelles.

9. A mode de conclusió

No hi ha dubtes que, la Renda Social Garantida, instaurada a les Illes Balears l'any 2016, és una prestació pionera a les Illes Balears que té els seus espais d'èxit. I que, a més, tracta de donar cobertura a aquelles persones que els actuals instruments de protecció no donen resposta, aportant així un escenari social més just.

Si ens situem dins un context europeu, la renda social garantida, en totes les seves modalitats, contribueix a què el pilar europeu de drets socials de la UE es torni una realitat¹³ en la mesura que pretén enfortir la protecció social de les persones que viuen en situació de pobresa. Cal remarcar que un dels tres eixos del pilar dels drets socials és la protecció i la inclusió social.

Un dels principis que s'inclouen dins l'eix de la protecció i la inclusió social són les pensions i prestacions per la vellesa. La modalitat de la renda social que pretén ser un complement de la pensió no contributiva contribueix també a garantir una vida digna en la vellesa en la mesura en que augmenta el nivell d'ingressos del homes i les dones grans, i d'aquesta manera recolzar l'envelliment actiu, uns dels valors fonamentals de la UE.

Per tant, es tracta d'una inversió pública de justícia social que, sens dubte, contribueix a enfortir els drets socials de la UE, defensant els drets dels ciutadans en una món de en constant evolució.

¹³ El pilar social dels drets socials de la UE és un paquet de propostes que estableixen uns principis i uns drets per garantir un mercat de treball més equitatiu i enfortir la protecció social. El seu compliment depèn de la implicació dels estats membres, les institucions europees i dels agents socials.

Referències bibliogràfiques

- Bollain, J. (2018) Por una vida digna: de la calle a las instituciones. *Sin permiso*, Monográfico 6, 18-21. Recuperat de: http://www.sinpermiso.info/sites/default/files/monograficosp_2_renta_basica.pdf
- Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión (Comisión Europea) (2012) *La aportación de la UE al envejecimiento activo y a la solidaridad entre generaciones*. Recuperat de: <https://publications.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/5f78f31d-1cac-4263-a76d-7077555349da/language-es>
- Horrach, A. (2016). La Renda Social Garantida. *Revista d'Afers Socials*, núm. 7, pp. 67-70.
- IBESTAT (2018) Enquesta de condicions de vida (ECV). Año 2018. Recuperat de: <https://ibestat.caib.es/ibestat/estadistiques/societat/qualitat-condicions-vida/condicions-vida/7f786040-b066-4664-86c8-b33ce3f9bbdd>
- INE (2018) Encuesta de condiciones de vida (ECV). Año 2018. Recuperat de: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
- Informe INSOCAT per a la millora de l'acció social. Núm.7. Gent gran: pobresa i vulnerabilitat. Setembre 2016. Recuperat de: http://acciosocial.org/wp-content/uploads/2016/09/INSOCAT-7_Gent-gran-pobresa-vulnerabilitat_2016_extens.pdf
- Llei 5/2016, de 13 d'abril de la Renda Social Garantida. BOIB, núm., 47, de 14 d'abril de 2016, pp.10.396-10.409. Recuperat de: <http://www.caib.es/eboibfront/ca/2016/10475/seccio-i-disposicions-generals/471>
- Llei 18/2016, de 29 de desembre, de pressuposts generals de la comunitat autònoma de les Illes Balears per a l'any 2017. BOIB, núm. 164, de 31 de desembre de 2016, p. 39762. Recuperat de: <http://www.caib.es/eboibfront/pdf/ca/2016/164/968909>
- Llei 13/2017, de 29 de desembre, de pressuposts generals de la comunitat autònoma de les Illes Balears per a l'any 2018. BOIB, núm. 160, de 29 de desembre de 2017, p. 42876. Recuperat de: <http://www.caib.es/eboibfront/pdf/ca/2017/160/998026>
- Llobet, M. (2018) La dependencia de decisión de las mujeres. (Sobre renta bàsica i feminismo). *Sin permiso*, Monográfico 6, 11-12. Recuperat de: http://www.sinpermiso.info/sites/default/files/monograficosp_2_renta_basica.pdf
- Valls, F. i Belzunegui, A. (2014) La pobreza en España desde una perspectiva de género. *VII Informe sobre la exclusión y desarrollo social en Espanya 2014*. Fundación Foessa. Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada. Recuperat de: http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/15102014141447_8007.pdf

Annex

- PERSONES TITULARS DE LA RESOGA SEGONS EL MUNICIPI DE RESIDÈNCIA

Municipi de residència	Resoga família	Resoga PNC	%	%	Població major 25 anys	Incidència Resoga fam * 1.000 hab.	Incidència Resoga PNC * 1.000 hab.	
Alaior		9	21	9,47%	6,69%	6.746	1,33	3,11
Castell (Es)		8	38	8,42%	12,10%	5.574	1,44	6,82
Ciutadella de Menorca		24	77	25,26%	24,52%	21.698	1,11	3,55
Ferrieres		2	3	2,11%	0,96%	3.447	0,58	0,87
Maó		42	145	44,21%	46,18%	21.288	1,97	6,81
Mercadal (Es)		1	10	1,05%	3,18%	3.693	0,27	2,71
Migjorn Gran (Es)		0	2	0,00%	0,64%	1.074	0,00	1,86
Sant Lluís		9	18	9,47%	5,73%	5.212	1,73	3,45
Total		95	314	100,00%	100,00%	68.732	1,38	4,57

Municipi de residència	Resoga família	Resoga PNC	%	%	Població major 25 anys	Incidència Resoga fam * 1.000 hab.	Incidència Resoga PNC * 1.000 hab.	
Eivissa		24	277	40,68%	47,19%	38.051	0,63	7,28
Santa Eulària des Riu		10	113	16,95%	19,25%	27.827	0,36	4,06
Sant Josep de sa Talaia		10	70	16,95%	11,93%	20.372	0,49	3,44
Sant Joan de Labritja		3	23	5,08%	3,92%	4.801	0,62	4,79
Sant Antoni de Portmany		12	104	20,34%	17,72%	19.762	0,61	5,26
Total		59	587	100,00%	100,00%	110.813	0,53	5,30

Municipi de residència	Resoga família	Resoga PNC	%	%	Població major 25 anys	Incidència Resoga fam * 1.000 hab.	Incidència Resoga PNC * 1.000 hab.	
Formentera		1	28	100%	100%	9.629	0,10	2,91

- INFORMACIÓ PER MUNICIPIS SOBRE LES PERSONES TITULARS DE LA RESOGA

Municipi de residència	Resoga família	Resoga PNC	%	%	Població major 25 anys	Incidència Resoga fam * 1.000 hab.	Incidència Resoga PNC * 1.000 hab.
Alaró	1	21	0,06%	0,42%	4.009	0,25	5,24
Alcúdia	11	49	0,71%	0,97%	14.479	0,76	3,38
Algaida	9	27	0,58%	0,53%	4.212	2,14	6,41
Andratx	4	36	0,26%	0,71%	8.298	0,48	4,34
Ariany	0	3	0,00%	0,06%	679	0,00	4,42
Artà	4	22	0,26%	0,44%	5.649	0,71	3,89
Banyalbufar	1	0	0,06%	0,00%	413	2,42	0,00
Binissalem	12	43	0,78%	0,85%	5.930	2,02	7,25
Búger	0	4	0,00%	0,08%	819	0,00	4,88
Bunyola	2	10	0,13%	0,20%	4.892	0,41	2,04
Calvià	15	156	0,97%	3,09%	36.896	0,41	4,23
Campanet	2	10	0,13%	0,20%	1.995	1,00	5,01
Campos	7	28	0,45%	0,55%	7.932	0,88	3,53
Capdepera	1	18	0,06%	0,36%	8.759	0,11	2,06
Consell	2	11	0,13%	0,22%	2.854	0,70	3,85
Costitx	3	7	0,19%	0,14%	969	3,10	7,22
Deià	1	1	0,06%	0,02%	498	2,01	2,01
Escorca	0	1	0,00%	0,02%	184	0,00	5,43
Esporles	2	12	0,13%	0,24%	3.665	0,55	3,27
Estellencs	1	0	0,06%	0,00%	264	3,79	0,00
Felanitx	23	44	1,49%	0,87%	12.871	1,79	3,42
Fornalutx	1	0	0,06%	0,00%	526	1,90	0,00
Inca	63	210	4,07%	4,16%	22.910	2,75	9,17
Lloret de Vistalegre	2	9	0,13%	0,18%	973	2,06	9,25
Lloseta	10	36	0,65%	0,71%	4.273	2,34	8,42
Llubí	8	9	0,52%	0,18%	1.641	4,88	5,48
Llucmajor	59	138	3,81%	2,73%	27.045	2,18	5,10
Manacor	48	119	3,10%	2,36%	30.689	1,56	3,88
Mancor de la Vall	3	4	0,19%	0,08%	1.051	2,85	3,81
Maria de la Salut	4	5	0,26%	0,10%	1.615	2,48	3,10
Marratxí	23	140	1,49%	2,77%	26.157	0,88	5,35
Montuïri	7	10	0,45%	0,20%	2.175	3,22	4,60
Muro	9	24	0,58%	0,48%	5.119	1,76	4,69
Palma	1.114	3.442	71,96%	68,13%	306.466	3,63	11,23
Petra	5	13	0,32%	0,26%	2.073	2,41	6,27
Pollença	4	41	0,26%	0,81%	12.269	0,33	3,34
Porreres	9	24	0,58%	0,48%	3.870	2,33	6,20
Puigpunyent	3	2	0,19%	0,04%	1.403	2,14	1,43
Sa Pobla	17	79	1,10%	1,56%	9.247	1,84	8,54
Sant Joan	0	4	0,00%	0,08%	1.570	0,00	2,55
Sant Llorenç	3	13	0,19%	0,26%	6.204	0,48	2,10
Santa Eugènia	0	5	0,00%	0,10%	1.235	0,00	4,05
Santa Margalida	14	34	0,90%	0,67%	8.996	1,56	3,78
Santa Maria del Camí	2	40	0,13%	0,79%	5.171	0,39	7,74
Santanyí	8	19	0,52%	0,38%	9.264	0,86	2,05
Selva	3	13	0,19%	0,26%	3.028	0,99	4,29
Sencelles	5	13	0,32%	0,26%	2.418	2,07	5,38
Ses Salines	5	7	0,32%	0,14%	3.779	1,32	1,85
Sineu	7	17	0,45%	0,34%	2.794	2,51	6,08
Sóller	4	54	0,26%	1,07%	10.872	0,37	4,97
Son Servera	4	18	0,26%	0,36%	8.426	0,47	2,14
Valldemossa	0	2	0,00%	0,04%	1.532	0,00	1,31
Vilafranca de Bonany	3	5	0,19%	0,10%	2.308	1,30	2,17
Total	1.548	5.052	100,00%	100,00%	653.366	2,37	7,73

COL·LECCIÓ «IMAS»

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 61. Novembre 2019

ISSN: 2659-5273

▪ *Prestacions i ajudes econòmiques*

Noves realitats i perfils de situacions de risc d'exclusió del Servei Especialitzat d'Inserció Social i Laboral i la Renda Mínima d'Inserció

Catalina Escanellas
Bruno Fernández

Secció de Prestacions
Direcció Insular d'Inclusió Social - IMAS



REVISTA ALIMARA de l'IMAS esta subjecta a una llicència de
Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative
Commons

Resum

L'article descriu els factors que han impulsat la reorganització i canvi en l'atenció de les situacions de vulnerabilitat i exclusió social del Servei Especialitzat d'Inserció Social i Laboral (SEISL) de l'Àrea d'Inclusió Social de l'IMAS, fent referència a la complexitat dels diferents àmbits que intervenen en aquestes situacions de desigualtats socials. A més, s'analitza l'evolució del perfil de les persones i famílies ateses des de la coexistència de dues prestacions (Renda Social Garantida i Renda Mínima d'Inserció) molt similars com a mecanismes per garantir ingressos econòmics, però que es diferencien en quant a les prestacions i recursos tècnics associats.

En resum, si entenem que els processos d'exclusió socials afecten a moltes altres dimensions més enllà de la insuficiència d'ingressos econòmics, malgrat que sigui un factor cabdal, el SEISL, i en conseqüència la renda mínima d'inserció (RMI), ha d'intentar abordar les situacions de vulnerabilitat i exclusió des d'un acompanyament més ampli, personalitzat i en diferents nivells.

Paraules clau

Renda mínima d'inserció, acompanyament de processos d'inserció, exclusió social, servei especialitzat d'inserció social i laboral.

1. Introducció

Des de ja fa uns anys enrere, des de la Secció de Prestacions de l'àrea d'Inclusió de l'IMAS, des d'on es gestiona la prestació de la Renda Mínima d'inserció, d'ara endavant RMI, i els processos d'inserció que l'acompanyen; es va iniciar tot un procés d'adaptació per a poder respondre a l'evolució de la realitat social de les situacions de vulnerabilitat i de risc d'exclusió, així com també preveient el canvi que s'estimava es produiria amb l'entrada en vigor de la Renda Social Garantida¹⁴, d'ara endavant RESOGA.

La RESOGA, refereix a la seva exposició de motius, apartat V, "amb l'objectiu de revisar i adequar la normativa a les necessitats socials detectades sorgides arran de l'actual conjuntura socioeconòmica, en què els nous perfils de l'exclusió de les Illes Balears no

¹⁴ Llei 5/2016, de 13 d'abril de la Renda Social Garantida.

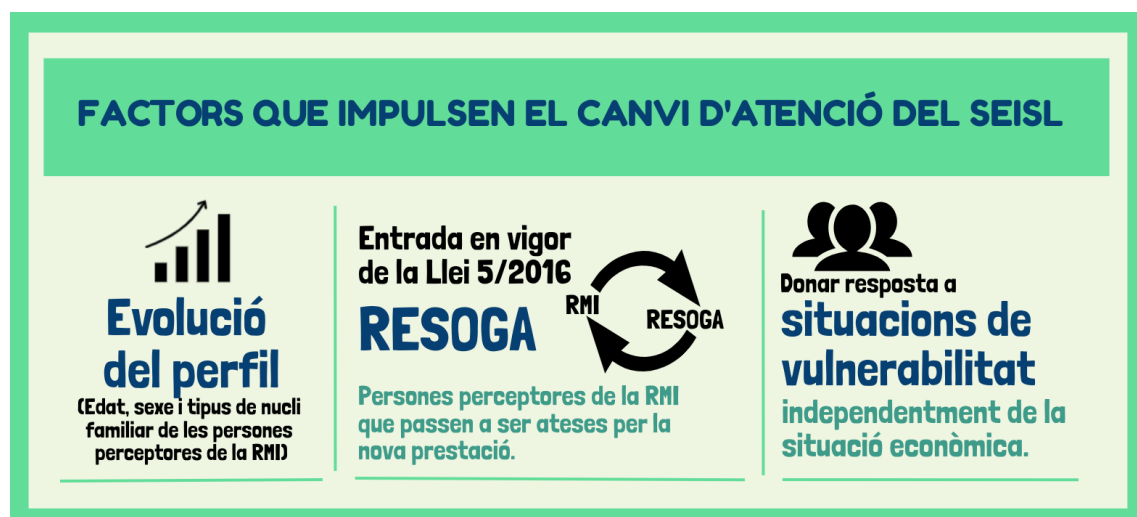
s'adapten al dispositiu bàsic de la RMI, que és el de la inserció laboral -ja que, cada vegada, aquestes persones es roben més allunyades dels mercat de treball-, es vol impulsar aquesta llei com un instrument de protecció social a la família i de lluita contra l'exclusió social".

En canvi, el decret regulador de la RMI¹⁵ exposa als articles 1 i 2 el seu objectiu i finalitat, explicitant que més enllà de ser una prestació econòmica dirigida a la cobertura de les despeses bàsiques per a la supervivència, a més defineix els plans d'inserció social i laboral, mecanisme en el qual s'integren els programes i activitats, l'objectiu dels qual és la inserció social i/o laboral de les persones destinatàries de la prestació econòmica.

La coexistència necessària d'aquestes dues prestacions per donar resposta a les noves realitats socials de les situacions de vulnerabilitat i risc d'exclusió de l'Illa de Mallorca, i partint de la concepció multidimensional de l'exclusió social; es fa patent la necessitat de l'adaptació de l'atenció, més enllà de la gestió de la RMI (Sastre i Fernández, 2016), que ofereix la Secció de Prestacions, actualment reorganitzada com al Servei Especialitzat d'Inserció Social i Laboral (SEISL).

2. Factors que impulsen el replantejament de l'atenció des de la secció

Aquesta adaptació de l'atenció oferida pel SEISL es veu reforçada i impulsades per una sèrie de factors que es detallen a continuació i avaluats durant la implementació d'aquesta nova reorganització:



¹⁵ Decret 117/2001, de 28 de setembre, que regula la Renda Mínima d'Inserció.

2.1 Evolució del perfil: edat, sexe i tipus de nucli

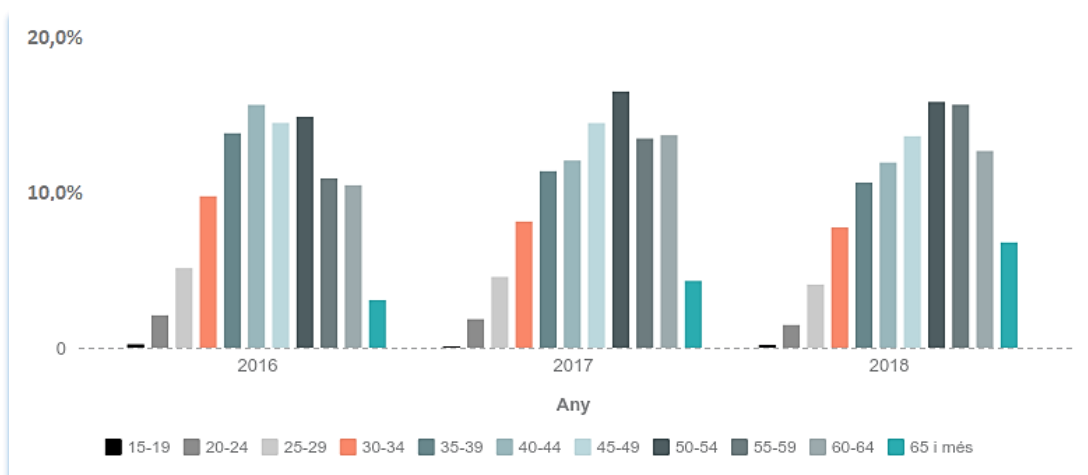
L'anàlisi de les dades de les memòries anuals publicades per l'IMAS reflecteixen una evolució en el perfil de les persones ateses que, encara que no s'ha pogut confirmar que sigui una conseqüència directe, sí que coincideix amb l'entrada en vigor de la RESOGA. Aquesta evolució del perfil s'ha estudiat des de l'edat, sexe i el tipus de nucli de les persones perceptores de la RMI.

Respecte de l'edat de les persones perceptores de la RMI: en aquest sentit, a l'any 2013, el grup més nombrós pertanyien al tram d'edat entre 35 i 39 anys, gairebé un 20%, en canvi, com teniu a la taula 1, als darrers tres anys (2016-2018) són els que pertanyen al tram de 50 i 54 anys. Aquesta dada s'ha interpretat que un dels efectes de la posada en marxa de la Renda Social Garantida, a l'any 2016, va ser el canvi significatiu en el tram d'edat de la població atesa per la RMI.

TAULA 1. Evolució de l'edat de les persones perceptores de la RMI

	2016	2017	2018
15-19	0,22%	0,10%	0,17%
20-24	2,08%	1,83%	1,46%
25-29	5,10%	4,54%	4,05%
30-34	9,71%	8,09%	7,71%
35-39	13,75%	11,32%	10,58%
40-44	15,57%	12,00%	11,87%
45-49	14,41%	14,40%	13,56%
50-54	14,81%	16,43%	15,76%
55-59	10,86%	13,41%	15,58%
60-64	10,42%	13,62%	12,61%
65 i més	3,06%	4,28%	6,75%

GRÀFICA 1. Evolució de l'edat de les persones perceptores de la RMI



Font: elaboració pròpia a partir de la Memòria anual IMAS

Cal destacar l'evolució del total de perceptors majors de 45 anys els tres darrers anys. D'un 53,56% de la població que pertanyia al tram de més de 45 anys a l'any 2016; al 64,26% de l'any 2018. Així doncs, sí s'entén l'envelliment de la població de la RMI, que ha augmentat un poc més del 10% del total de perceptores als tres darrers anys.

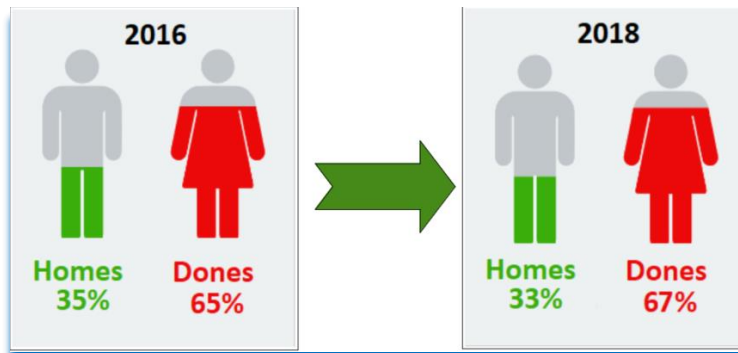
TAULA 2. Evolució de la població perceptora de la RMI majors de 45 anys

	2016	2017	2018
45-49	14,41%	14,40%	13,56%
50-54	14,81%	16,43%	15,76%
55-59	10,86%	13,41%	15,58%
60-64	10,42%	13,62%	12,61%
65 i més	3,06%	4,28%	6,75%
Total	53,56	62,14%	64,26%

Font: elaboració pròpia a partir de la Memòria anual IMAS

Respecte del sexe de la població perceptora de la RMI, no es detecta un gran canvi en la seva distribució en els tres darrers anys, però s'evidencia una tendència lleugera d'increment de la població femenina.

GRÀFICA 2. Evolució de la distribució de les persones perceptores de la RMI per sexe



Respecte del tipus del nucli familiar, com s'observa a la Taula 3, hi ha una tendència al canvi amb un increment significatiu de llars unipersonals i una reducció de nuclis familiars. Cal destacar que a l'any 2018, per primera vegada el nombre de titulars de la prestació supera el nombre de persones beneficiàries (altres membres del nucli que no són el titular i hi ha un vincle parentiu de parella o fills). Vegeu la Taula 4.

TAULA 3. Evolució de la composició del nucli familiar

	2016	2017	2018
1 beneficiari	38%	50%	56%
2 beneficiaris	22%	21%	19%
3 beneficiaris	17%	13%	13%
4 beneficiaris	13%	9%	7%
5 beneficiaris	6%	4%	3%
6 i més beneficiaris	4%	3%	2%

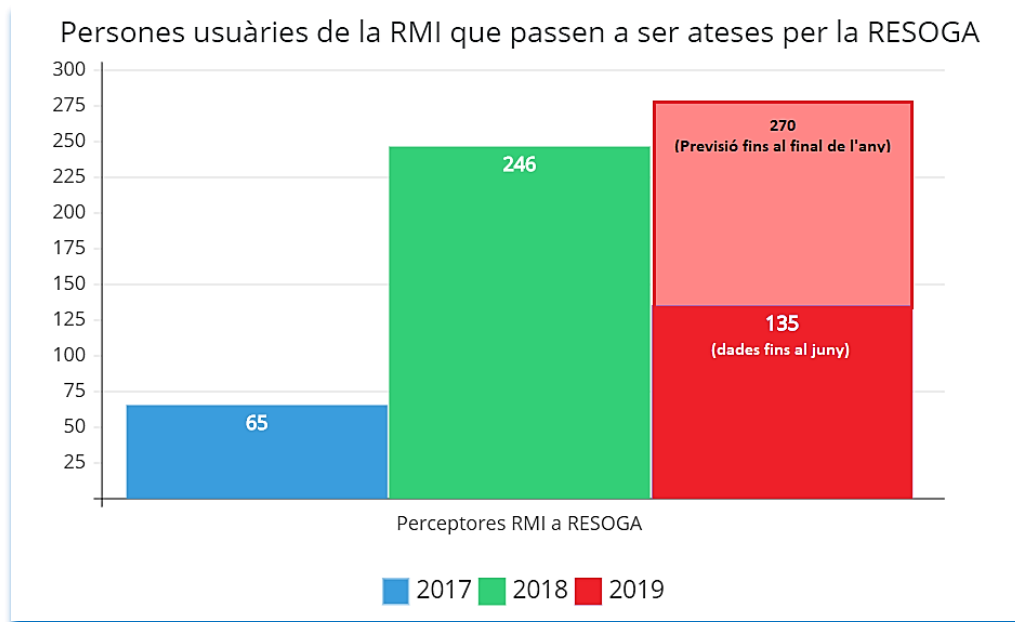
TAULA 4. Evolució dels titulars i beneficiaris de la RMI

Any	Titulars	Beneficiaris (no titulars)	Total
2016	2.254	3.174	5.428
2017	1.918	2.009	3.927
2018	1.777	1.605	3.382

2.2 L'entrada en vigor de la RESOGA: persones usuàries de la RMI que passen a ser ateses per la nova prestació

Des de l'entrada en vigor de la RESOGA s'observa a part dels canvis en el perfil abans esmentats (edat, sexe i tipus nucli), altres casos que passen d'una prestació a l'altre de forma directa; és a dir, al moment en què passen a ser atesos per la RESOGA són donats de baixa de la RMI. D'acord amb l'article 6,1 de la Llei 5/2016, com a prestacions econòmiques, la RMI i la RESOGA són incompatibles.

GRÀFICA 3. Persones perceptores de la RMI que passen a ser ateses per RESOGA



2.3 La necessitat de donar resposta a situacions de vulnerabilitat independentment de la situació econòmica

La possibilitat de fer que les persones i/o famílies en situació de vulnerabilitat i/o risc d'exclusió social puguin accedir a les prestacions tècniques (programes d'inserció social i laboral) que s'havien anat desenvolupant des de la Secció, fins al moment entorn a les persones ateses per la prestació econòmica, però que tal i com reconeix el decret

regulador de la RMI, van dirigits a la població en situació de risc d'exclusió independentment de si són perceptors o no de la prestació econòmica:

"Els programes d'inserció social tenen com a objectiu millorar les condicions de vida de la població en risc d'exclusió. Són programes que donen resposta a les necessitats socials bàsiques i estructuren els processos de treball social, individual i familiar (d'informació, assessorament, assistència a domicili, allotjament alternatiu, prevenció, promoció i cooperació social), que es desenvolupen des dels serveis socials, tant d'atenció primària, com de serveis específics."

Els programes d'inserció laboral tenen com a objectiu facilitar la inserció i la reinserció de les persones que s'ajusten als perfils establerts per accedir a la prestació econòmica, tot i que s'adrecen a les persones que es troben en situació d'exclusió social, independentment que la seva situació econòmica els permeti accedir a la prestació de la renda mínima d'inserció".¹⁶

TAULA 5. Percentatge de població atesa pel SEISL perceptora o no de la RMI

	2018	Percentatge
Població perceptora RMI	1.553	82%
Població no perceptora RMI	1.918	18%

3. El Servei Especialitzat d'Inserció Social i Laboral

A partir d'aquest context descrit, s'ha anat treballant pel desenvolupament d'un canvi ja iniciat a l'any 2016 en l'organització, i el reforçament de la seva reestructuració com a SEISL, des d'on poder donar suport en els processos d'inserció de les persones i/o famílies en situació de vulnerabilitat, risc d'exclusió o d'exclusió.

La Llei de Serveis Socials¹⁷, des d'on s'ha treballat la reestructuració del Servei Especialitzat d'Inserció Social i Laboral (SEISL), s'hi regula:

- Dintre de les competències dels consells insulars s'hi troben el "desenvolupar els serveis socials especialitzats" (art. 37).
- Es contemplen els serveis socials especialitzats per donar resposta a necessitats que requereixen una especialització tècnica o la disposició de recursos determinats. Estan dirigits a **col·lectius que requereixen atenció particularitzada**. A més es contempla que **s'organitzen en forma de xarxa sobre el territori**. En aquests serveis s'inclouen els equips tècnics de valoració que a més diagnostiquen

¹⁶ Article 18, Decret 117/2001, de 28 de setembre, que regula la renda mínima d'inserció.

¹⁷ Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears.

situacions de necessitat de difícil abordatge de part dels serveis socials comunitaris (art.17).

- En les funcions d'aquests serveis s'hi preveuen les actuacions preventives de situacions de risc, per determinar l'accés a prestacions econòmiques pròpies i aplicar mesures d'inserció social i laboral. I també s'hi inclouen alguns elements metodològics com la coordinació amb els serveis socials comunitaris, equips professionals d'altres sistemes de benestar socials, amb entitats associatives i les que actuen a l'àmbit de serveis socials especialitzats (art.18).

Serveis que es presten des del SEISL:

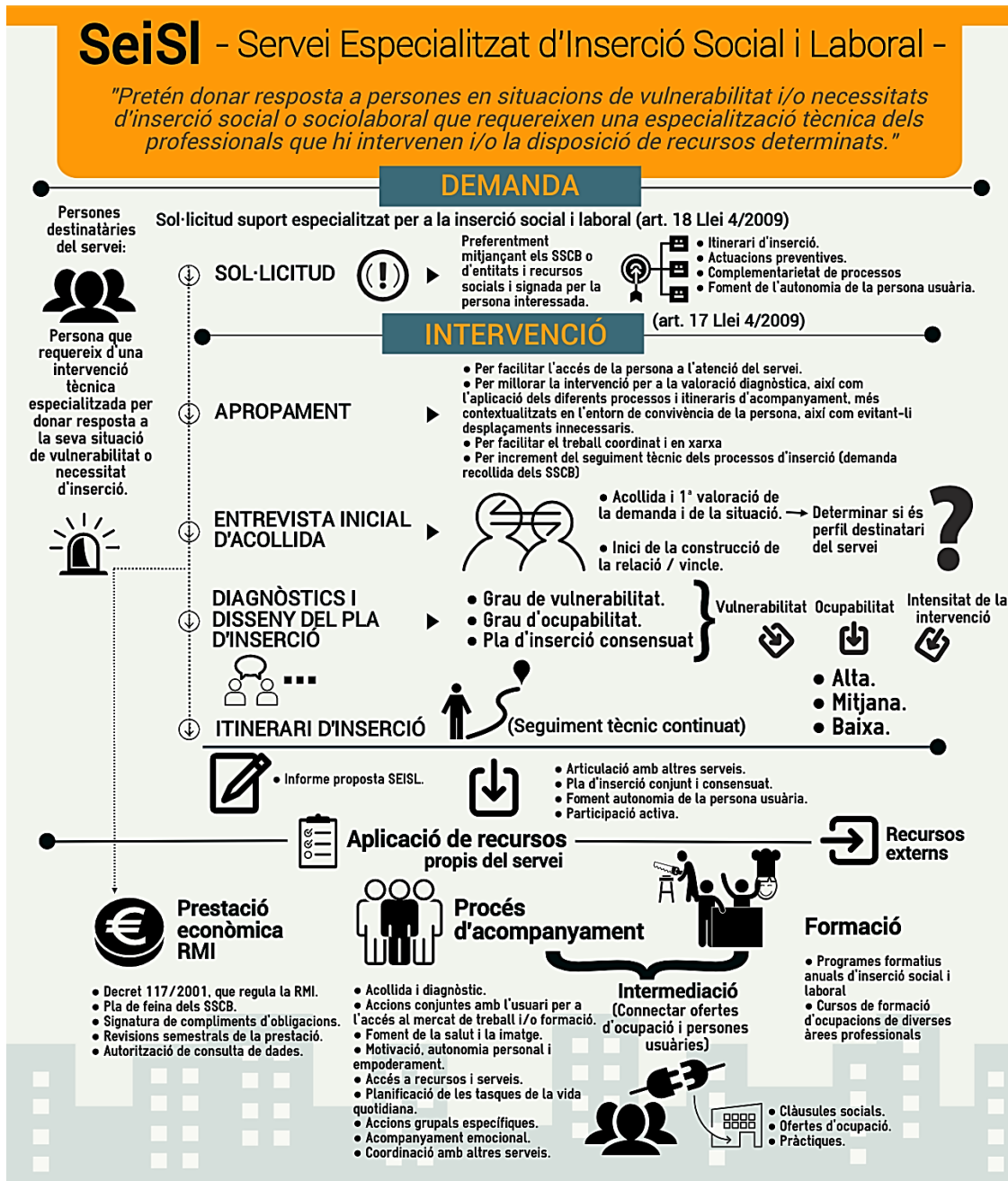
- . Renda Mínima d'Inserció.
- . Acompanyament a la inserció.
- . Formació i capacitació per a la inserció sociolaboral de col·lectius vulnerables.
- . Intermediació (servei associat les pràctiques formatives dels cursos de Formació propis, ofertes d'ocupació i clàusules socials)

A nivell metodològic, s'ha anat establint un procediment d'intervenció a partir d'un diagnòstic de vulnerabilitat i/o d'ocupabilitat realitzat per part de l'equip tècnic del SEISL: es dissenya l'itinerari d'inclusió personalitzat i consensuat amb la persona destinatària del servei, a partir del qual es configuren les actuacions que es porten a terme amb l'objectiu de generar un procés de canvi i millora de la situació social i/o sociolaboral amb la finalitat de facilitar el procés d'inserció (veure Gràfica 3. *Servei Especialitzat d'Inserció Social i Laboral*).

Aquesta intervenció es du a terme fonamentalment en coordinació amb els serveis socials comunitaris bàsics i/o altres serveis que formin part del procés per tal de reforçar la xarxa de suport social.

Aquests itineraris es poden diferenciar segons els objectius marcats al moment de la valoració de la situació i que poden anar canviant al llarg del procés. Així es poden establir *itineraris d'inserció sociolaboral*, amb intervencions dirigides a la millora de les condicions d'accés al mercat laboral.

GRÀFICA 3. Servei Especialitzat d'Inserció Social i Laboral



En aquests itineraris s'ha de destacar el pes del Servei de formació i capacitació per a la inserció de col·lectius vulnerables, ofereix una programació formativa de cursos d'ocupacions (de 280 o 380 h) i programes formatius anuals (880 h) com a mecanisme de suport als processos d'inserció social i laboral. Des del servei, es du a terme una intervenció social especialitzada, en la qual s'inclou, entre altres actuacions, accions de formació per a l'adquisició de competències professionals i adquisició d'hàbits i habilitats socials, prelaborals i laborals per a la integració social i laboral de col·lectius en situació de vulnerabilitat o risc d'exclusió.

TAULA 6. *Participants als cursos de formació del SEISL (1er semestre 2019)*

ENTITATS CONTRACTADES	CURSOS DEL SEISL (Àrea d'Inclusió Social)	Homes	Dones	Total
PATRONAT OBRER	Lot 1 curs auxiliar de perruqueria (Palma)	12	5	17
CREU ROJA	Lot 4 curs de neteja de superfícies i mobiliari en edificis i locals (Palma)	10	5	15
PA I MEL	Lot 10 curs operacions bàsiques de pisos en allotjament (Inca i Platja de Muro)	16	0	16
CREU ROJA	Lot 12 curs auxiliar de comerç (Manacor)	11	4	15
FUNDACIÓ PER A LA FORMACIÓ I LA RECERCA	Lot 17 Itinerari formatiu anual d'habilitats sociolaborals i d'activitats bàsiques de comerç (comerç i magatzem) (S'inclou el Programa PALMA 1)	37	20	57
AULA CULTURAL	Lot 18 Itinerari formatiu anual d'habilitats sociolaborals i d'operacions bàsiques de cuina (s'inclou ALBADA)	27	13	40
PA I MEL	Lot 19 Itinerari formatiu anual d'habilitats sociolaborals i d'ajudant de cuina/cambredor. (S'inclou PREPARA'T)	26	19	45
IRES	Lot 20 Itinerari formatiu anual d'habilitats sociolaborals i d'ajudant de restauració (S'inclou MES LLUNY)	31	16	47

A continuació es presenten alguns indicadors de resultats del primer semestre de l'any 2019:

- Atès que el nombre de places és limitat i que l'oferta formativa només contempla una sèrie de perfils d'ocupacions, només un 20% de les persones ateses pel servei han pogut participar en la formació del SEISL, quedant en altres sol·licituds en llista d'espera.
- Un 75% dels participants de la modalitat formativa de cursos d'ocupacions (280 o 380 hores) han fet pràctiques.
- Un 41,3% dels participants a formació són perceptores/beneficiaris de la RMI. Cal destacar que la nostra oferta formativa inclou la possibilitat de participar a les persones que han de regularitzar de la seva situació administratives i, també, menors de 25 anys. Aquests perfils no són destinataris de la RMI.

Per altra banda es poden establir *itineraris d'inserció social*, que des d'una metodologia d'acompanyament a la inserció, intenten abordar els factors de vulnerabilitat o risc social que poden conduir a la persona o família atesa a un procés d'exclusió social i treballar per a la contenció, la prevenció i l'orientació de les actuacions cap a la inserció social de la persona i/o família (facilitació de l'accés a recursos, motivació per a la participació activa, ...)

TAULA 7. *Tipologia d'itinerari dissenyats de les persones entrevistades*

Tipus d'itinerari dissenyats	2019 (Gener – setembre)	%
Itinerari sociolaborals	1331	70%
Itinerari socials	502	26%
Sense determinar	68	4%
Total de persones entrevistades	1901	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de les consultes estadístiques de l'aplicació informàtica del SEISL

Per aquests itineraris, com hem esmentat abans, és fonamental el treballar en coordinació amb els recursos de l'entorn de la persona i/o família. Per a fomentar tant a la persona com als serveis del seu entorn proper, el SEISL està descentralitzat i actua en coordinació i amb la col·laboració dels Serveis Socials Comunitaris Bàsics (SSCB) l'apropament de l'atenció a les pròpies dependències dels serveis socials municipals corresponents, fent possible:

- Facilitar l'accés de la persona a l'atenció del servei.
- Poder millorar la intervenció per a la valoració diagnòstica, així com l'aplicació dels diferents processos i itineraris d'acompanyament, més contextualitzats en l'entorn de convivència de la persona, així com evitant-li desplaçaments innecessaris.
- Facilitar el treball coordinat i en xarxa
- Donar resposta a les necessitats recollides des dels SSCB tals com son l'increment del seguiment tècnic dels processos d'inserció, dels itineraris individualitzats i incrementar l'acompanyament en el procés d'inserció.

4. El reptes de futur del SEISL

Analitzant la informació i les dades exposades d'aquests darrers anys, les línies plantejades com a reptes de futurs del servei són:

- Millorar els instruments i eines diagnòstiques per tal de poder homogeneïtzar els indicadors de vulnerabilitat i d'exclusió.
- Continuar amb el treball per a la millora en la metodologia d'intervenció en processos d'acompanyament.
- Promoure la millora continua en l'anàlisi de les necessitats socials, dels factors de vulnerabilitat i d'exclusió social.
- Treballar per a l'adaptació dels recursos a les realitats de la ciutadania perquè vertaderament siguin un instrument vàlid per a la lluita contra l'exclusió social.

5. A mode de conclusió

Per una banda, un dels objectius de l'Estratègia Nacional de prevenció i lluita contra la pobresa i l'Exclusió social 2019-2023 és la millora de la qualitat de vida i el ple desenvolupament de les persones i famílies més vulnerables i atendre les necessitats derivades de les situacions d'exclusió social¹⁸.

D'altra banda, la situació que es reflecteix a l'informe sobre exclusió i desenvolupament social a les Illes Balears (Fundación FOESSA, 2019), on s'analitza el continu integració-exclusió des dels diferents eixos que el conformen (eix econòmic; eix polític i de ciutadania; eix social i relacional), ens mostra que a les Illes Balears hi ha un 21,5% de la població en situació d'exclusió, fent la referència a que aquesta exclusió social a les Illes té un caràcter manco econòmic que a la resta d'Espanya, amb l'augment destacable de l'exclusió vinculada a l'eix social-relacional.

Dit d'una altra manera: si entenem que els processos d'exclusió socials son molt més complexos que els de la pobresa i afecten a moltes altres dimensions més enllà de la dimensió purament econòmica (Raya i Caparrós, 2014); si analitzem l'elevat risc de cronificació d'aquestes situacions d'exclusió en el temps i les conseqüències que se'n deriven a tots els nivells (personals, de salut, relacionals, familiars, d'habitatge, ...) per mor de les greus dificultats que envolten a les persones en situacions de desigualtat

¹⁸ Objectiu contemplat a l'Estratègia Nacional de prevenció i lluita contra la pobresa i l'Exclusió social 2019-2023.

social per a poder arribar a una situació d'inclusió plena que permeti una participació i desenvolupament social integrals; podem concloure que:

La necessitat de promoure processos d'inserció que puguin donar cobertura a tots els eixos i dimensions que formen part de les situacions de vulnerabilitat i exclusió, ha de continuar sent una de les prioritats a tots els àmbits de les polítiques socials.

Referències bibliogràfiques

Decret 117/2001, de 28 de setembre, que regula la Renda Mínima d'Inserció. Recuperat de: <http://boib.caib.es/pdf/2001120/mp14803.pdf>

Estratègia Nacional de prevenció i lluita contra la pobresa i l'Exclusió social 2019-2023
Recuperat de:
https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/inclusionSocialEspana/Estrategia_Prev_LuchaPobreza_19-23.pdf

Fundación FOESA (2019). *Informe sobre exclusión y desarrollo social en Baleares. Resultados de la encuesta sobre integración y necesidades sociales 2018*. Cáritas.

IMAS. (2016). Memòria anual. Recuperat de <http://www.imasmallorca.net/ca/imas/237>

IMAS. (2017). Memòria anual. Recuperat de <http://www.imasmallorca.net/ca/imas/237>

IMAS. (2018). Memòria anual. Recuperat de <http://www.imasmallorca.net/ca/imas/237>

Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears. Recuperat de <https://www.caib.es/sites/institutestudisautonemics/f/171143>

Raya Díez, E., i Caparrós Civera, N. (2014): Acompañamiento como metodología de Trabajo Social en tiempos de cólera. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(1): 81-91

Sastre, T., i Fernández, B. (2016). 15 anys de la Renda Mínima d'Inserció. *Revista d'Afers Socials*, núm. 7, pp. 71-80

COL·LECCIÓ «IMAS»

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 61. Novembre 2019

ISSN: 2659-5273

■ *Prestacions i ajudes econòmiques*

Ajudes econòmiques individuals per a persones amb discapacitat

Mercè Garcia Roca

Direcció Insular d'Atenció a Persones amb Discapacitat i
Innovació Social - IMAS



REVISTA ALIMARA de l'IMAS esta subjecta a una llicència de
Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative
Commons

Resum

Article explicatiu sobre una modalitat d'ajudes econòmiques dirigides específicament a les persones amb discapacitat que tinguin reconegut un grau de discapacitat igual o superior al 33% dictaminat i vigent, i que tenen com a finalitat el finançament d'aquells tractaments o conceptes que permeten aconseguir la recuperació física, psíquica i sensorial de les persones amb alguna discapacitat, així com suplir o complementar les seves limitacions i mancances funcionals, facilitant el desenvolupament de la vida diària, augmentant-ne la qualitat de vida i el benestar social.

Paraules clau

Ajudes econòmiques, persones amb discapacitat, ajudes tècniques.

Finalitat de les ajudes econòmiques individuals

Les ajudes econòmiques individuals per a persones amb discapacitat resta inclosa a la Cartera Insular de Serveis Socials i dels Serveis a Menors i Família de Mallorca, modificat per Acord de Ple de dia 22 de desembre de 2017¹⁹.

La finalitat d'aquesta convocatòria és el finançament d'aquells tractaments o conceptes que permeten aconseguir la recuperació física, psíquica i sensorial de les persones amb alguna discapacitat, així com suplir o complementar les seves limitacions i mancances funcionals, facilitant el desenvolupament de la vida diària, augmentant-ne la qualitat de vida i el benestar social.

Poden ser beneficiàries de les ajudes les persones amb discapacitat que reuneixen els següents requisits generals:

1. Tenir menys de 65 anys en la data de presentació de la sol·licitud.
2. Tenir un grau reconegut de discapacitat igual o superior al 33% dictaminat i vigent abans de la finalització del termini de presentació de sol·licituds d'aquesta convocatòria o ser beneficiari d'una pensió de la Seguretat Social d'incapacitat permanent en el grau de total, absoluta o gran invalidesa, o pensionista de classes passives que tinguin reconeguda una pensió de jubilació o de retir per incapacitat permanent per al servei o inutilitat, d'acord amb l'article 4 del Reial decret legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social.
3. Que estiguin empadronades a l'illa de Mallorca.

¹⁹ BOIB núm. 87, de 18 de juliol de 2017.
BOIB núm. 161, de 30 de desembre de 2017.

4. No trobar-se sotmesa a cap dels supòsits de prohibició per ser beneficiària de subvencions establerts a l'article 13 de la Llei 38/2003, general de subvencions.
5. Que la renda de la persona sol·licitant no superin els límits establerts a cada convocatòria, calculats en base a l'Indicador Públic de Renda d'Efectes Múltiples (IPREM).

L'ajuda sol·licitada ha de ser concordant amb la discapacitat de la persona sol·licitant, això significa que l'ajuda que sol·liciti ha d'estar relacionada amb la seva particular discapacitat.

En aquells casos en els que no quedi acreditada estrictament la concordança entre la discapacitat i el concepte sol·licitat, es valorarà la idoneïtat de dita sol·licitud sempre que vengui acompanyada d'informe tècnic professional dels serveis públics on s'especifiqui relació entre l'ajuda sol·licitada i la discapacitat.

Modalitat de les ajudes econòmiques

Les ajudes econòmiques tenen dues modalitats:

1. Els tractaments professionals socio-sanitaris.

Són aquells tractaments re-habilitadors, dirigits a aconseguir la recuperació física, psíquica i sensorial de les persones amb alguna discapacitat.

Inclouen intervencions professionals de: psicomotricitat, logopèdia, tractament psicopedagògic, tractament psicoterapèutic i altres tractaments similars que corresponguin a la mateixa finalitat.

2. Les ajudes tècniques.

S'entén per ajuda tècnica, les pròtesis, òrtesis i aquells instruments, utensilis, dispositius i/o equips de diferents graus de complexitat per a les persones amb discapacitat, amb la finalitat de suplir o complementar la seva limitació i mancances funcionals, facilitant el desenvolupament de la seva vida diària, augmentant-ne la qualitat de vida i el benestar social.

Aquestes ajudes tècniques són les següents:

- a) Ajudes per a la mobilitat.

Les que actuen com a intermediàries entre la persona i l'entorn, faciliten la relació i permeten una millor mobilitat i autonomia.

També fan referència als instruments que tenen com a finalitat suplir o complementar les limitacions i/o mancances de mobilitat funcional:

- Obtenció del permís de conduir per a persones amb discapacitat física que necessitin adaptació del vehicle.
- Adquisició de vehicle adaptat o adaptació de vehicle.

- Llit hospitalari/articulat, matalàs antiescares, cadira de dutxa, grua, etc.

b) Pròtesis i òrtesis.

S'entenen per pròtesis aquells productes sanitaris que requereixen una adaptació personalitzada i adreçades a substituir un òrgan o part de la persona. Les òrtesis són aquells productes sanitaris d'ús extern i no implantables adreçats a modificar les condicions estructurals o funcionals del sistema neuromuscular, sensorial o de l'esquelet.

c) Estris bàsics i necessaris:

Les sol·licituds d'estris bàsics que siguin indispensables per a la millora de la qualitat de vida, així com per a fomentar l'autonomia personal, es poden valorar excepcionalment sempre considerant les mancances funcionals dels sol·licitants.

d) Despeses de transport per a tractaments rehabilitadors, en el cas que el beneficiari no gaudeixi de mitjans públics de transport o no en pugui fer ús a causa de la seva discapacitat, i s'acrediti el caràcter urgent del tractament. A més, la persona que rebí el tractament no podrà ocupar una plaça a un servei que compti amb ajudes al transport.

Amb caràcter general, les persones sol·licitants d'ajudes tècniques no poden haver rebut subvencions pel mateix concepte en les dues convocatòries anteriors, excepció feta dels tractaments re-habilitadors socio-sanitaris, que es poden sol·licitar a cada convocatòria i les pròtesis dentals i tractaments bucodentals que es poden sol·licitar dues convocatòries seguides, ni sol·licitar ajudes incloses al catàleg general del material ortoprotèsic vigent per al 2018 del Sistema Nacional de Salut, exceptuant: cadira de rodes, caminador, cadira de rodes fixe per a inodor/wc, audiòfons, material coclear, plantilles, sabates ortopèdiques, faixa especial, faixes lumbar, coixins antiescares.

Conceptes i inversions subvencionables

Les ajudes es poden concedir per la quantitat màxima establerta en aquesta convocatòria per cada concepte o inversió o per una part d'aquestes; en tot cas, la quantitat màxima individual que es concedeix és la següent:

TAULA 1. *Concepte i quantia d'ajuda econòmica màxima*

CONCEPTE	QUANTIA
Obtenció del permís de conduir per a persones amb discapacitat física que necessitin adaptació del vehicle	740 €
Lentilles	300 €
Tractament bucodentals associats a la discapacitat	850 €
Elevador WC	155 €
Pròtesis de cabell	625 €
Despertador d'alerta	129 €
Fèrula de descàrrega dental/oclusal	172 €
Tractaments re-habilitadors socio-sanitaris	2.500 €
Material audiòfons	200 €

Sabates ortopèdiques	65 €
Plantilles	65 €
Faixes lumbar	65 €
Faixa especial	540 €
Material d'implant coclear o osteointegrat	1.500 €
Reparacions d'audiòfons o d'implants (quan el cost és superior a 300,00€ sempre i quan l'aparell no estigui en període de garantia).	800 €
Coixins antiescares	130 €

TAULA 2. Tipus d'inversió i quantia d'ajuda econòmica màxima

INVERSIÓ	QUANTIA
Adquisició de vehicle adaptat o adaptació d'automòbil	2.500 €
Adquisició d'altres vehicles adaptats a la discapacitat(escúter, tricicles, bicicletes)	1.545 €
Ulleres	310 €
Pròtesi dental o tractament bucodental	850 €
Grua	1.440 €
Arnès per a grua	225 €
Llit hospitalari / adaptat	1.750 €
Carro elevador	825 €
Somier llit hospitalari	360 €
Matalàs antiescares	360 €
Trapezi incorporador	205 €
Baranes de llit	130 €
Tauleta auxiliar per a llit hospitalari	105 €
Cadira de dutxa / wc	310 €
Seient giratori de banyera	255 €
Barres de paret	155 €
Post banyera	105 €
Carro de rentat hidràulic	1.924 €
Seient gandula de banyera amb cinturons de seguretat	800 €
Descalcificador	1.027 €
Elevador o plataforma salvaescales amb o sense cadira/oruga salvaescales	2.000 €
Caminador postural infantil	1.830 €
Butaca anatòmica	620 €
Dispositius i/o programes de suport per a la vida diària i/o la comunicació alternativa.	500 €
Cadira rodes	2.000 €
Cadira rodes de paràlisi cerebral infantil	1.030 €
Adaptació de cadires de rodes	1.030 €
Cadira de rodes fixa per a inodor i wc	220 €
Audiòfon esquerre	1.750 €
Audiòfon dret	1.750 €
Vareta auditiva	1.000 €
Caminador	84 €

Seient Tumble	600 €
Cadira d'aula	650 €
Ortesi dafo	700 €
'Bipedestador'	1.500 €
Grua hidràulica per a piscina	2.000 €
Cadira amfíbia per nedar	1.500 €
Selecció i ensinistrament i formació d'un ca d'assistència a persones amb discapacitat	2.000 €

Per altres ajudes no previstes en el barem la comissió avaluadora de les ajudes analitza la idoneïtat de la sol·licitud en cada cas. Les persones interessades poden sol·licitar ajudes per un únic concepte o inversió sense superar mai la quantia de 2.500 euros.

Una vegada revisades totes les sol·licituds de cada convocatòria la quantia atorgada podrà ser del 100% de la despesa sempre que aquesta no superi la quantia màxima atorgada per al concepte i en cas d'advertir-se insuficiència de recursos pressupostaris per atendre totes les demandes subvencionables, es pot aplicar un coeficient reductor i es redueixen proporcionalment les quanties concedides a totes les sol·licituds que compleixen els requisits, fins adaptar-se a la disponibilitat pressupostària.

A la darrera convocatòria de despeses realitzades al llarg de l'any 2018 i que s'està tramitant al llarg de l'any 2019, el pressupost de la convocatòria és d'un import de 400.000 euros. S'han presentat 501 sol·licituds. Les sol·licituds rebudes són pels següents conceptes i quantia:

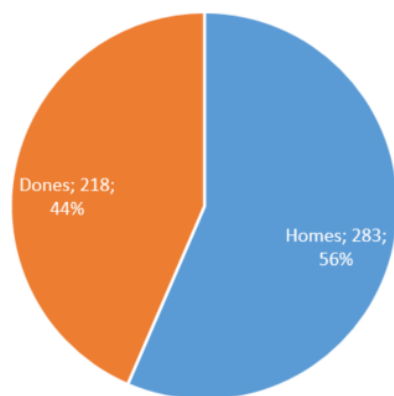
TAULA 3. Nombre de sol·licituds presentades i concepte

Concepte	Nbre sol·licituds
Audiòfon esquerre	35
Audiòfon dret	46
Tractaments re-habilitadors sociosanitaris	215
Material d'implant coclear o osteointegrat	12 €
Ulleres	49
Tractament bucodentals associats a la discapacitat	26
Accessoris cadira de rodes	1
Grua	7
Capell percussor	1
Material audiòfons	3
Accessoris cadira de rodes elèctrica	1
Llit hospitalari / adaptat	6
Adquisició de vehicle adaptat o adaptació d'automòbil	17
Plantilles	9
Cadira amfíbia per nedar	1
Reparacions d'audiòfons o d'implants	3
Braç barbata (adaptació cadira de rodes)	1
Bipedestador	2
Caminador	4
Elevador o plataforma salvaescales amb o sense cadira/oruga salvaescales	2

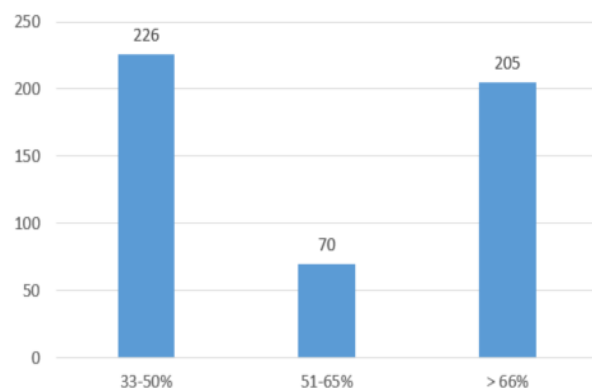
Pròtesi dental o tractament bucodental	13
Codera Condilax	1
Adquisició d'altres vehicles adaptats a la discapacitat(escúter, tricicles, bicicletes)	4
Cadira rodes	7
Butaca anatòmica	2
Cadira de dutxa / wc	8
Reparacions d'audiòfons o d'implants	3
Lentilles	2
Sabates ortopèdiques	2
Rampa plegable per a cadira de rodes	1
Grua bipedestació	1
Material audiòfons	3
Obtenció del permís de conduir per a persones amb discapacitat física que necessitin adaptació del vehicle	1
Tablet per comunicació	1
Fèrula de descàrrega dental/oclusal	2
Concepte no previst a la convocatòria	2
Ortesi Dafo	1
Calces antiembòlies	1
Elevador WC	1
Grua hidràulica per a piscina	1
Transport a tractament	1
Seient postural amb carcassa a mida	2

Algunes dades

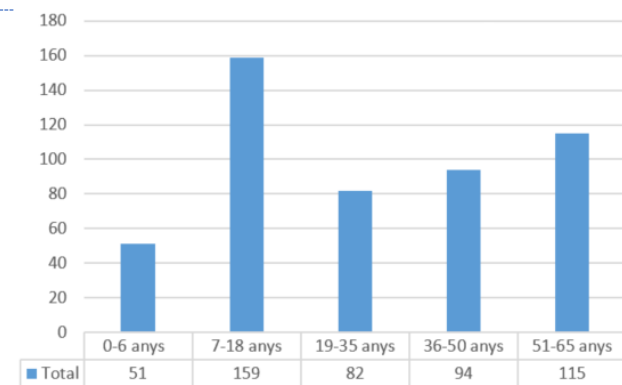
GRÀFICA 1. Nombre i percentatge de sol·licituds



GRÀFICA 2. Nombre de sol·licituds en funció del grau de discapacitat



GRÀFICA 3. Nombre de sol·licitants per interval d'edat



TAULA 4. Nombre de sol·licitants per municipi

Municipi	Total	Municipi	Total	Municipi	Total
Alaró	4	Inca	33	Puigpunyent	3
Alcúdia	1	Lloret	1	Sa Pobla	6
Algaida	1	Lloseta	4	Sant Joan	5
Andratx	3	Llubí	5	Sant Llorenç	2
Ariany	1	Llucmajor	11	Santa Margalida	3
Binissalem	9	Manacor	38	Santa Maria	3
Bunyola	5	Maria de la Salut	1	Santanyí	8
Calvià	19	Marratxí	20	Selva	3
Campanet	2	Montuïri	1	Sencelles	2
Campos	7	Muro	5	Ses Salines	1
Capdepera	1	Palma	247	Sineu	2
Consell	6	Petra	1	Sóller	3
Esporles	2	Pollença	5	Son Servera	4
Felanitx	13	Porreres	3	Vilafranca	7

COL·LECCIÓ «IMAS»

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 61. Novembre 2019

ISSN: 2659-5273

▪ *Serveis socials comunitaris*

Els Serveis Socials Comunitaris Bàsics. 10 anys després de la Llei 4/2009 de serveis socials de les Illes Balears

Julià Baltasar Jaume

Secció de Suport Tècnic Municipal.
Direcció Insular de Suport Territorial – IMAS



REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

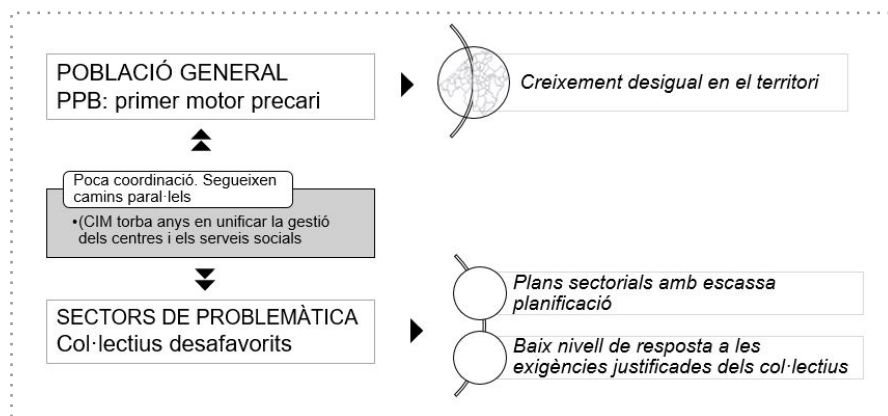
Aquest article vol aportar una reflexió sobre quina ha estat l'evolució dels serveis socials deu anys després de la publicació de la Llei 4/2009 de serveis socials de les Illes Balears. Es tracta d'abordar de manera resumida els inicis dels serveis socials, el procés de finançament a partir del Pla de Prestacions Bàsiques fins al finançament dels propis serveis socials comunitaris bàsics (SSCB) amb tot el desplegament que això suposa.

Paraules clau

Serveis socials comunitaris bàsics, prestacions socials, sistema informatiu.

Introducció

L'Estat com a regulador dels sistemes de protecció social (educació i sanitat) estableix els drets de la ciutadania i ordena les competències de les administracions en aquestes matèries, però en l'àmbit dels serveis socials no hi ha una llei general que reguli els drets socials i, per tant, hem assistit a un desenvolupament territorial que ha creat grans diferències entre comunitats autonòmiques i, en el cas de la nostra, a una història d'alts i baixos en funció de la sensibilitat dels governants i la implicació inconstant dels partits polítics en polítiques socials efectives.



... el que no volem oblidar

PRIMERA ETAPA: ANYS 80. EL PAPER FONAMENTAL DEL CONSELL INSULAR DE MALLORCA EN ELS INICIS DEL «Pla Concertat per al desenvolupament de les Prestacions Socials Bàsiques».

En 1987 el Consell ja treballava per donar suport municipal als ajuntaments de Mallorca

i va ser decisiu en la creació i consolidació posterior dels serveis socials municipals. En aquell any només cinc pobles havien començat a crear les seves unitats de treball social, però, dos anys després, ja eren quaranta-sis els municipis que havien signat conveni amb el CIM per cofinançar els serveis socials. Davant la falta d'una llei general de serveis socials a nivell estatal, la contribució del Consell en la creació dels serveis socials municipals va ser fonamental (Deyà, Salas i Caro, 2010). El «Pla Concertat de Prestacions Socials Bàsiques (PPB)» (Gutiérrez Resa, 2001) es va començar a aplicar a Mallorca l'any 1989, i donà suport econòmic i administratiu al «Programa pobles» que el Consell ja tenia en marxa. Lluny havien quedat els inicis de l'Acció Social a Mallorca amb la feina d'una infraestructura escassa (Casa de Socors, l'Ambulatori de Beneficència, els inicis d'un servei d'ajut a domicili gestionat per Càritas, o per a persones amb discapacitat gestionat per la Coordinadora de Minusvàlids, etc.).

El PPB va ser una passa important en el compromís del finançament de la xarxa pública de serveis socials generals amb la participació del Ministeri, el Govern i el Consell, però en cap moment no es va publicar una llei general per equiparar el dret dels serveis socials amb els altres sistemes de protecció social (educació o sanitat). El desplegament normatiu ha estat una competència de cada comunitat autònoma (estatuts d'autonomia, lleis autonòmiques de serveis socials i altres lleis sectorials), i aquesta situació ha configurat un creixement desigual en el territori a l'hora de garantir la protecció dels drets socials dels ciutadans, però també ha suposat una indefinició important en la responsabilitat competencial de les diferents administracions en matèria de serveis socials.

En els primers anys de PPB, el Ministeri va obligar el Govern a posar la mateixa aportació econòmica per al finançament de la xarxa bàsica, però aquesta obligació, finalment, la va cobrir el Consell i va anar acompanyada d'una gran implicació econòmica i tècnica. Les «Bases per a la Planificació Social a Mallorca» (Escola Treball Social), l'«Estudi de l'Ajuntament de Palma sobre els recursos existents per a l'acció social», el «Mapa dels serveis socials del Consell Insular de Mallorca», o el Pla d'Acció Social del Govern balear» (UIB), formen part d'aquesta primera etapa i obren la porta a una de nova.

SEGONA ETAPA: ANYS 90. CONSOLIDACIÓ DELS SERVEIS SOCIALS I ELS CENTRES COMARCALS DEL CONSELL

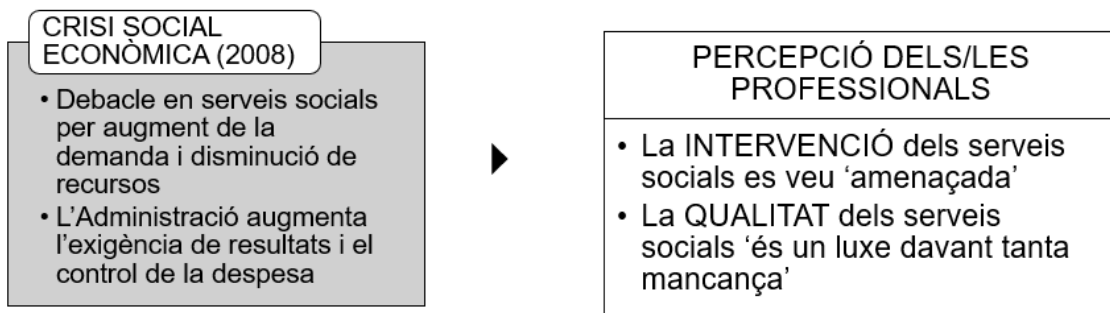
En 1991 l'aportació del CIM va passar de 57 a 91 milions de pessetes (és a dir, de 342.576 a 546.921 €) i el Consell va començar a aplicar un «mapa de cobertura» que establia la dotació econòmica per finançar les prestacions socials dels ajuntaments de l'illa. Amb aquest increment del 59,68 % respecte de l'any anterior, el CIM aportava el 38,70 % del cost total de PPB.

Després d'una primera etapa de creació dels serveis socials a Mallorca que va ser expansiva i quantitativa, es comencen a posar les bases d'una nova etapa en la qual les qüestions qualitatives i de resultats, implicaran un major nivell d'exigència professional, política i econòmica (March, 1991). Era un moment d'exigir resultats i de fer una avaluació econòmica per controlar la despesa en el qual es començà a parlar de «crisi de l'estat de benestar» i autors com F. Casas, G. García, R. Fdez Ballesteros, T. Anguera, entre d'altres, reflexionaren sobre una avaluació necessària i efectiva dels serveis socials. A Mallorca els serveis socials varen patir un retard manifest perquè no

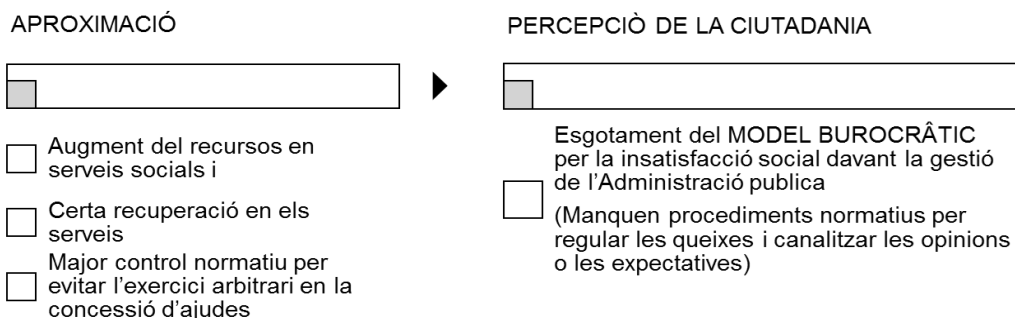
es posà en marxa la primera llei d'acció social i per la manca d'implicació política, de desenvolupament reglamentari o d'un pla de finançament.

El Consell va crear els centres comarcals dotats d'un coordinador comarcal i dels equips multiprofessionals comarcals per desenvolupar i donar suport al creixement dels serveis socials municipals, però també amb la funció d'articular els recursos del Departament d'Acció Social del Consell amb els professionals dels serveis socials de cada municipi. L'objectiu fonamental era millorar l'atenció a les necessitats de les persones usuàries i evitar desplaçaments innecessaris a la població de cada territori. En les subvencions de PPB l'ajuntament quedava obligat a aportar la mateixa quantitat dels seus pressupostos i també a crear un «servei municipal d'atenció social primària» amb local i l'equipament necessari i dotat, com a mínim, d'un treballador o treballadora social. Ningú no pot discutir que en aquesta etapa el Consell de Mallorca va ser el principal protagonista de l'impuls econòmic i tècnic dels serveis socials generals dels ajuntaments de Mallorca.

Amb la redacció i publicació de la Llei 4/2009, la Conselleria de Serveis Socials del Govern pren el protagonisme a l'hora de definir normativament els serveis socials i augmenta significativament la inversió en els serveis municipals.



...i això és el que hi ha



El 2000, un nou segle. Definició dels serveis socials comunitaris bàsics en la Llei 4/2009

El Govern de les Illes Balears va aprovar l'11 de juny del 2009 la Llei 4/2009 de serveis

socials de les Illes Balears, que en l'art. 37 atorga al Consell les funcions d'assistència, assessorament i suport tècnic als ajuntaments. Després de vint anys deroga l'anterior Llei 9/1987, d'11 de febrer, d'acció social de les Illes Balears, que havia estat poc desenvolupada; reconeix una major protecció de les persones i la necessitat de donar una resposta millor a les demandes de la ciutadania. Entre d'altres novetats, aposta per un protagonisme més gran dels consells i dels ajuntaments i es reconeix el caràcter interprofessional de la intervenció social, i regula la composició de la unitat de treball social (amb els perfils professionals mínims). El més rellevant, per aquest article, és la definició normativa dels «serveis socials comunitaris bàsics (SSCB)» com a primer nivell del sistema i l'obligació del Govern de finançar el 50 % del cost d'aquests serveis. En la disposició final segona, atorga als consells la capacitat d'aprovar les normes reglamentàries dels SSCB, però, a data d'avui, aquest desplaçament queda pendent.

Història Social Integrada (HSI). El sistema informatiu de l'IMAS a Balears. Una eina fonamental

Segons la llei vigent, el Govern queda obligat a garantir l'existència del sistema informatiu de serveis socials comú a tota la comunitat autònoma i, a la vista dels bons resultats, ha promogut la utilització a les quatre illes del sistema «HSI» (història social integrada) que el Consell de Mallorca té en funcionament des del 2009. L'aplicació HSI, la utilitzen tots els ajuntaments i els consells insulars de la comunitat (excepte Palma i Calvià, que tenen aplicació pròpia), per facilitar més rapidesa i fiabilitat en la transferència de la informació sobre la gestió dels serveis socials de les Illes Balears. A hores d'ara, l'IMAS ha signat 53 convenis que fan possible que més de 467 professionals utilitzin actualment aquesta aplicació. Els ajuntaments aporten la informació necessària perquè el Govern pugui planificar i avaluar els serveis, tot per a la publicació periòdica del Pla d'Estadística de les Illes Balears.

El Consell de Mallorca va iniciar el sistema de registre de les dades dels serveis socials municipals l'any 1990 (SIAP)²⁰, per complir amb les instruccions del Ministeri d'Afers Socials. En aquests anys ha recollit les propostes dels professionals dels ajuntaments i, aprofitant les novetats tecnològiques, ha invertit esforços en la constant millora del sistema. Però va ser el 2011 quan aquesta eina es va constituir en una veritable ajuda per a la bona gestió dels serveis socials, ja que es va redissenyar en un entorn web, similar a la història clínica d'usuari únic que utilitza el sistema sanitari de Balears. Des d'aleshores, no ha deixat d'incorporar importants millores que han facilitat la feina de tots i totes les professionals dels ajuntaments. Tal com figura al text de cada un dels convenis signats, cada ajuntament és el propietari i responsable de les dades que s'hi enregistren, el Consell de Mallorca dona suport i formació als professionals i vetlla pel bon funcionament del sistema i la seguretat de les dades. El Consell i el Govern, fan un ús estadístic a finals de cada període amb l'objectiu de planificar i distribuir els recursos de la manera més eficaç possible.

TAULA 1. Professionals que utilitzen l'aplicació (31/01/19)

²⁰ SIAP- Sistema d'Informació d'Atenció Primària.

Illa	Ajuntaments. que han signat conveni	Professionals. d'alta
Mallorca	39	313
Menorca	8	80
Eivissa	5	54
Formentera	1	20
Total	53	467

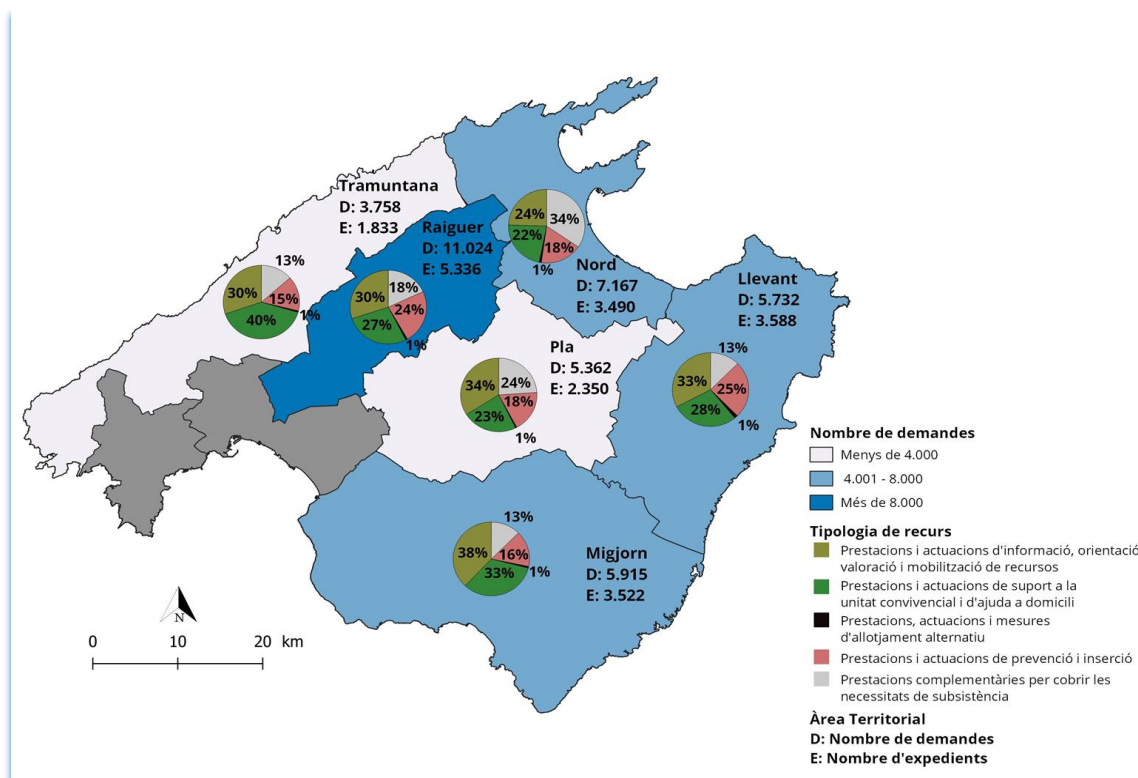
A Mallorca, la Mancomunitat del Pla reuneix tretze municipis i té un conveni únic, mentre que Palma i Calvià no gestionen HSI perquè compten amb un sistema de gestió propi, però a les altres illes tots els ajuntaments utilitzen HSI. Els professionals adscrits als serveis socials municipals reben la formació adient per fer un bon ús d'aquest instrument i registren la informació més rellevant de cada cas. Els diferents perfils professionals dels equips que sovint actuen en un mateix cas, enriqueixen la informació sobre el diagnòstic, els objectius i els recursos aplicats a cada situació, però, a la vegada, asseguren la bona fiabilitat de les dades respectant la màxima protecció de les dades personals de la ciutadania.

TAULA 2. Resum de dades enregistrades a l'aplicació HSI a Mallorca en 2018

Àrea territorial	Nbre. exp.	Nbre. demandes	Nombre persones ateses		Total pers. ateses
			Homes	Dones	
Nord	3.490	7.167	2.530	3.328	5.858
Tramuntana	1.833	3.758	1.103	1.763	2.866
Raiguer	5.336	11.024	3.233	5.021	8.254
Manc. Pla	2.350	5.362	1.730	2.353	4.083
Migjorn	3.522	5.915	2.091	3.107	5.198
Llevant	3.588	5.732	2.140	3.057	5.197
Total	20.119	38.958	12.827	18.629	31.456

En el mapa següent figuren les dades que han registrat els ajuntaments de Mallorca el 2018, exceptuant-ne els municipis de Palma i Calvià que, com hem dit, no gestionen l'aplicació HSI. Pel que fa al nombre total de demandes per zones (agrupacions de municipis), la zona del Raiguer –que reuneix els municipis d'Inca, Marratxí, Alaró, Binissalem, Búger, Campanet, Consell, Lloseta, Mancor, Santa Maria, i Selva–, és la que més demandes ha rebut, tot i que no es la que té més població. D'altra banda, la zona de la Mancomunitat del Pla i dels municipis de Tramuntana són les que menys demandes han enregistrat (en aquests casos, sí que són zones menys poblades que, per exemple, el llevant o nord de l'illa).

MAPA 1. Nombre de demandes i tipologia de recursos



Com es pot veure al mapa, la tipologia del recurs aplicat pels serveis socials municipals té un pes diferent en el territoris:

- *Prestacions i actuacions informació, orientació, valoració...*: gairebé tots els territoris estan entre un 30 i un 38 % de percentatge, però destaca la zona del nord amb un percentatge baix (24 %).
- *Prestacions i actuacions de suport a la unitat de convivència i d'ajuda a domicili*: inclou el SAD MUNICIPAL (servei d'ajuda a domicili), que tots els ajuntaments tenen consolidat des de fa molts anys, però presenta una gran diferència entre els territoris, des de el 22 % dels municipis del nord, fins al 40 % dels municipis de Tramuntana. La prestació del SAD vinculat a la llei de dependència²¹ pot haver provocat algun biaix en la introducció d'aquesta informació.
- *Prestacions i actuacions de prevenció i inserció*: inclou projectes comunitaris de prevenció i és la prestació que té un pes més equitatiu entre tots els territoris que oscil·len entre el 15 % i el 18 % de Tramuntana, Pla, Migjorn i Nord; i el 24 % de Raiguer i Llevant.
- *Prestacions complementàries per cobrir necessitats de subsistència*: inclou les ajudes per desnonaments i altres situacions de necessitat greu i urgent, i van del 13 % de Tramuntana, Migjorn i Llevant; fins al 34 % del Nord.

Aquesta és una interpretació ràpida d'aquest mapa que ens pot animar a fer una anàlisi amb més profunditat, però no es pot deixar de banda la sistematització del registre i la

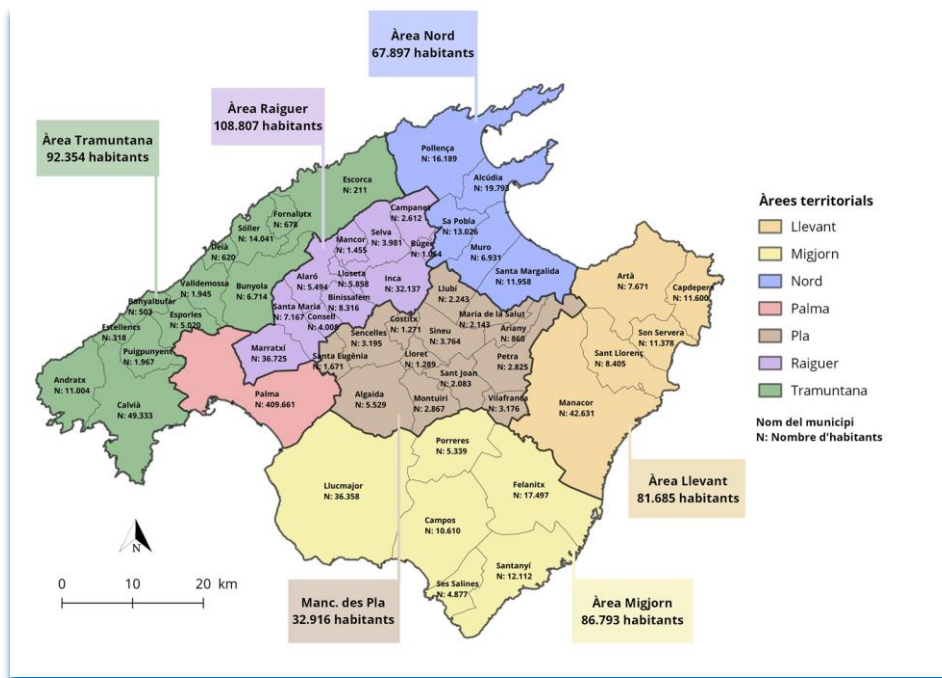
²¹ Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

qualitat de la informació. Al manual del sistema HSI figura una llarga llista de codis que pretenen identificar clarament les problemàtiques socials més freqüents que han de ser compatibles amb els criteris generals que dona el Ministeri. Però la realitat social és molt diversa i canviant a cada un dels territoris i cada dia ens presenta nous reptes als qual han de fer front els professionals. La feina que es dedica a revisar la metodologia no ha estat suficient fins ara i requereix més dedicació de tothom si volem mantenir un bon nivell d'eficàcia del sistema i de fiabilitat i validesa de les dades.

El suport tècnic de l'IMAS. Més necessari per als ajuntaments més petits.

La Secció de Suport Tècnic Municipal (SSTM) de l'IMAS, es va crear el 2002 i està formada per un equip de vuit professionals que atenen les demandes dels ajuntaments, promouen la signatura dels convenis (IMAS - ajuntaments) i donen impuls a la col·laboració entre les entitats municipals i la conselleria del GOIB respectiva (l'actual Conselleria d'Afers Socials i Esports). El suport a les professionals es fonamenta en el compromís de tots els serveis per aconseguir que qualsevol habitant de Mallorca tingui cobertes les necessitats bàsiques que descriu la normativa vigent en serveis socials.

MAPA 2. Àrees territorials de serveis socials

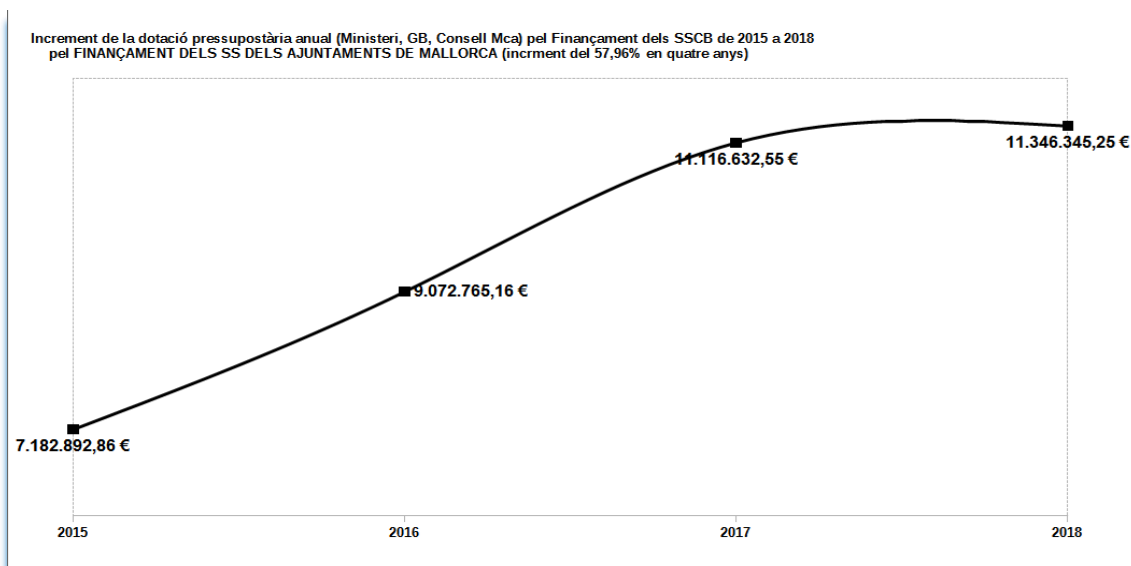


El Pla Estratègic de Serveis Socials de Mallorca 2010-13 (IMAS) va distribuir l'illa en 7 àrees territorials de serveis socials que agrupen els diferents ajuntaments d'acord al text de la Llei 4/2009 (art. 40 «Unitats territorials») que serveixen de referència per a les actuacions de suport tècnic de l'IMAS. L'objectiu del treball de la Secció de Suport Tècnic Municipal és aconseguir que la ciutadania rebi uns serveis de qualitat en tots els municipis de Mallorca, i que assoleixin els mínims que marca la normativa vigent en l'atenció a les necessitats bàsiques de la població.

El finançament dels serveis socials comunitaris bàsics

Els serveis socials comunitaris bàsics es financen amb el pressupost del Ministeri, el Govern balear, el Consell de Mallorca i els propis ajuntaments en proporcions que varien segons els pressuposts anuals de cada administració, però, en general, la major aportació la fan els ajuntaments (sobretot els majors de 20.000 habitants).

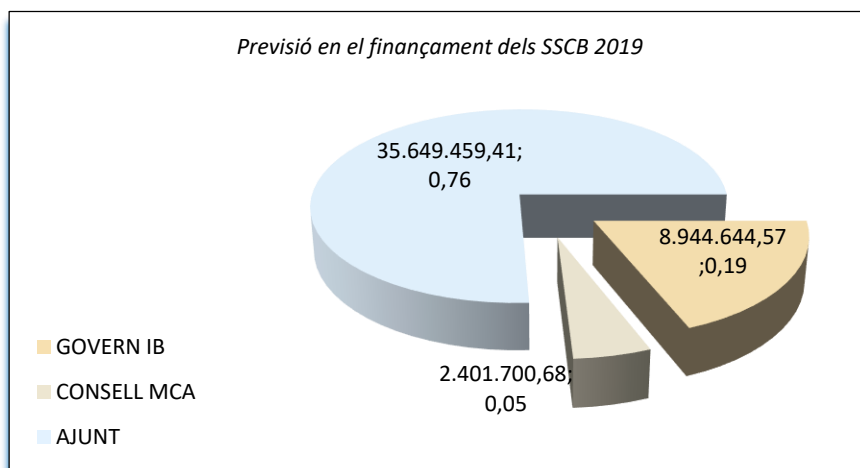
GRÀFICA 1. *Evolució del finançament dels SSCB*



Com es pot veure al gràfic, en aquest quadrienni les tres administracions públiques (Ministeri, Govern i Consell) en conjunt han anat augmentant progressivament el pressupost total per finançar els serveis socials municipals, entre 2015 i 2017 l'increment (més del 50 %) correspon en la major part a l'augment de l'aportació de la Conselleria de Serveis Socials. En compliment de l'article 70.2 de la Llei 4/2009 de serveis socials sobre el finançament, a Conselleria de Serveis Socials i Cooperació²² determina el cost dels SSCB municipals de tota l'illa i aporta el 50 % d'aquesta despesa. La distribució per cada ajuntament es publica en el document del «Pla de Finançament dels SSCB» que s'aprova anualment, i inclou el cost de l'equip mínim de professionals i el finançament de les diferents prestacions del servei de teleassistència, de mediació intercultural, el SAD municipal, o els projectes comunitaris. Des del 2017, la Conselleria de Serveis Socials marca les directrius generals dels SSCB i estableix la ràtio mínima de personal que inclou com a mínim els perfils de treball social, educació social i auxiliar d'informació, segons la llei aquest és l'equip que ha d'estar adscrit a la/les unitats de treball social de cada municipi. El càlcul de la ràtio es fa d'acord a criteris objectius (fonamentalment la població de cada municipi, tal com estableix el Decret 48/2011).

La gestió d'aquests serveis i prestacions correspon als ajuntaments i segons les dades que han presentat en 2019 a Mallorca la previsió de despesa en els SSCB municipals és de 46.995.804,66 euros, segons la distribució següent.

²²Actualment, Conselleria d'Afers Socials i Esports.



Cada ajuntament aprova anualment en els pressupostos municipals la partida total que destinarà als serveis socials del municipi²³. La mitjana del percentatge que aporten els ajuntaments de Mallorca al pressupost dels SSCB és del 51,51 %, aquest percentatge se supera en els ajuntaments més grans, però no arriba en alguns ajuntaments inferiors a 10.000 hab. com és el cas de Banyalbufar (34,70 %), Consell (39,13 %), Estellencs (38,16 %), Selva (38,82 %), o fins i tot Sa Pobla (38,34 %).

Segons les dades presentades a l'IMAS en relació a la previsió de 2019, els ajuntaments que han fet un esforç pressupostari més gran en la despesa dels SSCB són:

Entitats Locals	% aportació municipal en SSCB
Palma	85,96 %
Capdepera	76,45 %
Calvià	74,95 %
Andratx	74,56 %
Felanitx	73,12 %
Inca	70,04 %

I els que han fet una previsió menor d'inversió pressupostària en la despesa total dels SSCB són:

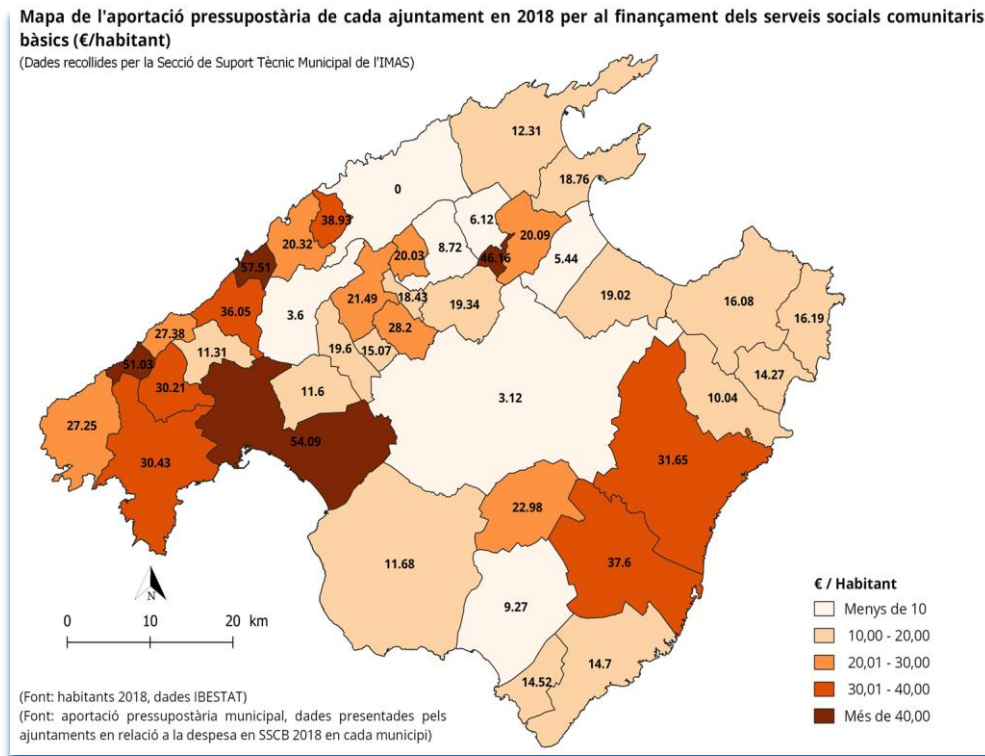
Entitats Locals i Mancomunitat	% aportació municipals en SSCB
Aj. Escorca	(renúncia a la subvenció)
Mancomunitat des Pla	13,60 %
Aj. Bunyola	15,38 %
Aj. Campanet	22,01 %
Aj. Mancor de la Vall	20,57 %

En el mapa següent, el «nombre d'euros per habitant» és el resultat de dividir el pressupost municipal 2018 en SSCB (dades aportades a l'IMAS per cada ajuntament)

²³ Dades que han presentat els ajuntaments a l'IMAS en relació als convenis 2019.

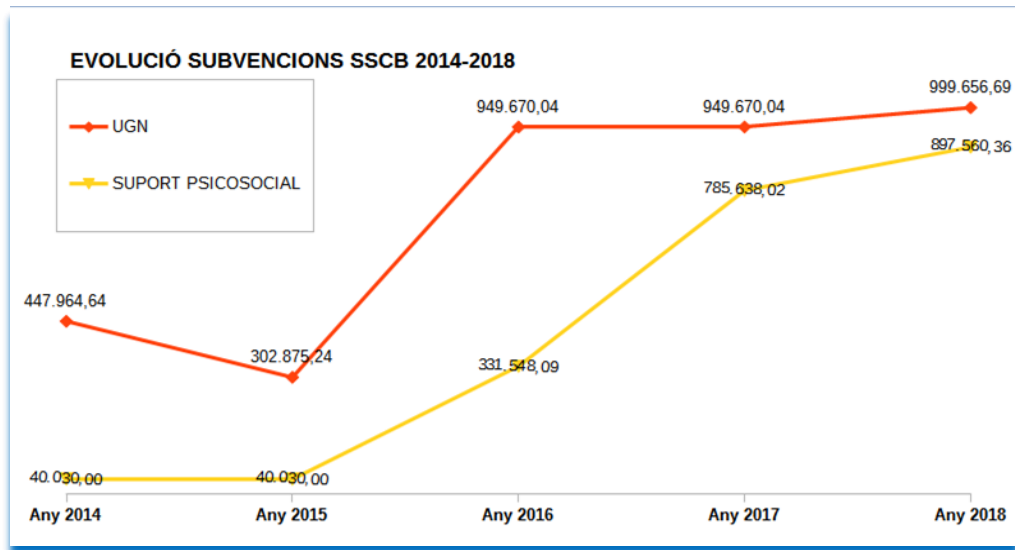
pel nombre d'habitants de cada municipi. Tot i la utilitat d'aquest mapa, és important recordar que el càlcul de la inversió municipal en SSCB no és una xifra exacta ja que, en alguns àmbits, no hi ha encara un criteri unànim sobre la tipificació d'alguns serveis «bàsics», «específics» o «especialitzats», la qual cosa podria posar en discussió o reinterpretar aquestes xifres.

MAPA 2. Aportació pressupostària dels ajuntaments



Palma presenta la inversió més gran perquè reuneix gairebé la meitat de la població de l'illa, té caràcter de «capitalitat» i, a més, concentra la major part dels recursos de segon i tercer nivell (específics i especialitzats) de tots els àmbits de protecció social (serveis socials, educació, sanitat, habitatge, etc.). Però com es pot veure, la major inversió no correlaciona amb el volum de població del municipi, ja que municipis com Deià (57,51), Estellencs (51,03), Búger (46,16), Fornalutx (38,93), Puigpunyent (30,21) o Valldemossa (36,05) són els que presenten una inversió més gran per habitant.

El finançament de l'IMAS en els SSCB municipals, es complementa des de fa anys amb dues convocatòries anuals, una per ajudes a la població en situació d'urgent necessitat (UGN) i, l'altra, per engegar projectes municipals de suport psicossocial, que promouen incorporat la figura del psicòleg/psicòloga en els equips municipals.

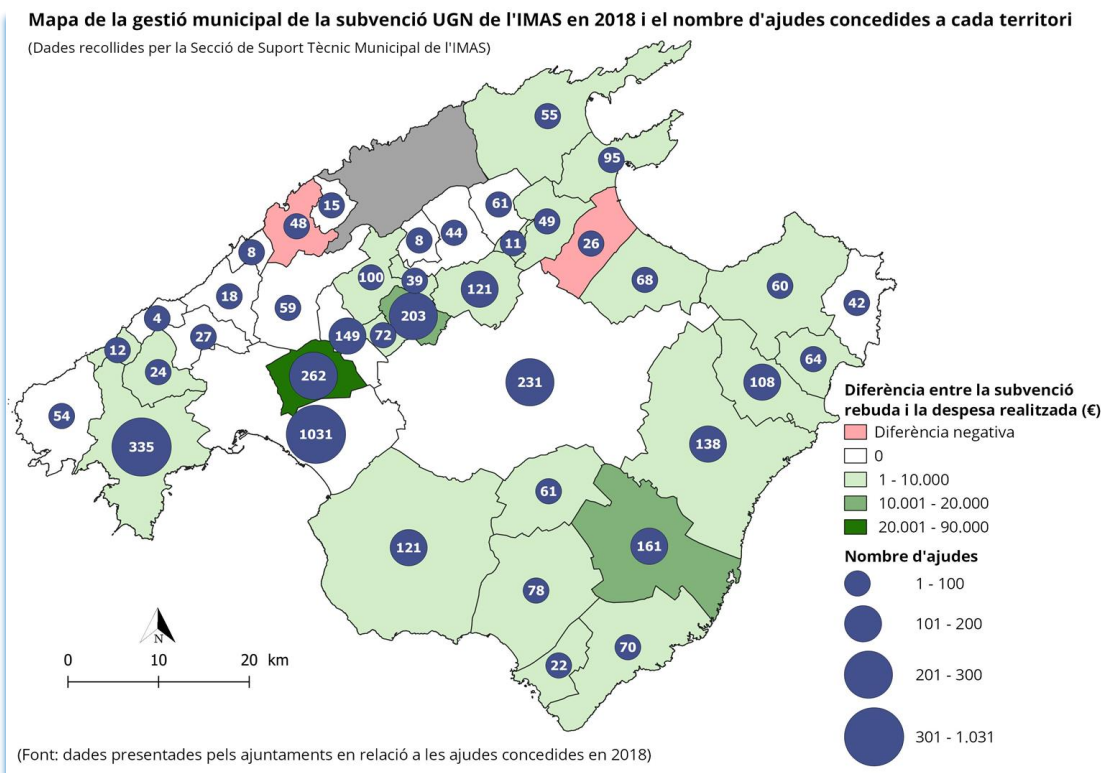


Mitjançant convenis de col·laboració i suport a l'assistència tècnica municipal, l'IMAS concedeix les UGN amb fons propis com a subvencions als ajuntaments per tramitar d'ajudes a famílies amb menors en situació de risc social i a persones en situació de necessitat greu i urgent (en especial, situacions de desnonament o pobresa sobrevinguda), o altres persones en alguna situació de necessitat, que reculli l'art. 6 de la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears. En 2018, i per primera vegada, es varen signar convenis bianuals per facilitar la gestió municipal.

Els ajuntaments de Mallorca en 2018 varen realitzar una despesa d'1.081.819,68 € en ajudes a les persones usuàries dels serveis socials municipals, en aquest període, l'IMAS va concedir un total de 999.656,69 € (que suposa el 92,41 % de la despesa). Pel que fa al tipus d'ajuda, els ajuntaments varen concedir un total 3.416 ajudes que responen a diferents tipologies classificades en una llista de 29 ítems. Les tipologies de «Subsistència, aliments, vestimenta»; «Ajudes allotjament per lloguer, hipoteca, pensions»; i «Manteniment de la pròpia llar: electricitat i aigua», reuneixen el 61,91 % de les ajudes (2.115 ajudes), amb una despesa total de 701.705,50 € (64,86 % de la despesa).

El mapa següent relaciona la despesa que han fet els ajuntaments (superior o inferior a la prevista en el conveni signat amb l'IMAS) i el nombre d'ajudes que s'han concedit a cada territori.

MAPA 2. Gestió municipal de les ajudes d'urgent necessitat



Podem trobar una certa correlació entre el nombre d'ajudes concedides i el volum de població de cada municipi, com és el cas dels més grans (Palma, Calvià, Inca, Marratxí, Manacor, Lluçmajor), però crida l'atenció el nombre d'ajudes concedides a Felanitx (161) o altres més petits com Binissalem (203), Santa Maria (149), o Alaró (100), que superen en molt altres municipis de més població com és el cas d'Alcúdia (95).

Mitjançant convenis de col·laboració i suport a l'assistència tècnica municipal, l'IMAS concedeix ajudes per a projectes de suport psicosocial. En aquests darrers anys a Mallorca ha augmentat de manera considerable la demanda de serveis socials comunitaris bàsics i cal incrementar els recursos i els programes que donen suport a les situacions més greus, amb programes específics complementaris que incrementin l'eficàcia i la capacitat de resposta dels serveis públics.

La incorporació de la figura del psicòleg/psicòloga en els equips municipals de serveis socials, aporta noves estratègies d'intervenció amb les famílies, contribueix a potenciar els recursos propis per afrontar les situacions i minva les dificultats de relació. Però, a més, també està justificada per la publicació de la nova Llei 9/2019, de 19 de febrer, de l'atenció i els drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears, que implica noves funcions i responsabilitats des de l'àmbit municipal en relació a la intervenció amb famílies i les possibles declaracions de risc.

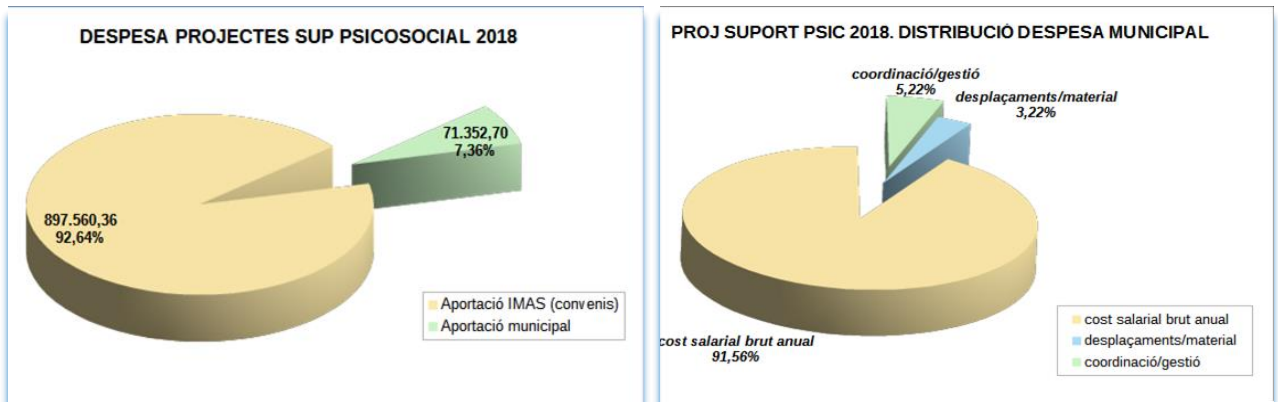
A la vista de les necessitats detectades en la majoria de municipis de l'illa i veient que la majoria dels ajuntaments no compten en els seus equips amb el perfil del professional de la psicologia, fa anys l'IMAS va proposar una línia d'ajudes als ajuntaments per impulsar projectes que incorporen aquesta figura professional en els equips dels serveis socials municipals, amb accions de suport psicosocial. Els primers projectes de suport psicosocial es varen posar en funcionament el 2002 promoguts per la Mancomunitat des

Raiguer i més tard per la Mancomunitat de Tramuntana i altres municipis de Migjorn. L'any 2016, es varen concedir subvencions d'aquests projectes per als municipis menors de 20.000 habitants i, l'any següent, per a totes els ajuntaments de Mallorca. Aquesta iniciativa ha estat valorada molt positivament per les corporacions municipals que demanen la continuïtat dels projectes.

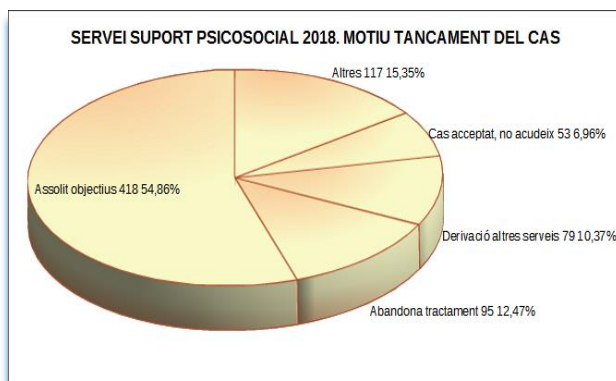
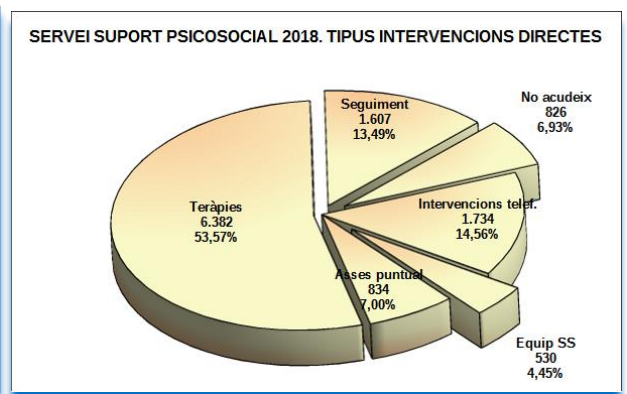
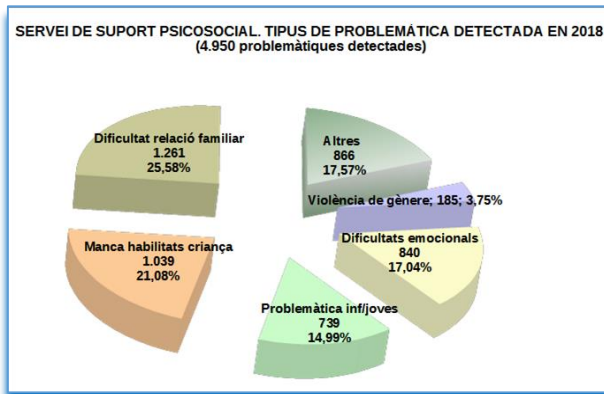
Evolució de la convocatòria de l'IMAS per impulsar projectes de suport psicosocial en els ajuntaments de Mallorca

Actualment, tots els ajuntaments ja tenen en l'equip de serveis socials la figura del psicòleg, però en la majoria dels casos els serveis de suport psicològic només suposen un contracte de serveis extern de duració determinada (generalment d'1 any) la qual cosa afecta seriosament la qualitat de l'atenció, la mobilitat de professionals és permanent i l'atenció, en molts casos, es veu interrompuda per aquests canvis. Per mitigar aquesta interferència administrativa en la bona gestió dels serveis, el 2018 l'IMAS va concedir les subvencions per a un període bianual (2018-2019).

Segons les justificacions dels ajuntaments, l'IMAS ha finançat el 92 % de la inversió total en aquests projectes, i el 91 % de la inversió pressupostària ha estat destinada a la contractació de professionals. Gràcies a l'increment de professionals qualificats en els equips dels SSCB podem assegurar que s'ha incrementat la resposta efectiva a les demandes de suport psicològic de les persones que acudeixen als serveis socials municipals.



El 2018 els serveis de suport psicosocial han atès a 3.086 casos (el 64,29 % han estat dones) amb una problemàtica molt diversa. S'ha fet un esforç per agrupar-la en una llista que mostra una intervenció major en «dificultats de relació familiar» (25,58 %), «manca d'habilitats de criança» (21,08 %). Pel que fa al tipus d'intervenció, la teràpia ha estat la més utilitzada (53,57%), i el motiu de tancament de la intervenció ha estat per «assoliment dels objectius» (54,86 %).



Alguns reptes de futur en la consolidació dels serveis socials comunitaris bàsics a Mallorca

- Incorporació del psicòleg/psicòloga en els equips municipals

El Consell de Menorca ja va posar en funcionament els equips municipals d'intervenció familiar (EMIF) el 2005 amb la incorporació de la figura del psicòleg/psicòloga que atenen famílies que necessiten assessorament i suport per afrontar dificultats relacionals, situacions de crisi i/o millorar les seves competències educatives. Els equips reben formació permanent i segueixen algunes orientacions metodològiques consensuades. En el marc de les jornades «Nous canvis legislatius en infància i adolescència», organitzades el 2016 per l'Oficina de Defensa dels Drets del Menor i la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació, es va tractar la problemàtica de la derivació dels casos d'infants en situació de risc als SSCB i es varen posar de manifest les dificultats d'assumir aquests casos a Mallorca i Eivissa per la falta de recursos municipals, però es va constatar la rellevància de la xarxa dels EMIF de Menorca com una eina idònia. El 2017, el Consell de Mallorca i la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació varen mantenir converses sobre una col·laboració conjunta per al cofinançament de psicòlegs en tot el territori. Ambdues administracions hauran de tancar un acord estable que permeti assegurar la presència i la consolidació definitiva d'aquest perfil professional en els serveis socials municipals tal com fa Menorca des de fa anys.

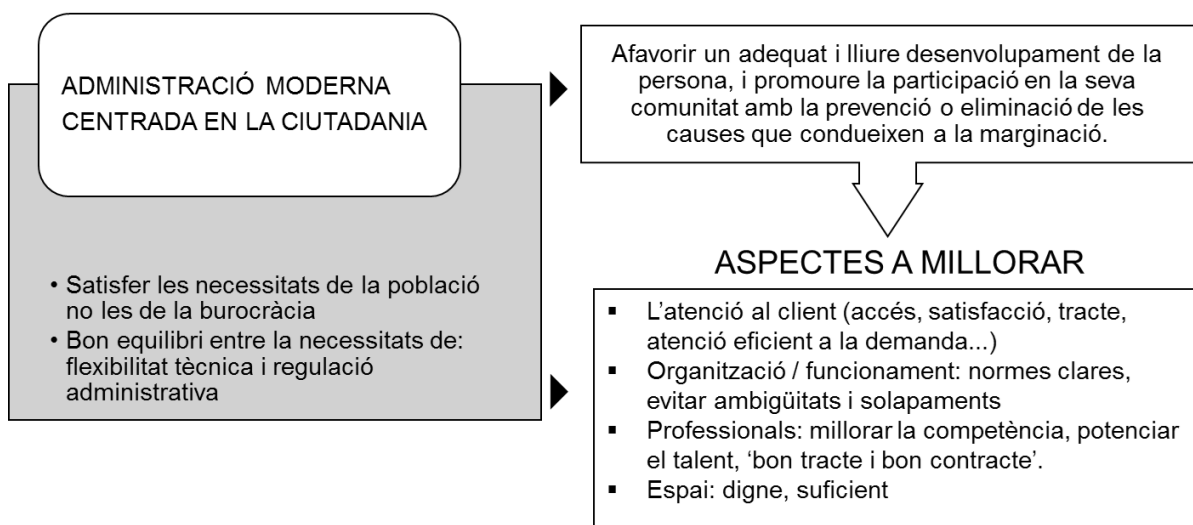
- Consolidació del cofinançament dels serveis socials comunitaris bàsics per part de les administracions

La falta d'una llei estatal de serveis socials, fa que els pressupostos socials es revisin anualment i depenguin de la decisió política de cada Administració (pressupostos generals de l'Estat, del govern autonòmic o les entitats locals). L'experiència de convenis bianuals entre l'IMAS i els ajuntaments són un gran avanç per millorar la gestió municipal i haurien de continuar sota els principis d'eficàcia, transparència, descentralització i de lleialtat institucional per assegurar un servei de qualitat per a la ciutadania. Mentre no arriba la fórmula pressupostària per consolidar definitivament els serveis socials, l'IMAS i la Conselleria hauran d'assegurar els convenis bianuals ja que són una solució temporal que elimina bona part de les dificultats de la gestió municipal dels serveis.

- Contractació estable del personal dels serveis socials comunitaris bàsics

Els ajuntaments aproven els seus pressupostos seguint les indicacions dels convenis signats amb l'IMAS pel finançament dels SSCB, les subvencions s'aproven anualment i afecten directament la duració de bona part dels serveis i dels contractes del personal. La rotació permanent de professionals en alguns serveis distorsiona la qualitat de la prestació. Els convenis de col·laboració hauran d'assegurar el compliment permanent de ràtios mínims de contractació estable en les plantilles dels SSCB, però també la contractació directa d'un mínim d'efectius per evitar els efectes negatius de les rotació reiterada de professionals per la renovació permanent de contractacions externes que, a més, generen inestabilitat laboral.

-encara falta millorar



Referències bibliogràfiques

- Ballester Brage, LI. (1990). El desenvolupament del Pla Concertat de Prestacions Bàsiques a Mallorca. *Revista Alimara*. Època 2, núm. 22. Palma. Servei d'Acció Social. Consell Insular de Mallorca.
- Deyá, M.; Salas, P. i Caro, F. (2010). *De la Beneficència a l'Estat del Benestar. Història dels Serveis Socials a Mallorca (S.XVI-XX)*. Palma. Departament de Benestar Social. Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS).
- Gutiérrez Resa, A. (2001). El Plan concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. [Consulta: 17.07.2019], <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=758126>>
- March, M. X. (1991). Aproximació a la realitat de l'avaluació dels serveis socials a Mallorca. *Revista. Alimara*, núm. 27. Consell Insular de Mallorca.
- Secció de Suport Tècnic Municipal (2018). La gestió dels serveis socials dels municipis de Mallorca. Document intern no publicat. Palma. Departament de Benestar i Drets Socials. Dir. Insular d'Inclusió Social. IMAS.
- Varis Autors (1991) *Revista Alimara*. Època 3, núm 23, 25 i 26. Palma. Servei d'Acció Social i Sanitat. Consell Insular de Mallorca.

COL·LECCIÓ «IMAS»

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 61. Novembre 2019

ISSN: 2659-5273

▪ *Serveis socials comunitaris*

El perfil professional del psicòleg o psicòloga dins l'àmbit dels serveis socials municipals i impacte en el circuit de protecció del menor

Sebastià Trias

Secció de Suport Tècnic Municipal.
Direcció Insular de Suport Territorial – IMAS



REVISTA ALIMARA de l'IMAS esta subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

L'article pretén mostrar què ha representat el Conveni de Suport Psicosocial des de que es va signar el primer a l'any 2016 entre l'IMAS i els municipis de Mallorca de cara al treball als municipis amb infants, adolescents i famílies. Xerrarem també del treball que realitzen els i les psicòlogues als diferents municipis de Mallorca, les condicions en que realitzen aquest treball, el paper que tenen dins els Serveis Socials atenent famílies en vulnerabilitat i disminuint les situacions de risc. També intentarem veure l'evolució entre el numero, tipus i gravetat dels casos que es treballen als serveis socials i les derivacions que des dels municipis es fan al Servei de Protecció de Menors i Família des de l'any 2016 a l'actualitat.

Finalment, intentarem oferir una visió general del panorama actual del circuit de protecció infantil a Mallorca.

Paraules clau

Serveis socials, RUMI, psicologia social, intervenció social, infància i família.

Una mica d'història

Podem distingir diferents fases o etapes -successives i coexistents- al llarg de la història a Espanya respecte a com s'afrontaven els problemes socials i la manera en què s'intervenien.

La primera fase es desenvolupa fonamentalment fins a l'edat mitjana i està basada en la *caritat*, sent el concepte més antic, amb una arrel religiosa. En gran part les situacions s'abordaven intentant reduir les seves manifestacions més extremes, però mai tractant les causes que les ocasionaven. Aquesta situació es posava de manifest, per exemple, en la legislació, que establí, per exemple, "que els reis, clergat i prelats, tenen l'obligació d'atendre els pobres que acudeixin a ells".

La segona etapa de l'acció social és la *beneficència pública*, l'origen de la qual es situa al segle XVI. Es tracta d'una organització o activitat que es concreta en l'oferiment de prestacions en favor de les necessitats de forma discrecional i gratuïta, finançada amb fons públics i privats. Un tret essencial de la beneficència és que no genera drets; no hi ha dret a obtenir la prestació.

El segle XVIII és una fase d'intensa reforma i modernització a Espanya, sorgint una tercera etapa: l'*assistència social*. Es tracta d'un sistema públic organitzat de serveis i institucions socials, destinat a l'ajuda a persones i grups en situació de necessitat. Suposa l'intent de superar la simple acció conjuntural, de cada cas concret (pròpia de la

beneficència), i va dirigida a l'atenció de necessitats bàsiques i no de la simple indigència.

Ja al segle XX, la Llei 21/87 (que modificava alguns articles del Codi Civil en matèria d'adopció) plantejarà uns principis que emmarquen la intervenció amb la infància en el seu context familiar, trencant les intervencions pròpies de la beneficència que des del segle XVIII utilitzaven les grans institucions com a forma de protegir els infants. Es feia una intervenció de "rescat" per la qual l'infant s'apartava de la seva família de manera indefinida i moltes vegades fins a la majoria d'edat, entenent que, apartat del seu ambient familiar nociu i/o de carència, el nen es desenvoluparia millor. Òbviament, la família no era un objectiu per a les institucions de protecció infantil, ja que la institucionalització "solucionava el problema" i en tot cas, aquests organismes, com el seu nom indicava, no es dedicaven a les persones adultes (Jorge F. del Valle, 2018).

La protecció a la infància en risc o "de carència", com es deia en nombrosos textos de l'època, es basava en la institucionalització, havent-se desenvolupat una triple xarxa d'establiments: els de beneficència gestionats per les diputacions, els de l'Obra de Protecció de Menors i els de l'Auxili Social. Van ser molt nombrosos els centres de menors al llarg del territori espanyol i només es canvia aquesta tendència amb la gran reforma que realitza l'esmentada Llei 21/87.

D'altra banda, als anys setanta van apareixent a la universitat els primers psicòlegs llicenciats de les facultats de Filosofia i Lletres. Molts d'ells van acabar formant part de les plantilles dels centres de menors, per la gran quantitat d'infants i joves acollits i la varietat de les seves problemàtiques.

Els psicòlegs de la intervenció social en protecció infantil eren fonamentalment els que (gairebé exclusivament) treballaven als grans centres d'acollida. Exercien sobretot un paper d'avaluació psicològica, com correspon a l'època, amb un model eminentment psicomètric, elaboraven informes sobre el desenvolupament intel·lectual i el perfil de personalitat dels infants i joves perquè poguessin servir d'orientació al personal que els atenia.

Varen ser ells, al costat dels nous pedagogs, els que varen començar a transformar les macroinstitucions en el model de petites llars d'acollida de característiques familiars (que durant un temps es varen denominar llars funcionals).

A Mallorca, en concret, la història de les llars del menor es remunta a l'any 1984 amb la posada en marxa de la llar de Son Sardina com a experiència pilot. El 1985 el Ple del Consell Insular de Mallorca aprova el Pla General Bàsic d'Educació a les Llars del Menor, d'acord amb els nous criteris i plantejaments socioeducatius. Es va iniciar, d'aquesta manera, un procés de reconversió dels internats Llar de la Joventut i Llar de la Infància en petites unitats-llars.

Així doncs, els antecedents del treball dels professionals de la psicologia en la intervenció social de família i de la infància es troben en les institucions d'acollida que, com hem vist, estaven gestionades per diversos organismes. La tasca d'aquest professional podria situar-se més en l'àmbit de l'avaluació clínica o psicomètrica que en una intervenció social tal com la coneixem avui dia (Jorge del Valle, 2018).

I què passa amb els psicòlogues i psicòlogues d'intervenció social en els serveis socials?

La Constitució espanyola de 1978 suposa el punt d'arrencada d'una concepció nova de les responsabilitats que, respecte de la protecció a la infància, assumeixen les entitats públiques a casa nostra. Aquesta orientació nova atribueix un paper no substitutiu de la funció paterna i materna, sinó que atribueix la responsabilitat d'assegurar la protecció a la infància quan es produeixin situacions en què els infants quedin o estiguin en risc de quedar en situació de desemparament o desprotecció, i cal disposar dels mecanismes necessaris per corregir aquesta situació.

Així, en l'article 39 de la Constitució espanyola, es diu textualment: «Els poders públics asseguruen la protecció social, econòmica i jurídica de la família». Així, es deixa en mans de l'entitat pública competent l'adopció de mesures per garantir la protecció de la infància.

Aquesta capacitació de les entitats públiques per adoptar mesures de protecció es complementa amb el desenvolupament de lleis de protecció de la infància (Llei 21/1987 i Llei 1/1996), en què es desenvolupen mesures orientades a la protecció dels menors. A més, la Constitució possibilita, i així es fa progressivament, que les comunitats autònomes puguin assumir competències plenes en matèria de protecció de menors.

En el cas de la comunitat de les Illes Balears, l'entrada en vigor de l'Estatut d'autonomia (1983) suposa l'inici d'un procés de transferències en matèria de serveis socials i, per tant, de protecció a la infància. Actualment la comunitat té assumides les competències plenes en aquesta matèria, entre el Govern dels Illes Balears, els consells insulars i els diferents ajuntaments de les Illes.

A Espanya, al llarg dels anys 80 i 90 del segle xx, així com varen créixer els serveis socials, es va anar definint amb més força el paper del psicòleg en els serveis socials, tant dels serveis socials de base com dels serveis socials específics. Es va lligar a la psicologia comunitària i es va orientar a la tasca d'un expert en intervenció psicosocial, en els casos en què no s'orientava directament cap a llocs de gestió i direcció d'equips, centres, programes, etc., amb un perfil proper al tècnic polític (López Cabanas et al., 1993; Rueda, 1991).

A Mallorca, en canvi, la trajectòria dels psicòlegs i psicòlogues és plena d'alts i baixos, amb presència a alguns municipis de l'illa on s'inicien diferents projectes municipals, mentre que a molts altres aquesta figura és totalment inexistent.

Treball interdisciplinari

Una de les grans diferències entre les distintes comunitats autònomes, sens dubte, es refereix a l'establiment de ràtios mínimes relatives al personal dels serveis socials bàsics, normalment sobre la base del nombre d'habitants de cada municipi.

A les Balears, a partir de la Llei 4/2009, de serveis socials de les Illes Balears i, posteriorment, regulada mitjançant el Decret 48/2011, de 13 de maig, queden establertes les ràtios professionals mínimes en l'article 10 de la següent manera:

1r. Un treballador o treballadora social a jornada completa per a una població compresa entre 5.000 i 7.500 habitants.

2n. Un educador o una educadora social a jornada completa per a una població compresa entre 5.000 i 7.500 habitants.

3r. Un o una auxiliar d'administració a jornada completa per cada 10.000 habitants.

Com es pot veure, a les Balears les úniques figures que es consideren part dels serveis socials bàsics i que han de complir unes ràtios mínimes són el personal de treball social, el d'educació social i el d'auxiliar administratiu.

Això no vol dir que no hi pugui haver altres professionals que treballen en les unitats de treball social (UTS). De fet, n'hi ha, només es que els municipis no estan obligats a tenir en els equips altres perfils professionals diferents dels exigits per llei.

Dit d'una altra manera, a les Balears el psicòleg o la psicòloga no estan inclosos dins els serveis socials bàsics (al contrari d'altres comunitats autònomes, que sí que hi estan), per la qual cosa la presència d'aquests professionals en els serveis socials de Mallorca fins a l'any 2016 és bastant dispar (present des de fa molts anys en alguns municipis i totalment absent en altres).

No deixa de ser xocant que, en el moment actual, en què pràcticament tots els estudis apunten que la manera tècnica més genuïna i adequada d'intervenir sobre els problemes socials i d'atendre els problemes d'una comunitat, és la intervenció psicosocial, que és de naturalesa interdisciplinària (treball social, educació social, psicologia...) i que no és particular de cap disciplina, es deixi fora del compliment de les ràtios mínimes a les Balears el col·lectiu de psicologia.

I més quan en l'àmbit dels serveis socials, la psicologia és una de les disciplines que més protagonisme ha tingut al llarg dels més de trenta anys d'experiència als diferents territoris de l'Estat. Ha estat un referent —teòric, metodològic i professional— crucial en l'assoliment dels objectius que a diferents nivells organitzatius s'han definit. A més, és una de les disciplines que, des de la perspectiva psicosocial específica, majors aportacions ha fet a la comprensió i a l'abordatge dels diferents problemes que es tracten en aquest sistema de serveis.

Tot i aquest *oblit* de la psicologia per part de la legislació balear, es varen posar en funcionament uns quants projectes de suport psicosocial a diferents punts de l'illa. Així, per exemple, el 2002, la Mancomunitat des Raiguer en va promoure a 9 municipis i, més tard, la Mancomunitat de Tramuntana a 10 municipis i altres municipis de Migjorn. Posteriorment, una vegada comprovada la vàlua i eficàcia, aquestes experiències varen disposar del suport de l'IMAS, mitjançant els convenis de suport psicosocial (entre els anys 2011 i 2014).

Ja a l'any 2016, es varen concedir subvencions d'aquests projectes per a tots els municipis menors de 20.000 habitants, iniciativa que totes les entitats locals beneficiades varen valorar molt positivament i varen demanar que aquests projectes continuassin.

El 2017 es va promoure la signatura de convenis nous entre l'IMAS i tots els ajuntaments de Mallorca per contractar psicòlegs i psicòlogues, i el desenvolupament de projectes nous de suport psicosocial a tots (ara ja sí) els municipis de l'illa, amb la denominació «projectes de suport psicosocial i d'intervenció en infància i família en situació de risc».

L'any 2018 es va signar de nou aquest conveni entre l'IMAS i cada un dels municipis de l'illa amb una novetat respecte de la temporalitat (a fi de donar més estabilitat a la figura dels psicòlegs i psicòlogues dins els serveis socials), que sigui bianual, és a dir, se signa per dos anys (2018 i 2019). En l'annex 1. Relació de psicòlegs/psicòlogues per municipi i nivell de dedicació, es pot veure el nombre d'hores per setmana pels quals es varen contractar els diferents professionals a cada municipi durant l'any 2018.

En què consisteix el treball dels psicòlegs i psicòlogues dins els serveis socials comunitaris?

La figura professional del psicòleg o psicòloga és tan bàsica com necessària als serveis socials ja que complementa i enriqueix la tasca que treballadors i treballadores socials, educadors i educadores i altres figures de les unitats de treball social (UTS) desenvolupen. Incloure la figura del psicòleg és l'única manera de garantir que la resposta a les necessitats d'atenció sigui integral i, amb això, que la prestació de serveis sigui de qualitat i que es consolidi com una bona pràctica d'intervenció per potenciar i millorar l'atenció a la ciutadania.

Els psicòlegs i psicòlogues d'intervenció social atenen la població individualment, en família, en grup i en comunitat, i algunes de les seves funcions són:

- Detectar, investigar i avaluar situacions de desprotecció al seu territori, per valorar-ne el nivell i decidir, per tant, si és de competència comunitària o especialitzada.
- Intervenir en situacions de risc mitjançant programes d'intervenció familiar. Aquestes intervencions tenen com a finalitat millorar les habilitats dels pares per educar els fills, donar suport mitjançant la intervenció en crisi, treballar amb adolescents i pares amb problemes greus de relació i conflicte, treballar les dificultats en les habilitats de criança així com problemàtiques familiars que puguin sorgir de les famílies monoparentals, famílies reconstituïdes, etc.
- Donar suport en l'àmbit comunitari al seguiment de casos de desprotecció que han finalitzat amb mesures de protecció especialitzades, així com a la reintegració familiar després d'una mesura d'acolliment o d'alguns tipus d'acolliment familiar com els que es fan en família extensa.
- Desenvolupar programes de prevenció de la desprotecció infantil. Entre aquests programes, destaquen per la implantació i pel creixement els d'habilitats parentals i de desenvolupament de la criança positiva.
- Desenvolupar grups terapèutics com violència de gènere, violència filioparental, empoderament, grups de dona, espai familiar... i altres en funció de les necessitats.

Tot això pel que es refereix a infància i família, però no em d'oblidar que els psicòlegs i psicòlogues dels serveis socials també treballen amb casos de:

- Persones majors amb dificultats psicològiques com soledat, aïllament, falta de xarxa, suport...
- Adults amb dificultats psicològiques com acompanyament al divorci o separació, dol, dificultats en el canvi d'etapa del cicle vital, addiccions...
- Violència de gènere.

- Persones immigrants amb problemes d'adaptació a la nova comunitat.

Cal subratllar que la intervenció psicosocial per part dels psicòlegs i psicòlogues aporta un quefer i un valor diferencial al modus operandi dels serveis socials que no pot aportar cap altra disciplina. Aquest quefer, a més, és necessari i imprescindible, tant per les poblacions a les que es dirigeix la intervenció com per les funcions i finalitats encomanades als serveis socials. La presència, per tant, de professionals de la psicologia es troba determinada per raons ètiques, econòmiques i tècniques:

- *Ètiques*: pel que fa referència a donar l'atenció adequada a les persones ateses. Prescindir de l'atenció psicològica dels serveis socials, en el cas de persones immerses en situacions de dificultat social, és no només negar l'ajuda sinó participar del seu maltractament institucional.
- *Econòmiques*: El tractament psicològic ajuda a reduir els temps de la intervenció, assegura beneficis que es generalitzen a totes les persones d'un sistema familiar o d'un sistema grupal (i no només a les que en participen directament) i que es transmeten en el temps a altres generacions.
- *Tècniques*: Tot i que la mirada d'ajuda i capacitació es presenta en el quefer d'altres professionals dels serveis socials, el *modus operandi* de l'atenció psicològica és funció exclusiva dels professionals de la psicologia.

Com es concreta la feina a l'àmbit del serveis socials municipals?

En *Mapa1* podem veure com es concreta la tasca realitzada durant el 2018 pels psicòlegs i psicòlogues ens els serveis socials municipals.

Hem de puntualitzar un parell de punts respecte a aquestes xifres:

- Aquestes dades es refereixen només als psicòlegs i psicòlogues contractades directament pel programa de Suport Psicosocial de l'IMAS. Hi ha municipis (com Palma, Calvià, Santa Maria) que tenen més psicòlegs i psicòlogues treballant pels serveis socials però que no surten en aquestes dades perquè no estar inclosos dins el programa.
- A l'any 2018 ni Manacor ni Capdepera varen contractar cap psicòleg o psicòloga per diferents motius. Enguany ja sí que tenen dues psicòlogues als seus equips.

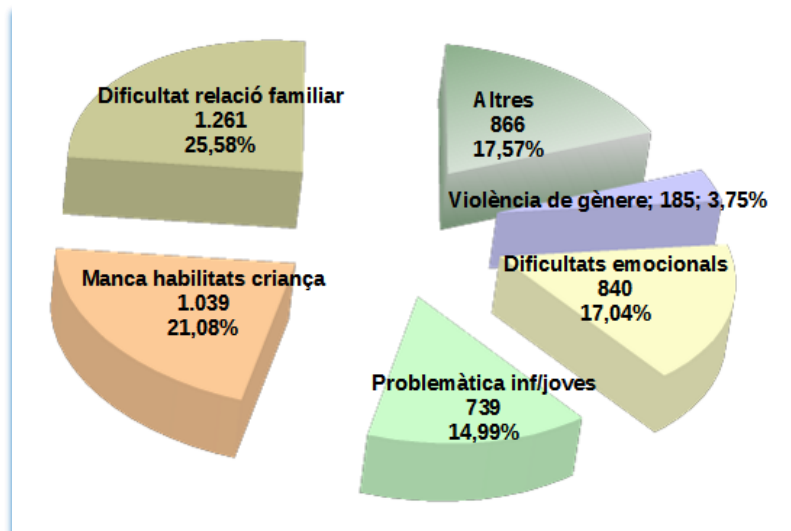
MAPA 1. Relació de persones ateses durant el 2018 pels psicòlegs i psicòlogues dels serveis socials municipals



Font: Memòria del projecte de suport psicossocial a Mallorca

Respecte al tipus de problemàtica detectada (d'un total de 4.950 registrades) i treballada pels psicòlegs i psicòlogues d'intervenció social als municipis podem observar el nivell d'incidència a la següent gràfica 1.

GRÀFICA 1. Percentatge sobre el tipus de problemàtica detectada pel servei de suport psicossocial durant el 2018



Font: memòria del projecte de suport psicossocial de cada municipi.

I quin impacte suposa dins el circuit de protecció del menor?

Els serveis socials comunitaris són el primer nivell del sistema públic de serveis socials. Constitueixen el punt d'accés immediat als serveis socials i la garantia de proximitat a les persones usuàries i als àmbits personal, familiar i social.

Aquests serveis es presten mitjançant les unitats de treball social, que són les responsables de l'atenció social directa, polivalent i comunitària a les persones residents a la zona bàsica.

Els serveis socials d'atenció primària són gestionats pels ens locals i atenen totes les demandes i les necessitats socials de la ciutadania (econòmiques, d'atenció a persones dependents, addiccions, atenció a la infància, violència de gènere, etc.), a partir de les quals aquests professionals fan un diagnòstic i elaboren un pla d'actuació aplicant tots els recursos a l'abast.

Tot i que els psicòlegs que treballen en els equips comunitaris de família en infància han de reconèixer i han de valorar tot tipus de situacions de desprotecció, normalment es desenvolupen en situacions de risc, en què és possible seguir treballant amb els infants i les famílies sense mesures de separació. En canvi, quan els casos arriben al nivell especialitzat, moltes vegades derivats per aquests equips comunitaris, és perquè se sol·liciten mesures de protecció per a situacions molt greus, normalment de desemparament.

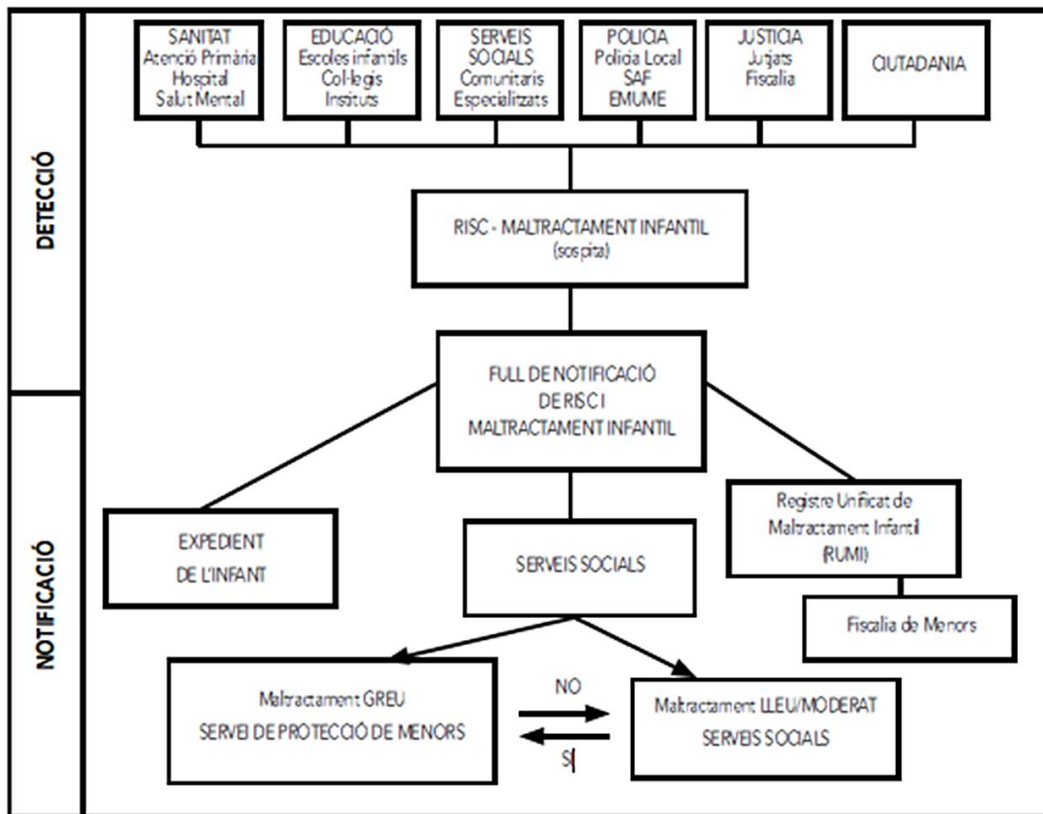
Cal tenir sempre present que la protecció dels infants i adolescents és exercida des de diferents nivells:

1. La seva xarxa natural, on es troben els seus pares o responsables legals (nivell I).
2. Altres persones de l'entorn de la família (nivell II).
3. Els serveis comunitaris (nivell III).
4. El Servei de Protecció de Menors (nivell IV).
5. La Fiscalia i els òrgans jurisdiccionals (nivell V).

Els casos de desprotecció infantil no constitueixen un grup homogeni, ja que presenten molt de nivells diferents de gravetat pel que fa a la perillositat per a la integritat física i psicològica de l'infant o adolescent, i molts nivells diferents de complexitat en els factors que provoquen i mantenen la situació de desprotecció.

Per tot això, es proposen fulls de notificació de risc i maltractament infantil per als diferents àmbits professionals (sanitari, educatiu, policial, serveis socials...), amb l'objectiu de comunicar els casos detectats als serveis amb competències en matèria de protecció de menors, els serveis socials, per assegurar que s'atenguin.

ESQUEMA 1. Circuit per a la detecció i notificació de les situacions de maltractament infantil



En l'organització actual del Sistema de Protecció Infantil a Mallorca, els casos de risc i desprotecció infantil de menor gravetat i complexitat que no requereixen una intervenció especialitzada són (o haurien de ser, encara que no sempre és així) atesos per atenció primària (serveis socials comunitaris de cada municipi), mentre que els casos de desprotecció infantil de més gravetat i complexitat que requereixen una intervenció especialitzada o la separació temporal o definitiva de l'infant o adolescent de l'entorn familiar han de ser atesos pels serveis especialitzats (IMAS) .

Totes aquestes notificacions a la vegada seran registrades en el RUMI (*Registre Unificat de Maltractament Infantil*). A la següent taula podem veure l'evolució de les notificacions realitzades pels serveis socials en els anys 2016, 2017 i 2018, on L/M és risc lleu o moderat i G/U vol dir greu o urgent (veure Annex 2. *Evolució de les notificacions realitzades pels serveis socials (anys 2016-2018)*)

Si comparem per Comunitats Autònomes crida l'atenció que Balears sigui, amb diferència, la comunitat amb la taxa més alta de notificacions de tot Espanya (veure la següent Taula MI-1)²⁴:

²⁴ Observatorio de la Infancia (2017) Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Núm. 20, Datos 2017. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social.

Tabla MI-1. Comparativa CCAA - Total de notificaciones		
	TOTAL	
	Abs.	Tasa
Andalucía	3.135	193,0
Aragón	385	172,1
Asturias	295	216,2
Baleares	1.640	784,8
Canarias	1.369	379,4
Cantabria	600	641,1
Castilla y León	831	235,3
Castilla-La Mancha	180	48,2
Cataluña	3.184	227,6
C. Valenciana	499	56,1
Extremadura	1.053	580,9
Galicia	SD	---
Madrid	1.424	117,2
Murcia	753	246,0
Navarra	181	150,8
País Vasco	1.121	305,6
La Rioja	55	100,1
Ceuta	20	95,3
Melilla	52	217,2
Total	16.777	211,0
Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años		

Crida poderosament l'atenció també que en el conjunt de totes les comunitats les notificacions qualificades com "lleus o moderades" són clarament majoritàries (66%) enfront de les greus (34%) excepte a Balears, que passa exactament el contrari: un 70,1% són qualificades com greus enfront de només un 29,9% de lleus o moderades (Observatori de la Infància, 2017).

	TOTAL		Nivel de gravedad			
	Abs.	Tasa	Grave		Leve-Moderada	
			Abs.	Tasa	Abs.	Tasa
Andalucía	3.135	193,0	1.192	73,4	1.943	119,6
Aragón	385	172,1	188	84,1	197	88,1
Asturias	295	216,2	120	87,9	175	128,2
Baleares	1.640	784,8	1.150	550,3	490	234,5
Canarias	1.369	379,4	205	56,8	1.164	322,6
Cantabria	600	641,1	239	255,4	361	385,8
Castilla y León	831	235,3	351	99,4	480	135,9
Castilla-La Mancha	180	48,2	38	10,2	142	38,0
Cataluña	3.184	227,6	933	66,7	2.251	160,9
C. Valenciana	499	56,1	56	6,3	443	49,8
Extremadura	1.053	580,9	97	53,5	956	527,4
Galicia	SD	---	SD	---	SD	---
Madrid	1.424	117,2	625	51,5	799	65,8
Murcia	753	246,0	174	56,9	579	189,2
Navarra	181	150,8	138	115,0	43	35,8
País Vasco	1.121	305,6	153	41,7	968	263,9
La Rioja	55	100,1	26	47,3	29	52,8
Ceuta	20	95,3	7	33,4	13	61,9
Melilla	52	217,2	21	87,7	31	129,5
Total	16.777	211,0	5.713	71,8	11.064	139,1
Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años						

A més, com podem veure a la següent Taula. *Notificacions per àmbit de procedència*, la majoria de les notificacions a les Balears es realitzen des de l'àmbit educatiu i dels serveis socials, que, en la pràctica, la majoria de les vegades es realitzen conjuntament.

Tabla MI-4. Comparativa CCAA - Notificaciones por ámbito de procedencia												
	TOTAL		Cuerpos y fuerzas de seguridad		Educativo		Otros		Sanitario		Servicios sociales	
	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa
Andalucía	3.135	193,0	4	0,2	192	11,8	131	8,1	84	5,2	2.724	167,7
Aragón	385	172,1	46	20,6	2	0,9	34	15,2	11	4,9	292	130,6
Asturias	295	216,2	71	52,0	7	5,1	76	55,7	42	30,8	99	72,5
Baleares	1.640	784,8	96	45,9	746	357,0	0	0,0	66	31,6	732	350,3
Canarias	1.369	379,4	39	10,8	25	6,9	433	120,0	262	72,6	610	169,0
Cantabria	600	641,1	134	143,2	66	70,5	89	95,1	78	83,3	233	249,0
Castilla y León	831	235,3	158	44,7	22	6,2	280	79,3	57	16,1	314	88,9
Castilla-La Mancha	180	48,2	66	17,7	13	3,5	9	2,4	11	2,9	81	21,7
Cataluña	3.184	227,6	1.978	141,4	165	11,8	440	31,4	438	31,3	163	11,7
C. Valenciana	499	56,1	46	5,2	305	34,3	46	5,2	48	5,4	54	6,1
Extremadura	1.053	580,9	0	0,0	46	25,4	5	2,8	20	11,0	982	541,7
Galícia	SD	---	SD	---	SD	---	SD	---	SD	---	SD	---
Madrid	1.424	117,2	380	31,3	65	5,4	124	10,2	122	10,0	733	60,3
Murcia	753	246,0	502	164,0	109	35,6	22	7,2	120	39,2	0	0,0
Navarra	181	150,8	26	21,7	8	6,7	19	15,8	10	8,3	118	98,3
País Vasco	1.121	305,6	578	157,6	2	0,5	225	61,3	9	2,5	307	83,7
La Rioja	55	100,1	0	0,0	18	32,8	0	0,0	16	29,1	21	38,2
Ceuta	20	95,3	2	9,5	0	0,0	9	42,9	5	23,8	4	19,1
Melilla	52	217,2	1	4,2	36	150,4	1	4,2	8	33,4	6	25,1
Total	16.777	211,0	4.127	51,9	1.827	23,0	1.943	24,4	1.407	17,7	7.473	94,0

Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años

Per què està passant això?

La complexitat de l'assumpte ens fa pensar que la causa és multifactorial i, de moment, només podem inferir algunes hipòtesis com, per exemple:

- *No haver superat models d'actuació antics en els serveis socials, herència de l'antiga assistència social o beneficència.*

Un dels problemes fonamentals que tenen els serveis socials actualment és que dediquen excessiu temps a la protecció material o econòmica (tramitació d'ajuts i prestacions) en detriment del temps dedicat als processos de recuperació i acompanyament, que és (o hauria de ser) l'essencial de la seva missió. Els serveis socials s'han de centrar en els processos d'atenció i recuperació de les persones, que en determinades ocasions requereixen de suports econòmics però en d'altres no. Per tant, cal discernir les prestacions materials, econòmiques i tècniques que són pròpies dels serveis socials i que, en conseqüència, els corresponen, de les que no ho són. Actualment, els serveis socials centren bona part del seu temps i recursos en fer front a les necessitats bàsiques quan falla la protecció econòmica general (ex. prestacions contributives i no contributives) o quan l'accés a altres àmbits del benestar requereix de despeses que no es poden pagar (ex. educació, habitatge, etc.).

- *Diferents maneres d'avaluar els factors de risc.*

A les Balears no hi ha una homogeneïtat a l'hora de valorar per part dels professionals els diferents factors de risc i si existeix desemparament o no del menor. Això fa que moltes vegades hi hagi confusió i desacord entre personal tècnic de diferents administracions (serveis socials, servei de protecció del menor...) respecte dels casos.

En altres comunitats autònomes, en canvi, fa anys que ja varen solucionar aquest tema. Al País Basc, per exemple, mitjançant l'aprovació del Decret 230/2011, de 8 de novembre (i l'actualització amb el Decret 152/2017), es varen assegurar que tots els serveis socials municipals i territorials d'atenció i protecció a la infància i adolescència dins la comunitat autònoma basca ferien servir el mateix instrument de valoració de la gravetat de les situacions de risc i desemparament: el BALORA.

Òbviament, fent servir tots el mateix instrument de valoració, disminueix exponencialment la probabilitat d'estar en desacord sobre la valoració dels factors de risc i si hi ha desemparament o no de cada cas.

Hem de dir que a Mallorca l'IMAS fa anys que ofereix formació sobre l'instrument BALORA entre els professionals i que l'any 2018 el Govern balear (amb la col·laboració puntual de la Secció de Suport Tècnic Municipal de l'IMAS) va començar a fer una formació generalitzada sobre aquest mateix instrument per a professionals dels serveis socials (i també d'educació i de salut).

És sense cap dubte una bona primer passa per aconseguir que tot el personal tècnic involucrat «xerri el mateix idioma» a l'hora d'avaluar, cosa que contribuirà a homogeneïtzar criteris, millorar la qualitat de les preses de decisió, agilitzar la intervenció i millorar la coordinació entre els diferents serveis de protecció.

Però aquest és un camí llarg que, entre altres coses, necessitarà una adaptació del BALORA a la població de les Illes Balears.

- *Equips incomplets, descompensats o amb escassos professionals en molts municipis.*

No fa tant (tot just dos anys) que les ràtios de personal de treball social, d'educació social i d'administració són de compliment obligatori per als municipis (o, més ben dit, que el Govern balear va començar a aplicar-les) i que es varen signar els primers convenis per contractar psicòlegs i psicòlogues a tots els municipis de l'illa amb el nom de Projecte de suport psicosocial i d'intervenció en infància i família en situació de risc.

Dit d'una altra manera, en la pràctica, molts de municipis (no tots) no podien assumir fins fa poc el treball amb determinades famílies, perquè no disposaven dels mitjans tècnics i humans suficients. Com a conseqüència d'això, es feien moltes derivacions de casos a altres institucions com el Servei de Menors i Família de l'IMAS que han fet que aquest hagi d'assumir un volum de casos excessiu (que, per altra part, no li correspondria com a servei especialitzat que és) i s'ha convertit en un servei ultrapassat i saturat, amb gran part del personal tècnic estressat i en tensió contínua pel gran volum de casos que han de manejar, molts de gran complexitat i responsabilitat (no oblidem que les decisions que prenen afecten directament la vida de famílies i, especialment, de menors).

Per primera vegada a la història de Mallorca, tenim, per fi, equips als serveis socials comunitaris formats per professionals de treball social, d'educació social i de psicologia

social (encara que aquest darrer, infrarepresentat), que poden fer una intervenció amb les famílies de caire interdisciplinari al territori propi, sense necessitat de derivar els casos que no siguin greus al Servei de Menors i Família de l'IMAS i, amb el temps, així es descongestionarà aquest servei.

La nova Llei 9/2019, de 19 de febrer, de l'atenció i els drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears, ajudarà sens dubte a continuar per aquest camí i promourà la incorporació d'altres professionals (integradors socials, sociòlegs...) als equips.

- *Un ús erroni de les fulles de notificació.*

Ja sigui per haver entès malament la seva funcionalitat, com a forma de no assumir determinats casos (la majoria de les vegades per no tenir personal suficient) o com a intent de passar per davant d'altres casos al Servei d'Urgències de l'IMAS (porta d'entrada del Servei de Menors i Família) la veritat és que molts de casos es marquen com a greus o urgents a les fulles de notificació (independentment de que hi hagi més o menys indicadors per qualificar-los d'aquesta manera).

Això és un greu error que desvirtua totalment la funcionalitat de les fulles de notificació i falseja les dades del RUMI i provoca paradoxes com que molts de casos notificats com a greus o urgents (i que com a tal haurien de ser responsabilitat del Servei de Menors i Família de l'IMAS) tornen als serveis socials per manca d'indicadors de risc. Com a conseqüència d'això tenim el dubtós honor de ser la comunitat autònoma amb més casos notificats com a greus amb els menors vivint amb les seves famílies sense que es facin càrrec els serveis especialitzats (Servei de Menors i Família, Fiscalia..).

Òbviament, aquestes són hipòtesis generals i és important assenyalar que, com que cada municipi té la seva idiosincràsia pròpia el que afecta o motiva determinades decisions d'un pot ser diferent del que afecta o motiva les d'un altre.

I el futur?

La Llei 9/19, de 19 de febrer, de l'atenció i els drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears neix amb una vocació clara d'empoderar els serveis socials.

La llei s'adapta als canvis normatius estatals del sistema de protecció de la infància i l'adolescència, i introdueix com a novetats principals:

- a) L'obligatorietat de les administracions d'invertir en prevenció.
- b) La definició de la declaració de risc d'un menor.
- c) L'actualització i el reconeixement de drets nous dels menors, entre d'altres.

A efectes pràctics, la Llei 9/19:

- Obliga a les administracions públiques a invertir en prevenció. I no només estableix que s'han de destinar recursos a la prevenció, sinó que defineix quins són aquests recursos (suport a la família, educació, salut, formació i ocupació, relacions socials,...).
- Prioritza la prevenció i l'acció comunitària, atès l'índex elevat de mesures administratives de protecció de menors i mesures judicials a les Illes Balears.

- Entén que els **ajuntaments** són l'administració més propera a la ciutadania i poden exercir una atenció immediata i continuada sobre infants i adolescents, així com sobre l'entorn familiar i social.

Per tot això, en la Llei es preveu que els **ajuntaments poden assumir per delegació** dels consells insulars, d'acord amb el que preveu l'article 75.5 de l'Estatut d'autonomia de les Illes Balears i en aquesta Llei, i en el seu àmbit territorial respectiu, totes les actuacions materials, tècniques i jurídiques en situació de declaració de risc previstes en aquesta Llei i en la resta de l'ordenament jurídic vigent que no corresponguin a altres administracions.

Amb la finalitat de dur això a terme, es crearà la **Comissió de Declaració de Risc**, que ha d'existir en els municipis que hagin assumit la delegació i que valorarà les declaracions de risc i les propostes de projecte d'intervenció social i educatiu.

Per assolir tots aquests objectius és obvi que fa falta que els municipis tinguin equips qualificats, suficients, compensats i multiprofessionals (treballador o treballadora social, educador o educadora social, psicòleg o psicòloga...).

Per fer-nos una idea del volum que això representa, al Servei de Menors i Família de l'IMAS es varen registrar 1.636 menors amb expedients de protecció l'any 2018, dels quals:

- 952.....Tuteles
- 182.....Guardes Voluntàries
- 51.....Guardes Provisionals
- 487.....Declaracions de Risc

Fa anys que el personal tècnic del Servei de Menors i Família de l'IMAS és responsable/instructor de més expedients dels que haurien de ser responsables, així que la possibilitat que els municipis assumeixin les actuacions de les situacions de risc és sens dubte molt positiu per a la qualitat del servei.

No obstant això, no es tracta de vestir un sant per desvestir-ne un altre. És totalment necessari dotar als municipis de recursos humans, materials i tècnics suficients per que puguin assolir amb garanties aquest nou repte.

Igualment, serà necessari també impulsar la confecció de plans sectorials integrats d'infància i família (tant d'àmbit balear com insular i municipal) que donin un sentit i una direcció homogènia (amb la seva doble vessant comunitària i individual/familiar) a les intervencions.

Algunes conclusions

- La llei 9/19, de 19 de febrer, de l'atenció i dels drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears ha de suposar un veritable gir comunitari que impliqui, entre d'altres coses, una inversió de recursos allà on es produeixen les situacions de risc i malestar d'infants i adolescents: a les famílies, a les escoles, als llocs de lleure...en definitiva als mateixos municipis.

Només així els municipis podran assumir casos, es reduiran d'aquesta manera les derivacions al Servei de Menors i Família de l'IMAS, fet que descongestionarà aquest servei i, com a conseqüència, millorarà qualitativament la seva aportació.

- És important també continuar promovent la figura del psicòleg dins els serveis socials i el treball interdisciplinari. No podem negar que és un fet molt positiu que, en aquest moment, ja hi hagi psicòlegs a tots els equips municipals d'atenció primària però, a la vegada, tampoc no podem obviar que poc es beneficiarà el treball interdisciplinari a municipis on la presència d'aquests professionals és tan escassa com una hora o dues a la setmana. S'ha fet una primera passa; la següent hauria de ser equilibrar els equips interdisciplinaris.
- Finalment, cal dir que és bàsic unificar les formes de registre dels casos entre les diferents administracions (CAIB, IMAS, municipis) per aconseguir tenir una visió de conjunt i fer un diagnòstic ajustat i integrat del panorama existent en el sector d'infància, adolescència i família (cosa que, ara mateix, no succeeix).

Cal sistematitzar aquest coneixement, perquè es tradueixi en millores de planificació, d'organització i d'actuació. I, per descomptat, en una avaluació sistemàtica, amb una objectivació dels resultats que s'obtenen i dels costos.

Referències bibliogràfiques

Aguilar Hendrickson, M. (2014). *Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Serie Documento de Trabajo, Madrid, Fundación FOESSA, Cáritas Española Editores.

Constitución Española 1978. *Boletín Oficial del Estado*, 311, 29313-29424.

De Madrid, A. (2008). Manual de intervención de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para la protección de menores. *Dirección General de Familia, Infancia y Voluntariado, Ayuntamiento de Madrid*

De Paúl, J., i Arruabarrena, M.I. (Eds) (2001) *Manual de protección Infantil*. Barcelona: Masson.

Del Valle, Jorge F. (2018). La intervención del psicólogo en los servicios sociales de familia e infancia: evolución y retos actuales. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 39.

Decreto 66/2016, de 18 de noviembre de 2016, por el que se aprueba la Cartera Básica de Servicios Sociales de las Illes Balears 2017-2020 y se establecen principios generales para las carteras insulares y locales (BOIB de 19 de noviembre de 2016). Consulta: http://www.caib.es/sites/institutestudisautonomics/ca/n/decret_66-2016/

Decreto 152 (2017) *Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y adolescencia en la Comunidad Autónoma del País Vasco (Balora)*. Bilbao: 9 de mayo de 2017.

Direcció Executiva de Protecció al Menor i Atenció a la Família (2011). Manual de Intervención del Servicio de Protección al Menor. Institut Mallorquí d'Afers Socials

(IMAS). *Departament de Benestar Social, Consell de Mallorca. Recuperat:* <http://www.revistaalimara.net/revista/documents-tecnics/>

Fantova Azcoaga, F. (2018). Construyendo la intervención social. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 39.

Fantova Azcoaga, F. (2018). La definición y colaboración de las profesiones de la intervención social. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. N. 214.

Ley 21/1987, de 11 de noviembre, de modificación de determinados artículos del CC y de la Ley de enjuiciamiento civil, en materia de adopción. In *Pub. L. No. 275*. BOE España.

Llei 4/2009, de 11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears (BOIB núm. 89 de 18 de Juny de 2009).

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. In *Pub. L. No. 15*. BOE España.

Observatorio de la Infancia (2018). Boletín estadístico de medidas de protección a la infancia (nº 20). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consulta: http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/Boletin_20_DEFINITIVO.pdf

Sánchez Alías, A. M^a; Martínez García, M. F. (Coord.) (2018). *Reflexiones en torno a la psicología de intervención social y el sistema de servicios sociales*. Consejo General de la Psicología. Recuperat: <http://bit.ly/32NvqPI>

SIIS - Centro de Documentación y Estudios (2017). Organización de los servicios sociales municipales en las comunidades autónomas: cinco estudios de caso. *Revista Zerbitzuan*, Núm. 63. Consulta: <http://bit.ly/2mooAzA>

Varis. (2005). *Manual de Intervención en situaciones de desprotección infantil*. Servicio Especializado del Territorio Histórico de Bizkaia. Departamento de Acción Social, Diputación Foral de Bizkaia. Recuperat: <http://bit.ly/2paSzfW>

Annexos

Annex 1. Relació de psicòlegs/psicòlogues per municipi i nivell de dedicació

MUNICIPI	NOMBRE DE PSICÒLEGS	DEDICACIÓ NOMBRE D'HORES/SETMANA
<i>Alaró</i>	1	7
<i>Alcúdia</i>	1	37,5
<i>Andratx</i>	1	10
<i>Artà</i>	1	6,5 (de gener a setembre) i 9,5 (d'octubre a desembre)
<i>Banyalbufar</i>	1	1
<i>Binissalem</i>	1	20
<i>Búger</i>	1	2,25 (de gener a juny) i 2 (de juliol a desembre)
<i>Bunyola</i>	1	6,5 (de març a desembre)
<i>Calvià</i>	2	37,5
<i>Campanet</i>	1	6,5
<i>Campos</i>	1	12
<i>Capdepera</i>	1	15
<i>Consell</i>	1	6,5
<i>Deià</i>	1	5 (quinzenals)
<i>Esporles</i>	1	6
<i>Estellencs</i>	1	1,25
<i>Felanitx</i>	1	37,5
<i>Fornalutx</i>	1	2,5
<i>Inca</i>	1	37,5
<i>Lloseta</i>	1	10
<i>Llucmajor</i>	2	20
<i>Manacor</i>	1	40
<i>Mancor de la Vall</i>	1	2,5
<i>Marratxí</i>	1	37,5
<i>Muro</i>	1	10
<i>Palma</i>	3	37,5
<i>Pollença</i>	1	27
<i>Porreres</i>	1	5

<i>Puigpunyent</i>	1	4,25
<i>Sa Pobla</i>	1	12
<i>Sant Llorenç</i>	1	10 (d'abril a desembre)
<i>Santa Margalida</i>	1	35
<i>Santa Maria</i>	1	7
<i>Santanyí</i>	1	20 (de maig a desembre)
<i>Selva</i>	1	4,5
<i>Ses Salines</i>	1	7,5 (d'abril a desembre)
<i>Sóller</i>	1	10
<i>Son Servera</i>	1	8
<i>Valldemossa</i>	1	4,5 (de febrer a desembre)
<i>Mancomunitat del Pla</i>	1	37,5

Annex 2. Evolució de les notificacions realitzades pels serveis socials (2016 – 2018)

Municipis	2016	2017	2018
Alaró	L/M= 1. G/U= 2. total=3	L/M=1 . G/U=4 . Total=5	L/M=0 . G/U=4 . Total=4
Alcúdia	L/M=2 . G/U=10 . Total=12	L/M=5 . G/U=9 . Total=14	L/M=6 . G/U=15 . Total=22
Algaida	L/M=2 . G/U= 0. total=2	L/M=9 . G/U=9 . Total=18	L/M=5 . G/U=4 . Total=9
Andratx	L/M= 9. G/U=12 . total=21	L/M=2 . G/U=16 . Total=18	L/M= 6. G/U=9 . total=15
Ariany	L/M= 6. G/U=1 . total=7	L/M=1 . G/U=1 . Total=2	L/M=0 . G/U=0 . Total=0
Artà	L/M=0 . G/U=9 . total=9	L/M=0 . G/U=7 . Total=17	L/M=0 . G/U=9 . Total=9
Banyalbufar	L/M=0 . G/U=0 . Total=0	L/M=0 . G/U=0 . Total=0	L/M=4 . G/U=0 . Total=4
Binissalem	L/M= 3. G/U=9 . total=12	L/M=5 . G/U=3 . total=8	L/M=4 . G/U= 7. total=11
Búger	L/M=0 . G/U=2 . total=2	L/M=0 . G/U=1 . total=1	L/M=1 . G/U=1 . Total=2
Bunyola	L/M=0 . G/U=1 . Total=1	L/M=0 . G/U= 1. total=1	L/M=1 . G/U=2 . Total=3
Calvià	L/M=8 . G/U=30 . Total=47	L/M=15 . G/U=37 . Total=53	L/M=12 . G/U=43 . Total=55
Campanet	L/M=0 . G/U=0 . Total=0	L/M=1 . G/U=0 . Total=1	L/M=0 . G/U=1 . Total=1
Campos	L/M=9 . G/U=2 . total=	L/M=2 . G/U=7 . Total=12	L/M=6 . G/U=12 . Total=18
Capdepera	L/M=7 . G/U=3 . Total=10	L/M=10 . G/U=6 . Total=17	L/M=1 . G/U= 4. total=5
Consell	L/M=2 . G/U= 2. total=5	L/M=1 . G/U=7 . Total=8	L/M=3 . G/U= 7. total=10
Costitx	L/M=0 . G/U=0 . Total=0	L/M=1 . G/U=11 . Total=12	L/M=2 . G/U=3 . Total=5
Deià	L/M=0 . G/U=1 . Total=1	L/M=1 . G/U=0 . Total=1	L/M=4 . G/U=0 . Total=4
Escorca	L/M=0 . G/U=0 . Total=0	L/M=0 . G/U=0 . Total=0	L/M=0 . G/U=0 . Total=0
Esporles	L/M=1 . G/U=3 . Total=4	L/M=2 . G/U=4 . Total=6	L/M= 0. G/U=3 . Total=3
Estellencs	L/M=1 . G/U=0 . Total=1	L/M=0 . G/U=0 . Total=0	L/M=0 . G/U= 1. total=1
Felanitx	L/M=30 . G/U=3 . total=34	L/M=43 . G/U=21 . Total=65	L/M=40 . G/U= 25. total=67
Fornalutx	L/M=1 . G/U=0 . Total=0	L/M=0 . G/U=0 . Total=0	L/M=0 . G/U=0 . Total=0
Inca	L/M=38 . G/U=44 . total=86	L/M=27 . G/U= 33. total=63	L/M=17 . G/U= 49. total=68
Lloret de Vistalegre	L/M=1 . G/U=1 . Total=2	L/M=2 . G/U=1 . total=3	L/M=1 . G/U=1 . Total=2
Lloseta	L/M=2 . G/U=1. Total=4	L/M=3. G/U=1. total=4	L/M= 8. G/U=6 . Total=15
Llubí	L/M=0 . G/U=0 . Total=0	L/M=0 . G/U=0 . Total=0	L/M=2 . G/U=2 . Total=5
Llucmajor	L/M=13 . G/U=18 . total=34	L/M=21 . G/U=36 . Total=63	L/M=22 . G/U= 38. total=61
Manacor	L/M=15 . G/U=33 . total=48	L/M=19 . G/U=42 . Total=63	L/M=18 . G/U=49 . total=68
Mancor de la Vall	L/M=2 . G/U=0 . Total=2	L/M=2 . G/U= 0. total=2	L/M= 0. G/U=0 . Total=0
Maria de la Salut	L/M=4 . G/U=7 . Total=11	L/M= . G/U=2 . Total=3	L/M=4 . G/U=7 . Total=11
Marratxí	L/M=17 . G/U=8. total=26	L/M=10 . G/U=30 . Total=44	L/M=17 . G/U=20 . total=38
Montuiri	L/M=0 . G/U=0 . Total=0	L/M=0 . G/U=5 . Total=5	L/M=2 . G/U=3 . Total=5
Muro	L/M=3 . G/U=2 . Total=5	L/M=1 . G/U=4 . Total=5	L/M=1 . G/U=5 . Total=6
Palma	L/M=111. G/U=277. Total=456	L/M=195 . G/U=485. Total=707	L/M=102. G/U=724 . Total=836
Petra	L/M= 0. G/U=6 . Total=6	L/M=5 . G/U=2 . Total=7	L/M=1 . G/U=2 . Total=3
Pollença	L/M=3 . G/U= 3. total=7	L/M=14 . G/U=11. total=25	L/M=9. G/U=11. Total=20
Porreres	L/M=4 . G/U=3 . Total=7	L/M=1 . G/U=5 . Total=6	L/M=7 . G/U=1 . Total=8
Puigpunyent	L/M=2 . G/U=0 . Total=0	L/M=0 . G/U=0 . Total=0	L/M=3 . G/U=6 . Total=9
Sa Pobla	L/M=7. G/U= 14. total=23	L/M=10. G/U=17. Total=24	L/M=7. G/U=18. total=25
Sant Joan	L/M=0 . G/U=0 . Total=1	L/M= 2. G/U= 1. total=3	L/M=2 . G/U=0 . Total=0
Sant Llorenç des Cardassar	L/M=1 . G/U=1 . Total=2	L/M=3. G/U=4. Total=7	L/M=3. G/U=16. total=20
Santa Eugènia	L/M=0 . G/U=0 . Total=0	L/M=2 . G/U=1. Total=3	L/M=1. G/U=1 . Total=2
Santa Margalida	L/M=0. G/U=1 . total=1	L/M=2 . G/U=5 . Total=7	L/M=2. G/U=12. total=14
Santa Maria del Camí	L/M=0 . G/U=0 . Total=0	L/M=0. G/U=2. Total=2	L/M=2. G/U=1 . Total=3
Santanyí	L/M=1 . G/U=3 . Total=4	L/M=6 . G/U=3 . Total=10	L/M=12. G/U=7. total=21
Selva	L/M=2. G/U=1. Total=3	L/M=0 . G/U=5 . Total=5	L/M=0 . G/U=1. Total=1
Sencelles	L/M=1. G/U=0. Total=1	L/M=0. G/U=1. Total=1	L/M=2. G/U=1. Total=3
Ses Salines	L/M=0 . G/U=1 . Total=2	L/M=1 . G/U=4 . Total=5	L/M=1 . G/U=3 . Total=5
Sineu	L/M=0. G/U=0 . Total=0	L/M=1 . G/U=3 . Total=4	L/M=1. G/U=2. Total=3
Soller	L/M=11. G/U=10. total=22	L/M=8. G/U=10. Total=18	L/M=14. G/U=19. total=33
Son Servera	L/M= 0. G/U=0. Total=0	L/M=5. G/U=5. Total=10	L/M=11. G/U=11. Total=22
Valldemossa	L/M=0. G/U=0 . Total=0	L/M=1 . G/U=0 . Total=1	L/M=0 . G/U=0 . Total=0
Vilafranca de Bonany	L/M=1. G/U=0. Total=0	L/M=1. G/U=1 . Total=2	L/M=4. G/U=1. Total=5

COL·LECCIÓ «IMAS»

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 61. Novembre 2019

ISSN: 2659-5273

▪ *Infància i família*

La Llei de l'atenció i els drets de la infància i adolescència de les Illes Balears. Una aposta per la prevenció comunitària

Alonso Medinas Prats

Oficina Balear de la Infància i l'Adolescència del Govern de les Illes Balears (OBIA)



REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

La Llei 9/2019, de 19 de febrer, de l'atenció i dels drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears, prèviament elaborada com a projecte per la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació del Govern de les Illes Balears, fou consensuat amb els consells insulars i presentat als ajuntaments, així com al Consell d'Infància i Família de les Illes Balears i el Consell de Serveis Socials; posteriorment, després dels corresponents tràmits i debats parlamentaris en el si de la Comissió d'Assumptes Socials i Drets Humans, fou aprovada pel ple del Parlament de les Illes Balears i publicada al Butlletí Oficial de les Illes Balears, entrant a vigir el 28 de maig de 2019.

Aquest article té per finalitat explicar la llei d'una manera planera adreçada als i les professionals de l'àmbit social, per la qual cosa, seguiré l'articulat del text normatiu, especialment pel que fa a l'actualització i el reconeixement de nous drets de les persones menors d'edat i, concretament, en allò que fa referència a la prevenció, i a la situació i declaració de risc, ja que no només obliga les administracions a invertir-hi, sinó que estableix quins són els recursos que s'hi ha de destinar, per la qual cosa es preveu una incorporació progressiva de professionals de la psicologia, l'educació, el treball i la integració social, del dret i l'Administració a equips territorials d'intervenció de nova creació. També preveu que es posin en marxa nous programes per a menors i les seves famílies.

La llei a més de definir la declaració de risc d'un menor, inclou, com a novetat, la creació de la Comissió de Declaració de Risc (com a figura d'àmbit municipal), que com veurem pot existir en tots els municipis de les Illes Balears i que valorarà les declaracions de risc i les propostes de projecte d'intervenció social i educatiu familiar, una tasca que fins ara duen a terme els consells insulars.

Paraules clau

Drets, prevenció comunitària, infància, adolescència, consells insulars, ajuntaments

1. Introducció

La promulgació d'aquesta llei respon a la necessitat d'actualitzar diferents qüestions que l'anterior Llei 17/2006, de 13 de novembre, integral de l'atenció i dels drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears²⁵ no podia solucionar, principalment pels canvis introduïts en la matèria a conseqüència de les modificacions introduïdes per l'Estat en el sistema de protecció de la infància i l'adolescència mitjançant dues lleis cabdals:

²⁵ BOIB núm. 163, de 18 de novembre de 2006. Correcció d'errades BOIB núm. 24, de 13 de febrer de 2007.

- a) La Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència²⁶.
- b) La Llei 26/2015, de 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència²⁷.

Així mateix, la Llei, a més d'actualitzar el sistema de protecció de la infància i l'adolescència de les Illes Balears, pretén aclarir la distribució competencial en aquesta matèria que tenen les diferents administracions públiques, així com recollir i actualitzar el catàleg de drets i dels deures dels menors i, en general, revisar els aspectes que recollia l'anterior Llei autonòmica 17/2006, de 13 de novembre.

L'**objecte** de la Llei, té una triple vessant:

En primer lloc, tracta de garantir als infants i adolescents que resideixin o es trobin al territori de la nostra comunitat, l'exercici dels drets que els reconeix la Constitució²⁸, la Convenció sobre els Drets de l'Infant de Nacions Unides²⁹, la Carta Europea dels Drets de l'Infant³⁰, la Convenció sobre els Drets de les persones amb discapacitat³¹ i l'ordenament jurídic en general, i s'aplica amb independència de quina sigui la seva situació administrativa.

En segon lloc, estableix el marc d'actuació en què se tenen que exercir les activitats de foment dels drets i el benestar dels infants i adolescents, així com les actuacions de prevenció, atenció, protecció i participació adreçades a la infància i l'adolescència per a garantir-ne el seu desenvolupament en els àmbits familiar, social i educatiu.

I, en tercer lloc, defineix els principis d'actuació, els criteris, els procediments i el marc competencial i institucional en l'àmbit de la protecció a la infància i a l'adolescència en situació de risc o de desemparament, així com el marc de la intervenció amb persones menors d'edat infractores en l'àmbit de la justícia juvenil.

2. Estructura i contingut

Pel que fa a l'estructura i el contingut, la Llei consta de 265 articles distribuïts en set títols, catorze disposicions addicionals, dues disposicions transitòries, una disposició derogatòria i nou disposicions finals.

El **Títol I** conté les disposicions de caràcter general que han de conduir a l'aplicació de la norma, com són l'objecte, l'àmbit d'aplicació, les modalitats d'atenció a la infància i l'adolescència o els principis rectors de l'actuació administrativa.

D'altra banda, el **Títol II** està dedicat a la regulació dels drets i els deures de les persones menors d'edat, que es configuren com els vertaders protagonistes de la norma, la qual pretén, igual que feia la Llei 17/2006, no solament reconèixer drets sinó també establir els mecanismes de protecció corresponents amb més garanties socials i familiars, amb

²⁶ BOE núm. 175, de 23 de juliol de 2015.

²⁷ BOE núm. 180, de 29 de juliol de 2015.

²⁸ BOE núm. 311, de 29 de desembre de 1978.

²⁹ BOE núm. 313, de 31 de desembre de 1990.

³⁰ DOCE núm. C241, de 21 de setembre de 1992.

³¹ BOE núm. 96, de 21 d'abril de 2008.

la finalitat que l'exercici d'aquests drets sigui real, tant en el si de la societat com en el si de la família pròpia.

El **Títol III** regula el règim competencial i es divideix en set capítols. El capítol I, d'un únic article, es dedica a establir les diferents administracions amb competències en infància i adolescència. El capítol II regula les competències del Govern de les Illes Balears, tant en l'àmbit de la protecció de la infància i l'adolescència com en l'aplicació de les mesures judicials sobre les persones menors d'edat infractores.

En els capítols III i IV hi ha la regulació de les competències dels consells insulars i els ajuntaments. La principal novetat respecte a la regulació anterior és, sens dubte, l'atribució als ajuntaments de la competència per dur a terme, en l'àmbit territorial corresponent, totes les actuacions materials, tècniques i jurídiques en situació i declaració de risc que fins ara tenien atribuïdes els consells insulars.

El **Títol IV** és, sens dubte, el títol més complex de la Llei. S'hi regula el sistema de protecció de la infància i l'adolescència a les Illes Balears, que es desenvolupa entorn de les tres actuacions de protecció: la prevenció i la detecció del risc, l'exercici de la guarda i la declaració de la situació de desemparament amb l'assumpció de la tutela.

El **Títol V** està dedicat a la regulació de les actuacions amb persones menors d'edat infractores en el marc de la legislació bàsica de l'Estat en la matèria i es divideix en set capítols.

L'organització institucional i administrativa es regula en el **Títol VI**, en el qual destaquen el Consell d'Infància i Família de les Illes Balears, l'Observatori de la Infància i l'Adolescència de les Illes Balears, i la Comissió Interinsular de Protecció de Menors. Igualment, es preveu l'existència de l'Oficina Balear de la Infància i l'Adolescència (OBIA)³², òrgan de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears que, amb dependència directa de la conselleria amb competències en benestar social, encara que amb total autonomia funcional i de gestió, vetlla per la defensa i la promoció dels drets de les persones menors d'edat.

Finalment, el **Títol VII** estableix un règim d'infraccions i sancions contra les conductes que suposin la vulneració dels drets reconeguts a les persones menors d'edat, com també contra les que suposin l'incompliment de les obligacions que disposa aquesta Llei.

En darrer lloc, la Llei té **catorze disposicions addicionals**, de les quals destaquen la disposició addicional cinquena, relativa al Protocol marc interdisciplinari de maltractament infantil de les Illes Balears —que es configura com l'instrument bàsic per assolir la coordinació interinstitucional de totes les administracions públiques en la intervenció en casos de maltractament infantil a les Illes Balears—, i les **disposicions addicionals novena i desena** —que estableixen els criteris comuns de cobertura, qualitat i accessibilitat en l'àmbit de la justícia juvenil i en el de la protecció de menors,

³² Decret 16/1997, de 30 de gener, pel qual es regula l'Oficina Balear de la Infància i l'Adolescència (BOIB núm. 21, de 18 de febrer), modificat pel Decret 83/1998, d'11 de setembre (BOIB núm. 121, de 22 de setembre), el Decret 25/2000, de 25 de febrer (BOIB núm. 29, de 7 de març), i la disposició addicional tretzena de la Llei 9/2019, de 19 de febrer, de l'atenció i els drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears.

respectivament. Igualment, destaca la **disposició addicional dotzena**, que crea el registre autonòmic de declaracions de risc.

3. Principis d'actuació i catàleg de drets

La Llei orgànica 1/2007, de 28 de febrer, de reforma de l'Estatut d'autonomia de les Illes Balears³³, estableix en el seu article 13 que els ciutadans de les Illes Balears, com a ciutadans espanyols i europeus, són titulars dels drets, els deures i les llibertats reconeguts en la Constitució, en l'ordenament de la Unió Europea i en els instruments internacionals de protecció dels drets humans, individuals i col·lectius. Així mateix, els poders públics de la comunitat autònoma de les Illes Balears estan vinculats per aquests drets i llibertats i han de vetllar per protegir-los i respectar-los, i també pel compliment dels deures.

Així mateix l'article 16.3 de l'Estatut, pel que fa als drets socials, disposa que l'actuació de les administracions públiques de les Illes Balears s'ha de centrar primordialment, entre altres àmbits, en la protecció específica i la tutela social de la persona menor d'edat.

Per altra banda, l'article 70 de l'Estatut determina que, entre altres, són competències pròpies dels consells insulars, l'assistència social, polítiques d'atenció a les persones i als col·lectius en situació de pobresa o necessitat social, tutela, acolliment i adopció de menors.

Així, cal recordar que es dictà la Llei 8/1997, de 18 de desembre, d'atribució de competències als consells insulars en matèria de tutela, acolliment i adopció de menors³⁴, per la qual els consells de Mallorca, de Menorca i d'Eivissa i Formentera assumeixen la funció executiva i la gestió de les competències atribuïdes al Govern de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears en matèria de protecció de menors, excepte les potestats genèriques i específiques que es reserva el Govern.

Transcorreguts gairebé vint anys des de la publicació de la Llei orgànica 1/1996, de 15 de gener, de protecció jurídica del menor, de modificació parcial del Codi civil i de la Llei d'enjudiciament civil³⁵, s'han produït canvis socials importants que incideixen en la situació dels menors i que demanen una millora dels instruments de protecció jurídica, per al compliment efectiu de l'article 39 de la Constitució (protecció social, econòmica i jurídica de la família, els fills i els menors) i les normes de caràcter internacional. Així, el legislador estatal va considerar adient adaptar la normativa als acords i compromisos internacionals adquirits i als canvis de la societat i ho va recollir en la Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i l'adolescència, i en la Llei 26/2015, de 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i l'adolescència. Ambdues lleis modifiquen substancialment les diferents normes que emparen el desenvolupament i la protecció de la infància i l'adolescència en el territori de l'Estat espanyol, i els seus principis són recollits a la Llei autonòmica balear.

³³ BOIB núm. 32 ext., d'1 de març de 2007; correcció d'errades BOIB núm. 29, de 28 de febrer de 2008.

³⁴ BOIB núm. 157 ext., de 20 de desembre de 1997.

³⁵ BOE núm. 15, de 17 de gener de 1996.

Pel que fa als principis rectors de l'activitat administrativa, a més d'incloure'n de nous com ara el de garantir l'accessibilitat universal de les persones menors d'edat amb diversitat funcional, la innovació contínua i la posada en marxa de programes experimentals per avaluar l'èxit de noves metodologies i estratègies d'intervenció, se'n redefeixen d'altres que ja apareixien a la Llei 17/2006 per a l'exercici de les competències en matèria de promoció i protecció dels drets dels menors d'edat, la qual cosa podem dir que gira al voltant dels següents trets cabdals:

- a) La *col·laboració i la cooperació* entre les diferents administracions públiques s'ha d'ajustar als principis de les relacions interadministratives establerts per la Llei 40/2015, d'1 d'octubre, de règim jurídic del sector públic³⁶, i la legislació estatal i autonòmica en matèria de règim local, i, especialment, als principis de lleialtat institucional, adequació a l'ordre de distribució de competències, col·laboració, cooperació, coordinació, eficiència en la gestió dels recursos públics i responsabilitat.
- b) La *planificació*, de la qual en destaca l'obligació del Govern de les Illes Balears de tenir aprovat i en vigor un pla estratègic d'atenció a la infància i l'adolescència mitjançant el qual s'ordenin el conjunt de mesures, recursos i actuacions necessaris per aconseguir els objectius de la política d'infància i adolescència.

Aquest pla, que ha de concretar les actuacions que han de desenvolupar les diferents administracions públiques a les Illes Balears, s'ha d'elaborar amb la coordinació i la col·laboració del Govern i els consells insulars i les entitats locals en l'àmbit de les competències respectives, i ha de tenir la col·laboració de les entitats públiques o privades relacionades amb la matèria de persones menors d'edat.

- c) Les *polítiques de prevenció* que han de dur a terme les diferents administracions públiques competents per prevenir o impedir qualsevol desprotecció de les persones menors d'edat. Aquestes polítiques públiques s'han de dur a terme especialment en matèria de suport a la família, educació, salut, formació i ocupació, i relacions socials.

Tot això, emperò en observança de l'**interès superior del menor** sorgit d'aquest nou sistema de protecció a la infància i l'adolescència que suposa una fita important en el seu reconeixement, atès que s'aplica una nova tècnica per valorar-lo que no recollia la normativa estatal fins a la modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència i que, ara, la llei autonòmica recull com a suprem principi inspirador tant de les actuacions dels poders públics com de les decisions i les actuacions dels progenitors o les persones que n'exerceixen la tutela o la guarda, les entitats i les persones responsables de la seva atenció i protecció.

Així, ho recull la nova llei, tot seguint la Convenció sobre els drets de l'infant i el Comitè dels Drets de l'Infant de les Nacions Unides³⁷ que subratllen la triple dimensió del concepte: d'una banda, és un dret substantiu, en el sentit que el menor té dret que, quan s'adopti una mesura que el concerneixi, s'hagin avaluat els seus millors interessos i, en cas que hi hagi altres interessos, s'hagin ponderat a l'hora d'arribar a una solució. D'altra banda, és un principi general de caràcter interpretatiu, de manera que, si una disposició

³⁶ BOE núm. 236, de 2 d'octubre de 2015.

³⁷ Observació General Núm. 14 (2013) sobre el dret de l'infant a que el seu interès superior sigui una consideració primordial (article 3, paràgraf 1). CRC/C/GC/14, de 29 de maig de 2013.

jurídica es pot interpretar de més d'una manera, s'ha d'optar per la interpretació que respongui millor als interessos del menor. Però, a més, en darrer lloc, aquest principi és una norma de procediment.

En aquestes tres dimensions, l'interès superior del menor té una mateixa finalitat: assegurar el respecte complet i efectiu de tots els drets del menor d'edat, així com el seu desenvolupament integral.

Així, cal recordar que des de l'entrada en vigor del nou sistema de protecció a la infància i l'adolescència, tots els professionals i operadors jurídics, institucions —públiques o privades—, tribunals i òrgans legislatius han de valorar l'interès superior del menor, sense cap mena de discriminació, en totes les accions i decisions que l'afectin, tant en l'àmbit públic com en el privat, que esdevé primordial, i n'han de reflectir la motivació en els informes tècnics, les decisions i les resolucions que dictin.

Pel que fa als drets, atès els canvis socials, l'evolució de la societat i la transformació social de la família, la llei ha prestat especial atenció a l'actualització dels drets dels infants i dels adolescents que, reconeguts en comparació amb la regulació anterior, incorpora tot un catàleg de nous drets, els quals es configuren com els vertaders protagonistes de la norma, reforça les mesures per facilitar l'exercici real d'aquests, tant en el si de la societat i de l'administració, com al si de la seva pròpia família, tot i que s'incorpora un capítol nou dedicat als deures dels infants i dels adolescents.

Cal assenyalar la següent sistematització que es fa a la llei i destacar-ne el següent:

— Sobre el dret a ser oït i escoltat:

Íntimament lligat amb l'esmentat principi rector de l'interès superior del menor, es desenvolupa, de forma més detallada, el dret fonamental dels infants i dels adolescents a ser oït i escoltat sense cap discriminació per edat, discapacitat o qualsevol altra circumstància, tant en l'àmbit familiar com en qualsevol procediment administratiu, judicial o de mediació en què estigui afectat i que condueixi a una decisió que incideixi en la seva esfera personal, familiar o social, tenint en compte les seves opinions i havent-se de motivar les resolucions administratives o judicials que deneguin l'audiència d'aquests.

— Sobre els drets i llibertats civils i polítics:

- L'establiment de les mesures i mitjans per defensar i garantir els seus drets els infants i els adolescents.
- El reconeixement del dret a la realització personal completa i la seva integració familiar, social i educativa, i el dret a la no discriminació.
- El reconeixement dels drets a la identitat, al nom, a la nacionalitat i a conèixer els seus orígens.
- S'actualitzen respecte a la regulació autonòmica anterior, els drets a l'honor, a la dignitat, a la intimitat, i a la pròpia imatge, el dret a la llibertat de pensament, consciència i religió, el dret a la llibertat d'expressió i el dret d'associació i participació.

— Sobre el drets en l'àmbit familiar:

Es recullen d'una banda les obligacions dels progenitors, tutors o guardadors dels infants i dels adolescents i d'altra banda el suport de les diferents administracions públiques a la maternitat i a la paternitat oferint mitjans d'informació, suport i formació amb la finalitat de fer possible el compliment de les seves responsabilitats així com adoptar mesures que afavoreixin la conciliació de la vida familiar, personal i laboral i la integració familiar dels menors.

Igualment es recull el drets dels infants i dels adolescents a relacionar-se amb els seus progenitors i amb altres parents pròxims.

— Sobre el benestar material i social:

Es recull l'obligació dels poders públics d'adoptar les mesures pertinents per a assegurar el nivell bàsic de benestar material que necessiten els infants i els adolescents per a un desenvolupament integral adequat que ha d'incloure un règim d'ajuts i prestacions públiques prestant especial atenció als infants i als adolescents amb discapacitats, reconeixent-los el dret a una escolaritat inclusiva i l'obligació dels poders públics d'eliminar actituds discriminatòries així com el dret a gaudir d'assistència sanitària i de mesures terapèutiques ocupacionals adequades a les seves necessitats.

— Sobre la salut i integritat, prevenció i protecció contra la violència, drets que recullen:

- El lliure accés al servei sanitari públic en les mateixes condicions independentment del seu origen, nacionalitat, ètnia i situacions administratives.
- El dret a rebre informació sobre la seva malaltia i les intervencions sanitàries proposades, de forma adaptada a la seva capacitat de comprensió.
- El dret que la seva opinió sigui escoltada quan tingui suficient maduresa i sempre que tingui dotze anys complerts, de conformitat amb la llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica³⁸.
- El dret de les adolescents a decidir sobre la maternitat amb relació al seu grau de maduresa, d'acord amb la legislació específica. En els casos que estiguin tutelades s'ha de posar a disposició d'aquestes tot el suport psicosocial i material que calgui per tal d'ajudar-la a afrontar la nova situació. Aquest suport s'ha d'ampliar, si escau, per a garantir el benestar del nounat.

Igualment es recullen:

- L'obligació de les persones titulars i el personal sanitari dels serveis de salut, de posar en coneixement de les entitats públiques competents, dels organismes competents en matèria de protecció de menors, de l'autoritat judicial o del Ministeri Fiscal, els fets que puguin suposar l'existència de situacions de desprotecció o índici de maltractament dels menors d'edat mitjançant notificació al Registre Unificat de Maltractament Infantil (RUMI).
- L'obligació de l'administració sanitària autonòmica de garantir una atenció especial als menors d'edat, mitjançant la provisió dels recursos humans i tècnics necessaris, amb especial atenció a les necessitats de la infància i l'adolescència amb

³⁸ BOE núm. 274, de 15 de novembre de 2002.

problemàtica de salut mental, procurant una dotació suficient tant de recursos ambulatoris com residencials.

- L'obligació de desenvolupar programes adreçats a la prevenció, la detecció, el diagnòstic precoç, el tractament i l'atenció integral de les necessitats en salut mental infantil i juvenil, des de la xarxa sanitària pública de les Illes Balears.
- L'obligació de totes les administracions públiques de les Illes Balears, en l'àmbit de les seves competències respectives de protegir la integritat dels infants i dels adolescents, desenvolupant programes destinats a adoptar mesures preventives per protegir-les contra tota forma de violència establint els mecanismes de coordinació adequats, especialment entre els àmbits sanitari, educatiu, de serveis socials i policials. A aquests efectes es preveu el RUMI, que ha de permetre centralitzar tota la informació i integrar totes les notificacions de les situacions detectades pels diferents àmbits esmentats relatives a un mateix infant o adolescent.

— **Sobre l'atenció primerenca, educació i inserció formatiu i laboral:**

- Es preveuen els serveis d'atenció primerenca com a serveis per a persones menors de sis anys amb trastorns de desenvolupament o amb risc de patir-ne que tenen dret a l'atenció especialitzada de forma gratuïta.
- Es reconeix el dret a l'educació i una formació integral que garanteixi el ple desenvolupament de les capacitats dels infants i dels adolescents
- Es reconeix el dret dels infants i dels adolescents que estiguin en situació d'especial risc socioeducatiu ha rebre una atenció educativa preferent.
- Es reconeix el dret dels infants i els adolescents amb discapacitat a gaudir d'un sistema d'educació inclusiu, amb accés a l'educació obligatòria en les mateixes condicions que els altres membres de la comunitat.
- L'infant o l'adolescent en situació de desemparament o d'acolliment familiar té un dret preferent a l'escolarització en el centre escolar més adequat a les seves circumstàncies personals.
- Es reconeix el dret dels infants i dels adolescents amb necessitats educatives especials a l'assistència i la formació específica per a un desenvolupament i una realització personal adients, que els permetin integrar-se socialment, desenvolupar-se, realitzar-se personalment i accedir a un lloc de feina dins del context més normalitzat possible.
- Es recull el dret a la formació i de l'accés a l'ocupació.
- Es recull els principis d'actuació administrativa i les obligacions de les administracions públiques en relació a l'educació

— **Sobre els Serveis Socials:**

Es recull el dret dels infants i els adolescents a accedir al Sistema Públic de Serveis Socials assegurant la cobertura de les seves necessitats bàsiques i prestant especial atenció als infants i adolescents amb discapacitat als quals se'ls ha de proporcionar els mitjans i els recursos necessaris que facilitin la seva integració en la societat i a qui es troba en situació de vulnerabilitat social o exclusió social.

— **Sobre la cultura, lleure, esport i medi ambient:**

Es recullen els drets a la cultura, lleure, esport i medi ambient en termes similars a la legislació anterior. Així, per exemple, la limitació prevista de no exigir drets de retenció, pròrroga, formació o compensació o anàlegs per als esportistes menors de 16 anys.

— **Sobre la informació i publicitat:**

En quant a la informació, es reconeix el dret a buscar, rebre i utilitzar la informació adequada a la seva edat i maduresa la qual ha de ser veraç, plural i respectuosa amb els principis constitucionals.

Pel que fa als mitjans de comunicació, i a la publicitat, es recullen tota una sèrie d'obligacions i directrius que els mitjans de comunicació i els serveis de comunicació audiovisuals han d'observar respecte al contingut, missatges, programes i publicitat dirigida directa o indirectament a la infància i a l'adolescència i que pugui afectar als seus drets. Igualment es recullen una sèrie de principis, limitacions i prohibicions respecte a la publicitat i la participació dels infants i dels adolescents en aquesta.

— **Sobre els establiments i espectacles públics:**

S'estableixen una sèrie de prohibicions respecte a l'entrada i la permanència d'infants i d'adolescents en una sèrie de establiments, locals o recintes (casinos, salons de joc, lloc d'activitats o espectacles violents).

— **Sobre el consum:**

S'estableix l'obligació de les administracions públiques de les Illes Balears, en l'àmbit de les seves competències respectives, de vetllar perquè els drets i els interessos dels infants i dels adolescents com a consumidors amb característiques i necessitats específiques, gaudeixin d'una defensa i una protecció especials així com la realització d'actuacions, la posada en marxa i el desenvolupament de programes d'informació i educació sanitària de la població sobre les substàncies que puguin generar dependència, i engegar programes de prevenció i atenció de la drogodependència.

S'estableixen directrius relatives a la informació en matèria de consum, l'accés a les begudes alcohòliques i al tabac, així com a altres productes o serveis perjudicials per a la salut dels infants i dels adolescents.

Igualment, es reconeix el dret a una alimentació saludable.

— **Sobre Internet i noves tecnologies:**

Fa referència al dret a l'ús d'Internet i de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), incloent-hi les xarxes socials, per part de la infància i l'adolescència.

— **Sobre les dades de caràcter personal:**

Es recull de manera específica el consentiment dels infants i dels adolescents per al tractament de les dades de caràcter personal que li afectin, d'acord amb el Reglament europeu UE 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, sobre protecció de dades³⁹, així com la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades i garantia dels drets digitals⁴⁰.

³⁹ DOUE núm. 119, de 4 de maig de 2016.

⁴⁰ BOE núm. 294, de 6 de desembre de 2018.

Igualment es preveu que les administracions públiques puguin dur a terme el tractament de dades dels infants i dels adolescent sense el seu consentiment ni dels seus tutors legals quan aquest tractament sigui necessari per dur a terme les actuacions i complir amb les finalitats que aquesta llei els hi encomana, en especial en matèria de protecció de menors i justícia juvenil.

Quant als **deures** de les persones menors d'edat, encara que la dimensió sigui més moral que jurídica, la Llei els regula en l'àmbit familiar, escolar i social d'acord amb la Llei orgànica de protecció jurídica del menor després de la seva reforma.

4. La situació de risc en el sistema de protecció a la infància i l'adolescència

Sens dubte, el Títol IV de la llei resulta el més complex de la norma, on s'hi regula el sistema de protecció de la infància i l'adolescència a les Illes Balears, i que es desenvolupa entorn de les tres actuacions de protecció: la prevenció i la detecció del risc (en les quals ens centrem en aquest article), l'exercici de la guarda, i la declaració de la situació de desemparament amb l'assumpció de la tutela.

4.1. Competències

Pel que fa a la **prevenció i la detecció del risc**, corresponen als consells insulars, com a institucions de govern de cada illa, conforme l'Estatut d'autonomia i sens perjudici d'altres competències que l'ordenament jurídic vigent els atribueixi, la condició d'Entitat Pública competent en matèria de protecció, d'acord amb l'establert a la Llei 8/1997, de 18 de desembre, d'atribució de competències als consells insulars en matèria de tutela, acolliment i adopció de menors i, específicament i entre d'altres, la competència de dur a terme, en l'àmbit territorial respectiu, totes les actuacions materials, tècniques i jurídiques relatives a la situació i declaració de risc previstes en l'ordenament jurídic.

No obstant això, mitjançant l'aprovació de la llei autonòmica s'ha produït un canvi substancial en aquesta situació, atès que els ajuntaments, com administració pública, podran assumir per delegació dels consells insulars, d'acord amb el previst a l'article 75.5 de l'Estatut d'Autonomia de les Illes Balears, en la present llei i dins el seu àmbit territorial respectiu, totes les actuacions materials, tècniques i jurídiques en situació i declaració de risc de les persones menors d'edat que no corresponguin a altres administracions.

Per una part, aquesta disposició suposa un canvi fonamental en la distribució competencial vigent, atès que l'esmentada llei 8/1997, de 18 de desembre, atribuïa l'inici, ordenació, tramitació i resolució dels expedients de declaració de situacions de risc als consells insulars; i, per altra banda, aquest canvi suposa que la distribució competencial pel que fa a les declaracions de risc dels menors és pot normalitzar en relació al conjunt de l'Estat, ja que a la resta de comunitats autònomes són els ajuntaments els que desenvolupen aquesta funció.

Efectivament, abans de la modificació del sistema de protecció de la infància i l'adolescència operada en l'àmbit estatal l'any 2015, la competència en situacions i declaracions de risc corresponia a les entitats públiques de protecció en l'àmbit territorial

respectiu. En canvi, ara, la Llei orgànica 1/1996, de 15 de gener, de protecció jurídica del menor, després de la reforma de la Llei 26/2015, de 28 de juliol, assenyala que la intervenció en situació de risc correspon a l'administració pública competent d'acord amb el que disposi la legislació estatal i autonòmica aplicable. És a dir, ja no es refereix a l'entitat pública de protecció, per la qual cosa es pot entendre que la intervenció en situació de risc, que inclou la competència de dur a terme una declaració de risc, no ha de correspondre necessàriament a l'entitat pública de protecció de menors competent tal com ocorria fins aleshores, sinó que pot ser assumida per altres administracions públiques d'acord amb el que disposi la legislació estatal i autonòmica aplicable, i en el nostre cas i mitjançant delegació de competències, als ajuntaments.

La decisió del legislador autonòmic de poder d'atribuir mitjançant la delegació de competència dels consells insulars als ajuntaments la competència per intervenir en situació de risc respon al plantejament que es tracta de l'administració més propera a la ciutadania, que pot exercir una atenció immediata i continuada sobre les persones menors d'edat i el seu entorn familiar i social, valorant-los, intervenint-hi, compensant les debilitats o mancances que existeixin i assumint la responsabilitat d'ajudar a superar les desigualtats amb el compromís de les famílies o, en cas contrari, assumint l'obligació final de declarar les situacions de risc.

Per tal de donar eficàcia aquest nou marc competencial, el Govern de les Illes Balears i els consells insulars han de posar els **recursos financers i professionals** necessaris per garantir l'actuació en les situacions de risc en què es pugui trobar un infant o un adolescent.

La implementació dels recursos adequats i la dotació econòmica corresponent a les competències de protecció de menors ja estan previstes en els Pressuposts Generals de la Comunitat Autònoma, vinculats a la Llei 8/1997, de 18 de desembre, d'atribució de competències als consells insulars en matèria de tutela, acolliment i adopció de menors, si bé l'impacte econòmic de la norma és veure's incrementat atès el que preveu la disposició final primera, que du per títol "Pla d'Implantació i Finançament del Sistema de Protecció en Situacions de Risc", doncs el Govern de les Illes Balears ha d'elaborar, aprovar i convenir amb les institucions pertinents el Pla d'Implantació i Finançament del Sistema de Protecció en Situacions de Risc que reculli la temporalització i els mitjans financers per fer-lo efectiu i viable; la qual cosa, suposa un augment de dotació de recursos pels ajuntaments per poder assumir la funció corresponent a la declaració de risc dels menors, que s'ha de veure incrementada amb l'aportació que han d'assumir els consells insulars per a completar els ràtios i perfils professionals dels equips de declaració de risc.

4.2. Definició

Els canvis principals en la regulació de la situació de risc es refereixen principalment a la incorporació d'una definició de la mateixa i al procediment per intervenir (que la normativa anterior no contenia).

En primer lloc, la situació de risc es contempla com una **mesura preventiva** amb la qual pretén evitar una declaració de desemparament, el que explica que l'amplitud i heterogeneïtat que poden ser de risc, totes tinguin en comú que la intervenció administrativa no requereixi la separació de l'infant del seu medi familiar.

La llei defineix la **situació de risc** com aquella en què, a causa de circumstàncies, mancances o conflictes familiars, socials o educatius, l'infant o l'adolescent es veu perjudicat en el seu desenvolupament personal, familiar, social o educatiu, i en què és necessària la intervenció de les administracions competents per eliminar, reduir o compensar les dificultats o la inadaptació que l'afecten i evitar el desemparament i l'exclusió social, sense que se l'hagi de separar del seu entorn familiar.

Així mateix, la manca d'atenció física, psíquica i emocional, el descuit no greu de les seves necessitats principals o l'obstaculització per a l'exercici dels drets de l'infant o l'adolescent per part dels pares i mares o les persones que n'exerceixin la tutela o la guarda són situacions de risc per als infants o els adolescents. Aquestes situacions poden motivar la declaració de risc segons la naturalesa corresponent, per la repetició dels episodis, la persistència o l'agreujament dels efectes.

A més, es consideren situacions de risc les circumstàncies següents:

- La dificultat seriosa dels pares i mares o les persones que n'exerceixin la tutela o la guarda per dispensar l'atenció física, psíquica i emocional adequada a l'infant o a l'adolescent, malgrat la voluntat de fer-ho, si comporten els efectes descrits.
- La utilització del càstig físic, psíquic o emocional sobre l'infant o l'adolescent que no constitueixi un episodi greu o un patró crònic de violència però en perjudiqui el desenvolupament.
- Les mancances de tot ordre que, pel fet que no poden ser adequadament compensades en l'àmbit familiar, ni impulsades des d'aquest àmbit per al tractament corresponent mitjançant els serveis i els recursos normalitzats, comportin, malgrat el caràcter incipient o lleu, indicadors desencadenants o afavoridors de la marginació, la inadaptació o la desprotecció de l'infant o l'adolescent.
- El fet de tenir un germà o germana declarat en situació de risc, llevat que les circumstàncies familiars hagin canviat.
- Qualsevol altres circumstàncies de les previstes que, si persisteixen, poden evolucionar i derivar en desemparament de l'infant o l'adolescent; i d'altres de les previstes en el text normatiu o la legislació vigent.

Significar que juntament amb la definició general s'identifiquen dues **situacions específiques** de risc:

Primera. La situació de **risc prenatal**, entesa com la manca de cura física de la dona gestant o el consum abusiu de substàncies amb potencial additiu, així com qualsevol altra acció pròpia de la dona o de tercers tolerada per aquesta que perjudiqui el normal desenvolupament o pugui provocar malalties o anomalies físiques, mentals o sensorials al recentment nat.

Segona. La negativa dels progenitors, tutors, guardadors o acollidors a prestar el consentiment respecte dels **tractaments mèdics** necessaris per salvaguardar la vida o integritat física o psíquica d'un menor.

Per últim, dir que la concurrència de circumstàncies o mancances materials es considera un **indicador de risc** (no, per tant, una situació de risc), però mai no pot desembocar en la separació del menor dels seu entorn familiar.

4.3. Actuacions

L'actuació social i jurídica de les administracions públiques ha d'observar, en tot moment, el criteri de la subsidiarietat respecte de les funcions de parentiu, la qual cosa significa que l'actuació de l'Administració és subsidiària, de suport, de solució respecte als deures d'assistència, de protecció, que disposa la llei als pares, mares i tutors; i que quan sigui necessari intervenir, la intervenció sigui mínima perquè perjudiqui els menys possible l'exercici dels deures inherents a la pàtria potestat i la tutela d'assistència i protecció.

L'administració competent està obligada a actuar quan, d'ofici o per comunicació d'una persona física o jurídica pública o privada, tenguí coneixement de l'existència d'un infant o un adolescent que pugui trobar-se en una de les situacions de risc esmentades; en especial, una situació de risc notificada mitjançant el RUMI.

Davant d'una situació de risc de qualsevol índole, l'actuació ha de garantir, en tot cas, els drets de l'infant o l'adolescent i s'ha d'orientar a disminuir els indicadors de risc i de dificultats que incideixin en la situació personal, familiar i social en què es troba, així com a promoure les mesures adients per a la seva protecció i prevenció en l'entorn familiar o altre.

L'actuació en situació de risc correspon als serveis socials comunitaris en l'àmbit territorial respectiu, en coordinació amb els serveis socials específics i especialitzats, educatius i de salut.

Per assolir que el menor d'edat no sigui separat del seu entorn familiar, les mesures de protecció giren al voltant de la intervenció de l'administració en la pròpia família mitjançant l'instrument de **valoració de la situació de risc**, és a dir l'elaboració i la posada en marxa del projecte d'intervenció social i educatiu familiar temporalitzat segons l'edat i la vulnerabilitat del o els menors, el qual ha de recollir els objectius, les actuacions, els recursos, la previsió de terminis i la resta de qüestions establertes reglamentàriament.

En la tramitació de la valoració de la situació de risc, s'han de recaptar els informes sanitaris, psicològics, sociofamiliars, educatius, jurídics i tots els que es considerin oportuns sobre l'infant o l'adolescent i la seva família; i s'ha de dur a terme les entrevistes, les exploracions, les visites domiciliàries i la resta d'actuacions que es considerin oportunes per a la valoració de l'infant o l'adolescent, les seves necessitats i les circumstàncies sociofamiliars.

En aquest procés, s'ha de comptar amb la participació dels pares i mares o les persones que exerceixen la tutela, la guarda o l'acolliment dels menors. I, en qualsevol cas, s'ha d'escoltar i tenir en compte la seva opinió, per a la qual cosa se'ls ha de comunicar de manera comprensible i en format accessible. Així mateix, s'ha de comunicar i consultar amb el menor d'edat si té prou maduresa i, en tot cas, a partir dels dotze anys, sens perjudici de respectar sempre el seu dret a ser oïda i escoltada sense cap discriminació per edat, diversitat funcional o qualsevol altra circumstància que l'afecti.

Respecte de la col·laboració dels pares i mares o les persones que exerceixen la tutela, la guarda o l'acolliment de les persones menors d'edat, cal esmentar dues opcions:

En primer lloc, si és dona la col·laboració amb l'administració, es pot elaborar un conveni d'intervenció social i educatiu familiar que ha de recollir les mesures d'atenció social i

educatives tendents a corregir la situació de risc de l'infant o l'adolescent, incloses les referents al deure de respecte dels pares i mares o les persones que n'exerceixin la tutela, la guarda o l'acolliment, els terminis de revisió, el termini de les mesures adoptades i la resta de qüestions que es puguin establir reglamentàriament. Aquest conveni ha de ser signat per les parts.

En segon lloc, els pares i mares o les persones que exerceixin la tutela, la guarda o l'acolliment de les persones menors d'edat, en les seves funcions respectives, han de col·laborar activament, segons la seva capacitat, en l'execució de les mesures indicades en el projecte esmentat. L'omissió de la col·laboració o l'incompliment dels compromisos assumits en el projecte o conveni subscrit dona lloc a la declaració de la situació de risc de l'infant o l'adolescent.

Les actuacions i **mesures d'atenció** que es poden establir en el projecte d'intervenció social i educatiu familiar o, si escau, el conveni consensuat, són les següents:

- L'orientació, l'assessorament i l'ajuda a la família. L'ajuda a la família inclou les actuacions de contingut tècnic, econòmic o material dirigides a millorar l'entorn familiar i a fer-hi possible la permanència de l'infant o l'adolescent.
- La intervenció familiar o psicosocial mitjançant l'establiment de programes socioeducatius, terapèutics o específics per als pares i mares o les persones que exerceixin la tutela o la guarda de les persones menors d'edat, amb la finalitat que assoleixin capacitats i estratègies alternatives per a la cura i l'educació de les persones menors d'edat.
- L'acompanyament de l'infant o l'adolescent als centres educatius o a altres activitats, i el suport psicològic o els ajuts a l'estudi.
- L'ajuda a domicili.
- L'atenció en centre obert i altres serveis socioeducatius destinats a persones menors d'edat de les quals s'hagi apreciat una situació de risc caracteritzada per l'existència d'un perjudici en el desenvolupament personal o social que no sigui prou greu per justificar la seva separació del nucli familiar, i que necessitin durant algun període del dia el suport socioeducatiu, psicològic o de qualsevol altra índole que es consideri necessari per promoure els factors de protecció i per permetre la interacció de l'infant o l'adolescent amb la comunitat i la família.
- L'atenció sanitària, que inclogui la intervenció psicoterapèutica o el tractament familiar, tant per als pares i mares o els titulars de la tutela o de la guarda, com per a la persona menor d'edat.
- Els programes formatius i d'inserció sociolaboral per a adolescents que han abandonat el sistema escolar.
- L'assistència personal per als pares i mares o els titulars de la tutela o de la guarda amb diversitat funcional que els permeti assumir les seves obligacions d'atenció i cura dels infants i els adolescents.
- L'assistència personal per als pares i mares amb diversitat funcional que els permeti superar la situació de risc.
- Qualsevol altra mesura de caràcter social i educatiu que contribueixi a la desaparició de la situació de risc.

Amb aquesta finalitat, s'han de promoure les metodologies que fomentin la participació dels pares i mares o les persones que exerceixin la tutela o la guarda de les persones menors d'edat, així com de l'entorn familiar i social en la resolució de les situacions de risc.

4.4. Procediment

Com a qüestions prèvies, cal significar els trets següents:

- a) Es fa una aproximació a la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques⁴¹, tot establint qui pot tenir la condició de persona interessada en els procediments de declaració de risc (o de desemparament), així com els drets i les garanties de les persones interessades, l'expedient d'actuació de protecció i la durada dels procediments.
- b) Es disposa l'existència d'un òrgan col·legiat creat en el si de l'entitat local corresponent, el qual ha d'emetre un dictamen que servirà de base per a l'adopció de la resolució de declaració de risc. Amb aquest òrgan col·legiat, el legislador cerca que la decisió final que s'adopti sigui objectiva, motivada, consensuada, sempre temporalitzada, i no discrecional i unipersonal.
- c) La norma preveu la derivació a l'entitat pública competent, el consell insular, perquè valori la iniciació d'un procediment de declaració de desemparament en el cas que el pla d'intervenció fracassi. La norma també preveu aquesta derivació en casos d'actuacions d'urgència en situació de risc.

Iniciació

L'administració competent pot iniciar d'ofici el procediment per a la declaració de risc quan no hi hagi la col·laboració dels pares i mares o les persones que exerceixin la tutela, la guarda o l'acolliment de fet de les persones menors d'edat, en les seves funcions respectives, o bé quan aquestes persones incompleixin els compromisos assumits en el conveni consensuat. Igualment, es pot iniciar el procediment per a la declaració de risc en els casos que es consideri necessari per garantir els drets i la integritat de l'infant o l'adolescent.

L'acord d'iniciació ha d'incloure la designació de l'instructor o instructora de l'expedient, que ha de ser un dels tècnics dels serveis socials comunitaris competents, al qual correspon valorar la situació i fer-ne el seguiment posterior; i s'ha de notificar a les persones interessades.

Dins el termini de quinze dies des de la comunicació i la notificació de l'acord d'iniciació, l'òrgan instructor i les persones interessades han d'efectuar les actuacions preliminars respectives i han d'adoptar les al·legacions, els documents i les informacions que considerin convenientes i, si escau, la proposició i pràctica de la prova.

Proposta de resolució

Una vegada completada la instrucció de l'expedient, l'instructor o instructora, en el termini de deu dies comptadors des del final de la instrucció de l'expedient, ha de trametre a la comissió de declaració de risc competent, per sol·licitar-ne el dictamen,

⁴¹ BOE núm. 236, de 2 d'octubre de 2015.

una proposta de declaració de situació de risc juntament amb la proposta de projecte d'intervenció social i educatiu familiar.

La Comissió de declaració de risc

La Comissió de declaració de risc té la consideració d'òrgan administratiu amb funcions de deliberació, d'assessorament i de proposta, adscrit a l'entitat local que n'assumeixi la presidència.

A cada municipi de les Illes Balears que hagi assumit la delegació, ha d'existir una comissió de declaració de risc. No obstant això, també es poden constituir comissions de declaració de risc de caràcter supramunicipal amb la participació de més d'un municipi. En aquests casos, els municipis que participin en una comissió de caràcter supramunicipal no han de tenir una comissió pròpia.

En el cas de que la competència de la declaració de risc sigui del consell insular corresponent, aquest crearà una comissió de declaració de risc.

La **composició** de la comissió de declaració de risc d'àmbit **local** estarà determinada per personal de la mateixa entitat local. No obstant això, com a mínim l'han de compondre els membres següents:

- Dos representants dels equips municipals de serveis socials corresponents, un dels serveis generals, que presidirà l'òrgan, i un altre dels serveis especialitzats d'atenció directa, si n'hi ha, amb veu i vot.
- Si la proposta de l'instructor o instructora de l'expedient inclou la derivació del cas a l'entitat pública competent, una persona en representació d'aquesta entitat pública amb veu i vot. La seva posició no vincula l'actuació posterior que, si s'escau, dugui a terme l'entitat pública competent.

Igualment, seran membres d'aquesta comissió, amb veu i sense vot, llevat que l'acord de constitució decideixi una altra cosa:

- Un representant de les unitats de treball social del centre de salut o hospital del servei de salut corresponent a la zona municipal.
- Un representant de l'àmbit educatiu del mateix àmbit territorial.
- Si l'adolescent es troba complint alguna de les mesures de justícia juvenil previstes en la Llei orgànica 5/2000, de 12 de gener, reguladora de la responsabilitat penal dels menors, el tècnic o tècnica responsable de l'execució, a l'efecte de coordinar les actuacions que preveu el pla d'intervenció social i educatiu familiar amb el contingut del programa individualitzat d'execució de la mesura judicial.

Si alguna de les figures professionals de l'àmbit educatiu o de l'execució de mesures de justícia juvenil no existeix en l'àmbit territorial corresponent, hi pot assistir, en la mateixa posició, qualsevol representant de l'àmbit sanitari i educatiu de l'àmbit territorial. Així mateix, amb la invitació prèvia de la comissió, hi poden assistir, amb veu i sense vot, els professionals que, per la implicació especial en les tasques d'avaluació, intervenció i seguiment de l'infant o l'adolescent o de la família, puguin aportar informació rellevant per abordar qualsevol dels objectius de l'actuació en situació de risc; professionals, entre d'altres, de les unitats de conductes addictives, de les unitats de salut mental, de les unitats de salut mental infantil o dels diferents grups especialitzats en menors dels cossos i forces de seguretat.

La **secretaria** d'aquest òrgan l'ha d'assumir un altre representant de l'equip municipal de serveis socials, que actuarà amb veu i sense vot.

La composició de la comissió de declaració de risc d'àmbit **supramunicipal** estarà determinada per les entitats locals que componguin l'òrgan. L'acord de creació ha de determinar aquesta composició i el règim de funcionament. Els càrrecs de president o presidenta i secretari o secretària d'aquest òrgan corresponen als representants de l'entitat local que presideix l'òrgan, la qual serà rotatòria, llevat de decisió distinta dels membres.

Així mateix, quan l'àmbit territorial sigui ampli i es requereixi per raons d'eficiència, es poden constituir diverses comissions en un mateix àmbit local.

Funcions

A la Comissió de declaració de risc, tant d'àmbit local com d'àmbit supramunicipal, li corresponen les funcions següents:

- Emetre dictamen sobre els expedients de declaració de risc que se sotmeten a la seva consideració.
- Emetre dictamen sobre la proposta dels serveis socials que intervenen en el cas de modificació de la mesura de risc imposada o de la pròrroga del programa d'intervenció social i educatiu familiar.
- Emetre dictamen sobre la proposta de cessament de la declaració de risc.
- Donar a conèixer a tots els integrants de la comissió els casos de risc que estiguin en fase de valoració, d'intervenció o de seguiment així com els convenis subscrits en l'àmbit territorial corresponent als quals es refereix l'article 106 d'aquesta Llei.
- Les altres funcions que es puguin determinar reglamentàriament o que li encomani l'entitat local que la constitueixi.

Resolució del procediment

Una vegada rebut el dictamen de la comissió de declaració de risc, l'òrgan competent, amb l'audiència prèvia dels pares i mares o les persones que exerceixin la tutela o la guarda de l'infant o l'adolescent afectat si té la maduresa suficient i, en tot cas, si té més de dotze anys, emetrà una resolució motivada per declarar la situació de risc o bé desestimar-la, cas en què s'ordenarà l'arxivament de l'expedient.

La **resolució** s'ha de pronunciar, com a mínim, sobre:

- La decisió de declarar o no la situació de risc.
- Les causes que han donat lloc a la intervenció de l'Administració.
- El projecte d'intervenció social i educatiu familiar, que ha de contenir les mesures tendents a corregir la situació de risc de l'infant o l'adolescent, incloses les referents al deure al respecte dels pares i mares o les persones que n'exerceixin la tutela, la guarda o l'acolliment, els terminis de revisió, el termini de les mesures adoptades i els altres aspectes que es puguin establir reglamentàriament. El projecte d'intervenció social i educatiu familiar tindrà una durada màxima de dotze mesos. No obstant això, l'òrgan que hagi dictat la declaració de risc, a proposta de la

comissió de declaració de risc, pot prorrogar el projecte per sis mesos més, si es considera oportú per aconseguir els objectius.

Aquesta resolució que posa fi al procediment de declaració de situació de risc és executiva des de la data en què es dicta.

Notificació i comunicació

El termini màxim en què s'ha de notificar la resolució expressa en el procediment de la declaració de risc és de sis mesos comptadors des de la data de l'acord d'iniciació.

La resolució administrativa que declari o desestimi la situació de risc i, si n'és el cas, les mesures adoptades s'han de notificar als pares i mares o les persones que exerceixin la tutela, la guarda o l'acolliment de les persones menors d'edat i a la persona menor d'edat afectada si té la maduresa suficient i, en tot cas, si té més de dotze anys, immediatament.

Quan el procediment s'hagi incoat per comunicació d'un altre òrgan de la mateixa administració o d'una altra administració pública, se'ls ha de comunicar la decisió mitjançant una notificació que contengui una somera indicació del contingut de la resolució que posa fi al procediment; i les resolucions adoptades s'han de comunicar trimestralment al registre autonòmic de declaracions de situacions de risc.

Davant de la resolució que declari la situació de risc, es pot exercir oposició d'acord amb l'article 780 de la Llei 1/2000, de 7 de gener, d'enjudiciament civil en el termini de dos mesos, sens perjudici que es pugui dur a terme una mediació entre el professional assignat al cas i la família de l'infant o l'adolescent d'acord amb aquesta Llei.

La reforma del sistema de protecció a la infància i l'adolescència, introdueix un nou paràgraf segon a l'article esmentat, atès que estan legitimats per substanciar l'oposició a les resolucions administratives en matèria de protecció de menors, sempre que tinguin interès legítim i directa en la resolució, els menors d'edat afectats per aquesta, els progenitors, tutors, acollidors, guardadors, el Ministeri Fiscal i aquelles persones que la llei expressament els reconegui tal legitimació. Malgrat que no fossin actors, podran personar-se en qualsevol moment en el procediment, sense que s'hagin de retrotreure les actuacions.

Els menors d'edat, tenen dret a ser part i a ser escolats en el procés; exercitaran les seves pretensions en relació a les resolucions administratives que els afectin mitjançant els seus representants legals sempre que no tinguin interessos contraposats als seus, o mitjançant la persona que es designi com el seu defensor perquè els representi.

Significar que la **mediació** per a la protecció infantil és un procés col·laboratiu de resolució de problemes i discrepàncies que involucra una persona neutral i imparcial que facilita la negociació constructiva i la comunicació entre els pares i mares o les persones que tinguin⁴² atribuïda la tutela de les persones menors d'edat i els professionals de protecció a la infància i l'adolescència, en un esforç per arribar a un acord sobre com resoldre problemes quan es valora que els infants o adolescents es troben en una situació de risc (o desemparament).

⁴² BOE núm. 7, de 8 de gener de 2000; rectificació d'errors BOE núm. 90, de 14 d'abril y núm. 180, de 28 de juliol de 2001.

Revisió de les actuacions en situacions de risc i casos d'urgència

Els terminis de **revisió periòdica** de les actuacions que es desenvolupin han d'estar determinats en el conveni subscrit per l'administració pública competent i els pares i mares o les persones que exerceixin la tutela o la guarda de les persones menors d'edat, o, si escau, en el projecte d'intervenció social i educatiu familiar aprovat per la resolució administrativa per la qual es declara la situació de risc. En tot cas, la intervenció respecte dels infants de menys de tres anys es revisarà cada tres mesos, i la intervenció respecte dels més grans i els adolescents es revisarà cada sis mesos.

Respecte de les situacions en què, durant el procés de valoració o execució del projecte d'intervenció familiar o una vegada declarada la situació de risc, es consideri necessària i **urgent** la separació immediata de l'infant o l'adolescent del seu nucli familiar per salvaguardar la seva integritat, els serveis socials han de fer la proposta de separació directament a l'entitat pública i posar-ho, a més, en coneixement de l'òrgan col·legiat de l'entitat local i del Ministeri Fiscal; i en cas de que es constati la comissió d'un possible delicte, s'ha de posar en coneixement dels cossos i forces de seguretat i del jutjat corresponent.

4.5. Cessament de la situació de risc

La declaració de la situació de risc cessa per la **majoria d'edat** de l'adolescent, el trasllat de municipi de la família, el compliment dels objectius del pla d'intervenció familiar, la resolució de declaració de desemparament o guarda, o altres circumstàncies sobrevingudes que facin variar la seva situació, degudament motivades.

El cessament de la declaració de la situació de risc ha d'incloure els aspectes següents:

- En els casos de **trasllat de municipi**, els serveis socials del municipi d'origen han de derivar prèviament l'expedient de la persona menor d'edat als serveis socials del municipi de destinació per preservar la continuïtat de la intervenció en el seu interès superior. En aquests casos, l'ajuntament del municipi on s'ha traslladat la família ha d'assumir l'expedient tramitat per l'ajuntament de procedència, subrogar-se en la mesura de declaració de risc acordada per aquest ajuntament i continuar la intervenció a través dels serveis socials propis.
- En els casos en què s'hagin aconseguit els **objectius del pla d'intervenció familiar**, els serveis socials comunitaris han d'elevat un informe motivat a la comissió de declaració de risc, la qual ha d'emetre un dictamen sobre l'oportunitat que cessi la declaració de la situació de risc.

Aquest informe ha de contenir, si escau, les pautes per al seguiment posterior dels infants i els adolescents i les seves famílies per garantir la continuïtat d'una atenció adequada.

La resolució per la qual es declari el cessament de la declaració de la situació de risc, que també ha de contenir, si escau, les pautes per al seguiment posterior dels infants i els adolescents i les seves famílies per garantir la continuïtat d'una atenció adequada, s'ha de comunicar al Ministeri Fiscal, a la família i a l'infant o l'adolescent.

En els casos en què es consideri que hi ha una **situació de desprotecció** que pot requerir la separació de l'infant o l'adolescent del seu àmbit familiar, o quan, conclòs el període previst en el projecte d'intervenció o conveni, no s'hagin aconseguit canvis en

el compliment dels deures de guarda que garanteixin que l'infant o l'adolescent té la necessària assistència moral o material, els serveis socials han d'emetre un informe motivat per proposar que es valori la declaració de desemparament, el qual s'ha d'elevat a la comissió de declaració de risc corresponent perquè emeti el seu parer sobre l'oportunitat de derivar l'expedient a l'entitat pública competent en protecció.

La resolució per la qual es deriva l'expedient a l'entitat pública s'ha de comunicar al Ministeri Fiscal, a la família i a l'infant o a l'adolescent i, així mateix, se n'ha de fer una nova notificació mitjançant el Registre Unificat de Maltractament Infantil.

No obstant això, quan l'entitat pública consideri que no és procedent declarar la situació de desemparament, ho ha de posar en coneixement de l'administració pública que hagi intervingut en la situació de risc i del Ministeri Fiscal.

5. Conclusions

La Llei és fruit del consens amb els consells insulars, text que també es va presentar als ajuntaments i al Consell d'Infància i Família de les Illes Balears.

La Llei aposta pel treball multidisciplinar i la col·laboració i cooperació en matèria de protecció entre les diferents administracions públiques, la qual cosa repercutirà positivament en la infància i l'adolescència.

Significar i encoratjar el consell insular per al compliment dels «Acords per Mallorca», relatiu a la sostenibilitat social (serveis socials) que literalment indica: “de manera progressiva i conjunta amb els ajuntaments, desplegarem la Llei 9/2019 de 19 de febrer de l'atenció i els drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears, que els atorga les competències per proporcionar una atenció immediata i continuada a les persones menors d'edat i el seu entorn familiar i social.”

Referències bibliogràfiques

— *Dictamen del Projecte de Llei RGE núm. 8320/18, de l'atenció i els drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears*. Diari de sessions de la Comissió d'Assumptes Socials i Drets Humans del Parlament de les Illes Balears. Núm. 57, de 22 de gener de 2019.

— IMAS. (2011). *Manual d'intervenció del Servei de Protecció al Menor*. Direcció Executiva de Protecció al Menor i Atenció a la Família. Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS). Departament de Benestar Social. Consell de Mallorca, 2011.

Consulta: <http://www.revistaalimara.net/revista/documentos-tecnics/>

— Llei 9/2019, de 19 de febrer, de l'atenció i els drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears. BOIB núm. 26, de 28 de febrer de 2019.

— Moreno-Torres Sánchez, J. (2015). Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Guía para profesionales y agentes sociales. Fundación Save the Children, 2015. Recuperat:

https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/modificacion_del_sistema_de_proteccion_a_la_infancia_y_a_la_adolescencia.pdf

— Oliver Araujo, J. (2017). Estudio sobre las leyes 8/2015, de 22 de julio y 26/2015, de 26 de julio, de protección de la infancia y de la adolescencia. Comisiones académicas de Derecho público y de Derecho privado. *Boletín de la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación de las Illes Balears*. Tomo XVIII, (págs. 341 - 426). Recuperat:

<http://www.ajlib.es/wp-content/uploads/2019/02/Boletin-Academia-Tomo-XVIII.pdf>

COL·LECCIÓ «IMAS»

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 61. Novembre 2019

ISSN: 2659-5273

▪ *Infància i família*

L'adhesió dels consells insulars al Pacte balear per a la infància: una aposta per posar la infància a l'agenda política de les institucions insulars de les Illes Balears

Serafín Carballo García

Director de l'Oficina Balear de la Infància i l'Adolescència del Govern de les Illes Balears (OBIA)



REVISTA ALIMARA de l'IMAS esta subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

En el present article s'aborda el marc nou que s'ha creat a la comunitat balear a partir de la signatura per part dels consells de les Illes Balears del Pacte balear per a la infància i els compromisos que s'hi assumeixen considerant les competències que aquestes institucions insulars tenen en l'atenció a la infància i l'adolescència, i les competències de donar suport financer i tècnic als municipis més petits. Entre aquests compromisos, hi ha potenciar el model de Ciutat Amiga de la Infància (CAI) als municipis de les Illes com un model de participació dels nins, nines i adolescents en l'àmbit local, i impulsar polítiques municipals adreçades a aquest col·lectiu. Finalment es parla de l'oportunitat i l'escenari nou que tant aquests pactes com el marc legal autonòmic nou plantegen de cara a millorar el benestar dels nostres infants i adolescents, sobretot els més vulnerables.

Paraules clau

Pacte per la Infància, Adhesió dels Consells Insulars al Pacte Balear, polítiques d'Infància, Ciutat Amigues de la Infància, drets de la infància.

1. Introducció

Aquest any han passat desapercebut dos fets que nosaltres valorem com a molt transcendent en relació a la Infància i Adolescència de la nostra Comunitat i que volem, a través de la revista *Alimara*, donar projecció dins l'entorn professional dels Serveis Socials. Ens referim a l'aprovació de la *Llei 9/2019 de 19 de febrer, de l'atenció i els drets de la infància i adolescència de les Illes Balears* i també, a l'adhesió dels Consells Insulars al Pacte Balear per a la Infància. La nova Llei Balear de la Infància i Adolescència 9/2019 situa a Balears davant un escenari que sense cap mena de dubte ens ajudarà a donar un bot qualitatiu en l'atenció a la infància i adolescència més vulnerable així com el suport a les seves famílies. En aquest mateix número de la revista es tracta sobre aquesta llei que considerem capdavantera en diferents aspectes i que s'expliquen a l'article d'Alonso Medinas, per tant, no ens referirem a ella per centrar-nos en el posicionament de les institucions insulars a favor del Pacte Balear per a la Infància.

Els plens dels consells insulars de les Illes Balears varen ratificar per unanimitat al llarg de l'any passat la seva adhesió al Pacte Balear per a la infància promogut per UNICEF Comitè Balears i l'Oficina de Defensa dels Drets del Menor (ODDM) ara Oficina Balear de la Infància i l'Adolescència (OBIA). Les dates de l'aprovació dels plens dels consells al document d'adhesió al Pacte Balear per la infància varen ser: a Eivissa, el 26 de juliol de l'any 2018, a Formentera, el 27 de juliol del 2018, a Menorca, el 17 de setembre del

mateix any i finalment a Mallorca el 12 de novembre de 2018. Els documents d'adhesió varen ser signats pels representants de cada partit amb representació als plens insulars.

Per contextualitzar aquest fet, hem de remuntar-nos a l'any 2013, en concret al 19 de novembre, data en la qual representants de tots els partits polítics de les Illes Balears amb representació parlamentària varen signar i ratificar el Pacte balear per a la infància. Aquest pacte parlamentari constitueix un conjunt de compromisos subscrits per totes les forces polítiques il·lenques, la finalitat dels quals és procurar la millora del benestar de la infància i la joventut de la nostra comunitat autònoma. Aquesta iniciativa sorgeix inicialment de l'UNICEF, que ha anat promovent pactes semblants a diferents comunitats autònomes, de manera que avui dia la majoria ja tenen pactes autonòmics per a la infància, la qual cosa és una bona notícia per l'alt nivell de consens que la infància ha aconseguit al nostre país i perquè ha permès incloure finalment en l'agenda política els temes d'infància. A les Balears, aquest procés s'ha fet en coordinació amb l'Oficina Balear de la Infància i Adolescència.

La Convenció sobre els Drets de l'Infant (CDI, 1989) «compromet els governs a assumir la seva responsabilitat cap als ciutadans més joves, a donar una atenció prioritària a la infància, creant entorns favorables per a aquesta i a prioritzar la inversió de la infància donant veu als nins i a les nines».

Aquesta Convenció, signada pel Govern espanyol i que és de compliment obligat per als països que l'han signada i ratificada, assenyala que tots els programes i projectes implementats pels organismes públics i que poden afectar directament o indirectament els infants, han d'incloure i han d'estar basats en la Convenció sobre els Drets de l'Infant i han de tenir presents els principis rectors d'aquest tractat internacional, com són la no-discriminació, que tots els drets s'han de poder aplicar a tots els infants sense excepció, l'interès superior del menor (ISM) i que totes les mesures s'han de basar en aquest interès superior, el dret a la supervivència i desenvolupament i, finalment, el dret a la participació.

2. El Pacte Parlamentari Balear per la Infància

Per oferir algunes pinzellades històriques sobre aquesta iniciativa en la nostra comunitat autònoma, volem dir que, una vegada aprovada pel Ple del Parlament balear, el 21 d'octubre de 2015 es va aprovar a la vegada la constitució i el reglament de la Comissió de Seguiment del Pacte balear per a la infància, formada per una persona representant de cada partit polític amb representació al Parlament balear, representants de l'UNICEF i de l'OBIA. En aquesta Comissió, es varen aprovar els indicadors per veure el grau de compliment dels compromisos recollits en el Pacte balear, així com un altre tipus d'iniciatives com l'organització de dues jornades parlamentàries: la primera sobre «Els informes d'impacte en la infància i revisió de la normativa balear» (2017) i la segona titulada «Cap a una realitat de pressupostos en clau d'infància» (2018). Així mateix es va presentar i aprovar una proposició no de llei relativa a la infància el novembre de 2017.

En aquest Pacte Balear per a la Infància es recullen una sèrie de compromisos que passem a enumerar :

Es parteix de les Illes Balears com a illes amigues de la Infància i de l'objectiu per a la infància de transmetre a "tots els agents polítics, socials i econòmics i de qualsevol altra índole a la nostra comunitat autònoma, per tal de millorar la vida dels infants reconeixent i exercint els seus drets, mobilitzant els recursos necessaris per assegurar un desenvolupament humà just i solidari". Reflecteix el Pacte el compromís per a l'impuls i desenvolupament dels següents acords:

1. Impulsar «l'elaboració i el desenvolupament de polítiques d'infància dins el marc jurídic autonòmic, com a instrument fonamental per garantir que els menors de les Illes Balears gaudeixin de tots els drets i llibertats que tenen reconegudes en la Constitució, la Convenció sobre els Drets de l'Infant i els altres acords internacionals ratificats per Espanya així com per la resta de l'ordenament jurídic per avançar en els sistemes de prevenció i protecció de la infància a les Illes Balears».
2. Fomentar i donar suport als aspectes que es relacionen a continuació des de les organitzacions polítiques on els partits que subscriuen el Pacte tenen responsabilitats en l'àmbit municipal o autonòmic com a tasca de govern o des de l'oposició:
 - El desenvolupament d'òrgans estables de participació infantil en els municipis de les Illes Balears.
 - L'elaboració i implementació d'una estratègia autonòmica d'infància i adolescència, que tingui en compte el Pla Estratègic Nacional d'Infància i Adolescència 2013-2016 i el Pla Nacional d'Acció Social per a la Inclusió Social 2013-2016.
 - L'elaboració de plans municipals i/o polítiques d'infància establint prioritats i metes basades en les necessitats específiques en cada municipi.
 - El compromís de protegir els recursos econòmics destinats a les polítiques i serveis de família i infància en els municipis de les Illes Balears.
3. Promoure aquelles responsabilitats tant en l'àmbit municipal com en l'autonòmic en funció de les competències, el desenvolupament i la implementació dels següents passos per posar la infància en l'agenda política local:
 - Facilitar canals de participació que contribueixin per tal que la infància de les Illes Balears tingui capacitat per a influir sobre les decisions que els hi afectin.
 - Garantir que tots els nins i nines rebin els serveis bàsics com salut, educació i protecció sense discriminació.
 - Establir mesures per a promoure la seva protecció contra l'explotació, la violència i l'abús.
 - Impulsar polítiques urbanístiques i de seguretat que els permetin passejar i jugar en entorns segurs.
 - Establir les mesures necessàries per tal que puguin desenvolupar-se en un entorn mediambiental saludable no contaminat.
4. Afirmar «que els següents principis han de ser considerats en el disseny, execució i avaluació dels programes d'acció social orientats a la infància»:

- Invertir en polítiques de prevenció de riscos de desprotecció infantil per a reduir o mitigar aquests riscos que afecten directament a la infància i a l'adolescència.
- Incloure la participació de professionals, col·lectius i agents comunitaris involucrats en la cura i atenció de la infància i adolescència, en el disseny d'accions de prevenció, protecció i defensa dels drets.
- Intervenir tan aviat com sigui possible quan els infants estan en risc, a fi d'evitar pèrdues o danys irreversibles.
- Mitigar els efectes de la crisi, l'exclusió i la pobresa sobre la infància, reconeixent que les famílies necessiten recolzament que garanteixi la igualtat d'oportunitats mitjançant:
 - Provisions especials per arribar als infants que són especialment vulnerables i exclosos.
 - Establiment de mesures concretes de recolzament a les famílies, amb especial atenció a la resolució de conflictes en l'àmbit familiar.
 - Incloure la veu i l'opinió dels infants, dels seus cuidadors i joves en la comprensió i el disseny de sistemes de prevenció i protecció social i altres programes.

Al llarg d'aquests darrers anys, la Comissió Parlamentària de Seguiment del Pacte ha estat un fòrum que ha permès crear un consens ampli i compartir aquesta visió de la infància entre les diferents forces polítiques i que, en part, va ajudar que la Llei balear d'infància i adolescència s'aprovàs per unanimitat, cosa bastant inaudita al nostre parlament autònic, però que sense cap mena de dubte és motiu de felicitació.

3. El paper dels Consells Insulars en el Pacte Balear per la Infància

A la comunitat balear, a diferència de la majoria de les comunitats autònomes a excepció del País Basc i les Canàries, els consells insulars (diputacions i/o *cabildos* en el cas d'aquestes dues comunitats autònomes), tenen competències àmplies en protecció de menors, així com en suport tècnic a municipis petits. És per aquest motiu que dins la Comissió de Seguiment Parlamentària, a iniciativa de l'UNICEF Comitè Balear i de l'OBIA, es va considerar necessari que els consells insulars s'adherissin al Pacte balear per a la infància per assumir compromisos específics d'acord amb les seves pròpies competències. El Parlament balear pot demanar comptes i controlar el govern de la CAIB, però, en canvi, no pot fer-ho de les altres administracions com són els consells insulars, de manera que es va considerar necessari que s'incorporassin a aquest procés. A partir d'aquí es varen iniciar converses amb els representants dels partits polítics amb representació als plens dels consells insulars sobre la seva disposició a donar suport a aquest Pacte balear i tots els partits varen ser partidaris de tirar endavant la iniciativa.

Amb aquest motiu, l'UNICEF Comitè Balear i l'OBIA varen proposar als diferents consells un document, que es el que es presenta a continuació en aquest article.

En el document d'adhesió al Pacte per a la infància dels consells, ratificat per tots els partits polítics amb representació en els plens, es comprometen a:

- a) Assumir la seva responsabilitat envers la ciutadania més jove, amb una atenció prioritària a la infància, creant entorns favorables a la infància i prioritant la inversió en la infància.
- b) Implantar tots els programes i projectes d'acció que afecten directament o indirectament infants o adolescents, d'acord amb els principis rectoros de la Convenció sobre els drets de l'infant (CDI, 1989).
- c) Implantar el Registre Unificat de Maltractament Infantil en l'àmbit insular.
- d) Impulsar els programes de detecció i notificació del maltractament infantil.
- e) Enfortir progressivament els serveis socials comunitaris de caràcter preventiu.
- f) Treballar en programes de suport a la família, per reforçar llaços davant la vulnerabilitat, en col·laboració amb les entitats.
- g) Ampliar el servei de valoració de protecció de menors a 24 hores.
- h) Per evitar l'internament dels menors en situació de risc i donar suport a les famílies vulnerables, augmentar les places de centres de dia i ampliar els programes de competències familiars i les campanyes de famílies d'acollida per als infants més petits tutelats per l'Administració pública.
- i) Incloure la infància entre les prioritats de l'agenda política de la institució insular, així com promoure i reconèixer les tasques dirigides a la distinció de municipis de l'illa com a *ciutats amigues de la infància* i donar-hi suport.

Per a això, és necessari:

- Promoure una reunió anual dels consells de participació infantil i adolescent de l'illa de Mallorca, mitjançant la dotació de recursos econòmics, tècnics i humans.
 - Promoure l'elaboració de plans municipals o polítiques d'infància que estableixin prioritats i metes basades en les necessitats específiques de la infància a cada localitat.
 - Difondre el programa «Ciutats amigues de la infància», incloent en els mitjans propis (web, xarxes socials, butlletins electrònics etc.) l'enllaç al web del programa <http://ciudadesamigas.org>.
 - Dur a terme una jornada anual informativa a l'illa de Mallorca sobre el programa «Ciutats amigues de la infància» o la presentació del programa als municipis.
- j) «Considerar aquests principis en el disseny, l'execució i l'avaluació dels programes d'acció social orientats a la infància» seguint els compromisos que s'estableixen en el Pacte balear per a la infància quant a inversions en polítiques de prevenció, la participació dels professionals i col·lectius i agents comunitaris en aquests programes, la intervenció primerenca, per combatre la pobresa i altres.
 - k) «Dirigir el treball i les mesures per implantar, d'acord amb l'Agenda 2030 i el compromís de complir els desset objectius de desenvolupament sostenible, en una clara aposta per un model social i polític que posi la infància en el centre».

Amb l'objectiu de fer el seguiment del desenvolupament i de l'execució dels compromisos i de les activitats que preveu aquesta adhesió dels consells insulars al Pacte balear per a la infància, es posa en marxa la creació d'una comissió de seguiment a cada consell, que es reunirà semestralment. Hi participaran almanco una persona nomenada per cada part, representants de l'UNICEF Comitè de Balears i de l'OBIA, i un tècnic o tècnica referent nomenat per cada un dels consells insulars, que fa una tasca de coordinació interna a cada institució i de coordinació externa amb l'UNICEF i l'OBIA. Aquestes comissions tenen l'encàrrec d'elaborar un informe anual de seguiment dels pactes, amb els resultats i l'impacte del programa a les Illes i proposar iniciatives noves. Tots els consells insulars varen nomenar personal tècnic referent a les diferents comissions de seguiment.

Les comissions de seguiment de cada consell insular es varen constituir durant el primer semestre d'enguany, abans de les eleccions, amb l'objectiu de garantir que els equips de govern nous continuessin amb l'assumpció dels compromisos i de les responsabilitats que cada consell havia subscrit.

A les comissions es varen presentar i aprovar un seguit d'indicadors corresponents als compromisos del Pacte d'adhesió dels consells insulars que havia estat treballant el personal tècnic referent de cada consell amb l'UNICEF i l'OBIA, a fi de crear una línia base que permetés avaluar el grau de compliment de la incorporació dels diferents compromisos adquirits, així com establir prioritats i partir d'un primer diagnòstic de necessitats a cada illa.

És voluntat tant de l'UNICEF com de l'OBIA treballar estretament amb el personal tècnic referent coordinador dels pactes de cada consell a fi que els compromisos subscrits i ratificats es compleixin i que no quedin en declaracions retòriques buides de contingut. La nostra infància i adolescència no pot esperar.

4. Les 'ciutats amigues de la infància' a les Illes Balears: un gran impuls a les polítiques d'infància a nivell municipal

A hores d'ara, més del 60 % dels infants i adolescents residents a la nostra comunitat viuen a municipis que han aconseguit el reconeixement de Ciutat Amiga de la Infància (CAI) de l'UNICEF i la tendència és a estendre's a la majoria dels municipis. Accedir a aquest reconeixement CAI implica complir uns requisits que obliguen els ajuntaments candidats a fer una aposta clara i ferma per implementar polítiques d'infància en l'àmbit municipal així com posar en marxa òrgans de participació infantil també en l'àmbit municipal.

D'altra banda, aquests compromisos que adquireixen les corporacions locals que obtenen aquest guardó de Ciutat Amiga de la Infància s'han de mantenir amb el temps per no perdre aquest reconeixement. Aquesta iniciativa de l'UNICEF contribueix a tenir una perspectiva de drets i de participació dels infants en l'àmbit local així com a visibilitzar el món i les necessitats de la infància. Entre els compromisos subscrits pels

consells en aquest pacte, hi ha el de difondre i donar suport a aquest model de CAIS a cada illa i, fins i tot, com a objectiu futur arribar a obtenir el reconeixement d'illa amiga de la infància a cada consell.

5. Una oportunitat i un nou escenari

A partir de tot el que s'ha exposat fins ara, volem fer una valoració del moment i de la gran oportunitat que s'obri a la nostra comunitat autònoma en relació amb la infància i les famílies, sobretot les més vulnerables, arran del Pacte parlamentari per a la infància, de l'adhesió dels consells a aquest Pacte, de l'impuls del model de CAI als municipis de les Balears i de la nova Llei 9/2019, balear de la infància i de les lleis orgàniques 8/2015, de 22 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i l'adolescència, i de la 26/2015, de 28 de juliol, de protecció de la infància i adolescència. Els compromisos subscrits per les diferents administracions, partits polítics i entitats que treballen en aquest sector, fruit d'un consens polític, institucional i social ampli que fa èmfasi en la posada en marxa de polítiques d'infància que prioritzin la prevenció comunitària, el foment del bon tracte als menors, el suport a les famílies, la visió dels drets de la infància i les garanties necessàries del suport pressupostari per fer viables aquestes polítiques, dibuixen un escenari nou per al qual ja fa dècades que es treballa a la nostra comunitat autònoma.

Si tenim presents els indicadors quantitatius i qualitatius sobre l'estat de la nostra infància i adolescència que, incomprendiblement, lideren les estadístiques estatals en casos com les notificacions al RUMI, nombre d'expedients de protecció de menors per població, places d'acolliment residencial per a menors, absentisme i inadaptació escolar, nombre de mesures executades d'expedients de justícia juvenil, nombre de denúncies per violència masclista, etc., podem concloure que queda molta feina per fer. Dissortadament, hi ha hagut una manca de plans estratègics autonòmics, insulars i municipals, llevat d'algunes excepcions. Ha mancat així mateix un diagnòstic acurat de les necessitats d'aquest col·lectiu de població quan comptam amb sistemes informatius potents de les diferents administracions que ho permetrien, però ha faltat la voluntat política d'integrar-los i compartir-los amb un propòsit clar de millorar aquests indicadors i d'establir una col·laboració interinstitucional vertadera amb polítiques d'infància i família consistentes. No ens podem permetre el luxe de desapropiar aquesta oportunitat. En un moment en què ve una altra crisi econòmica de la qual no coneixem encara la dimensió, hem de poder assegurar més que mai que no sigui a costa de minvar els pressupostos destinats als col·lectius més vulnerables com va succeir en la crisi del 2008.

Observam que, davant la situació d'emergència d'habitatges, arriben a protecció de menors derivades dels serveis socials municipals famílies, bàsicament monoparentals, que no poden accedir al mercat immobiliari de lloguers pels preus elevats o pels requisits que es demanen per accedir-hi i que les famílies no poden complir. Malgrat que tant lleis estatals com autonòmiques expressen clarament que no es pot tutelar menors per motius de pobresa o discapacitat dels pares, la realitat és que es comença a fer, amb la dilució dels vincles familiars, la traumatització dels infants i dels pares, quan aquestes separacions podrien ser evitables amb un suport i una intervenció integral específics a

les crisis i, per descomptat, amb el gran dispendi econòmic que implica per a les institucions institucionalitzar infants.

És urgent accelerar els compromisos que el pacte parlamentari i el dels consells han signat i han ratificat, per fer front a aquesta situació nova que ens arriba. No és moment de defenses numantines de les competències de cada administració, parapetant-se en el fet que són competències de les altres administracions les que han d'atendre aquestes situacions, tal com observam que passa actualment davant situacions de famílies amb infants que es troben al carrer. Demanam una mica més de creativitat, de generositat i de visió més ampla de les institucions per abordar en un marc de col·laboració aquestes realitats noves.

6. Conclusions

Es necessari que tots els compromisos assolits pels representants dels partits polítics de les balears subscrits i ratificats pels plens dels consells insulars i del Parlament es materialitzin en un full de ruta que permeti un avanç efectiu en les polítiques de la infància que es basen en la prevenció eficaç i el suport comunitari de les famílies, sobretot de les més vulnerables i que es garanteixin els pressupostos destinats a fer-les efectives.

Bibliografia

- Aranda, G. (Coord.) (2013) *La ciudad que queremos: una ciudad amiga de las personas. Dinámica participativa comunitaria sobre Derechos de la infancia e innovación social*. Ed. Programa Ciudades Amigas de la Infancia de UNICEF España. Recuperat: <https://ciudadesamigas.org/wp-content/uploads/2013/12/ciudadquequeremos.pdf>
- Carballo, S.(2017). La Família Biològica en el Sistema de Protecció: noves perspectives. *Revista d'Afers Socials*. Conselleria de Serveis Socials i Cooperació. Núm. 8 març.
- Llei 9/2019 de 19 de febrer, de l'atenció i els drets de la infància i adolescència de les Illes Balears. BOIB.26, de 28 de febrer de 2019.

COL·LECCIÓ «IMAS»

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 61. Novembre 2019

ISSN: 2659-5273

- *Atenció a persones amb discapacitat*
-

Soc sord, parlo i necessito que m'escoltis. Realitat actual de la sordesa.

Carme Zoilo

Lluís Soler, psicòleg

Unitat Sociosanitària i Educativa. ASPAS



REVISTA ALIMARA de l'IMAS esta subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

Els avenços científics en l'àmbit de la medicina, els tecnològics en el de l'audiologia i els metodològics a les especialitats de l'àmbit educatiu, com magisteri, pedagogia i logopèdia, han fet que avui en dia pugem parlar d'una nova generació d'infants sords. Això ha permès una millor inclusió de la persona sorda en els àmbits educatiu, social i laboral. No obstant això, en el camí de la plena inclusió resten encara fites a assolir.

Paraules clau

Sordesa, hipoacúsia, discapacitat auditiva, teoria de la ment, oralisme, atenció integral.

Què entenem per discapacitat auditiva?

Anomenem *discapacitat auditiva* (d'ara endavant, DA) a la pèrdua parcial (hipoacúsia) i total (sordesa) d'audició per anomalia d'una funció anatòmica i/o fisiològica del sistema auditiu.

L'audició és la via principal per a l'adquisició del llenguatge i la parla, i cal tenir present que qualsevol trastorn en la percepció auditiva a edats primerenques afectarà al desenvolupament lingüístic, als processos cognitius i a la integració educativa, social i laboral.

La discapacitat auditiva és un fenomen complex, ja que no totes les pèrdues són iguals ni totes tindran les mateixes repercussions. Les persones amb discapacitat auditiva no responen a un únic perfil. En aquest sentit, podem afirmar que no hi ha dues persones iguals, essent aquest un col·lectiu molt heterogeni, heterogeneïtat que respon, sobretot a les següents variables:

- *Moment d'aparició de la pèrdua auditiva*: és important perquè el desenvolupament lingüístic i cognitiu de l'infant es veurà afectat en més o menys mesura en funció de si la pèrdua s'esdevé abans (**prelocutiva**), durant (**pericolutiva**) o després (**postlocutiva**) de l'adquisició del llenguatge. En termes evolutius, això es correspon als rangs d'edats dels 0 als 2 anys, dels 2 als 4 anys, i a partir dels 4 anys, respectivament.
- *Grau de pèrdua auditiva segons la Classificació BIAP (Bureau International d'Audiophonologie⁴³)*: dona lloc a persones amb *hipoacúsia lleu* (de 20 a 40 decibels, dB des d'ara), les quals poden presentar dificultats de comprensió del llenguatge a distància i en entorns de soroll; *hipoacúsia moderada* (de 41 a 70 dB), que poden sentir la parla a distàncies curtes però perden part del discurs i presenten dificultats

⁴³ <https://www.biap.org/es/>

per discriminar fonemes de la parla; Hipoacúsia Severa (de 71 dB a 90 dB), capaces de percebre la parla a gran intensitat però amb dificultats per entendre-la; i *hipoacúsia profunda* (>91 dB), les quals només poden detectar els sons a altes intensitats o per mitjà de vibracions.

- *Localització de la lesió*: comptem amb la *hipoacúsia transmissiva* o *de conducció*, quan l'afectació es localitza a l'oïda externa; *hipoacúsia perceptiva* o *neurosensorial*, quan es troba a l'oïda interna (còclea), i/o a la via auditiva (retrococlear) o zones auditives del cervell (nivell central); i *hipoacúsia mixta*, quan combina lesions tant a nivell d'oïda externa i/o mitja com interna.

A més d'aquests factors que es podrien considerar primaris, en el sentit que van referits a la lesió en sí, n'hi ha d'altres de caire ambiental o circumstancial que esdevenen també crucials a l'hora de donar forma a la discapacitat auditiva que presenti una persona en concret. Aquestes són, per exemple, el moment del diagnòstic, el moment de la posterior adaptació protètica, la rapidesa amb què s'iniciï la rehabilitació, l'estimulació rebuda, l'accés a recursos, etc. La combinatòria de totes aquestes variables donarà lloc, doncs, a una molt àmplia casuística.

Per evidenciar aquesta **heterogeneïtat**, imaginem dues realitats distintes d'hipoacúsia, com puguin ser el d'un nòtat amb sordesa profunda bilateral i el d'una persona major que, per motius d'edat ha anat perdent audició progressivament. Tot i presentar sordesa les dues, a ningú no se li escapa que la pèrdua auditiva en el primer cas comportarà més conseqüències, més severes i de més durada que en el segon.

Davant la impossibilitat d'abastar en aquestes línies tot l'extens ventall a què dona lloc aquesta heterogeneïtat i sense menystenir la resta de persones afectades, ens centrarem aquí en les hipoacúsies prelocutives.

Sabem que el diagnòstic precoç en les deficiències suposa el primer esglaó en vistes a optimitzar-ne el tractament. En el cas de les hipoacúsies, aquest diagnòstic es fa més determinant donada la relació existent entre audició i llenguatge, ja que disposem d'un període de temps limitat, aproximadament d'uns quatre anys, per evitar que les pèrdues auditives puguin provocar efectes permanents en el desenvolupament d'aquest.

Quines poden ser les repercussions de la discapacitat auditiva?

A nivell sensorial

L'oïda forma part d'un sistema sensorial més ampli integrat per la vista, el tacte, l'equilibri i la propiocepció (Pansini, 1985). A través d'aquest òrgan ens podem situar en l'espai, podem rebre informació de l'entorn i interaccionar-hi. La pèrdua auditiva, si no es detecta a temps i no s'intervé, pot alterar tot el sistema i el seu funcionament.

Les funcions més afectades són:

Funcions afectades

Característiques

<i>Funció d'alerta</i>	La persona sorda substitueix l'alerta acústica per la visió i per la vibració; Explora el seu entorn amb la vista.
<i>Localització de la font sonora</i>	L'oïda no només ens avisa, sinó que també ens indica la procedència de la font sonora. La sordesa repercuteix en aquesta funció i pot comportar desorientació i inseguretats.
<i>Estructuració espai-temps</i>	Els oients tenim una percepció acústica de l'entorn en forma de reverberació i eco que ens informa de la distància dels objectes. La visió ens dona perspectiva i l'audició distància. L'infant sord té interferida aquesta dimensió de l'entorn.
<i>Desenvolupament de la rapidesa</i>	El temps de reacció més ràpid correspon a l'audició, per tant, el temps de reacció amb les sordeses és major.
<i>Connexió amb l'entorn</i>	La sordesa dificulta les relacions i interaccions amb l'entorn de la persona afectada. Els infants amb sordesa tenen afectades les àrees d'exploració i desplaçament. El fet de no poder sentir la veu dels seus pares provoca inseguretats i pors.
<i>Altres funcions afectades</i>	Atenció dividida; la persona sorda presenta dificultats per mantenir una conversa fora del seu camp visual rebre informació mentre està jugant o explorant l'entorn. Això dificulta tasques com la realització dels dictats, la presa d'apunts o el seguiment d'instruccions.

A nivell lingüístic

Les primeres interaccions dels infants amb els pares es caracteritzen per ser multisensorials, és a dir: orals, gestuals i tàctils. Poc a poc, la comunicació va adquirint formes orals més elaborades per donar lloc al balbuceig i experimentació amb els sons guturals. L'audició fa possible aquest procés i permet a l'infant autoregular les seves emissions i possibilita l'adquisició de la llengua oral.

En funció del grau de pèrdua auditiva que puguin presentar les persones amb sordesa, trobarem les següents dificultats a nivell d'expressió i comprensió:

NIVELL DE PÈRDUA	COMPENSIÓ	EXPRESSIÓ
PÈRDUA LLEU (20-40 db)	<ul style="list-style-type: none"> - Presenten dificultats per a discriminar algun fonema. - Presenten dificultat en veu xiuxiuejada. - Solen demanar repeticions. - Pateixen Fatiga auditiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poden aparèixer dislàlies. - Pot aparèixer retard en l'adquisició del llenguatge.
PÈRDUA MODERADA (41db-70 db)	<ul style="list-style-type: none"> - Es perden molts sons de la parla. - No tenen accés a la comprensió de la veu xiuxiuejada. - Necessiten un to elevat. - Presenten fatiga auditiva i un període atencional més curt. - Presenten dificultats en la comprensió oral a més d'1,5 metres de distància. No és suficient la repetició del discurs. - Hi senten però no entenen - Presenten dificultats en l'aprenentatge de nou vocabulari. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es donen errades en la pronunciació. - Hi ha retard important en l'aparició del llenguatge. - Presenten dificultat per a incorporar vocabulari nou. - Presenten un vocabulari pobre.

PÈRDUA SEVERA (71db-90db)	<ul style="list-style-type: none"> - Presenten dificultats per a percebre quasi tots els sons. - Perceben sons i veus intenses. - Greus dificultats per a entendre el llenguatge a distàncies curtes. - Denoten fatiga auditiva i períodes atencionals més curts. - Requereixen de lectura labial. - Presenten greus dificultats en l'adquisició de nou vocabulari. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presenten veu monòtona i poc intel·ligible. - Alteracions en els aspectes suprasegmentals: to, intensitat de la veu, alteracions en el ritme i en la entonació. - Cometen errades morfosintàctiques (flexions verbals, concordança en gènere i nombre).
PÈRDUA PROFUNDA (>91 db)	<ul style="list-style-type: none"> - Només poden percebre sons a altes intensitats 	<ul style="list-style-type: none"> - El llenguatge no es desenvolupa de forma natural sense adaptació protètica.

A nivell cognitiu i social

La menor capacitat de la persona sorda per a sentir-hi/comprendre du sovint al seu interlocutor a comunicar-s'hi menys o a simplificar el missatge, establint-se així un cercle viciós en què aquests dos fets es retroalimenten negativament.

Aquestes restriccions comunicatives sovint tenen lloc des que l'infant sord és ben petit. El fet que la comunicació amb ell sigui més difícil fa que sovint els pares recorrin a l'acció, sobretot en situacions que poden suposar un perill per al mateix infant com, per exemple, travessar un carrer per on circulen vehicles. Això es pot donar també en el cas dels pares d'un infant oient, però en aquest, a diferència del que sovint passa amb el primer, els pares solen acompanyar l'acció de les explicacions pertinents. Aquesta pauta de comportament pot fer que l'infant sord integri l'acció i/o l'evitació com a modes de resolució dels problemes i no internalitzi el llenguatge com a autoregulator de la pròpia conducta, com a suport del pensament que operaria entre l'impuls i l'acció, i esdevenen més **impulsius**. Aquestes mancances a l'hora d'interioritzar la parla incideixen negativament en les denominades **funcions executives**, relatives a processos cognitius complexos orientats a la consecució d'objectius: planificació i seqüenciació (establiment de passos intermedis), monitoratge (supervisió de l'execució), flexibilitat (readaptació i generació d'alternatives davant eventualitats), control inhibitori (control de l'impuls i anàlisi del context) i memòria de treball (retenció i anàlisi d'informació). En canvi, en les persones sordes que han assolit unes bones competències en llenguatge oral i en les que han incorporat des d'edats primerenques la llengua de signes, aquestes funcions executives no es veurien compromeses.

La simplificació del missatge amb què l'interlocutor s'adreça a la persona sorda es fa més evident com més abstractes són els termes a què es vol referir o més complexes les situacions o idees a descriure. Així, clarament, la **immaduresa emocional** que habitualment mostren les persones sordes troba l'arrel en el fet que se'ls ha dotat d'un vocabulari empobrit, bàsic, sovint conceptualitzat a partir de dicotomies i, per tant, mancat de matisos i gradients quant al món emocional (tant de les emocions pròpiament com dels processos complexos que les integren). Això fa que els pugui ser més difícil reconèixer tant les emocions pròpies com les alienes, posar-hi nom i gestionar-les adequadament. D'altra banda, el **comportament social inadequat** que poden

presentar té l'origen en la manca d'informació rebuda relativa al coneixement de l'entorn en forma de transmissió d'esquemes i de pautes de comportament, normes i valors.

El fet que els temes de conversa entre la persona sorda i l'oient puguin quedar més limitats a l'aquí i ara, a allò que té relació directa amb els que integren el moment comunicatiu i a quan hi ha un referent visual, dificulta a la persona sorda el desenvolupament de la **teoria de la ment**. Aquesta fa referència a l'habilitat per comprendre que les altres persones tenen estats mentals (pensaments, sentiments, desitjos i creences) diferents dels nostres i per inferir-los, ja que no són directament observables. Aquesta capacitat ens permet, a més, vincular aquests estats mentals a accions, és a dir, a entendre que les persones actuen d'una manera determinada en funció dels estats mentals. Es tracta d'una habilitat que ja es dona a edats molt primerenques, entorn als quatre anys, i que permet comprendre molts aspectes de la vida social, com les sorpreses, els secrets, els enganys, les mentides, les equivocacions, els malentesos o els acudits. Les experiències conversacionals, és a dir, tenir accés a converses entre terceres persones, va molt lligat al desenvolupament de la teoria de la ment. Els infants sords es perden, en menor o major grau, la informació que no va directament adreçada a ells, sobretot en situacions de conversa amb diversos interlocutors. Aquest fet es pot veure agreujat, a més, per determinades condicions acústiques (reverberació, renou ambiental, etc.) del lloc on tenen lloc. Per tant, quan els altres parlen entre si sobre què senten, pensen o creuen, o es demanen explicacions sobre els seus actes, els infants sords perden oportunitats per desenvolupar la teoria de la ment. Comparativament, doncs, en el cas hipotètic d'un infant sord oralista en una família d'oients, aquest tindria molt menys accés que un germà seu als intercanvis comunicatius relatius als estats mentals dels altres i a les accions i als comportaments a què donen lloc. En canvi, això no passaria en una família de sords que tingués la llengua de signes per sistema de comunicació; en aquest cas, ambdós germans tindrien les mateixes oportunitats d'accedir (veient) a les interaccions comunicatives d'aquesta naturalesa entre altres membres. D'altra banda, el fet que el pensament de la persona sorda estigui més ancorat a la immediatesa li dificulta el pas del pensament concret al pensament formal, és a dir, a inserir-lo en el món del que és possible i, per tant, a operar a partir d'hipòtesis, a continguts més abstractes.

Aquesta dificultat per desenvolupar la teoria de la ment explica en gran mesura la tendència de moltes d'aquestes persones sordes a no comprendre o a interpretar erròniament el comportament dels altres, sovint de forma autoreferida, i a oferir una imatge de **poca empatia o d'egocentrisme** a ulls de la resta.

Com intervenim en la discapacitat auditiva?

La detecció precoç

Abans de la revolució tecnològica, de la instauració dels programes de detecció precoç de la hipoacúsia, les persones nascudes amb sordesa només tenien l'opció de poder accedir a una *modalitat gestual*, anomenada llengua de signes. Aquesta, si bé permet la comunicació entre els qui a comparteixen, no permet la inclusió de la persona sorda en l'entorn social on viu, majoritàriament oient i no coneixedora de la llengua de signes. Així, les persones sordes signades, requereixen de la figura de l'intendent de llengua de signes per moure's en un món eminentment oralista. D'altra banda, estructuralment, la llengua de signes és diferent de la oral, i no disposa de nexes ni d'elements fonamentals

que doten a la llengua oral d'una riquesa immensament superior. Aquesta realitat començà a canviar des del moment en què es van implementar els programes de detecció precoç de la hipoacúsia.

L'any 1995 es va crear la Comissió per a la Detecció Precoç de la Hipoacúsia (CODEPEH) integrada per especialistes en ORL, pediatria i audiologia, i orientada a la detecció precoç i al tractament de la sordesa. Aquests programes es varen començar a implementar als hospitals privats i no va ser fins a l'any 2003 que es va aprovar el programa de detecció precoç de la sordesa a tot l'Estat espanyol i es va instaurar tant a hospitals públics com privats.

A les Illes Balears, la Unitat de Prevenció de Malalties de l'Oïda de la Conselleria de Salut i Consum promou la implantació del Programa d'Atenció al Dèficit Auditiu en la Infància (PADAI). Aquest du a terme una exploració auditiva universal al nounat, fa un seguiment en l'etapa perilocutiva dels infants amb risc de patir sordesa i un cribratge (o *screening*) escolar que es fa a 1r d'educació primària de tots els centres educatius, ja que un 20 % de les hipoacúsies apareixen després del naixement.

L'objectiu principal del programa és identificar i diagnosticar el més aviat possible tots els casos de deficiència auditiva per accelerar el procés rehabilitador als infants que ho necessiten i minimitzar d'aquesta manera els greus problemes de comunicació, aprenentatge i relacions socials que comporta la sordesa.

En aquest '*screening*' o cribratge auditiu neonatal, les tècniques que es realitzen són les otoemissions acústiques (OEA) i els potencials evocats (PEATC), que revelen la resposta a estímuls auditius i permeten:

- Detectar la hipoacúsia abans del primer mes de vida de l'infant.
- Fer un diagnòstic als 3 mesos d'edat.
- Intervenir als 6 mesos mitjançant adaptació protètica i d'estimulació auditiva.

DETECCIÓ	OTOEMISSIONS / POTENCIALS EVOCATS	RESULTAT CRIBRATGE
3 dies	OEA _p /PEATC	Passa ⇨ Normooient Falla ⇨ Següent fase. Expliquen als pares que no significa l'existència d'hipoacúsia
1 mes	OEA _p /PEATC	Passa ⇨ Normooient No passa ⇨ Es donen als pares pautes d'observació de conducta
3 mesos	PEATC	Passa ⇨ Normooient No passa ⇨ S'informa als pares de la possibilitat de l'existència d'hipoacúsia.
6 mesos	PEATC	Passa ⇨ Normooient No passa ⇨ S'estableix diagnòstic de confirmació de la hipoacúsia. S'inicia adaptació protètica i estimulació.

Actualment el programa està instaurat al tots els hospital públics i privats de les Illes Balears

L'adaptació protètica

Més enllà de la detecció precoç de les hipoacúsies, les pròtesis auditives han experimentat una gran evolució durant el segle XXI. Els primers audiòfons eren grans capses pesades que constaven d'un micròfon independent, un amplificador, auriculars i una bateria voluminosa. L'amplificador i les bateries s'havien de dur al coll i el micròfon s'havia de dur a la mà per poder sentir-hi. A més, aquests primers audiòfons eren molt costosos i només se'n podien beneficiar les persones amb poder adquisitiu.

La **tecnologia** d'aquests aparells era de caràcter **analògic**, és a dir, consistia a amplificar tots els sons i no tenia la capacitat de filtrar els sons ambientals o la parla per millorar la comunicació.

A partir dels anys 80 es varen introduir els microxips a les pròtesis auditives, la qual cosa va permetre una millora en la percepció dels sons, en les programacions de les pròtesis, en la filtració de renous, etc. És a dir, es va passar de la tecnologia analògica a la **tecnologia digital**.

El desenvolupament de la tecnologia ens ha permès incloure amplificadors de sons diminuts, que ofereixen beneficis en la percepció auditiva i en la qualitat de vida de la persona amb sordesa. La tecnologia digital ha suposat una millora en la mida dels dispositius, en l'adaptació automàtica als nivells dels sons i la possibilitat d'adaptar-se a les pèrdues auditives de cada persona, cosa que ha permès una programació individualitzada, personalitzada.

Actualment definim l'**audiòfon** com un dispositiu elèctric que amplifica i varia els sons i proporciona una millor audició. Els audiòfons reben els sons a través d'un micròfon que converteix les ones sonores en senyals elèctrics. L'amplificador augmenta el volum dels senyals i envia els sons a l'orella a través del micròfon.

Els avenços tecnològics han millorat les característiques i els beneficis auditius en pròtesis auditives, però han anat més enllà de l'audiòfon. L'any 1957 els metges francesos André Djourno (Algèria, 1904-1996) i Charles Eyres (Algèria, 1908-1996) varen introduir un fil de coure dins la còclea d'un pacient de cinquanta anys amb sordesa profunda a fi d'intentar restaurar les cèl·lules ciliades danyades. Va ser el moment en què es va començar a parlar d'**implant coclear**.

Els implants coclears són dispositius implantables indicats per a pacients amb sordesa bilateral profunda deguda a una lesió a les cèl·lules ciliades de la còclea i amb un rendiment escàs de les pròtesis auditives convencionals. Consisteix en una intervenció quirúrgica en què el metge especialista en ORL insereix una guia d'elèctrodes dins la còclea i restaura així la funció de les cèl·lules ciliades. D'aquesta manera, mitjançant senyals elèctrics es transmet la informació codificada al cervell a través del nervi auditiu. Els implants coclears estimulen el nervi auditiu transformant els senyals acústics en impulsos elèctrics. Aquests senyals elèctrics són processats a través de les diferents parts de l'implant coclear.

Aquests dispositius estan formats per dues parts: una interna i una altra externa.

Part Interna

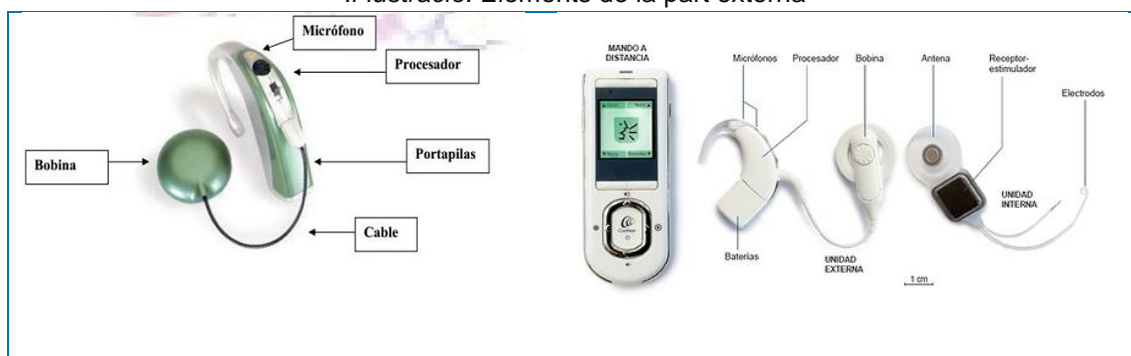
El metge ORL especialitzat en implants coclears realitza una intervenció quirúrgica amb anestèsia general i col·loca:

- Receptor-estimulador: s'implanta a la mastoide. Serà l'encarregat d'enviar els senyals elèctrics als elèctrodes.
- Guia: s'introdueix la guia d'elèctrodes dins la còclea. Aquesta guia transformarà els impulsos elèctrics fins a estimular les cèl·lules nervioses. Aquests estímuls passen a través del nervi auditiu fins al cervell, que decodificarà la informació rebuda.

Part Externa

- Micròfon: recull els sons que passen al processador.
- Antena: envia els sons codificats al receptor-estimulador.
- Processador de parla: selecciona i codifica els sons necessaris per a la comprensió del llenguatge.
- Bateries o piles.

Il·lustració. Elements de la part externa



L'implant coclear està considerat com un dels avenços mèdics més revolucionaris dins l'àmbit sanitari, una solució auditiva per les sordeses profundes i, sobretot, un pont per l'adquisició del llenguatge oral. Han permès que els infants amb sordesa neurosensorial bilateral profunda congènita i implantats abans dels 3 anys d'edat (període d'adquisició del llenguatge), puguin desenvolupar una capacitat auditiva, comunicativa i lingüística molt comparable a la de l'infant oient.

Malgrat l'existència dels programes de detecció precoç i els avenços en les pròtesis auditives, aquestes no converteixen a la persona sorda en oient, i per tant, podran seguir tenint les mancances lingüístiques, cognitives i socials esmentades anteriorment, fet que farà més necessària una intervenció més especialitzada des de tots els àmbits a fi d'aconseguir la màxima inclusió.

Intervenció habilitadora especialitzada multidisciplinària

Tal com hem esmentat anteriorment, els avenços produïts en tots els àmbits que envolten a la persona amb discapacitat auditiva, han esdevingut una nova modalitat d'intervenció educativa més integradora, inclusiva i oralista. Tenim present que tot l'alumnat amb discapacitat auditiva té necessitats diferents i fa ús d'estratègies educatives diferents, i la funció del entorn educatiu és, fonamentalment, adaptar-se a les necessitats de cada alumne. A continuació exposam algunes de les estratègies que podem fer ús dins un entorn educatiu:

Definim *estratègies d'accés a la informació* com aquelles que s'adrecen a facilitar la informació dins l'aula educativa, com:

- Situar l'alumne a un lloc on se li faciliti la lectura labial i l'accés a la informació visual.
- Articular la informació de forma clara i senzilla.
- Moderar la velocitat de la parla.
- Evitar parlar amb objectes dins la boca.
- Millorar les condicions acústiques de l'aula i conscienciar als alumnes la cultura de silenci.
- Fer ús dels sistemes de freqüència modulada (FM) que milloren l'entrada del so a les pròtesis auditives de l'alumnat.
- Reduir la distància auditiva.

Les *estratègies de contingut* són aquelles que fan referència al contingut curricular de l'alumnat, com per exemple:

- Anticipar el vocabulari i contingut que s'ha de treballar a les àrees.
- Realitzar esquemes i mapes conceptuals.
- Fer ús de frases curtes i adaptades al nivell de comprensió del alumne.
- Emprar recursos més visuals.
- Fer ús d'exemples significatius per a ells.

Servei d'Atenció Integral i de Promoció de l'Autonomia

Fundació ASPAS és una entitat sense ànim de lucre i declarada d'utilitat pública que fou creada a l'any 1977 per un grup de pares i mares d'infants amb DA. Des de la seva creació i fins a l'actualitat s'ha dedicat a l'atenció de persones amb DA i a les seves famílies, desenvolupant programes i serveis que s'han anat ajustant a les diferents realitats educatives, socials i laborals. Això significa que en aquests més de 40 anys, hem après i vist com les necessitats de les persones amb DA han anat canviant i com els canvis tecnològics, científics, mèdics, legislatius han anat configurant la realitat actual en la que es troben les persones amb DA i les seves famílies.

Actualment, la fundació ASPAS compta amb un equip multidisciplinari d'especialistes (logopedes, mestres d'audició i llenguatge, pedagogs, psicòlegs i treballadors socials) que treballen de manera coordinada amb altres professionals per a la millora de la qualitat de vida de les persones amb DA. Entre d'altres serveis, es presta el *Servei d'atenció integral i de promoció de l'autonomia per a persones amb discapacitat auditiva*⁴⁴ des dels tres centres d'ASPAS ubicats a Palma, Inca i Manacor i que es defineix com:

“Servei especialitzat per a persones amb discapacitat, format per actuacions de valoració, orientació i prestació de suports dirigits a promoure l'autonomia i la inclusió efectiva de cada persona mitjançant la coordinació amb els recursos de la comunitat”.

Durant l'any 2018, aquest servei va ser el primer concert social signat per l'IMAS del Consell de Mallorca amb la fundació ASPAS i va atendre un total de 288 persones amb

⁴⁴ Servei inclòs en la *Cartera Insular de serveis socials i dels serveis a menors i família de Mallorca*, BOIB núm. de 18 de juliol de 2017.

discapacitat auditiva reconeguda i un certificat de discapacitat amb grau igual o superior al 33%.

Algunes dades significatives del perfil de persones ateses:

- *El 42% són persones d'entre sis i devuit anys* que han rebut logopèdia, suport pedagògic i atenció familiar. És una dada significativa ja que entre els sis i els devuit anys ens trobam a un moment crític per al desenvolupament i consolidació del llenguatge per a poder accedir als aprenentatges.
- *El 56% de les persones ateses presenta discapacitat auditiva prelocutiva*, la qual cosa significa que la pèrdua auditiva apareix abans de l'adquisició del llenguatge. Les persones amb discapacitat auditiva prelocutiva requereixen d'intervenció logopèdica primerenca per afavorir el desenvolupament del llenguatge i aconseguir una bona competència lingüística.
- *El 83% de les persones ateses són portadores de pròtesis auditives*, dada que correlaciona amb el 90% que ho fa en l'àmbit mundial. A més, si entenem que el fet de dur pròtesi va associat a l'ús de la llengua oral, cal tenir en compte que FIAPAS (Confederació Espanyola de Pares i Amics dels Sords) estima en més del 95% les persones sordes oralistes en l'àmbit estatal.
- *El 25,5% de les persones ateses presenta pluridiscapacitat*. En aquest total, el 21% fa ús de sistemes augmentatius i alternatius de la comunicació.
- *Un 20% han estat persones adultes i adolescents* que han fet demanda d'atenció psicològica.

Glossari

Decibels (db): unitat que s'utilitza per mesurar la potencia o intensitat d'un so. La intensitat audible d'una persona oient es troba entre 0db i 140 db

Otorinolaringologia (ORL): especialitat mèdica que tracta de les afeccions de l'orella, nas i la laringe. L'otorinolaringòleg n'és l'especialista.

Otoemissions (OAE): tècnica emprada pels ORL per determinar la resposta de la còclea davant un estímul sonor.

Potencials evocats (PEATC): prova objectiva per avaluar l'audició de l'infant, que consisteix en analitzar mitjançant uns elèctrodes situats a la pell la corrent elèctrica generat al nervi auditiu quan aquest és estimulat amb renous que es posen a la orella.

Referències bibliogràfiques

- Decret 48/2003, de 9 maig 2003 s'aprova a les Illes Balears el desenvolupament del Programa de Detecció Precoç d'Hipoacúsies en el període neonatal. (Programa PADAI). [BOIB num.068 de 2003](#).

- Jáudenes, C., y Col. (2004): *Manual Básico de Formación Especializada sobre Discapacidad Auditiva*. Madrid. Ed. FIAPAS. Recuperat: <http://www.aspasleehabla.com/wp-content/uploads/2013/09/MANUAL-BASICO-DE-FORMACION-ESPECIALIZADA-SOBRE-DISCAPACIDAD-AUDITIVA.pdf>
- Leslie, A. M. (1987). Presence and representation: the origins of 'theory of mind'. *Psychological Review*, Núm. 94, 412-36.
- Marco, J. y Matéu, S. [Coord.] (2003). *Libro Blanco sobre hipoacusia. Detección Precoz de la hipoacusia en recién nacidos*. Madrid. CODEPEH, Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperat: <http://bit.ly/2qPgFgU>
- Valmaseda Balanzategui, M. (2009). La alfabetización emocional de los alumnos sordos. *Revista Latinoamericana de Inclusión Educativa*. Núm.1, Vol. 3, p.147-163. Recuperat: <http://bit.ly/2BTiV8V>

COL·LECCIÓ «IMAS»

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 61. Novembre 2019

ISSN: 2659-5273

- *Atenció a persones amb discapacitat*
-

Programa de promoció i recuperació de l'autonomia funcional (PROA)

Francesca Massip Sastre
(Treballadora social i coordinadora del PROA)

Diana Carolina Quiroga Parada
(Terapeuta ocupacional)

Fundació Hospitalària Sant Joan de Déu



REVISTA ALIMARA de l'IMAS esta subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

El Programa de Promoció de l'Autonomia Personal a l'Hospital Sant Joan de Déu és un programa social dintre de l'àmbit hospitalari. Aquest programa, també inclou la rehabilitació i el manteniment de l'autonomia, i es treballa amb les necessitats i dificultats de cada persona amb discapacitat i amb una visió integral de cada situació, tractant amb qualitat, respecte, hospitalitat, responsabilitat i espiritualitat. *Resultats*: Millora de la visió d'un mateix, disminuint les limitacions i augmentant i reforçant les habilitats i capacitats. Millora de l'acompliment i qualitat d'execució en les activitats bàsiques de la vida diària.

Paraules clau

Persones amb discapacitat, rehabilitació funcional, promoció de l'autonomia, atenció integral.

Introducció

La Constitució espanyola, al 1978, per tal de fomentar i garantir l'estat del benestar, ordena als poders públics a "*promoure les condicions perquè la llibertat, i la igualtat de l'individu i dels grups en els quals s'integra siguin reals i efectives; remoure els obstacles que impedeixin o dificultin la seva plenitud, i facilitar la participació de tota la ciutadania en la vida política, econòmica, cultural i social*". És el primer pas per promoure una societat igualitària i inclusiva a l'Estat espanyol.

En el Reial Decret legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, s'aprova el Text refós de la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social, les persones amb discapacitat tenen els mateixos drets que qualsevol ciutadà conforme al nostre ordenament jurídic.

El poder d'autonomia, en aquest cas del Consell, fa que a Balears al febrer del 2018 es redacti un reglament amb la finalitat de "*regular el règim jurídic d'organització i funcionament del serveis socials per a persones amb discapacitat de Mallorca incloses a las Cartera Insular de serveis socials i de menors i família, dit reglament es basa amb el Reial Decret legislatiu 1/2013*".

Amb tots aquests preàmbuls trobem a l'article 59 del reglament anteriorment esmentat, el Servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional que es regeix sobre els principis rector aplicables següents:

- Atenció centrada en la persona
- Benestar
- Autonomia

- Drets
- Inclusió

Aquest servei es defineix a l'article 59.1, com *“un servei que proporciona a les persones amb discapacitat física sobrevinguda en fase post-aguda, una atenció multidisciplinària, mitjançant sessions especialitzades per pal·liar els dèficits cognitius, motors i emocionals i millorant la seva autonomia.”*

L'IMAS va publicar el 5 d'abril del 2019 l'expedient de convocatòria de la concertació del servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional per a persones amb discapacitat física, inclòs a la xarxa pública de serveis per a persones amb discapacitat de Mallorca, del qual va concedir 89 places a l'entitat de l'Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) de Palma.

Què és?

Globalment PROA és un programa finançat per l'IMAS que té la finalitat de millorar la funcionalitat i autonomia de les persones segons les seves capacitats. Dins d'aquest programa trobem tres nivells gestionats per diferents entitats:

- *Promoció i recuperació*: Hospital Sant Joan de Déu (zona Palma- Inca) i DACESMA (zona Felanitx).
- *Manteniment*: ASPAYM (Mallorca).
- *Inserció sociolaboral*: ASPROM-NAZARET (Mallorca).

El PROA de l'Hospital Sant Joan de Déu cerca millorar la funcionalitat de la vida quotidiana de persones amb discapacitat física sobrevinguda des de l'any i mig fins als quatre anys de post-afectació, mitjançant el treball en projectes i tallers, orientat a activitats del dia a dia, per aconseguir la seva plena participació en la vida familiar, social i comunitària.

1. Metodologia

El PROA-HSJD es caracteritza per un treball en equip format per professionals sanitaris (punt 2.1.) on es treballa de manera coordinada, interdisciplinària i transversal.

Es treballa amb una visió integral de la persona i des d'una perspectiva biopsicosocial, tenint en compte tots els àmbits i contextos en els quals en troben les persones usuàries, i d'una visió centrada en la persona, la xarxa de suport (familiar i social) que té i la comunitat. Es tenen en compte les dificultats que manifesta cada persona usuària i els interessos, així com també l'objectiu de vida actual sense perdre la visió de l'estil de vida abans de l'afectació. Treballam des de la necessitat que la persona manifesta, quina necessitat té en el dia a dia per dur a terme les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària.

PROA-HSJD pretén que les famílies formin part d'aquest servei, per la qual cosa es fan tallers de salut en què persones usuàries i família comparteixen un espai d'aprenentatge i de promoció de la salut amb l'objectiu d'implementar al domicili tot el que s'ha aconseguit en el taller. Així mateix tenen un servei de psicologia de suport a familiars. Els tallers de salut són impartits pels mateixos professionals del programa, els quals en funció de les preocupacions i/o necessitats detectades a les persones usuàries i a les famílies creen la temàtica del taller.

1.1. A qui es dirigeix?

Es dirigeix a persones major de setze anys, amb discapacitat física sobrevinguda reconeguda, igual o superior al 33 %, de més d'any i mig d'evolució, que han acabat la seva rehabilitació per IB-Salut i que tingui possibilitats de millora de la seva autonomia.

1.2. Àrea d'actuació

Zona Palma: inclou els municipis d'Algaida, Andratx, Banyalbufar, Bunyola, Calvià, Deià, Esporles, Estellencs, Fornalutx, Lluçmajor, Marratxí, Palma, Puigpunyent, Sant Eugènia, Santa Maria del Camí, Sóller i Valldemossa.

Zona Inca: inclou els municipis d'Alaró, Alcúdia, Binissalem, Búger, Campanet, Costitx, Escorca, Inca, Lloret, Lloseta, Consell, Llubí, Mancor de la Vall, Maria de la Salut, Muro, sa Pobla, Pollença, Santa Margalida, Selva, Sencelles, Sineu.

1.3. Objectius

Objectiu general

Proporcionar a les persones amb discapacitat física sobrevinguda en fase post-aguda, amb dèficits cognitius, motors o emocionals, una atenció interdisciplinària que ajudi a obtenir un nivell òptim de funcionalitat i autonomia personal en la seva vida.

Objectius específics

- Aconseguir un nivell òptim d'estat físic per afrontar de la manera més autònoma possible les activitats de la vida quotidiana.
- Proporcionar informació, suport i orientació sobre l'adaptació de diferents espais i entorns en les que es realitzen dites activitats.
- Assessorar i facilitar productes de suport i eines TIC (tecnològiques i de comunicació) que ajudin assolir un alt grau de funcionalitat.
- Reconstruir i reorientar els projectes de vida d'aquestes persones.

1.4. Circuit dintre del programa

Per treballar de manera coordinada i seguint els eixos i objectius esmentats anteriorment, es fa el circuit següent:

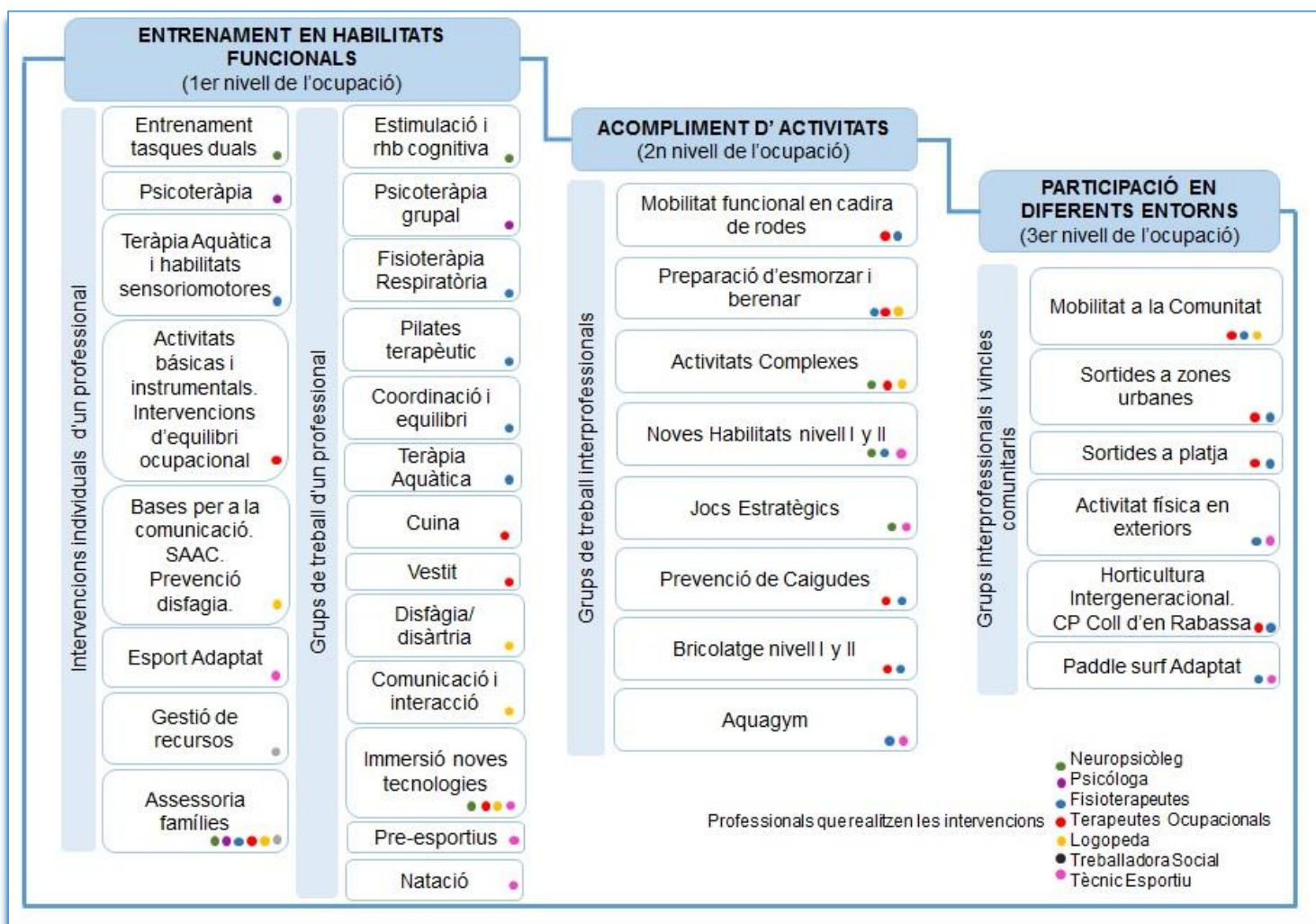
- El metge rehabilitador (MR) i la treballadora social (TS) fan una primera valoració a través d'entrevistes, on es passen unes escales específiques i es valora la derivació a altres professionals. Durant aquestes entrevistes es tenen presents els interessos, les necessitats, les preferències, els estils de vida i els objectius de la persona usuària i de la família.
- Posteriorment, la resta de professionals elegits entre la TS i el MR en funció dels objectius plantejats inicialment valoren la persona usuària.
- Un cop fetes totes les valoracions es reuneix tot l'equip o es posen en comú els objectius detectats i es proposen els tallers o projectes en els quals es puguin treballar les necessitats i promocionar l'autonomia de la persona usuària.
- Es comunica a la persona usuària i a la família els projectes, tallers i horaris proposats per iniciar les activitats o per fer un ajust més precís, si cal.

Cal tenir en compte que les persones usuàries no poden fer més de sis hores a la setmana de teràpia i fer altres tractaments públics paral·lels. Així doncs, la incompatibilitat és un factor que s'ha de tenir present en el moment d'accedir al programa i durant la permanència. A més, la duració màxima de permanència en el programa és de tres anys sempre en funció dels objectius que s'han de treballar i els que s'assoleixen al llarg del temps.

1.5. Quadre metodològic

A continuació observem el següent Esquema o quadre metodològic que es planteja des de PROA per a les persones usuàries.

ESQUEMA 1. Quadre metodològic o circuit del PROA (elab. pròpia)



Observem que hi ha tres etapes:

1. *Entrenaments en habilitats funcionals:* durant aquesta primera etapa es reforcen i es reentrenen les habilitats per al desenvolupament d'activitats tant individualment com amb un professional. Es basa en un treball més directe quant a les necessitats físiques i cognitives que presenten. En aquest primer nivell

d'ocupació, s'estableixen sessions individuals o en grups de quatre persones que tenen necessitats semblants o iguals.

2. *Acompliment d'activitats*: és el segon grau d'ocupació. En aquesta fase es modifica la manera de treballar dels professionals, ja que hi ha fins a tres professionals treballant en el mateix moment amb el grup. La ràtio pot ser de fins a vuit persones usuàries alhora. Es fan activitats del seu dia a dia i es van fent adaptacions en funció de les dificultats i necessitats que troben amb cada persona usuària. A més, el fet de treballar en grup permet crear vincles entre les persones usuàries.
3. *Participació en diferents entorns*: el tercer grau d'ocupació té com a objectiu sortir de l'entorn hospitalari, observar i detectar les dificultats que tenen i manifesten les persones usuàries en un entorn real (barri, interacció amb gent sense discapacitat, gent que no coneixen, planificació de rutes...). Es treballa amb un professional o amb dos alhora i és el moment en què les persones usuàries poden connectar amb altres recursos socials (casals de barri, entitats i associacions, grups de veïnats...) i on es reconstrueix la identitat ocupacional que s'havia perdut després de l'accident.

1.6. Què oferim?

Oferim un programa on el treball coordinat d'un equip sanitari de neurorehabilitació realitza:

- Promocionar l'autonomia personal mitjançant projectes i tallers fets a l'hospital o a l'entorn de la persona usuària.
- Donar atenció i suport psicosocial orientat a les necessitats psicològiques, cognitives i socials.
- Afavorir el treball en grup per fomentar les relacions interpersonals i aprofitar-ne les sinergies i els beneficis.
- Informar i assessorar les famílies i el personal cuidador sobre els aspectes relacionats amb la promoció de l'autonomia personal i sobre les pautes que s'han de seguir per optimitzar el treball fet al servei.
- Acudir al domicili o l'ambient on es desenvolupa la persona beneficiària, per assegurar una translació adequada del que s'ha treballat al servei a la vida personal.
- Informar i assessorar sobre els diversos recursos socio-sanitaris i comunitaris que complementen l'atenció que el servei proporciona i contactar-hi.
- Promocionar, entre les persones beneficiàries, el manteniment d'un estil de vida actiu i saludable.
- Formar i sensibilitzar els altres professionals i la comunitat sobre les necessitats de les persones usuàries del servei.

1.7. Pla terapèutic comú (PTC)

El document del PTC s'utilitza com una imatge del: diagnòstic, persona cuidadora (si en té), dates de valoracions i revisions, horari de la persona usuària i espai on fa l'activitat.

Dins el PTC es té en compte altra informació addicional com sistemes de comunicació, dieta o locomoció.

Els objectius dels professionals es recullen en aquest document, així com les consideracions i els tractaments ja fets i l'objectiu personal de cada persona usuària amb la finalitat de no perdre la visió de treball centrat en la persona i la seva necessitat.

2. Recursos

2.1. Recursos humans

L'equip de PROA el forma un grup de professionals formats dintre de l'àmbit sanitari: metge rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda, neuropsicòleg, psicòloga, infermera, tècnic de activitats esportives, administrativa i treballadora social.

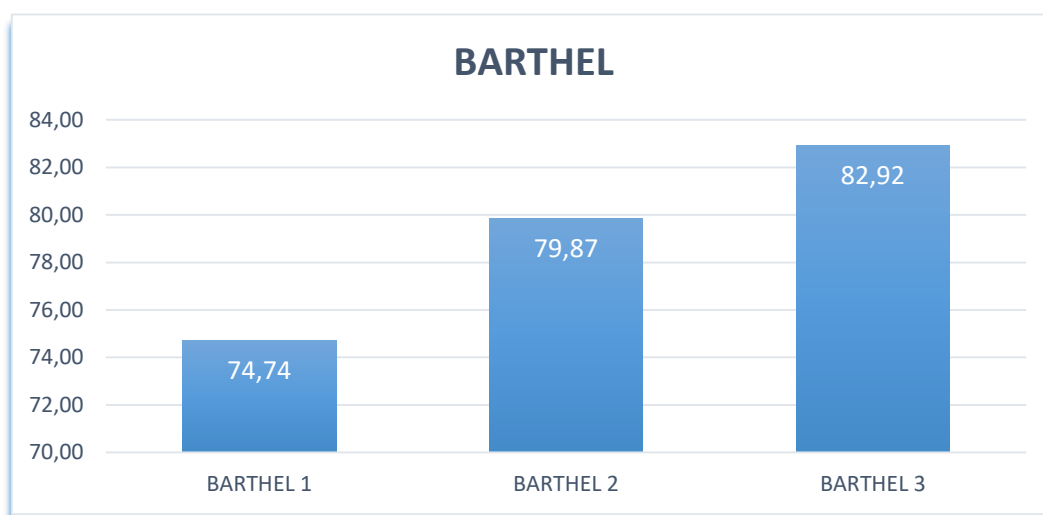
2.2. Recursos materials i equipaments

La majoria de les activitats, tallers i projectes es duen a terme dintre de l'hospital pel que es conta amb les diferents instal·lacions i el seu material i equipament: gimnàs de neurorehabilitació, hospital de dia, sala polivalent i piscina climatitzada.

3. Resultats 2017-2018. Indicadors d'avaluació

Per valorar els resultat de PROA contem amb diferents instruments de mesura quantitativa. Per una banda tenim els resultats objectius de l'escala de Barthel (vegeu *Gràfica 1*) que la fa el metge rehabilitador en la valoració inicial i en les revisions successives.

GRÀFICA 1. Valoració Escala Barthel (2017-2018)



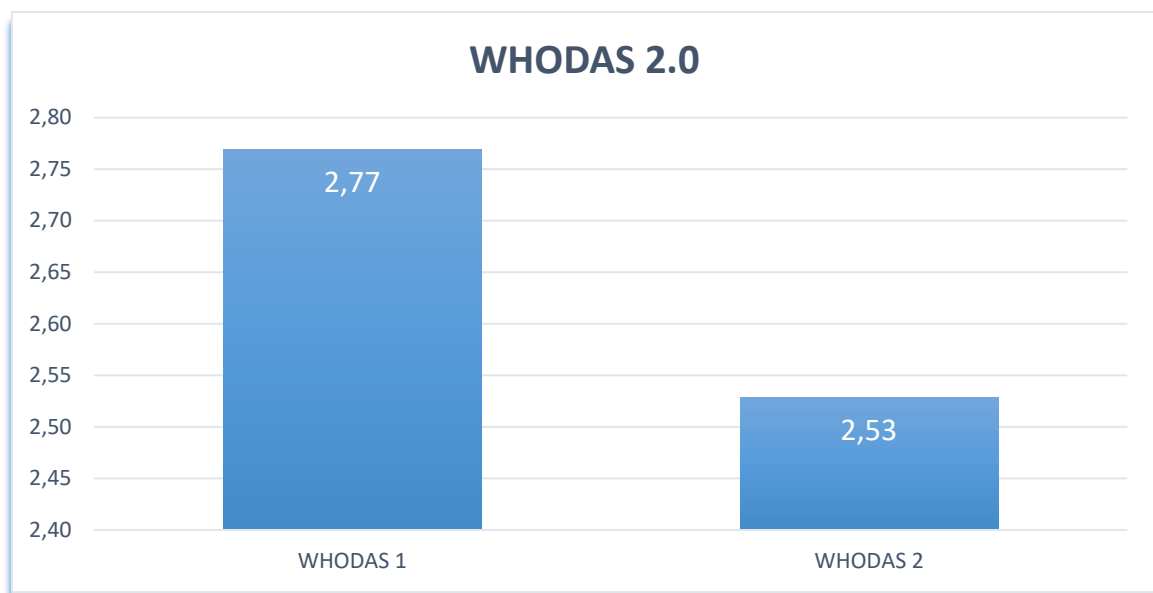
Elaboració pròpia.

Els resultats d'aquesta gràfica és la comparativa de les valoracions inicials (Barthel 1) i les revisions (Barthel 2 i Barthel 3) des d'abril de l'any 2017 fins a desembre del 2018, d'un total de 95 persones usuàries.

L'escala de Barthel mesura la funcionalitat de l'usuari i la capacitat de realitzar deu activitats bàsiques de la vida diària. Quan més alta és la puntuació més capacitat té de realitzar dites activitats. Així doncs, observem un millora de vuit punts entre l'escala de Barthel de la valoració inicial i la tercera revisió.

Per altre banda, tenim els resultats del Whodas 2.0. de la Organització Mundial de Salut (OMS) (veure Gràfica 2), instrument de mesura subjectiva de cada usuari, doncs són ells mateixos qui valoren les dificultats que tenen durant el darrer mes per realitzar els diferents ítems que li proposen. Aquesta escala la fa la treballadora social en el moment de valoració i pròximes revisions.

GRÀFICA 2. Valoració Whodas 2.0 (2017-2018)



Elaboració pròpia.

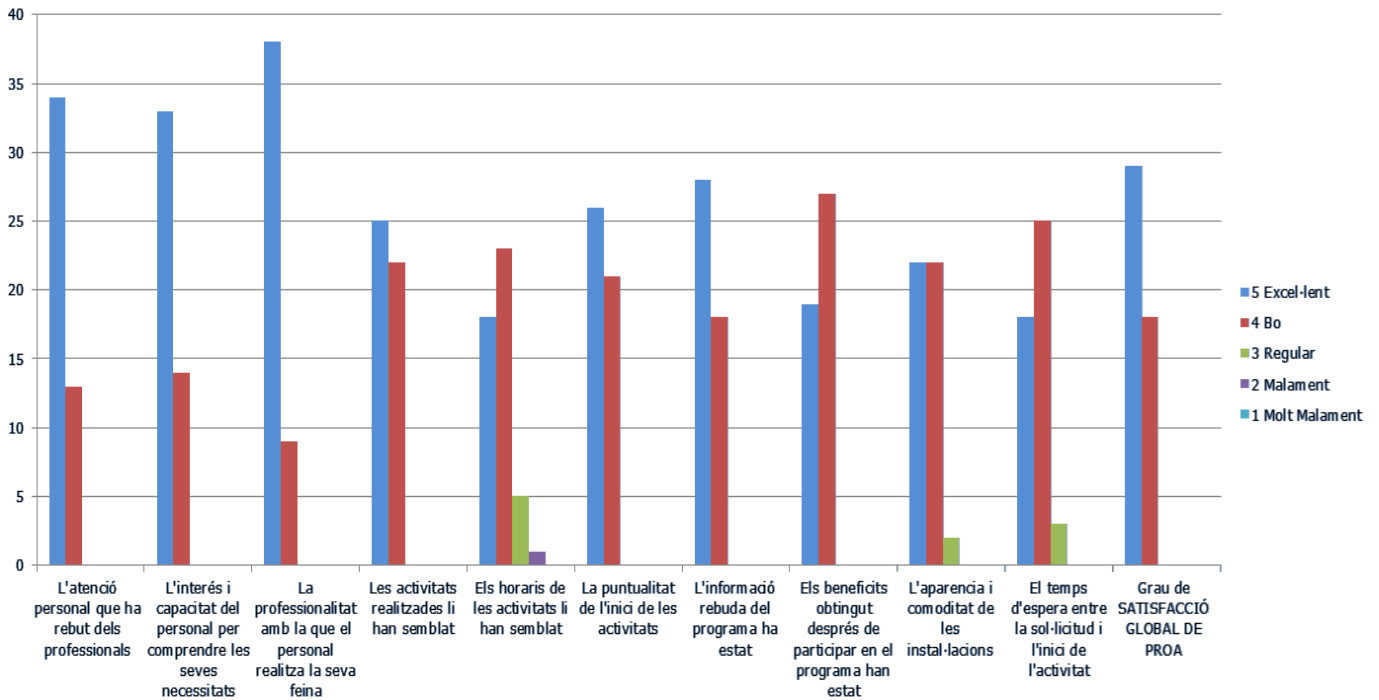
El particular d'aquesta escala és que qui valora i puntua entre 1 i 5 la dificultat per realitzar les diferents activitats és la persona usuària.

Es valoren 36 activitats del dia a dia, dividides en 7 ítems. L'1 implica que no té cap dificultat per fer-la i el 5 que no la pot fer. Es valoren els ítems de: comprensió i comunicació, desplaçaments i mobilitat, vida diària, treball o escola, participació social, cura personal i relacions socials.

Podem observar com la percepció de dificultats a causa de la discapacitat ha disminuït en 0,24 punts de la primera valoració a la segona, en un període de 6 mesos.

Finalment, també de manera subjectiva tenim les enquestes de satisfacció del programa en general (vegeu Gràfica 3). Se'n varen lliurar 90 a les persones usuàries, 47 de les quals les varen tornar valorar de manera quantitativa:

GRÀFICA 3. Enquestes de satisfacció



4. Conclusions

Quan una persona, independentment de l'edat, sofreix un dany cerebral i això li provoca una discapacitat física, li canvia la vida per sempre. Mentre és dins l'àmbit hospitalari, ja sigui ingressada o de manera ambulatoria, tant aquesta persona com la família se senten protegits, però en el moment que es romp aquesta relació, que s'acaba el tractament, és quan es troben les diferents necessitats i sorgeixen les preguntes: i ara què? Què faig? Què puc fer? On puc on anar?

Després de quasi dos anys i mig de programa, en podem extreure diferents conclusions:

1. Treballar amb professionals que fomentin i creïn vincles amb les persones usuàries i les famílies, des del respecte i la professionalitat, fa que entre tot l'equip i les persones que formen part d'aquest programa se cerquin respostes de manera personalitzada a les preguntes col·lectives que hem esmentat abans.
2. Molta gent no sap on anar, no ha estat en contacte amb cap associació o entitat que la pugui guiar o donar suport a diferents nivells.
3. El treball en grup, la feina interdisciplinària i que diferents professionals de l'àmbit sanitari treballin al mateix temps té uns grans beneficis rehabilitadors. Com que es poden treballar diferents camps en el mateix moment la rehabilitació és més productiva i eficient per les sinergies que es creen, que fomenten l'aprenentatge de tots els professionals i el treball en equip. Així mateix, la possibilitat de poder fer teràpies rehabilitadores durant una o dues hores incrementa els beneficis posteriors.
4. La millora de l'estat físic i la musculatura aconsegueix un augment de qualitat de vida, supervivència i, per tant, autonomia.
5. En la societat actual que vivim, queda molta feina per fer-la inclusiva i igualitària, i això és el que es pretén treballar: la promoció de l'autonomia i de la inclusió.

5. Projecció al futur de PROA

Amb el temps, s'han detectat necessitats noves que no es plantejaven fa dos anys, com és la de fer feina perquè la persona usuària connecti amb els recursos del seu entorn, amb la finalitat que, un cop la seva permanència a PROA hagi acabat, no es vegi en la mateixa situació que quan han acabat la rehabilitació de l'IB-Salut i intentar evitar que la persona depengui del recurs. El fet de connectar amb la persona usuària d'una manera més propera, des de l'àmbit social i no mèdic, fa que les persones que formen part de PROA i els familiars se sentin reconfortats i compresos, i troben en els professionals de PROA un suport davant una situació difícil. Tot això permet crear un entorn de confiança i proper, que és el que cream en el present i volem que es mantengui en el futur.

Enfocam el programa amb una visió integral de la persona i valorant tots els entorns (familiars, socials, laborals, acadèmics...). Per això, veim que PROA HSJD és dinàmic, amb canvis al llarg del temps (de fet ja n'ha sofert alguns des de l'inici). L'objectiu és fomentar l'autonomia personal i fer-ho des d'una rehabilitació diferent, dins un àmbit sanitari tradicional amb una projecció social i una visió sanitària.

Finalment, es pretén fomentar un estil de vida saludable i amb millor qualitat de vida mitjançant pautes individualitzades per a cada persona usuària, perquè pugui seguir fent al domicili les diferents activitats assolides en el programa, en funció de la situació personal i clínica.

Referències bibliogràfiques

- OMS (2015). Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS. Servicio Nacional de Rehabilitación. Consulta: <http://bit.ly/2kR9zpm>
- Reglament del Consell de Mallorca pel qual es regula el funcionament dels serveis socials per a persones amb discapacitat inclosos a la cartera insular de serveis socials, i s'estableixen els requisits d'autorització i acreditació. BOIB, Núm. 21 de 15 de febrer de 2018. Consulta: <http://www.caib.es/eboibfront/pdf/ca/2018/21/1001310>
- Resolució de l'expedient d'adjudicació de la concertació del servei de promoció, manteniment i recuperació de l'autonomia funcional per a persones amb discapacitat física, inclòs a la xarxa pública de serveis per a persones amb discapacitat de Mallorca. Consulta: <https://seu.conselldemallorca.net/es/fitxa?key=37065>

COL·LECCIÓ «IMAS»

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 61. Novembre 2019

ISSN: 2659-5273

- *Atenció a persones amb discapacitat*
-

El procés terapèutic de n'Amparo al programa PROA

Diana Carolina Quiroga Parada (terapeuta ocupacional)

Marta Puig Comas (logopeda)

Serafí Jiménez Rodríguez (neuropsicòleg)

Laura González Arribas (terapeuta ocupacional)

Ana Martín Cruz (psicòloga)

Elisabet María Perelló Valls (fisioterapeuta)

Fundació Hospitalària Sant Joan de Déu



REVISTA ALIMARA de l'IMAS esta subjecta a una llicència de
Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative
Commons

Resum

La intenció d'aquest article és exposar la metodologia de treball que es duu a terme en el PROA (Programa de Promoció d'Autonomia) i quines són les estratègies d'intervenció que posem en pràctica de forma conjunta, a partir de la narració del procés d'una usuària dins del programa. *Mètode.* Es fa l'avaluació interdisciplinària mitjançant tècniques de valoració específiques de cada disciplina, així com l'escolta activa de les necessitats i expectatives de la persona durant el procés. Configuren el punt de partida, per poder establir el pla terapèutic comú d'intervenció. *Conclusions.* Hem observat que la intervenció dirigida a millorar-ne l'autonomia ha generat canvis significatius que interpretem han estat possibles gràcies al context dels entorns i ocupacions reals en què s'ha desenvolupat.

Paraules clau

Persones amb discapacitat, acompliment ocupacional, promoció de l'autonomia, atenció integral.

Introducció

Creim important destacar que l'equip que inicia el programa procedeix de l'àrea de la salut, principalment d'intervencions des d'una orientació més clínica, dirigida a reduir símptomes i signes.

En el PROA, en canvi, es planteja una intervenció dirigida a fer un exercici de transformació i de construcció compartida, assumint el repte de proposar una praxi més flexible, on el personal professional surt del *setting*⁴⁵ convencional per a aproximar-se a la realitat quotidiana de les persones i obrir-se cap a espais nous de relació. Vist així, el treball interdisciplinari conflueix en un apropament conjunt entre les diferents disciplines, per abordar amb major profunditat les necessitats expressades per la persona.

Un cop establides les seqüeles, cada persona viu el seu procés de salut-malaltia de forma diferent. El personal professional que en promou l'autonomia l'acompanya en la presa de decisions importants. Finalment, es pretén afavorir la responsabilitat per la pròpia salut i facilitar estratègies que permetin la percepció de benestar.

⁴⁵ *Setting*: condicions establides i protocol·litzades per a fer intervencions. En aquest cas, s'han produït canvis en les característiques que conformen les intervencions, modificant l'ambient en el qual es desenvolupen, la durada i el rol del terapeuta per a construir vincles de relació horitzontals.

Mitjançant l'escolta activa de les persones usuàries que atenem al programa, totes les propostes d'intervencions tenen un fil conductor, que s'estructura en tres etapes, on els interessos i les expectatives són el punt d'inici de cada trajectòria.

En primer lloc, es reforcen i reentrenen les habilitats necessàries per al desenvolupament d'activitats, així com la necessitat de prendre consciència sobre el potencial de cada persona i no de les limitacions.

En segon lloc, es fan grups de treball per a reforçar les relacions i vincles de suport entre elles, al mateix temps que s'involucren en activitats afavoridores del sentit de la productivitat.

En tercer lloc, es fa un acompanyament dins l'entorn, on les activitats transiten cap a espais comunitaris, les encaminen en direcció a una reconstrucció de xarxa social, sempre que sigui possible, reconstituint una identitat ocupacional que s'havia perdut després de l'impacte de la malaltia.

Aquest procés d'aprenentatge ha permès dirigir la nostra atenció cap a l'entorn⁴⁶ per a analitzar i proposar oportunitats de participació que incitin a les nostres persones usuàries a mantenir-se físicament i socialment actives.

Mitjançant aquest article volem exposar la forma de treball que feim des del programa PROA i quines estratègies d'intervenció duim a terme de forma conjunta. Ho farem explicant el procés d'una usuària dins del programa.

Mètode: Pla terapèutic comú (PTC)

N'Amparo és una dona de 53 anys que viu al centre de Palma amb la seva germana. És estrangera, natural de Cali (Colòmbia) i treballava a l'àrea de l'hostaleria a jornada completa, com a cambrera d'un hotel. No té fills i resideix a l'illa des de fa deu anys.

El 2016 va patir una caiguda a causa d'un mareig, quan sortia de la banyera de ca seva. A partir d'aquí, es desencadenaren totes les complicacions associades al cop, sent aquest episodi un punt d'inflexió en la seva vida i en la seva autonomia.

El TAC cranial mostrà lesions importants a nivell fronto-temporal i occipital esquerra produïdes pel traumatisme craneoencefàlic (TCE)⁴⁷. Igualment s'observà una possible toxoplasmosi cerebral i infecció per CMV (citomegalovirus) que agreujà el quadre clínic neurològic.

Tant en l'exploració diagnòstica com en l'hospitalització es trobava sense acompanyant, ja que no tenia cap familiar a prop. Després de l'episodi agut, una germana viatjà des

⁴⁶ Entorn entès des d'una visió dual: que respon als espais físics on les persones se mobilitzen i pren rellevància l'adaptabilitat dels espais; així com els espais relacionals i les xarxes de suport que sostenen un acompliment ocupacional satisfactori.

⁴⁷ "Cuando el origen de la lesión cerebral es un golpe, hablamos de traumatismo craneoencefálico (TCE). Muchos de los traumatismos craneoencefálicos que causan daño cerebral se producen por un accidente de tráfico. Otras situaciones que pueden provocar un TCE son los accidentes laborales, las caídas o las agresiones físicas". (FEDACE)

de Colòmbia per a donar-li suport en les cures i acompanyar-la durant l'ingrés i, després, durant la fase ambulatoria.

Prèviament, tenia una xarxa escassa de suport social, ja que la vida laboral li absorbia la major part del temps. Aquesta dinàmica nova durant el procés de rehabilitació marcà el ritme de la seva vida durant un any. Va iniciar una rutina centrada en cures mèdiques i tractament ambulatori (fisioteràpia i teràpia ocupacional a HUSE i neuropsicologia a HSJD).

Un cop va iniciar el PROA, ens va expressar com va viure el procés de malaltia i els canvis a la seva vida; ho va explicar de la manera següent:

“Era una impotencia, de que todo se lo hagan, yo decía no me puedo quedar así, cuando venían las enfermeras a ducharme, como no podía moverme, un aparato que le llaman el “papa móvil” me subían allí y me llevaban a la ducha... y era... angustioso... el hecho de uno verlo tan fácil y no poderlo hacer... entonces... para acostarme también, ir al baño, hacer mis necesidades, inclusive a veces yo le señalaba a mi hermana que era para orinar... no... mientras le decía y mientras ella me llevaba a veces ya me había orinado... tuve que usar pañal. (...) El peso que llegué a coger fueron 44 kilos, peso pluma y con ese peso, no era capaz de levantarme...”

Quan n'Amparo entra en el PROA (vegeu figura 1), el metge rehabilitador i la infermera la valoren mitjançant una entrevista, acompanyada per la seva germana, on, per primera vegada, exposen les dificultats amb les quals es troben en el seu dia a dia. S'expressa amb un discurs alentit i carregat d'emocionalisme, fet que fa que la germana l'ajudi a explicar la situació.

Diu que li agradaria augmentar la força i millorar la deambulació, alterada per l'hemiparèsia esquerra (paràlisi parcial d'un hemicòs). Li agradaria millorar la mobilitat de la mà, la comunicació i la interacció amb els altres, ja que no és capaç de trobar les paraules per a expressar què li passa, també ha detectat que té dificultats amb l'escriptura. Presenta cefalees recurrents i dolor a la zona pectoral esquerra que condicionen qualsevol activitat que pugui fer. Les diferents proves fetes evidencien dificultats d'equilibri, marxa inestable (amb risc de caigudes), bradicinèsia i bradipsíquia (alentiment, tant en l'execució del moviment com en el processament de la informació), errades de memòria que li preocupen i que la fan sentir «que no serve para nada».

Etapa 1: Guanyar agilitat en tot

Un cop fetes les valoracions per professionals de psicologia, logopèdia i personal tècnic esportiu, es posa en comú el cas amb la resta de professionals de l'equip, per a definir el Pla Terapèutic Comú (PTC).

Tenint en compte la necessitat més immediata que n'Amparo manifesta «Ganar agilidad en todo», com a punt de partida, es proposa iniciar psicoteràpia individual, logopèdia i taller d'habilitats noves (HN), aquest darrer fet de manera conjunta amb el neuropsicòleg, fisioterapeuta i tècnic esportiu.

Es planteja psicoteràpia individual amb l'objectiu d'abordar les sensacions d'angoixa i irritabilitat. La germana, que conviu amb ella, detecta que s'enfada ràpidament, a més de sofrir episodis de plor descontrolat quan se n'adona de descuits a casa produïts per

les alteracions de la memòria (per exemple: adonar-se que s'ha deixat el foc de la cuina encès, la por de deixar-se el gas obert o les claus a la porta quan entra a casa).

Al principi fou complicat abordar la història de la malaltia, les reaccions de plors i d'hiperventilació, a més de la percepció de soledat. Deia: «Si me dan el alta tendré que volver a trabajar y no me veo capaz de volver al trabajo». Explica que aquest malestar es repeteix la majoria dels dies i sorgeixen sentiments d'incertesa i inutilitat.

D'altra banda, durant les sessions d'atenció a la persona des de logopèdia, es detecta que n'Amparo presenta dificultats d'accés al lèxic, discurs fraccionat i amb estructures simples. L'esforç per trobar paraules concretes la fa perdre el fil de la conversa. En situacions comunicatives complexes, és incapaç de processar la informació al ritme necessari perquè es mantingui una comunicació eficient. Durant aquestes sessions també es treballen estratègies de prevenció de la disfàgia,⁴⁸ ja que, en alguna ocasió, descriu episodis de risc durant la ingesta de diferents aliments.

Des del taller HN es fan circuits que reforcen components cognitius. És a dir, s'entrenen de forma simultània les habilitats cognitives mitjançant jocs estratègics i fent accions físiques, sobretot components de coordinació i d'equilibri. L'objectiu és aconseguir un rendiment òptim, tant en el processament de la informació com en les habilitats motores necessàries per a saber respondre a estímuls canviants de l'entorn. Per exemple: esperar dreta a un semàfor, agafar el mòbil quan és pel carrer, dur la bossa de la compra, etc. El tècnic esportiu intervé amb dinàmiques que suggereixen reptes a superar i reforç del treball col·laboratiu; és a dir, cerca aportar un component motivador a l'experiència, per a augmentar-ne la implicació dins de les sessions i fer un seguiment per a proposar esports ajustats a la capacitat funcional de cada persona usuària.

Des d'aquest espai, la fisioteràpia observa el nivell funcional de n'Amparo i se n'adona que existeixen components motors que es troben alterats durant la marxa. Sinèrgies de moviment que alteren la fase d'oscil·lació de la cama afectada, fet que es tradueix en un major arrossegament del peu quan camina i provoca que pugui caure, a més de la tensió muscular a nivell d'espatlles, que augmenten la rigidesa i l'alentiment del moviment. El neuropsicòleg reforça la capacitat atencional i la memòria operativa;⁴⁹ així com l'agilitat mental en situacions que requereixen, al mateix temps, control del moviment, equilibri i mantenir-se dreta mentre executa una tasca.

A partir de la participació en el taller d'HN, n'Amparo integra aprenentatges nous, amb l'entrenament de tasques funcionals, com: recollir objectes del terra, esquivar obstacles, baixar/pujar escales amb o sense baranes, moure's al ritme de la música, etc.

Després de sis mesos, s'observa un millor control de les respostes emocionals. La psicòloga ha treballat amb estratègies de regulació emocional, estratègies per al maneig del dolor crònic que interfereix en el rendiment de les tasques per a dur a terme en el domicili, també ofereix recursos a la resta de professionals de l'equip per a poder aconseguir el millor rendiment en les diferents sessions.

⁴⁸ Disfàgia: dificultat perquè l'aliment es transporti des de la boca fins a l'estómac, pot ser a causa d'una alteració orgànica o d'una dificultat funcional i afectar persones de qualsevol edat. Pot provocar pneumònia per aspiració, infeccions respiratòries i/o complicacions nutricionals.

⁴⁹ Memòria operativa o de treball: és aquella que permet el maneig temporal de la informació, requereix integració, coordinació i manipulació de dades amb major complexitat.

De manera paral·lela, n'Amparo ha integrat les pautes de prevenció de disfàgia.

Etapa 2: Continuar millorant

En aquesta etapa nova, tant el treball de regulació emocional com de comunicació i la interacció passen a fer-se en format grupal, tenint en compte que el treball en grup facilita crear vincles de suport, sempre i quan succeeixin en un espai de cura.

L'objectiu de la psicoteràpia grupal és oferir un espai de suport, reflexió i acompanyament, entre persones que experimenten dificultats similars a aquelles que n'Amparo pateix i que, per tant, poden començar a percebre seguretat per expressar-se i poder elaborar un procés de dol positiu, en relació amb les problemàtiques de salut amb les quals conviu. A més, a nivell logopèdic les capacitats de comprensió i d'expressió se segueixen entrenant dins un grup controlat, on s'observa una exposició major, s'arrisca en les produccions verbals, inicia intervencions i, fins i tot, fa bromes, es maneja millor en el discurs espontani, entrena la rapidesa per accedir al lèxic i compta amb el suport dels companys quan té dificultats, aprofita aquesta situació per construir un aprenentatge compartit.

El treball grupal i la inclusió de sessions noves de teràpia ocupacional (TO) impliquen canvis d'horaris per a n'Amparo, fet que n'afecta l'assistència en les primeres sessions; per aquest motiu, des del taller d'HN se li ensenya a emprar les alarmes del mòbil, per posar-se recordatoris.

Durant les sessions d'Atenció a la persona des de la TO es cerca reduir el temps per a fer les activitats de la vida diària (AVDS) i trobar estratègies compensatòries per a recordar pautes de cura cap a si mateixa, n'Amparo empra una llibreta per a recordar el treball que s'ha duit a terme a les sessions i poder posar-ho en pràctica al domicili.

Quan s'indaga en l'execució de les AVDS, s'observen dificultats en l'acció de vestir-se i desvestir-se, per falta de destresa fina, que interfereixen en el maneig amb la roba interior, els calcetins, els tancaments de les camises o cremalleres; requereix l'ajuda de la germana per a accedir a la banyera, per por de caure; a l'hora de menjar presenta dificultats en tasques bimanuals, per exemple: punxar i tallar, pelar fruita o obrir pots amb un estri d'obertura fàcil, per falta de força, control motor i coordinació; per tant, es reforça la qualitat en l'execució d'aquestes activitats, el ritme per a fer-ho i es tornen a entrenar cada una d'aquestes. Durant el procés, n'Amparo comparteix sensació de malestar, presenta dificultats per a dormir, ja que el vespre detecta augment de tensió i labilitat emocional, fet que, sumat al dolor crònic intermitent, n'afecta el rendiment diari. La psicòloga es posa en contacte amb el seu metge d'atenció primària per a explicar-li la situació i comentar-li la possibilitat d'ajustar la medicació.

D'una altra banda, la treballadora social aborda el tema de la situació econòmica i l'estat de la incapacitat laboral revisable en dos anys, ja que és l'aspecte que més li preocupa, perquè no es veu capaç de reprendre el ritme de feina anterior i això li genera incertesa del que pugui passar. Des d'aquest moment l'assessoren i l'informen sobre la Llei de dependència i el grau de discapacitat, i s'inicien els tràmits.

Quan s'ha detectat una millora en l'adquisició d'habilitats funcionals, es comencen a proposar activitats instrumentals⁵⁰ (AIVDS) en el domicili, com per exemple: fer-se càrrec de la roba, en tasques com penjar-la, eixugar-la, plegar-la i guardar-la als calaixos; preparar receptes saludables i variades, que no faci falta l'ús del foc i que les pugui elaborar sola, sense ajuda; fer-se càrrec de la medicació que pren, saber per a què serveix, identificar-la i prendre la dosi de forma correcta, obrir/tancar els blísters de les pastilles; escriure el llistat de la compra i planificar el menú; integrar l'ús del mòbil a la vida diària per a posar alarmes quan té cites mèdiques i augmentar la grandària de la lletra, pel sobreesforç visual que li suposa. També es duu a terme una part preventiva per a identificar factors de risc, que poden provocar situacions de perill al domicili; d'aquesta manera la TO assessora sobre algunes modificacions en l'entorn (bany, cuina i habitació) i es plantegen estratègies de verificació, n'Amparo registra les tasques que posa en pràctica, per a assegurar-se que les ha fet, per exemple: tancar la porta, treure la roba de la rentadora i estendre-la o preparar la medicació setmanal cada diumenge, fet que permet que baixi el nivell d'alerta i es redueixi la sensació d'inutilitat que predomina a l'inici. Encara necessita l'ajuda de la germana en diferents situacions, depèn d'ella pels desplaçaments fora del domicili i en la supervisió a l'hora de pujar o baixar escales.

Episodi traumàtic

El gener del 2018, passà un esdeveniment traumàtic quan n'Amparo sortí a passejar, recolzada en la seva germana d'un braç, es despistà, ensopegà i caigué. El cop li impactà l'espatlla dreta i li produí una fractura de tròquiter, li immobilitzaren el braç amb un cabestrell durant quinze dies i després inicià sessions de rehabilitació per a recuperar la mobilitat i la força.

Els esforços terapèutics de l'equip se centraren en motivar i recolzar de forma positiva a n'Amparo perquè la recaiguda de la situació no generi un impacte negatiu en els avanços aconseguits fins al moment. A la reunió de l'equip, es reflexiona sobre aquest aspecte i es decidí afegir una nova intervenció amb la TO, el reforç de la mobilitat activa i de la funcionalitat del braç esquerre, la coordinació d'ambdós braços i cames amb ajuda de jocs interactius en pantalla, emprant les plataformes del *Play 4 Health i Rehabilitation Gaming System* (RGS). Des del taller de NH també es reforcen les reaccions d'equilibri, la postura i situacions més complexes d'interacció amb la pantalla amb el programa *neuronUP*, s'entrenà l'ús del bastó alt per a caminar per fora del domicili amb ajuda tècnica, i donar major estabilitat a la seva marxa durant aquest episodi.

La capacitat funcional es mantingué i li permeté seguir evolucionant; durant l'estiu se li proposaren sortides a la platja, on s'entrenà l'equilibri en un terreny irregular (per l'arena i dins la mar), la transferència al terra, la coordinació i l'equilibri per a entrar i sortir de l'aigua, així com l'ús del transport públic amb major seguretat; aquesta activitat també permeté augmentar les relacions socials amb altres companys i guanyar destresa per a resoldre problemes, per exemple: telefonar perquè arribava tard o per a confirmar-hi l'assistència.

⁵⁰ Activitats de suport en la vida quotidiana a la casa i a la comunitat, que requereixen freqüentment més interaccions complexes de les utilitzades en les activitats de cura personal utilitzades a les AVD.

El gener de 2019 se li reconegué el grau III de la Llei de dependència amb caràcter permanent i el maig del mateix any aportà la resolució de grau de discapacitat, reconeixent-li un 67 % de discapacitat.

Etapa 3: Guanyar estabilitat i fer manualitats

Des del taller NH millora el control cognitiu (manipulació de la informació, concentració i evocació de dades), en mobilitat funcional aconseguix major estabilitat i destresa en els moviments dinàmics, així com la capacitat per a reaccionar front a situacions imprevistes.

Pel que fa a l'evolució en el grup de comunicació, s'observa una fluïdesa major en situacions comunicatives complexes, per exemple: expressar una opinió crítica o participar d'un debat, poder fer dues tasques alhora, com jugar i elaborar el discurs, menjar o caminar i parlar; fins i tot, amb els membres del grup de comunicació creen un grup de WhatsApp i s'organitzen per quedar i anar a dinar fora.

Se li afegeix una intervenció nova, acompanyar en la mobilitat en la comunitat, amb l'objectiu de supervisar la seguretat per a la mobilitat durant desplaçaments intradomiciliaris i l'accés al carrer, així com definir rutes urbanes dins del seu barri per a fer AIVDS fora del domicili. S'entrena la seguretat per a baixar les escales, tenint en compte que la il·luminació d'aquestes funciona amb temporitzador, fora del domicili es valora la distància recorreguda durant la marxa i el contacte que té amb les persones del barri.

Identifica cinc llocs de major freqüència quan surt amb la germana: la plaça principal, el centre de salut, el supermercat, la farmàcia i la pizzeria, s'identifiquen zones estacionàries on poder asseure's a descansar en moments de major cansament i s'entrenen els temps de pas en els semàfors. Durant aquests recorreguts es detecten característiques del barri que poden suposar dificultats: pendents, llambordes i vorades irregulars o zones de pas sense senyalitzar; aquestes característiques físiques al terreny suposen la necessitat de posar major atenció a l'hora de desplaçar-se i, per tant, un desgast energètic major.

A poc a poc, n'Amparo va recuperant capacitat de reprendre el control de certes activitats. Ha freqüentat la farmàcia per a anar a comprar els medicaments i ja la coneixen. Pot anar al supermercat i fer petites compres, és competent per a gestionar els diners, localitzar els aliments, fer la cua i posar els aliments a la cinta a un ritme eficient, també pot demanar ajuda al personal de l'empresa. Juntament amb la germana, ha entrenat la gestió dels rebuts i ara és capaç d'anar a correus, treure un número i pagar factures, fet que la fa sentir útil, ja que ara pot fer coses sense dependre de la germana. Utilitza l'aplicació mòbil de l'EMT per a tenir un control major dels horaris dels autobusos i de les diferents línies.

N'Amparo ja pot expressar els pensaments i les emocions amb major fluïdesa i seguretat i aconseguix fer una reconstrucció del que significava per a ella «ser a casa». Ser a casa era igual que ser a la presó, així ho descriu:

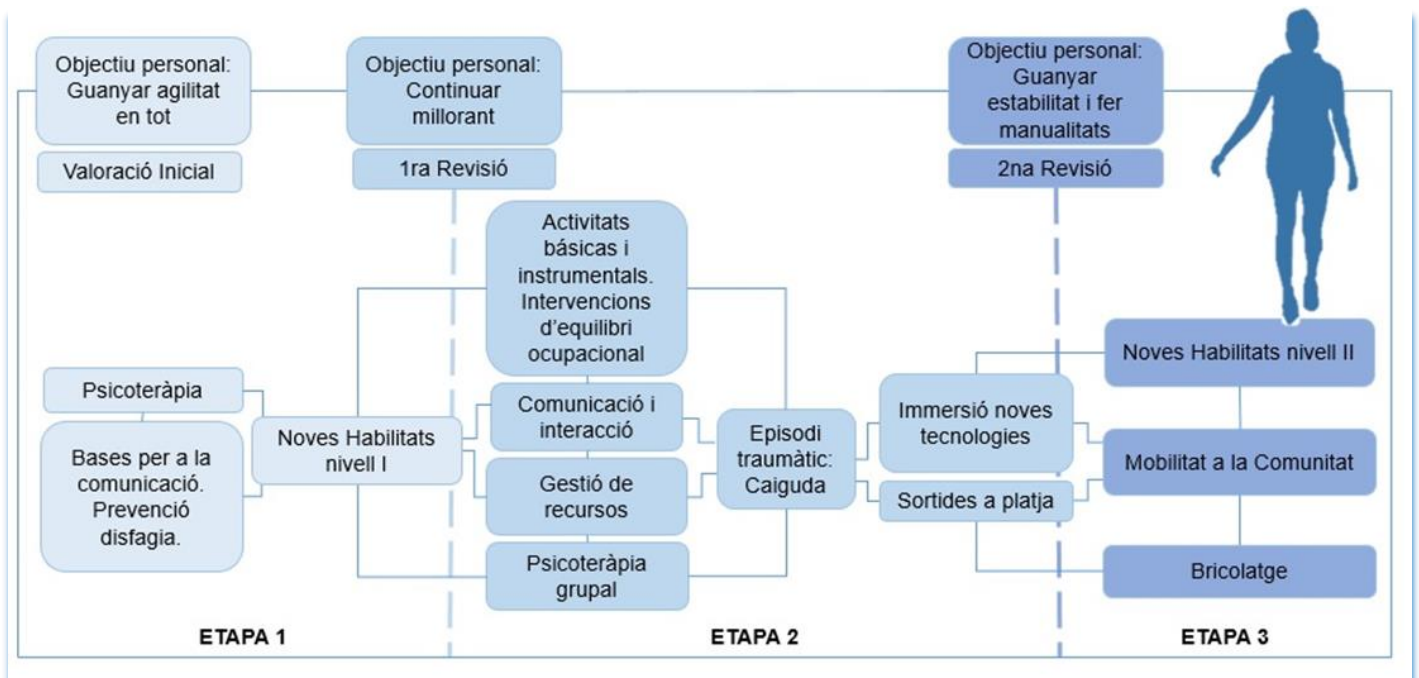
“Antes, a las 6.30h ya estaba fuera (de casa) y regresaba a las 20.30, después, al estar la mayor parte del tiempo en casa... me desesperaba, me asfixiaba (...) ahora, he perdido esa sensación, la casa la veo de otra manera, no es una cárcel,

sino un refugio donde yo me desahogo, a veces llorando en mi intimidad, en parte, ya comienzo a verla con otros ojos...”

A la última revisió del PTC, n'Amparo expressa voler fer manualitats, per a millorar la destresa de les mans, nota rigidesa a la mà esquerra i poca agilitat per a realitzar alguns moviments, a més, expressa la necessitat d'aprendre alguna tècnica de manipulació, crear alguna cosa amb les mans que li permeti poder descobrir nous interessos i sobretot prendre consciència que és capaç de fer activitats adaptades al seu ritme de treball i, al mateix temps, sentir la satisfacció de crear per sí mateixa.

Actualment, va al taller de bricolatge, en el que es relaciona amb altres persones i de forma conjunta, es posen d'acord per a elegir materials i idees que, posteriorment, es concreten en objectes, com per exemple: la confecció de coixins, punts de llibre, cossiols, etc. Es reforça l'aprenentatge en el procés creatiu i en el propi procés personal per a avançar i seguir reconstruint un significat positiu en el dia a dia.

FIGURA 1. Esquema del procés terapèutic de n'Amparo



Elaboració pròpia.

Conclusió

El treball interdisciplinari ha permès apropar-nos a una visió humanística de les problemàtiques que afecten persones amb situacions de salut complexes, aproximant perspectives, allunyant-nos de tecnicismes per a comprendre i entendre'ns en un llenguatge comú, on el major beneficiari és la persona atesa.

Durant l'acompanyament en el procés personal de n'Amparo, hi ha una evolució quant al plantejament dels objectius de millora; en un primer moment, centrats en la restauració d'habilitats per a tornar a treballar; al participar en les diferents activitats

grupals, n'Amparo es beneficia d'un espai de cura, en el qual s'atreveix a participar de forma activa en totes les dinàmiques, superar reptes i aportar experiència a altres persones usuàries.

En una tercera revisió canvia l'objectiu: aconseguir estabilitat i mantenir-se fent activitats que continuïn satisfent el sentit humà de sentir-se productiva, però no des d'una necessitat laboral, sinó en un exercici de mantenir-se activa i donar un significat a la seva vida diària, ocupant el temps en activitats que li aporten benestar. N'Amparo ha volgut compartir amb nosaltres com ha viscut aquest procés, a partir d'una entrevista on, per primera vegada, parla de tot el que ha passat i com es troba ara, citem textualment la reflexió que fa sobre la vida:

“La vida no es solo el trabajo, la vida es algo más... compartir con la familia, con los amigos, divertirse... tener tiempo para ti. porque uno se olvida de uno y cuando le pasa algo así, es cuando echa de menos y hay veces es demasiado tarde, entonces hay que vivir el momento, disfrutarlo y... seguir adelante, pero con optimismo...”

Ara, ens confessa que, després d'aquesta entrevista, es veu amb ganes de començar a escriure la seva història de vida.

Finalment, volem destacar el potencial que té l'ús terapèutic de les ocupacions i de les activitats en entorns reals, mitjançant el desenvolupament d'activitats conegudes i motivadores; cada vegada més, observem canvis significatius en la qualitat de l'execució d'activitats quotidianes, major racionalització de la despesa energètica que aquests suposen, i la prevenció de major discapacitat, mitjançant l'assessorament professional per a organitzar hàbits i rutines saludables.

Referències bibliogràfiques

- De las Heras CG, Llerena V, Kielhofner G. (2003). Proceso de remotivación: Intervención progresiva para individuos con desafíos volicionales severos. Versión 1.0. [Traducción]. Chicago.
- Mercado Padín, R.; Ramírez Rios, A. [Coord.] (2010). Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: dominio y proceso. 2ª edición. [Traducción]. Disponible a: <https://www.doccity.com/es/marco-de-trabajo-para-la-practica-de-terapia-ocupacional-dominio-y-proceso/3211064/>
- Whiteford G, Townsend E. (2010). Participatory Occupational Justice. Framework (POJF 2010): enabling occupational participation and inclusion. In: *Occupational Therapies without Borders - Volume 2 Towards an ecology of occupation-based practices*. Churchill. 2010.
- Velasco, M., García, P. (2009). Causas y diagnóstico de la disfagia. *Nutrición hospitalaria*. Madrid. Grupo Aula Médica. Número 2, mayo, (Vol. 2). Disponible a: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226754006>

COL·LECCIÓ «IMAS»

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 61. Novembre 2019

ISSN: 2659-5273

▪ *Atenció a la dependència*

El servei d'atenció integral a domicili (SAID)

M^a Ángeles Pérez Albertí (responsable SAID)

M^a Magdalena Matamalas González (coordinadora comarca Migjorn)

Laura Pioletti (coordinadora comarca Raiguer)

Elena M^a Serrano Bujalance (coordinadora comarca Llevant)

Direcció Insular d'Atenció a la Dependència. IMAS



REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

L'envelliment progressiu i l'augment de l'esperança de vida de la població són grans reptes als quals totes les administracions feim front. D'una banda, ens enfrontem a un augment de població amb malalties cròniques, que suposa una demanda major de serveis de cures, que ha de ser atesa i, de l'altra, ens trobem amb el rebuig progressiu d'aquestes persones i les seves famílies a ser institucionalitzades i allunyades de l'entorn per rebre aquestes cures.

L'article 13 de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD), disposa que l'atenció a aquestes persones s'ha d'orientar a la consecució d'una qualitat de vida i d'una autonomia personal millors, en un marc d'igualtat d'oportunitats efectiva, d'acord amb els objectius següents:

- a) Facilitar una existència autònoma en el medi habitual, tot el temps que vulgui i sigui possible.
- b) Proporcionar un tracte digne en tots els àmbits de la vida personal, familiar i social, i facilitar-ne la incorporació activa en la vida de la comunitat.

Amb aquest objectius neix el Servei d'Atenció Integral a Domicili (en endavant SAID), programa que va començar a gestar-se el 2015/16 i a implementar-se a principis de 2017. En aquest article exposarem les bases del programa i les primeres dades d'aquests dos anys d'experiència.

Paraules clau

Atenció a la dependència, model d'atenció centrat en la persona (MACP), ajuda a domicili, famílies i comunitat.

Introducció

El Servei d'Atenció Integral a Domicili és una prestació bàsica reconeguda en el Catàleg de serveis d'autonomia i atenció a la dependència, que mitjançant actuacions preventives, assistencials, educatives, rehabilitadores, de suport psicosocial, domèstiques i d'atenció a les persones dependents i al seu entorn familiar, facilita el desenvolupament i el manteniment de l'autonomia personal, preveu o retarda el deteriorament individual i contribueix, així, a la integració i la permanència de les persones en l'entorn habitual.

L'Institut Mallorquí d'Afers Socials (en endavant IMAS) assumeix el SAID com a nou servei, entre les seves prestacions. La població a la qual s'adreça el Programa són aquelles persones en situació de dependència, amb reconeixement de grau I, II, III, del

Sistema Nacional de Promoció de l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) i les persones cuidadores principals i/o familiars.

Els principis teòrics en els quals es basa el Programa es recullen en el Model d'atenció centrat en la persona (en endavant MACP), atès que aquest model és el que possibilita assolir els objectius del SAID.

Presentació del programa

El Servei d'Atenció a Domicili i Suport en l'Entorn, és un programa personalitzat, de caràcter preventiu i rehabilitador, en el qual s'articulen un conjunt de serveis i tècniques d'intervencions professionals consistent en la previsió de serveis, atenció personal (física i psicosocial), gestió, funcionament i adequació de la unitat convivencial, foment de les relacions socials en l'entorn i suport a les famílies, prestat en el domicili o en l'entorn d'una persona adulta en situació de fragilitat o dependència. (Rodríguez, 2010).

Objectiu general

Promoure la permanència en el seu entorn de les persones dependent amb necessitats d'atenció i suport, garantint una atenció integral individual, afavorint la seva participació i procurant el major grau d'independència i autonomia personal, implementant **un model d'atenció integral centrat en la persona** al domicili i establint la figura del **professional de referència o gestor de casos**.

Objectius específics

El Servei d'Atenció Domiciliària ha d'estar dirigit a la consecució dels objectius específics següents:

1.- Relacionats amb la persona usuària dependent

- 1.1. Aconseguir millores en tots els àmbits de la vida de la persona usuària.
- 1.2. Prevenir o retardar l'internament innecessari de persones que, amb una alternativa adequada, podrien continuar vivint en el seu medi habitual així com afavorir la integració familiar i comunitària.
- 1.3. Manteniment i prevenció del deteriorament de la persona usuària, donant suport en les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària, identificant els riscos, socialitzant, promocionar l'autonomia i la presència en la comunitat.
- 1.4. Donar suport i desenvolupar les capacitats personals per a la integració en l'àmbit familiar i comunitari, afavorint un marc de convivència saludable i de relació positiva amb l'entorn.

2.- Relacionats amb la unitat familiar.

- 2.1. Donar suport i millorar el benestar de les famílies i cuidadors oferint: informació, formació, assessorament i respir.
- 2.2. Prevenir i/o actuar en situacions de tracte inadequat i maltractament.

3.- Relacionats amb els professionals del SAID

3.1. Formar els diferents treballadors/res del SAID per aconseguir un servei de qualitat.

3.2. Fomentar la coordinació dels diferents nivells d'atenció (comunitària, especialitzada, sanitària), establint un catàleg de prestacions de serveis, potenciant les intervencions preventives i de promoció de la salut.

Persones destinatàries del SAID

- Persones en situació de dependència amb reconeixement de grau I,II,III del SAAD, mitjançant la Direcció General de Serveis Socials, Conselleria de Benestar Social i Cooperació del Govern de les Illes Balears.
 - a) Persones dependents que precisen intervenció social, els objectius estan adreçats a mantenir el benestar personal i social.
 - b) Persones dependents que precisen atenció sociosanitària continuada.
 - c) Persones usuàries que es troben al darrer tram de la vida (malats en fase terminal o en cures pal·liatives), evitant un internament residencial a curt termini.
- Persones amb suport suficient del cuidador principal i de la unitat familiar per poder desenvolupar amb garantia el SAID.

L'equip d'intervenció

L'equip tècnic està format per perfils professionals de disciplines diferents. Una persona responsable de programa (treballadora social) i tres coordinadores de comarca (infermera, psicòloga i terapeuta ocupacional). L'equip d'atenció directa està format per personal tècnic en cures auxiliars d'infermeria (en endavant TCAE) i/o personal tècnic d'atenció sociosanitària (en endavant TASS).

Llocs d'implementació. Comarques

Inicialment el Programa es du a terme a tot Mallorca. Com a programa pilot, s'inicià en els municipis següents:

- *Comarca del Raiguer*: Alarò, Binissalem, Consell, Inca, Lloseta i Santa Maria.
- *Comarca del Migjorn*: Campos, Felanitx, Porreres, Santanyí i Ses Salines
- *Comarca de Llevant*: Artà, Capdepera, Sant Llorenç des Cardassar i Son Servera.
- *Municipi de Calvià* (inici durant el 2018)

Model d'intervenció

El Programa Servei d'Atenció Integral a Domicili de l'IMAS es basa en el **model d'atenció centrat en la persona** i fa referència a la forma en què volem atendre i acompanyar les persones. Aquest model promou els drets, la qualitat de vida, la dignitat, l'autonomia, les capacitats, l'autoestima, la independència, la continuïtat de les persones i les seves famílies. Reconeix les persones com un agent central i actiu en l'atenció i la vida, des d'una aposta per l'autonomia i els drets de les persones que es troben en situacions d'especial vulnerabilitat.

Aquest model posa en el centre d'atenció la **gestió de casos** (funció pròpia de la persona que ho coordina). El procés va dirigit a identificar les necessitats universals (confort, identitat, afecció, ocupació i inclusió), dissenyar un pla d'intervenció i coordinar les activitats amb professionals i familiars implicats, mobilitzant els recursos necessaris, garantint una atenció integral i continuada que resolgui les necessitats de la persona usuària i de la seva família.

El circuit d'actuació del SAID i els responsables de cada fase d'aquest s'indiquen en el requadre següent:

NARRATIVA	RESPONSABLE
1.- Proposta d'alta del servei amb l'especificació del nombre d'hores mensuals i la modalitat de la prestació d'acord amb la resolució de la prestació.	Direcció General de Dependència.
2.- Assignació dels casos a les persones coordinadores de les comarques. Es presentarà en la reunió d'equip de coordinació	Responsable del servei.
3. Inici de l'expedient: - Recollida de documents: DNI, targeta sanitària, telèfons de contacte de la persona usuària/cuidadora, informe mèdic, copagament i resolució del Govern. - Contacte amb la persona usuària/cuidadora i concertació d'entrevista al domicili en presència d'algun familiar/persona cuidadora. Gestió dels informes i del tractament farmacològic perquè estiguin actualitzats. - Informació del servei, condicions, drets i obligacions, modalitat de la prestació, contracte assistencial, etc.	Persona coordinadora. Gestora de casos
4.- Valoració integral: - Valoració de la persona usuària. Salut, nivell funcional, dimensió cognitiva, dimensió física, dimensió conductual, dimensió emocional, relacions socials, desitjos i preferències. - Valoració de l' entorn : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entorn físic: <ul style="list-style-type: none"> - Eliminació de barreres - Productes de suport - Valoració de l'habitatge: adaptabilitat - Accessibilitat ▪ Entorn social: situació de convivència, càrrega de la persona cuidadora. - Objectius de intervenció: Propostes d'atenció, segons els perfils de les persones usuàries Consens amb la persona usuària i cuidadora/familiar. Atencions en el domicili: social i/o sanitària.	
5.- Pla d'atenció individualitzat (endavant PIA)	
6.- Intervencions directes amb la persona usuària: Atencions personals: física i psicosocial Atencions socials i familiars.	TCAE/TASS
7. Avaluació PIA: L'avaluació es un procés integral i continuat que s'ha d'actualitzar quan es produeixin canvis substancials i revisar cada sis mesos.	Persona coordinadora amb TCAE/TASS/persona usuària
8. Sortida SAID dependència: Per diferents raons: altre recurs social, impagaments, altres causes.	Persona coordinadora i responsable del Consell. Notificació al Govern de les Illes Balears

Per realitzar la valoració inicial i elaborar el pla de feina utilitzam les següents escales: Barthel; Lawton; Pfeiffer; OARS social; Yesavage; Escala de Braden. En cas de ser necessari aprofundir en aspectes específics comptam amb altres instruments de valoració.

Cartera de serveis

El Servei d'Atenció Integral a Domicili de l'IMAS, contempla les actuacions següents:

1. Serveis relacionats amb les persones dependents que necessiten intervenció social i/o atenció sociosanitària. Funcions desenvolupades per el treballador d'atenció directa (TCAE/TASS).

- Suport en la higiene i la cura personal.
- Suport i control de l'alimentació i de l'organització en la preparació dels aliments, segons prescripcions dietètiques, ajuda en la ingesta i recollida de l'excreció, en els casos que sigui necessari.
- Cura de la salut i del control de la presa de medicació.
- Aplicació segons el pla establert, de tècniques de prevenció d'accidents i, en cas necessari, de primers auxilis.
- Suport en la mobilització dins la llar, les transferències i l'ergonomia, així com en els canvis posturals en situacions d'incapacitat de la persona usuària, assegurant que es compleixen les condicions de seguretat i confort determinades.
- Entrenament per fer activitats de la vida diària dins l'entorn domèstic, que potenciïn l'autonomia personal: suport en l'organització de la llar, hàbits convivencials.
- Suport psicosocial per fer activitats, tant al domicili com a l'exterior, en les relacions veïnals i de l'entorn, per evitar situacions de solitud i d'aïllament personal, familiar i social.
- Acompanyament fora de la llar per possibilitar l'envelliment actiu i la participació de la persona usuària en activitats comunitàries de caràcter educatiu, terapèutic o social, així com acompanyaments puntuals a l'hora de fer gestions, com ara visites mèdiques o tramitació de documentació, en els casos en què la família no ho pugui fer.

2. Serveis relacionats amb les famílies. Funcions desenvolupades per Coordinació i TCAE/TASS.

- Oferir informació a les famílies i en especial a qui assumeix la tasca de persona cuidadora principal.
- Fer un acompanyament personalitzat a cada grup familiar.
- Proporcionar coneixements i desenvolupar actituds i habilitats que afavoreixin que la persona estigui ben cuidada.
- Prevenir el tracte inadequat.
- Fomentar actituds i desenvolupar habilitats que afavoreixen l'autocura.

- Afavorir el descans dels cuidador, oferint serveis de respir.
- Acompanyament a les famílies cuidadores i treballar sentiments de culpabilitat, tristor, dificultats de comprensió de la malaltia del familiar, relacions, autocura, etc.

3. Serveis relacionats amb els professionals d'atenció directa. Funcions desenvolupades per la persona responsable i per les coordinadores.

Es materialitza en l'elaboració d'un quadern de bones pràctiques, dirigit a professionals d'atenció directa en què hi preveuen els principis del SAID: respecte, responsabilitat, igualtat/equitat, confidencialitat, participació i independència/autonomia.

- Fer formació continua: cursos al inici de contractació i formació de diferents matèries relacionades amb les tasques.
- Suport als TCAE/TASS: supervisions setmanals TCAE/TASS- coordinació.
- Treballar les pautes en el maneig de les alteracions de conducta, els aspectes sanitaris, les activitats bàsiques i instrumentals.

Nivells de coordinació

1. Coordinació interna:

a. *Comissió de valoració*: reunió setmanal en la qual es fan constar els casos nous, els nous PIA a iniciar, per poder contactar i començar l'atenció segons el procediment administratiu a les persones usuàries del SAD.

Participants: cap de servei d'Atenció a la Dependència, responsable del Servei i persones coordinadores de zona.

b. *Reunió del Coordinador amb l'equip de TCAE/TASS*.

2. Coordinació externa:

a. Reunió mensual: amb el personal tècnic de referència dels àmbits de salut, serveis socials i dependència de cada Comarca.

b. Treball en Xarxa: segons les necessitats de les persones ateses i de les seves famílies.

Visió de futur

Fent una visió cronològica del servei, vàrem començar el febrer de 2017 amb un equip compost per un responsable i tres coordinadores. El març s'incorporaren dotze TCAE/TASS per a tres comarques: Raiguer, Llevant i Migjorn. El setembre de 2018 s'inicià el servei al municipi de Calvià.

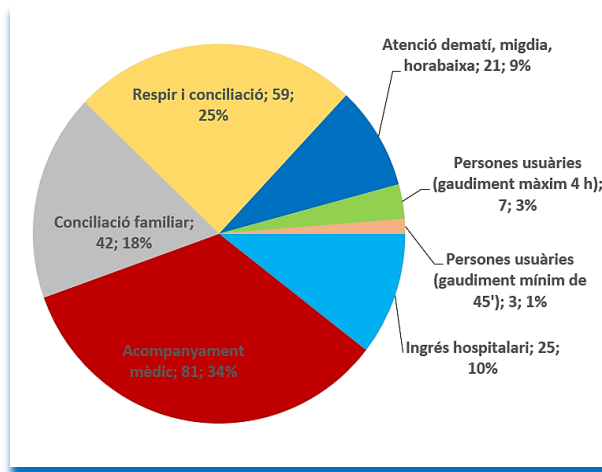
Actualment disposam de cinquanta-tres TCAE/TASS, que atenen 125 persones usuàries.

Durant aquests dos anys d'experiència hem pogut constatar que aquesta opció és la més desitjada per les persones dependents i les seves famílies. Davant la pregunta: on

vols viure i com? el SAID és una resposta adequada a les necessitats i que compleix els desitjos d'aquestes persones. Per tant, com a equip, ens plantejam els reptes següents: a mitjan termini, augmentar el nombre de personal, progressivament, per cobrir tot Mallorca; a llarg termini, que el programa estigui inclòs dins la cartera de serveis de l'IMAS i que en formin part de l'estructura.

Indicadors d'avaluació primer any d'execució

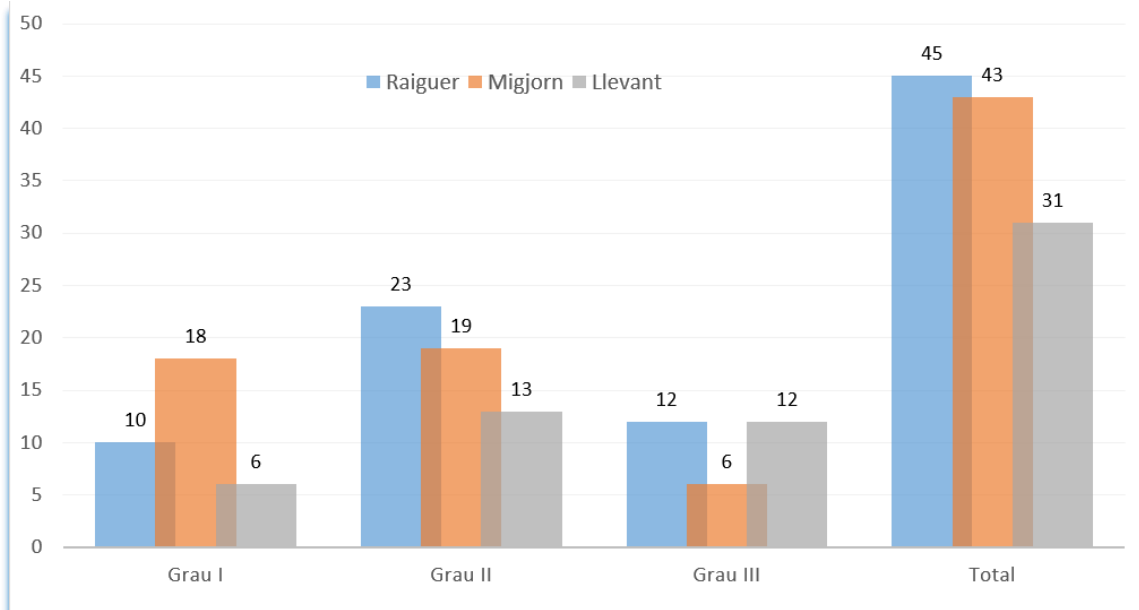
GRÀFICA 1. Percentatge d'atenció personal



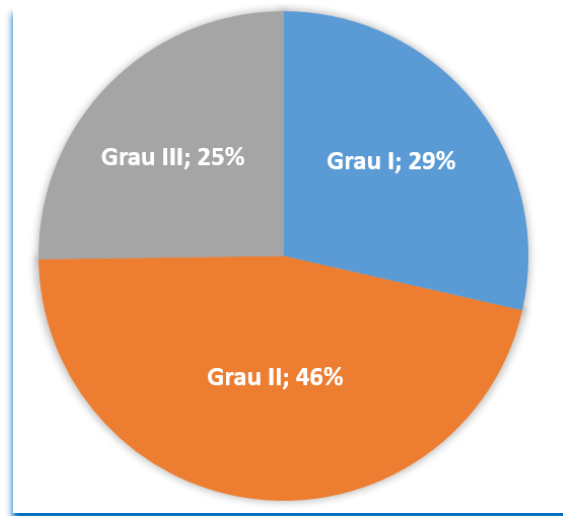
GRÀFICA 2. Relació d'activitats de coordinació interdisciplinària i amb la comunitat



GRÀFICA 3. Relació de persones usuàries ateses per comarca i grau de dependència



GRÀFICA 4. Percentatge de persones usuàries ateses per grau de dependència



Referències bibliogràfiques

- Rodríguez Rodríguez, P.; Bermejo García, L.; José Manuel Marín Carmona, J. M. i Valdivieso Sánchez, C. (2012). *Servicio de ayuda a domicilio. Manual de planificación y formación*. Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2013). La atención integral centrada en la persona. Fundación Pilares para la autonomía personal. *Colección Papeles de la Fundación*, núm 1. Consulta: <http://bit.ly/2nOgD7i>
- Rodríguez Rodríguez, P. i Valdivieso Sánchez, M. C. (2006). *Los servicios de ayuda a domicilio: planificación y gestión de casos. Manual de formación para auxiliares*. Editorial Médica Panamericana, (2ed).

