

alimara

REVISTA DE TREBALL SOCIAL

SEGONA ÈPOCA / NÚMERO **42** DESEMBRE DE 1998



Consell Insular
de Mallorca

alimara

REVISTA DE TREBALL SOCIAL
NÚMERO 42 / SEGONA ÈPOCA / DESEMBRE DE 1998



**Consell Insular
de Mallorca**

alimara

Núm 42

Segona Època, desembre de 1998

Edita: Consell Insular de Mallorca
Redacció: Servei d'Acció Social i Sanitat
General Riera, 67
07010 Palma
Tél.: 971 76 07 62
Fax: 971 76 19 52

Portada: **Antònia Borràs**

Maquetació
i impressió: Gràfiques Son Espanyolet

Dipòsit Legal: PM - 128 - 1987

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

5 PRESENTACIÓ

6 ATENCIÓ PRIMÀRIA

- 9 *El finançament als municipis del Pla de Prestacions Bàsiques:
Una proposta de criteris*
Pere Mascaró Pons
- 17 *Millora de l'atenció a les persones i famílies: Criseis tècnics i metodològics*
Bernat Calafat i Vich
- 23 *Sistema Informatiu: Una proposta d'actuació*
Fernanda Aguiló, Onofre Bisbal i Andreu Horrach
- 29 *Unitats de treball social (UTS) en atenció primària de salut a Palma*
Col·lectiu de treballadors socials d'Atenció Primària de l'INSALUD
- 51 *Càritas diocesana de Mallorca: Trenta-set anys d'opció pels pobres*
Tècnic de Càritas
- 59 *Cul de sac*
Equip de Serveis Socials d'Atenció Primària
- 61 *Serveis socials comunitaris de la Mancomunitat Pla de Mallorca*
Petra Joan Sociés, Margalida Rosselló Bauzá,
M^a Magdalena Viedma Viedma i Iolanda Cirer Sotors
- 67 *Centre de dia d'Artà*
Assumpció Matamalas Morey
- 73 *Serveis socials municipals a Calvià*
Concha Casado Mena
- 81 *La gestió de les beques de guarderia i menjador a l'Ajuntament de Palma*
Tote Estrades Valens i Antoni X. Colom Colom
-

94 FAMÍLIA

- 95 *Les noves formes de família a Mallorca La recuperació de la família extensa (2^a part)*
Lluís Ballester Brage
- 105 *Conclusions del congrés "Suport a les famílies amb persones dependents".
Donostia, Maig 1998*
Joana Ferragut Fiol i Miquel Cladera Juan
-

108 MENORS

- 109 *La gestió de qualitat en els serveis de protecció de menors*
Josep Lluís Oliver Torelló
-

-
- 114 **EXCLUSIÓ SOCIAL - R.M.I.**
- 115 *Cap a una homogeneïtzació de la renda mínima d'inserció: Comentari sobre l'esborrany de norma homogeneïtzadora elaborat pel Ministeri de Treball i Afers Socials*
Josep Quevedo Garcia
- 117 *Viabilitat de la lluita contra l'execució social i la pobresa a les Balears*
- 123 *Reflexions sobre els marginats marginals*
Jaume Mateu Martí

PRESENTACIÓ

Arriba a les vostres mans -i ulls- el número 42 de la revista de treball social *Alimara*. Com és habitual, hi ha un bloc promogut per aquesta redacció i d'altres que s'han confeccionat amb l'aportació espontània dels seus autors. En concret, el bloc estrella d'aquest número és el d'Atenció Primària que es va seleccionar per diversos fets tot i que la clau fou la commemoració dels 10 anys de la creació del Pla de Prestacions Socials Bàsiques, que ha configurat (per bé o per mal) el panorama actual de la nostra atenció primària. Per això, aquesta redacció va pensar en l'oportunitat de presentar un ventall d'articles sobre la situació d'aquest nivell d'actuació dels serveis socials mallorquins arran d'aquesta data.

Del contingut dels diferents articles se n'extreu que l'atenció social primària ha crescut, s'ha fet un espai i la tenim aquí. Ara bé, molts dels articles -directament o indirecta- expressen un cert sentit de d'insatisfacció, com a mínim de crítica, cap a la situació a la que s'ha arribat. Es posa molt clarament l'èmfasi en la manca de Política Social envers l'atenció primària; de ser un element que és aquí però que no se sap ben bé què s'ha de fer amb ell. Es parla de manca d'assumpció política d'aquest nivell d'intervenció social, es diu que només es parla -quan es fa- de doblers i finançament, de manca de criteris tècnics, etc. En definitiva, el panorama no es gaire encoratjador. Aquestes planes volen ser un testimoni que pugui servir per posar el tema sobre la taula i ajudar a tots els implicats, polítics, tècnics, persones voluntàries, usuaris dels serveis socials i societat en general, a sortir d'aquest cert desencís.

D'altra banda, acaben de conformar la revista tres blocs més. Un, el de Família, integrat per dos articles (en concret al segon l'hem renombrat com a Família-Vellesa). L'altre és el de Menors, amb un sol article. I tanca la revista el bloc Exclusió Social-RMI amb tres articles més.

Com hem avançat a la presentació general d'aquest número, el bloc d'"Atenció Primària" que anam a presentar és el resultat de la demanda formulada per aquesta redacció a tot un seguit de professionals d'aquest àmbit d'actuació. En concret, pensàrem que havíem de contactar amb professionals dels quatre punts des d'on s'engega l'atenció social primària del país: l'atenció social primària municipal dels municipis de l'Illa, la de l'Ajuntament de Palma, la d'una entitat privada, com és Càritas i, finalment, la que es fa des del sector sanitari, concretament des de l'INSALUD. A part, també calia contactar amb professionals del propi Consell de Mallorca com a institució intermèdia amb clares funcions de suport a tota la xarxa.

Amb aquesta demanda, es va connectar amb totes les Unitats de Treball Social (UTS) municipals de la Part Forana, amb l'equip tècnic de l'Ajuntament de Palma, amb el de Càritas i amb la Gerència d'Atenció Primària de l'INSALUD. Els tres darrers varen respondre a la convidada; de les UTS municipals de la Part Forana, en respongueren unes quantes, moltes menys de les que creïem necessàries.

Remetent-nos, altre cop, a la presentació general, en alguns articles d'aquest bloc s'evidencia el regust del desencís. Som en un punt en el qual es noten força els avenços però, segons per qui, ens movem encara sota mínims i no en nivells òptims. En concret, en un dels articles es parla del sentiment de "cul de sac", de l'evidència que se servei un poc per tot i per res a la vegada. S'emfasitza en el desconeixement polític del que es té entre mans, de la necessitat de millorar, de depurar i d'unificar criteris metodològics. Fins i tot es constata el divorci existent entre les diferents atencions primàries, palesat en el cas de les "socials pures" enfront de l'engegada des de l'àmbit sanitari.

Aquest desencísat panorama, així i tot, deixa entreveure un llumeneret d'esperança en la solidesa d'alguns serveis socials en els municipis, en els intents d'unificació i millora metodològica, en les propostes concretes per millorar, etc. En definitiva, el potencial -humà i professional sobretot- amb què compten els serveis socials d'atenció primària, és la prova més fiable que tard o d'hora aquestes ombres s'esvairan.

Concretant, dels articles que segueixen cal significar el següent:

El primer d'ells, "El finançament als municipis del Pla de Prestacions Bàsiques (PPB): Una proposta de criteris", de Pere Mascaró, economista del Servei d'Acció Social i Sanitat, ens introdueix en el tema ja que ens parla del PPB i del finançament dels serveis socials d'atenció primària municipal. D'ell en cal destacar, sobretot, els elements que Mascaró posa com a consideracions fonamentals a tenir en compte i que exigeixen clarificació per eliminar elements distorsionadors i possibles confusions.

El segon, "Millora de l'atenció a les persones i famílies: criteris tècnics i metodològics", de Bernat Calafat i Vich, psicòleg de la Regidoria d'Acció Social de l'Ajuntament de Palma, ens parla de la metodologia i dels criteris tècnics que s'empraren en l'elaboració de dos documents que presenten tot l'engranatge

metodològic: d'una part la metodologia emprada en l'atenció individual-familiar i per l'altra en l'atenció comunitària. Dos llibres, dit sia de passada, que no poden mancar a la biblioteca dels que treballen en primària.

El tercer, "**Sistema Informatiu: una proposta d'actuació**", del Grup de Treball del SISS, ens presenta la història i el moment actual -no gaire encoratjador- del sistema d'informació de l'atenció primària municipal, element sí no clau, sí prou important per tenir-hi esment. De l'article en volem remarcar un paràgraf que creim cabdal per entendre la situació actual del SISS: "Aquesta necessitat donà lloc al disseny i implementació del SISS, que es construí sobre la base del voluntarisme dels professionals del CIM i dels professionals dels ajuntaments de Mallorca". Aquesta constatació ens permet de descobrir d'on prové, en part, l'origen del desencís actual. En la darrera part de l'article, els autors avancen possibles solucions per acarar amb certes garanties el futur.

Sobre el quart, "**Unitats de Treball Social (UTS) en atenció primària de salut a Palma**", reconèixer d'entrada el desconeixement de la feina duta a terme en els centres de salut de Palma pel col·lectiu de treballadors socials d'Atenció Primària de l'INSALUD, autor del text. Un desconeixement que voldríem que a partir d'ara esdevenís mútua col·laboració. No cal significar que les pàgines d'aquesta revista estan obertes a poder servir de cau a aquesta profitosa relació. Del contingut, cal ressenyar el fet que és una primera aproximació al que són els serveis socials d'atenció primària en el sector sanitari i on s'hi pot trobar un poc de tot: de metodologia, d'instrumentació del treball, de clarificació de l'àmbit d'actuació de les UTS, etc.

El cinquè, "**Càritas Diocesana de Mallorca: trenta-set anys d'opció pels pobres**", del seu Equip Tècnic, ve a ser l'apartat no institucional o no governamental dels serveis socials. Sense un article de Càritas, aquest bloc que pretén presentar l'atenció primària que es fa a Mallorca, hagués estat ben coix. D'ell cal dir que, a part de presentar-se, Càritas ens aporta el bagatge reunit durant aquests trenta-set anys de primària (sense cap dubte el bagatge més gros de totes les primàries) i la seva visió de l'acció social no només com a pal·liativa, sinó com a motor de canvi tant individual com humà, tant col·lectiu com social.

Del sisè article al desè presentem les col·laboracions dels serveis socials d'atenció primària municipal de la Part Forana que hem pres com a conjunt, com si formassin un sub-bloc. Sobre ells esmentar que, exceptuant la brillant excepció d'Artà, corresponen a serveis socials de municipis grans i/o amb estructures àmplies i consolidades. Hi manca, per tant, la visió dels petits municipis -la majoria- on un sol treballador social s'enfronta cada dia amb la tasca de demostrar que no és aquella persona de la Sala que serveix només per omplir papers complicats. A part d'aquesta visió parcial, també es pot dir que: l'Equip de Serveis Socials d'Atenció Primària de l'Ajuntament de Manacor, ens aporta l'article "**Cul de sac**", on plantegen la urgent necessitat de clarificar tot un seguit d'aspectes que tenen a veure amb l'atenció primària que es fa des dels municipis.

Seguidament presentem els "**Serveis Socials Municipals a Calvià**", de Concha Casado, treballadora social coordinadora del Departament de Serveis Socials d'aquest ajuntament, que ens exposa les dificultats que es troba l'atenció primària calviànera per les condicions "complexes" del propi municipi (població

immigrant, extensió, multitud de nuclis urbans, etc.). També ens aporta la seva experiència i un breu relat dels projectes més importants que porten a terme.

Seguim amb l'article "**Serveis Socials Comunitaris de la Mancomunitat Pla de Mallorca**", de Petra Joan, Margalida Rosselló, Magdalena Viedma i Iolanda Cirer, coordinadora i treballadores socials, respectivament, de la Mancomunitat. Com és sabut, els municipis d'Algaida, Ariany, Costitx, Lloret, Llubí, Maria de la Salut, Montuiri, Petra, Sant Joan, Santa Eugènia, Sencelles, Sineu i Vilafranca, conformen, en matèria de serveis socials, una sola unitat d'intervenció centralitzada des de la Mancomunitat.

Cal dir que el municipi de Porreres, encara que pertanyent a la Mancomunitat, no té els seus serveis socials mancomunats. Així, es pot observar que tots aquests municipis són petits, dels més petits de Mallorca; ara bé aquesta circumstància no tira pel terra el que dèiem més amunt: l'atenció primària d'aquests municipis té una estructura que ja voldrien per a ells municipis costaners amb més habitants i més pressupost. En l'article trobareu el relat d'aquesta estructura que ara us comentem.

Tanquen aquest apartat de "pobles" dos articles provinents dels serveis socials municipals d'Artà: "**Centre de dia d'Artà**", on la treballadora social municipal Assumpció Matamales ens fa una breu exposició d'aquest servei, i "**Programa d'Inserció Sociolaboral 1997/98 Artà**", de la mateixa treballadora social conjuntament amb Ana Duran, corresponsables del Programa. S'exposa aquesta experiència tan profitosa que arrancà l'any 1995 arran de la detecció d'un gran nombre de persones que subsistien gràcies a l'economia submergida i que, en un primer moment, era un programa intermunicipal en el que hi participaven, també, els municipis de Sant Llorenç, Capdepera i Son Servera.

Tanca el bloc d'Atenció Primària, "**La gestió de les Beques de Guarderia i Menjador a l'Ajuntament de Palma**", anàlisi avaluativa d'aquesta experiència definida pels seus autors com "estrellada", enfront d'altres considerades "amb estrella". Efectivament, Antoni Colom i Tote Estrades, de la Unitat de Gestió de la Regidoria d'Acció Social de l'Ajuntament de Palma, ens apropen aquesta "germana pobra" dels recursos que tenen a l'abast els treballadors socials per intentar de reinserir un bon nombre d'usuaris dels serveis socials.

EL FINANÇAMENT ALS MUNICIPIS DEL PLA DE PRESTACIONS BÀSIQUES: UNA PROPOSTA DE CRITERIS

Pere Mascaró Pons,
Secció Tècnica del Servei d'Acció Social

Després de quasi deu anys d'aplicació del *Pla Concertat de Prestacions Socials Bàsiques (PPB)*, encara ara no s'ha consolidat un model consensuat entre totes les parts implicades en relació als criteris a aplicar en la distribució dels recursos econòmics entre els municipis. Tanmateix l'experiència ve a mostrar que després de moltes discussions no hi ha cap criteri sobre el que existeixi acord. Les raons que expliquen aquestes dificultats de consens responen a diverses qüestions de tipus general:

- * La diversitat en la situació financera dels municipis tant pel que fa a les seves capacitats pròpies de finançament -a partir de les activitats econòmiques residents al terme municipal- com a les diverses exigències en termes d'obligacions de despesa, fa que l'aplicació de qualsevol criteri amb una base comuna tenguí efectes prou diferenciats.
- * La limitació global del conjunt de recursos que es distribueixen en el marc del PPB fa que qualsevol canvi de criteri que afavoreix un tipus de municipi significa la reducció dels recursos destinats a altres. És l'efecte del principi de "suma zero" segons el qual tot el que un guanya ho perd un altre.
- * Els criteris que es posen a discussió en el cas del PPB no gaudeixen d'una autoritat suficient per ser acceptades sense provocar debat. No passa això quan els criteris de distribució tenen una autoritat consolidada ja sigui per raons jeràrquiques -cas de l'Institut Balear d'Acció Social (IBAS)-, o resultat d'una aplicació ja històricament acceptada - cas del Pla d'Obres i Serveis- encara que en els dos casos no sigui compartida.

Els criteris possibles...

En els debats que hem mantingut tant els professionals com els responsables polítics hi han estat presents una llarga llista de criteris. Els més repetits i fonamentats -segons la meua opinió- serien els següents:

1. El nombre d'habitants. Aquest criteri es planteja amb dues variants. Una directa que plantejaria la distribució dels recursos en proporció al nombre d'habitants de cada municipi. Així es mantindria una aportació "per càpita" equivalent. Una segona variant establiria una correcció en aquest criteri

en el sentit d'afavorir els municipis més petits (en la línia que s'aplica al Pla d'Obres i Serveis per al finançament d'inversions).

2. *La dispersió de la població.* És un criteri complementari a l'anterior que corregiria la distribució atenent el grau de dispersió i nombre de nuclis de població existent en el municipi.
3. *La despesa social de l'ajuntament.* Aquest criteri fa referència a la idea prevista a la Llei d'Acció Social d'afavorir aquells ajuntaments que fan un major esforç econòmic, amb els seus propis recursos, en el desenvolupament de projectes i prestacions socials.
4. *Pressupost municipal.* Algunes vegades s'ha volgut defensar aquesta magnitud com a substitutiva d'indicador de riquesa municipal i, en conseqüència, ser utilitzat com a criteri que hauria de significar una major assignació de recursos a aquells ajuntaments amb menors disponibilitats pròpies.
5. *Els projectes presentats.* És evident que l'activitat real de les Unitats de Treball Social (UTS) i les seves necessitats de finançament tenen a veure amb els projectes que elaboren i per als quals demanen finançament.
6. *Dotació requerida per cobrir les necessitats.* Més enllà de les capacitats financeres diverses o de les seves característiques (superfície, població, etc.) es pot argumentar que és el criteri de necessitat el que hauria de justificar l'assignació de recursos.

... per a una proposta de consens

Del conjunt de criteris anteriors cap sembla ser acceptat com a única base de càlcul tot i que cada un d'ells aporta alguna part de l'explicació de la realitat, però ni amb la mateixa intensitat ni des d'una mateixa perspectiva. Per això es fa necessari establir un sistema mixt que combini i tengui en compte totes o bona part de les argumentacions abans plantejades i, sobretot, tengui en compte el context concret en què s'ha desenvolupat el PPB fins ara.

En aquest sentit, per a la construcció de la proposta no podem perdre de vista el moment i l'objectiu que era present en la posada en marxa del PPB.

1. EL PUNT DE PARTIDA: OBJECTIUS DEL PPB

No podem oblidar que l'objectiu fonamental del PPB era (i és encara) el de contribuir a la creació i consolidació d'una xarxa de serveis socials bàsics amb la seva màxima extensió territorial. O dit en altres paraules, garantir que unes prestacions considerades fonamentals poguessin ser ofertes a tota la població, tot garantint la creació dels dispositius assistencials mínims per a la seva cobertura en el conjunt del territori de l'Estat espanyol.

És evident que l'objectiu s'ha plantejat en termes de garantia de mínims, no com un objectiu d'òptims. Interessava més, per tant, fer possible consolidar unes dotacions generalistes a tot el territori, a tots els municipis, que no augmentar la intensitat/qualitat dels serveis en el seu conjunt.

Es pot entendre que aquest segon objectiu, més específic, s'ha de desenvolupar a partir de fonts de finançament sectorial adaptats a cada cas concret (Pla Gitano, Pla de Drogues, Pla Gerontològic, Pla de Pobresa,...)²

En cap cas no es pot plantejar el PPB com un instrument de finançament

incondicionat de l'administració local -ni com una reducció de les seves responsabilitats en el camp dels serveis socials- ja que la seva funció és la de facilitar que tots els ciutadans de Balears, visquin al municipi que visquin, tinguin un nivell similar d'accés a unes prestacions que prèviament s'han definit i acotat en termes professionals com a bàsiques -entès en termes de dotacions mínimes necessàries.

La caracterització genèrica d'aquestes prestacions han estat definides en molts documents del Ministeri:

- * Informació i Orientació
- * Ajuda a Domicili
- * Prevenció i Inserció
- * Cooperació Social

Més difícil resulta concretar els continguts i les quanties mínimes d'aquestes prestacions. Per això, el primer repte que ens hem de marcar és la definició d'allò que considerem dotacions mínimes que tots els ajuntaments haurien de cobrir de cada prestació.

Aquesta metodologia és la que es va utilitzar en l'elaboració, l'any 1990, d'un primer *Mapa de Cobertura*, acordat entre Ministeri, Govern Balear i Consells, i que amb posterioritat es va traslladar al conveni que es va signar amb el conjunt d'ajuntaments. Els anys posteriors han permès anar modificant i afinant aquella idea inicial tot mantenint la filosofia allà plantejada i que es pot resumir en les següents qüestions:

- Quina és la dotació mínima en personal de cada UTS per poder desenvolupar les prestacions bàsiques d'Informació i Orientació i Ajuda a Domicili?
- Quina és la dotació mínima en recursos econòmics de cada UTS per poder desenvolupar programes específics de prestacions d'inserció, prevenció i cooperació?
- Quins són els equipaments supramunicipals necessaris i el seu dimensionament i distribució territorials?

Donar resposta a aquestes preguntes és el que permet saber quin és el mínim exigible del Pla des de la perspectiva dels seus objectius i continguts. Entenem que tot allò que vagi més enllà d'aquestes qüestions ha de tenir un altre tractament fora del marc del PPB.

Dotacions de personal

A efectes de càlcul s'ha partit del disseny d'una UTS tipus o de referència i la seva equivalència en hores treball de cada professional:

- Una jornada sencera de Treballador/a Social
- Dos Treballadors/res Familiars a jornada sencera
- Mitja jornada d'administratiu/iva o aux. informador/a

Una vegada definida l'estructura bàsica d'una UTS tipus, el següent càlcul és el de determinar quantes UTS ha de tenir cada municipi. A aquests efectes dos són els criteris que al nostre entendre s'han de valorar: el volum de població i la dispersió (nombre de nuclis de població consolidada).

Des del Ministeri es va fixar en el seu moment una ràtio aproximada de 7.500 habitants per UTS. En el nostre cas, aquest valor es pot mantenir amb caràcter general però fent les correccions corresponents en funció del volum del municipi per tal de garantir que en els municipis petits també es donin unes dotacions mínimes. La proposta és la següent:

| | |
|-----------------------------------------|---------------------|
| Municipis amb menys de 1000 habitants | 1 UTS per cada 4000 |
| Municipis d'entre 1000-5000 habitants | 1 UTS per cada 5000 |
| Municipis d'entre 5000-10000 habitants | 1 UTS per cada 6000 |
| Municipis d'entre 10000-20000 habitants | 1 UTS per cada 7000 |
| Municipis d'entre 20000-50000 habitants | 1 UTS per cada 8000 |
| Municipis de més de 50000 habitants | 1 UTS per cada 9000 |

Al resultat d'aplicar aquestes ràtios s'hi afegiria un 10% en aquells municipis que tenen més d'un nucli de població consolidat i clarament diferenciat territorialment, i un 15% en aquells municipis formats per 3 o més nuclis (com és el cas, per exemple, de Marratxí, Calvià o Bunyola).

Dotacions econòmiques

Per poder determinar el cost total del mapa de cobertura de cada municipi s'han de quantificar els tres components bàsics:

1. Cost de personal: resultat d'aplicar a les dotacions abans calculades uns valors estàndards de salaris de referència.
2. Despeses generals de manteniment: resultat d'aplicar al cost de personal anterior un 7% de cost d'estructura (telèfon, llum, material d'oficina, fotocòpies, fullers, etc.)
3. Desenvolupament de programes específics bàsics³: En aquest cas es considera una dotació per habitant equivalent a tots els municipis (250 pessetes)

En el quadre adjunt es pot veure el resultat d'aplicar els criteris anteriors al conjunt de municipis de Mallorca. La dotació total resultant és de 1.073,8 milions, dels quals 606,3 correspondrien a part forana i 467,5 a Palma. Aquestes xifres donarien, així mateix, un total de 88,3 UTS a tot Mallorca de les quals 51,1 correspondrien als pobles. Les ràtios resultants serien d'1 treballador/a social amb jornada completa per a cada 6.900 habitants i 1 treballador/a familiar amb jornada completa per a cada 3.450 habitants⁴

Per altra banda, a aquestes primeres xifres s'hi hauria d'afegir quina es considera com a dotació mínima de serveis supramunicipals a gestionar directament o de forma concertada pels consells insulars: centres d'acollida, serveis específics sectorials, equips de suport tècnic a les UTS.

En qualsevol cas, però, més important que els resultats concrets que es mostren en els quadres és la definició de la metodologia. Amb la que aquí es proposa es podria tenir un punt de partida objectivable per poder concretar les aportacions als municipis.

| DOTACIONS DE REFERÈNCIA DE LES UNITATS DE TREBALL SOCIAL A MALLORCA, 1999 | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------------------|
| | Població 1996 | Dotació Mínima UTS | Habitants/ UTS | Cost dotació mínima (ptes/any) |
| Pobles -20.000 | 204.531 | 37,2 | 5.498 | 437.042.294 |
| Pobles +20.000 | 100.369 | 13,9 | 7.219 | 169.304.228 |
| Total Part Forana | 304.900 | 51,1 | 5.966 | 606.346.523 |
| Palma | 304.250 | 37,2 | 8.182 | 467.483.578 |
| TOTAL MALLORCA | 609.150 | 88,3 | 6.899 | 1.073.830.101 |
| Pobles -20.000 | 33,58 | 42,13 | - | 40,70 |
| Pobles +20.000 | 16,48 | 15,75 | - | 15,77 |
| Total Part Forana | 50,05 | 57,88 | - | 56,47 |
| Palma | 49,95 | 42,12 | - | 43,53 |
| TOTAL MALLORCA | 100,00 | 100,00 | - | 100,00 |

| DOTACIONS DE REFERÈNCIA DE LES UNITATS DE TREBALL SOCIAL MUNICIPAL | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------|----------------------|
| | POBLACIÓ 1996 | DOTACIÓ MÍNIMA UTS | RATIO HABITANT/UT |
| ALARÓ | 3.840 | 0,77 | 5.000 |
| ALCÚDIA | 10.284 | 1,62 | 6.364 |
| ALGAIDA | 3.461 | 0,76 | 4.545 |
| ANDRATX | 8.098 | 1,48 | 5.455 |
| ARIANY | 801 | 0,20 | 4.000 |
| ARTÀ | 5.971 | 1,09 | 5.455 |
| BANYALBUFAR | 520 | 0,14 | 3.636 |
| BINISALEM | 4.885 | 0,98 | 5.000 |
| BÚGER | 926 | 0,23 | 4.000 |
| BUNYOLA | 4.332 | 1,00 | 4.348 |
| CALVIÀ | 28.748 | 4,13 | 6.957 |
| CAMPANET | 2.255 | 0,45 | 5.000 |
| CAMPOS | 6.735 | 1,23 | 5.455 |
| CAPDEPERA | 6.321 | 1,11 | 5.714 |
| CONSELL | 2.172 | 0,43 | 5.000 |
| COSTITX | 824 | 0,21 | 4.000 |
| DEIÀ | 583 | 0,15 | 4.000 |
| ESCORCA | 302 | 0,08 | 4.000 |
| ESPORLES | 3.507 | 0,70 | 5.000 |
| ESTELLENCES | 354 | 0,09 | 4.000 |
| FELANITX | 14.123 | 2,22 | 6.364 |
| FORNALUTX | 507 | 0,13 | 4.000 |
| INCA | 21.129 | 2,64 | 8.000 |
| LLORET | 818 | 0,20 | 4.000 |
| LLOSETA | 4.544 | 0,91 | 5.000 |
| LLUBÍ | 1.904 | 0,38 | 5.000 |

13 ATENCIÓ PRIMÀRIA

| DOTACIONS DE REFERÈNCIA DE LES UNITATS DE TREBALL SOCIAL MUNICIPAL | | | |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|-------------------|
| | POBLACIÓ 1996 | DOTACIÓ MÍNIMA UTS | RATIO HABITANT/UT |
| LLUCMAJOR | 20.474 | 2,82 | 7.273 |
| MANACOR | 30.018 | 4,32 | 6.957 |
| MANCOR | 903 | 0,23 | 4.000 |
| MARIA | 1.763 | 0,35 | 5.000 |
| MARRATXÍ | 16.180 | 2,66 | 6.087 |
| MONTUÏRI | 2.190 | 0,44 | 5.000 |
| MURO | 6.060 | 1,01 | 6.000 |
| PETRA | 2.592 | 0,52 | 5.000 |
| SA POBLA | 10.213 | 1,46 | 7.000 |
| POLLENÇA | 12.945 | 2,03 | 6.364 |
| PORRERES | 4.217 | 0,84 | 5.000 |
| PUIGPUNYENT | 1.084 | 0,22 | 5.000 |
| SES SALINES | 3.009 | 0,66 | 4.545 |
| SANT JOAN | 1.655 | 0,33 | 5.000 |
| SANT LLORENÇ | 5.282 | 0,97 | 5.455 |
| SANTA EUGÈNIA | 1.033 | 0,21 | 5.000 |
| SANTA MARGALIDA | 6.789 | 1,24 | 5.455 |
| SANTA MARIA | 4.394 | 0,88 | 5.000 |
| SANTANYÍ | 7.702 | 1,41 | 5.455 |
| SELVA | 2.901 | 0,64 | 4.545 |
| SENCELLES | 1.896 | 0,38 | 5.000 |
| SINEU | 2.568 | 0,51 | 5.000 |
| SÓLLER | 10.515 | 1,65 | 6.364 |
| SON SERVERA | 6.872 | 1,26 | 5.455 |
| VALLDEMOSSA | 1.511 | 0,30 | 5.000 |
| VILAFRANCA | 2.190 | 0,44 | 5.000 |
| TOTAL POBLES | 304.900 | 54,10 | 5.966 |
| PALMA | 304.250 | 37,19 | 8.182 |
| MALLORCA | 609.150 | 88,29 | 6.899 |

| COST DE REFERÈNCIA DE LES UNITATS DE TREBALL SOCIAL MUNICIPAL, 1999 | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------|----------------------------|---------------|
| | COST DE PERSONAL | PROGRAMES (50 ptes/hab.) | MANTENIMENT (7% del Total) | DOTACIÓ TOTAL |
| ALARÓ | - | 960.000 | 629.859 | 8.997.987 |
| ALCÚDIA | - | - | 1.173.327 | - |
| ALGAIDA | - | 865.250 | 552.824 | 8.762.731 |
| ANDRATX | - | - | 1.077.908 | - |
| ARIANY | - | 200.250 | 145.390 | 2.277.252 |
| ARTÀ | - | - | 794.787 | - |

COST DE REFERÈNCIA DE LES
UNITATS DE TREBALL SOCIAL MUNICIPAL, 1999

| | COST DE PERSONAL | PROGRAMES (50 pres/hab.) | MANTENIMENT (% del Total) | DOTACIÓ TOTAL |
|---------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------|
| BANYALBUFAR | - | 130.000 | 103.824 | 1.613.202 |
| BINISSALEM | - | - | 709.344 | - |
| BÚGER | - | 231.500 | 168.079 | 2.632.628 |
| BUNYOLA | - | - | 723.400 | - |
| CALVIÀ | - | - | 3.000.391 | - |
| CAMPANET | - | 563.750 | 327.445 | 5.241.541 |
| CAMPOS | - | - | 869.482 | - |
| CAPDEPERA | - | - | 803.131 | - |
| CONSELL | - | 543.000 | 315.393 | 5.048.615 |
| COSTITX | - | 206.000 | 149.565 | 2.342.641 |
| DEIÀ | - | 145.750 | 105.821 | 1.657.475 |
| ESCORÇA | 728.273 | 75.500 | 54.816 | 858.589 |
| ESPORLES | - | 876.750 | 509.247 | 8.151.701 |
| ESTELLENCS | 85.671 | 88.500 | 64.255 | 1.006.426 |
| FELANITX | - | - | 1.611.328 | - |
| FORNALUTX | - | 126.750 | 92.026 | 1.441.406 |
| INCA | - | - | 1.917.570 | - |
| LLORET | - | 204.500 | 148.476 | 2.325.853 |
| LLOSETA | - | - | 659.828 | - |
| LLUBÍ | - | 476.000 | 276.677 | 4.425.674 |
| LLUCMAJOR | - | - | 2.043.938 | - |
| MANACOR | - | - | 3.132.939 | - |
| MANCOR | - | 225.750 | 163.904 | 2.567.239 |
| MARIA | - | 440.750 | 256.003 | 4.097.932 |
| MARRATXÍ | - | - | 1.929.926 | - |
| MONTUÏRÍ | - | 547.500 | 318.007 | 5.090.455 |
| MURO | - | - | 733.303 | - |
| PETRA | - | 648.000 | 376.381 | 6.024.867 |
| SA POBLA | - | - | 1.059.297 | - |
| POLLENÇA | - | - | 1.476.927 | - |
| PORRERES | - | - | 612.345 | 9.802.031 |
| PUIGPUNYENT | - | 271.000 | 157.406 | 2.519.659 |
| SES SALINES | - | 752.000 | 480.626 | 7.618.335 |
| SANT JOAN | - | 413.750 | 240.320 | 3.846.896 |
| SANT LLORENÇ | - | - | 703.076 | - |
| SANTA EUGÈNIA | - | 258.250 | 150.000 | 2.401.114 |
| SANTA MARGALIDA | - | - | 903.669 | - |
| SANTA MARIA | - | - | 638.047 | - |
| SANTANYÍ | - | - | 1.025.197 | - |
| SELVA | - | 725.250 | 463.375 | 7.344.895 |
| SENCELLES | - | 474.000 | 275.316 | 4.407.079 |
| SINEU | - | 642.000 | 372.896 | 5.969.081 |
| SÓLLER | - | - | 1.199.682 | - |
| SON SERVERA | - | - | 914.717 | - |
| VALLDEMOSSA | - | 377.750 | 219.410 | 3.512.181 |
| VILAFRANCA | - | 547.500 | 318.007 | 5.090.455 |
| TOTAL POBLES | 492.945.816 | 76.225.000 | 37.175.707 | 606.346.523 |
| PALMA | - | - | 32.723.850 | - |
| MALLORCA | 851.643.044 | 152.287.500 | 69.899.557 | 1.073.830.101 |

ATENCIÓ PRIMÀRIA



MILLORA DE L'ATENCIÓ A LES PERSONES I FAMÍLIES: CRITERIS TÈCNICS I METODOLÒGICS

Bernat Calafat i Vich⁽¹⁾

Psicòleg. Tècnic Superior de la Unitat de Suport de la Regidoria d'Acció Social de l'Ajuntament de Palma.

A la Regidoria d'Acció Social de l'Ajuntament de Palma es porta a terme des de l'any 1996 una millora de la qualitat de l'atenció que implica necessàriament la unificació i documentació dels procediments metodològics, i la progressiva participació dels usuaris/clients en la definició de la qualitat del servei rebut. La revisió i disseny de criteris suposa l'assegurament tant d'uns procediments unificats d'atenció com un assegurament tècnic i procedimental. Constitueix, doncs, la primera passa per millorar la qualitat. La segona passa - caldria que fos simultània - és la de disposar de l'opinió de l'usuari sobre l'atenció que ha rebut, opinió que serà determinant de cara a introduir futurs canvis i millores contínues. Però, a més a més d'aquesta recollida sistemàtica de la seva opinió, cal assegurar des del principi la plena participació de l'usuari en la resolució de les seves dificultats, passant de l'asimètrica relació *tècnic expert i usuari-passiu-receptor* d'una prestació a una igualitària entre *tècnic que presta ajut i usuari actiu en situació de dificultat i/o exclusió social*.

El *Pla Estratègic d'Acció Social 1996-99*, aprovat pel Plenari de l'Ajuntament de Palma, és l'instrument tècnic-polític que defineix el posicionament de l'administració local en el mapa de serveis socials de la ciutat, al mateix temps que defineix com a prioritzacions per "millorar la gestió, l'atenció i el suport tècnic" el "Revisar metodològicament la intervenció". També defineix com a objectiu general complementari "Millorar la gestió per a una atenció de més qualitat de les persones/famílies" que s'ha d'assolir a través de l'objectiu específic "Augmentar la qualitat tècnica de l'atenció (formació i reciclatge del personal)".

Per aquest motiu, el Pla defineix com a necessitat dotar d'instruments teòrics i tècnics que incideixin en una òptima i millor qualitat de l'atenció a l'usuari-ciudadà, a través de:

- protocol de treball individual-familiar,
- protocol de treball de projectes,
- formació,
- documentació,
- assessorament a professionals.

Des d'aquest marc s'inicià al llarg dels anys 1996-1998 la revisió de les dues formes d'atenció a la població usuària dels serveis socials municipals: "l'atenció individual-familiar" i l'"atenció comunitària".

Aquestes revisions han culminat en la redacció d'uns documents tècnics que ordenen, pauten i unifiquen els criteris metodològics i organitzatius: "Atenció individual-familiar des de serveis socials d'atenció primària" i "Atenció comunitària des de serveis socials d'atenció primària". També s'han elaborat altres instruments tècnics com protocols d'atenció psicosocial, protocol d'atenció a l'infant absentista, posicionament de la intervenció sociolaboral. Lligat a aquests aspectes s'han introduït formes noves de planificar la intervenció a través dels plans de futurs possibles amb esperança -"Path" en anglès-

La tasca de millora de la qualitat s'ha fet extensiva a d'altres serveis socials municipals: al Servei Municipal de Drogodependències (SMD) s'elaborà un dictamen i s'està elaborant el document d'atenció individual-familiar a drogo-dependents; al Servei d'Acollida a Dones i Famílies (SADF) s'està acabant el dictamen i la creació de l'equip operatiu que elaborarà el document d'atenció a dones maltractades i famílies en situació d'emergència. I també s'iniciarà el disseny dels protocols d'atenció socioeducativa.

S'haurà assolit l'objectiu específic detallat al Pla estratègic si: s'assoleix una millor preparació dels professionals, s'homogenitza i uniformitza tècnicament tota la xarxa i es facilita la tasca diària dels professionals. Aquest document suposa l'ordenament del protocol de treball individual-familiar o atenció individual-familiar.

PROCEDIMENT DE LES REVISIONS METODOLÒGIQUES

Abans d'iniciar qualsevol tipus d'intervenció -mèdica, social, psicològica, cultural, d'esplai, urbanística- cal, primer, realitzar un acurat diagnòstic: una valoració de l'estat de la qüestió, a partir del qual es decideixen unes línies d'intervenció per a la millora.

El diagnòstic de la situació en què es troben les dues formes d'atenció es féu en reunions de treball amb els professionals dels Centres Municipals de Serveis Socials (CMSS).

La informació se sistematitzà i sintetitzà en els següents factors:

Dictamen que provenia de l'anàlisi dels següents factors:

- A. *Usuari-comunitat.*
Els aspectes que depenen de les famílies-persones que atenen i de la comunitat on habiten.
- B. *Entitats-Serveis.*
Els aspectes que depenen de la implicació de serveis o entitats.
- C. *Professionals.*
Els aspectes que depenen del marge d'actuació i d'autonomia dels professionals.
- D1. *Metodològics.*
Els aspectes que fan referència a metodologia i tècniques d'intervenció.
- D2. *Registre*
Els aspectes que depenen del com s'enregistra físicament o informàticament la informació referida a persones-famílies i als projectes comunitaris.
- E. *Organitzacionals dels Centres de Serveis Socials.*
Els que depenen del marge d'autonomia i d'organització dels CMSS.
- F. *Organitzacions de la Regidoria*
Els aspectes que depenen de l'organització de la Regidoria i de les unitats centrals. Del posicionament i directrius polítiques i tècniques.

G. *Externs.*

Els factors que depenen de l'actuació i posicionament d'altres administracions i institucions.

H. *Infrastructures.*

Les que fan referència als equipaments necessaris per desenvolupar la feina. A partir de la informació sistematitzada en aquests factors, s'elaborà un dictamen de la situació global per a l'atenció individual i l'atenció comunitària - usant la metodologia Dafo tot diferenciant:

- *Punts forts:* Aspectes que són positius, són capacitats, potencialitats, són solucions i serveixen.
- *Punts febles:* Aspectes que s'han de canviar, que són una dificultat, que són mancances, obstacles, són negatius i que alenteixen.
- *Oportunitats:* Aspectes que actualment es constaten que són afavoridors de canvis i de millores. Lligat a les propostes concretes per resoldre dificultats.
- *Amenaces* Aspectes que actualment o a curt termini són alentidores i que poden ser un obstacle a l'implement de millores.

A partir del diagnòstic s'establen unes línies d'intervenció per a la seva millora que són les següents:

| ATENCIÓ COMUNITÀRIA | ATENCIÓ INDIVIDUAL-FAMILIAR |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.- Disseny criteris tècnics i metodològics | 1.- Disseny de criteris tècnics i metodològics. Elaboració de protocols d'atenció |
| 2.- Criteris organitzatius i de gestió. | 2.- Criteris organitzatius (càrregues, ràtios, urgències, situacions d'alerta) 3.- Anàlisi i revisió dels sistemes de supervisió |
| 3.- Simplificar formularis i guions | 4.- Simplificar impresos i unificar informes |
| 4.- Criteris de registre. Incorporació al SISS | 5.- Sistema informatitzat de prestacions i recursos. Elaboració d'un catàleg. |
| 5.- Accés a recursos humans, materials i econòmics. | 6.- Unificar criteris per accedir a prestacions 7.- Simplificar tràmits administratius |
| 6.- a) Treball amb entitats centrals. b) Treball amb entitats territoria- litzades | b) Línia de treball inclosa a la 1 (disseny de criteris tècnics i metodològics) |

| ATENCIÓ COMUNITÀRIA | ATENCIÓ INDIVIDUAL-FAMILIAR |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 7.- Establir acords intramunicipals i amb d'altres administracions | 8.- Revisió, reajust dels Convenis amb d'altres administracions. |
| 8.- Catàleg de serveis d'ajuda als professionals | 9.- Catàleg de serveis d'assessorament als professionals |
| 9.- Posicionament polític i tècnic | |
| 10.- Retorns valoratius sobre els resultats dels projectes. Respostes a peticions dels CMSS. | 10.- Resposta a peticions/propostes des dels CMSS |
| 11.- Pla de divulgació pública | |
| 12.- Col.laboració SMD-CMSS | |

Cada un dels dictàmens foren presentats a tots els centres, a les unitats centrals i a direcció, recollint-ne les aportacions i matisacions.

D'aquestes propostes de feina que abastaven diversos nivells i unitats de la Regidoria d'Acció Social, sols les dues primeres de cada forma d'atenció a la població serien treballades per dos equips diferents cada un d'ells format per un membre de cada centre de serveis socials. Així, el d'atenció individual-familiar estava format per un Cap de Sector, dos assistents socials, un psicòleg, un educador de medi obert, un treballador familiar i un auxiliar informador; el d'atenció comunitària estava format per un Cap de Sector, un psicòleg, un assistent social, dos educadors de medi obert, un educador de persones discapacitades i un tècnic superior de prevenció de l'SMD.

Un cop acabada la tasca d'elaboració dels criteris tècnics per cada un dels equips, es redactà en forma de document provisional el qual passà a aportacions dels professionals dels equips dels centres i de les unitats centrals de la Regidoria. Recollides les aportacions, es féu una redacció definitiva que finalment fou aprovada i ratificada per la direcció.

Aquests documents en tenir caràcter vinculant s'havien d'usar i aplicar. Ambdós pretenien cobrir els següents objectius:

- *unificació de criteris tècnics i metodològics del procés d'atenció individual-familiar;*
- *unificació de criteris organitzatius i*
- *facilitar la intervenció quotidiana dels professionals.*

LA IMPORTÀNCIA DELS CRITERIS TÈCNICS EN L'ATENCIÓ AL CIUTADÀ

L'explicitació per escrit -en forma documental- dels criteris tècnics suposa una línia que assegura la qualitat òptima en l'atenció a la persona, una línia que s'ha de complementar amb l'obtenció del grau de satisfacció del servei rebut.

Aquest assegurament suposa:

- Que els diferents professionals unifiquin conceptes, el llenguatge i la visió comuna de l'atenció, la qual cosa suposa una millor atenció interprofessional.
- Que hi hagi una definició conceptual i operativa del que s'entén per problemàtica social, deixant de ser un calaix de sastre amplíssim, al mateix temps que suposa un posicionament explícit del que s'ha d'atendre des de serveis socials d'atenció primària.
- Que un usuari rebi la mateixa i bàsica forma d'atenció, visqui on visqui, que sols serà diferent degut a les peculiaritats personals i d'estil de cada professional, suposa un respecte a l'usuari.
- Que nous-vells conceptes sobre l'atenció es facin ben explícits -encara que siguin ben obvis- ja que suposen una millora de l'atenció, sobretot els referits:
 - a) Que els usuaris són persones actives, autònomes i amb capacitat de decidir -és del tot obvi que han de poder pactar i també poder dir no!- per la qual cosa tant el diagnòstic inicial, com el pla d'intervenció com l'avaluació final s'han de fer de forma conjunta i en llenguatge entenedor.
 - b) Que la intervenció és en equip interprofessional, per la qual cosa tots els professionals que treballen amb una mateixa persona-família han de col·laborar amb aquesta tot el procés d'inserció.
 - c) Que la intervenció és en xarxa de serveis personals, de tal manera que els diferents professionals de serveis, diferents de distintes administracions, han de conformar un front comú que intervingui coordinadament amb la persona-família.
- Que nous conceptes o noves visions de l'atenció s'explicitin amb major claredat:
 - a) El diagnòstic de capacitats de les persones-famílies. Tradicionalment en els serveis socials sols s'han valorat, bàsicament, les mancances, problemes, situacions de necessitat, de precarietat, etc. La identificació de les capacitats (potencialitats, habilitats, aspectes forts) de les persones-famílies suposen una visió del futur del cas que obri possibilitats de resolució.
 - b) La personalització de l'atenció suposa fer un pla individualitzat o itinerari d'inserció social detallant les passes o fases successives a fer de forma conjunta per a la persona i el professional que l'atén.
 - c) Recuperar una visió comunitària de l'atenció individual-familiar. Això suposa tenir en compte sempre tots els llocs i oportunitats quotidianes que implicaran un procés d'inserció social i de participació a la comunitat.
- Unes pautes escrites sobre les passes concretes a fer en cada forma d'atenció, són una guia facilitadora per a la pràctica professional i sistematitzadora de la seva intervenció.
- Faciliten i agilitzen la incorporació de nous professionals als centres de serveis socials.
- Obrir una línia de millora contínua de l'atenció. Periòdicament s'han d'anar identificant els elements que són exitosos i els punts febles que cal millorar. Les valoracions sobre com fa l'atenció un professional han de ser identificadores d'èxits i també d'equivocacions-errrors.

La segona passa, ja iniciada a través d'unes enquestes de satisfacció dels usua-

ris atesos, s'ha de consolidar. La fita cabdal dels propers anys és la participació constant i quotidiana de la persona atesa en el seu procés d'inserció amb el professional que l'atén i assegurar un sistema continuat de recollida del grau de satisfacció dels usuaris del servei rebut i percebut. L'opinió dels usuaris ha de permetre introduir millores contínues que suposin una òptima i idònia qualitat d'atenció.

NOTA

- * He d'expressar l'agraïment de les persones que han format part dels dos equips operatius que han elaborat els documents de criteris.

Pel que fa al d'*Atenció individual-familiar*:

Juana Maria Andreu, Cap de Sector de Ponent; Rosa Ballester, treballadora familiar de Litoral; Maria Josep Estrades, assistent social de Nord actualment a la Unitat de Gestió; Cruz Gárate, educadora de medi obert de Ponent; Juana Pascual, psicòloga de Llevant-Nord; Antònia Puigserver, auxiliar informadora de Llevant-Sud, actualment a Litoral; Juana Rodríguez, assistent social de Ciutat Antiga

Pel que fa al document d'*Atenció comunitària*: Jerònia Arbona, assistent social de Llevant-Nord; Coloma Bujosa, educadora de medi obert de Nord; Isabel Cortada, educadora de medi obert de Ciutat Antiga, actualment a Llevant-Nord; Maria Isabel Gelabert, tècnica superior de prevenció de l'SMD; Catalina Gomila, educadora de discapacitats de Ponent; Margalida Puigserver, Cap de Sector de Litoral; Teresa Soler, psicòloga de Llevant-Sud.

REFERÈNCIES DOCUMENTALS

- *Atenció individual-familiar des de serveis socials d'atenció primària. Criteris metodològics i organitzatius*. Regidoria d'Acció Social, Palma. Octubre 1998.
- *Atenció comunitària des de serveis socials d'atenció primària. Criteris metodològics i organitzatius*. Regidoria d'Acció Social, Palma. Novembre 1998.
- *Catàleg d'Acció Social*. Regidoria d'Acció Social, Palma. Novembre 1998.
- *Dictamen de la revisió del treball social individual-familiar*. Document fotocopiats. Regidoria d'Acció Social, Palma. Abril 1996.
- *Dictamen de la revisió del treball grupal i comunitari*. Document fotocopiats. Regidoria d'Acció Social, Palma. Abril de 1997.
- *Dictamen de la revisió de l'atenció individual-familiar al Servei Municipal de Drogodependències*. Document fotocopiats. Regidoria d'Acció Social, Palma. Maig 1997.
- *Pla estratègic d'acció social (1996-1999)*. Document fotocopiats. Regidoria d'Acció Social, Palma. Setembre de 1995.
- *Protocols d'atenció psicosocial. Criteris diagnòstics i posicionament d'atenció*. Document fotocopiats. Regidoria d'Acció Social, Palma. Agost de 1996.

SISTEMA INFORMATIU: UNA PROPOSTA D'ACTUACIÓ

Fernanda Aguiló
Onofre Bisbal
Andreu Horrach
*Grup de Treball del
Sistema Informatiu de Serveis Socials (SISS):*

1. INTRODUCCIÓ

Aquest article té distintes finalitats i, en conseqüència, va adreçat a públics clarament diferenciats. A la primera part es fa un repàs bàsic del que ha de ser un sistema informatiu en una xarxa d'atenció a usuaris. La seva finalitat és la de *convèncer* de la necessitat dels sistemes informatics; *convèncer* els professionals dels serveis socials d'atenció primària.

A la segona part es fa un repàs crític al paper de les distintes administracions en l'elaboració d'eines específiques per dur endavant un sistema informatiu per als serveis socials. La finalitat és recordar la responsabilitat de cada administració implicada, la responsabilitat política i tècnica. Per tant, en aquest cas, el públic s'amplia cap als escalons polítics de les administracions perquè prenguin les mesures que els pertoqui.

La tercera part és una proposta d'actuació d'ara endavant. La finalitat s'escotja en ella mateixa. Es tracta d'apuntar algunes línies d'actuació que permetin millorar la situació actual del sistema informatiu dels serveis socials d'atenció primària. No sabem si parlar de *públic* en aquestes alçades de l'article; si de cas *queda qualcú* esperam que vulgui dir-hi la seva quant a la situació actual de l'únic sistema informatiu disponible actualment a l'Illa.

2. DE LA INTUÏCIÓ A LA METODOLOGIA

La intervenció social, per ser eficient, requereix de metodologia, programar les activitats que s'han de realitzar i planificar les necessitats que s'han de cobrir. El coneixement tècnic es fonamenta en l'observació programada. Mitjançant l'aplicació d'instruments fiables i vàlids es controlen tot un seguit de factors que es considera que tenen o poden tenir incidència en els fenòmens observats. La intervenció social professional descansa sobre aquesta premissa que és la que ha permès generar tot un seguit de metodologies d'intervenció social.

A l'anvers d'aquesta moneda ens trobam amb la intuïció, que ens permet d'anticipar-nos als esdeveniments; però la intuïció descansa sobre altres premisses que no són tan sòlides com l'anterior, car depenen de factors conjunturals (experiència i *savoir faire* professionals, actitud, etc.). La intuïció és a la base de la intervenció social voluntarista, no professional encara que no per això l'hàgim de menystenir perquè és una molt bona font de coneixement de la realitat. Això sí:

és una font insuficient per dur endavant intervencions eficients. La combinació d'intuïció i metodologia és allò que ens assegura que davant de la mateixa situació donarem una resposta vàlida i fiable, ajustada a la situació.

Com es pot reforçar aquesta metodologia? Com podem establir mecanismes que ens permetin arribar a una metodologia vàlida i fiable? Des del nostre punt de vista és la informació allò que ens permet de treballar sobre una base segura, que no trontolli constantment. Ara bé, quina informació? I, per què ens ha de servir aquesta informació?

A la primera pregunta la resposta és: informació relativa a la demanda social que es formula, de la unitat de treball (la família), de la situació i el procés que ha seguit la família i del treball realitzat amb ella. Aquestes quatre dimensions són les bàsiques per poder establir una metodologia clara i sistemàtica.

La resposta a la segona pregunta està condicionada per les funcions específiques de cada professional o Unitat de Treball Social (UTS). El primer nivell funcional es correspon amb el contingut bàsic de les tasques del professional de serveis socials d'atenció primària: donar resposta a demandes socials. Per arribar a aquest objectiu hem de fer tot un seguit de gestions (emplenar impresos, fer sol·licituds externes, etc.) i actuacions (entrevistes, visites a domicili, derivar a altres recursos, etc.). En totes aquestes tasques es genera un volum important de documentació i d'informació complementària; aquesta informació s'ha de gestionar; per tant, la informació que es recull s'ha de poder gestionar de forma senzilla i àgil, amb procediments preestablerts que clarifiquin l'actuació.

Un segon nivell de funcions són les que fan referència a la planificació. Cada professional i/o UTS ha de planificar la seva actuació sobre les situacions de necessitat sobre el territori i sobre la comunitat. Aquesta segona funció ens obliga a treballar amb un volum important d'informació relativa a les dimensions abans esmentades i, a més, ha de ser una informació viva, que ens permeti construir processos.

El tercer nivell de funcions fa referència a l'avaluació del treball realitzat. S'han d'avaluar les activitats realitzades, la metodologia emprada, els resultats del treball i els recursos utilitzats. L'avaluació ens ha de permetre consolidar processos de treball, replantejar objectius, optimitzar recursos, etc. En definitiva, es tracta d'assegurar la metodologia de treball per donar una millor resposta a les situacions de necessitat.

En definitiva, per aconseguir una bona metodologia d'intervenció social ens veim obligats a:

- primer, generar un gran volum d'informació i documentació que s'ha de gestionar de forma senzilla, àgil i sistemàtica;
- segon, planificar la intervenció a partir de l'anàlisi de la informació referent a les demandes realitzades i als usuaris amb els quals s'ha treballat. Aquesta anàlisi ens ha de permetre establir prioritats d'actuació;
- i tercer, avaluar la intervenció realitzada per donar una millor resposta a les demandes socials.

Com aconseguir conjugar els tres nivells funcionals i les tres finalitats? Amb un bon sistema informatiu. Ara bé, quins límits ha de tenir un sistema informatiu perquè sigui eficient? La resposta pot ser tan complexa com es vulgui, si bé podem establir alguns criteris genèrics i alguns normatius:

1. La funció bàsica dels professionals de serveis socials és donar resposta a les demandes socials. Per tant, el major volum d'informació ha de correspondre a aquesta funció. El sistema informatiu ha de facilitar els tràmits (generar impresos emplenats, per exemple) i agilitzar els procediments (localització d'usuaris, selecció de persones que puguin beneficiar-se de determinats programes, etc.). Aquest bloc és el que ha de suposar un major volum de càrre-

ga d'informació. Mentre que les altres funcions s'han de considerar complementàries i de reforç de l'anterior i, per tant, han de suposar un menor volum de processament d'informació¹.

2. La informació que es processa ha de ser comparable, s'han de poder establir estàndards que facilitin el contrast entre els distints professionals i les UTS. Per tant, hi ha d'haver consens pel que fa als sistemes de codificació i als procediments en el maneig dels sistemes informàtics. La informació s'ha de tractar de la mateixa forma en tots els punts de recollida i s'ha de poder interpretar de la mateixa manera².
3. La normativa sobre el tractament automatitzat de dades estableix quins són els límits en la recollida, processament i cessió de la informació personal.

La Constitució espanyola de 1978, al Títol I, Cap. II, Art. 18, estableix el dret a la intimitat. La Llei 12/89, de 19 de maig, de la Funció Estadística Pública, a l'Art. 5.1, obliga a la uniformitat de codis per a les estadístiques públiques.

La Llei Orgànica 5/1992, de 29 d'octubre, de Regulació del Tractament Automatitzat de Dades de Caràcter Personal (LORTAD),

- a l'Art. 5. Dret d'informació en la recollida de dades;
- a l'Art. 6. Consentiment de l'afectat. Estableix que no caldrà el consentiment quan les dades de caràcter personal es recullin de fonts accessibles al públic, quan es recullin per a l'exercici de les funcions pròpies de les administracions públiques en l'àmbit de les seves competències;
- a l'Art. 7. Dades protegides. Determina la conformitat expressa de l'afectat en temes de salut, origen ètnic i relacions sexuals;
- a l'Art. 9. Seguretat de les dades. Necessitat d'establir els mecanismes corresponents per assegurar la confidencialitat de les dades;
- a l'Art. 10. Deure de secret. Tot professional que treballi amb dades de caràcter personal té el deure de mantenir el secret professional;
- a l'Art. 11. Cessió de les dades. Només poden ser cedides per al compliment legítim de l'administració que les rep. Excepte que la informació hagi estat prèviament "dissociada" o despersonalitzada.

Els criteris i normes esmentats ens ajuden a establir uns límits al processament de la informació dins serveis socials. A dimensionar dins l'espai que li correspon als sistemes informàtics.

A tall de conclusió general d'aquesta primera part, podríem dir que les metodologies d'intervenció social s'han de fonamentar en la informació que es genera en els mateixos centres de serveis socials. L'instrument més ajustat per organitzar la informació són els sistemes informàtics que ens han de facilitar la gestió de les demandes socials i ens han de proporcionar informació per planificar les intervencions i avaluar els seus resultats.

3. LA NECESSITAT FA VIRTUT: EL SISTEMA INFORMÀTIU DE SERVEIS SOCIALS (SISS)

Originàriament, el Pla de Prestacions Socials Bàsiques (PPB) portava implícit el compromís de transvasament d'informació estadística sobre el seguiment del propi Pla. De tal manera que amb la implementació del PPB es generà la necessitat d'organitzar la informació que es gestionava a les UTS i de disposar d'informació ajustada a les funcions de planificació i programació de les distintes administracions implicades, cada una al nivell territorial que li corresponia.

ATENCIÓ PRIMÀRIA
25

La Llei 9/1987, d'11 de febrer, d'Acció Social de les Balears, en el seu Art. 14.4 atribueix al govern de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears (CAIB) la competència de "*Disseny, coordinació i elaboració d'estadístiques de serveis socials i assistència social, comptant amb les dades que li proporcionin els consells insulars, els ajuntaments i les entitats públiques o privades que realitzin accions en aquesta matèria*". Per tant, era al Govern de la CAIB a qui corresponia determinar els mínims de la informació estadística que ha de menester per assumir altres competències que se li atribueixen a la mateixa Llei (planificació, fonamentalment). Però no fou així. El Govern Balear delegà en el Consell Insular de Mallorca (CIM) el desenvolupament de projectes destinats a cobrir aquestes necessitats de les administracions il·lenques. Amb el pas del temps podem considerar que aquesta delegació ha anat degenerant cap a una irresponsabilitat institucional clara³.

Aquesta necessitat donà lloc al disseny i implementació del SISS que es construí sobre la base del voluntarisme dels professionals del CIM i dels professionals dels ajuntaments de Mallorca. El resultat d'aquest esforç és una aplicació informàtica que s'adapta a les distintes plataformes existents als ajuntaments de l'illa i que està estructurada en quatre mòduls o blocs diferenciats⁴:

- El *Llibre de registre de demandes*. Recull informació de l'individu i la seva situació de necessitat a partir de la demanda expressada, la valoració tècnica de la situació, el recurs aplicat i el recurs que realment s'hauria d'aplicar.
- La *Història social*. Recull informació de la unitat familiar de la qual forma part l'usuari, de les característiques dels altres membres i de l'habitatge.
- El *Registre del Servei d'Ajuda a Domicili*. És una aplicació per a la gestió del Servei d'Ajuda a Domicili (SAD) on es contempen les hores de dedicació a un cas, la periodicitat, els professionals implicats, etc.
- El *Registre d'activitats professionals*. Permet detallar les activitats realitzades pels professionals de les UTS.

De cada un dels mòduls es poden extreure tot un seguit impressionant de taules i llistats que permeten gestionar les demandes dels usuaris, planificar i avaluar intervencions, etc. És a dir, el SISS és un instrument vàlid per cobrir les necessitats bàsiques de les UTS dels municipis pel que fa a les funcions abans esmentades.

La implantació del programa és absoluta. És present a totes les UTS municipals de l'illa, tant a Palma com a la Part forana, a més de la xarxa d'atenció de Càritas a Mallorca i a Menorca. Aquest fet permet treballar amb dades homogènies de demandes noves realitzades durant cada exercici des de 1993.

Ara bé, no tot és color de rosa. Actualment, després de set anys d'esforços per part dels professionals dels ajuntaments i del CIM, ens trobam en un estat de frustració que s'estén des dels professionals d'atenció primària fins als del Govern de la CAIB, tot passant pels del CIM.

Fer un diagnòstic global de les causes d'aquest estat de frustració dels professionals ens pot portar a emmarcar la diversitat de situacions existents, especialment entre els professionals d'atenció primària. Encara que això sigui així es poden descriure alguns trets generals:

Tradicionalment, l'equipament informàtic de les UTS ha estat molt deficient. Fins i tot, actualment, una bona part treballa amb equips obsolets que no animen a fer-ne una utilització constant.

En molts casos la UTS no disposa de suport administratiu que pugui assumir les tasques de gravació de la informació. Aquestes tasques si són assumides pels treballadors socials vénen a agreujar el nivell de saturació en el qual es troben una bona part de les UTS.

El nivell de formació dels treballadors socials en el camp de la informàtica és baix. Ens hauríem de demanar per què és així amb l'actual oferta formativa existent per als treballadors actius de l'administració pública.

L'actitud de molts treballadors socials vers el SISS està molt mediatitzada pel "ritual de la memòria". En molts casos, el SISS es viu com un instrument per complir amb un tràmit administratiu, amb la "paperassa" administrativa: la presentació de memòries per aconseguir el finançament del PPB. Aquesta actitud negativa vers "la paperassa" apareix, sovint, lligada a una concepció del SISS com una obligació, una imposició de part del CIM als ajuntaments per aconseguir informació.

En molts casos es dóna un important grau de desconeixement de les possibilitats del SISS. Malgrat que el CIM han invertit un volum considerable de recursos en la realització de cursos de formació per a auxiliars informadors i per a treballadors socials, hi ha un gran nombre de professionals que no coneixen les possibilitats del SISS per a la gestió de demandes, per a l'elaboració de llistats, etc.

Els buits temporals de suport tècnic, tant pel que fa a l'assessorament informàtic com a la devolució de les memòries per part del CIM, han contribuït a aquesta situació de desconcert dels treballadors socials d'atenció primària. El resultat de tot això és la substitució de l'aplicació informàtica per part dels serveis socials municipals. En alguns municipis s'empren quasi bé tot el sistema (Història social, Registre d'activitats, Registre de demandes i Registre del Servei d'Ajuda a Domicili), però a la majoria només el Llibre de registre de demandes.

D'aquesta subutilització se'n deriva la frustració dels professionals que es dediquen fonamentalment a la planificació i a la investigació dins l'àmbit de l'acció social, que veuen com una font de primera mà, que ha suposat esforços importants, no arriba a ser fiable. És a dir, tal com s'empren ens trobam que quan s'agreguen les dades anuals de totes les UTS la informació que genera actualment el SISS no és prou fiable. I no ho és per la inexistència de procediments d'enregistrament consensuats que assegurin que la informació es processa de la mateixa manera a tots els municipis de l'illa, que a la mateixa demanda se li assigna el mateix codi a tot el territori, que s'empren els mateixos criteris per obrir i tancar expedients, etc.

4. LA NECESSITAT FA NORMA

La situació anterior ens ha de portar a actuar de forma immediata. En primer lloc, per l'interès dels usuaris dels serveis socials, que tenen dret a ser tractats amb una metodologia validada i afinada. En segon lloc, pels professionals d'atenció primària, que han de menester una eina que els fonamenti la seva metodologia de treball i els faciliti les tasques de gestió. En tercer lloc, als professionals que treballen desenvolupant tasques de planificació, que han de menester informació vàlida i fiable per a la seva feina.

Al nostre parer, la primera passa s'ha de donar en forma de decret. El Govern de la CAIB ha d'assumir les seves competències i ha de dissenyar, coordinar i elaborar les estadístiques d'acció social. Com a mínim ha de dir a les altres administracions quina informació estadística ha de generar. Si, a més, posa a disposició d'aquestes administracions una aplicació informàtica que faciliti la tasca, molt millor.

Un segon nivell d'actuació és el dels recursos: s'ha de facilitar la renovació del parc informàtic i s'ha d'incrementar el suport administratiu de les UTS municipals bé sigui a través de línies de finançament específiques, o bé incrementant subvencions ja consolidades (PPB, per exemple); o també potenciant una major sensibilitat per part dels responsables de les administracions municipals vers els serveis socials. En aquest àmbit d'actuació s'haurien d'establir els acords pertinents entre el Govern de la CAIB i els consells insulars per determinar quines són les vies administratives més adients.

El tercer nivell d'actuació fa referència a la millora de les aptituds dels professionals de serveis socials quant a la informàtica en general. En aquest sentit, el CIM ha aprovat recentment un conveni de col.laboració entre la Comissió de Benestar Social i el Consorci d'Informàtica Local per a l'assessorament en la formació del personal de serveis socials.

La quarta línia d'actuació passa per donar més suport tècnic (informàtica, planificació, avaluació, etc.) als professionals de serveis socials. Aquest suport descansa completament sobre les espatlles dels consells insulars. En aquest sentit, ja s'ha iniciat alguna actuació concreta ja que el Conveni esmentat anteriorment també té per objecte donar suport informàtic a tots els centres de serveis socials dels municipis de la Part forana de Mallorca. El suport abasta els programes d'ofimàtica (processador de textos, full de càlcul i base de dades) a més del SISS.

Clarament hi ha més possibilitats d'actuació encara que aquestes semblin les més ajustades a la situació actual i, a més, no suposen un gran esforç presupostari, tan sols la voluntat de portar-los endavant.

NOTES

- 1 Ara per ara no disposam de cap criteri d'objectivitat que ens permeti establir una distribució exacta del volum de treball que ha de presentar la càrrega d'informació corresponent a cada una de les funcions. Una proposta raonable és dedicar, aproximadament, el 5% de la jornada de treball a processar informació per a la planificació i per a l'avaluació.
- 2 Un exemple: les demandes de Servei d'Ajuda a Domicili s'han d'assignar sempre i a tots els punts de processament d'informació amb el mateix codi.
- 3 En aquest cas, la irresponsabilitat no només afecta el punt 4 de l'Art. 14 abans esmentat, sinó que té repercussions importants en el desenvolupament d'altres competències com la de planificació i ordenació general de l'acció social. No disposar d'informació vàlida, ajustada a l'objecte i fiable, mesurada amb un instrument útil, no ajuda gens a planificar les polítiques sectorials ni a establir prioritats en la cobertura de necessitats, ni a determinar les prestacions mínimes, etc.
- 4 No és objecte d'aquest article el comentari detallat de les característiques del SISS. Els interessats en el tema poden consultar el Manual del Sistema Informatiu de Serveis Socials.
- 5 Com no podia ser d'altra manera, consideram que l'aplicació que ha de potenciar el Govern és la que actualment està implantada en els serveis socials municipals de Mallorca. En qualsevol cas, no es pot imposar una o altra aplicació. Cada municipi és autònom per dissenyar les seves pròpies eines. El que sí es pot regular és una codificació i un format determinat al qual s'han de sotmetre totes les entitats afectades.

UNITATS DE TREBALL SOCIAL (UTS) EN ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT A PALMA

Col·lectiu de treballadores socials
d'Atenció Primària de l'INSALUD

1. INTRODUCCIÓ

1.1. Història de l'obertura dels centres de salut a Mallorca

Va ser a partir de 1979, posteriorment a les eleccions municipals democràtiques, quan es produeix un fet fonamental per al futur desplegament de l'Atenció Primària (AP) a la nostra illa: la ratificació de l'acord (1976) de col·laboració entre INSALUD i l'Ajuntament de Palma. Durant el període 1982-1995 es desplegà el projecte de planificació de Centres de Salut per a la ciutat de Palma d'acord amb les noves orientacions en matèria d'AP marcades, l'any 1984, pel Reial Decret sobre Estructures Bàsiques de Salut.

L'any 1985 s'inauguraren els tres primers centres de salut de Mallorca (Camp Rodó, Son Gotleu i Rafal Nou). Durant el trienni 1986-1988 s'anaren obrint i posant en marxa els del Coll d'en Rabassa, Emili Darder, Son Ferriol, Escola Graduada, Son Cladera i Son Serra. La signatura del conveni en matèria d'AP entre el ministre de Sanitat i Consum i la Conselleria de Sanitat del Govern Balear l'any 1989, permet el relleu del desplegament de centres d'AP, especialment a la zona rural. El febrer de 1991 es posen en marxa a Palma els centres de salut de Santa Catalina i d'Arquitecte Bennàssar, i també el primer centre de salut a zona rural. Durant els anys 1992-1994 s'expandeixen progressivament els centres de salut en els pobles mallorquins. El 1995 s'obren a Palma el Centre de Salut de l'Escorxador i Valldergent; el 1996 el de la Casa de la Mar i el 1997 el de Son Pisà.

Actualment, la cobertura de les treballadores socials (TS) és la següent:

| UNITATS | CENTRES | POBLACIÓ | NÚM. TS |
|-------------------|-----------------------------|----------|---------|
| A. Bennàssar | A. Bennàssar/Son Ferriol | 35.388 | 1 |
| Camp Rodó | Camp Rodó/Pere Garau | 36.411 | 1 |
| Coll d'en Rabassa | Coll d'en Rabassa/Son Pisà | 40.822 | 1 |
| Emili Darder | Emili Darder/Arenal | 36.814 | 1 |
| Escola Graduada | Escola Graduada/Valldergent | 29.601 | 1 |
| Rafal Nou | Rafal Nou/Son Cladera | 32.060 | 1 |
| S'Escorxador | S'Escorxador/Casa de la Mar | 47.733 | 1 |
| Son Gotleu | Son Gotleu/Pere Garau | 30.326 | 1 |
| Son Serra | Son Serra/Santa Catalina | 33.755 | 1 |

Definim els centres de salut com l'estructura física on treballa l'equip d'AP, constituït per tots els professionals i treballadors d'una zona bàsica de salut. El disseny del centre facilita el treball de cada professional i la seva interrelació, afavorint així l'activitat en equip. A més de les consultes, els centres disposen d'altres espais on es despleguen activitats diferents dels paràmetres assistencials: sala de reunions, biblioteca, zona d'admissió, arxius d'històries clíniques, àrea de descans, etc.

El treball en el centre de salut té diverses vertents: l'atenció a la població en aspectes preventius, de curació i rehabilitació, i activitats de formació i docència on s'hi inclouen des de les sessions clíniques, interconsultes o activitats de formació fins a la docència i la investigació.

Com a suport a la tasca assistencial, els equips disposen de programes i protocols elaborats pels propis professionals d'AP i consensuats amb tota l'àrea que permeten la unificació de criteris i la sistematització de certes actuacions, la qual cosa redunda en una millor qualitat de les actuacions i permet l'avaluació de les activitats.

2. MARC LEGAL

La Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut celebrada a Alma Ata el 12 de setembre de 1978, a través de la seva declaració, considera la necessitat d'una acció urgent de part de tots els governs, de tot el personal de salut i de la comunitat mundial per protegir i promoure la salut de tots els pobles del món.

Fruit d'aquest debat internacional (formació d'estratègies amb la finalitat d'assumir la salut per a tots l'any 2000) fou l'acord d'una estratègia de salut que, progressivament, fou ratificada per molts governs i concretada en polítiques i plans d'acció sanitària.

Aquest plantejament constitueix una transformació profunda de la sanitat que, en l'Estat espanyol, es féu notar, sobretot, a partir de la Constitució de 1978 (art. 43 Cap. III, títol 2n).

La figura del TS apareix en el Reial Decret 137/84, sobre Estructures Bàsiques de Salut, en el seu article 3, apartat e), on es diu que el TS s'integra en l'equip d'AP de Salut.

La Llei 12/86, de 25 d'abril, General de Sanitat, en el seu article 6 destaca la dimensió social que ha adquirit l'AP. Per altra part, en el seu article 5 s'estableix la necessitat de la participació activa de la comunitat al marge del procés sanitari.

3. ELEMENTS CONCEPTUALS DE L'AP DE SALUT

La incorporació de la figura del TS en el camp sanitari d'AP respon a un model d'estructura interprofessional basat en el nou concepte de salut. Un concepte integral de la salut entès no solament com l'absència de malaltia, sinó com un estat de benestar físic, psíquic i social; i que contempla no només la persona, sinó també el seu entorn familiar i comunitari.

El metge i la infermera vertebren l'equip bàsic d'aquest dispositiu que constitueix la porta d'entrada del sistema sanitari. La seva novetat descansa en el fet de la inclusió de nous professionals: TS, llevadores, fisioterapeutes i especialistes de les unitats de suport psiquiàtric i ginecològic.

Els elements que conceptualitzen el treball dels professionals dels centres de salut són els següents:

Atenció integral, tot considerant la persona des de la perspectiva biopsicosocial.

- Integrada: que interrelaciona els elements de promoció, prevenció, tractament, rehabilitació i reinserció social. Que s'integra funcionalment amb la resta d'estructures i nivells del sistema sanitari.
- Contínua i permanent: que segueix la persona al llarg de la seva vida, en els diferents àmbits i en qualsevol circumstància.
- Activa: els professionals de salut han de treballar activament en el promoció de la salut i en la prevenció de la malaltia, dedicant atenció preferent a l'educació sanitària.
- Accessible: prop del ciutadà i sense trobar obstacles per posar-s'hi en contacte i utilitzar els serveis.
- Interdisciplinària: integrant el personal sanitari i no sanitari.
- Comunitària: prestant atenció als problemes comuns i no només als individuals.
- Programada i avaluable: amb actuacions basades en programes de salut que reponguin a un objectiu i amb activitats, recursos i mecanismes de control clarament avaluable.
- Docent i investigadora: que desplega activitats de docència, de pre i postgrau, i també la formació contínua i la investigació.

En els centres de salut, el TS se situa com un professional que complementa i dona suport a les activitats dels membres de l'equip, tot formant part de les Unitats de Suport.

El camp específic de la intervenció és el malestar psicosocial i els seus objectius s'emmarquen en els generals de la institució de salut de la que formin part, enfocat des del punt de vista de les necessitats i els problemes socials.

El seu objectiu és col·laborar en l'estudi i tractament dels factors socials que condicionen la salut dels individus, de la família o grups, tot introduint criteris de prioritització en persones o grups en situació de risc social.

Són professionals que intervenen a nivell individual/familiar, i també a nivell de grups de pacients amb una mateixa patologia o característiques homogènies. Quan intervenen en programes es constitueixen en un membre més de l'equip multidisciplinària i la seva participació està integrada en la dels altres professionals de tal manera que tan important és el benestar físic, com el social i psíquic perquè es contempla la persona d'una manera integral.

Les activitats poden ser assistencials, preventives o promocionals. Els grups tenen un caràcter preventiu i educatiu essencialment, i, per tant, de promoció de la salut.

La nova concepció del treball integral de la salut exigeix una forma de coordinació entre els professionals de manera que pugui se real l'objectiu marcat.

La derivació d'un cas a la TS parteix tant de la infermera com del metge o altre professional de les Unitats de Suport que són els que estan en contacte directe amb la població.

La intervenció del TS està condicionada per aquelles situacions en les quals es detecta que el factor social que envolta l'usuari:

- Dificulta el procés de l'estudi, diagnòstic i tractament.
- Quan la malaltia produeix greus alteracions en l'entorn del malalt, família i treball, convivència i economia.
- Sempre que es consideri que el TS, amb la seva actuació, pot facilitar el procés curatiu del malalt, de la seva rehabilitació i de la seva inserció.

A partir d'aquest moment el treball del TS serà realitzar les següents activitats:

- Estudi i valoració de la situació.

- Diagnòstic social. Factor sobre el qual es pot treballar.
- Planificació de les activitats que es podran concretar a donar una informació, a orientar o a donar suport. Portar a terme la coordinació i mobilització de recursos. Fer una visita domiciliària o fer un treball social de seguiment i reforç.

El procediment de derivació cal que tenguem en compte qui va derivar el malalt i la naturalesa del problema que presenta. Un cop que el TS ha iniciat la seva intervenció, manté una interconsulta amb el professional que ha derivat el cas i passa a fer les anotacions pertinents al SOAP (històries clíniques) i en els llistats de problemes de salut de l'usuari.

Tenint en compte les consideracions anteriors, hem elaborat una relació dels factors de salut que poden generar problemàtica social i que són, principalment, causa de derivació.

La nova concepció del treball integral de salut ens exigeix una:

- Globalització de l'atenció, de manera que contempli el malalt en tots els seus aspectes (físic, psíquic i social).
- Plantejar una intervenció conjunta de la persona de manera global i no fer parts d'acord amb la persona que l'atén.

Per tant, entenem la coordinació amb els altres professionals de salut quan es contempla:

- L'estudi conjunt del cas.
- La informació mútua sobre el procés.
- Elaboració conjunta dels plans d'intervenció de cada un des de la pròpia àrea professional.

En aquesta interconsulta es determina com es realitzarà el seguiment conjunt del cas.

És el moment de recollir i fer les anotacions a la història clínica del malalt en la que resti reflexada:

- La problemàtica detectada i plantejada
- Els factors sobre els que es pot treballar
- La planificació de la intervenció
- Les activitats realitzades en cada moment
- El seguiment i
- L'avaluació

4. UNITATS DE TREBALL SOCIAL (UTS)

4.1. Problemàtiques susceptibles d'intervenció social en salut

Definim com problemes sociosanitaris aquells que estan influint directament en la salut-malaltia íntimament relacionats amb ella tant a nivell de prevenció com de tractament i rehabilitació.

Són, doncs, funcions específiques dels TS en AP de salut la intervenció en aquest tipus de problemàtiques, tant a nivell individual, grupal com comunitari, i utilitzant els recursos disponibles.

4.1.1. Problemàtiques específiques de salut (per àrees o grups d'edat)

a) Infància

- 1 Necessitat de conèixer la situació sociofamiliar per completar o establir un diagnòstic clínic i aplicar el seu tractament.

-
- 2 Nins malnodrits o desatesos
Manca d'esment bàsic
Vacunació incompleta
 - 3 Maltractaments físics o psíquics (detecció i investigació, si cal)
 - 4 Hospitalització de repetició quan la causa no sigui estrictament mèdica.
Omissió d'atenció, accidents per descuit o manca d'atenció paterna, etc.
 - 5 Problemes psicosocials o psiquiàtrics
Estudi de la situació familiar. Seguiment. Desenvolupament del nin en el medi escolar, participació en activitats comunitàries i extraescolars.
 - 6 Infants amb malalties cròniques com a grup de risc: diabètics, necessitat de connexió amb associacions, etc. Hemofílics. Malalts d'insuficiència renal, amb problemes respiratoris, cardiopaties, tumors, etc.
 - 7 Infants amb problemes genètics molt relacionats amb la planificació familiar de la mare (en prevenció de nous casos)
 - 8 Portadors del VIH
 - 9 Infants terminals. Treball amb les famílies. Contacte amb el psicòleg
 - 10 Problemes relacionats amb l'escolaritat i la necessitat de guarderia com a conseqüència de malaltia. Fracàs escolar i absentisme motivats per malaltia. Necessitat d'integració per deficiències físiques, psíquiques o sensorials. Necessitat de suport extraescolar. Nexa d'unió família-escola
 - 11 Problemes de parla. Contacte amb logodepa

b) Adolescència

- 1 Comportament alimentari anormal. Investigar causes no mèdiques
- 2 Comportament anormal davant la malaltia
- 3 Embaràs i avortament en adolescents. Desinformació o mala informació sobre planificació familiar i temes de sexualitat
- 4 Adolescents amb malalties cròniques com a grup de risc

c) Adults

- 1 Necessitat de conèixer la situació sociofamiliar per completar o conèixer el diagnòstic i aplicar el tractament
- 2 Problemes de dinàmica familiar relacionades amb problemes de salut
- 3 Famílies amb nins disminuïts als que no poden atendre correctament o suficient per manca de coneixements, sobrecàrrega familiar o imperatius laborals
- 4 Famílies monoparentals en determinades situacions.
Manca de vincles de relació o mancança afectiva
Irregular administració del pressupost familiar
Necessitat de suport. Realització de tasca educativa
- 5 Minusvàlues físiques, psíquiques o sensorials
- 6 Problemes psicosocials i psiquiàtrics
- 7 Malalts crònics, amb insuficiència renal o diabètics (els que no compleixen programa i esbrinar per què). Cardíacs, paraplègics, hipertensos, etc.
- 8 Malalts que precisen hospitalització de mitja o llarga estada. Conèixer les càrregues familiars, etc.
- 9 Malalts terminals
- 10 a) Situacions jurídic-administratives (invalidesa, orfenesa, adopció, divorci, tutela, acolliment familiar, etc.)
b) Drets i deures de l'usuari

- 11 Embaràs: educació sanitària i informació de recursos
Gestant en conflicte. Mare fadrina
- 12 Planificació familiar
 - a) Anticoncepció en l'home i en la dona
 - b) Interrupció voluntària de l'embaràs: orientació i informació de recursos
- 13 Informació específica per a la dona:
Recursos i legislació específica
Associacionisme
Maltractaments físics i psíquics. Orientació i suport

d) Tercera edat

- 1 Necessitat de conèixer la situació sociofamiliar per completar o establir diagnòstic clínic i/o aplicar tractament
- 2 Problemes psicològics i psiquiàtrics. Demència senil
- 3 Minusvàlua física, psíquica i sensorial
- 4 Ancians i ancianes que viuen sols i representen un problema sanitari
- 5 Saber per què un vell no va al centre de salut essent un familiar o una altra persona qui fa les consultes (moltes vegades és per problema social)
- 6 Quan presenta una manca d'autonomia personal
- 7 Quan en consulta mèdica o d'infermeria es detecti o exposi com a demanda social:
Ingrés en una residència de tercera edat
Necessitat d'ajuda a domicili
Sol·licitud de prestacions (ortopèdiques, pròtesis, etc.)
Manca d'ingressos econòmics
Problemes familiars (manca d'atenció, absència d'afectivitat, rebuig del vell, etc.)
- 8 Problemes d'habitatge (males condicions d'habitabilitat i salubritat)
- 9 Malalts terminals.

e) Altres

- 1 Necessitat d'assistència. Persona que requereix atenció mèdica i no la demana per negligència, manca de cobertura sanitària, deficiència intel·lectual, malaltia, manca de preparació, etc.
- 2 Dificultats derivades d'una hospitalització: problemes econòmics, nins petits o vells o minusvàlids sols a casa, trasllats d'una comunitat autònoma a una altra, dificultats de convivència interfamiliar, etc.
- 3 Derivacions cap a centres especialitzats de disminuïts.
- 4 Problemes relacionats amb la utilització de recursos: ocupació, problemes jurídics, problemes de burocràcia, etc.

4.1.2. Documentació

La documentació que utilitza la UTS és la següent:

1. *Fitxa social*, que recull dades identificatives, demanda i valoració.
2. *Història clínica*, que és la base documental comuna a tot l'Equip d'Atenció Primària.
3. *Registre diari d'activitat*
4. *Registre mensual d'activitat*

Hi ha un fitxer de recursos que es manté actualitzat

S04 S92 P00 P09 P18 P20 P22 P25 P31 P40 P48 P65 P70 P72 P79 P85 P96



Centre Salut: _____
 NIP: _____
 Mètge: _____
 Data inici: _____
 Remès per: _____

FITXA TREBALL SOCIAL

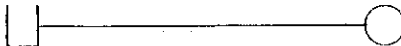
Ullinatges, nom: _____ ISJ: _____
 Domicili: _____ Barri: _____ Tel.: _____
 Lloc naixement: _____
 Ingressos: _____ Despeses: _____ Altres fonts ingressos: _____
 Observacions: _____

F-7

COMPOSICIÓ FAMILIAR

| PARENTIU | LLIBRES | TIOM | DIF | ESTUDI/PROFESSI |
|----------|---------|------|-----|-----------------|
| NIP | | | | |
| TSI | | | | |
| NIP | | | | |
| TSI | | | | |
| NIP | | | | |
| TSI | | | | |
| NIP | | | | |
| TSI | | | | |
| NIP | | | | |
| TSI | | | | |

GENOGRAMA:



REGISTRE DIARI D'ACTIVITAT DEL TREBALLADOR SOCIAL

Centre:

Mes:

Any:

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | TOTALS | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------|--|
| NUMERO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N. FIDTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D. INST | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| USM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T.G. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S. Soc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I. Prop. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Altres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSULTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Motiu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRATHECIB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUCCESSORS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicili | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TREVISTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Usuari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Família | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Profess | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TERCONSIGL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EAP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| USM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T.G. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Altres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORM SOC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTERVENCIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nd-Orient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| no-Estudi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestions | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seguiment | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INICIACIONS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| servo-IRS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serveis Soc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Altres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

UNIONS: Data Amb qui Data Amb qui Data Amb qui Data Amb qui Data Amb qui Data Amb qui Data Amb qui

TRABALL COMUNITARI

numero visites entitats:

numero reunions per programes:

numero de reunions per altres:

ATENCIÓ PRIMÀRIA
36

NOM: _____

MES: _____

A) Nº TOTAL DE USUARIS ATESDOS: _____

B) Nº TOTAL PRIMERES VISITES: _____

D'elles, derivades per:

E.A.P. _____

C.O.F. _____

U.S.M _____

ALTRES _____

C) Nº CONSULTES CENTRE: _____

D) Nº VISITES A DOMICILI: _____

VISITES DOMICILI P.A.D: _____

Visites conjuntes En/Tr. Pad. _____

E) Nº DERIVACIONS CONJUNTES ENF/TS: _____

S. SOCIAL BASE _____

INSERSO _____

F) GESTIONS _____

G) Nº INTERCONSULTES: _____

Entrevistes amb prof. E.A.P. _____

Entrevistes U. Recolzament _____

H) Nº D'INFORMES SOCIALS: _____

I) Nº DE REUNIONS: _____

E.A.P. _____

U.S.M. _____

S. SOCIALS _____

A. SOCIALS INSALUC _____

PRACTIQUES _____

ALTRES _____

J) DIES REGISTRATS: _____

4.2. Cartera de serveis

4.2.1. Atenció directa

Comprèn les següents activitats:

- a) Informació, orientació, valoració i assessorament davant la problemàtica plantejada.
- b) Informació sobre els recursos sanitaris i socials existents tot facilitant-ne l'accés.
- c) Informació sobre els drets i deures de l'usuari en el Sistema de la Seguretat Social.
- d) Fomentar i donar suport a la integració de l'individu en el seu medi ambient.
- e) Donar suport a les activitats sanitàries en el seguiment de pacients especialment quan hi hagi irregularitats en el tractament o no s'aconsegueixin els efectes esperats.
- f) Col.laboració en la capacitació del malalt i de la seva família per millorar les seves atencions tot demanant autoresponsabilitat.
- g) Col.laboració, conjuntament amb l'Equip d'Atenció Primària, en la captació de famílies de risc analitzant els factors socials que incideixen en el procés de salut.
- h) Col.laboració en la formalització de la història en aquells apartats que recullen aspectes socials i cada cop que es realitzi una intervenció per part del TS.
- i) Suport i atenció davant de situacions que no siguin abordables per diverses raons, com negació de la situació o manca de possibles solucions, en casos de malalts terminals o crònics en diferents fases.

L'objectiu del TS és evitar el deteriorament de la pròpia situació o demandes innecessàries a l'Equip d'Atenció Primària, i mirar que el pacient i la seva família mantinguin una actitud favorable quant a la seva situació.

L'actuació del TS és la comuna a tots els professionals del Treball Social i es basa en:

1. Recollida i clarificació del problema
2. Valoració i estudi
3. Informació al pacient o familiar
4. Seguiment
5. Avaluació

A través d'aquesta primera acollida i d'entrevistes successives s'intenta reconduir la situació-problema vers una demanda real i abordable.

Les persones o famílies a les que s'atén directament són derivades per membres de l'Equip d'Atenció Primària, per altres professionals o institucions, o per iniciativa pròpia.

4.2.2. Treball per programes

Inicialment, les UTS realitzaven de manera preferent treball individual-familiar, sense vinculació a programes prèviament establerts.

En la mesura que es consoliden els Equips d'Atenció Primària sorgeix la necessitat de respondre més globalment les demandes i es van configurant els diferents programes amb la participació dels objectius pactats per cada centre de salut amb la Gerència d'Atenció Primària.

- Programa d'atenció domiciliària (PAD)
- Programa Ortesis
- Salut mental
- Atenció a la dona i salut bucodental
- Col.laboradors socials
- Atenció sanitària a estrangers sense recursos

4.2.2.1. Programa d'atenció domiciliària

1. Introducció

L'atenció domiciliària és una de les estratègies bàsiques d'intervenció dels equips en el marc de l'Atenció Primària de Salut, situant-se entre els programes prioritaris de salut i benestar social.

Amb l'objectiu de cobrir les necessitats de la població, s'ha d'actuar des d'una visió multidisciplinària tenint en compte:

- La coordinació entre els diferents serveis assistencials,
- La cooperació de la família i
- La col.laboració de les estructures socio sanitàries de suport.

2. Població a la que es dirigeix (destinatari)

Qualsevol persona amb disminució o manca d'autonomia personal amb problemes sociofamiliars i/o sanitaris.

Qualsevol persona discapacitada física, psíquica o sensorialment que visqui sola o amb família amb un alt grau de dependència.

Familiars o cuidadors que vegin agreujat el seu estat de salut i tenguin a càrrec seua persona amb dificultats o amb discapacitats diverses.

L'atenció es dirigeix no només a l'usuari o demandant del servei sinó també al conjunt de la unitat de convivència o cuidadors implicats per entendre que són ells el principal recurs assistencial i, a la vegada, suport del malalt.

3. Objectius

Atenció integral al malalt i família.

Evitar la claudicació familiar promovent l'adaptació a la nova situació.

Crear un espai de comunicació on les persones (usuaris, familiars, cuidadors) puguin expressar les seves dificultats, dubtes, o problemes quant a la seva malaltia, els seus tractaments o la seva situació sociofamiliar.

Conèixer les mancances existents dels inclosos en el PAD, i també de tots aquells elements que ens permetin establir una prioritització de necessitats, si n'hi hagués, i la mobilització dels recursos adequats.

4. Metodologia

Se sustenta en els següents paràmetres:

- Atenció atenta com a instrument per activar l'ajuda
- Reflexió conjunta (usuari, família i professional) al voltant del problema i a les pròpies capacitats psicosocials per fer-li front
- Ajuda en la recerca de solucions concretes

La tècnica usada és l'entrevista en les seves diverses modalitats de:

- Suport
- Ventilació
- Reflexió
- Orientació i informació

5. Actuacions

El TS és el professional que dóna suport completament a les actuacions de l'Equip d'Atenció Domiciliària.

L'aportació del TS té contingut terapèutic i finalitat preventiva i assistencial en el sentit que col·labora en el tractament global del malalt i de la seva família en un moment d'estrès psicosocial produït per un problema de salut que porta associat circumstàncies emocionals, físiques, econòmiques, relacions laborals, etc.

Primera visita domiciliària i/o successives

A) Estudi

- * Coneixement de la situació personal i sociofamiliar (genograma)
- * Valoració de la situació econòmica i/o laboral
- * Habitatge: condicions d'habitabilitat, barreres arquitectòniques
- * Estat de salut i nivell d'atenció
- * Ocupació del temps

B) Diagnòstic o valoració

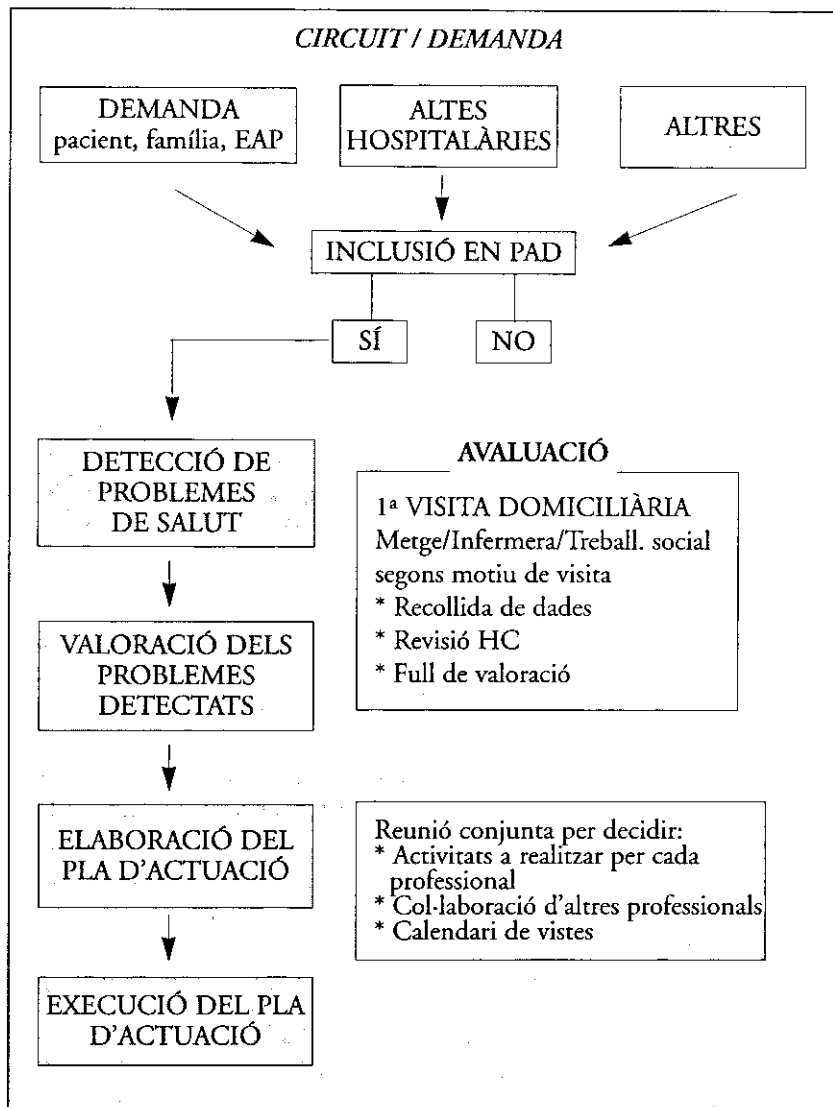
Identificació de necessitats no cobertes i la seva prioritització

C) Tractament o pla d'actuació

- * Establert per consens de l'equip d'atenció domiciliària
- * Informació sobre recursos sociosanitaris
- * Mobilització de recursos, si cal:
 - recursos personals
 - recursos familiars
 - institucionals/comunitaris
- * Coordinació amb els professionals o serveis que coneguin o intervenguin en el cas
- * Coordinació contínua amb l'equip d'atenció domiciliària

D) Avaluació (juntament amb l'equip d'atenció domiciliària)

- * Revisió del pla d'actuacions
- * Visites de seguiment i
- * Pauta de noves actuacions segons l'avaluació



4.2.2.2. Programa d'Ortesis

Marc legal

La Llei General de la Seguretat Social de 30 de maig de 1979 assenyalava que es facilitaran els vehicles per a invàlids. Aquesta prestació es gestiona des dels centres de salut segons la normativa S-4, de 4 d'agost de 1994.

Finalitat

Millorar l'organització i l'accessibilitat dels usuaris en l'adquisició de cadires de rodes i, també, millorar la seva gestió econòmica tot obtenint-ne una més gran recuperació i reutilització del material.

Detecció de necessitat

Pot procedir de:

- * L'usuari o representant
- * El metge de família
- * Professionals d'infermeria
- * El fisioterapeuta
- * L'especialista de nivell secundari
- * El treballador social

Circuit

Qualsevol dels professionals que detecti la necessitat ha de remetre l'usuari o representant al metge de capçalera el qual valorarà la necessitat i realitzarà la prescripció especificant el model que necessita, el diagnòstic i el temps aproximat d'utilització.

La sol·licitud es canalitzarà a través del TS o, en el seu defecte, el responsable d'infermeria.

Les sol·licituds es gestionen amb el departament de compres de la Gerència d'Atenció Primària i ells, a la vegada, fan la comanda al representant.

Lliurament del material

Cadires de rodes

Si n'hi ha en el magatzem es lliura el mateix dia; si no, es fa la gestió amb el departament de compres el qual comunicarà la data de lliurament i devolució.

Les cadires retornades queden en el centre per tornar a prestar.

Sol·licitud de caminadors

El representant de cada centre omplirà la sol·licitud i dirigirà l'usuari o representant al Departament de prestacions d'INSALUD on l'informaran de la compra i el reintegrament de les despeses.

Actuacions del TS

- Gestió de les cadires de rodes, seguiment dels terminis d'ús inicialment previstos i modificació dels usuaris, si cal.
- Assegurar les recuperacions del material ortoprotèsic després de la mort de l'usuari.
- Reclamació de les cadires de rodes que han exhaurit el termini d'ús.
- Remetre a manteniment per a reparació o donar de baixa per deteriorament.
- Fer informe socioeconòmic per al departament d'ortopèdia de l'INSALUD en aquells casos que el cost del material ortoprotèsic sigui elevat i sigui impossible la seva adquisició.
- Informació sobre el dipòsit d'ortesis de la Creu Roja.

4.2.2.3. *Unitat de salut mental*

La intervenció del TS es dona en les següents situacions:

A. Les proposades pel TS a la Unitat de Salut Mental a través de l'Equip d'Atenció Primària

Actuacions:

- Detecció dels possibles casos amb problemàtica de salut mental.
- Interconsulta amb els metges de referència i l'Equip d'Atenció

- Primària per a l'elaboració de la derivació a la Unitat de Salut Mental.
- Reunió i/o interconsulta amb la Unitat de Salut Mental per descriure i comentar la situació del problema.
- S'informa de les intervencions prèvies d'altres professionals o serveis si s'han donat.
- Acordar el treball conjunt.
- Seguiment.

B. Els remesos per la pròpia Unitat de Salut Mental per a:

1. Un treball assistencial en comú

Actuacions:

- Suport i orientació familiar.
- Visites a domicili a persones i/o pacients de risc.
- Seguiment del tractament.
- Control i/o seguiment de malalts crònics i persones en risc.
- Interconsulta i avaluació amb la Unitat de Salut Mental dels casos de forma periòdica.
- Seguiment de pacients remesos de les institucions hospitalàries.
- Coordinació quan en un mateix cas hi intervenguin distintes institucions o professionals.
- Registre d'actuació en història clínica.

2. Seguiment i/o possible reinserció

Actuacions:

- Informació i/o orientació sobre els distintos recursos, prestacions i serveis.
- Gestió d'aquests recursos en situacions concretes.
- Contenció i suport psicosocial a l'usuari i/o família.
- Canal de derivació a recursos específics de salut mental.
- Interconsultes periòdiques amb l'Equip d'Atenció Primària i Unitat de Salut Mental.
- Contribuir a la reinserció del pacient amb problemes de salut mental en el seu medi familiar, social i laboral tot evitant la marginació.

4.2.2.4. *Programa d'Atenció a la Dona i Salut Bucodental*

Les actuacions del TS són a petició dels distintos especialistes per valoracions de situacions socioeconòmiques i familiars que determinen l'accés a determinades prestacions sanitàries d'ús restringit.

4.2.2.5. *Col.laboradors Socials*

El març de 1994 s'aprova en el Consell de Ministres el Pla d'Objecció de Consciència. Els objectors de consciència seran destinats a entitats que han de reunir les següents característiques:

- Servir la societat en els seus aspectes més necessaris
- No afavorir cap opció religiosa
- Sens afany de lucre, i
- Amb l'imperatiu legal que prohibeix suplir places d'ocupació.

Previ acord del Ministeri de Justícia i l'INSALUD, es fa possible que els col.laboradors socials prestin els seus serveis en aquesta institució sanitària.

En els centres de salut depenen funcionalment de la UTS. És el TS qui canalitza les propostes d'intervenció de qualsevol dels professionals de l'equip

i qui organitza les activitats fent el seguiment tant amb l'usuari com amb el propi col.laborador social.

L'objector de consciència o col.laborador social ajudarà en les necessitats socials que sorgeixin en els centres de salut:

- Atenció a discapacitats
- Atenció a malalts
- Atenció a la tercera edat
- Atenció a famílies desestructurades, o a qualsevol grup de població que necessiti suport social.

Les activitats que realitza el col.laborador social en els centres de salut d'Atenció Primària a Palma són els següents:

- Ajuda en les mobilitzacions i en els canvis posturals.
- Acompanyament per a l'assistència a les consultes mèdiques, gestions en el barri, etc.
- Ajudes a les petites mobilitzacions en el domicili.
- Seguiment i control de tractaments prescrits.
- Control en el subministrament en tractaments farmacològics.
- Acompanyament al malalt en el seu domicili.
- Animació en situacions de soledat.
- Suport domèstic en els casos sense família (compra d'aliments, gestions vàries, etc.).
- Col.laboració en determinades gestions burocràtiques.

4.2.2.6. *Atenció sanitària a estrangers sense recursos*

Des dels centres de salut s'atén tots els usuaris que hi van, tinguin o no targeta sanitària, donat que segons la Llei General de Sanitat són titulars del dret a la protecció de la salut.

En els casos que es valori la necessitat de visitar-los amb freqüència i en visites a la continuïtat de l'atenció, es recomana que siguin visitats pel mateix metge i/o pediatra.

Quan l'usuari manifesti no poder fer front econòmic a l'assistència, se'l remet al TS perquè emeti informe social sobre la situació. Un cop realitzada l'atenció sanitària i després d'haver realitzat l'informe social, es lliurarà a l'usuari el format de recepta amb la prescripció farmacèutica segellada pel metge i el TS.

L'usuari, amb la recepta, haurà de pagar el 50% del preu del medicament; l'altre 50% el farà afectiu l'ajuntament. Si la medicació no és finançada pel Sistema Nacional de Salut, l'usuari haurà de pagar el 100%.

En cas de caldre assistència a nivell secundari se'l derivarà a l'Hospital Provincial o a "Médicos del Mundo".

4.2.3. Funció formativa

Els TS dels centres de salut porten a terme una funció formativa i docent amb dos objectius diferenciats:

- Contribuir a la formació pre i postgrau del personal de salut prioritant el personal d'AP com:
 - Estudiants d'infermeria
 - Estudiants de treball social
 - Metges interns residents (veure protocol)

- Participar en la formació continuada de l'Equip d'Atenció Primària en matèria de serveis socials i/o treball social a través d'elements teòrics i pràctics com sessions clíniques i bibliografies, actualització de recursos, etc.

Participació a jornades o seminaris específics de treball social bé organitzats des de la gerència d'atenció primària o a petició d'altres institucions.

4.2.4. Unitat docent de medicina familiar i comunitària

Quant a l'apartat d' "Àrea de treball social i familiar" basat en el Programa d'Atenció Primària de la Unitat Docent, es desplega a continuació el pla de treball a realitzar per aquests professionals.

Objectius:

- 1.- Capacitar per detectar i treballar les causes que produeixen situacions i diagnòstics mèdics (per grups d'edat o per grups de risc).
- 2.- Mostrar en quins tipus de casos hi pot intervenir el treballador social i involucrar el microequip en el possible pla de treball i resolució del problema.
- 3.- Donar a conèixer la filosofia del TS centrada en el tractament global del problema.
- 4.- Donar a conèixer les funcions del treballador social.

Metodologia

La rotació del metge resident amb el TS es basa principalment en aconseguir els objectius proposats en el Programa de Docència, a través de les següents actuacions:

- 1.- Quant al primer objectiu, es podrà treballar amb un o més residents conjuntament a través de reunions de discussió.

- 2.- Quant al tema de les funcions:

El TS donarà a conèixer les funcions al metge resident de dues maneres diferents:

2a.- Acompanyament del metge resident en el treball quotidià que realitza el treballador social (visites a domicili, entrevistes familiars, treball administratiu, etc.).

2b.- Explicació d'altres funcions que en aquest moment determinat no s'estiguin desplegant (per exemple: treball comunitari, coneixement de la zona de salut, etc.)

4.2.5. Mobilització de recursos

El TS col·labora amb els altres professionals en el tractament del pacient i família.

El seu àmbit concret d'intervenció és el malestar psicosocial i la seva funció ser un mitjancer d'ajuda i no un simple dispensador de recursos.

Definim com recurs qualsevol mitjà humà, material, institucional o financer que pugui millorar una situació inicial.

En AP de salut comptam amb:

- Unitats de Salut Mental
- Assistència medicofarmacèutica
- Targeta sanitària sense recursos
- Assistència a estrangers que no treballin de forma remunerada i no tinguin recursos econòmics

-
- Prestació farmacèutica per malalties cròniques, per exemple VIH
 - Ortesi
 - Programa d'atenció domiciliària
 - Programa d'atenció a la dona
 - Programa del nin sa
 - Programa de salut bucodental
 - Col.laboradors socials
 - La coordinació amb altres entitats que suposen un recurs imprescindible per al TS d'atenció primària.

4.2.6. Coordinació interna EAP-TS

La intervenció de forma integral requereix una globalització de l'atenció de manera que contempli el pacient en tots els seus aspectes, físics, psíquics i socials per la qual cosa cal la coordinació interprofessional.

La coordinació es produeix per situacions distintes:

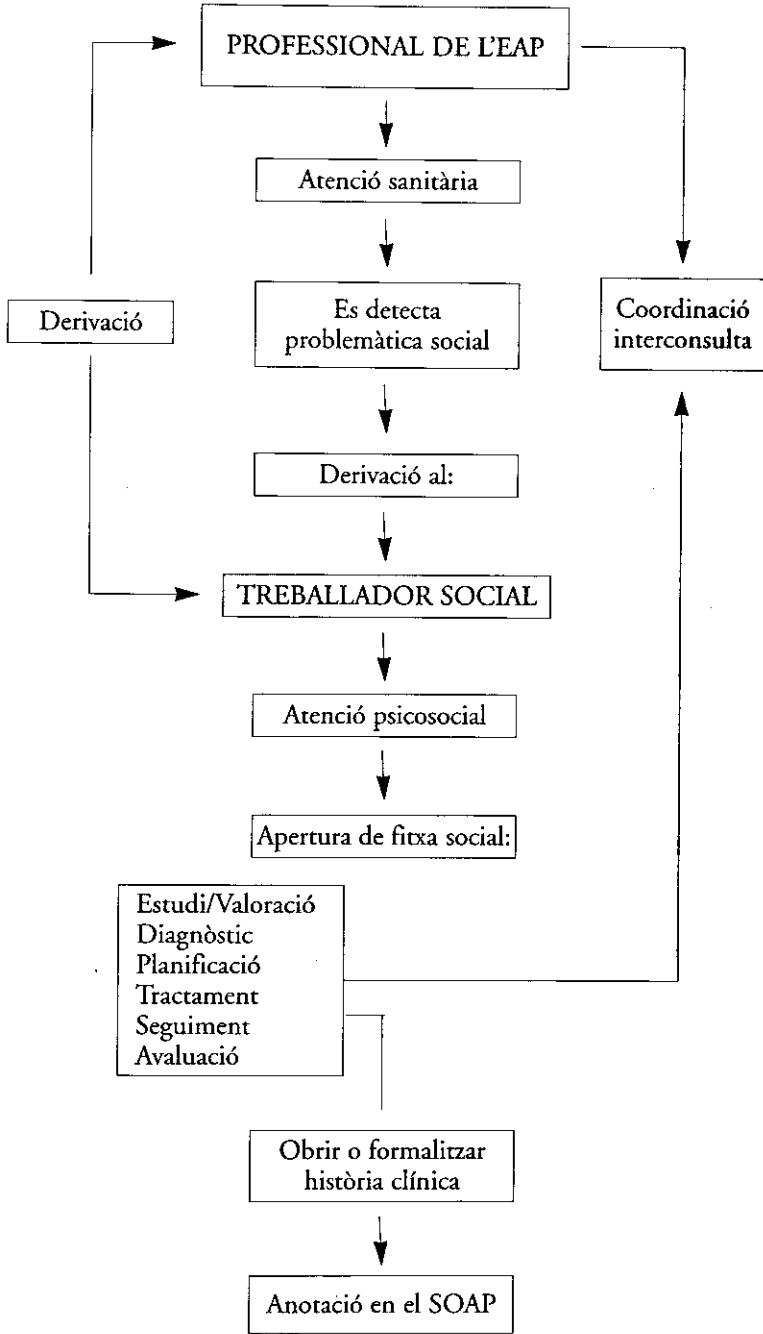
- Remissió de l'usuari o família a la UTS
- Estudi conjunt del cas
- Informació mútua sobre el procés
- Elaboració conjunta del pla d'actuació de cada un dels professionals que intervinguin.

L'espai que regula la coordinació és la interconsulta. En ella es realitza l'intercanvi d'informació entre els professionals i es programa la seva freqüència per al seguiment conjunt.

Una de les actuacions necessàries perquè es doni la coordinació és el registre de dades en la història clínica on s'hi reflectirà:

- La demanda expressada
- La problemàtica detectada
- Els factors sobre els quals es planteja la intervenció
- Actuacions i resultats

*CIRCUIT DE COORDINACIÓ INTERNA
EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA - TREBALLADOR SOCIAL*



4.2.7. Coordinació sociosanitària

S'entén que hi ha coordinació sociosanitària quan s'estableix una relació interprofessional amb altres institucions o entitats per a la millor intervenció o seguiment dels casos.

La coordinació es pot donar puntualment o en el decurs del procés de la situació problemàtica. Amb ella es pretén:

- 1.- Unificar criteris d'intervenció i classificar objectius
- 2.- Evitar duplicitats
- 3.- Agilitzar tràmits
- 4.- Tenir una informació més àgil sobre recursos i serveis.

Hi pot haver coordinació amb:

- Serveis d'atenció primària (Càritas, Serveis Socials Municipals, etc.)
- Serveis d'atenció especialitzada.

Amb els serveis d'atenció primària, per accedir a recursos/prestacions que tenen aquestes institucions com ajudes econòmiques, programes de promoció de l'ocupació, allotjament, etc.

Aquesta coordinació es materialitza a través d'informes socials i/o entrevistes amb els professionals, visites domiciliàries conjuntes, si la situació ho requereix.

Amb els serveis d'atenció especialitzada es pot diferenciar:

- Entre els 17 centres de salut de Palma i els hospitals: Joan March, Creu Roja, Psiquiàtric, General i Son Dureta.

La necessitat de coordinació sorgeix arran de l'inici de contactes establerts un cop al mes entre els TS d'ambdós nivells assistencials.

Els continguts de les reunions de coordinació s'estableix de la manera següent:

- Comentari de casos individuals
- Intercanvi d'informació d'activitats o programes a seguir en les diferents institucions
- Canvis o reestructuracions de serveis

Es valora la necessitat de comptar amb altres professionals davant de:

- Un ingrés o alta hospitalària de malats amb problemàtica sociosanitària.
- Quan calgui obtenir informació del facultatiu.
- Quan calgui obtenir informació sobre l'evolució d'un malalt.
- Per saber si s'ha realitzat ja alguna intervenció per evitar duplicitats i/o contrastar informació obtinguda.

Es considera que aquestes actuacions són positives tant per al malalt com per al professional per continuar la intervenció.

- Amb entitats que presten els seus serveis a col·lectius específics segons problemàtica: menors, dona, transeünts, tercera edat, disminuïts, ONG's, associacions, etc.

La coordinació s'ha establert davant la necessitat de complementar el treball diari. Cal assenyalar que no hi ha cap conveni interinstitucional que la faciliti o la reguli, llevat d'alguna qüestió puntual. Des de la Gerència d'Atenció Primària s'ha valorat i respectat la línia que, quant aquest tema, s'ha anat configurant per les pròpies UTS.

4.2.8. Vies per a la coordinació i/o derivació

1. Telefònica
2. Fax

3. Full de derivació que podrà usar-se com a presentació per al malalt perquè un altre professional tengui una mínima informació i se'n faciliti un seguiment.
Un cop rebut el full caldrà posar-se en contacte amb el professional derivant per completar la informació. En cas que sigui necessari es remetrà més endavant un informe social.
Al final del full de derivació s'anotaria un apartat per facilitar la forma de contactar (dies i hores de permanència).
4. Informe social. Explicació més exhaustiva de la situació (aportant informació sobre la situació familiar, relacions socials, situació econòmica, etc...)

BIBLIOGRAFIA

- Ackerkmecht, E.H., *Medicina y antropología social*. Madrid. - Akal, 1985
- Álvaro, S.L.; Tousegrosa, J.R.; Garrido, A., *Influencias sociales y psicológicas en salud mental*. Madrid. - Editorial Siglo XXI. Madrid.
- Atención Primaria de Baleares, *10 años de centros de salud en Mallorca*. 1995.
- Boletín Oficial del Estado, *Ley General de Sanidad*. 1986/102/1/17.
- Boletín Oficial del Estado, *Real Decreto 137/1984, sobre estructura básica de salud*. 1984/27/2627/926.
- Circular de INSALUD. *Actividades tanto en Hospital como en Atención Primaria*.
- Circular de INSALUD. 25 de febrero 1998. *Instrucciones 2/98 de la Dirección General de Objeción de Conciencia para la cobertura de las plazas vacantes*.
- Circular INSALUD. 4 agosto 1994
- Escartín, M.A.J., *Manual de trabajo social (Modelos de práctica profesional)*. Alicante, Editorial Aguacilar. - 1992.
- Federación de Asociaciones en Defensa de la Salud Pública (FADASP), *Declaración. Salud 2000*, 1987. 118/5-7.
- Ituarte Tellaeche, A., *El trabajo social en salud hoy: retos y estrategias*. Revista de Trabajo Social y Salud, núm. 18. 1994.
- Ituarte, A., *Procedimiento y proceso en el trabajo social clínico*. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid. - 1992.

Ituarte Tellaeché, A., *Coordinación entre servicios sanitarios y sociales. Por qué? Para qué? Cómo?*. Revista de Trabajo Social y Salud, núm. 15. 1993.

Kisnerman, Natalio, *Salud pública y trabajo social*. Editorial Humanitas

Martín Zurro, A.; Cano Pérez, F.F.; [compiladores], *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en consulta*. Barcelona. - Doyma, 1986

Ministerio de Justicia, *Instrucciones sobre la incorporación de los objetores y el régimen de la Prestación Social*.

Ministerio de Sanidad y Consumo, *Gula de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria*. Madrid. -

Prat, J.; Pujadas, J.J.; Comelles, J.M., *Sobre el contexto social de enfermar*. En Kenny M., De miguel, J.M., editores. *La antropóloga médica en España*. Barcelona. - Anagrama, 1980.

Reglero Cano, M.C., *Factores y recursos psicosociales relacionados con la salud mental*. Revista de Trabajo Social y Salud núm. 26, Madrid, 1997.

Rodríguez González, M.C., *El trabajo social en atención primaria de salud*. Revista Centro de Salud, vol. 1, núm. 9, noviembre 1993.

Subdirección General de Gestión de la Atención Primaria, *Programa de formación del EAP. Visita domiciliaria*. Madrid. - 1989.

Uribe Oyarbide, J.M., *Atención primaria y centro de salud: la construcción social de la salud*. Revista de Trabajo Social y Salud, núm. 29. 1988.

Uribe Oyarbide, J.M., *Promoción, prevención y educación en salud. ¿Nuevos significantes para nuevos significados?* Revista de Trabajo Social y Salud núm. 29. Madrid. - 1998

Visita domiciliaria. Monográfico de la Revista Index de Enfermería, 1992, vol. 1, núm. 2.

CÀRITAS DIOCESANA DE MALLORCA: TRENTA-SET ANYS D'OPCIÓ PELS POBRES

Equip Tècnic de Càritas

QUI SOM

Càritas és una Organització no Governamental (ONG) sense ànim de lucre, reconeguda per l'Estat, que treballa en coordinació i comptant amb la col·laboració d'altres institucions privades i de l'Administració pública.

Càritas, que pertany al Bisbat de Mallorca dins l'àmbit de la Delegació Diocesana d'Acció Social, es fa present en la nostra societat mitjançant els Grups d'Acció Social (GAS) a les parròquies i/o en els projectes. Aquests grups, integrats per voluntaris i professionals, estan a prop i donen suport a totes les persones, especialment els més petits, dèbils i necessitats.

Els GAS són signe i expressió de solidaritat i fraternitat enmig del nostre món.

COM HEM ARRIBAT ON SOM

El fet de trobar-nos en aquests moments amb una xarxa d'Atenció Primària/Acció de Base, reconeguda com a xarxa oficial pel Consell Insular de Mallorca (CIM) l'any 1995 (BOCAIB de dia 12-9-95), no ha estat un fet aïllat que s'ha donat de cop i volta, sinó que és fruit de tota una història, de tot un procés i del treball de moltes persones durant molts anys.

A Mallorca tenim constància de realitats de solidaritat organitzada entorn a la parròquia de pobles i de Ciutat des de fa molt temps, però la personalitat de Càritas Diocesana es va constituir el 8 de desembre de 1961, després d'una dècada (1950-1960) en què Mallorca va passar de ser una illa d'emigrants a una illa d'immigrants que venien a treballar principalment en l'hosteleria. Aquesta situació va provocar un canvi social i va fer emergir noves pobreses a les que s'havien de donar noves respostes. Càritas va donar cobertura a tot un treball descentralitzat amb immigrants, amb la creació de centres que anomenàvem "acolliments". També, aquests anys, varen aparèixer altres realitats com la promoció de vivendes per a gent treballadora, escoles infantils, etc.

Els anys setanta, amb les directrius del Concili Vaticà II i després d'una Assemblea Diocesana, s'assumeix d'una manera clara l'objectiu primer de l'Acció Social de Càritas: "l'opció pels pobres".

El fet que Càritas entràs a formar part de la Confederació de Càritas Espanyola, ens va ajudar a fer camí vers una visió de la realitat més global, motivant l'anàlisi per descobrir les causes que provoquen la pobresa i facilitant-nos una millora qualitativa de les tècniques i serveis. Això ha suposat una renovació i actualització constant del nostre treball.

51 ATENCIÓ PRIMÀRIA

51

El 1978 es crea la Delegació Diocesana d'Acció Social amb l'objectiu de conjuntar i treballar coordinadament tots els àmbits de l'Acció Social de l'Església local.

En els anys 80 continuen apareixent noves realitats de pobresa en la família, en l'àmbit laboral, etc. És en aquest moment quan es veu la necessitat d'apropar-nos més a les realitats de pobresa dels barris i de les persones. Per això es posa en marxa el Programa de Descentralització de Càritas, amb l'objectiu de poder atendre directament allà on hi ha la problemàtica, en els barris. Aquest canvi tant radical va provocar una crisi en els treballadors socials (TS) de Càritas, ja que es veia amenaçadora aquesta manera de treballar, amb molta més mobilitat, flexibilitat d'horari, més proximitat i apropament a les persones i les seves problemàtiques, i amb una formació i metodologia noves. Això va fer possible una línia de treball més humanitzadora i de relació intensa d'ajuda. Passats els anys tots aquests canvis es valoren positivament.

És a partir de la descentralització que es considera important la coordinació amb la xarxa de Serveis Socials de l'Ajuntament de Palma. Això fa que la relació amb l'Administració pública comenci a ser més forta i amb una coordinació més constant, tant a nivell de base (barris), com a nivells polítics. Arribar a aconseguir-la no va ser fàcil, ja que suposava consensuar uns criteris comuns, eliminar prejudicis per part d'uns i d'altres i, finalment, arribar a constatar que l'objectiu és comú: atendre les persones en situació de dificultat.

A partir de 1990 s'incrementa notablement el nombre de professionals de Càritas circumstància que permet acompanyar i treballar millor amb els GAS dels barris, potenciar l'Atenció de Base, la formació del voluntariat i la coordinació amb els serveis socials que treballen a cada zona, així com fer el seguiment i acompanyament més proper de les famílies que s'estan atenent i dels projectes comunitaris que han anat sorgint en els barris per donar resposta a les diverses necessitats.

Continuant atents a la realitat canviant, van sorgint nous projectes. En destaca, sobretot, la feina feta amb tallers d'inserció que en aquests moments estan inclosos en la xarxa de projectes d'inserció a càrrec de la Renda Mínima d'Inserció.

D'aquesta manera s'arriba al moment en què l'Atenció Primària de Càritas es reconeix com a xarxa oficial pel CIM: com un servei més amb el que compta la nostra Illa, encara que, bàsicament, se centri més en el municipi de Palma degut a la major concentració de problemàtica.

COM TREBALLAM

Des de Càritas volem estar, a l'hora de plantejar-nos una metodologia de feina dins atenció primària, molt atents a la realitat, ja que l'entenem com a motor de canvi i, per tant, és imprescindible tenir-la present de cara a fer una feina efectiva i que respongui a les necessitats.

Des de sempre els canvis que s'han produït en la societat han marcat el tipus d'actuacions dirigides a transformar-la. L'acció social -encaminada a arribar a un món més just- s'ha desenvolupat partint de la realitat i passant aquesta pel sedàs de la identitat i la utopia de l'agent transformador. Deim, per tant, que la realitat és motor de canvi en el sentit que repta la nostra acció social, que vol ser transformadora.

Partint d'aquesta idea, veim que per poder transformar la realitat l'hem de conèixer i, sobretot, l'hem d'entendre. La nostra lluita contra l'exclusió social es quasi impossible si no som capaços d'entendre les seves causes i efectes.

En el moment en què acostam aquestes premisses teòriques a la nostra acció diària constatarem que:

- * Els canvis del món en aquests darrers anys han estat molts i, sobretot, molt ràpids. Probablement en dues dècades la realitat ha canviat més que en els 50 anys anteriors.
- * La realitat s'ha ampliat. Abans n'hi havia prou en conèixer l'àmbit local i, en part, l'àmbit nacional; ara el món és més que mai una sola entitat. El que ens afecta ja no és només el que podem veure i tocar.
- * La realitat tendeix a ser única. Tot està relacionat en aquest món global.
- * Això significa que hem passat a viure en el que podríem dir sincronia. Abans, el temps era local, d'un lloc a l'altre el ritme variava. Ara vivim tots un mateix temps, els esdeveniments ens afecten a tots a l'hora.

Aquests canvis tant forts i ràpids no ens han permès, en moltes ocasions, ser capaços de llegir els signes dels temps i traduir-los al nostre treball diari amb la suficient velocitat. Podríem dir que "quan teníem les respostes ens han canviat les preguntes". En aquest sentit, s'ha de constatar que la velocitat ambiental no és propícia per a la reflexió ni per a l'adequació de les pràctiques.

Gran part d'aquests efectes plantejats ens aboquen al que coneixem per "globalització" que suposa passar d'una economia regional a una economia mundial, amb els efectes polítics i socials que això comporta.

Alguns dels efectes que produeix la globalització de l'economia i que a nosaltres ens toca de ple són:

- * El nombre de persones en situació d'exclusió augmenta encara que els índexs macroeconòmics siguin bons. Comprovam, doncs, que el creixement econòmic i el desenvolupament social són factors independents.
- * Els patrons de pobresa canvien: els joves es veuen molt més afectats, igual que els habitants de les ciutats. Sorgeixen noves pobreses.
- * La pobresa no es pot entendre com a factor aïllat. Hi ha una polipatologia, una sèrie d'interaccions entre diferents factors que donen lloc a situacions de pobresa.
- * L'element clau per entendre la pobresa és el treball, o millor dit, l'atur. La disminució del control per part de l'Estat de les condicions laborals i de la dinàmica del mercat col·loquen gran part de les persones en una situació d'inseguretat i risc.

Tots aquests factors han produït una sèrie de conseqüències observables als nostres barris i pobles:

- * S'ha produït una desestructuració social; només cal mirar el teixit associatiu, que s'ha perdut majoritàriament. Tenim una societat amb poc teixit i molta gent, i això la fa vulnerable als canvis estructurals com la precarització de la feina, congelació de sous i pensions, etc.
- * Hi ha una disminució de la participació. A això hi ha contribuït molt la precarietat laboral, que ha comportat viure en una inseguretat permanent i a haver d'acceptar condicions laborals que no faciliten la participació.
- * Finalment la individualització, que ha fet que disminueixi la capacitat d'incidència en la vida política i, per tant, en el procés social.

Després d'aquesta reflexió sobre la nostra realitat ara, sabent d'on partim, exposam quina és actualment la nostra metodologia i manera de fer feina,

essent conscients que aquesta pot anar canviant a mida que anem revisant i observant la realitat, i la nostra feina de cara a adaptar-la sempre el millor possible a les necessitats que vagin sorgint.

Des de Càritas entenem l'Acció Social com un conjunt d'activitats i serveis destinats a què els diferents grups i persones desfavorits puguin resoldre les seves necessitats i millorar la seva qualitat de vida. Això suposa la participació de la persona i dels diferents grups i recursos de la comunitat.

L'Acció Social des de Càritas vol respondre:

- a) **A les situacions de pobresa i marginació.** Entesa també com la manca de les condicions necessàries per desenvolupar una vida digna i autònoma.
- b) **A la injustícia.** Intentant anar a les causes de les situacions d'empobri ment i poder abordar els problemes globalment i estructuralment.
- c) **A les dificultats de realització de la persona.** Ajudant a desenvolupar les seves capacitats.
- d) **A desenvolupar els valors potencials** que tota persona i tot col·lectiu té.

Per tant, els nostres objectius de treball són:

- * **El desenvolupament integral de la persona**
- * **Potenciar canvis en la societat per aconseguir una societat més justa i solidària.**

Per poder arribar a assolir aquests objectius es donen dos eixos de treball que fan possible la realització concreta d'aquests principis:

- * **Atenció primària/Acció de Base**
- * **Atenció secundària/especialitzada**

ATENCIÓ PRIMÀRIA / ACCIÓ DE BASE

El nostre treball d'atenció directa a les persones i col·lectius que demanen ajuda es realitza de forma descentralitzada: a través dels GAS, grups de voluntaris coordinats i acompanyats en la seva acció per un professional del treball social.

En aquests moments hi ha 44 grups a Palma i a la majoria de pobles de Mallorca.

El treball dels GAS va orientat al conjunt de la població que resideix a la mateixa zona geogràfica on s'ubica el grup per intentar donar resposta a les necessitats individuals i col·lectives.

El GAS treballa en la detecció de la problemàtica social, conscienciació dels diferents grups de la comunitat i acompanyament en la recerca d'alternatives a les necessitats detectades.

El voluntariat que forma el grup viu, estima i coneix el seu entorn. És per això que no s'entén la feina del GAS si no és en estreta col·laboració i coordinació amb les altres entitats i serveis que treballen dins tot l'àmbit sociocultural de la zona. El GAS ha de ser un motor que creï teixit social.

La gratuïtat i solidaritat del voluntariat permet sovint realitzar accions que, normalment, amb professionals sols, no es podrien realitzar.

Abans ja hem dit que el nostre treball es desenvolupa de forma descentralitzada: actualment som un equip de tretze TS. Cada treballador té adjudicada una zona geogràfica; la divisió que tenim es correspon amb la de l'Església de Mallorca (parròquies i arxiprestats). Cada professional coordina diversos

GAS en els barris de Palma i a la Part Forana. El TS acompanya els grups de voluntaris respectant el seu procés de grup i de cada persona, però sense deixar de treballar per donar una formació que ajudi a fer una acció cada vegada més basada en les situacions de necessitat de cada barri, família, etc.

Hi ha programada una formació per als GAS de pobles i el nostre interès és que treballin en coordinació amb els treballadors socials dels ajuntaments de cada poble. En aquest moment també hi ha en marxa un projecte comú amb els ajuntaments d'Inca i Manacor. Treballam plegats en la Fundació Deixalles de Sóller i Felanitx, l'Escola de Treballadores Familiars de Sant Llorenç, etc., i voldríem que, en un futur pròxim, també poguéssim dur a terme altres projectes amb la col·laboració d'altres ajuntaments de la Part Forana.

Per a nosaltres l'Atenció Primària/Acció de Base és acollir la persona que ve en demanda d'ajuda de manera integral, intentant crear un clima de comunicació on sigui possible conèixer la situació de la persona, del seu nucli familiar i del seu entorn. Si ens és possible, volem abordar el bessó del problema.

La nostra línia de treball és humanitzadora:

* **Oferim la possibilitat de comunicar-se:**

Sentir-se escoltat, possibilitar que pugui formular la seva primera necessitat.

* **Donar seguretat:**

Infondre-li la seguretat que necessita per contrarestar la seva fragilitat. Donar-li la força necessària perquè pugui anar descobrint quin és el veritable problema, l'arrel, i formular-lo. Només així es podrà iniciar un pla de feina eficaç amb la persona.

* **Desdramatitzar la situació:**

És bo que valorem amb la persona el problema, però sense identificar-nos-hi.

* **Reforçar les actituds positives:**

Acollir com cal suposa anar descobrint actituds i aspectes positius de la persona. Ajudar-la a recobrar la confiança en ella mateixa i potenciar-la perquè sigui ella, en la mesura de les seves possibilitats, qui solucioni les seves necessitats. Així reforçam l'autoestima de la persona.

* **Canviar l'actitud davant del problema:**

Ajudar a trobar alternatives i a fer-ho amb una actitud positiva.

* **Situar-nos en un pla d'igualtat davant la persona:**

Treballar amb ella, de persona a persona, però amb actituds terapèutiques.

Per treballar d'una manera global dins Atenció Primària és imprescindible la coordinació. Aquesta coordinació no és fàcil: suposa esforç, arribar a criteris comuns, invertir-hi temps, però creim que sense coordinació és impossible fer una feina que doni respostes reals.

REPTES I QÜESTIONAMENTS

En aquests moments a Càritas ens preocupa, sobretot, una de les conseqüències d'aquesta globalització econòmica: l'exclusió.

La conseqüència d'aquest complex procés que exposàvem abans és l'aparició de l'exclusió que ve a substituir el concepte tradicional de pobresa.

Veim l'exclusió, en principi, com un concepte molt més desesperançat que la pobresa. Damunt un paper, podríem representar la pobresa com una recta en la que s'hi pot avançar (dalt-a baix), mentre que l'exclusió és una circumferència que

separa dos espais (dinàmica dins-fora). El mercat exclou els qui no necessita i aquests es troben sense altra possibilitat que la de sobreviure. La societat es converteix en un joc de suma zero: perquè uns estiguin dins, uns altres han d'estar fora.

L'exclusió laboral té com a conseqüències altres exclusions. Per ser més sistemàtics podríem dir que l'exclusió té tres dimensions (J.GARCIA ROCA, 1995):

- * Dimensió estructural: que és conseqüència dels processos de globalització i en el que el centre és la disposició de feina. El sistema expulsa els qui no són vàlids patint una doble exclusió: la laboral i la de protecció social.
- * Dimensió ambiental: es refereix al context local en el que es mouen les persones, ja que l'exclusió no depèn només del factor estructural, sinó també de la vulnerabilitat de la societat local. A Mallorca, a nivell ambiental, tenen molta importància l'estacionalitat, la mescla de valors culturals que conflueixen a l'illa, l'explotació de la terra, etc.
- * Dimensió personal: es forma una persona sense capacitat de socialització, amb uns dinamismes vitals dèbils, presa fàcil de l'exclusió.

Tot això provoca que l'exclòs se senti expulsat per forces que no domina i sobre les quals no hi pot influir. És la creença generalitzada que no s'hi pot fer res. L'exclusió es presenta com una interrelació de les tres dimensions. No és possible separar una de les tres dimensions per actuar sobre ella.

Davant aquesta realitat, a l'hora de planificar la nostra acció social, són vàries les preguntes que ens sorgeixen:

- * És possible plantejar solucions parcials per resoldre un problema integral? L'exclusió es planteja com quelcom complex, amb vàries dimensions interrelacionades. En principi això no sembla possible. L'individualisme ("salvi's qui pugui") provocat per la manca de feina, la inseguretat, etc., ha fet minvar la participació ciutadana i això provoca que el que és comunitari i el que és personal no es mescli. En aquestes condicions, és possible treballar només la dimensió personal? Com podem revitalitzar el teixit social?
- * És pot compartimentar la realitat?
És cert que hi ha col·lectius que s'han vist tradicionalment exclosos (gitanos, immigrants, etc.) i que tenen característiques particulars, però no podem oblidar que la dimensió estructural és igual per a tots i l'ambiental podria dir-se que també. Dividir l'acció només per algunes característiques de la dimensió personal, encara que pot ser operatiu, indica una assignació massa forta a aquesta dimensió. Dins el barri el sistema d'exclusió afecta a gitanos, nins i dones per igual. Un repte de Càritas és treballar des del territori les problemàtiques que van sorgint, intentant interrelacionar-les entre tots els programes per donar una atenció integral i una major rendibilitat.
- * També ens qüestionam la nostra organització i estructura: està respondent als reptes que se'ns plantegen?
Aquest interrogant des de Càritas és constant. Passar d'una Càritas petita a una organització més complexa ens fa revisar constantment que els recursos, tant personals, com d'infraestructura i econòmics, estiguin sempre al servei de l'objectiu de Càritas: l'atenció a les persones amb més necessitat.
- * La nostra acció, s'adapta amb rapidesa als canvis amb què succeeix tot (aparició de noves pobreses) sense perdre ni la filosofia humanitzadora ni la nostra identitat?

-
- * Treballam perquè la persona sigui protagonista de la seva vida i del seu procés? Hem de fomentar una acció social que deixi espais; si no en deixam, la persona no creixerà. En quina mida ajudam la persona a ser subjecte actiu del seu canvi? El nostre estil de feina, deixa espais per créixer?
 - * La nostra acció social té com a base fonamental el treball amb voluntaris, tant per fer i crear teixit social dins el barri, com per treballar directament processos de canvi amb les famílies. Veim que la manera amb què es potencia actualment el voluntariat (lleï de voluntariat, que premia una acció voluntària, objecció de consciència, etc.) provoca que, a moments, aquest voluntariat sigui molt menys compromès i perdi el sentit de gratuïtat.

Ens qüestionam com continuar amb la tasca de motivació i formació, si volem que el voluntari treballi per una societat més justa i solidària.

- * Un repte constant des de l'equip de professionals del treball social que acompanyam els grups i famílies d'Atenció Primària, és com ser sensibles a la realitat de treball quotidià sense deixar d'utilitzar, de la millor manera possible, totes les tècniques del treball social, és a dir, aconseguir treballar per créixer amb la persona.

Equip de Serveis Socials d'Atenció Primària
MANACOR

Amb aquest article, elaborat sense gaires pretensions i a partir de l'experiència diària del nostre quefer professional, pretenem contribuir a embullar encara més el panorama d'aquest cul de sac en què ens sembla que es van convertint els serveis socials d'atenció primària. A partir de quatre punts molt concrets que tenen per a nosaltres conseqüències també molt concretes, voldríem ajudar a crear una mica més de confusió, encara que sigui només perquè estam convençudes que estar embullats és la primera passa per començar a aclarir-se.

El primer punt que fa una important aportació a aquesta situació és la manca de desenvolupament normatiu de la Llei d'Acció Social de 1987 que encara resta sense reglamentar (seria impertinent demanar-nos per què?) i que afecta d'una forma especial els serveis socials d'atenció primària ja que no defineix les competències municipals en aquest tema. La improvisació, l'anar responent com bonament es pot i segons les possibilitats puntuals de cada moment és un dels efectes que patim, d'alguna manera, els professionals d'aquests serveis.

Per posar un exemple, constatarem que cada dia arriben suggeriments i ofertes de participació en estudis i investigacions que, quan estiguin llestes, figuraran com a productes elaborats per altres institucions sense que, en la presentació final (delicadament enquadrada, això sí) hi figuri tan sols un petit agraïment per les aportacions que els serveis municipals hi hagin pogut fer. Aquests "estudis" no sempre -gairebé mai- responen a les necessitats sentides pels municipis i en rares ocasions són retornats a la base per tal que puguin resultar d'alguna utilitat pràctica. És evident que per raons polítiques o, simplement, per "ètica" professional, ens sentim obligats a participar, amb tot el que això suposa de temps i inversió de recursos humans. Les fortes mancances que encara presenta el sistema de registre de la informació (SISS) dificulta encara més l'obtenció d'unes dades que, sovint, s'han d'anar a cercar de forma artesanal (és a dir, comptant d'un en un o "imaginant" el possible contingut de la informació).

En segon lloc, un altre fet que es pot considerar nou dins el camp dels Serveis Socials és tot el conjunt de noves ofertes que contínuament se'ns presenten, d'una forma especial les empreses privades. Aquest fet, inevitable en un sistema econòmic com l'actual, és també desitjable donada la impossibilitat del sector públic de donar cobertura a totes les necessitats. Així i tot, també és cert que a vegades (ja s'han donat alguns casos) ens podem arribar a sentir-nos pressionats per justificar i per trobar -fins i tot- possibles beneficiaris de projectes que mai no han estat demanats ni considerats com a necessaris.

Com a tercer factor que voldríem assenyalar, cal incloure les tasques de "suplència" que ens toca desenvolupar en alguns casos, especialment als treballadors socials dels pobles. Efectivament, els sistemes de salut (Centres de Salut,

Hospital de Manacor, etc.) i judicial, per posar alguns exemples, no compten en els pobles amb professionals del treball social, per la qual cosa, en molts casos, els assistents socials d'atenció primària ens veim obligats a cobrir les tasques que ells haurien de desenvolupar. Sovint es reben requeriments sobre visites domiciliàries, elaboració d'informes o localització de persones que ens veim obligats a cobrir, fent una tasca puntual, sense cap tipus d'informació prèvia i sense que llavors tinguem una devolució de l'actuació que s'ha seguit amb el cas o, simplement, de l'ús que s'ha fet de la informació que hem aportat.

A aquesta constatació cal afegir tot el que es deriva de la manca de descentralització de serveis importantíssims -per exemple, el Servei de Menors- que també ens fa encàrrecs de citar famílies, elaborar informes, fer el seguiment d'adopcions, etc., sense que tampoc la devolució que se'ns fa sigui sempre la desitjable. Tot plegat constitueix un seguit d'actuacions que multipliquen la feina i que, sobretot, ens dóna sovint la sensació de treballar "per encàrrec", suplint mancances d'altres sistemes.

Com a conclusió, la imatge que a vegades tenim dels nostres propis serveis és la de cul de sac on hi va a parar tot, d'una forma desordenada i anàrquica. Per descomptat, no se'ns pot ocórrer, ni de lluny, oposar-nos a col·laborar amb tot el que se'ns demana, ni deixar de mostrar interès per les ofertes que se'ns presenten. Ben prest se'ns acusaria de tenir una visió curta i estreta del treball social.

Si a tot l'anterior hi afegim la pràctica inexistència de criteris polítics clars sobre el que es vol fer amb serveis socials a la majoria dels nostres pobles, la complexitat del cul de sac es fa ja quasi inabordable. És un fet que en molts de casos l'elaboració de plans i projectes esdevé un tràmit burocràtic a complir per accedir a les aportacions econòmiques del Consell o un conjunt de bons desitjos del treballador social de cada lloc. Els dits d'una mà sobriarien a l'hora de comptar els municipis on aquests plans i projectes responen a unes prioritats polítiques definides. Tot plegat ofereix una imatge distorsionada dels serveis socials d'atenció primària als ciutadans i no ajuda gens a crear condicions de treball correctes per als professionals d'aquests serveis.

...I qui tengui orelles, que ho senti.

SERVEIS SOCIALS COMUNITARIS DE LA MANCOMUNITAT PLA DE MALLORCA

Petra Joan Socies
Margalida Rosselló Bauzà
M^a Magdalena Viedma Viedma
Iolanda Cirer Sotos

1. INTRODUCCIÓ

1.1. Emmarcament

La Mancomunitat Pla de Mallorca (d'ara endavant "Mancomunitat") es va constituir el 16 de febrer de 1982, fruit d'una sèrie d'estudis i reunions dels barles dels 10 ajuntaments que la formen i la Conselleria d'Indústria i Comerç del Consell General Interinsular. Es va crear quasi amb l'únic objectiu de fer la recollida i eliminació dels residus sòlids urbans, servei que s'inicià el mes de gener de 1983.

A mesura que augmentava la necessitat de prestació de nous serveis i al temps que els representants municipals prenen consciència que la Mancomunitat podia ser una bona eina per a la prestació d'aquests serveis demandats pels ciutadans, es canviaren els objectius de la Mancomunitat.

Així, començant amb la prestació de tota una sèrie de nous serveis (educació d'adults, serveis socials, etc.) es va anar consolidant la Mancomunitat com a ens de gestió de serveis públics, en adonar-se els ajuntaments integrants que d'aquesta manera es podien prestar als ciutadans uns serveis de major qualitat i que, a la vegada, s'abaratien els costos.

En aquests moments la Mancomunitat està totalment consolidada com a institució supramunicipal de prestació de serveis, comptant amb un edifici propi com a seu.

1.2. Finançament

Des del punt de vista econòmic i pressupostari, el major problema que plantegen les mancomunitats és el dels seus recursos i més concretament el de l'autofinançament.

El règim de finançament de les Mancomunitats ve establert a l'article 131 i següents de la Llei Reguladora de les Hisendes Locals. D'aquesta regulació podem deduir que les mancomunitats ostenten els mateixos recursos que els ajuntaments (subvencions per serveis i projectes presentats, etc.) exceptuant-ne la participació en els tributs de l'Estat i la capacitat per establir impostos. Així mateix, se n'hi afegeix un de peculiar a l'article 135 que és el de l'aportació dels municipis que la integren.

Aquest recurs és genú de les Mancomunitats i, en general, de totes les formes associatives, essent el més antic i fins fa poc l'únic.

La regulació de les aportacions municipals han de venir establertes als Estatuts de la mancomunitat on es podran establir distints tipus de barems (nombre d'habitants, pressuposts, extensió del terme municipal o del recinte urbà, etc.), i la seva aplicació de forma individual o combinada.

L'exposat tipus de finançament és el més emprat per les mancomunitats, especialment per aquelles d'escassos recursos. A pesar d'això, aquest tipus no és el més adequat perquè pot arribar a paralitzar l'activitat d'una mancomunitat pels diversos problemes que es poden arribar a plantejar i que provenen, especialment, de les dificultats en el cobrament de les quotes i l'enquistament de la gestió en no existir fons propis que donin suport al bon i continuat funcionament de la mancomunitat per manca de liquidesa.

2. SERVEIS SOCIALS COMUNITARIS

La Mancomunitat Pla de Mallorca és l'altra cara de la moneda del turisme. Sovint es diu que aquesta zona de Mallorca roman aliena a les repercussions de l'economia turística i no és així. Des de l'any 1950 es produeix una migració progressiva de la població del Pla cap a les zones costaneres de l'illa i, en conseqüència, els pobles es queden pràcticament sense activitat econòmica. L'agricultura, principal i gairebé única activitat econòmica fins aleshores, decau. El pagès perd el poder adquisitiu en no donar-se una política de regulació d'aquest sector i opta per integrar-se en el sector de serveis que creix paral·lelament a la decadència del món rural.

Així mateix, la manca d'evolució d'una petita indústria que salvaguardés l'economia d'una absoluta dependència del turisme, fa que les persones en edat activa s'instal·lin, de cada vegada més, a Ciutat o a la costa on es donen més oportunitats de treball i de vida.

Aquests municipis han patit de deixadesa en aspectes d'inserció econòmica i això ha repercutit en una defectuosa dotació de serveis de tipus socials. Tanmateix, si aquesta inserció s'ha duit a terme escadusserament ho ha fet sense una planificació general que tengués en compte les necessitats reals de la població.

Tants d'anys d'emigració ininterrompuda de gent del Pla a la costa i d'unes taxes de natalitat en descens, dona lloc a una dinàmica demogràfica regressiva caracteritzada per una estructura de població envellida.

Contràriament al que afirmam al punt anterior, aquests darrers anys, en els municipis propers a Ciutat, s'observa un augment de població conseqüència de la vinguda de gent de Ciutat que els estan convertint en "pobles dormitori".

Els Serveis Socials Comunitaris de la Mancomunitat Pla de Mallorca s'inscriuen -mitjançant el conveni signat l'any 1989 amb el Consell Insular de Mallorca (CIM)- dins el "Programa Pobles" d'aquesta institució. Aquest fet suposa, d'una banda, el suport tècnic i professional per realitzar la nostra feina de manera organitzada, i al mateix temps, des d'un caire multiprofessional que permet un enfocament més globalitzador de la intervenció en la problemàtica social, bé sigui familiar, grupal o comunitària.

El 6 de març de 1989 la Mancomunitat procedeix a la contractació efectiva de dues treballadores socials. Així s'inicia en la Mancomunitat el procés d'institucionalització d'una xarxa de Serveis Socials Comunitaris.

El juny de 1990 es contracten dues treballadores socials més amb la qual cosa es conforma la plantilla de quatre treballadores, dotació que es manté actualment.

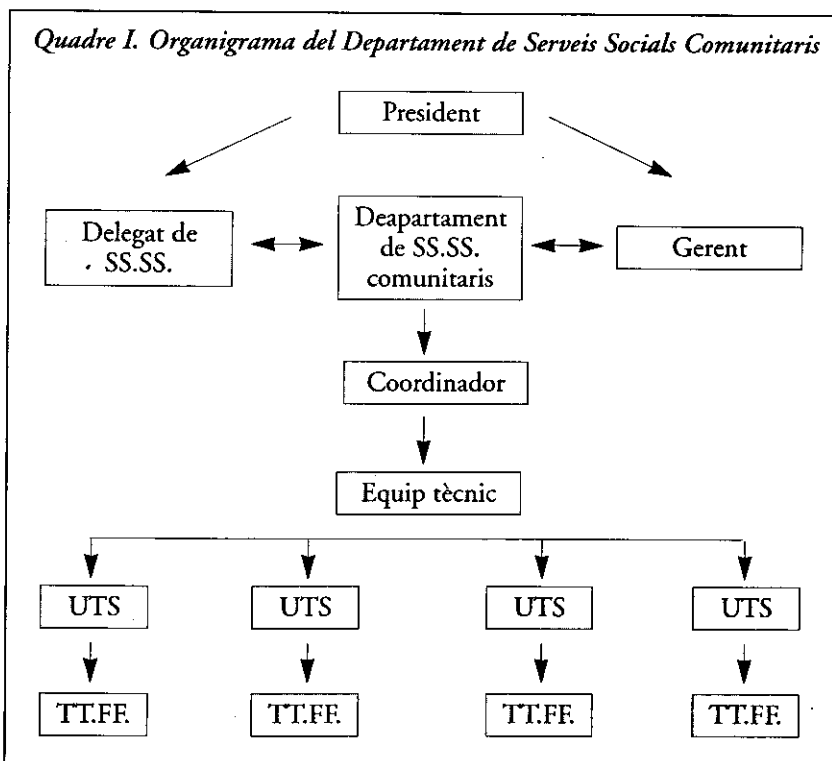
L'any 1992 es crea la plaça de coordinació.

L'any 1993 s'elabora el programa del Servei d'Ajuda a Domicili, el qual porta inclòs el seu reglament que es publica en el Butlletí Oficial de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears del 8 d'agost de 1993. Cal destacar, d'aquest mateix programa, la contractació d'una cooperativa per dur-lo a terme, reservant-se la gestió la pròpia Mancomunitat.

Aquest mateix any 1993 s'aprova el "Reglament d'Ajudes no Tècniques".

L'any 1995 s'aprova el Reglament de Serveis Socials Comunitaris que, com a marc normatiu, pretén definir l'organització i el funcionament del departament de Serveis Socials Comunitaris de la Mancomunitat com l'equipament bàsic de la xarxa pública d'allò que la Llei d'Acció Social de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, en l'article 9, defineix com a "Serveis Socials Generals". Al mateix temps, aquest Reglament constitueix una mesura per facilitar la gestió i la qualitat de les prestacions socials que desenvolupa i defineix el que és competència i contingut propi dels Serveis Socials Comunitaris tot superant el concepte tradicional de beneficència pública (suprimit per la Constitució de 1978).

2.1. Organització



Per al desenvolupament del pla de feina que s'aprova en sessió plenària, el Departament de Serveis Socials Comunitaris compta amb un equip de 4 professionals diplomades en Treball Social. En el reglament del departament s'hi defineixen les funcions de la coordinadora i de les diplomades. També es compta amb un auxiliar administratiu compartit amb els altres serveis de la Mancomunitat.

Les Unitat de Treball Social (UTS) actuen de manera directa i integral sobre un espai poblacional i territorial reduït. A la Mancomunitat hi ha 4 UTS:

Lloret:..... 818
Llubí:1904
Petra:2592
Sencelles:.....1896
Total:.....7210

Costitx:824
Montuïri:.....2190
Total:3014

Algaida:.....3461
Maria:.....1763
Stra. Eugènia:.....1033
Total:.....6257

Ariany:.....801
Sant Joan:.....1655
Sineu:.....2568
Vilafranca:.....2190
Total:7214

Horaris i calendari anual

A. Atenció al públic.

Dimarts, de 9 a 13 hores: Montuïri, Sencelles, Algaida i Sineu
Dimecres, de 9 a 13 hores: Petra i Vilafranca
de 9 a 11'30 hores: Costitx
Dijous, de 9 a 13 hores: Maria, Sant Joan i Llubí
Divendres, de 9 a 13 hores: Santa Eugènia
de 9 a 11'30 hores: Ariany i Lloret

De dimarts a divendres, i de les 13 a les 15 hores, es fa el seguiment dels casos de les visites a domicili, s'emplena el sistema de registre, i es coordina el treball amb els representants municipals i entitats (escoles, centres de salut, etc.); es preparen entrevistes i la documentació per gestions puntuals.

B.- Els dilluns i quinzenalment l'Equip Tècnic manté les seves reunions on es posa en pràctica el treball en equip.

Quan parlem de treball en equip ens remetem a un estil de fer la feina; s'han de tenir clares les funcions que pertocuen a cada professional i creure que ens reporta un sistema de treball més eficient i eficaç. Els principis, que consideram indiscutibles per a dur endavant la feina conjuntament, són:

- A. Igualtat: cada professional expressa la seva opinió i de les informacions obtingudes de cada un en neix una de vàlida i de tots.
- B. Respecte a les decisions preses per l'equip.
- C. Ser capaços de definir el que volem fer i com ho farem.
- D. Comunicació contínua de la feina de cada dia entre els membres de l'equip.
- E. Responsabilitat en les tasques encomanades a cada membre de l'equip.
- F. Donar a conèixer la nostra filosofia d'equip.
- G. Solidaritat amb els possibles problemes que puguin sorgir i mirar de resoldre'ls conjuntament.
- H. Cada membre de l'equip és diferent a l'altre; es tracta de conèixer i respectar les diferències de cada un.
- I. Establir un clima de confiança.
- J. Capacitat d'escoltar els altres.

Les vacances dels components de l'Equip es distribueixen de tal manera que sempre hi hagi dos tècnics per donar respostes a les urgències.

3. LÍNIES D'ACTUACIÓ

1.- Programa del Servei d'informació i orientació (SIO)

L'objectiu del SIO és oferir als ciutadans la informació, orientació i assessorament quant als drets i recursos socials existents per tal de resoldre les necessitats que se'ls presentin en matèria de prestacions tècniques i econòmiques del sistema d'acció social.

Les ajudes econòmiques d'emergència social es dirigeixen a famílies o individus que passen per diverses dificultats relacionades amb la manca de mitjans per a la subsistència.

Són ajudes finalistes, no periòdiques i complementàries del Treball Social.

2. Programa del Servei d'Ajuda a Domicili (SAD)

Inclou dos projectes, el de distribució de menjar a domicili i la Telealarma.

El SAD està emmarcat pel concepte de salut integral, entès com a primer factor preventiu de l'internament residencial i de desarrelament del poble.

Ens permet potenciar l'autonomia de la persona i donar suport a les famílies afectades per una situació de necessitat (dificultats per realitzar les tasques diàries o per valer-se per elles mateixes, soledat, desatenció o abandonament dels familiars, etc.).

És un recurs de gestió pròpia de la Mancomunitat l'execució del qual, en règim de contractació de serveis, es realitza mitjançant una cooperativa. La relació d'aquesta amb la Mancomunitat es realitza a través del Departament de Serveis Socials Comunitaris. La coordinació, el seguiment i el control de la gestió es dur a terme a través de les reunions mensuals entre l'assistent social, les treballadores familiars de la cooperativa i la coordinadora de l'equip.

El diagnòstic de la problemàtica, valoració, seguiment i avaluació dels casos es realitza mitjançant una reunió mensual amb l'assistent social i les treballadores de la cooperativa.

El seguiment del finançament del SAD es dur a terme mitjançant reunions entre la coordinadora i el gerent de la Mancomunitat.

L'avaluació i gestió del programa la fa l'Equip Tècnic del Departament de Serveis Socials Comunitaris mitjançant una reunió trimestral.

Un altre dels serveis amb què compten els municipis de la Mancomunitat és el de Telealarma, el qual permet reduir les situacions que poden posar en perill la vida d'una persona pel fet d'estar sola a casa.

Com a serveis complementaris del SAD i de la Telealarma hi ha el menjador social i el menjar a domicili. L'objectiu d'aquest servei és oferir una alimentació adequada a l'edat, contribuir a millorar les relacions socials i la qualitat de vida de les persones que els utilitzen i donant suport, també, a les seves famílies.

3. Actuacions destinades al foment de la solidaritat i la cooperació social: voluntariat i col.laboradors socials.

4. Col.laboració del Departament de Serveis Socials Comunitaris amb els equips sectorials del CIM.

Amb l'Equip de Velleja i Família es col.labora en els següents programes:

Programa d'atenció psicosocial a la gent en situació de risc.
Projecte: "No et Trobis Tot Sol". Prevenció de l'aïllament social.
Projecte: Prevenció de pèrdues de les funcions cognitives.

Programa de suport als cuidadors de gent gran.
Projecte: Familiars cuidadors, "ajudem els que cuiden".
Projecte: Promoció i sensibilització comunitària dels cuidadors familiars.
Projecte: col.laboració amb recursos específics per a gent gran.
Suport psicosocial a les treballadores familiars.

Amb l'Equip d'Infància i Família es col.labora amb el psicòleg de l'equip per tal d'analitzar, supervisar i realitzar el seguiment de casos individuals i la seva respectiva derivació, si cal. Enguany està programada una sessió formativa per a les treballadores familiars.

Amb l'Equip d'Atenció a les Drogodependències i amb l'Equip d'Inserció d'Immigrants, en el circuit individual-familiar, es realitzen les derivacions oportunes i seguiment de manera conjunta.

Assumpció Matamalas Morey,
Treballadora social.
Ajuntament d'Artà

El nostre municipi, des de fa més de deu anys, compta amb una residència per a persones majors vàlides i amb el Servei d'Ajuda a Domicili (SAD). Així i tot, aquests dos serveis són insuficients i de cada cop més, des dels Serveis Socials Municipals, es veia la necessitat de crear un altre tipus de recurs per a les persones majors. Ens mancava un recurs intermedi entre la residència i el SAD: un Centre de Dia.

Un Centre de Dia és aquell servei sociosanitari i de suport familiar que ofereix durant el dia atenció a les necessitats bàsiques, terapèutiques i socioculturals de les persones majors afectades per diferents graus de dependència, promovent la seva autonomia i la permanència al seu entorn habitual.

Per tant, aquest centre permet que els familiars cuidadors puguin desenvolupar les seves activitats diàries (treballar, tenir cura dels fills, etc.) i cuidar de la persona major, evitant un internament residencial no desitjat. Un Centre de Dia compagina el benestar familiar i, a la vegada, el benestar de la persona major.

El perfil ideal són les persones majors que tenen més o menys dificultats per valer-se per elles mateixes i que la família no pot atendre durant el dia, ja sigui perquè no són a casa, o bé perquè les càrregues familiars són fortes i no els permeten atendre adequadament la persona major; o perquè la persona que la podria atendre es troba també en una situació precària, o tan sols per descarregar la família de l'atenció a vells amb grans dependències. Per tant, un Centre de Dia atén a aquelles persones mancades d'autonomia personal i que necessiten cura però que, per la seva situació socioeconòmica i/o familiar, no poden gaudir d'atenció les 24 hores del dia.

Així, des de l'abril del 1998 el municipi d'Artà té un Centre de Dia el qual està ubicat a la residència de persones majors i consta de les següents dependències: un menjador, una sala d'estar, una habitació i una sala per als tallers. Cada una de les dependències té bany geriàtric.

Aquest centre resta obert de dilluns a divendres de les 8 a les 18 hores. Aquest horari està pensat per als cuidadors, ja que coincideix amb la jornada laboral.

Tot i que va costar una mica posar en funcionament i donar-lo a conèixer perquè fos acceptat, en aquests moments ja és ple (hi ha sis persones) i haurem de començar a pensar en ampliar-lo.

PROGRAMA D'INSERCIÓ SOCIOLABORAL 1997/98

ARTÀ

Ana Durán Picón
Assumpció Matamalas Morey
Responsables del Programa
Departament de Serveis Socials. Ajuntament d'Artà

Després de valorar la memòria dels Serveis Socials de l'any 1995 ens adonàrem que hi havia un gran nombre de persones que subsistien gràcies a l'economia submergida i que per totes les dificultats que això comporta era important que poguessin accedir al món laboral regular. Es tractava d'un grup important de persones que, per les seves característiques personals (manca de formació i d'habilitats socials, edat avançada, etc.) els era molt difícil la seva inserció laboral.

Davant aquesta necessitat actuàrem realitzant un programa d'inserció sociolaboral que es va iniciar l'1 d'octubre de 1996 als ajuntaments d'Artà, Sant Llorenç, Capdepera i Son Servera, amb el suport del Consell Insular de Mallorca (CIM). La cloenda estava prevista per al dia 31 de desembre de 1997 i anava dirigit a tota la població en edat laboral, però especialment a aquelles persones susceptibles d'accedir al salari social.

L'equip del programa estava format per una treballadora social, una diplomada en relacions laborals i la responsable de l'Oficina d'Informació Juvenil. També hi van col·laborar, el responsable d'educació d'adults de l'Ajuntament i el cap d'àrea.

Aquest equip es va plantejar dos objectius:

1. Transformar actituds passives i de dependència per altres més dinàmiques que facilitassin la incorporació al món laboral.
2. Aconseguir de disminuir l'atur en cada municipi.

Per tal d'aconseguir aquests objectius, decidírem dur a terme tres mòduls de treball:

- Creació i funcionament d'una borsa de feina
- Preparació i realització de tallers d'habilitats socials, i
- Implantació d'activitats de formació

Creació de la borsa de feina

El punt de partida fou un llistat de persones demandants de feina que era a disposició dels Serveis Socials. En un primer moment es va actualitzar aquest llistat emprant una fitxa on hi constaven les dades professionals i personals dels demandants.

Simultàniament, es va donar a conèixer el programa a través d'un tríptic explicatiu que es va posar a disposició de totes les persones interessades, i un díptic dirigit als empresaris en el qual també s'explicava el programa i es demanava la seva participació. Aquest darrer fou enviat a cada un dels empresaris de la comarca juntament amb una carta de presentació signada pel batle.

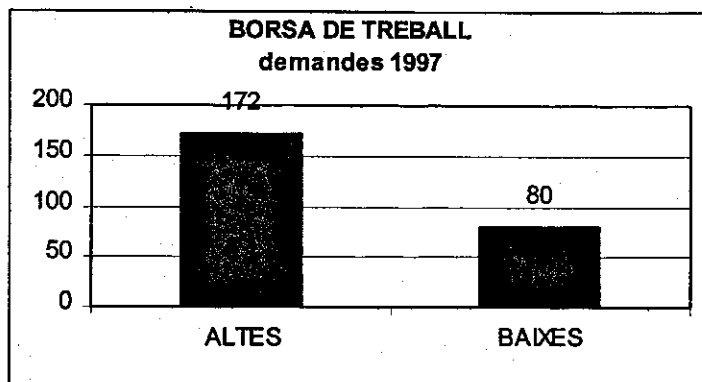
Seguidament, vàrem fer entrevistes personals a 50 d'aquests empresaris. Tot i que les activitats es realitzaren durant els mesos de juliol i agost, en plena temporada turística i quan ells ja tenien la plantilla coberta, la rebuda fou molt positiva.

El programa va rebre 95 ofertes de treball entre tots els municipis, de les quals el programa d'Artà va poder cobrir-ne 39 amb els nostres demandants.

A la borsa s'hi inscriviren 172 persones demandants de feina i al final del programa hi ha hagut 80 baixes, de les quals han obtingut feina 59 (20 pel seu compte i 39 a través del programa). 10 més s'han donat de baixa per canvi de domicili, 4 per problemes de salut i 7 per altres causes.

Cal assenyalar que algunes de les ofertes rebudes no han estat cobertes per la manca de qualificació de les persones inscrites.

Aquesta circumstància ens ha confirmat una de les hipòtesis de treball que teníem inicialment, que una de les principals causes de no poder accedir a un lloc de treball regular és la gran manca de formació i qualificació dels demandants.



Taller d'habilitats socials

En una segona fase recollírem la documentació necessària per poder fer un taller que fos el més profitós possible per a les persones inscrites a la borsa. Revisàrem les fitxes de demanda de treball una a una per tal de poder detectar quines eren les persones que no havien tingut cap oportunitat de feina durant els primers mesos de funcionament. Estudiàrem la possible causa i decidírem fer un taller amb les persones que tenien una mateixa mancança a l'hora de trobar feina (unes quinze) però només l'aprofitaren sis persones. El taller es va fer durant el mes de desembre i es va dividir en dues sessions: a la primera es van tractar els diferents mètodes de recerca de feina i com realitzar un currículum, i a la segona sessió parlàrem de com s'han de presentar a una entrevista i quines són les habilitats bàsiques que cal tenir en compte davant l'entrevistador.

Posteriorment, en col·laboració amb el Consell de la Joventut, també organitzàrem un taller per a joves en el qual n'hi participaren 17. Es va basar en explicar-los com s'han de presentar a una entrevista de treball i com realitzar un currículum.

També es donà informació de caire legal a totes aquelles persones que tenien dubtes referents a la seva situació laboral.

Formació

Quan va començar el programa, l'octubre de 1996, vàrem informar a totes aquelles persones que estaven inscrites al programa dels cursos organitzats per l'Escola d'Adults de l'Ajuntament d'Artà.

L'octubre de 1997 vàrem estudiar de forma individualitzada les mancances formatives més importants dels nostres usuaris. Després, ens reunírem amb el coordinador d'educació d'adults i li proposàrem diferents cursos que podrien ajudar a millorar la qualificació dels nostres usuaris i, en conseqüència, disminuir les taxes d'atur. Finalment, es va organitzar el curs d'auxiliar de geriatria, ja que la majoria de les persones que no trobaven feina eren dones d'entre 40 i 58 anys que volien treballar de netejadores o de cuidadores de persones majors.

Per altra part també intentàrem que els demandants optassin per formar-se. Se'ls informava dels cursos que hi havia i quins eren els més adients per cada un d'ells.

CONCLUSIONS

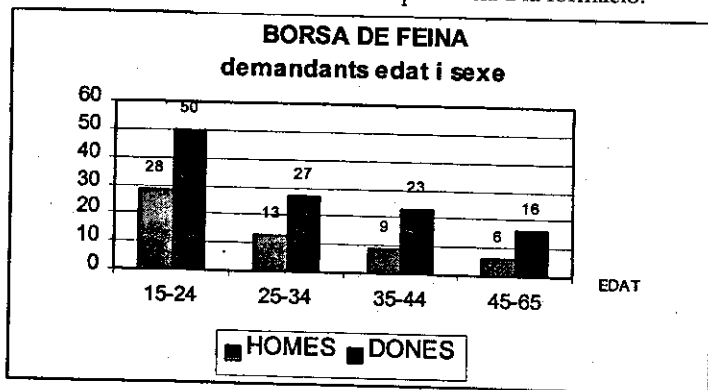
Després d'un any de funcionament del programa hem pogut arribar a les següents conclusions.

Dels demandants

La majoria són persones amb manca de formació i el seu nivell d'estudis no arriba moltes vegades al certificat d'escolaritat. També hem detectat algunes persones menors de 35 anys que no saben llegir ni escriure, cosa que limita les possibilitats d'accedir al mercat laboral, naturalment.

La majoria dels demandants han estat dones d'entre 25 i 50 anys amb una gran mancança de recursos propis com poden ser: no tenir carnet de conduir, manca de transport, càrregues familiars, manca d'experiència laboral i manca de formació i habilitats. Per això, la majoria d'elles demanen treballar en el municipi per realitzar tasques de neteja per hores o cuidar persones majors podent aconseguir així uns ingressos, moltes vegades suficients, però sense garanties ni estabilitat laboral. Així mateix els evita trasbalsar la seva vida familiar i, a la vegada, no fer cap esforç per millorar la seva formació.

Hem pogut observar que els homes tenen més sortides laborals que les dones ja que l'economia de l'illa, basada en el sector turístic i de la construcció, els ofereix més llocs de treball sense donar tanta importància a la formació.



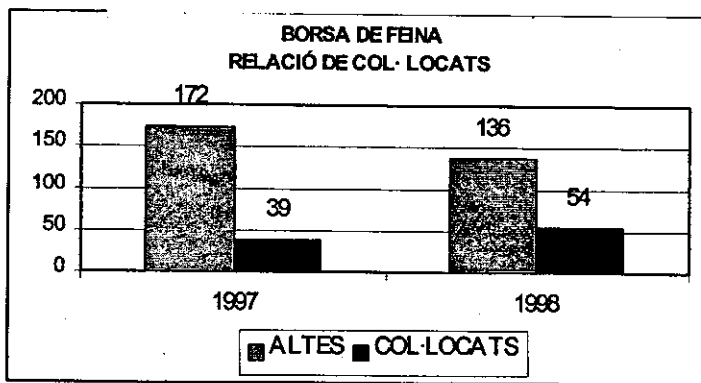
Dels empresaris

Podem dir que obringuérem una bona resposta ja que rebérem 95 ofertes de feina tot i que conegueren el programa a principis de juliol i reberen les visites entre el juliol i agost, quan ja tenien la plantilla coberta. Les ofertes rebudes eren majoritàriament per cobrir baixes o per reforçar la plantilla durant el mes d'agost, el que significa que els contractes eren de curta durada.

Pensem que els bons resultats obtinguts amb la rebuda d'ofertes ha estat degut principalment a dos factors: el tracte personal i individualitzat que se'ls ha donat i pel fet de ser un servei gratuït en contra d'altres com són les empreses de treball temporal.

L'equip

Després de veure els bons resultats i el baix cost econòmic del programa es decidí donar-li continuïtat durant aquest any 1998. En aquests moments podem dir que ja hem duplicat el nombre de persones inserides laboralment i en millors condicions que l'any anterior. Enguany, la majoria de gent ha treballat durant tota la temporada.





SERVEIS SOCIALS MUNICIPALS A CALVIÀ

Concha Casado Mena
Treballadora Social
Coordinadora del Departament de Serveis Socials
de l'Ajuntament de Calvià

EL MUNICIPI DE CALVIÀ

Calvià és un municipi complex. A nivell espacial el caracteritza la dispersió. Compta, concretament, amb setze nuclis de població que són urbanísticament i territorialment diferents.

Per altra banda, el creixement poblacional és accelerat. Les dades del padró municipal corresponents a gener de 1998 indicaven que hi havia empadronats 33.534 habitants. L'octubre del mateix any, el nombre d'habitants és de 35.469. A aquestes dades és important afegir-hi que la població és essencialment jove. Dir, a més, que el 1996 es va posar en funcionament el registre de residents no habituals que hi tenen la seva segona residència.

D'altra banda, les característiques del paisatge, la proximitat i bones vies de comunicació amb Palma, afavoreixen el desenvolupament turístic i urbanístic que, juntament amb l'elevat nivell de qualitat de vida i els llocs de feina que genera el sector turístic, afavoreixen el creixement poblacional.

Obviament, la principal activitat econòmica és el turisme que condiciona la dinàmica del municipi en distints nivells: estacionalitat laboral dels treballadors d'hosteleria, convivència amb els turistes a l'estiu, augment de població flotant sobre el mateix territori. Al mateix temps, els serveis prestats per l'Ajuntament s'han d'intensificar (recollida de residus, mitjans de seguretat, etc.).

L'Ajuntament de Calvià el 1995 va posar en marxa l'"Agenda Local 21" amb l'objectiu de definir una estratègia integrada que reorientàs el desenvolupament turístic i local des del criteri de sostenibilitat, que incorporàs els objectius de qualitat de vida, cohesió social i participació de la població a la vida local (objectius sobre els que, des de fa temps, es va fent feina). Per aquest pla, el 1997 es va guardonar Calvià amb el premi Ciutat Sostenible d'Europa.

ELS SERVEIS SOCIALS

L'acció dels Serveis Socials com a tals es ve desenvolupant des del febrer de 1986. Des d'aleshores s'han anat produint uns canvis que han tingut com a objectiu l'adaptació a les necessitats d'una població en contínua evolució. Per això, en un municipi com el nostre, la intervenció social no es pot desvincular del desenvolupament econòmic i social en general: ocupació, educació, formació, vivenda, participació ciutadana i salut.

El Departament de Serveis Socials està inserit, a nivell organitzatiu i funcional, a l'Àrea de Foment i Participació Ciutadana, depenent políticament del corresponent tinent de batlle i tècnicament de la directora tècnica de l'Àrea. En formen part, a més dels Serveis Socials, Educació, Fundació Municipal d'Escoleres, Pla Jove, Cultura, Patrimoni, Participació Ciutadana, Esports, Servei de Planificació Familiar i la Llar de Majors de Calvià.

Les situacions socials objecte de la intervenció de Serveis Socials vénen definides per:

- Xarxa social organitzada de molt recent creació.
- Desarrelament i manca de família extensa d'una part de la població.
- Augment del nombre de famílies monoparentals, amb les càrregues que suposa per a les dones.
- Estacionalitat de l'ocupació i gran dedicació laboral de les famílies en l'estiu, la qual cosa implica que certs menors passin gran part del temps sense la vigilància d'adults o atesos en condicions no adequades.
- Preu elevat dels habitatges de lloguer i en condicions gairabè precàries.
- Greus dificultats de convivència en certes estructures familiars.
- Facilitats dels joves a l'accés a la feina durant l'estiu amb el conseqüent abandonament dels estudis.
- Com a fet nou, migració de famílies angleses i alemanyes amb fills i amb dificultats socials.

Amb l'objectiu bàsic de garantir el benestar social de la població, ens plantejam com a prioritari:

- Facilitar l'accés als recursos socials.
- Cobrir les necessitats bàsiques.
- Prevenir l'aparició i la cronificació de situacions d'exclusió social.
- Integar a la dinàmica d'una vida quotidiana el més normalitzada possible els col·lectius amb dificultats socials.
- Promocionar aquells aspectes i recursos de la comunitat que afavoreixen l'autoajuda i la resolució de necessitats.

Els col·lectius prioritzats són els següents:

- Infància i família
- Joventut
- Dona
- Discapacitats
- Gent gran
- Drogodependents

Com a instruments necessaris per garantir la consecució dels esmentats objectius hem anat desenvolupant uns criteris d'actuació, un equip, una organització i un seguit de programes i serveis.

CRITERIS D'ACTUACIÓ

- Descentralització i proximitat de l'atenció al ciutadà.
- Flexibilitat i adaptació dels serveis a les necessitats de la població.
- Utilització prioritària dels serveis municipals per evitar al ciutadà desplaçaments a altres municipis.

- Coordinació i col.laboració estreta amb aquelles entitats i serveis que facilitin al ciutadà la resolució dels seus problemes.
- Articulació d'estratègies per a la detecció de necessitats, especialment dels sectors més desprotegits com són infància, gent gran i discapacitats.
- Foment de l'autoajuda i de la intervenció grupal-comunitària per rendibilitzar els esforços que es destinen al treball de casos.

L'EQUIP DE PROFESSIONALS

- Un auxiliar administratiu.
- Tres treballadors socials distribuïts en els tres sectors territorials d'atenció al públic.
- Una treballadora social per al servei de drogodependències.
- Una treballadora social i una preparadora laboral per al col·lectiu de persones discapacitades.
- Tres-quatre treballadores familiars d'acord amb el volum de beneficiaris.
- Dos educadors de carrer.
- Una treballadora social en funció de Coordinació del Departament.

ORGANITZACIÓ

La dispersió territorial, el volum d'habitants, les necessitats de la població i les demandes que s'efectuen al servei, ens ha duit a dividir el municipi -a nivell organitzatiu- en tres sectors:

SECTOR 1

Zones: Palmanova, Magaluf, Ca's Català, Illetes, Bendinat, Portals Nous i Costa d'en Blanes.

Punt d'atenció al ciutadà: Magaluf

SECTOR 2

Zones: Santa Ponça, Urbanització Galatzó, Costa de la Calma i Peguera

Punt d'atenció al ciutadà: Santa Ponça i Peguera

SECTOR 3

Zones: Son Ferrer, El Toro, Sa Porrassa, Calvià i Es Capdellà.

Punt d'atenció al ciutadà: Son Ferrer i Calvià.

En els tres sectors s'hi apliquen totes les prestacions i serveis propis del Departament de Serveis Socials. Per a l'aplicació de projectes comunitaris es prioritzen zones sobre la base de les necessitats que es van detectant.

PROGRAMES, PRESTACIONS I SERVEIS

Programa d'atenció social individual-familiar

Població objectiu: població general, infància, discapacitats, gent gran i dona

Línies d'actuació:

- Informació i gestió de recursos socials.
- Cobertura de necessitats bàsiques: alimentació, ajudes per al pagament de vivenda, farmàcia, desplaçaments, etc.

- Suport psicosocial a individus i les seves famílies en situacions de dificultats relacionals, de convivència, desestructuració familiar, dificultat d'accés als recursos, etc.
- Gestió d'allotjament alternatiu.
- Suport a la integració social: escolar, laboral, formativa, de temps lliure i promoció social en general.
- Prestacions per a la cobertura de les necessitats de la infància: gestió de places de necessitats a les escoles municipals i ajudes puntuals per al pagament; gestió de places a les aules i activitats d'estiu i la seva subvenció; beques de menjador escolar i llibres; ajuda econòmica per a la realització d'activitats extraescolars; accions puntuals d'ajuda per a l'atenció fora dels horaris que no cobreixen les activitats organitzades.

Servei d'Ajuda a Domicili

Població objectiu: gent gran, discapacitats, malalts orgànics, malalts mentals i famílies amb dificultats per proporcionar atenció adequada als infants

Línies d'actuació:

- Atenció personal
- Suport socio familiar
- Organització domèstica
- Promoció de les relacions socials

Des d'aquest servei s'ha posat en marxa un grup de persones que realitzen setmanalment activitats de natació adaptada a les seves dificultats. De gener a octubre de 1998 s'ha beneficiat del servei setanta dos casos, principalment gent gran.

Teleassistència

Població objectiu: gent gran, malalts i discapacitats

Aquest servei està conveniat amb IMSERSO i la FEMP. En concret, per a l'any 1998 s'ha acordat una cobertura de vuitanta instal·lacions, que és possible que se superin.

Projecte d'actuació comunitària amb la gent gran

Població objectiu: gent gran i familiars cuidadors

Línies d'actuació:

- Sessions informatives a les nou associacions del municipi sobre prestacions i recursos socials, amb el doble objectiu que actuïn com a detectors de necessitats i les canalitzin cap al servei.
- Grup d'autoajuda de familiars cuidadors de gent gran a les zones de Calvià i Es Capdellà. Aquest projecte es realitza juntament amb l'Equip de Gent Gran del CIM.

A Calvià ens trobam des de fa temps amb una situació peculiar: famílies residents que acullen en el seu domicili els seus majors amb dificultats que habitualment resideixen a altres municipis de l'illa, a altres comunitats autònomes i també a altres països. Es tracta de famílies amb fills i en les que, normalment, fan feina ambdós cònjuges, amb totes les dificultats que això suposa per a la dinàmica familiar.

Projecte d'atenció a la dona

Població objectiu: Dirigit a dones soles amb càrregues familiars i que pateixen violència domèstica

Línies d'actuació:

- Suport a les situacions de maltractament i/o separació conflictiva:
 1. Primera acollida al suport emocional, orientació legal bàsica, recerca de recursos si és necessari, allotjament alternatiu, coordinació amb la Policia Local sobre les mesures de seguretat.
 2. Derivació a serveis específics.
 3. Seguiment i suport: orientació personal, suport a l'atenció als seus fills, orientació per a la recerca de feina amb els recursos municipals (IFOC), tramitació per a la cobertura de necessitats bàsiques.
- Grups d'autoajuda per a dones soles amb càrregues familiars. Es realitza a les zones de Santa Ponça, Son Ferrer i Magaluf. Els dinamitza el treballador social amb la col.laboració d'altres professionals. Quan el grup ho requereix es compra amb el suport de monitors per a l'atenció dels seus fills.

Projecte d'actuació a centres d'educació primària i instituts d'educació secundària

Població objectiu: Infants i joves en edat escolar.

Línies d'actuació:

- Afavorir la detecció de necessitats i situacions de risc dels menors.
- Definir estratègies d'intervenció conjunta.
- Avançar en l'abordatge de situacions d'absentisme escolar.

S'han consensuat instruments per a la derivació de casos a Serveis Socials a més d'espais periòdics mensuals de feina conjunta.

S'han prioritzat quatre centres d'educació primària, dels deu existents, i els dos instituts d'educació secundària (IES).

A la primera part del projecte (curs 97/98) varen comptar amb la inestimable col.laboració de la terapeuta de l'Equip d'Infància i Família del CIM assignada a la Comarca de Palma-perifèria. Aquesta professional va realitzar també dues sessions de formació per a detecció de maltractaments amb les coordinadores de les escoletes municipals.

Projecte d'intervenció en medi obert

Població objectiu: Infants i joves en situació de risc i dificultats socials.

Línies d'actuació:

- Potenciar l'adquisició d'hàbits i habilitats socials que facilitin la relació positiva en l'entorn.
- Facilitar la integració a activitats normalitzades: esportives, de temps lliure, educatives, etc.
- Canalitzar els joves cap a programes de formació i treball.
- Donar suport als problemes delictius i judicials.
- Prevenir el consum de substàncies tòxiques.
- Intervenir en situacions d'absentisme escolar.

Zones prioritzades: Santa Ponça, Urbanització Galatzó, Son Ferrer, Palmanova i Magaluf.

Metodologia: La intervenció es realitza a nivell grupal, individual i comunitària, coordinada amb els treballadors socials de les zones i del projecte de prevenció de drogues de síntesis. Per altra banda, s'articula tota una xarxa de col.laboració amb els IES, centres d'educació primària, associacions de pares i mares d'alumnes, Institut de Formació i Ocupació de Calvià, dinamitzadors socials municipals, servei d'esports, etc. La finalitat és detectar situacions de riscos, facilitar la integració de nins i joves a totes les activitats i definir estratègies d'intervenció conjunta.

Projecte d'inserció socio laboral ("Pla d'ocupació local de Calvià", PLEC)

-En fase de preparació-

Població objectiu: Persones amb dificultats socials per accedir a un lloc de feina: aïllament social, manca greu d'habilitats socials, edat avançada, discapacitats, trastorns psiquiàtrics i rehabilitació per consum de substàncies tòxiques.

Aquest projecte és un vessant del "Pla d'ocupació local de Calvià" acordat entre els grups polítics municipals, UGT i CC.OO. Els seu objectiu és la inserció a la feina mitjançant la realització d'una activitat laboral (jardineria, neteja, etc.), la formació laboral, el suport intensiu per al desenvolupament d'habilitats personals i socials. Als beneficiaris del projecte se'ls fa un contracte mitjançant el qual perceben una beca-salari.

El projecte es farà per a un grup de 12/14 persones i comptarà amb monitors professionals i un tutor-coordinador.

Programa d'atenció integral a persones discapacitades

Població objectiu: Persones amb discapacitats física, psíquica i/o sensorial.

Al juliol i agost de 1997 es va actualitzar l'estudi de persones discapacitades, fent a la vegada una anàlisi de la situació del col.lectiu per tenir més informació de la seva situació. Arran d'aquest estudi, l'octubre de 1997, es va desplegar aquest programa.

Línies d'actuació:

- Informació continuada sobre els recursos específics del col.lectiu.
- Integració comunitària:
 1. Natació per a persones discapacitades amb necessitats específiques per al desenvolupament de l'activitat.
 2. Grup d'adolescents i joves discapacitats psíquics que realitzen activitats de temps lliure amb el suport d'un monitor.
Grup d'autoajuda de pares/mares d'adolescents i joves discapacitats lleugers amb l'objectiu de posar en comú els problemes que els preocupen i rebre formació sobre temes del seu interès.
- Projecte de prevenció d'accidents de trànsit. Duit a terme per a un grup d'afectats del municipi, juntament amb la Policia Local. Va dirigit als joves i s'aplica a través dels instituts i altres àmbits d'activitats formatives.
- Transport:
 1. Servei de transport a centres d'educació especial i tallers protegits.
 2. Taxi adaptat per a discapacitats físics. El municipi compta amb

dos euro-taxis en funcionament. S'està ultimant la implantació d'un bo que subvencioni la utilització d'aquest tipus de transport per fomentar un millor accés als transports i les sortides a l'exterior d'aquest col·lectiu.

- Projecte d'integració formativa i laboral. Per comptar amb informació exhaustiva s'ha fet una anàlisi de la situació de les persones amb discapacitats físiques, psíquiques i/o sensorials de 16 a 55 anys amb possibilitats d'accedir al mercat laboral.

En una primera fase d'aquest projecte s'ha facilitat la inserció de quatre joves a una Escola Taller Municipal i de tres adults al "Pla Local d'Ocupació de Calvià". En aquest moment ens trobam en una segona fase. En el mes d'octubre inicià la seva feina una preparadora laboral la intervenció de la qual anirà dirigida a:

1. Integració amb suport a l'empresa ordinària, sector important a Calvià on es generen una gran quantitat de llocs de feina a la hosteleria.
2. Inserció amb suport al PLEC i a altres programes d'ocupació municipals.
3. Inserció amb suport a activitats formatives dirigides a l'ocupació.
4. Creació d'un grup d'orientació i formació sobre tècniques de recerca de feina.

La metodologia d'intervenció d'aquest programa és l'apropament continu al col·lectiu, facilitant el seu autoconeixement i la relació entre afectats i les seves famílies perquè participin de la integració social a tots els nivells.

Servei d'atenció i prevenció de drogodependències

Població objectiu: Població general, població jove prioritàriament, persones consumidores de substàncies tòxiques i els seus familiars.

Aquest servei es va posar en funcionament el setembre de 1997. Els diferents factors que incideixen en aquest àmbit en el municipi (econòmics, turístics, poblacionals, convivencials, d'oci, etc.) i els problemes que des de serveis socials s'anaven detectant ens varen fer decidir a:

- Destinar esforços a la prevenció, i a
- Donar més suport a nivell d'atenció primària a les persones consumidores i a les seves famílies.

Línies d'actuació:

- Informació a la població general, entitats, institucions i professionals, sobre les incidències i problemàtiques del consum, fomentant actituds positives vers la salut:
 1. Difusió de material imprès.
 2. Informació contínua mitjançant els mitjans de comunicació local.
 3. Realització de tallers informatius a entitats ciutadanes.
- Atenció a persones drogodependents i als seus familiars:
 1. Orientació a familiars sobre actituds adequades per a la rehabilitació.
 2. Coordinació d'actuacions amb els Centres Sanitaris del municipi.
 3. Derivació i complementació a centres específics de tractament; facilitació de la reinserció mitjançant la utilització dels recursos municipals.
 4. Grup d'autoajuda de persones consumidores d'alcohol (pendents d'iniciar tractament i en fase de reinserció) i dels seus familiars.
- Prevenció del consum:
 1. Formació d'agents socials: pares, monitors d'esplai, educadors, mes-

tres, policies, etc. que ocupen un lloc estratègic en la comunitat, perquè es posicionin i col.laborin en el desenvolupament del projecte.

2. Creació de grups de pares per proporcionar-los habilitats i tècniques per afrontar positivament situacions conflictives i de risc.
3. Informació i formació de la població de risc mitjançant la utilització de líders grupals.
4. Suport a un grup d'alcohòlics rehabilitats que voluntàriament vulguin realitzar tasques comunitàries preventives.

- Projecte específic d'intervenció en el consum de drogues de síntesi. Dirigit a joves de 17 a 25 anys:

1. Creació d'un grup de joves promotor que tinguin o hagin tingut qualque problema relacionat amb aquest consum i que estan interessats a transmetre actituds i valors al seu grup d'iguals.
2. Elaboració i distribució de material gràfic específic (cartells i tríptics) a centres de reunió de joves (tallers de motos, video clubs, sales de jocs, tendes de roba "ciber", autoescoles, tendes de música, etc.) utilitzant els responsables d'aquests establiments com a mediadors i fent-ne un seguiment per part del treballador social i de l'educador de carrer. Amb la devolució per part dels joves a Serveis Socials d'una solapa d'un tríptic informatiu, es lliura al portador un val de combustible de moto per valor de 300 pessetes.
3. Informació dels riscos legals per tinença de drogues de síntesi a través d'un micro espai a Ràdio Calvià i format per entrevistes amb Dj's, joves consumidors i/o amb problemes legals, policia, etc.
4. Creació d'un espai a Ràdio Calvià amb Dj's de música "house" en el que s'emeten missatges preventius.
5. Suport i col.laboració amb el Servei de Promoció de la Salut del CIM al seu programa de prevenció als IES del municipi: realització d'activitats per a joves als instituts, aportació del material municipal imprès sobre drogues de síntesis, taller d'informació sobre conseqüències legals i abordatge de situacions de consum detectades des dels centres.

Octubre de 1998

LA GESTIÓ DE LES BEQUES DE GUARDERIA I MENJADOR A L'AJUNTAMENT DE PALMA

Tote Estrades Valens
Antoni X. Colom Colom
*Unitat de Gestió de la Regidoria d'Acció Social
de l'Ajuntament de Palma*

1. INTRODUCCIÓ

Hi ha prestacions amb estrella i d'altres estrellades. D'ençà de la implantació de la Renda Mínima d'Inserció (RMI) el 1995 i alimentat per la polèmica que ha generat l'"Informe FOESA" quant al volum i perfil de la pobresa a la nostra societat, s'ha anat suscitant un debat interessant a diferents espais sobre les estratègies d'inserció que des de l'administració s'han d'impulsar, complementàriament o ampliant la pròpia RMI.

El que sabem els professionals i usuaris dels serveis socials d'atenció primària és que l'inici de processos d'inserció sol passar per la recerca activa de treball, per l'accés a formació o pel sosteniment del lloc de feina que es té. I fer això tenint esment d'alguns infants és una tasca àrdua que precisa d'ajuts que ho facilitin: amb qui es deixen els infants? Quin temps disposa l'usuari per formar-se o trobar feina?

Al cap i a la fi, molts d'aquests processos en famílies amb infants petits o en edat escolar, es possibiliten gràcies a una d'aquelles prestacions que no han esdevingut notícia, de les que quasi bé ningú no en parla -perquè funciona- i que a l'hora del finançament sembla ser de segona categoria. Ens referim a les "Beques de menjador i guarderia" -així les coneixem casolàment els qui les manejam- que, segons el nostre punt de vista, són una prestació bàsica del catàleg municipal de l'Ajuntament de Palma i amb un potencial inseridor tan efectiu en casos de famílies amb infants com la pròpia RMI.

Segons FOESA, en la nostra societat, la pobresa és jove, té infants que la perpetuen i aquest cop de fuet dóna sentit a una idea que a la primera línia de l'atenció es té ben clara: la intervenció inseridora ha de ser entesa com un continuum on diverses eines (prestacions, serveis professionals i voluntaris, etc.) s'han de complementar. Hem de tenir ulls, cervell i butxaca per a les diverses eines inseridores que tenim (RMI, beques i altres) i, com que allò que no es coneix és com si no existís, és pel que us presentam aquest text amb el que volem fer una aproximació al que ha estat un curs sencer (97-98) d'aplicació de beques, al seu enquadrament normatiu i a les reflexions que se'ns plantegen des de la Unitat de Gestió de la Regidoria d'Acció Social de l'Ajuntament de Palma amb l'experiència acumulada.

No sabem si a la resta d'ajuntaments es té una percepció semblant a la nostra quant a aquesta modalitat d'ajuda. Sí sabem que aquest article vol reclamar l'atenció d'instàncies supramunicipals cap a les beques i dignificar la seva imatge. És hora que aquesta prestació "estrellada" i "sense padrins" sigui tractada de forma diferent pels responsables de la provisió del dispositiu d'inserció.

2. ENQUADRAMENT DE LES BEQUES PER A INFANTS EN RISC

Les beques de què parlam són ajudes econòmiques periòdiques que tenen el seu referent en la convocatòria que realitza anualment el Consell Insular de Mallorca (CIM) al Butlletí Oficial de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears sota el títol d'*Ajudes econòmiques periòdiques a famílies amb infants amb dificultats social*.

De les diverses modalitats d'ajuda incloses en la convocatòria -ajudes en metàl·lic per a queviures per al menor, beques de menjador escolar, beques de guarderia, beques per a prestacions terapèutiques per al menor- les beques de menjador i guarderia són les que, incorporades al catàleg municipal, es vinculen econòmicament i normativa a la convocatòria. La resta de modalitats es tradueixen al nostre catàleg independent d'aquella referència.

Des de 1994 aquesta prestació a Palma es gestiona municipalment arran dels canvis legislatius i competencials que hi hagut en l'àmbit de l'atenció a la infància en risc o conflicte. Quan se'ns transferiren aquestes ajudes, gestionades anteriorment des dels serveis específics d'atenció a menors, el seu nombre era reduïdíssim i els criteris d'accés tan restrictius que haguérem de definir de bell nou el seu sentit dins el catàleg de prestacions municipals.

Apostàrem per fer d'aquelles ajudes, que gairebé estigmatitzaven a qui les percebia, una prestació bàsica de l'atenció social primària. Per això, any rera any, n'hem ampliat progressivament els criteris d'accés i, conseqüentment, la capitalització -a partir de l'aportació del CIM- des del pressupost municipal sense haver arribat encara a tots els segments del públic que les necessita.

Aquesta evolució constant es materialitza al *Document d'Actualització de criteris i procediments curs 98/99* on es recull la fórmula més oberta possible d'accés a la prestació, d'acord amb el finançament disponible.

Els infants s'han de trobar en situació d'abús o desatenció manifesta, o en situació de risc (manca d'habilitats parentals, aïllament i manca de suport social, greu mancança econòmica). Constatada la situació de risc, la família s'ha d'ajustar al barem econòmic definit i situar-se en algun dels perfils de no disponibilitat per atendre l'infant al domicili parental degut a:

- Incompatibilitat amb horari laboral
- Incompatibilitat amb recerca activa de feina o programa d'inserció
- Incompatibilitat amb programa formatiu per a la inserció
- Problemàtica de salut que impedeix l'atenció

A més de l'anterior, és preceptiva l'existència d'un pla de feina amb la família i la valoració tècnica d'idoneïtat de l'ajuda.

Aquest mateix esquema de creuament entre situació de risc, manca de disponibilitat i barem econòmic, amb alguns petits canvis, ve definint durant els darrers anys els criteris d'accés a les beques.

En el curs 97-98, les quanties màximes fixades foren de 620 pessetes per a menjador escolar o escoleta, 825 pessetes per a escoleta amb menjador i 400 pessetes per a menjador d'escoleta. Aquestes quantitats es paguen directament -prèvia facturació- als centres educatius.

Pel que fa a la seva capitalització podem dir que així com la prestació ha evolucionat fins a ser una eina inseridora, el finançament extramunicipal es troba estancat en el plantejament restrictiu de l'etapa de gestió anterior. En el curs 1996-97 es

gastaren 16.143.955 pessetes en 256 beques, rebent-se del CIM 9.000.000 al 1996 i 8.000.000 de pessetes al 1997. En el curs 97-98 es gastaren 20.911.382 pessetes en 301 beques i es reberen del CIM 8.500.000 pessetes (any 1998).

Per finalitzar la caracterització d'aquesta prestació volem indicar dos trets més:

- S'hi accedeix instruint un expedient mitjançant una sol·licitud que funciona com a instància i un full de dades. La documentació acreditativa de la situació o del pla de feina s'incorpora a l'arxiu del cas. Aquesta reducció dràstica de la paperassa que acompanya la sol·licitud realitzada al curs 98-99, ha suposat resituar el control de qualitat al propi Centre Municipal de Serveis Socials (CMSS).
- S'hi accedeix des dels serveis d'atenció social primària municipals o de Càritas. Altres serveis específics també hi accedeixen de forma quasi esporàdica. En qualsevol cas, l'ajust als criteris municipals s'aplica amb el mateix rigor i és aquesta exigència la que fa de filtre efectiu d'accés.

3. MEMÒRIA DEL CURS 97/98: LES BEQUES, ELS INFANTS, LES FAMÍLIES

3.1. Les beques

| Beques aprovades curs 97/98 | | |
|-----------------------------|---------------|--------------------|
| <i>Sector</i> | <i>Nombre</i> | <i>Percentatge</i> |
| Ciutat Antiga | 55 | 18,3 |
| Litoral de Llevant | 44 | 14,6 |
| Llevant Nord | 32 | 10,6 |
| Llevant Sud | 43 | 14,3 |
| Nord | 59 | 19,6 |
| Ponent | 68 | 22,6 |
| Total Ciutat | 301 | 100 |

* Hi ha 6 nins que són beneficiaris de 2 beques per cobrir diferent període de temps.

| Tipologia de les beques | | | | |
|-------------------------|-----------|------------------|-----------------------|-------|
| Guarderia | Guarderia | Menjador escolar | Menjador de guarderia | Total |
| 24 | 37 | 238 | 2 | 301 |

Els centres educatius

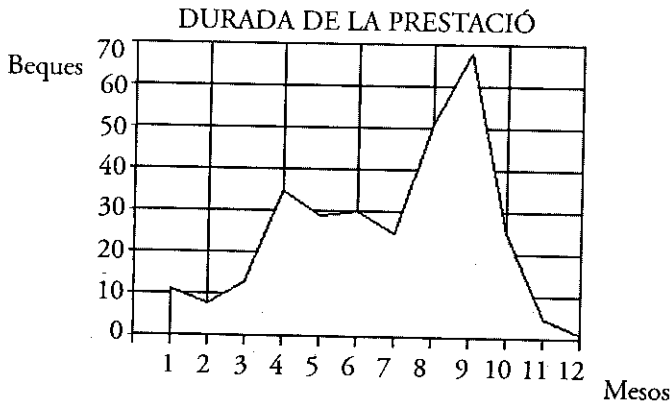
Els centres escolars on s'han aprovat les beques de menjador són majoritàriament col·legis públics, un 68,9%, concentrant-se bàsicament als centres Infant Don Felip, Gabriel Alzamora, Camilo José Cela i Jaume I.

Les beques a col·legis concertats suposen un 31,1% i es concentren al col·legi de Sant Felip Neri.

Les beques de guarderia, en qualsevol de les seves modalitats, s'han donat a un bon grapat d'escoletes, essent la màxima freqüència de 4 beques a un mateix centre.

Durada

Pel que fa a la durada de la prestació, la majoria de les beques es tramiten dins el primer trimestre del curs escolar i finalitzen coincidint amb l'acabament d'aquest (el juny els menjadors i l'agost les escoletes), motiu pel que es registra un període de cobertura del curs escolar important. El 66% de les beques tenen una durada de 6 a 10 mesos.



Mesos

Serveis que han disposat de beques

El 84,7% de les beques tramitades han estat sol·licitades per serveis d'atenció social primària; el 64,8% per la xarxa de centres d'atenció primària municipal; el 19,9% per l'atenció primària de Càritas i un 1% per l'atenció primària de l'Insalud.

El 14,3% de les beques han estat sol·licitades per serveis especialitzats: Servei de Menors 9,3%; Servei d'Atenció a la Dona i Família (SADIF) 4,7% i Servei Municipal de Dorgodependències/Creu Roja un 0,3%.

Cost de les beques de setembre del 1997 a l'agost de 1998

| Despesa per tipologia de beques | | | | |
|---------------------------------|---------------|------------------|-----------------------|----------------|
| Guarderia | Guarderia | Menjador escolar | Menjador de guarderia | Total |
| 2.043.335 PTA | 2.221.460 PTA | 16.476.347 PTA | 170.220 PTA | 20.911.382 PTA |

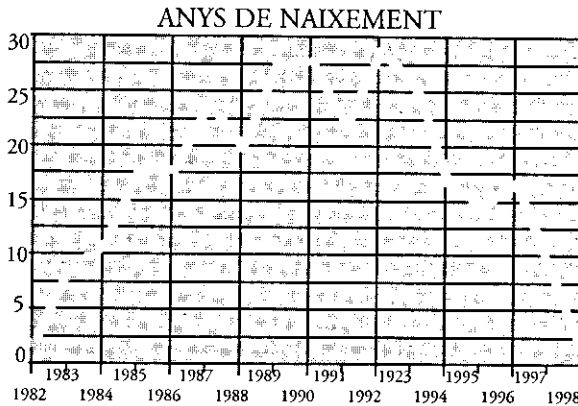
Respecte a les quanties per les que se sol·licitaren les beques, en la seva gran majoria es tramitaren pels seus imports màxims: Beques de guarderia: 91%; Guarderia amb menjador: 89%; Menjador escolar: 51 %; Menjador de guarderia: 100%, es va tramitar per la seva màxima quantia.

3.2 Els infants

El nombre de beneficiaris és lleugerament inferior al de les beques concedides, ja que hi ha alguns nins (6) que han estat perceptors de dues beques per cobrir diferent període de temps, gestionades per distintes entitats i podent haver sofert canvis en el tipus de beca o en la seva quantia. Així, el nombre de menors atesos ha estat de 295 que pertanyen a 158 famílies.

El 49% dels beneficiaris ja havien disposat anteriorment de beca, mentre que l'altre 51% disposaven en aquest curs per primera vegada d'aquesta prestació

Quant a les edats, les freqüències més elevades es registren en nins d'entre 5 i 11 anys



Situació de risc que presenten

La situació de risc va ser valorada d'acord amb les diferents variables i el seu nivell de gravetat:

- Situació d'abús o desatenció, quan la situació presentava indicadors existents al full de comunicació de maltractaments del Servei de Menors.
- Altres situacions de risc social que suposen dificultats en la criaça dels nins però no maltractaments o desatenció al nivell anterior. Aquestes situacions s'agrupen en:
 - manca d'habilitats parentals,
 - aïllament social i manca de xarxa de suport,
 - greu precarietat econòmica.

Cal afegir-hi que la recollida sistemàtica de la informació s'ha fet a partir dels informes socials presentats pels professionals de referència, per la qual cosa les dades poden esbiaixar-se si no se'n féu menció.

Les situacions descrites en les que es troben els nins han estat catalogades de risc en 294 casos, un percentatge majoritari, i en un 16% suposen desatenció o abús. Cal dir que aquestes categories no són excloents, així, quasi tots els casos que estan en un nivell d'abús han recollit també indicadors de risc (com greu precarietat econòmica o manca d'habilitats parentals); només un cas té una sola valoració de desatenció sense més indicadors.

| | <i>Nre. nins</i> | <i>%</i> |
|------------------------------|------------------|----------|
| Situació d'abús o desatenció | 48 | 16,21 |
| Situacions de risc social | 294 | 99,66 |

| | <i>Nre. nins</i> | <i>%</i> |
|------------------------------------------|------------------|----------|
| Manca d'habilitats parentals | 56 | 18,98 |
| Aïllament social i manca xarxa de suport | 27 | 9,15 |
| Greu precarietat econòmica | 288 | 97,62 |

Cal comentar que les situacions de risc no són excloents ja que un mateix nin pot trobar-se en més d'una al mateix temps.

Vincle afectiu

Aquesta variable, com la resta, s'ha recollit de l'informe social presentat amb la sol.litud i sols s'ha pogut recollir, lògicament, si hi figurava. Quant a això, el nombre de "no consta", és considerable, 64.

Dels menors que hem pogut recollir la variable, la majoria té vincle afectiu familiar (224), sols en 7 casos s'ha assenyalat que aquest vincle no és positiu.

3.3 Les famílies

En la gran majoria de casos la prestació ha estat sol.litada per les mares i sols 10 pares figuren com a sol.litants (20 nins).

Altres peticionaris han estat els padrins, 4, que tenen acollits de fet a néts o pendents de tramitar-ne la tutela (6 nins). En un sol cas el sol.litant és el tutor legal de l'infant.

El nombre de famílies que han tengut menors becats durant el curs 97/98 és de 158.

Del creuament del nombre de menors atesos amb les famílies ateses veim que com a mitjana han comptat amb prestació 1,8 nins per família.

Monoparentalitat

De les 158 famílies, un 55% presenta una composició monoparental (87 famílies), en la seva gran majoria formades per mares i fills. Només s'han registrat 2 famílies d'homes sols amb fills a càrrec, que representen el 2,3% del grup de monoparentals i l'1,2% respecte del total de famílies.

Els menors que pertanyen a famílies monoparentals són 158, per la qual cosa la mitjana de nins becats en famílies monoparentals no divergeix del col·lectiu general atès.

Altres situacions

4 unitats familiars estan formades per menors que viuen amb els seus padrins aollits de fet i en alguns casos pendents de finalitzar tràmits de tutela. Aquesta situació afecta 6 nins. Un altre menor viu amb el seu tutor legal. El conjunt d'aquestes altres situacions és molt minoritari i representa un 3% del conjunt de les famílies ateses.

Territorialitat de les famílies ateses

Pel que fa a la ubicació en el territori del domicili familiar, hem considerat el domicili que figurava a la sol·licitud i, en cas d'haver-n'hi més d'un, s'ha registrat el que figurava a la sol·licitud més recent.

El nombre de famílies que viuen en un mateix barri registra valors que abasten des d'una freqüència màxima 16 a una mínima d'1. A continuació detallam els barris que concentren fins a un mínim de 5 famílies i el nombre de fills que representen.

| <i>Barri</i> | <i>Nre. Famílies</i> | <i>Nre. Menors</i> |
|-----------------|----------------------|--------------------|
| Sindicat | 16 | 30 |
| Es Molinar | 15 | 32 |
| Camp Rodó | 10 | 19 |
| St. Jaume* | 9 | 14 |
| Son Cotoner | 8 | 14 |
| Son Gotleu | 7 | 22 |
| Plaça Toros | 7 | 10 |
| Foners | 7 | 14 |
| Bons Aires | 5 | 9 |
| Polígon Llevant | 5 | 12 |
| Cala Major | 5 | 5 |
| Es Jonquet | 5 | 5 |

* Les famílies ubicades al barri de St. Jaume provenen del SADIF per estar aollides en aquest centre en el moment de fer la sol·licitud i desconeixent si compten amb domicili propi.

** Son Riera no hi figura per disposar d'una altra modalitat de beques.

Famílies que registren abús / desatenció

El nombre de famílies becades en la que es donen problemàtiques de desatenció o abús ha estat de 24, el 15,2% del total. **Monoparentalitat:** El 50% de famílies que presenten abús/desatenció són monoparentals.

Famílies que registren situació de risc

La totalitat de les famílies presenten algun o alguns indicadors de situació de risc, excepte una família en la que sols està marcada la situació d'abús sense més indicadors.

Famílies que registren situació de risc per manca d'habilitats parentals en la cria dels fills

El 18,3% de les famílies ateses presenten dificultats en la cria dels fills per manca d'habilitats parentals (29 famílies). **Monoparentalitat:** El 38% de les famílies que presenten dificultats per manca d'habilitats parentals són monoparentals: 11 famílies que tenen al seu càrrec 17 nins.

Famílies que registren situació de risc per aïllament social i manca de suport

L'aïllament social i la manca de suport es registra en 13 famílies, un 8,2%. **Monoparentalitat:** El 84,6% de les famílies amb aïllament social i manca de suport són monoparentals: 11 famílies amb 20 menors al seu càrrec.

Famílies que registren situació de risc per greu precarietat econòmica

La situació de risc social provinent de la greu precarietat econòmica la presenten 154 famílies, un 97,5% del total atès.

Cal dir que per al curs 97/98 s'entenia per precarietat econòmica els ingressos de la unitat de convivència que es trobaven per baix dels màxims per accedir a la prestació: sou mínim interprofessional (66.630 PTA x 14 pagues anuals) per famílies d'1 fill. Aquest màxim anava incrementant-se amb 200.000 PTA anuals per a cada fill més.

De les 4 famílies que no presentaven precarietat en els termes fixats pel barem econòmic, cal dir que 3 d'elles presentaven situació d'abús/desatenció i l'altra sobrepassava mínimament el barem. **Monoparentalitat:** El 100% de les famílies monoparentals presenten greu precarietat econòmica.

Els ingressos familiars

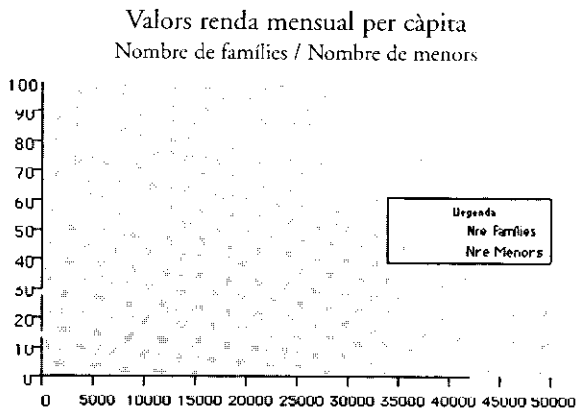
La variable dels ingressos familiars s'ha recollit com a renda per càpita mensual, estant així ponderada pel nombre de components de la unitat de convivència.

Quant al barem econòmic fixat en aquest curs, cal dir que el valor màxim possible de renda per càpita mensual per poder ser definida de precària era de 25.911 PTA per a famílies d'1 fill. Per a famílies més nombroses la quantia és inferior donat que augmenta el nombre de persones per dividir els ingressos.

Sols en cas de monoparentalitat aquest màxim de 25.911 PTA es podia veure incrementat fins a 38.867 pessetes/membre/mes, ja que el mínim de 3 persones a distribuir els ingressos -pare, mare, fill- passava a 2 membres per falta una figura parental.

En els casos en què la situació de risc venia donada per abús/desatenció amb indicadors que suposaven maltractaments, no existia el requisit de no sobrepassar el barem econòmic, motiu pel que el nivell d'ingressos de la unitat familiar podia no ser qualificat de precari en el sentit assenyalat anteriorment.

La distribució dels valors que registra la renda per càpita s'ha agrupat per intervals de la mateixa amplitud, 5.000 PTA.



Dificultats de les famílies per atendre els menors. Necessitat de la prestació
Els criteris d'accés a les beques per al curs 97/98, marcaven com a requisit, a més que el menor estigués en una situació de risc social, que els adults del seu nucli de convivència no el poguessin atendre per raons de:

- incompatibilitat amb l'horari laboral que es realitza;
- precisar, els adults, de disponibilitat horària per recerca activa de feina amb incorporació en un programa d'inserció laboral;
- precisar, els adults, de disponibilitat horària per a formació amb incorporació en un programa d'inserció formatiu (tallers i altres);
- presentar dificultats importants de salut que dificultassin l'atenció del menor.

Famílies que presenten dificultats per raons d'incompatibilitat amb l'horari laboral

El nombre de famílies que registren incompatibilitat entre el seu horari laboral i l'atenció als infants és de 75, és a dir, un 47,5% sobre el total de famílies. El col·lectiu de menors que representa és de 136 nins, el 46,1%. Per horari laboral entenem també el temps dedicat a activitats d'economia submergida. **Monoparentalitat:** El 56% d'aquestes 75 famílies que tenen dificultats per l'horari laboral són monoparentals (42). El nombre de fills becats d'aquest grup és de 66.

Les 42 famílies monoparentals que tenen aquesta dificultat suposen el 48,3% del total de famílies d'un sol progenitor.

Famílies que presenten dificultats per estar realitzant algun programa de recerca activa de feina

El nombre de famílies que registren aquest tipus d'incompatibilitat ha estat de 79, és a dir un 50% de les ateses. El nombre de nins que suposa és de 156, un 52,9%. **Monoparentalitat:** 43 famílies que realitzen algun programa de recerca activa de feina són monoparentals, suposant un 54,4% del col·lectiu que presenta aquest tipus d'incompatibilitat.

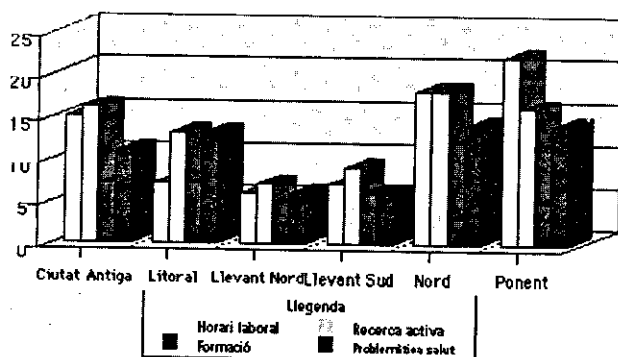
Dins el grup de famílies monoparentals representa un 49,4%.

El nombre de menors becats que pertanyen a aquest col·lectiu és de 75.

Famílies que presenten dificultats per raons del programa formatiu que realitzen
 Les famílies que registren dificultats per aquest tipus d'incompatibilitat han estat 30, és a dir un 19% del total d'ateses. Els fills becats són 59, un 20%.
Monoparentalitat: 17 famílies monoparentals registren aquesta incompatibilitat suposant un 56% de les famílies que realitzen un programa de formació, i un 19,5% del grup de famílies monoparentals. Les 17 famílies d'aquesta categoria representen 29 menors, el 9,8%.

Famílies que presenten dificultats per raons de problemàtiques referides a salut
 La problemàtica de salut es registra a 64 famílies, un 40,5% de les ateses. Aquestes famílies tenen al seu càrrec 115 nins, un 39% dels nins que han disposat de beca.
Monoparentalitat: 24 de les famílies que presenten dificultats de salut són monoparentals tenint al seu càrrec 42 nins, el 14,2% del total. Representen un 37,5% sobre el col·lectiu de famílies amb aquest tipus de dificultat i un 27,5% respecte al col·lectiu de famílies monoparentals.

Dificultats familiar per atenció del fills
 Per Sectors



4. LES BEQUES: UNA EINA D'INSERCIÓ DE QUALITAT

A partir de les aclaparadores dades de les memòries dels darrers cursos i de l'experiència acumulada, suggerim algunes claus per captar el potencial inseridor d'aquesta prestació:

Les beques són una bona eina per intervenir en famílies en risc o conflicte. Arriben directament a l'infant i faciliten la inserció dels cuidadors. Proporcionen espais i relacions normalitzades i educatives. Permeten un treball continuat i de procés amb la família.

Les beques tenen un bon model de gestió, on les decisions es prenen prop de la demanda i on la normativa es modifica anualment sobre la base de l'avaluació feta, amb la participació dels implicats, que pot orientar la manera de fer evolucionar la relació entre l'Ajuntament de Palma i el CIM o el Govern Balear a l'hora de gestionar altres prestacions. S'ha de dir que la pròpia convocatòria obri la porta a aquesta municipalització que nosaltres hem jugat amb escreix.

Les beques només tenen sentit des del treball social individual i familiar ben fet. Aquells serveis que no poden garantir els asseguraments de qualitat fixats en la seva instrucció i seguiment, no s'han de complicar volent-ne manjar.

Per a les beques és imprescindible una tramitació àgil, permanent i ben connectada a una gestió administrativa rigorosa i efectiva. Cada mes han de cobrar les escoles i escoletes, i qualsevol setmana del mes s'han d'atendre sol·licituds i possibilitar-ne noves altes. Això sols és possible si només hi intervé una administració pública.

Atenem famílies que ho necessiten com el pa. El 55% són monoparentals (87). Són famílies on l'aïllament social és més palès, encara que hagin desenvolupat les habilitats per a la criança dels infants en un elevat percentatge respecte de les famílies biparentals. Totes aquestes famílies monoparentals estan en situació de risc per greu precarietat econòmica (almanco). En general, per a totes les famílies el factor de risc prevalent és el derivat de la greu precarietat econòmica.

Les beques són una eina netament inseridora. D'entre les dificultats existents per atendre els infants al domicili i que generen la demanda de prestació tenim principalment la realització d'un programa actiu de recerca laboral (50%), la incompatibilitat amb horari laboral (47'4%) i les problemàtiques referides a salut (40'5%). Això ens assegura l'eficàcia de les beques com a eina inseridora.

Amb l'increment de beques que cada any es produeix, deduïm que no hem tocat sostre. S'ha d'arribar a un espectre més ample de famílies.

5. PROPOSTES AL VOLTANT D'UNES BEQUES DIGNIFICADES

Per acabar aquest article avençam aspectes que haurien de ser abordats decididament.

5.1. L'aportació extra municipal de cada any torna comparativament petita. S'ha de recollir la nova realitat d'aquesta prestació, gràcies a la gestió municipal i arribar a acords de co-responsabilitat en el finançament que n'assegurin la seva finalitat.

5.2. Els menjadors escolars són un servei bàsic per a l'atenció social primària, que ha de garantir l'administració educativa. Cal una decidida iniciativa pública en la dotació d'espais, recursos econòmics i humans per definir, d'acord amb un mapa, el nivell d'implantació mínima dels menjadors a escoles i guarderies, i evitar així la patètica situació d'algunes barriades de Palma (S'Arenal, Camp Rodó, etc.) on no comptant amb aquest servei no es poden destinar-hi beques.

5.3. El Servei d'Acció Social del CIM, que amb tanta diligència porta en els darrers temps la RMI, s'ha de familiaritzar amb aquesta prestació i reubicar-la dins el seu catàleg per tal que no sigui la germana petita del que hauria de ser la família de les mesures inseridores.

5.4. Si arran de l'Informe FOESA, que diu que la pobresa és jove i té infants com els que nosaltres hem vist reflectits a les dades, s'ha destapat la polèmica sobre la

magnitud de la pobresa i això ha generat que al Parlament es treballi sobre un Pla de Lluita contra la Pobresa, el que podem dir és que en les beques hi ha un diamant en brut que, ben treballat, pot ser un pilar del dispositiu d'inserció.

5.5. S'ha de vetllar perquè no es produeixi el solapament entre les diverses ajudes que existeixen en aquest sector:

- Les ajudes per menjador que la Direcció General d'Educació transfereix a les escoles perquè es distribueixin pels consells escolars, sense definició de requisits ni convocatòria pública.
- Els bons per escoles municipals que parteixen d'un control de qualitat dels centres receptors. Són complementaris amb les beques en el cas del menjador d'escoleta que no cobreix el bo. Tenen un perfil més ample d'usuaris.
- Les beques reglades de menjador del MEC.

És ben hora de fer un sac únic o ordenat, almanco pel que fa a la nostra Comunitat Autònoma, on totes aquestes prestacions trobin una fórmula d'integració.

5.6. Com més oferta laboral hi ha i, per tant, més possibilitats per a la inserció es donen, menys serveis que alleugereixin les famílies que ho necessiten en l'atenció als infants estan oberts. Cal, en funció de la idiosincràsia estacional de la nostra economia, un dispositiu d'atenció d'infants que permeti la inserció en aquests períodes.

5.7. Quan no hi hagi menjadors ni escoles a disposició haurem de reinventar la prestació perquè la finalitat inseridora es pugui donar assumint el pagament de serveis alternatius.

5.8. L'operativització de qualsevol de les propostes anteriors no pot passar per complicar el procediment d'accés, afegir successius nivells de control de les sol·licituds i concessions, o traslladar les decisions i gestions fora de la realitat immediata i municipal.



Del bloc "Família" cal dir dues coses. La primera, que no és casual que segueixi el d'Atenció Primària: intencionadament s'ha pretès entrunyellar el darrer article d'aquest bloc amb el que ara introduïm. Tanmateix, les beques de guarderia -el tema que tracta- tenen molt a veure amb la família. La segona, que anunciam el segon article "Família-Vellesa" perquè, tot i que l'objectiu s'enguegui a partir de la família, els seus autors -Joana Ferragut i Miquel Cladera- treballen en tercera edat i sota aquesta condició participaren en el congrés "Suport a les famílies amb persones dependents". A l'article ens presenten les conclusions d'aquest congrés i ens aproximem al programa SENDIAN, del País Basc, pioner i capdavanter en el suport a les famílies amb persones dependents a càrrec.

Quant a "Les noves formes de família a Mallorca: la recuperació de la família extensa (2ª part)", de Lluís Ballester, ens presenta els resultats d'una investigació en la que una de les conclusions és que els fills de la família mallorquina actual -per molt inversemblant que pugui semblar en un primer moment- sobretot en aquelles de recursos minvats, encara que no convisquin en el nucli familiar d'origen, sí que hi mantenen una estreta relació que, en molts casos, arriba, fins i tot, a la dependència. Els joves s'independitzen i creen noves unitats familiars, però es veuen en la necessitat de comptar amb el suport dels seus progenitors per tal de mantenir-les.

LES NOVES FORMES DE FAMÍLIA A MALLORCA: LA RECUPERACIÓ DE LA FAMÍLIA EXTENSA (2ª PART)

Lluís Ballester Brage,
Universitat de les Illes Balears

En aquesta segona part el que es pretén és complementar diversos estudis empírics fets amb diversos objectius i mitjançant metodologies correlacionals¹, prestant atenció especial a les relacions entre les formes de convivència i les estratègies per abordar les necessitats. Aquest estudi s'ha fet amb entrevistes semiestructurades a una mostra de 50 famílies de classe treballadora de 3 barris de Palma. La mostra estructural utilitzada per fer les entrevistes permet comparar les famílies dels joves (fins a 35 anys en aquest estudi) amb les famílies d'adults (36 a 55 anys), considerant aquesta diferenciació com a fonamental per entendre les diferents dinàmiques familiars.

Una de les hipòtesis centrals de l'anàlisi es basa en el paper central de les relacions familiars com estratègia per fer front a les necessitats, més important eventualment que la demanda als serveis socials. Aquesta hipòtesi permet fer compatible les importants dades sobre la pobresa a la CAIB amb el nivell de demanda dels serveis socials, manifestament inferior. L'augment dels serveis públics al llarg dels darrers vint anys a tot l'estat, no ha permès superar el paper de la família extensa. A Mallorca, especialment en els darrers anys, amb una menor mobilitat territorial i una sèrie de reformes que han reduït les prestacions econòmiques més estables, la xarxa de relacions i suport que ofereix la família extensa manté plena vigència en les classes treballadores.

Juntament amb l'anterior hipòtesi també es considera la hipòtesi convencional que el treball o l'activitat per accedir als recursos és el principal factor estructurador de les relacions de convivència.

Si la primera part de l'article, publicat a l'anterior número d'Alimara, es basava en una anàlisi de l'estructura, amb una perspectiva externa i quantitativa, en aquesta segona part s'intenta fer una anàlisi de la dinàmica interna al nucli de convivència i de les relacions amb la família extensa, tot amb un plantejament qualitatiu.

1. DINÀMICA FAMILIAR I NECESSITATS

A la sociologia de la família hi ha tot un seguit de tòpics que, com a mínim, és possible posar en dubte. Els estudis de detall permeten observar variacions en les relacions dins els nuclis de convivència i entre nuclis diversos, però cal precisar molt aquestes observacions. Alguns dels tòpics són la idea de l'aïllament de la família nuclear i la idea de l'estricta diferenciació per gènere de les tasques domèstiques i les responsabilitats familiars.

Diversos autors han parlat de l'aïllament de la família nuclear com un procés inevitable. El desenvolupament de la mobilitat laboral, els límits imposats per l'urbanisme, etc. han facilitat que es pugui observar un cert procés d'aïllament, però no han desaparegut les relacions ampliades a altres membres de la família. Una de les principals motivacions per al canvi de barri és l'agrupament familiar o l'augment de les relacions amb els familiars que viuen a la mateixa ciutat. El que sí és important destacar és que aquest conjunt de relacions amb familiars amb els quals no es conviu es dona fonamentalment a les famílies de les classes més desfavorides.

Igualment es pot començar a observar que la mateixa diferenciació per gènere de les tasques domèstiques i les responsabilitats familiars està canviant de forma important (Meil, 1997). Es pot observar que la incorporació de la dona al treball, l'augment del temps dins la llar dels aturats, l'estacionalitat de moltes activitats relacionades amb el turisme, el canvi en els valors, etc., han produït diversos efectes dins els nuclis de convivència, relativament debilitades i més rígides en les èpoques de treball intensiu i d'especialització per gènere del treball fora de la llar. La mateixa violència domèstica pot ser interpretada, en part, per l'augment de l'expressió de les tensions en el nucli de convivència³, un context en el que el control social present als espais públics (a la comunitat, al treball, etc.) no existeix.

Diversos estudis han mostrat les variacions en els cicles de vida familiar (Cabré, 1988; Flaquer i Soler, 1990; Requena, 1990). Per a les famílies de les classes més desfavorides es pot identificar un cicle que, amb certa flexibilitat interpretativa, descriu un procés característic, el qual, en les seves primeres fases que coneixem millor, es pot resumir en cinc moments:

- a. Infància-dependència del nucli familiar restringit i contactes periòdics amb familiars que no conviuen al nucli. És el moment de definició del primer nivell de sociabilitat, de qui som "nosaltres" a l'àmbit familiar.
- b. Adolescència i primera joventut. Orientació extrafamiliar, adscripció als grups de referència i participació en grups d'iguals. És el moment de definició del segon nivell de sociabilitat, de qui som "nosaltres" en el barri-ciutat.
- c. Festeig i experimentació sexual. Augment del tancament en la relació de parella, reducció dels contactes amb amics, encara que mantenint l'orientació extrafamiliar.
- d. Casament i inicial reorientació cap a la família extensa, intensificació de les relacions amb els pares i sogres. No sempre es produeix l'emancipació, en alguns casos es manté la convivència amb els pares. El que s'inicia és la possibilitat de tenir fills, independentment de l'emancipació. Tot i que augmenta el nombre de naixements fora del matrimoni, la majoria dels naixements es produeix dins ell. Com a conseqüència d'això, hi ha una estreta relació entre la formació de parelles, especialment entre la matrimonialitat, i la fecunditat. (Roussel, 1989)
- e. Posterior reorganització de les relacions amb els iguals, basades en diverses formes de relació: amistats anteriors, treball, veïnatge i "domesticitat", és a dir, en les relacions que s'estableixen a partir de la repetició d'activitats domèstiques (aprovisionament de la llar, acompanyar nins al parc, a l'es-

cola o a altres activitats, etc.). És el moment de definició del tercer nivell de sociabilitat, de qui som "nosaltres" en el barri-ciutat, però també com a grup social (com a membres de sindicats, associacions de pares o veïnats... o senzillament com a votants).

Es pot observar una important capacitat d'adaptació, especialment en les famílies de classes mitges-baixes (treballadors no qualificats especialment), per adaptar-se a canvis del context fent que aquest model de transició sigui canviat en un o altre sentit, però es pot afirmar que al llarg dels anys vuitanta i noranta es pot identificar aquest cicle com a bastant estable. El que també es pot afirmar és que no es pot desenvolupar un model de cicle familiar de caràcter general sense tenir presents les diferenciacions de classe social o les peculiaritats locals que encara es poden descriure. Ja fa temps que alguns autors varen denunciar la influència negativa del model ortodox del cicle familiar per a les investigacions sobre les necessitats social (Hayes i Nutman, 1982), en el sentit d'ocultar els processos reals, però encara se segueixen formulant de manera més o manco abstracta.

És especialment la manca d'atenció teòrica i empírica a les formes socioculturals de les necessitats el que ha permès la consolidació del cicle familiar com a una fórmula sense crítica. Una anàlisi contextual i de les trajectòries permet, així com l'atenció a les percepcions dels mateixos subjectes, una visió una mica més elaborada, una visió de les necessitats i les estratègies familiars per abordar-les com a inscrites en un context sociocultural específic.

2. EL SUPORT FAMILIAR: L'ESTABLIMENT DE RELACIONS PER FER FRONT A LES NECESSITATS

A partir de la selecció de cinquanta nuclis familiars entrevistats a Palma, s'intenta completar l'anàlisi que ja es va poder fer a l'estudi sobre els joves a les Illes Balears. Els nuclis familiars seleccionats resideixen a tres barris de Palma caracteritzats per acollir població de classe mitja-baixa, és a dir, majoritàriament treballadors no qualificats, com s'ha dit abans (La Soledat, Polígon de Llevant i sa Gerreria). L'anàlisi és una ampliació del realitzat per al Patronat Municipal de l'Habitatge i per al Pla Mirall-Urban i recull una sèrie d'entrevistes fetes l'estiu de 1998 per qualificar les enquestes realitzades en el marc dels dits estudis. Un dels problemes de les enquestes més tancades és la impossibilitat d'aprofundir en els processos particulars, però la limitació de les entrevistes és que molt poques famílies estan disposades a realitzar converses repetides i només l'establiment d'una certa relació de confiança i d'un marc de seguretat permet completar-les.

Una de les diferenciacions més importants és la relativa als grans grups d'edats, amb narracions molt diferents segons la generació dels que formen la parella central del nucli de convivència. Es pot parlar de dues realitats molt diferents entre parelles de 35 i menys anys i famílies de 35-40 i més anys. Les constants observades en les situacions familiars dels joves no especialitzats en estudis, és a dir, dels treballadors a l'estudi sociològic dels joves de les Illes Balears (Ballester, 1998), són vigents per a tot el primer gran grup de parelles, tot i l'ampliació de les edats.³ Les característiques del grup de joves contrasten amb el grup de majors:

| | Nuclis formats per joves fins a 35 anys | Nuclis formats per adults entre 36 i 55 anys |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atur | presència molt més des- tacada d'atur repetit, però no de llarga durada; | presència de períodes d'a- tur perllongat, en alguns casos de llarga durada; |
| Ocupació | presència de períodes d'ocupació superiors a 6 mesos poc freqüents, no participació de la "nor- malitat-continuïtat" en la vida laboral; | no superació dels nivells de mitja i baixa qualifica- ció; per a la majoria hi ha una clara identificació de "normalitat-continuïtat" en la seva vida laboral; |
| Relació amb la família | manteniment de vincles de suport amb la família dels pares, sense obser- var conflictes generacio- nals sinó, tan sols, ten- sions limitades; rela- cions per via femenina preferentment: especial- ment pares de la dona; | manteniment de vincles familiars de tipus interge- neracionals (fills, padrins) i iguals (gendres-ger- mans); relacions per via femenina preferentment; |
| Relacions socials | manteniment d'una vida social apreciable, entre els joves entre 25 i 35 anys, sense variacions en els moments d'atur; rela- cions diversificades, però amb una recuperació de les amistats formades a la joventut; | imitació de la vida social a l'àmbit familiar o a con- textos clarament delimita- tats per tres formes de relació: treball, veïnatge i "domesticitat", és a dir, per les relacions que s'es- tableixen a partir de la repetició d'activitats domèstiques (aprovisio- nament de la llar, acom- panyar nins al parc, a l'es- cola o a altres activitats, com l'esport). En el cas dels desocupats es pro- dueix aïllament |
| Diferenciació per gènere | declaren que la divisió per gènere de les tasques i responsabilitats fami- liars està poc desenvolupada; important incorporació de la dona al tre- ball; comparteixen les activitats de temps lliure; | diferenciació per gènere de les tasques domèsti- ques, presència de ten- sions quan l'atur motiva la reorganització de rols; incorporació de la dona al treball més reduïda; activitats de temps lliure diferenciades de forma encara apreciable; |

| | | |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Valoració dels serveis | Valoració negativa de les experiències que han tingut amb els serveis socials. | Valoració negativa de les experiències que han tingut amb els serveis socials. |
| | Reconeixement del seu paper, però preferència del suport familiar. | Reconeixement del seu paper, reclamació que els ajuts i prestacions es puguin reclamar com a drets ja pagats. |

Com es pot deduir d'aquest resum, les necessitats poden afectar de forma important ambdós grups, però hi ha algunes peculiaritats que faciliten que siguin viscudes i solucionades de forma diferent. En el cas dels joves, la gran majoria amb família, hi ha la possibilitat real de rebre ajuda i una major facilitat perquè les tensions externes a les necessitats (derivades de les diferències de gènere, per exemple) siguin solucionades en l'àmbit de la parella o amb el suport de les relacions d'amistat. Entre els majors no hi ha formes de suport externes, hi ha majors tensions intrafamiliars i més dificultats per a readaptar-se als canvis externs. Però, a més, entre els majors hi ha una vivència del que hem dit "normalitat-continuïtat" molt desenvolupada, de tal manera que les ruptures en aquesta vivència per trasllats de domicili, per canvis del mercat laboral, per ruptures en la parella, per malalties greus, etc., són viscudes de forma molt més traumàtica.

En tots els casos, joves i adults, *la relació amb la família* és valorada com a molt important, fins al punt que funciona com a objectiu a aconseguir quan s'ha produït una ruptura o separació física. S'han superat llargs períodes de separació, a vegades de 10 o més anys, amb reagrupacions al mateix barri que permeten continuar com si no s'hagués produït la ruptura. Una dona jove ens mostra la importància dels pares com a font d'ajuda, diu⁴:

"La meva família és bastant bona. Ells no ens visiten, però jo sí que vaig a veure ma mare tot el temps. Ma mare és una gran ajuda per a nosaltres, sempre em dona roba per als nins."

Un treballador de la construcció, amb atur freqüent al llarg de l'any, diu:

"Són els amics i la família els que ens ajuden, especialment la mare de la meva dona. Potser són coses de poca importància, com ara ajudar a posar les cortines, però ens va bastant be aquesta ajuda."

Per a altres, de totes formes, el suport de la família és menys regular i menys aprofitat, però més per una certa noció de dignitat que per manca de disposició a ajudar. Un jove que treballa a un taller diu:

"Només hem demanat alguna vegada diners al seu pare. Jo diria que, com a màxim tres vegades des que vivim junts. És una cosa que intentam evitar. Hi ha moltes coses que ens falten, però preferim no tenir-les que demanar-les."

Aquest suport és inadequat per a algunes necessitats, especialment quan es requereix suport econòmic; en aquests casos és quan s'accepta millor el suport dels serveis públics. De fet, la gran majoria de les parelles joves va expressar

preferir no rebre suport directe de la seva família, especialment quan es tractava de diners. Però es considerava normal rebre coses per als fills, "trastos" que els pares no necessitaven o menjar fet per la sogra. *L'ajuda puntual*, així com el suport que no és viscut d'aquesta manera, com ara tenir cura dels nins, anar a dinar o sopar regularment, etc., ni tan sols es considerava com a tal, a vegades era interpretat com a ajuda per als pares o sogres que no al revés.

En ocasions la situació dels pares tampoc permet un suport important, però sempre hi ha un capital que es pot aprofitar: les relacions establertes pels pares al llarg dels anys, les capacitats de les mares per a resoldre problemes dins la casa; pel que fa a les mares el suport sol ser incondicional i s'expressa per la disponibilitat a fer qualsevol cosa, especialment quan hi ha fills en les parelles de joves, quan hi ha crisi derivades d'una malaltia o en les activitats rutinàries.

Moltes d'aquestes relacions es fonamenten en una certa noció de la *reciprocitat derivada en el temps*. Els pares, especialment les mares, confien en el suport de les filles quan ho necessitin de veritat, especialment quan arribin a la vellesa. Aquesta confiança només és expressada de manera apagada o poc elaborada, però està present en el discurs de les mares de diverses formes. No es tracta tant de relacions de solidaritat, com les que es podrien donar entre veïnats, de fet són relacions d'ajuda recíproca condicionades per vincles de parentiu, no hi ha una consciència de la solidaritat sinó una forta noció de la permanència de la família.

Com s'ha dit abans, només en els casos de necessitat de suport econòmic i de manca de capacitat en la família, s'accepta el suport dels serveis públics, però no des d'una posició de demanda de caritat. Amb freqüència s'entén que s'està recuperant part del que s'ha pagat amb els impostos; altres vegades, s'entén que s'està aprofitant de manera intel·ligent una oferta.

Dues parelles varen afirmar, explícitament, que de cap manera cercarien ajuda pública o d'organitzacions socials, només acceptarien rebre una ajuda econòmica si estava clar que la podien reclamar. Un dels homes diu "preferixo robar que demanar caritat."

Aquesta situació de *domini de la família en totes les estratègies per fer front a les necessitats*, pot recordar les comunitats tradicionals idealitzades. Però, al marge de la idealització, la situació és molt diferent de la que caracteritza les comunitats tradicionals, l'aprofitament de tota l'oferta de serveis públics és molt intensa, tot i que no es reconegui. Quan es parla de necessitats, pràcticament en la meitat de les famílies ni tan sols es va parlar de la sanitat pública, de l'escola pública o de l'oferta socioeducativa o cultural gratuïta (biblioteques, cursos, etc.). Aquesta darrera opció de l'oferta no és relacionada mai amb les necessitats, pràcticament no hi ha consciència de la seva existència. Pel que fa a la sanitat i l'educació, són interpretades com a drets, com a part del que hi ha a la comunitat, quasi com els carrers o els semàfors. S'ha perdut, si és que alguna vegada va existir, la noció de conquesta històrica d'aquests serveis, la noció que es poden perdre. A més hi ha una certa concepció patrimonial dels mateixos, una certa idea que "són nostres perquè els pagam".

Els serveis que sí es relacionen amb les necessitats, segons els entrevistats, i que són viscuts com a contingents, com a dependents dels informes dels professionals, són els serveis socials i els serveis públics d'habitatges³. No hi ha seguretat en relació a aquestes ofertes, però sí se sap que en algun moment podrien necessitar la seva ajuda, en alguns casos ja hi ha una experiència dels

mateixos. Les experiències que s'han volgut explicar són ambigües, sempre hi ha un component frustrant, alguna cosa que no va anar com s'esperava. En un cas, intentant aprofundir en l'experiència de frustració, una dona jove ens parla de la seva "vergonya", de la violència que representava haver de demanar ajuda i de la sensació negativa que provocava sentir la desconfiança del professional, la vivència del temps tan diferent en una i l'altre: una urgència immediata de disposar d'una ajuda econòmica era transformada en el final d'un procés aparentment molt llarg. Aquesta dona diu:

"Em varen demanar si els nins dormien junts, si prenia begudes alcohòliques, quan guanyava, si no podia demanar ajuda a algú..."

Aquestes demandes, segurament fetes per poder saber quina era la situació, eren viscudes de forma violenta i quasi il·legítima. És a dir, es reconeix el paper que han de fer els serveis socials, però no la forma de desenvolupar-lo. El suport incondicional de la mare i la seguretat derivada de poder reclamar atenció als serveis de sanitat i educació, deixen pas a la incertesa i al malestar que suposa relacionar-se amb els serveis socials. Aquest malestar és complementat amb la reclamació sense esperança dels adults que el que donen es pugui reclamar, atenent a la quantitat d'impostos que han pagat en la seva vida. Hi ha una important sensació que les decisions d'ajuda per part dels serveis socials també estan mesclades amb decisions polítiques.

3. L'EXPERIÈNCIA DE LES NECESSITATS EN LES FAMÍLIES

És molt interessant l'estudi de *la vivència de la necessitat* en les famílies entrevistades, vivència en la que s'expressa una altra vegada la diferenciació. La majoria dels joves considera quasi tan importants els canvis en l'ocupació dels temps que provoquen les situacions de necessitat, com les dificultats per pagar el lloguer o comprar menjar. Els joves parlen molt de les limitacions que provoca no tenir diners. Un jove de 29 anys, sense fills, diu:

"Pensa el que pots fer si no tens ni un 'duro'. No pots sortir, només pots mirar la televisió o mirar per la finestra. No passa el temps, cada dia igual. Ni tan sols tens ganes d'anar amb els amics."

La pèrdua de capacitat de consum, les dificultats per sortir divendres i dissabte, aquests són problemes tan importants com els altres. La vivència tan radical que, mentre tinguis família, no et moriràs de fam i que tindràs un lloc per viure, deixa pas a la vivència de la monotonia del temps i de la limitació de fer coses divertides. El present i els diners dominen de manera absoluta.

Per als adults les necessitats no són representades de la mateixa manera. Normalment són viscudes com a associades a la pèrdua d'estatus, especialment quan s'ha perdut un treball qualificat que difícilment es recuperarà. Un aturat que havia treballat com a fuster parlava amb amargura dels canvis en aquest sector i de les conseqüències de la mecanització dels processos de producció, però no es resignava a perdre els seus contactes amb els seus anteriors companys de feina:

"... sí, encara tinc un contacte regular, i m'han donat algun treball quan ells no ho podien fer; però no crec que pugui tornar a treballar com abans."

Les necessitats, entre els adults, també són viscudes com a generadores d'estrés, especialment totes les situacions de manca de treball, però per la impossibilitat de trobar suport per poder pagar la casa o per menjar i viure amb normalitat. El temps lliure passa a ser poc important, els fills són la primera preocupació i comença a aparèixer la preocupació pel futur. Una parella entre 35 i 40 anys, aturats enmig de l'estiu i sense perspectives, amb dos fills de 12 i 8 anys, sense família a Palma, estaven preocupats perquè haurien de fer alguna cosa prest: anar a la península, repartir pizzes o "...fer alguna cosa pitjor".

Entre aquestes "coses pitjors" es pot incloure de tot, però hi ha una diferència important entre els grups d'edat: els adults parlen de treballs que ningú no vol fer; i els joves també, però aquests darrers inclouen el que ningú no vol dir (prostitució, vendre drogues, robar...) com a possibilitats no explicitades obertament. La misèria és el principi de totes aquestes activitats no normatives o directament il·legals, així com de les conductes d'autodestrucció, especialment de l'alcoholisme:

"...alguns dels que treballaven a l'empresa ara són uns alcohòlics; abans ja bevien però es controlaven, ara ja no pots parlar amb ells."

Una altra diferència entre els dos grups es refereix a la *reorganització de la divisió de papers segons el gènere*. Per als adults, es pot fer una diferenciació fonamental entre els millor col·locats al mercat de treball i els que han tingut dificultats laborals importants. Entre els que han experimentat una vida laboral "continuada" i no tenen històries d'atur perllongat, la diferenciació per gènere és molt més present, sent l'atur el que fa entrar en crisi la divisió del treball domèstic, especialment quan la dona treballa. Alguns dels homes aturats més majors s'han retirat a ca seva, i en ella es troben amb una segona font d'exclusió, basada en la seva dificultat per a fer les coses correctament, en el control que manté la dona de l'àmbit domèstic i en la vergonya i ràbia quan la dona, a més, treballa fora de la casa. En aquesta darrera situació s'observa i expressen tensions, de tal manera que aquesta crisi de la divisió del treball domèstic i del paper de l'home, en parelles d'adults no desapareix automàticament. Hi ha una vivència molt més dura de l'atur quan aquest té aquestes conseqüències.

Entre els adults el treball de l'home era la justificació tradicional per a una divisió desigual del treball domèstic. Quan el treball ja no hi es, o no és una ocupació continuada tot l'any, hi ha molt de temps en el qual es fa evident que el treball domèstic ha de ser compartit. En aquesta reorganització del treball domèstic les dones troben el suport de les mares i germanes, però els homes expressen el seu aïllament i viuen la família de la dona com una font d'aliances contra el seu paper a la casa.

Entre els joves s'expressa una important superació de la diferenciació tradicionals dels rols. S'ha de dir que això és el que expressen perquè no es pot saber amb precisió si hi ha una realitat darrera d'aquestes declaracions, o una voluntat de donar una imatge determinada. Hi ha una certa consciència que està bé dir això, un jove deia:

"Jo faig el 90% dels menjars i ella fa la resta de la casa, la neteja, els llits i tot això. Ens dividim així tot el que s'ha de fer i ho podem dur sense problemes."

La distribució de tasques mai no és molt igualitària, sempre hi ha un cert desequilibri, és típic que la dona assumeixi la responsabilitat total de la gestió i

manteniment de la casa, assumint l'home alguns treballs concrets de forma irregular o limitada. En tot cas, la incorporació plena de la dona al treball és molt important, de tal manera que la redefinició de rols, en el sentit d'augment de la igualtat, és una realitat i no s'ha fet a partir d'una situació de necessitat sinó com a fruit d'un acord en la constitució de la parella.

Aquests canvis, viscuts amb fortes tensions o pactats de mutu acord, constitueixen *una nova articulació de les relacions conjugals* en les famílies de classe treballadora. Aquest canvi forma part d'una reorganització més general, en la qual també hi ha una tendència creixent a gaudir de les mateixes activitats d'oci, a compartir la mateixa xarxa de relacions comunitàries i a resoldre els conflictes de forma menys traumàtica que les parelles de la generació precedent.

NOTES

1. L'estudi sociològic sobre els joves de les Illes Balears, 1998 i altres realitzats a la Mancomunitat del Raiguer i a diversos barris de Palma.
2. Entre altres fonts de tensió en nuclis amb poca capacitat d'elaboració de conflictes es poden identificar la no acceptació per part d'homes amb valors tradicionals del paper de la dona com a treballadora que li permet augmentar la seva capacitat d'afirmació i independència; això i la possibilitat del suport extern (familiar, associatiu, legal o policial) li permet també decidir la separació temporal o la finalització de les relacions.
Els estudis sobre les tensions dins els nuclis de convivència, dels anys trenta i quaranta, observaven que la resolució del conflicte extrem moltes vegades passava pel suïcidi o l'assassinat, però l'origen del conflicte era especialment l'atur i la pobresa (Hannington, 1937; Komarovsky, 1940).
3. Un altre estudi interessant és el de M^a A. Carbonero (1998) basat en les dades de l'EPA, tot i que hi ha alguns resultats diferents. Per exemple, en el capítol 7 sobre "Estratègies laborals de les parelles joves" (121-130), les diferències en les dades són importants en l'estudi basat en l'enquesta, sortint sobrevalorades les llars unipersonals en què la "persona principal" és un jove entre 16 i 34 anys.
4. La majoria dels testimonis s'han traduït del castellà, llengua dominant entre els entrevistats en una relació de 3 a 1.
5. A partir d'ara es parla de serveis socials incloent ambdós tipus de serveis: els serveis socials públics i de Càritas, juntament amb els serveis socials d'habitatges (IBAVI i Patronat Municipal de l'Habitatge).

BIBLIOGRAFIA

- BOADA, H. (1986): *El desarrollo de la comunicación en el niño*. Barcelona, Anthropos.
- BALLESTER, L. (1998): Identificació, família i situació econòmica. 41-87, en: Ballester, Calvo, March, Orte, Quevedo, Salvà i Vallespir: *Estudi sociològic sobre els joves de les Illes Balears*. Palma, Direcció General de Joventut i Família. Conselleria de Presidència del Govern Balear.
- BONVALET, C.; MERLIN, P. (1988): *Transformation de la famille et habitat*. Paris. Travaux et Documents Cahier núm. 120. INED, DREIF, IDEF.
- CABRE, A. I ALTRES (1988): *La cohabitación en España. Un estudio en Madrid y Barcelona*. Madrid, CIS.
- CARBONERO, M^a A. (1998): *El procés d'emancipació dels joves a les Balears*. Palma, Direcció General de Joventut i Família. Conselleria de Presidència del Govern Balear.
- FLAQUER, L.; SOLER, J. (1990): *Permanencia y cambio en la familia española*. Madrid, Estudios y encuestas del CIS núm. 18.
- HANNINGTON, W. (1937): *The Problem of the Distressed Areas*. Londres, Gollancz.
- HAYES, J.; NUTMAN, P. (1981): *Understanding the unemployed*. Tavistock, Londres.
- KOMAROVSKY, M. (1940): *The Unemployed Man and His Family*. Nova York, Dryden Press.
- MEIL, G. (1997): La redefinición de la división del trabajo doméstico en la nueva familia urbana española. *Rev. REIS*, núm. 80. Madrid, CIS.
- REQUENA, M. (1990): Hogares y familias en la España de los ochenta: El caso de la Comunidad de Madrid. *Rev. REIS*, núm. 51. Madrid, CIS.
- ROUSSEL, L. (1996): *La famille incertaine*. Paris, Odile Jacob.
- TOBIO, C. (1994): La incorporación de la mujer a la actividad laboral. *Revista 14/30*. Madrid, I. Juventud.

CONCLUSIONS DEL CONGRÉS "SUPORT A LES FAMÍLIES AMB PERSONES DEPENDENTS"

Donostia, Maig 1998

Joana Ferragut Fiol,
treballadora social;
Miquel Cladera Juan,
treballador social

Tot i que en aquets darrers anys s'ha produït un gran augment de les dotacions assistencials per a gent gran, la família és encara el principal recurs en l'atenció a les persones majors. Es pot dir que el 95% d'ancians són atesos dins l'àmbit familiar, malgrat que presentin greus problemes d'incapacitat. La major part de les responsabilitats de l'atenció recau en les dones, encara que comença a apreciar-se una incipient implicació dels homes. Així mateix, dins el gran grup de cuidadors s'inclou el subgrup de cuidadors majors que veuen agreujada la seva situació per les limitacions pròpies de l'edat.

El manteniment d'aquestes persones dins el seu propi medi i en condicions adequades constitueix, des de ja fa temps, un dels principis bàsics de la política social. Així, el servei d'ajuda a domicili, el servei de teleassistència, els centres de dia, els programes específics per a la vellesa i família del Consell Insular de Mallorca i d'altres institucions, tots desenvolupats en aquesta dècada, estan inspirats en aquest principi.

Però, tot i que hi ha un procés creixent de dotació de recursos públics i privats per atendre les necessitats dels majors i els seus familiars, aquests són encara molt insuficients per atendre les necessitats reals.

Dins aquest context, el departament de Serveis Socials de la Diputació Foral de Guipúscoa va organitzar un congrés internacional sobre "Suport a famílies amb persones dependents" (Donostia, maig 1998).

Durant dos dies s'exposaren 5 ponències sobre les experiències d'intervenció institucional i privada amb el col·lectiu dels familiars cuidadors. Així mateix, també hi va haver un espai per conèixer les directrius polítiques que a nivell de Comunitat Europea es volen desenvolupar. El congrés es completà amb un apartat de comunicacions en el qual els professionals interessats donaren a conèixer el seu treball.

Del conjunt, però, cal destacar la ponència sobre el programa SENDIAN, exposada de forma conjunta pels professionals que el duen a terme.

Sendian és un programa d'ajuda a les famílies amb persones majors dependents, impulsat des de l'any 1996 pel Departament de Serveis Socials de la Diputació Foral de Guipúscoa, el qual pot servir de model de referència ja que,

en primer lloc, parteix des d'una decidida voluntat política per a la seva creació i desenvolupament; i en segon lloc perquè està basat en una concepció integral de la problemàtica de les famílies cuidadores i a tal efecte, compta amb una bateria força important de recursos tècnics, assistencials, econòmics i fiscals capaços d'oferir una resposta diversificada a les necessitats plantejades. La relació d'aquests recursos és la següent:

- 1.- Formació familiar
- 2.- Ajuda psicològica.
- 3.- Grups d'autoajuda.
- 4.- Servei "Respiro fin de semana"
- 5.- Servei "Largo respiro".
- 6.- Ajudes tècniques.
- 7.- Ajudes econòmiques.
- 8.- Voluntariat.
- 9.- Exempcions fiscals.

Passats quasi dos anys de la implantació del programa, el nombre de casos detectats i treballs segueix una progressió aritmètica i els serveis socials de base tenen un programa específic a l'abast per poder abordar les demandes. Al mateix temps es posen en marxa, a certs municipis, prestacions fins aleshores inexistents com centres de dia, places residencials de cap de setmana, grups de suport, etc.

Resumint, SENDIAN suposa una resposta vàlida al conjunt de dificultats que pot viure una família en la seva etapa de cuidadora, i malgrat haver-hi encara molts d'aspectes per millorar, s'està fent des d'aquest programa una labor diària per millorar la qualitat de vida dels majors i els seus cuidadors.

Per altra part, i passant ja a les conclusions del congrés, es poden destacar, com a més importants, les següents:

- Fer palès que l'atenció a les persones majors dependents es fa prioritàriament des de l'àmbit familiar i sols secundàriament des de programes i serveis públics.
- Assumir que les persones cuidadores dels seus majors, i en general tot el seu àmbit familiar, pateixen un gran cost social, psicològic i econòmic degut a la intensitat, complexitat i duració de les responsabilitats.
- Establir que no ha de ser únicament la persona major objecte d'atencions, sinó que el cuidador també ha de rebre una atenció especial per part dels serveis socials i sanitaris, els quals han de conèixer els conflictes i tensions que es poden generar entre cuidador, família i persona cuidada.
- Assumir que cada cuidador és distint, com distintes són les persones a cuidar i els factors econòmics, laborals, socials i psicològics; la qual cosa requereix de respostes flexibles, individualitzades i adaptades a cada cas.
- Els drets dels cuidadors s'han d'establir i fer-se públics, oferint tota la informació tècnica que necessitin. Tot això reconeixent la seva imprescindible funció i el dret a què els serveis socio-sanitaris avaluin cada cas i aportin els recursos necessaris.
- Els poders públics hauran d'establir programes integrals que ofereixin als cuidadors les ajudes adients per seguir desenvolupant la seva tasca i evitar així el seu deteriorament.
- Cal potenciar mesures per garantir els drets laborals dels cuidadors.
- Assumir les propostes i directrius del Consell d'Europa per tal de mantenir la reserva que suposen les famílies en l'atenció a les persones majors.

-
- Les respostes institucionals per a la cura dels cuidadors hauran de contemplar programes que, com a mínim, incloguin:
 - Formació dels cuidadors.
 - Adaptació de l'entorn físic mitjançant ajudes tècniques.
 - Suport psicològic al cuidador i a la persona major.
 - Estructures externes, tant residencials com a centres de dia.
 - Suport domiciliari institucional i informal.
 - Els poders públics, hauran de definir el seu paper, elaborant mesures i criteris que regulin el suport a les famílies cuidadores, assenyalant la població objecte, marcant pautes d'intervenció, fixant prioritats i determinant nítidament els recursos econòmics i humans que afecten.
 - En tot cas, aquestes propostes són l'inici d'una actitud davant el problema i estan obertes a totes aquelles altres que el propi canvi ens marqui.

Conegudes, doncs, per part dels treballadors socials de l'equip de Vellesa i Família, les propostes del programa SENDIAN i les conclusions del congrés es poden treure dues conclusions finals:

- Els programes de l'Equip de Vellesa i Família estan força ben encaminats i emmarcats dins les línies de la política social de l'Europa Comunitària.
- Cal una revisió dels programes per a la vellesa i família per tal que s'ajustin a la problemàtica existent, tant per conèixer el seu impacte real dins la societat com per establir una dotació de recursos humans i materials que equilibri la demanda.

Intencionadament, també, incorporam el bloc "Menors" tot seguint el de "Família" perquè el contingut de l'únic article que inclou té molt a veure amb ell.

En efecte, "*La gestió de qualitat en els serveis de protecció de menors*", de Josep Lluís Oliver -pedagog responsable del Departament de Menors de la Comissió de Benestar Social del Consell de Mallorca- introdueix un tema que no és nou en aquestes pàgines i sobre el que, tanmateix, cal insistir: la qualitat en els serveis dedicats, en aquest cas, als menors. A part del seu valor intrínsec, ara mateix, aquest article en té un d'afegit que li confereix un interès especial: esdevé un element important de reflexió en el moment en què s'estan integrant a la Comissió de Benestar Social del CIM les competències transferides de Menors. Com indica l'autor, la gestió de la qualitat hauria de ser l'objectiu central en les accions engadades des de la intervenció social. Centrant-la en el sector del menor sorgeixen interrogants, com ara, qui ha de quedar satisfet: el menor, els seus pares o tutors, les escoles, els centres de protecció?

LA GESTIÓ DE QUALITAT EN ELS SERVEIS DE PROTECCIÓ DE MENORS

Josep Lluís Oliver Torelló,
Departament de Menors. CIM

De forma progressiva, en el món dels serveis socials, s'està començant a parlar de la necessitat d'introduir processos de millora de la qualitat relacionats amb les diferents tasques que aquests realitzen. Aquest concepte, encara nou en l'àmbit expressat, intenta introduir, de forma estructurada i contínua, mecàniques sensibles a l'avaluació del conjunt del que es fa, detectant necessitats que plantegin la possibilitat de planificar estratègicament les intervencions necessàries per fer possible l'aplicació als diferents processos de millora.

L'evolució dels serveis socials, desigual i en ocasions discontinuada, ha generat situacions en les quals, fins gairebé el moment present, la preocupació fonamental era el creixement quantitatiu sobre la base del principi d'universalitat i, en conseqüència, del binomi necessitats/recursos. Aquesta lògica centrava gairebé tots els esforços de l'Administració en el creixement en els termes abans esmentats i, en certa mesura, equiparava la cobertura òptima amb la consecució d'un escenari idoni i, per extensió, de qualitat.

Si, quant a això, observam el que ha passat en àmbits amb molta més tradició històrica, com ara el sanitari i l'educatiu, podrem apreciar com aquesta òptica és limitada i en tot cas mecanicista. Pareix indiscutible que en una situació de manca de recursos no és possible la intervenció global de qualitat i que quan s'ha arribat a uns estàndards de cobertura satisfactoris, és quan es fa possible encetar la qüestió de la intervenció de qualitat. Però la realitat és que a determinats sectors dels serveis socials se'ls exigeix posar en marxa intervencions de qualitat sense que s'hagi pogut arribar a una cobertura suficient. Referint-se a això, i concretament en el sector de la infància, de Paúl (1996) exposa el següent:

"Por otra parte debe tenerse en cuenta que, hasta que no se consigue una mejoría suficiente en las condiciones generales de vida (salud, alimentación, epidemias, mortalidad infantil) de la mayoría de la población, no es posible desarrollar una mínima preocupación por la forma en que dentro de cada familia se trata a los niños".

Creim que aquest és el cas que, de forma genèrica, podríem denominar sistema de protecció de la infància. Així i tot, aquesta dificultat, també suposa una oportunitat. El sistema abans esmentat, està evolucionant d'una forma molt ràpida¹, i en aquests moments, -*grosso modo*-, la seva situació es caracteritza pels següents trets:

1. S'amplia el significat del concepte de *maltractament físic*, fent-se extensiu a situacions fins ara no considerades com a objecte de protecció o, en tot cas, d'ambigua definició (maltractament emocional, maltractaments entre iguals, etc.). També es produeixen noves situacions de desprotecció relacionades amb les noves dinàmiques econòmiques i socials:

“Las situaciones de dificultad social de la infancia en los países desarrollados están lejos de ser resueltas, aunque se produzca en paralelo una mejora de la calidad de vida de la infancia.

Por un lado, las situaciones de maltrato siguen existiendo. El cambio cultural que se está generando en relación a la infancia tiene consecuencias de primer orden. Pero además de aprovechar el impulso de una mayor conciencia sobre estas situaciones, es necesario mejorar los sistemas de protección a la infancia: el maltrato es un analizador del conjunto del sistema, de sus debilidades, pero también de sus limitaciones.

Por otra parte, las dificultades de incorporación al desarrollo económico y social de un sector de la población generan situaciones de desprotección que hacen necesario tener políticas activas de igualdad de oportunidades”. Mato (1994).

2. Per diversos motius s'ha ampliat la demanda de protecció, obligant a l'Administració a respondre amb relativa rapidesa a la protecció de la infància amb assignació de recursos.
3. Legislació estatal molt recent (1996) i desenvolupament de legislacions autonòmiques encara més recents.
4. Important dinamisme dels sectors professionals implicats en la tasca de protecció a la infància. S'apunta la necessitat de definir un estàndard, sobre la base de la definició d'uns mínims del que considerem el *bon tracte o qualitat de vida* per a un infant (de Paúl, 1996). Alhora, s'està investigant en relació a diversos aspectes dels maltractaments (factors protectors, factors de risc, gravetat del dany segons la prevalença d'una forma o altra de maltractament, rehabilitació i tractament de les famílies maltractants, etc.).
5. Presència als *media* de notícies relacionades amb situacions de maltractament, cosa que, entre d'altres efectes, està generant una major sensibilitat social en relació a la protecció i estatus actual de la infància.

En aquest context és en el qual ens trobam amb la paradoxa d'haver de combinar creixement i expansió dels recursos de protecció a la infància amb la línia paral·lela de millora de la qualitat en les intervencions globals del sistema. De totes formes, aquesta pareix una tasca ineludible que, entre tots els implicats, s'ha de convertir en l'oportunitat de la qual parlàvem anteriorment.

Així i tot, l'extrapolació de les orientacions més esteses que defineixen com aconseguir la qualitat en les nostres intervencions en els serveis de protecció a la infància, plantegen algunes dificultats importants. I cal que s'abordin aquestes dificultats, ja que si no es fa es podria produir una aplicació mecanicista dels processos d'implantació de la qualitat, més per moda que per altre motiu, sense que redundassin en una veritable millora del sistema:

1. En primer lloc, cal que ens interroguem sobre la definició de la missió encomanada als serveis de protecció de menors. En la gestió de qualitat, la definició de la missió apareix com la primera necessitat d'una organització. L'aplicació d'aquest concepte al sistema de protecció a la infància creim que pot aportar un important avanç en la definició de les accions a aplicar per aconseguir la intervenció de qualitat. Aquesta ens permetrà avançar en el fet de compartir el significat de la protecció infantil, en conseqüència, hauria de tenir efectes benèfics en la major coordinació i actuació de la xarxa de benestar social dedicada a la protecció de la infància.

Tot i això, cal aclarir que en el cas de la infància la definició de la missió pot suposar algun risc. Diu de Paúl (1996) quant a la forma d'entendre la protecció de la infància:

“Con respecto a la forma de abordar la protección a la infancia, hay dos posturas encontradas sobre la intervención protectora en las familias maltratantes. De una férrea actitud social de protección de los derechos de los padres a educar de la manera que consideren oportuna a sus hijos se ha pasado a anteponer con claridad los derechos de los hijos. El peligro de la primera opción es evidente, pero la tendencia al efecto péndulo en el caso de la defensa a ultranza de la capacidad intervencionista del Estado sobre los derechos de los padres en un afán <rescatador> de los niños puede, en la mala práctica, tener efectos tan negativos como la postura previa y contraria.”

2. És freqüent i comú que en el món de l'empresa productiva i en la gestió d'alguns serveis socials² s'identifiqui el concepte de gestió total de la qualitat amb la satisfacció del client: s'haurà aconseguit un determinat estàndard de qualitat quan l'usuari expressi un determinat nivell de satisfacció. Aquesta orientació aplicada a la gestió dels serveis de protecció de menors genera algunes dificultats que, pel seu caràcter estructurant, creim que en aquests moments són especialment significatives.

La primera qüestió que cal considerar en l'àmbit esmentat és la consideració de la “identitat del client”. Creim que no és gratuït que ens formulem la pregunta de qui cal considerar com a client de l'activitat dels serveis de protecció de menors.

Pareix obvi que el menor és el primer “client” intern que cal prendre en consideració. Però, la particular situació del menor protegit, subjecte de l'activitat tutelar de l'administració i, sovint, poc capacitat per formular demandes en relació a les seves necessitats i al seu propi benestar, fa que sigui difícilós interpel·lar-lo en relació al grau de satisfacció que manifesti. Això obliga a determinar tant quina és la participació dels menors quant al seu propi procés com la reflexió continuada en relació a les necessitats de la infància i l'evolució d'aquestes.

A més, a partir del principi de la reintegració familiar, també cal considerar la família com a “client” intern de la nostra intervenció, amb la dificultat afegida d'haver d'obtenir la satisfacció de famílies que també sovint han vist restringits els seus *drets paterns* i que, amb freqüència, no són conscients de les necessitats dels seus fills, deseparant-los³. Només després d'un tractament o intervenció rehabilitadora o fins i tot després de la reintegració familiar, creim que tendria sentit interrogar els pares en relació al seu grau de satisfacció. Cal definir quins seran els *tempos* en els quals se sol·licitarà el nivell o grau de satisfacció dels pares. Òbviament la gran dificultat d'aquesta consulta resideix en què sovint es parteix d'una situació inicial caracteritzada per l'actuació restrictiva o fins i tot *coactiva* (en el sentit que determinats terapeutes utilitzen aquest terme) per part de l'administració, fet que certament no facilita la creació d'un context de col·laboració amb les famílies.

3. Cal definir, també, el lloc i consideració que donen els propis professionals del sistema de protecció a la infància. Per suposat, aquest és un important col·lectiu a l'hora d'implantar processos de qualitat. No només

juguen un paper organitzatiu, sinó que ells mateixos són els subjectes que els han de posar en marxa i, alhora, els han d'aplicar processos de qualitat i de millora continuada.

4. Així mateix, cal determinar quin paper juguen les famílies acollidores (o en altres casos les famílies adoptives). En ambdós casos no pareix plantejar especials problemes el fet que siguin interpelades en termes de satisfacció.
5. Ens trobam, també, amb la necessitat de clarificar quins són els "clients" externs del sistema de protecció de la infància. Com a tals en podríem considerar els següents:
 - Les escoles i altres institucions i serveis concurrents en la tasca protectora.
 - En determinades ocasions, el sistema i institucions judicials.
 - La població general i la societat en el seu conjunt.

Totes aquestes institucions reben, en alguna mesura, els resultats (productes) de l'activitat del sistema de protecció, essent, doncs, uns elements necessaris i implicats en els processos de millora de la qualitat. Però també sovint actuen "derivant" al sistema de protecció, per la qual cosa els dos primers també haurien d'afrontar processos de millora de la qualitat.

Quant a això i referint-se al sistema educatiu, Schargel (1997) defineix la qualitat total de la següent manera:

"La calidad total en educación es un proceso que supone incidir en lo siguiente: cumplir y superar las expectativas del cliente, mejora continua, compartir responsabilidades con los empleados y reducir los desechos y la reelaboración".

Tot això fa que sigui necessari plantejar-se com es pot estandaritzar tant l'avaluació de qualitat com la mateixa implantació de processos de qualitat en els serveis que tenen com a objectiu el treball amb menors.

A la fi, tanmateix, es planteja el sentit en què els menors viuen la seva situació, la pròpia comprensió d'aquesta situació i la participació, tant seva com de la família, en l'evolució i en els processos que afecten els contextos d'intervenció.

NOTES

- 1 Cal tenir en compte que és el 1962 quan Kempe i col. publiquen el seu treball sobre la *síndrome de l'infant apallissat*, moment inicial de tot un moviment de protecció de la infància que a l'Estat espanyol arribarà més tard. Quant a això, pràcticament no hi ha estudis anteriors a l'any 1980 (de Paül, 1996).
- 2 Especialment els que tenen un alt component assistencial, gerencial i/o que suposen una intervenció directa en la línia d'informació, orientació i assessorament.
- 3 El desemparament es pot produir per impossibilitat en l'exercici dels deures de protecció que tenen els pares, per incompliment d'aquests deures de protecció o per l'inadequat compliment dels mateixos deures.

BIBLIOGRAFIA

- Grimà i Tort-Martorell (1995). *Gestión de la calidad total*. Madrid. Díaz de Santos
- James, P. (1997). *Gestión de la calidad total*. Madrid. Prentice Hall
- Larrea, P. (1991). *Calidad de servicio*. Madrid. Díaz de Santos
- Mato, J.C. (1994). *Perspectivas de las políticas de infancia en la Europa de los noventa*. A "Investigación y políticas de infancia en Europa en los años 90". Seminario Europeo. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Paúl, J. de i Arruabarrena, M.I. (1996). *Manual de protección infantil*. Barcelona. Masson.
- Schargel, F.P. (1997). *Como transformar la educación a través de la gestión de la calidad total*. Madrid. Díaz de Santos.
- Zeithaml, Parasuraman, Berry (1993). *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid. Díaz de Santos

Tanca aquest número 42 d'Alimara el bloc d'Exclusió Social-RMI, un tema que guanya en debat de cada dia més per l'enorme contradicció existent entre les xifres macroeconòmiques i les socials: la comunitat amb la renda per càpita més alta de l'estat resulta que no té el més baix índex de pobresa -com seria normal pensar- sinó més aviat al contrari. El biaix és prou gran entre un i altre indicador.

Conformen aquest bloc tres articles que seguidament us presentam:

El primer, "**Cap a una homogeneïtzació de la Renda Mínima d'Inserció: comentari sobre l'esborrany de norma homogeneïtzadora elaborat pel Ministeri de Treball i Afers Socials**", de Josep Quevedo, pedagog coordinador del Programa RMI del Consell de Mallorca, ens fa una breu anàlisi dels pros i els contres de l'intent d'homogeneïtzació per part del Govern espanyol de les diferents Rendes Mínimes que fins ara estan en mans de cada Govern autònom.

El segon, tal com s'especifica en els seus paràgrafs introductoris, és la transcripció quasi literal i comentada per part d'aquesta redacció, de l'informe "**Viabilitat de la lluita contra l'exclusió social i la pobresa a les Balears**", del Gabinet d'Estudis Socials i Econòmics de "Sa Nostra", Caixa de Balears. La creença que és un instrument prou clarificador de la crua realitat social del nostre país mallorquí (i de l'eivissenc i, en menys mesura, del menorquí), la de la pobresa i l'exclusió en el món de l'abundància, ens ha fet decidir-ne la publicació.

El tercer, "**Reflexions sobre els marginats marginals**", de Jaume Mateu, poeta i activista dels drets dels sense-drets i secretari de l'associació "El Refugi", ens aporta la cara i els ulls, és a dir, les persones que s'amaguen darrera les xifres, fredes, que s'especifiquen a l'article anterior. Amb un envejable domini del llenguatge ens posa davant els nassos la realitat, la crua realitat: fa una crida als professionals, a la societat en general a no donar l'esquena a aquesta realitat i planteja el caràcter a vegades d'avantguarda que han d'assumir les organitzacions socials, per tal que de la percepció de la realitat latent des d'aquesta talaia avançada estant, en neixin els recursos socials més adients. Els programes de Metadona en són un bon botó de mostra: fa uns anys era un tema tabú tant per a l'Administració pública com per als professionals de l'àmbit i ara es veu i contempla com un instrument terapèutic més.

CAP A UNA HOMOGENEÏTZACIÓ DE LA RENDA MÍNIMA D'INSERCIÓ: COMENTARI SOBRE L'ESBORRANY DE NORMA HOMOGENEÏTZADORA ELABORAT PEL MINISTERI DE TREBALL I AFERS SOCIALS

Josep Quevedo Garcia,
Pedagog, Coordinador del programa RMI

Després de gairebé una dècada des que s'engegaren les primeres Rendes Mínimes d'Inserció (RMI) a l'Estat espanyol (el 1987 s'inicià la del País Basc), el Govern central vol intervenir en el seu procés normatiu segons consta a la fonamentació de l'esborrany de la norma homogeneïtzadora elaborat pel Ministeri de Treball i Afers Socials que ha estat distribuït a totes les Comunitats autònomes^(*) per tal de garantir uns mínims comuns d'igualtat de tots els ciutadans espanyols, independentment de la comunitat on visquin.

Per poder ordenar el debat sobre la pertinència d'una mesura d'aquest tipus entenem que s'han de respondre algunes qüestions bàsiques:

- 1.- Què es vol homogeneïtzar. Quin és l'objecte precís d'igualació.
- 2.- Com s'ha de fer el procés d'harmonització o homogeneïtzació.
- 3.- Quins avantatges i inconvenients tindria l'homogeneïtzació.

1. El què. Per les pròpies característiques de les RMI, es defineixen com el conjunt format per la prestació econòmica i per unes accions de promoció personal i social. A l'apartat de la prestació econòmica és cert que una persona pot veure's tractada, de distinta manera segons que resideixi en una o altra comunitat autònoma (CA) quant als seus ingressos mínims vitals.

D'altra banda, generalment la RMI marca condicions sobre anys de residència en una CA o sobre el desplaçament a una altra CA quan se n'és receptor. Aquestes limitacions podrien estar vulnerant, des d'una norma inferior, els principis constitucionals de lliure residència i mobilitat de les persones, reconeguts a la Constitució.

En conseqüència, garantir uns mínims d'igualtat, independentment de la CA de residència, pot ser recomanable i adient. De totes maneres, aquest principi podria ser aplicat a moltes altres prestacions tècniques i no tècniques dels serveis socials.

En un altre sentit argumental, podem qüestionar la pertinència que el Govern central legisli sobre matèries que, com els serveis socials, són competències de les CA. Ara bé, hi ha prou precedents en aquest sentit com, per exemple, el Pla de Prestacions Socials Bàsiques o la Llei del Voluntariat de 1996, que no han impedit el desenvolupament de legislació autònoma.

Què vol regular el Govern central? El projecte de norma dissenyat pel Govern central regula específicament les condicions d'accés, requisits i quantia mínima de les RMI arreu de l'estat (vegi's Cap. I, art.1: Principis i objecte). De

fet, a la resta de l'articulat, a més d'algunes definicions conceptuals generals es desenvolupa el que s'anuncia a l'article 1.

Entenem que, en qualsevol cas, aquesta norma seria una "lleï de mínims", possibilitant-se per sobre d'aquest nivell bàsic un desenvolupament normatiu a cada CA.

Si bé amb la pretensió homogeneïtzadora descrita fins ara podríem estar-hi genèricament d'acord, un tema distint és pretendre homogeneïtzar les accions d'inserció que, com veurem a l'apartat tercer de l'informe, no recomanem.

2.- Com homogeneïtzar

- a) Partint del consens tècnic, polític i parlamentari més ample possible.
- b) Mitjançant una lleï però contemplant alhora una revisió de la normativa de les pensions no contributives, de manera que aquestes recullin una part de la població que avui s'ha d'acollir a la RMI encara que no tenguï possibilitats reals d'inserció laboral. En definitiva, es tractaria d'ampliar, alhora, l'àmbit d'intervenció de la Seguretat Social.
- c) Amb l'aportació econòmica del Govern central. De fet, si aquest vol exercir una funció de coordinació ho ha de fer assignant recursos propis.
- d) Es podria pensar en un model de funcionament semblant al del Pla de Prestacions Socials Bàsiques, però deixant al marge els ajuntaments que han de tenir protagonisme quant a la inserció però no contribuint amb cap prestació econòmica.

3.- Avantatges i inconvenients

Avantatges

- * Si l'homogeneïtzació es fa sols sobre la part econòmica de la RMI i compta amb la col.laboració econòmica del Govern central, es podrien alliberar recursos dels pressuposts autonòmics per dedicar-los a accions d'inserció sociolaboral. Però, a més, estam incidint sobre col.lectius que tenen distintes necessitats (habitatge i salut, per exemple), de manera que es podrien dedicar més recursos a aquests temes específics.
- * La intervenció del Govern central podria permetre també la consideració de la RMI com a dret subjectiu perfecte.
- * Igualment, es podrien augmentar les quanties de les rendes sempre dins els límits del salari mínim interprofessional. Actualment, les quanties només permeten, en moltes ocasions, el pagament dels lloguers dels habitatges.

Inconvenients

Si l'homogeneïtzació es fa incloent-hi les accions d'inserció, s'estaria produint una ingerència en els plans i programes de lluita contra l'exclusió de les distintes CA. Plans i programes, en teoria, dissenyats des de l'anàlisi de cada una de les realitat socioeconòmiques i de situació de necessitat tant territorials com sectorials. A més, els distintes nivells competencials fa absolutament impossible preveure mesures homogènies per a totes les CA.

Un altre inconvenient en l'harmonització de la inserció és que depèn també, en bona part, dels ajuntaments i diputacions, comprant-se, en conseqüència, amb realitats molt distintes. Contràriament, entenem que la inserció a comptes d'harmonitzar-se s'ha de municipalitzar el més possible.

Sols en un tema -que depassa l'àmbit del projecte de norma- hi hauria d'intervenir el Govern central per facilitar les accions d'inserció: l'assignació, amb major flexibilitat, dels recursos del Fons Social Europeu quan es destinin als col.lectius de RMI.

VIABILITAT DE LA LLUITA CONTRA L'EXCLUSIÓ SOCIAL I LA POBRESA A LES BALEARS

Com hem indicat altres vegades, són dues les vies de publicació d'articles a *Alimara*: aquells que la redacció sol·licita a distints professionals sobre un tema determinat i aquells altres que ens arriben sense sol·licitud expressa per si es considera d'interès la seva publicació. No obstant aquestes dues, n'hi ha una altra, de via, que tot i no ser habitual hem obert algunes vegades: la transcripció d'informes o articles inclosos a revistes, monografies o documents que anam rebent periòdicament. El text que presentam a continuació n'és un exemple.

A la redacció arribaren -amb una mica de retard, tot s'ha de dir- dos articles amb un contingut semblant: l'exclusió social i una eina per lluitar contra ella, la Renda Mínima d'Inserció. Paral·lelament, també ens arribava un fullotó de "Sa Nostra", Caixa de Balears, -"Viabilitat de la lluita contra l'exclusió social i la pobresa a Balears"- que presentava un informe sobre les bosses de marginació i exclusió social a les illes Balears i Pitiüses, en el qual s'hi reflectia clarament la crua realitat de l'exclusió social a les Illes.

Aprofitant l'avinentesa d'aquests dos fets, hem cregut oportú, a partir de la informació d'aquest informe, realitzar un article perquè ajudi a emmarcar la veritable dimensió de la pobresa en unes contrades que, diuen, són de les més riques d'Europa.

Coincidim amb els seus autors quan constaten que "*a Balears existeixen bosses de marginació i exclusió social de dimensions importants, la qual cosa fa necessària la seva consideració i anàlisi. D'altra part, hi ha escassa informació sobre aquest tema.*"

No podem afirmar que els pobres, que els exclosos, ho siguin únicament pel fet que estiguin per davall d'uns determinats ingressos, sinó que "*els trets bàsics que caracteritzen l'exclusió social (concepte dinàmic) i la pobresa (concepte estàtic) vénen donats per les condicions de vida de les persones afectades. L'habitatge, la salut, l'educació, el treball, les relacions amb l'entorn familiar, etc., determinen de manera rellevant allò que singularitza el fet de pertànyer al grup de persones socialment excloses i pobres.*"

A partir d'aquests primers apunts introductoris volem reproduir el que es planteja a l'informe de "Sa Nostra".

Un problema humà real

A les Balears hi ha grups de persones que viuen en condicions de pobresa i d'exclusió social. Parlam, per tant, d'un problema real que té unes dimensions humanes i

socials transcendentals. L'anàlisi objectiva de la realitat posa de manifest que a Mallorca, Menorca i Eivissa/Formentera existeix el problema de l'exclusió social. Al marge dels estudis que s'han fet per part d'entitat diverses, l'experiència diària de Càritas de Mallorca, Càritas de Menorca i Càritas d'Eivissa i Formentera palesa l'existència del problema i les seves dimensions. L'experiència d'altres institucions, com ara el Mont de Pietat de "Sa Nostra", Caixa de Balears, confirma l'existència i la pulsació real del problema.

Definicions de pobresa i exclusió social

Habitualment es manegen dos conceptes diferents de pobresa. D'una banda, es parla de pobresa relativa i, d'altra, de pobresa absoluta. Aquest fet ha estat sovint font de confusions.

Segons els criteris de la Unió Europea (UE) i de l'Organització de Confederacions d'Empresaris (OCDE), és pobre aquella persona o família que disposa d'uns recursos tan limitats que es veu exclosa del nivell de vida mínim acceptable. Per fer operativa aquesta definició, s'estableix el concepte de **pobresa relativa**: són pobres les famílies que obtenen uns ingressos i fan unes despeses inferiors, en un determinat percentatge, als ingressos mitjans i les despeses mitjanes del país o territori on viuen. Així, es considera que la pobresa severa es dona quan els ingressos són inferiors al 25% de la renda mitjana familiar disponible. La situació és de pobresa moderada quan els ingressos són superiors al 25% i inferiors al 50% de la renda familiar mitjana disponible.

La **pobresa absoluta** es dona quan hi ha una mancança de béns i serveis considerats essencials (alimentació, habitatge, vestit, etc.) per atendre les necessitats bàsiques de supervivència. Les definicions de pobresa absoluta es basen en la determinació d'una cistella de necessitats bàsiques idèntica per a tots els llocs i països del món i independent, per tant, del nivell mitjà de renda de cada país.

El problema del nombre

Darrerament s'han fet públiques quatre estimacions sobre el nombre de persones que a Balears viuen per sota del llindar de la pobresa: l'informe 8 del CES (LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN ESPAÑA), l'informe de "Sa Nostra" (NOVES ESTRATÈGIES PER COMBATRE LA POBREZA AL MÓN), l'informe monogràfic de la Fundació FOESSA (LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN POBRE DEL ARCHIPIÉLAGO BALEAR) i un estudi del BBV que dedica un apartat a aquest tema (CAPITALIZACIÓN Y CRECIMIENTO DE LA ECONOMÍA BALEAR (1955-1996).

En aquest punt volem fer un incís per comentar que en aquest informe de "Sa Nostra" es parla de la pobresa relativa i de la pobresa absoluta. Nosaltres, aquí, només parlarem de la darrera, de l'absoluta, bàsicament per dos motius. El primer és el que fa referència a la gravetat: creim que és molt greu que 10.000 persones de les Illes no disposin dels béns i serveis considerats essencials (alimentació, habitatge, vestit, etc.) per atendre les necessitats bàsiques de supervivència. I ho és més si estam parlant d'un país on els recursos sembla que sobren. El segon és el fet que en la pobresa relativa les diferents metodologies no permeten arribar a una xifra única.

Per això, seguidament, ens centram en la part de l'informe que parla de la pobresa absoluta.

Pobresa absoluta

L'informe de "Sa Nostra" estableix que el nombre de persones en situació de pobresa absoluta a Balears se situa a l'entorn de les 9.000. El CES estima una xifra de 8.400 persones, que FOESSA eleva fins a 10.100."

Per tant, el volum de població en situació de pobresa absoluta se situa a l'entorn de les 10 mil persones, equivalent a una taxa de l'1,2% de la població total.

Quant a la distribució d'aquesta pobresa en el territori es diu el següent:

Distribució territorial

Balears

La taxa de pobresa més elevada correspon a Mallorca. A Eivissa la taxa de pobresa és inferior a la mitjana balear i la de Menorca és inferior a la d'Eivissa. A Mallorca, la taxa de pobresa més elevada es dona a la Part Forana (10%). La taxa de pobresa de Palma és d'un 7,2%.

| Tant per cent sobre població total | |
|------------------------------------|-----|
| Mallorca | 8,5 |
| Eivissa/Formentera | 6,9 |
| Menorca | 5,4 |
| Balears | 8,1 |

Seguint amb el relat de l'informe de "Sa Nostra", seguidament s'exposen les característiques demogràfiques de la pobresa i l'exclusió:

a) **Origen per naixement.** Un recompte de les demandes rebudes per Càritas de Mallorca realitzat en el curs del darrer any, permet establir que el percentatge de persones pobres en situació de pobresa severa nascudes a Balears és de l'ordre del 47% i el percentatge de persones nascudes a altres comunitats és de l'ordre del 53%. Si tenim en compte que el 68,8% de la població de les Illes correspon a persones nascudes a Balears, es pot concloure que la incidència de la pobresa sobre la població natural de la regió és inferior a la incidència que la pobresa té sobre la població immigrada.

b) **Edat.** Destaca el pes molt considerable de la població jove en el conjunt de la població en situació de pobresa. Mentre a Balears la taxa de joventut (joves de menys de 14 anys) és del 17,89% i en el conjunt d'Espanya és del 19,41%, dins l'univers de la població pobra de Balears aquesta taxa s'eleva fins al 31,1%.

Altrament, la taxa d'envelliment (persones de més de 65 anys) en el conjunt de la població pobra de Balears representa un 9,3% quan en el conjunt de tota la població de Balears és de 14,18% i en el conjunt d'Espanya és del 13,75%.

L'edat mitjana de la població pobra de Balears és de 29,9 anys, mentre l'edat mitjana de la població de Balears és de 36,8 anys.

c) **Esperança de vida.** L'esperança de vida dels pobres és sensiblement més baixa que la de la resta de la població. S'estima que la població pobra té una esperança de vida inferior en un 7-10% a la del conjunt de la població.

d) *Estat civil.* La majoria de la població pobra és soltera (54,2%), mentre en el conjunt de la població de Balears el percentatge de solters se situa en un 43,9%. L'elevada taxa de joventut és la causa principal del fenomen. Entre els majors de 14 anys, els pobres es casen abans que la mitjana de la població.

e) *Dimensió de la llar.* El nombre mitjà de persones per llar se situa en el conjunt de Balears en 3,4 persones. En el cas de les famílies pobres el nombre mitjà de persones per llar s'eleva a 5,1 persones."

Seguidament l'informe intenta fer un perfil de la persona exclosa que és el següent:

EL PERFIL DE L'EXCLUSIÓ SOCIAL

Segons una anàlisi de Càritas de Mallorca, el perfil bàsic de les persones afectades de pobresa severa es defineix de la manera següent: joves (especialment dones de menys de 35 anys amb fills) aturats o ocupats en activitats marginals, drogodependents o malalts crònics físics o psíquics. El segon perfil correspon a persones majors, discapacitades o malaltes, que viuen soles o en situació d'abandonament."

Per acabar, l'informe presenta l'abast de les exclusions. Tal com hem afirmat més amunt, la pobresa no és tan sols disposar d'una xifra baixa d'ingressos, sinó que són moltes més variables les que intervenen en el fet que un ciutadà nostre pugui ser catalogar com a pobre. L'informe de "Sa Nostra" ens aporta la següent informació:

L'ABAST DE LES EXCLUSIONS

Els principals problemes d'exclusió afecten l'educació, el treball, la salut i l'habitatge.

L'exclusió de l'educació

a) *Analfabetisme.* El percentatge d'analfabets absoluts que presenta la població pobra de Balears se situa en un 12,9% mentre que en el conjunt de la població aquest percentatge baixa fins a un 1,9%.

b) *Estudis.* Un 42,9% de la població pobra no té estudis. En el conjunt de la població de Balears aquest percentatge se situa en un 39,7%. El percentatge de titulats superiors se situa en el conjunt de Balears en un 26,2%, mentre que en el conjunt de la població pobra se situa només en un 2,1%.

c) *Desescolarització.* Un 4% dels joves de menys de 14 anys pertanyents a famílies pobres no està escolaritzat: no va mai a escola.

L'exclusió del treball

a) *Atur.* La taxa d'atur entre la població pobra potencialment activa se situa en una mitjana anual del 49,1% mentre en el conjunt de la població de Balears la mitjana d'atur se situa en un 13,4%.

b) *Subocupació.* Un 20,2% de la població pobra potencialment activa treballa en feines marginals, no productives o escassament productives.

L'exclusió de la salut

a) *Estat de salut.* Un 20,9% de les persones pobres de més de 16 anys tenen un estat de salut dolent o molt dolent. En el conjunt de la població de més de 16 anys de

Balears, el percentatge de persones que es troben en un estat de salut dolent o molt dolent és d'un 4,6%.

d) Discapacitats. Un 10,4% de les persones pobres de Balears pateixen alguna discapacitat, mentre que en el conjunt de la població aquest percentatge se situa en un 3,6% equivalent a unes 25.500 persones. Un 16,2% de les famílies pobres de Balears depenen d'uns caps de família que pateixen alguna discapacitat.

e) Alcoholisme i drogodependències. La taxa d'alcoholisme de les persones pobres se situa per sobre del 7% mentre que la del conjunt de la població és de l'1,1%. El percentatge de persones pobres afectades de drogodependències és superior al 4%, mentre que aquest mateix percentatge en relació al conjunt de la població és d'un 1,25%

L'exclusió de l'habitatge

a) Amuntegament. Un 8,4% de les famílies pobres viuen en habitatges que donen cabuda a més d'una persona per cada 10m² de superfície. Un 15,8% de les famílies pobres ocupen habitatges amb més de dues persones per dormitori.

b) Manca de serveis bàsics. Un 10,2% de les famílies pobres no disposen de serveis d'aigua corrent, un 22,1% no tenen aigua calenta, un 5,0% no tenen energia elèctrica i un 5,9% no disposa de serveis higiènics en el propi habitatge.

c) Estat de l'habitatge. Un 57,5% dels habitatges de les famílies pobres es troben en estat deficient (regular, dolent o molt dolent). Un 2,8% dels habitatges ocupats per famílies pobres no reuneixen condicions acceptables des del punt de vista humà.

L'exclusió de l'alimentació

Un 8,1% de les famílies pobres i un 7,6% de les persones pobres pateixen problemes derivats d'una alimentació deficient.

L'exclusió del sistema de la Seguretat Social

Un 8,2% de les famílies pobres es troba fora de la cobertura de la Seguretat Social.

Exclusió de la pau familiar

Un 45,8% de les famílies pobres viuen en un entorn de violència domèstica, amb bregues i maltractaments. En un 27,4% dels casos es donen maltractaments a dones i en un 19,5% dels casos maltractaments als nins.

Exclusió dels ingressos

Una de les causes principals de la pobresa ve donada per la migradesa dels salaris i les pensions a Balears. Els salaris mitjans a Balears el segon trimestre de 1998 se situaren en 190.971 pessetes, un 9,3% inferior a la del conjunt espanyol. La pensió mitjana de jubilació és a Balears (72.800 pessetes) un 12,61% més baixa que la del conjunt de l'Estat (83.300 pessetes). Les pensions d'incapacitat permanent se situaren el 1998 en una mitjana de 75.600 pessetes, un 6,1% inferior a la del conjunt espanyol.

Volem acabar aquest text fent una asseveració: si, com es pot deduir del present article, aquesta redacció està plenament d'acord amb el seu contingut, encara hi està més amb les conclusions, sobretot en la darrera, que transcrivim i al qual volem fer específica referència:

Conclusions

* A Balears hi ha situacions d'exclusió social i pobresa. Aquestes situacions afecten un conjunt de més de 50 mil persones, el 47% de les quals són nades a les Illes.

* Les situacions d'exclusió social i pobresa neixen d'un conjunt de causes entre les quals destaca l'atur, les discapacitats físiques, psíquiques i sensorials, la manca de formació, problemes de salut, etc. En el marc d'una anàlisi rigorosa es fa difícil distingir entre conseqüències i causes de l'exclusió, per tal com les conseqüències esdevenen en molts casos causes de major exclusió.

* L'exclusió social no és voluntat dels qui la pateixen: ningú no vol viure en situació d'exclusió i ningú no cerca de viure-hi. L'anàlisi de les causes de l'exclusió (discapacitats, analfabetisme, malalties, salaris baixos, pensions insuficients, etc.) ho confirma: és un problema que convoca la solidaritat del cos social.

REFLEXIONS SOBRE ELS MARGINATS MARGINALS

Jaume Mateu Martí,
secretari de El Refugi

INTRODUCCIÓ

La literatura sobre l'acció social a Mallorca -que comença a ser abundant, afortunadament- gairebé el cent per cent va signada, amb bona lògica, per professionals de l'àmbit. De tota manera i tenint en compte el volum de persones que mouen els programes i projectes d'aquesta acció social, sorprèn una mica el fet que no hi hagi més aportacions provinents, per exemple, de voluntaris, un col·lectiu molt nombrós i sobre el que descansa una bona part de la tasca que porten a terme entitats dedicades a sectors o àmbits d'aquesta "cosa social" tan complexa. Fa l'efecte que la literatura "social" de Mallorca és una qüestió que només atany als professionals que hi treballen i que "els altres" implicats, és a dir els voluntaris i els propis destinataris de les accions, hi tenen poc a dir.

El que pretenc amb aquestes notes no és res més que això: incorporar al debat permanentment obert de l'acció social a Mallorca elements per a la reflexió des de la talaia del mer interès personal per atendre els integrants d'un dels camps d'acció -els marginats- a partir de l'experiència acumulada en una entitat -l'associació El Refugi-.

Aquests elements reflexius s'adrecen tant als professionals com a tots aquells inquiets per "la cosa social", motiu pel qual algunes afirmacions, dades o comentaris poden semblar balders per a uns -els professionals- però necessaris per a la resta i també per a la comprensió final d'aquesta exposició.

PANORAMA

Mai com ara hi havia hagut tantes entitats altruistes, batejades com a ONG,s; mai tant com ara les inquietuds personals havien trobat tants caus, fòrums i organitzacions aglutinadors. Mai com ara s'havia parlat tant sobre la solidaritat, els drets humans. En definitiva, probablement mai com ara l'anomenat "teixit social" havia demostrat abastament el seu pols interior i l'havia expressat amb tanta claredat.

Cert és que el canvi experimentat per la política social ha ajudat força a aquesta eclosió. Passar de la clàssica beneficència al tractament integral i per àmbits emmarcats en polítiques socials més participatives ha permès la incorporació d'aquesta força voluntària en el disseny de les polítiques actives d'acions socials.

D'altra banda, i paral·lelament a aquesta evidència, també es manté ben encès el debat sobre la idoneïtat i, en tot cas, manteniment del que es coneix com a "l'estat del benestar". Un debat, tot s'ha de dit, que sembla més centrat

en el manteniment de certes prestacions econòmiques -pensions i subsidis per diverses circumstàncies- que no en les fonts inspiradores del model i les formes finals d'aplicació.

Per acabar de fer aquesta ullada simple i general, dir que termes com "tercer sector", "treball protegit" o "economia social" també figuren al capdamunt de la llista de termes més usats en la discussió i literatura de l'àmbit de l'acció social. I tot, perquè comencen a ser moltes les empreses muntades sobre mà d'obra "marginal" i sense cap pretensió de lucre. Aquesta singularitat, i també el nombre d'iniciatives, fa que sigui hora d'aplicar-los un tractament fiscal i social d'acord amb la seva naturalesa. És evident que aplicar a aquestes empreses "rars" les lleis del mercat -abans conegut com consumisme- equival a condemnar-les no només al fracàs, sinó a posar en entredit la seva pròpia existència.

Com es veu, el panorama, al meu entendre, és tan engrescador com paradoxal; tan alligador com comprometedor; tan vast com clar i diàfan.

OBJECTE

Dins aquesta mar social voldria fixar l'atenció en un illot, la marginació, molt concret, a Mallorca, dos paràmetres que a partir d'ara seran indissociables en el discurs.

Continuant amb termes de nou encuny en l'acció social, concretament el món de la marginació també li ha tocat de rebre. A més de "marginats" també parlem d'"exclusos", de "home less" -o "sense sostre"-, d'"inserció" o "reinserció". De tota manera, és en l'argot dels propis ciutadans de la "marginàlia" on les noves incorporacions han pràcticament convulsionat el seu propi vocabulari. Els ja clàssics "carrilanos" o "chupanos", conviuen ara amb els "xaperos" o "ionquis", i només per mostrar-ne un parell. Si retrec l'aparició de nous noms a la terminologia pròpia del món del treball i l'acció socials és per il·lustrar la inquietud en què es mouen, la complexitat amb la que ens acaram quan els tractam.

No crec exagerar si trasllat aquí unes primeres preguntes en principi estúpides, fins i tot ofensives per segons qui, però que més d'una persona es fa o s'ha fet: hi ha marginats, a Mallorca? Quants? On són? No fa gaire, un diari de ciutat i durant unes setmanes feia la mateixa pregunta a tres persones cada dia: Creu que hi ha pobresa a Mallorca? Malauradament no vaig seguir les respostes diàriament -i m'hagués agradat de fer-ho- per saber el resultat final, però sí puc dir que en vaig veure moltes que deien que no creien que a Mallorca hi hagués pobres. En la majoria dels casos, la fonamentació era aclaparadora: si som la comunitat més rica de l'Estat espanyol, com hi pot haver pobresa? Val a dir que moltes matisaven o precisaven el terme "pobresa"; així i tot en negaven l'existència.

Per tant, mantenc les preguntes inicials i intentaré respondre-les.

A Mallorca -suposadament la comunitat més rica de l'Estat com ha quedat dit- hi ha pobresa i marginats. Els estudis més rigorosos així ho indiquen i la constatació personal a través dels centres dependents de El Refugi així m'ho demostren. Fa poc, un informe de FOESA patrocinat per Càritas i que tingué molt de ressò estimava que a Balears hi havia 139.760 persones que sobreviuen en la "pobresa relativa" i 10.100 en la "pobresa absoluta". Percentualment representen el 18,3% i l'1,2%, respectivament, de la població balear. Quant a això, podem discutir un centenars de nombres amunt o avall, el cert és que a Mallorca hi ha pobres (relatius, absoluts i miserables).

D'altra banda, els pressuposts de les administracions públiques dedicats a "acció social" i més concretament les partides que es destinen als centres d'atenció, evidencien que, almenys sobre els papers, a Mallorca hi ha marginats. Demagògicament i cruel es podria dir que són tants els professionals que "viuen" de l'acció social que, per força, qualche "pobre" han de tenir; si no, els sobren recursos per inventar-se'ls.

La qüestió, per tant, rau en precisar aquests marginats pel problema que presenten. No és el mateix un rebotat social per causa d'una toxicomania -alcohol i altres substàncies addictives- o d'una malaltia -mental en la majoria dels casos-. A la vegada, cal precisar, també, el grau de destrucció causat per aquestes circumstàncies. No és la mateixa cosa un toxicòman no criminalitzat, que encara manté els mínims lligams familiars, que aquell que ha romput totalment amb la família, té causes judicials obertes a causa de la seva addicció i està condemnat a viure del i al carrer. De la mateixa manera, un alcohòlic amb recursos (econòmics, familiars i socials) no és comparable amb un altre completament destruït. A la vegada tant dins un grup com dins els altres, encara hauríem de fer més categories fins a arribar a la població sobre la qual m'agradaria referir-me: la dels marginats crònics residuals, els marginats dels marginats, els "ousiders" dels rebotats.

Es tracta d'una població cada cop més gran que no rep cap mena d'atenció de part de les administracions públiques. I, encara pitjor, sembla que aquestes mateixes administracions públiques ignoren. Per què és ignorada la població marginal crònica de Mallorca? Per què no hi ha cap estudi de camp rigorós sobre el que fonamentar qualche mena d'actuació? La resposta és tan cruel com certa: és una població gens amable, tècnicament, perquè qüestiona seriosament la validesa dels centres que en teoria n'haurien de tenir cura i políticament gens ni mica rendible perquè és gent que viu en la més obscura de les abstencions.

Per què no és "amable" tècnicament? Perquè són persones tan destruïdes, tan fetes pols, tal al baix de tot -només els queda saber fer lludrigueres, com els talps, per viure definitivament a l'ombra- que la panacea representada per la reinserció no és al seu abast. És obligat intentar reinserir aquelles persones que, per motius diversos, es troben al marge dels paràmetres oficialment i social "acceptables"; però també ho és atendre la resta, les coes d'aquest col·lectiu, els que plantegen infinitat de problemes per assolir l'anhelada reinserció, el món marginal de la marginació.

Si políticament les persones necessitades "sense res en absolut" no existeixen, a nivell de carrer la percepció és la mateixa, però amb un tret molt concret: converteix un gruix important dels marginats marginals (concretament els toxicòmans crònics) en delinqüents; criminalitza una part de la marginació i no se n'amaga de dir-ho i expressar-ho.

Ja fa molts anys que l'Organització Mundial de la Salut definí clarament la salut com l'equilibri biològic, psicològic i social de la persona. Així, tan malalt és un que passa un grip com aquell altre amb mancances socials. Malauradament, però, com tantes altres qüestions, només acceptam aquesta evidència sobre els papers i no sobre el terreny. I aquesta constatació és nefasta perquè encomana la hipocresia al gruix de la societat. Socialment -entès el terme el més àmpliament possible- hi ha recursos socials dedicats a certes branques de la marginació aplaudits, gairebé reverenciats, i d'altres escopits, foragitats, concretament els que pretenen atansar-se als escolims que creen les

polítiques actives reinsertadores. Fa poc, l'Associació "Zaqueu" pretengué obrir un centre nocturn dedicat als toxicòmans crònics residuals i la pressió dels veïnats aconseguí avortar la iniciativa; fa uns anys, el local de l'Associació El Refugi obert al carrer d'Apuntadors de Ciutat fou víctima de dues bombes incendiàries que, de miracle, només provocaren desperfectes materials. Més cap aquí, tot obrint "Sa Placeta", també se sentiren veus contràries al centre. Ara, a Ca l'Ardiaca, sense veïns, seguim atenent la mateixa quantitat de gent que a "Ca's Carrilano" -una mitjana de vuitanta diàriament- però sembla que no existim perquè no apareixem en els mitjans de comunicació. Contradictòriament, paradoxalment, els que ens proposam ajudar els no-ninguns traient-los primer de tot de l'anonimat més absolut -quants de DNI's no haurem gestionat!- ajudam a "tapar", a "amagar" el problema.

La resposta o el missatge que es dona des de l'administració pública a l'obertura d'aquests centres és que no és possible ni "recomanable" crear recursos sense encomanar-se ni a déu ni al diable, al marge de la xarxa públicament instituïda; que les respostes als problemes que es presenten s'han d'integrar en les línies d'actuació institucionals. Això seria possible, en el cas dels marginats marginals, si el seu perfil tan singular fos assumit per la xarxa pública de centres d'atenció marginal, cosa que no passa. Tendrien raó els tècnics i polítics si acceptassin l'existència de la marginació marginal. Malauradament, però, no és així; oficialment, públicament aquesta realitat amb noms i llinatges no existeix o, en tot cas, es minimitza, s'emfasitza el caràcter "residual", de "pecata minuta" per fonamentar el silenci com a atenció al seu clam. No cal enganyarnos, però: rera aquest silenci s'hi amaga la intenció clara, molt mal dissimulada de voler fer callar les veus de l'avantguarda inquieta quant a l'acció social, d'esborrar les petjades dels exploradors d'aquestes realitats frontereres i latents. No hi ha més cec que qui s'entesta a no veure-hi. I, a voltes, els polítics s'entesten a no voler veure, a no voler sentir i sembla que ho aconsegueixen. Això quan no intenten encegar les visions o a eixordar les veus d'aquells que tenen la rara virtut de posar els seus dits entremaliats dins llagues purulentes.

A més d'hipòcrita, "la societat" -aquest ens amplíssim que tot ho empara-demonstra una insensibilitat vers les conseqüències de la marginació dels marginats que esfereïx. I per il·lustrar-ho, tornem als mitjans de comunicació. En els diaris nostres un mort en un accident de trànsit és motiu suficient per dedicar-li, almenys, mitja pàgina; a una mort per presumpta sobredosi, darrerament, només li dediquen una gasetilla a la secció de "breus" o similar. Sembla que els tenim ben assumides, aquestes morts de veïns nostres, i això pot amagar certs rampells racistes o xenòfobs. Abans, un alcohòlic era una persona a compadir; avui, un "ionqui" residual és un "enemic social", qualcú a abatre. Passa el mateix -salvant totes les distàncies- amb les torbacions que pateixen alguns països del conegut per Tercer Món. El punt de mira i d'informació és Irak, sense anar més lluny; ben poca cosa es diu de les lluites fraticides a Algèria que setmanalment va sumant desenes de morts.

En algunes persones la situació precària i límit que viuen els arraconats més miserables els despert els instints més sàdics i els fa dir que les persones que habiten els corralles de les mancances són on són i viuen el que viuen perquè volen, perquè s'ho han guanyat a pols. Com si l'accés a la seva "ocupació" només fos possible en cobrir tot un seguit de proves de selecció difícilíssimes.

O com si la misèria fos un àpat suculent, una mena d'addicció colpidora, agradable, si més no reconfortant. Es tracta d'una resposta miop a una mena d'il·lusió òptica que només es pot corregir amb dosis regulars de contacte sense intermediaris amb els habitants del "res" més absolut; una pràctica recomanable, certament, per als enginyers de recursos públics amb vocació de remei.

Arribats en aquest punt ja es pot fer la primera aportació al debat: les polítiques socials actives se centren exclusivament en aquelles persones que voregen els llindars de l'abisme marginal; als que encara es troben inserits: alcohòlics que encara mantenen el lloc de feina i els vincles familiars; joves toxicòmans no desestructurats, encara, familiarment i amb suport social suficient, "nets" judicialment; aturats a punt d'exhaurir la darrera font d'ingressos. Amb paraules planeres, s'atén -i crec que amb una bona bateria de recursos- aquelles persones que econòmicament -ni que sigui sota mínims- "es defensen" i socialment encara no han perdut el rumb; persones que estant a punt d'abandonar la "normalitat", la "inserció", encara no ho han fet, que els manca una empenyeta. I el que es pretén, molt encertadament, és evitar aquesta empenyeta. Contràriament, però, per a aquelles persones socialment nul·les i econòmicament miserables que pateixen, a sobre, alguna dependència o malaltia greu, només hi ha l'abisme terrible de la solitud, la ignorància i el rebuig, per si fos poc.

La quantitat ingent d'esforços que s'apliquen a la prevenció pretenen evitar el pitjor; evitar fins allà on es pugui la "mort social" de la persona. I és tan necessari com urgent i aplaudible tot aquest esforç preventiu, sempre que també s'accepti que d'aquesta mena de colador s'hi poden escapar persones, les circumstàncies i situacions de les quals no podem ignorar. I no podem oblidar la població marginal de la marginació perquè ens marca, indefectiblement, la idoneïtat, la validesa dels recursos socials que desplegam. Com més àmplia sigui la població marginal residual, més inadequats o insuficients seran els recursos desplegats quant a prevenció o tractament. Parlem clar i català: amb una persona toxicòmana que ha intentat infinitat de vegades "desenganxar-se" tot acudint als distints programes recuperadors i no ho ha aconseguit; que ha romput definitivament els seus lligams familiars i de relació social a causa de la seva addicció i que, a sobre, s'ha infectat amb el virus d'immunodeficiència humana, i, a més, té causes judicials pendents, com el podem reinserir "de facto", immediatament, per imperatius dogmàtics? La fita immediata, pràcticament d'emergència, ha de tenir res a veure amb una futura i imprevisible reinserció? Més encara, hem de rebutjar i combatre tota aquella intenció que no sigui purament i dura "reinserridora"? És inútil fer-lo passar per un recurs rehabilitador que no s'ha dissenyat per un cas com el que presenta. S'imposa, per tant, la recerca d'una resposta nova.

PROPOSTES

El passat 3 de novembre, al Club del "Diario de Mallorca", Jaume Santandreu parlà d'aquesta marginació marginal però des del punt de vista del propi marginat, una òptica que sembla "de caixó" però que mai no s'ha fet. Comptat i debatut venia a dir que l'únic retret seriós que feien els marginats a la societat que els ha escopit era que no comptaven per res amb ell a l'hora d'engegar recursos o vies de tractament. Que no els permetia d'expressar el seu parer.

I és veritat. Si bé em defugit el model de beneficència, a nivell de tractament encara se'n fa, i molta, de beneficència. Tractar el marginat marginal des

dels paràmetres de la "normalitat" i plantar-li a la cara el "nostre" camí de recuperació és fer beneficència; tractar el marginat marginal simplement com un "usuari" és fer beneficència; criminalitzar una part dels marginats marginals és aplicar la més dura i pura de les beneficències: "no ets problema meu, "ionqui", ets un problema d'ordre públic". Potser que a nivell d'anunciat s'hagi enderrocat el sistema benèfic i s'hagi instaurat el model de política activa, però tant la mentalitat com el "modus operandi" tant de dissenyadors d'aquestes polítiques com de les institucions que les tutel·len són, sens dubte, benèfiques.

Probablement "convertir-se" en marginat marginal tot i seguir mantenint encesa la flama de la "normalitat" no sigui la millor de les solucions; viure eixancarrat d'aquesta manera probablement només ho pugui fer Jaume Santandreu. Implicar-te personalment en els problemes probablement tampoc no sigui la resposta més adequada. El que és indubtable és que no es pot desdenyar, per venir de qui ve, aquesta presa de posició. Que s'hauria d'escollar "l'usuari" més enllà de l'exposició dels seus problemes és incontestable.

Malgrat tots els malgrats, l'acció social mallorquina -per ser la més immediata- pateix d'una manca d'informació de primera mà del món marginat marginal que esborrona. Només és capaç de reaccionar davant de fets consumats i clamorosos que vénen a posar en evidència tant les seves estratègies com els seus programes. No fa massa anys, per exemplificar, dispensar Metadona era poc menys que un pecat o un delictes; avui, la dispensa de Metadona forma part plenament de la política social. Què ha provocat aquest canvi? Sens dubte iniciatives com les de "El Refugi" obrint centres per a toxicòmans actius residuals, demostrant que existien i que el seu nombre no era magre. O iniciatives com "Médicos del Mundo" de repartir xeringues i preservatius en els "punts calents" per al contagi de la Sida.

CA'N GAZÀ COM EXEMPLE

Des del juny de 1986 funciona a Ciutat una Comuna Terapèutica a Ca'n Gazà. No és el moment ni l'espai adequat per parlar-ne amb profunditat, però basti dir que és un intent reeixit de practicar aquest repte: posar en marxa un recurs a partir de l'expressió de qui l'ha de rebre. En certa manera, fer-li un vestit a mida.

Els moradors d'aquest casal esplèndid situat al Secar de la Real són toxicòmans crònics malalts que no tenen suport familiar. La mitjana d'ocupació frega la vintena. Tots ells estan ben "documentats": tots tenen actualitzat el seu DNI, tots tenen la targeta sanitària i un percentatge ben alt disposen d'alguna prestació no contributiva. Cas de no cobrar-ne cap des d'allí mateix es fan les gestions oportunes per aconseguir-ne si és que en tenen dret.

Actuant com una família substituïda s'ha aconseguit una dinàmica força familiar: els qui estan millor de salut cuiden dels que en tenen manco, es reparteixen les tasques domèstiques i cada un, de manera equitativa, aporta a la casa la quantitat econòmica que li pertoca per al menjar, l'únic que ells mateixos es paguen; de la resta (llum, telèfon, aigua, etc.) se'n fa càrrec la benvolença de la gent i els molts amics que té Ca'n Gazà. A més, tots ells van al PAC de la Real on hi tenen el seu metge de referència. S'ha aconseguit, a través de la mínima regularització de la seva vida, que facin ús de l'entramat social del barri on viuen i que s'inserissin de veritat en la dinàmica social que adoptarien si vivissin veritablement en família.

La particularitat més cridanera, des del punt de vista tècnic, d'aquesta gran família és que funciona a gust dels moradors solament amb una responsable que actua més de punt de referència cara a l'exterior que no exercint el seu rol cara a l'interior. I la veritat és que no es necessiten més figures: quant als metges i especialistes de salut tenen els que els pertoquen perquè tots -com dèiem- disposen de tartera sanitària; quant als serveis socials, van als municipals com qualsevol altre ciutadà; quant a la resta d'equipament, en fan l'ús que en fa qualsevol altra resident del barri. I en dos anys i escaig que fa que funciona no ha sorgit cap conflicte greu que requerís solucions dràstiques. Més encara, sense fer-ne excessiva propaganda són molts els organismes oficials que es posen en contacte amb Ca'n Gazà per mirar de solucionar algun cas, senyal inequívoc que l'experiència interessa i que obté resultats òptims.

Probablement la Comuna Terapèutica Ca'n Gazà no sigui "la" solució al gravíssim problema social que generen els marginats marginals -per molt que encara no tinguin carta de ciutadania en les polítiques socials engegades fins ara- però sens dubte és un recurs l'experiència del qual ha de poder servir per reflexionar seriosament, sossegadament, imaginativament no només sobre els "sense res", sinó també el quefer "social". Ca'n Gazà, si més no, és una altra resposta a considerar per tècnics i polítics.

No voldria acabar aquestes reflexions sense referir-me a l'alberg nocturn de *Ca l'Ardiaca*, hereu del centre Ca's Carrilano, una altra experiència de El Refugi ben consolidada i que aconsegueix surar sense cap mena d'ajut institucional. Aquest alberg nocturn obre les portes a les vuit del vespre i les tanca a les deu de l'endemà. Acull tothom que s'hi atansa i no té on passar la nit. Les vuitanta persones, de mitjana, que hi van demostren, almenys i d'entrada, dues evidències irrefutables: que el recurs no és balder i que cal fer quelcom més per a aquestes persones.

Sense respostes imaginatives i agosrades -i tant Ca'n Gazà com Ca l'Ardiaca ho són-als reptes que dia a dia i de manera rapidíssima ens acarara la realitat social, malauradament no superarem l'esperit benèfic de les nostres accions. Si no param molt esment als vents que empenyen les realitats socials és molt probable que les seves necessitats guanyin el pols als nostres instruments de pal·liació o solució. Sense un treball de camp a fons i tenaç, sense manies, sense el necessari treball de primera línia previ, cap dels recursos que engeguem assolirà l'èxit que li desitjam.



Pautes generals per a la presentació d'articles a la revista Alimara

1. La revista Alimara, com a instrument de difusió i comunicació del Servei d'Acció Social i Sanitat del Consell Insular de Mallorca, està oberta a la publicació de treballs i aportacions de tots els professionals de les disciplines relacionades amb l'acció social.
 2. El seu punt de referència és l'illa de Mallorca i, per tant, es prioritzaran els treballs que tinguin relació amb el nostre territori insular, tot i que s'hi poden aportar materials que no tinguin aquesta referència.
 3. Treballs que es poden publicar:
 - Investigacions empíriques o aplicades.
 - Treballs de reflexió i recopilació teòrica.
 - Treballs de descripció i anàlisi metodològica.
 - Relats d'intervencions socials: models i resultats.
 - Experiències pràctiques (anàlisi i conclusions), etc.
 4. L'equip de redacció es reserva el dret de publicació. Abans d'acceptar definitivament els originals, els revisarà i si es decideix a publicar-los ho comunicarà als autors, tot proposant, si s'escau, les modificacions oportunes.
 5. Presentació d'articles
 - a) S'hauran de presentar a la redacció d'Alimara, carrer del General Riera, núm. 67, 07010 PALMA.
En nota a part, s'especificarà el nom i els llinatges de l'autor o autors, el DNI, l'adreça, la població i el codi postal; el telèfon particular o de contacte, la professió i el càrrec. Si el signant és un col·lectiu, a part de les dades anteriors, es faran constar les del seu responsable o coordinador.
 - b) Els originals es presentaran en disquet informàtic, preferentment en WordPerfect per a PC. Se n'adjuntarà, també, una còpia en paper.
 - c) L'extensió serà entre 5 i 25 folis.
 - d) L'autor o autors n'aportaran un resum de 12-15 línies.
 - e) Les taules, figures i gràfics es presentaran per separat i numerades, tot indicant clarament el lloc d'inserció.
 - f) Les anotacions a peu de pàgina i les claus dels textos es numeraran per ordre d'aparició en el text i es presentaran en full a part.
 - g) Les referències bibliogràfiques es presentaran al final del text i per ordre alfabètic d'autors.
 - h) Quan en un article es faci menció d'algun organisme o entitat mitjançant les sigles, la primera vegada que aparegui en text es posarà el nom complet de l'organisme o entitat, seguit de la sigla entre parèntesi.
 6. Els treballs hauran de ser inèdits, exceptuant aquells la difusió dels quals s'hagi fet a través d'un mitjà de difícil accés.
 7. Els articles hauran de ser redactats en català.
 8. Les normes de publicació podran ser modificades si l'equip de redacció ho creu necessari.
-



**Consell Insular
de Mallorca**

Comissió de Benestar Social