

alimara

BUTLLETÍ INFORMATIU DEL SERVEI D'ACCIÓ SOCIAL / GÈNER - FEBRER 1991

Número 23

Balanç del treball realitzat per les unitats de treball social municipals i pels centres comarcals d'acció social del CIM, al llarg de l'any 1990

Servei d'atenció primària en el municipi de Puigpunyent (i II).

Gent gran en marxa

Entrevista a Amador Calafat

Centre de Formació Ocupacional Jovent

Una unitat de rehabilitació i reinserció a l'Hospital Psiquiàtric de Palma

Prevenió comunitària de les recaigudes dels malalts esquizofrènics: el model de vulnerabilitat

**El Pla de Salut Mental de les Balears:
Una reflexió crítica**

Aportacions per a una reflexió sobre el perfil professional de l'assistent social

Residència d'ancians "San Vicente de Paul"



CONSELL INSULAR DE MALLORCA

ÍNDEX

Balanç del treball realitzat per les unitats de treball social municipals i pels centres comarcals d'acció social del CIM, al llarg de l'any 1990.	pàgina 3
Servei d'atenció primària en el municipi de Puigpunyent (i II).	pàgina 7
Gent gran en marxa	pàgina 8
Entrevista a Amador Calafat	pàgina 12
Centre de Formació Ocupacional Jovent	pàgina 15
Una unitat de rehabilitació i reinserció a l'Hospital Psiquiàtric de Palma	pàgina 16
Prevençió comunitària de les recaigudes dels malalts esquizofrènics: el model de vulnerabilitat	pàgina 18
El Pla de Salut Mental de les Balears: Una reflexió crítica	pàgina 21
Aportacions per a una reflexió sobre el perfil professional de l'assistent social	pàgina 23
Residència d'ancians "San Vicente de Paul"	pàgina 25
Eines per treballar millor	pàgina 27

alimara

Núm. 23, gener - febrer 1991
Publicació bimestral

Edita: Consell Insular de Mallorca
Redacció: Servei d'Acció Social
Palau Reial, 1
07001 Palma de Mallorca
Tel.: (971) 72 15 05 ext. 288
Telefax (971) 71 90 88
(Atn. Acció Social)

Disseny: Ferran Sintès 43 87 72
Impressió: Totgràfic, S.A., S'Arenal
Dip. Legal: PM 128 - 1987

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

PRESENTACIÓ

El contingut d'aquest nou número d'Alimara contempla, en primer lloc, una síntesi del treball realitzat per les unitats de treball social municipals i els centres comarcals d'acció social del CIM. En aquest article trobarem informació sobre les demandes treballades, les problemàtiques més freqüents, així com els programes i projectes que s'han anat consolidant.

Seguidament, oferim la segona part de l'article on s'explica el treball desenvolupat pel servei d'atenció primària de Puigpunyent.

L'atenció a la vellesa queda reflectida a l'exposició del programa "Gent Gran en Marxa" que intenta fomentar la pràctica de l'esport d'aquest col·lectiu. L'important creixement de la participació, demostra la gran acceptació que ha tingut aquest programa. Per altra banda, presentem un nou recurs: la residència d'ancians San Vicente de Paul, destinat a atendre els vells que tenen dificultats per romandre a ca seva.

L'entrevista a Amador Calafat, Cap del Servei de Promoció de la Salut, té com a objectiu donar a conèixer la feina que aquest servei està duent a terme actualment, així com les activitats que està en disposició d'oferir als municipis de l'illa. La recent coordinació d'aquest servei amb el d'Acció Social obre les portes d'una col·laboració que, ben segur, permetrà una optimització dels recursos.

Un altre bloc temàtic que oferim és el de salut mental, on feim referència a la creació de la unitat de rehabilitació i reinserció a l'Hospital Psiquiàtric de Palma des de la que s'intenta assolir el màxim nivell de rehabilitació possible, així com promoure canvis en les actituds socials. Sense sortir del tema presentem el treball teòric sobre la prevenció de les recaigudes dels malalts esquizofrènics i, per últim, un comentari sobre el Pla de Salut Mental.

El col·lectiu juvenil també és objecte de tractament en aquest número: presentem l'experiència del Centre Ocupacional Jovent que intenta donar una sortida a l'atur dels joves amb fracàs escolar. Sobre aquest tema, destacam les aportacions de les conclusions del I Seminari Balear sobre la Inserció Sòcio-laboral dels Joves.

Acabam amb el convidat a la reflexió sobre el treball professional dels assistents socials que ens fa Ponç Vaquer, membre de la Junta del Col·legi Professional de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de les Balears.

El Consell Insular de Mallorca informa

BALANÇ DEL TREBALL REALITZAT PER LES UNITATS DE TREBALL SOCIAL MUNICIPALS I PELS CENTRES COMARCALS D'ACCIÓ SOCIAL DEL CIM, AL LLARG DE L'ANY 1990

Introducció.

La informació que aquí presentem és una síntesi general del treball realitzat al llarg de l'any 1990 per les Unitats de Treball Social dels municipis (UTS) i els Centres Comarcals d'Acció Social del CIM. Donat el lligam existent entre aquests dos tipus de serveis, hem considerat oportú d'incloure'ls conjuntament. S'ha de dir que es presenta la informació de manera general, sense detallar les actuacions a nivell d'individus i famílies, ni tampoc els projectes i programes, donat que hi ha memòries diferenciades de cadascun dels serveis mencionats en aquest balanç, essent pràcticament impossible analitzar en profunditat el gran volum d'activitats realitzades.

La recollida de dades s'ha desenvolupat en dues fases i el punt de partida va ésser la consideració, derivada de la Llei d'Acció Social, de disposar d'estadístiques socials bàsiques i la necessitat d'informar sobre els programes finançats a partir del Pla de Prestacions Bàsiques (PPB), havent de preparar una sèrie de taules segons les indicacions derivades del PPB i de l'acord estatal d'Estadístiques de l'Acció Social. Aquestes taules i guions de treball varen ser enviats a tots els serveis, oferint la col·laboració dels Centres Comarcals

d'Acció Social i la Unitat de Planificació del CIM.

La primera fase, finalitzada el mes de gener de 1991, va consistir en la realització de les memòries dels diversos serveis, amb el compliment d'aquestes taules. La segona, conclourà amb la pròxima publicació d'un resum de totes les dades de les UTS i dels Centres Comarcals.

1. Millorament dels serveis i organització del treball.

L'any 1990 ha estat un any de normalització dels principis i criteris de funcionament establerts fins ara per part del Servei d'Acció Social del CIM, a partir del Pla de Prestacions Bàsiques, però també es pot considerar com un període de consolidació del treball iniciat anys enrera. Les característiques principals de la feina del conjunt dels serveis que treballen a nivell de l'atenció primària, Unitats de Treball Social municipals i Centres Comarcals d'Acció Social del CIM, han estat les següents:

a. El Pla de Prestacions Bàsiques, juntament amb el Programa de Suport als Municipis del Servei d'Acció Social del CIM, han servit per orientar el funcionament i plantejaments dels equips dels

Centres Comarcals i, a la vegada, per homogeneïtzar els programes d'atenció social dels municipis.

b. Durant aquest any s'ha aconseguit que a la gran majoria dels municipis de Mallorca s'aprovasin plans municipals de serveis socials, incloent els criteris i projectes treballats conjuntament entre els professionals dels Centres Comarcals i els professionals de les Unitats de Treball Social dels municipis.

c. La majoria dels projectes i programes municipals disposen de la coordinació i de la col·laboració de serveis de caire supramunicipal. De fet, molts dels projectes i programes són ja supramunicipals (el Servei d'Ajuda a domicili, el Programa de Prevenció de les Toxicomanies a la Comarca de Manacor, etc.).

d. S'ha continuat el procés de millorament dels equips i de les condicions de treball a les Unitats de Treball Social municipals, aconseguint canvis substancials a diversos municipis, com és ara la consolidació de diverses places d'assistents socials, la contractació amb dedicació exclusiva d'un d'ells a Felanitx, l'ampliació del departament de SS.SS. de la Mancomunitat del Pla de Mallorca (4 AA.SS. i 4

treballadores familiars), l'ampliació del departament de SS.SS. de Manacor (4 AA.SS., 2 educadors i 4 treballadores familiars), la contractació amb dedicació exclusiva d'un educador a Artà, etc.

e. S'està produint un **procés de millorament metodològic**, mitjançant tallers teòrico-pràctics realitzats als Centres Comarcals d'Acció Social del CIM o organitzats per diverses entitats, com és ara la Cruz Roja, INTRESS, el GREC, el Col·legi de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials, etc. per poder superar les insuficiències, encara presents, en el treball social.

Les diverses millores, i els obstacles, estan recollits a les dites memòries; aquestes, però, han estat les més importants, sobretot per les repercussions que han tingut.

2. Volum de treball.

Pel que fa al volum de feina, representat pel total de demandes treballades al llarg d'aquests mesos, podem dir que hi ha hagut un important increment, amb un total de **4791 demandes rebudes al llarg de 1990** pels professionals de les Unitats de Treball Social, i **més de 2800 famílies ateses**. A aquestes 4791 noves demandes hi hem d'afegir els més de 1200 casos encara oberts a l'inici de l'any, és a dir, de processos de feina iniciats l'any 1989, però continuats el 1990. En conseqüència, podem dir que s'ha començat a consolidar la presència i el reconeixement social de la funció dels serveis socials d'atenció primària.

També s'ha de destacar el millorament de la capacitat de resposta

a les demandes. És un indicador prou significatiu d'això, el percentatge de demandes resoltes, superior al 59 % de totes les demandes presentades, que juntament amb el 19,19 % de demandes en procés de resolució i al 3,47 % de demandes derivades a serveis especialitzats, ens indica que **més d'un 80 % de les demandes estan trobant solucions**. Un dels objectius aconseguits el darrer any, és la clarificació definitiva del tipus d'intervencions que els professionals de les Unitats de Treball Social poden fer a nivell individual i/o familiar. De tal manera que, pràcticament, no s'ha rebutjat cap demanda (67, un 1,63 %).

Hi ha una relació directa de proporcionalitat entre el volum de població dels municipis (Població d'1 gener 1990) i el total de demandes ateses: MANACOR, amb 28791 hab., va rebre 492 demandes, INCA, amb 22219 hab., en va rebre 500; SÓLLER, amb 10489 hab., en va rebre 286, etc. Això ens parla de la normalització del treball, sense distorsions significatives, respecte del que es podria esperar a partir de les anàlisis socio-demogràfiques i els estudis sobre les necessitats de la població. Però també és important considerar que això ens està indicant que s'ha de començar a pensar en el desenvolupament de serveis especialitzats descentralitzats.

3. Demandes per sectors

Pel que fa als sectors, s'ha continuat amb l'actuació iniciada l'any 1989, per la majoria de les Unitats de Treball Social, dedicant més temps al sector de TERCERA EDAT i POBLACIÓ GENERAL (més de 2.500 demandes / 54,22 %), i als

sectors de DISMINUÏTS, FAMÍLIA i INFÀNCIA (més de 1450 demandes / 31,04%). La consolidació de les actuacions a nivell individual i familiar d'atenció primària en aquests cinc sectors, comença a ser una realitat a tota l'illa, però encara falta molt perquè els programes d'actuació més complets siguin una realitat; ara per ara, l'únic programa amb capacitat de consolidar-se i fer una oferta coherent és el SERVEI D'AJUDA A DOMICILI. Altres sectors, amb més dificultats per desenvolupar-se, però amb interessants experiències d'actuació als pobles, són els de DONA, TOXICÒMANS i MARGINACIÓ D'ADULTS. Totes les informacions disponibles ens parlen de la necessitat d'organitzar i planificar amb rapidesa les actuacions a desenvolupar en aquests sectors, però la impossibilitat d'assumir més compromisos per part dels AA.SS. dels municipis, i també per part dels professionals dels Centres Comarcals d'Acció Social del CIM, juntament amb la manca de recursos i de directrius clares a nivell més general, fa que encara quedin aquestes importants llacunes.

4. Demandes a nivell individual i familiar.

La major part del temps de treball dels professionals de les Unitats de Treball Social està dedicat a atendre les demandes individuals i familiars. Les dades abans indicades són prou eloqüents: pràcticament 4800 demandes ateses per menys de 40 professionals, és a dir, més de 120 demandes anuals per professional. Si es considera el que s'ha fet a partir de les demandes, podem precisar més aquesta valoració. A partir de quasi 2500 demandes, s'ha hagut d'obrir un pro-

cess de tramitació i gestió, sigui per accedir a prestacions econòmiques públiques (aproximadament 1400 demandes), per diverses tramitacions de documentació social (més de 1100 demandes), per aconseguir una residència (84 demandes), per accedir a habitatges (208 demandes), etc., o per diverses coses a la vegada. Però, a més, en tots els casos s'han desenvolupat processos més o manco complexos d'informació, d'assessorament, etc. A partir de més de 1380 demandes, s'han fet intervencions directes amb els usuaris del servei i els seus contextos familiars i comunitaris, sigui mitjançant actuacions de treball social familiar (més de 80), tractaments ambulatoris de toxicòmans (88 casos), treballs d'integració social (més 150 casos), etc.

La tipologia de les intervencions també ens indica el rol que estan desenvolupant els professionals de les Unitats de Treball Social, com a primera ajuda social a qualsevol persona, estigui en la situació que estigui.

La problemàtica més freqüent, els casos individuals i/o familiars treballats, estan relacionats amb problemes de disminucions (11 %), problemes socio-educatius (9 %), situacions familiars i/o problemàtiques infantils (8,5 %), toxicòmans (3,5 %), soledat (3,5 %), i alguns d'altres menys significatius, però la majoria d'aquestes situacions problemàtiques es presenten associades a diverses malalties i a dificultats econòmiques. Segurament la no disponibilitat de recursos per part de les Unitats de Treball Social, fa que importants situacions de necessitat no siguin presentades: així, podem constatar la importància dels problemes rela-

cionats amb situacions de pobresa que no estan essent atesos de forma suficient i eficaç.

5. Projectes i programes.

Els principals programes de l'any 1990 han estat la CONSOLIDACIÓ DE LES UNITATS DE TREBALL SOCIAL, especialment mitjançant la normalització dels serveis d'informació i assessorament, i el SERVEI D'AJUDA A DOMICILI, amb més de 590 demandes ateses. Aquests dos programes s'han pogut implantar amb prou garanties de continuïtat i de qualitat tècnica a quasi tots els municipis de Mallorca. Com ja s'ha dit, a més de l'ajuda financera del CIM, l'ajuda tècnica dels equips multiprofessionals dels Centres Comarcals i, en el cas de l'Ajuda a Domicili, de l'INSERSO, han facilitat que les iniciatives dels ajuntaments s'hagin pogut materialitzar.

La gran majoria dels programes i projectes previstos s'han duit a terme sense problemes especials, per exemple els programes d'alcoholisme i toxicomanies, els programes de disminuïts, les prospeccions de vells i disminuïts a la Comarca d'Inca, etc. Només els projectes que es varen iniciar com a experiència l'any 1990, com els de MENJADORS SOCIALS i COOPERACIÓ SOCIAL a qualque municipi, han tingut dificultats, derivades de la no disponibilitat de pressupostos, dificultats tècniques, etc. Però es pot afirmar que els programes i projectes finançats conjuntament pels ajuntaments i el CIM, han tingut un acceptable nivell d'èxit en la consecució dels objectius plantejats.

A més del que ja s'està fent, les

actuacions actuals s'haurien de complementar desenvolupant programes sectorials per Vells i DISMINUÏTS, així com actuacions en relació a les situacions de POBRESA, per poder completar una xarxa pública d'atenció social que doni resposta i faciliti la prevenció de les principals situacions de necessitat.

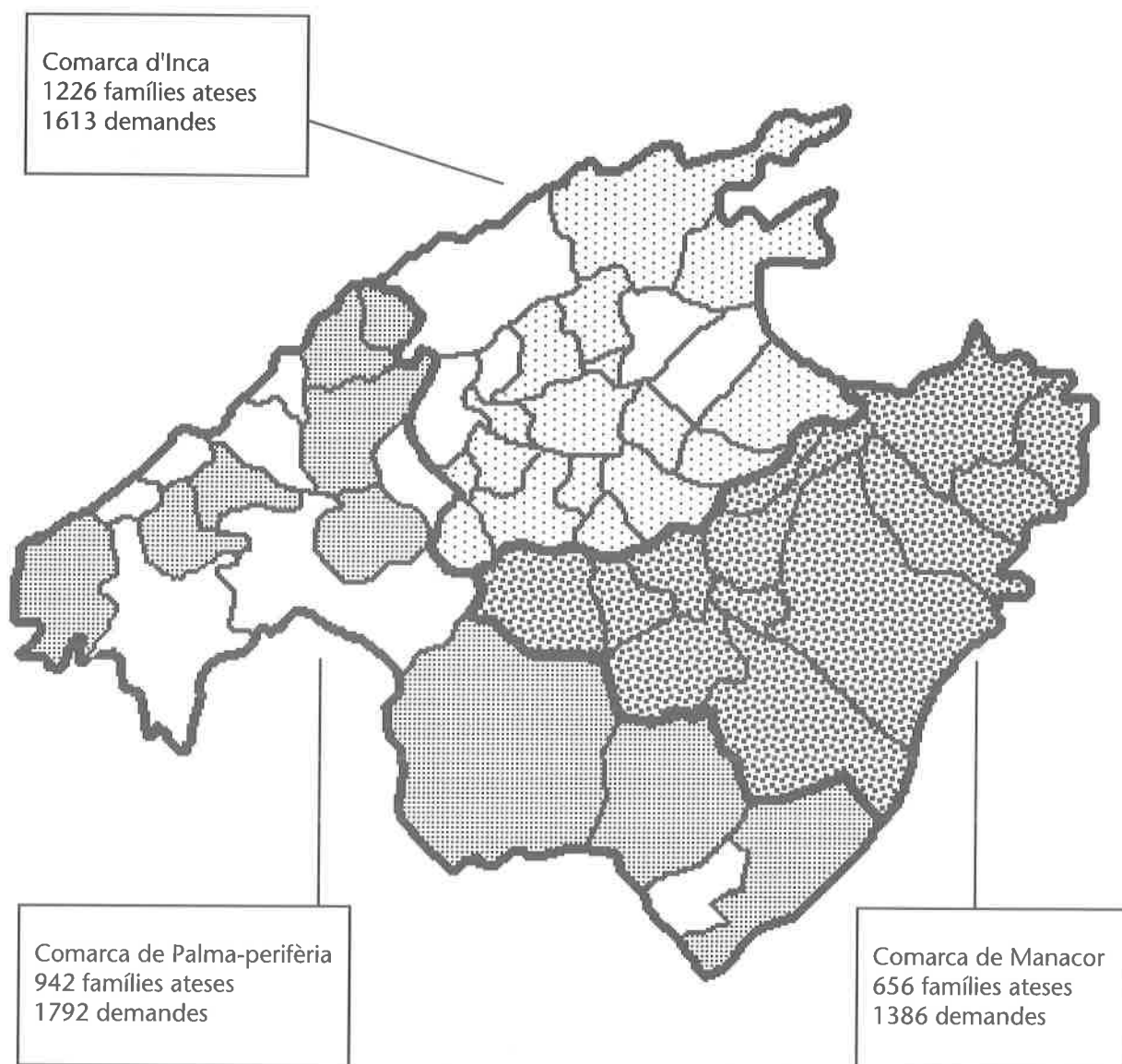
6. Caracterització socio-demogràfica dels usuaris dels serveis socials municipals.




Les característiques dels usuaris dels serveis socials municipals estan clarament definides, de tal manera que es pot parlar de tipus d'usuaris amb una correspondència directa amb les diverses realitats municipals. Però qualsevol tipologia que intenti agrupar els usuaris dels serveis socials segons diversos criteris socio-demogràfics, haurà de considerar que hi ha una sèrie d'elements comuns a la gran majoria. Les principals són:

- el nombre important de persones majors de 65 anys, superior al 30 % del total d'usuaris directes dels serveis;
- el baix nivell d'instrucció, amb més d'un 57 % d'usuaris analfabets o sense cap estudi, i amb menys d'un 5 % amb estudis de batxillerat o equivalents;
- les situacions laborals inestables o irregulars i els baixos nivells d'ingressos, amb més d'un 30 % dels usuaris que compten, com a font principal d'ingressos, amb qualque tipus de pensió o prestació econòmica pública;
- l'elevada freqüència de dos tipus de situacions familiars, com són les persones que viuen soles (un 16,5 %) i els nuclis familiars amb 5 o més membres (quasi un 18%).

RESUM DE LES DADES DE LES MEMÒRIES DE LES UTS

40 municipis de Mallorca, 1990



-  Municipis de la Comarca de Palma-perifèria dels que disposam de dades
-  Municipis de la Comarca de Manacor dels que disposam de dades
-  Municipis de la Comarca d'Inca dels que disposam de dades

TOTAL DELS 40 MUNICIPIS:
2.824 famílies i 4.791 demandes ateses

SERVEI D'ATENCIÓ PRIMÀRIA EN EL MUNICIPI DE PUIGPUNYENT (i II)*

Selu Cañellas,
T treballadora social de la Mancomunitat de Tramuntana

- A nivell institucional:
 - INSERSO: qüestions de SAD, prestacions, recollida d'informació sobre recursos, etc.
 - Centre Base de Minusvàlids: reconeixement de minusvàlues, informació sobre tallers i cursos, prestacions i recursos.
 - CIM: temes de subvencions, bibliografia, publicacions, documentació específica, cursos de formació, assessorament sistema informàtic, etc.
 - Ajuntament de Palma: coordinació en casos individuals, informació sobre recursos.
 - INSALUD: prestacions, informacions, etc.
 - INSS: informacions, recursos, etc.

Els projectes que fins ara s'han realitzat en els darrers mesos són:

- Consolidació del servei d'informació. Orientació i assessorament. Paral·lelament s'ha anat unificant i consolidant el sistema de registre i classificació de la informació des del Centre Comarcal, feina que es conclourà enguany.
- Servei d'ajuda a domicili. En aquest projecte s'inclouen petites reformes en el funcionament i seguiment del treball realitzat, així com aspectes metodològics i instruments de registre diferents als anteriorment utilitzats, d'acord amb una unificació de criteris proposada pel CIM.

Els projectes previstos dur a terme enguany són:

- Creació del Consell Municipal d'Acció Social. Aquest és el principal objectiu. Per això, serà necessa-

ri superar, primer, distintes etapes, com són ara: elaboració d'una proposta d'estructura i del seu funcionament, contactar amb les entitats i grups municipals, presentació al servei d'atenció primària (funcions, recursos, projectes, memòria...), etc.

- Formació i consolidació d'un grup de voluntariat, tasca no massa difícil ja que, com a punt de partida, tenim un grup de voluntaris mínimament organitzat, tots ells membres de l'associació de la tercera edat de Puigpunyent. Ells, des de fa molt de temps, s'encarreguen de visitar els malalts, els hospitalitzats, fan les gestions de persones grans amb dificultats per traslladar-se a Ciutat i mantenen informada tota la població major de 65 anys de les activitats de l'associació. Per això, s'elabora un projecte que consolidi aquest grup i el potenciï per realitzar la seva feina coordinada amb el SAD.

- Servei d'ajuda a domicili. Es tractarà d'una continuació del que s'inicià abans d'acabar l'any 1990 i en el que es posaran en pràctica un sistema de registre i seguiment unificat a la comarca, així com criteris d'assignació i cessament del servei, reconversió del mateix, etc. Així mateix, s'introduiran cursos de formació per a les treballadores familiars.

- Informació, orientació i assessorament. S'enfocarà des d'una perspectiva més àmplia que la de l'any passat. En aquest projecte s'inclou:

- Organització del servei (consolidació del sistema de registre, classificació de documentació, recollida

d'informació sobre recursos i prestacions, etc.).

- Informació, orientació i assessorament a la població en general sobre drets i deures, prestacions, serveis, recursos, així com donar a conèixer el servei d'atenció primària del municipi: programes, funcions, camps d'actuació, personal, horaris, etc. Això es podria dur a terme a través de cartells, fulls informatius, etc.

- Establiment de canals informatius i relació amb entitats i grups municipals, als que se'ls informarà, orientarà i assessorarà sobre tot l'anteriorment dit i dels que se'n rebi tot tipus d'informació sobre funcionament, organització, recursos, necessitats etc.

- Es podria incloure un altre nivell que seria la informació recíproca entre responsables polítics i Serveis Socials, la qual cosa s'ha de potenciar.

Aquesta proposta és a nivell comarcal i ha partit del Centre Comarcal de Palma-perifèria.

Per acabar, esmentar que està prevista la construcció d'un edifici per a l'associació de la tercera edat que constarà d'un centre de dia i una mini residència. Es tracta d'una associació nombrosa quant a membres, molt activa i vital que es reuneix en un bar del poble, amb moltes dificultats d'infraestructura i espai. S'espera que les obres s'iniciïn properament.

El servei es va organitzant a mesura que s'adapten i s'apropen els recursos a les necessitats del municipi. Aquest serà un dels objectius màxims de la UTS al llarg del 1991.

* Aquest text és la continuació del publicat a l'anterior número d'Alimara que per problemes tècnics no es va poder incloure.

GENT GRAN EN MARXA

Julià Baltasar,
Responsable Unitat Gent Gran. Acció Social.
Dolça Mulet,
Responsable àrea d'Esports.



El Consell Insular de Mallorca - Esports, Sanitat i Acció Social conjuntament- ha iniciat amb aquesta denominació un programa dirigit als majors de la nostra illa, ofertat a través de les associacions que ho sol·licitin i amb la col·laboració de la Federació Balear d'Associacions de Tercera Edat.

Es pretenen posar a l'abast del col·lectiu, el suport tècnic i econòmic necessari per fomentar activitats de caràcter lúdic (la pràctica de l'exercici físic) amb projecció en la seva esfera psico-social.

Fonamentació

El segment de població major de 60 anys es va incrementant pro-

gressivament: es preveu que l'any 2000 representi quasi el 20 per cent del total, segons fonts de l'INE; en conseqüència, augmenta quantitativament i qualitativa la seva demanda a la societat.

El 83 per cent de la població arriba amb salut al seixanta-cinc aniversari. Considerant la mitjana d'esperança de vida -a la nostra Comunitat Autònoma per sobre de la majoria de països europeus-, els adults afronten un llarg període de característiques especials i seriosament marcat pel llinar de la jubilació. A la nostra societat, en constant renovació tecnològica, la jubilació presenta moltes connotacions traumàtiques que poden afavorir els sentiments d'inutilitat, tendèn-

cia al sedentarisme, reducció progressiva de l'esforç i hàbits i pautes de comportament, molt negatius per a la salut física o mental.

La pràctica de l'exercici ajuda al procés d'envelliment saludable i positiu. Amb el suport d'un monitor especialitzat, els majors estaran més preparats per assumir les seves pèrdues funcionals i per poder controlar millor la seva vinculació al medi.

El canvi de rol familiar i d'estatus social que sofreix el major es produeix, en part, per la modificació de l'estructura de la família nuclear clàssica, per la insistència competitiva de la nostra societat industrialitzada i per la progressiva incorpo-

ració de la dona al món laboral. A més, l'acceleració tecnològica ja no permet transmetre ciència a les joves generacions. L'atenció, en definitiva, s'ha polaritzat en aquells individus amb capacitat productiva.

Aquest desplaçament de la figura dels majors, ha provocat que la interacció entre les seves actituds i l'ambient que els envolta, estableixi progressivament diferències entre aquest col·lectiu i la població activa, quant a la seva escala de valors i els seus ritmes de vida.

El cessament de l'activitat laboral, l'actitud freqüent de falta d'atenció familiar o social i la disminució progressiva de les seves capacitats funcionals, requereixen una preparació i suport continu.

Responent a aquesta situació, l'OMS ha donat un paper rellevant a l'educació sanitària i a la potenciació de l'auto-atenció, objectius que es contemplen en el seu programa "Salut per a tots al 2.000", actualment en fase d'aplicació. Pel que fa al nostre territori, tant dins l'administració central (avant-projepte del Pla Gerontològic Nacional, Ministeri d'Assumptes Socials) com autonòmic (altres CC.AA.), es plantegen, també, accions en aquest sentit.

El programa

Gent Gran en Marxa, es va iniciar de forma experimental l'any 1988, sensibilitzant els majors de la ineludible necessitat de la pràctica diària de l'activitat motora i les seves conseqüències positives. L'augment progressiu de participació en el programa demostrà el seu bon impacte. Mitjançant la cooperació conjunta dels departaments del Consell Insular de Mallorca, l'oferta s'ha anat estructurant progressivament, de tal manera que el nombre d'associacions que es beneficia, ha passat de quatre l'any 1988 a quinze enguany.

Objectius

Es pretén instaurar dins el col·lectiu de gent gran, la pràctica habitual de l'exercici físic, a través de sessions impartides a les associacions, que treballin:

a) Aspectes fisiològics; prevenció de problemes derivats de la inactivitat i l'envelliment progressiu, a través del manteniment d'una bona capacitat funcional, la retenció i/o recuperació de la integritat músculo-esquelètica, l'equilibri i la coordinació.

b) Aspectes psicològics; millora de l'adaptació a un nou "succés evolutiu", a través de l'augment d'autonomia pròpia, la relaxació,

millora de l'auto-imatge, l'autoesment i augment de la motivació.

c) Aspectes socials; evitar els problemes derivats de la desvinculació, avorriment i soledat, a través del potencialment de la convivència, la millora dels eixos vitals de relació, el treball dels processos de participació i acceptació, i el reconeixement i afiliació de l'individu al grup.

Metodologia

El programa es du a terme a les associacions de gent gran de l'illa, amb una durada aproximada d'octubre a maig i a través d'unes sessions d'exercicis integrats en una taula de referència, d'aproximadament quaranta-dos exercicis, el que permet, d'una banda, homogeneïtzar tota l'acció i, d'altra, adaptar-la a les diferents possibilitats dels individus de cada grup.

Tota l'activitat es desenvolupa sota la direcció d'un monitor especialitzat amb el seguiment periòdic dels coordinadors tècnics del programa.

El nombre d'individus de cada grup es troba entre deu i quaranta, amb una mitjana de participació de vint-i-cinc.

La durada aproximada de cada sessió és de quaranta-cinc minuts i

la freqüència, dos pics per setmana.

S'ha creat una comissió de seguiment del programa, formada pels dos coordinadors, els monitors i el representant de la Federació d'Associacions de Tercera Edat. Aquesta Comissió es reunirà mensualment, mantenint-se els contactes que la pràctica imposi.

La regulació interna del programa i l'aplicació del calendari abans esmentat, permet no tan sols una coordinació efectiva, sinó la possibilitat d'una retro-alimentació útil per a l'avaluació sumativa.

Un mateix monitor desenvolupa el programa a diferents associacions, la qual cosa afavoreix la uniformitat de criteris d'aplicació i redueix considerablement el cost. Els recursos amb què compta el programa són, ara per ara, dos coordinadors (psicòleg i diplomada en educació física) i sis monitors (amb formació específica impartida dins el marc del propi programa).

La formació dels monitors i el seu seguiment per part dels coordinadors, permetrà el màxim control metodològic sense perjudici de l'especialitat de cada situació.

L'èxit del programa descansa, en primer terme, en la resposta positiva dels majors, però al mateix nivell, l'eficàcia vendrà condicio-

nada per la bona direcció dels monitors especialitzats. Els objectius plantejats són ambiciosos i, per això, s'ha posat un especial esment en la formació del personal del programa, tot preparant un CURS PER A MONITORS D'ACTIVITATS PER A GENT GRAN, convocat el mes de setembre de 1990 i organitzat per la UIB i el CIM conjuntament. El contingut del curs anà dirigit a l'adquisició de coneixements, més enllà de l'esfera física o psicomotriu, i va incloure temes de psicologia, salut i educació física. El feren professionals docents de les àrees corresponents i tingué una assistència massiva, el que demostra, una vegada més, l'interès dels professionals en el camp de la gerontologia.

Població beneficiària

Aquest programa va dirigit a la gent gran major de seixanta anys, encara que aquesta fita no sigui estricta. La intenció no és excloure aquells majors que, encara que no hagin traspasat el llindar de la jubilació, hi són a prop i ja col·laboren amb les associacions.

En principi no queda cap individu exclòs del programa, així l'objectiu és ofertar una acció que s'adapti a tot el ventall de situacions, en virtut de les característiques i possibilitat dels usuaris. Les edats dels participants, fins ara, oscil·len entre els cinquanta i els

noranta anys; els més grans conviuen en una residència.

L'experiència anterior s'avalua d'acord amb les valoracions dels monitors que dirigeixen les sessions. Enguany s'ha posat en funcionament un sistema de registre per a la recollida d'informació d'una forma més estructurada.

En els períodes 1989 i 1990, l'impacte del programa fou molt positiu, doncs la participació augmentà de forma esperada.

Quant a les característiques dels usuaris, en termes generals s'observa un percentatge baix de participació dels homes, condició en part determinada per la tradicional afeció a la tertúlia del cafè del poble i d'altres hàbits o costums relacionats amb la variable sexe. No es pretén que "Gent Gran en Marxa" substitueixi a cap altra opció, si més no, fer-la complementària i enriquir les possibilitats dels majors amb un ventall d'alternatives de caràcter lúdic, però sense desapropiar el rerafons dinàmic i educatiu dirigit a l'augment de la qualitat de vida.

L'augment de la motivació en els participants ha facilitat l'adaptació del programa als diferents nivells i possibilitats.

Els majors que més evidencien

un canvi d'actitud positiu enfront del problema, són aquells que han presentat alguna manca lleugera de mobilitat -percebuda o diagnosticada-; els nivells d'implantació i els resultats favorables així ho demostren. La repercussió de l'assoliment dels petits èxits es projecten tot seguit a la resta d'activitats quotidianes i, per tant, incideix en la seva esfera psíquica i social.

Ens hem de felicitar de la inclusió al programa de tots els usuaris i molt especialment del grup dels més majors: hi participen uns trenta-cinc d'una residència per a majors.

Des de la direcció del programa es van treballant determinades situacions per fomentar la participació dels homes, inclusió dels més majors i augment de la confiança en la utilitat de les sessions.

A través del model d'avaluació sumatiu, s'ha establert enguany, amb una certa precisió, l'aprofitament i eficàcia del programa. Es farà una valoració a l'acabament del període, encara que el seguiment periòdic del procés permetrà



establir les correccions oportunes, mitjançant la comissió de seguiment.

Els instruments són dos registres, un d'assistència i l'altre que recull aspectes sobre el perfil dels usuaris i el grau d'aprofitament, entès com la comparació de variables quantitatives i qualitatives mesurades a l'inici i a l'acabament del curs. Aquesta informació es complementarà amb la valoració del monitor sobre cada individu i grup que dirigeix.

Es pretén que la participació al curs sigui representativa i les variables edat i sexe presentin una distribució aproximada, d'acord amb les característiques de la comunitat.

Valoracions i comentaris

L'Estat fa temps que es veu desbordat per la demanda del sector, potser per característiques d'una

societat que, per tradició, s'ha vingut fonamentant en el treball.

No obstant, és erroni interpretar la situació al sector de Gent Gran amb un rerafons catas-

tròfic, a la vista de les dades d'evolució demogràfica i econòmica.

La simple projecció cap al futur dels problemes actuals dels majors, multiplicats pel factor de creixement d'aquest grup de població, és una fal·làcia. No s'ha d'oblidar que la generació avui jove o adulta, envellirà amb unes característiques i història molt diferents a la dels seus pares o padrins. El millor nivell educatiu (segons el CIS, el 70 per cent dels majors, actualment no superen el nivell d'estudis primaris), cultural (la recent integració progressiva de la dona) i d'infraestructura jurídica i normativa (major legitimació social) del col·lectiu, afavorirà la integració dins la societat futura.

Amb la implantació d'aquest programa es preveu, en un futur pròxim, la participació representativa de la població gran de la nostra illa en activitats que afavoreixen la salut integral de l'individu.

ENTREVISTA

A AMADOR CALAFAT

Cap del Servei de Promoció de la Salut.

Pilar Bellod Cavanna

Pregunta.- El Servei de Promoció de la Salut és de recent creació; partint de l'existència d'altres serveis relacionats amb la salut, ¿com s'ha arribat a aquesta nova configuració?

Resposta.- Efectivament, abans existien tres serveis, el d'Educació Sanitària a les escoles d'EGB, el d'Educació a Escoles d'Infància i el Servei d'Informació i Prevenció de l'Abús de Drogues. Des de fa deu anys, o més, alguns d'aquests grups eren contractats pel CIM i es va prendre la decisió de donar-li una estructura més estable. Una altra qüestió és que des del Consell, diferents grups estaven treballant, amb una mateixa filosofia, en els mateixos llocs, escoles, ajuntaments, serveis socials, etc. Sembla lògic pensar que si es coordinaven aquests esforços es rendibilitzarien. Es així com neix el Servei de Promoció de la Salut.

P.- Quan es crea aquest nou servei?

R.- El servei es creà el mes de febrer de 1990, encara que no començà a funcionar fins que no se'l dota de personal, el que va ocórrer l'1 de setembre. Actualment, componen l'equip tres funcionaris, un cap de servei i dos adjunts, un dels quals duu la gestió de les activitats i l'altre la programació dels cursos; a més, comptam amb vuit persones que segueixen essent contractades anualment. Es tracta del conjunt de professionals que estava en els tres serveis mencionats, amb alguna altra incorporació més.

P.- Quins professionals conformen l'equip?

R.- Els tres fixos som dos metges i un psicòleg, d'entre els contractats

hi ha un assistent social, dos metges i dues secretàries; la resta són psicòlegs.

P.- La programació actual està dissenyada per al curs 90-91, ¿significa això que la lligau a la dels cursos escolars i, per tant, que la vostra feina es desenvolupa, principalment, a les escoles?

R.- Així com funcionàvem abans, la major part del treball es feia a les escoles; era més lògic contractar la gent coincidint amb el curs escolar. Actualment, malgrat que segueix havent-hi una gran part del treball que es desenvolupa a l'àmbit escolar, estam canviant; intentam que el centre del nostre treball sigui l'ajuntament, la comunitat, a partir d'aquí ha estat possible fer programacions anuals. El treball anterior estava centrat, sobretot, en l'educació sanitària a les escoles, aplicant un programa de càries, un altre d'alimentació, un altre de sexualitat i el de prevenció de drogues, "decideix" a 110 escoles. També intentam crear una comissió de salut a l'escola i a més desenvolupam un altre tipus de treball amb les APAS, amb professors i policies, als que se forma.

P.- Aleshores, és a partir d'aquest any quan, des del servei, vos plantejau treballar amb els ajuntaments, ¿en quin sentit?

R.- A partir del treball amb les escoles, ens vàrem adonar que hi havia poca connexió amb la resta de la comunitat, aleshores, decidírem que el centre havia de ser l'ajuntament, donant-li una perspectiva global als problemes de salut d'una comunitat. Així doncs, malgrat que gran part de les activitats estan relacionades amb l'esco-

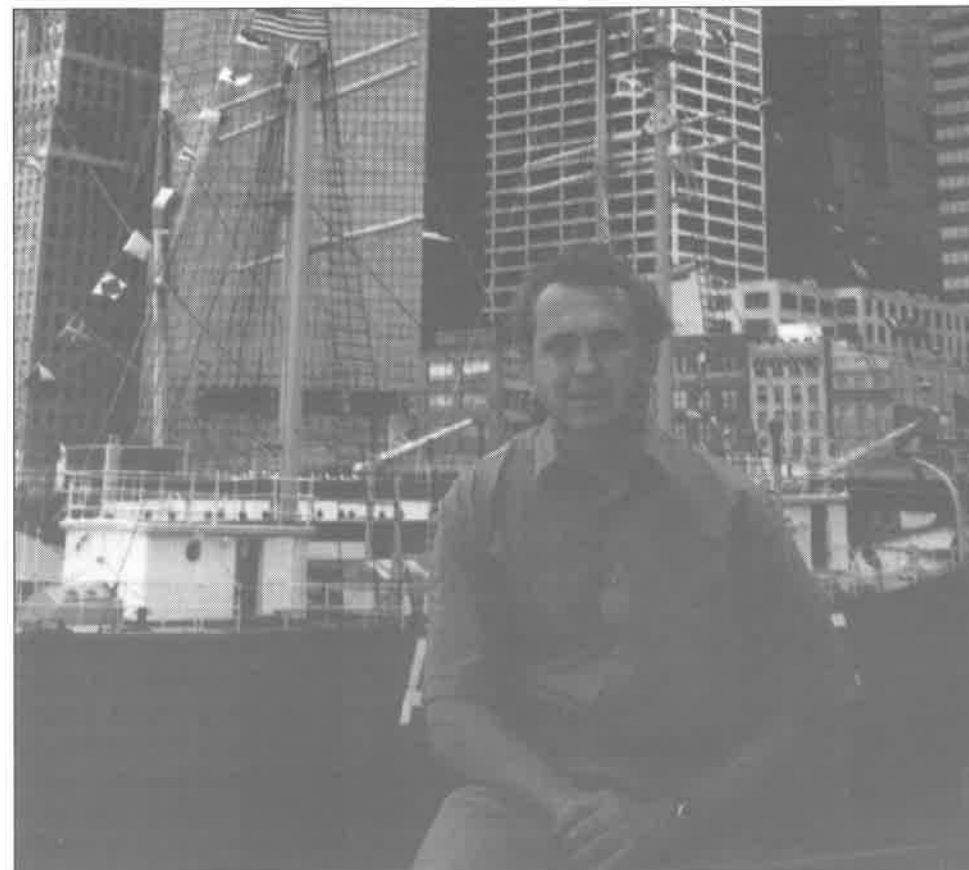
la, no ens limitam a aquest camp i, depenent de les característiques del municipi, realitzam un treball o altre; en alguns hem fet un diagnòstic de salut, en altres duim endavant un programa de minervalues juntament amb el servei d'acció social. També ens preocupam per qüestions de problemes d'aprenentatge escolar, en definitiva, hi ha una gran varietat de línies de treball. La nostra filosofia parteix de què sigui cada ajuntament el que planteji les seves necessitats i tenguí coneixement de tot el que ocorre en el seu municipi.

P.- Donat que el treball pot ésser molt divers, ¿vosaltres feis una oferta a cada ajuntament o hi ha una demanda prèvia?

R.- Nosaltres, fidels a l'esperit de promoció de la salut, intentam que cada persona o institució gestioni els seus propis problemes de salut. En un primer moment hem contactat amb els ajuntaments per explicar el treball que estam realitzant i les possibilitats d'ampliar-lo; a partir d'aquí, és el propi ajuntament qui genera les demandes. El segon pas ha estat oficialitzar aquesta cooperació, establint, amb molts d'ajuntaments, un conveni de col.laboració mitjançant el qual ambdues entitats decideixen col.laborar durant ics anys duent endavant determinats programes amb els que intentam mobilitzar els recursos dels que disposa la comunitat.

P.- Amb quants d'ajuntaments treballau ?

R.- Aproximadament amb 40, encara que cal diferenciar nivells: 1) ajuntaments amb els que tenim



conveni -14- i ajuntaments amb els que estam a punt de signar-lo -14 més- i, 2) altres ajuntaments amb els que feim algun tipus d'intervenció encara que no s'hagi signat conveni.

P.- En el vostre programa plantejau com a objectius reforçar l'acció comunitària i desenvolupar habilitats personals ¿podria explicar-nos a partir de quina estratègia pensau aconseguir-los?

R.- Disposam de dues vies d'entrada; una seria la de constituir, allà on sigui possible, una comissió de salut municipal que seria un òrgan oficiós des d'on sorgirien els problemes que té aquesta comunitat, plantejats per ells mateixos. Aquest sistema ja significa una forma de gestió diferent a la que es realitza habitualment, és a dir, la mateixa gent participaria en el plantejament dels seus problemes, fins i tot hi hauria la possibilitat que aquesta comissió delegàs en els col.lectius afectats; per exemple, la problemàtica dels vells en una comunitat, que fossin ells

seves activitats i recuperin el seu protagonisme, ja que la societat mallorquina ha canviat moltíssim en els darrers 20 o 30 anys, malgrat que aquest canvi no s'ha lligat a una reflexió sobre els nous rols que hem d'interpretar.

P.- L'estudi sobre la joventut al que feia referència, planteja que els canvis a la societat mallorquina han generat una confusió de rols: el rol del pare ha canviat pel de l'amic i la conclusió és que perjudica més que beneficia el desenvolupament de l'adolescent, és així?

R.- Aquesta és la idea, els joves confien moltíssim en els adults i esperarien d'ells un paper més actiu, emperò veim, en canvi, molts d'adults dimissionaris que no exerceixen com a tals. Els adults viuen amb molta culpabilitat el seu paper, "escabullen el bulto", es creuen poc formats i llavors adopten una actitud de dimissió forçada per la pressió dels joves. Nosaltres, a partir del nostre treball, intentam que els adults participin més en les activitats dels joves.

P.- Les xerrades que duis a terme amb els pares ¿estan adreçades a temes específics, com per exemple la sexualitat, les drogues, etc., o inclouen una perspectiva més global?

R.- Nosaltres utilitzam el ganxo que pot suposar parlar de drogues per a tractar altres temes. En realitat, per fer una bona prevenció en drogues, el que menys necessiten

és saber de drogues, però a partir d'aquí, tractam tot el que són relacions amb la família, el que és l'exercici de l'autoritat, etc.

P.- A l'estudi es diu que ha disminuït el consum de drogues il·legals i que s'ha incrementat el consum d'alcohol, definint aquesta tipologia lligada al tipus de relacions familiars que s'han anat establint. Podria explicar-ho detalladament?

R.- Crec que la preocupació dels pares sobre les drogues il·legals ha fet que descuidassen la que han de tenir sobre una droga molt més real que és l'alcohol. Actualment ens trobam amb una difusió de la beguda com a consum de cap de setmana. La gran disponibilitat de doblers per part dels adolescents ho ha fomentat i, d'altra banda, la permissivitat a les sortides, quant a hores d'arribada, no es dona a cap altre lloc d'Espanya ni de l'estranger. Pel que fa a les drogues il·legals, s'ha aconseguit el que es pretenia, això és, desdramatitzar, s'ha perdut el mite i la gent ha assumit que els desavantatges que se'n deriven del seu consum són majors que les petites gràcies que ofereixen; de qualque manera s'ha transmès el missatge que consumir drogues il·legals no està de moda i els joves no hi estan interessats.

P.- Una altra qüestió que crida l'atenció és l'increment del consum d'alcohol entre les al.lotes, a què es deu?

R.- Les dones, sempre consumeixen les drogues amb més mesura, beuen manco; emperò hi ha més dones bevedores socials que homes. Entenc que el que ocorre és que la dona intenta normalitzar-se, assumir totes les pautes de comportament que tenen un cert valor social. En aquest sentit, demostren menys interès per les drogues il·legals, emperò un màxim interès per les legals; cerquen que se les tenguï en compte, mentre que la problemàtica dels homes és diferent: ja són a la normalitat, resulta més fàcil que deixin de consumir drogues legals perquè han assumit els missatges de salut, o bé, passar a abusar de les drogues legals o passar-se a les il·legals. Podríem parlar

de dos patrons: l'home té més facilitat per abusar o per no consumir mentre que les dones cerquen la igualtat a partir de la utilització de pautes de comportament masculines, el que significa consumir drogues legals.

P.- El fet de dur a terme polítiques preventives sobre temes específics, com pugui ésser el de les drogues, a vegades té un efecte contrari al pretès, no és cert?

R.- Certament. La idea que despareixés el nom de servei d'informació i prevenció de l'abús de drogues anava en aquest sentit: el fet que el servei s'anomeni de promoció de la salut és perquè recull una idea molt més global del que és la salut, que aniria lligat amb la pauta de desdramatitzar i de fer una prevenció més inespecífica. Els americans segueixen fent prevenció específica, segueixen plantejant-se qüestions puntuals, aconseguint resultats molt baixos. A Espanya, s'aconsegueixen millors resultats perquè estem actuant sobre una qüestió molt més àmplia que és la prevenció inespecífica. Es tracta de plantejar la salut en positiu i no en negatiu i conscienciar la gent que hi ha una sèrie de qüestions que poden facilitar la vida. En aquest sentit, el tema de les drogues es teballa juntament amb altres problemàtiques que també té el jove, no com una qüestió aïllada.

P.- ¿Continuau prioritant la població de 0 a 16 anys, o els destinataris de les vostres intervencions són el conjunt de la població?

R.- Fins avui, la veritat és que hem prioritzat bastant aquest grup, però a partir d'ara hi haurà d'altres grups que ens interessin, com poden ésser els vells o tota la població que tenguï problemes relacionats amb la salut.

P.- ¿Quines altres investigacions teniu dissenyades o en procés de realització?

R.- Ara mateix tenim pensat valorar el programa de sexualitat. Al llarg de tot un any farem un seguiment d'aquest programa per comprovar si realment funciona, veient els seus efectes. Una altra

investigació que tenim plantejada és la d'intentar averiguar la relació existent entre determinats tipus de famílies i d'adolescents. Bàsicament, hi hauria tres tipus de famílies: la del "laissez faire", la flexible i per últim, la més rígida i autoritària. Es tractaria de comprovar aquests tres models de família i veure quina problemàtica generen en els adolescents quant al consum de droga.

P.- Com definiria la política del servei?

R.- Es tracta d'una política que desenvolupa el concepte integral de salut. Intentam ocupar un espai, buit fins ara, que suposa contemplar la dimensió psico-social de la salut. Pretenem arribar a fixar uns barems que ens permetrien definir el que seria un poble saludable i veure de quina forma el CIM i cada un dels ajuntaments poden treballar per aconseguir aquests mínims. Per això, és necessari, en primer lloc, conèixer, a través d'un estudi, quins són els problemes de salut que té cada poble, i, després, tenir un nivell d'organització mínim que permeti assegurar que el que es va definint pot concretar-se en activitats. Nosaltres respectam les peculiaritats i interessos de cada lloc i a nivell d'organització contemplam la comarcalització que fa Acció Social perquè, lògicament, un dels interlocutors bàsics que tenim a cada ajuntament és l'assistent social. L'equip el tenim dividit en tres subequips que atenen cada una de les tres comarques, alhora que intentam tenir una estratègia comú com a CIM. En aquest sentit, podem dir que s'ha començat a avançar amb la creació d'una comissió de seguiment, ara fa un mes, de les actuacions dels dos serveis. El que pretenem és no crear xarxes paral·leles i, per tant, la xarxa que té el CIM en els pobles, és la que tractam d'aprofitar nosaltres amb la finalitat d'optimitzar els recursos i donar la sensació d'unitat.

Vos comunicam que a partir del proper mes d'abril el Servei estarà ubicat a l'edifici del CIPRES, c/ General Riera, nº 67.

Experiència

CENTRE DE FORMACIÓ OCUPACIONAL JOVENT



L'any 1984 el problema de l'atur començava a ésser greu i més encara referit al món juvenil.

En una barriada perifèrica de Palma, sa Indioteria, un grup de monitors es plantejava el problema i possibles vies de solució. Des del Club d'Esplai Jovent, entitat que treballava amb infants i joves en el món del lleure, començarem a detectar una dura realitat: molts de joves de 16 o 17 anys que havien deixat d'estudiar tenien com a darrer destí l'atur. Aquesta problemàtica podia tenir greus conseqüències: delinqüència, drogaaddicció, problemes familiars, etc. A partir d'aquesta situació serà quan naixerà la Cooperativa Jovent.

Així, un grup de monitors del Club d'Esplai Jovent, deixaran tot el que feien en aquell moment i constituiran la Cooperativa Jovent amb l'objectiu d'aportar alguna solució a l'atur juvenil.

En un principi optarem per l'agricultura com a medi de producció: el Bisbat de Mallorca ens va cedir la finca de Son Gibert on començarem a treballar. Les dificultats del camp, la climatologia, els pocs coneixements que teníem sobre l'agricultura, etc., foren fac-

tors que condicionaren la nostra experiència i que no permeteren que el nostre objectiu es complís totalment. Considerant que la majoria de socis de la Cooperativa eren mestres o tenien experiència com a educadors, decidírem canviar tant el nostre objectiu com el mètode.

Al llarg de l'estiu de 1988, iniciàvem l'estudi d'un projecte de Formació Ocupacional: Escola Compensatòria i Casa d'Oficis, dirigit als joves desescolaritzats com a conseqüència del fracàs escolar, del clar rebutjament que mostraven vers el sistema escolar o que no podien accedir al món laboral pel fracàs continuat a l'EGB.

Durant el quart trimestre de 1988 i el primer de 1989, membres de la Cooperativa Jovent realitzàrem tres viatges al País Basc, Navarra i Barcelona, per tal de conèixer com intentaven solucionar el pro-

blema de l'atur i del fracàs escolar, des de tres maneres de fer i ésser totalment diferents. L'experiència que constatarem i les diverses idees, ens servirien més tard per redefinir el nostre projecte i marcar les línies directrius.

Per la importància del projecte i la dimensió de la problemàtica que consideràvem (fracàs escolar i atur juvenil), creiérem oportú i necessari implicar totes les administracions públiques i aquelles privades que, d'una manera o altra, podrien estar dins la nostra línia de treball: Ministeri d'Educació i Ciència, Ajuntament de Palma, Consell Insular de Mallorca, Govern Balear, Càritas Diocesana, INEM, etc.

El mes de març de 1989 començaven les obres de la que seria primera fase del Centre de Formació Ocupacional Jovent, al mateix temps que el grup de treball iniciava la seva preparació. El mes de maig del mateix any ens marcàrem com a fita posar en marxa el Centre amb dues aules d'educació compensatòria.

En línies general, el balanç del curs que férem en el seu moment fou positiu:

-El rebutjament dels estudis, el fracàs escolar, venir d'una situació de desescolarització o rebotats d'altres centres, eren característiques comuns a tot l'alumnat. En els criteris d'admissió consideràvem aquestes característiques com a prioritàries a l'hora de fer la selecció:

-La regularitat a l'assistència a classe, el baix absentisme que es va donar i les poques baixes, ens feren pensar en un petit èxit. A més, tots els alumnes del grup de 14 anys, continuen el curs.

-Encara que no es va produir un avanç espectacular en el nivell de coneixements dels alumnes, el treball important fou la motivació i creació d'hàbits per assumir uns continguts mínims.

-L'assoliment més important en el procés de personalització dels alumnes, fou la recuperació de la seguretat en si mateixos i comprovar que no eren uns fracassats, que també podien obtenir bons resultats acadèmics.

Pensam que és i ha estat decisiu en la filosofia del projecte, l'ambient quasi familiar que s'ha aconseguit entre alumnes i professors, el reduït nombre d'alumnes i el caire personalitzat que hem intentat donar. Això ha donat com a conseqüència una confiança i un respecte que, d'alguna manera, ha possibilitat que la disciplina del centre es pogués basar en compromisos personals.

Un dels objectius que ens marçarem a l'hora d'iniciar el projecte, fou el de donar un caire diferent al Centre: el seu disseny i el treball realitzat anava dirigit a convertir l'escola en una segona casa. Per això, des d'un principi, hem intentat que els al.lots cooperassin i realitzassin diferents tasques de neteja, decoració i manteniment

del centre. També pretenem crear un entorn en el que els alumnes estiguin bé. La jornada contínua permet disposar dels horabaixes per a iniciatives potenciades tant pels mestres com pels mateixos alumnes; això ha fet que l'alumnat convidi els amics que no estan matriculats en el centre, convertint-lo en un lloc de pas obligat pels al.lots. D'aquesta manera, hem aconseguit crear un entorn favorable que doni una forma distinta a l'escola.

Les perspectives i projectes per a l'any 1991, són força positives. Ho podem contemplar des de distints punts de vista:

-Curssets de Formació Ocupacional. En aquests moments es construeix una nau, d'aproximadament 1.000 metres quadrats, on es faran curssets de forja, mecànica de l'automòbil i servei domèstic en conveni amb el Govern Balear. La data prevista de començament és dia 1 de març.

- Està previst el reconeixement del Centre de Compensatòria per part del Ministeri d'Educació i Ciència.

-La previsió d'alumnes per als nous curssets de Formació Ocupacional es, gairebé, completa: s'hauran cobert totes les places que oferim.

-Aquest curs posarem en marxa una Oficina de Recursos i Orientació, on els joves hi podran trobar assessorament, solucions, ajudes, etc.

Amb tot, cal dir que si les perspectives es compleixen tal com hem esmentat, les fases del projecte s'hauran assolit en un 75% en, gairebé, dos anys, restant, només, les fases de col.locació i seguiment dels alumnes formats en els cursos de Formació Ocupacional.

Equip de la URR de l'Hospital Psiquiàtric de Palma:
Ovidio Fernández
Elisa Pérez
Ana Gelabert

Els avanços científics, plegats amb una major tolerància i comprensió respecte a la malaltia mental per part del col.lectiu social, han fet possible el naixement de nous mètodes de tractament. Les Unitats de Rehabilitació en són un exemple clar.

Aquestes unitats tenen com a filosofia general de treball, la utilització conjunta i coordinada de molt diferents tècniques i recursos terapèutics que conflueixen en l'elaboració d'un programa individualitzat adaptat a les necessitats de cada pacient. Aquestes necessitats abasten camps tan diferents com l'entrenament en la utilització correcta del medicament, el restabliment satisfactori del vincle familiar per ambdues parts, aconseguir un allotjament digne, orientació vocacional i entrenament laboral, entrenament en hàbits social i, en definitiva, tots els aspectes que facin possible la convivència amb la seva malaltia i amb els seus conciutadans.

Aquest enfocament del malalt mental crònic, com a persona necessitada de tantes ajudes, fa imprescindible que els professionals que atenen les unitats de rehabilitació i reinserció formin un equip interdisciplinari que faci realitat la màxima, segons la qual, "l'eficiència terapèutica d'un equip ha de ser més gran que la suma de les eficiències terapèutiques de cada membre si treballassin aïlladament".

Fa uns quants mesos, amb els plantejaments exposats anteriorment, es posà en marxa la Unitat de Rehabilitació i Reinserció de l'Hospital Psiquiàtric. En aquesta primera etapa de funcionament (fins al final d'enguany), hem acordat fer una divisió funcional del treball en set àrees (gràfic I),

UNA UNITAT DE REHABILITACIÓ I REINSECCIÓ A L'HOSPITAL PSIQUIÀTRIC DE PALMA

cada una amb els seus propis objectius parcials i coordinada per un membre de l'equip.

La complexitat inherent a la posada en funcionament d'una nova estructura assistencial, tot i esser conscients de la necessitat d'abordar-les simultàniament, ens està obligant a centrar majoritàriament el nostre esforç en les àrees relacionades amb l'equipament i organització de la Unitat, l'avaluació de les necessitats dels pacients, el disseny dels programes individuals de rehabilitació i, per acabar, encara que no en últim lloc, l'"ajustament" de l'equip terapèutic.

Per al 1991, els nostres objectius són:

1.- La reinserció social i/o el màxim nivell de rehabilitació possible de, almenys, vint pacients d'hospitalització llarga.

2.- Promoure un canvi en les actituds socials, majoritàriament marginadores quant a la folia, vers una més gran tolerància que faciliti la integració social dels malalts psíquics.

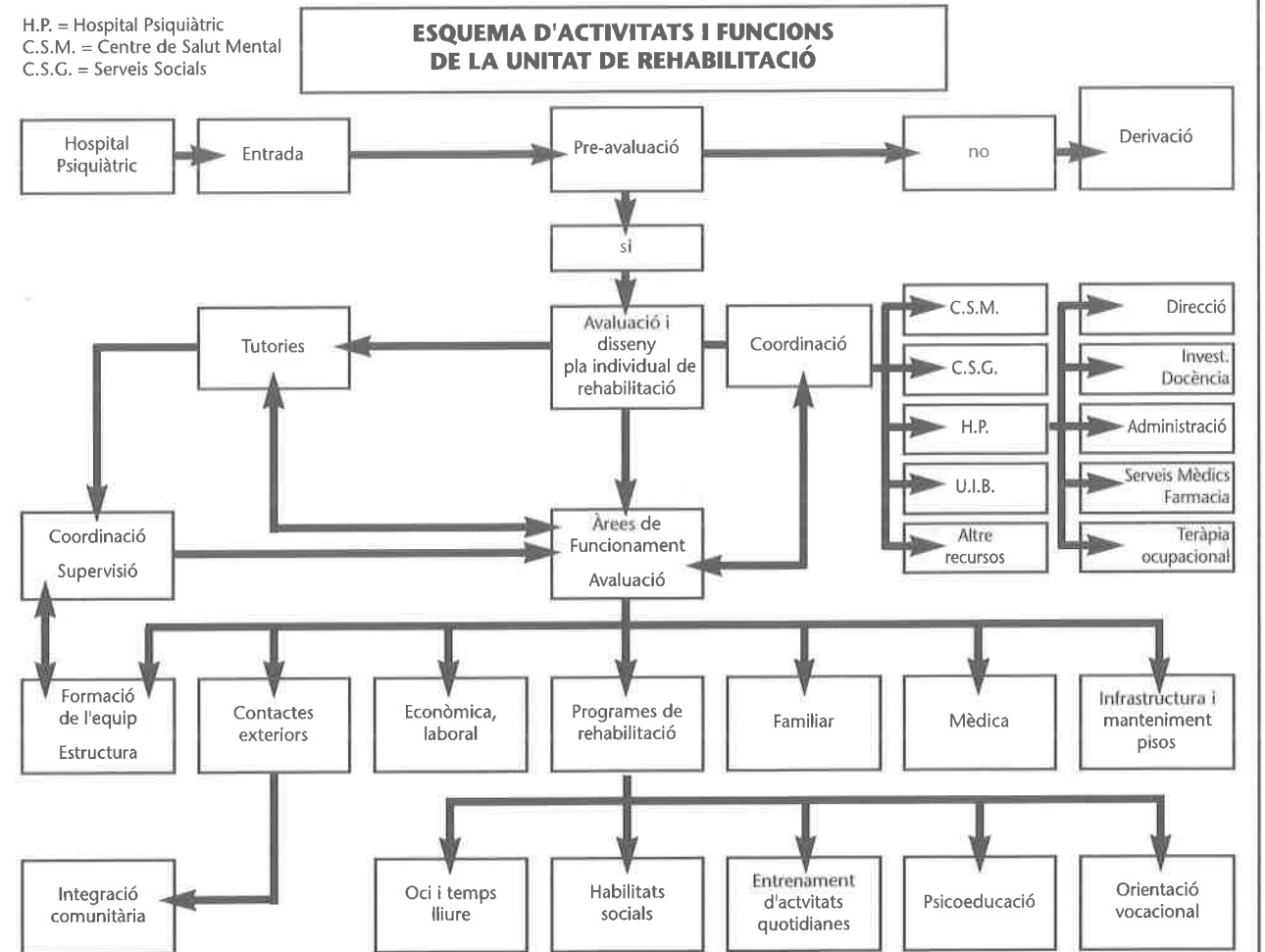
3.- L'articulació funcional de la Unitat amb la xarxa assistencial prevista en el pla de Salut Mental de les Illes Balears.

La nostra intenció és que, en anys successius, els anomenats "nous crònics", també puguin usar

aquesta Unitat de Rehabilitació.

Sabem que són objectius modestos i, a la vegada, difícils. Per durlos a bon port, comptam amb el recolzament financer del CIM i esperam poder concretar, en un futur pròxim, la forma de col.laboració amb altres professionals i institucions afins. La coordinació amb els serveis socials ens sembla especialment important, perquè la integració social dels pacients no seria possible sense una assumpció conjunta de les tasques assistencials.

És innegable que la complexitat dels problemes que cada persona ens planteja, fa imprescindible coordinar esforços i compartir objectius.



PREVENCIÓ COMUNITÀRIA DE LES RECAIGUDES DELS MALALTS ESQUIZOFRÈNICS: EL MODEL DE VULNERABILITAT

Guillem Pericàs i Colom,

Psicòleg. Servei d'aguts. Hospital Psiquiàtric. CIM.

Araceli Bañasco Bazán,

Psicòloga. Clinic Balear i CINC, Centre d'Investigació Conductual.

Alejandro García Mas,

Professor Dpt. Psicologia, UIB

Introducció

L'esquizofrènia és el paradigma de la malaltia mental tant per la seva fenomenologia com per la seva projecció social. La prevalència a occident és d'un **1 per cent** i causa la majoria d'hospitalitzacions a les Unitats d'aguts dels Hospitals Generals i Psiquiàtrics. A l'exercici de 1988, aquest diagnòstic es va fer, emprant criteris DSM-III.R (1), a **369** pacients (**37,7%** del total del nombre d'ingressos del Psiquiàtric de Palma), i l'any 1989 a **380** (**33,7%**) (2).

Es tracta d'una entitat nosològica descrita per Kraepelin i E. Bleuler que pot iniciar-se, en el subjecte, de forma ràpida o lenta. Els seus pensaments, afectes i motivació es veuen afectats i l'individu ja no és mai més el qui era abans. Pot perdre la noció del temps, de l'espai, de les persones del seu entorn i de si mateix. La seva conducta es torna imprevisible i cal que se l'ajudi, ja que perd la llibertat de poder regir la seva vida.

L'evolució del procés és variable, però, més generalment, per recaigudes de periodicitat no determinable, es fa necessari, moltes vegades, l'ingrés del pacient a la unitat d'hospitalització (3).

Al nostre país, l'actual marc jurídic-psiquiàtric (Informe de la Comissió Ministerial per a la Reforma Psiquiàtrica, 1985; Llei General de Sanitat, 1986; Reforma de la Funció Pública, 1988) i la manca de sensibilitat per part de la societat,

de la classe política i dels qui treballen al sector, han propiciat l'emergència de l'anomenada "**generació dels desinstitucionalitzats**" (Pepper, 1987) o també "**nous joves crònics**" (4). El moviment de la **Psiquiatria Comunitària**, que postula la reducció del nombre d'ingressos i de la durada de les estades a les Unitats d'Hospitalització argumentant que allarguen la malaltia i incidint, a la vegada, en la tasca preventiva primària, ha facilitat el que els malalts, amb un tractament neurolèptic, deixin més aviat l'hospital per passar de bell nou a la societat. Aquest fet ha originat el fenomen **revolvig door** o de **porta giratòria** que consisteix en què el mateix pacient és readmès, moltes vegades, al llarg d'un mateix any, perquè manquen recursos extrahospitalaris i de programes psicosocials de tractament que esdevenen necessaris si es volen evitar recaigudes ulteriors. D'aquesta manera, el pes de la responsabilitat d'assistir al malalt recau ara sobre la família i, per extensió, sobre la comunitat.

Models explicatius

Actualment, la investigació psiquiàtrica, donada la dificultat d'aclarir l'etiologia de l'esquizofrènia i amb la voluntat de descobrir i aplicar estratègies terapèutiques cada cop més definitives, està avançant vers l'aplicació de dos tipus de models: els **etiològics** que cerquen l'origen i les causes del tras-

torn i els **terapèutics** més dedicats a les conseqüències i a les repercussions per l'individu i el seu entorn. Zubin i Spring (1977) ens fan una revisió dels més actuals (5):

-**Els biològics** (Kety, Rosenthal, Wender i Schulsinger 1968; Gotessman Shields, 1976; Verhoeven i cols. 1984) per als que el trastorn esdevé per factors genètics, biològics i neurofisiològics.

-**Els psicològic-conductuals** (Schaeffer i Martin, 1974; Ayllon i Azrin, 1968) centrats més en l'explicació del manteniment i extinció de comportaments concrets que en el per què de l'inici del trastorn.

-**Els ecològics** (Sartorius, 1983), en constant evolució i que, gràcies a aportacions de l'Epidemiologia Psiquiàtrica, aporten noves variables a la investigació.

-**Els teòrics de camp**, que analitzen els factors provinents del nínxol ecològic com la família (Brown i cols., 1962) i la institució (Ayllon i Houghton, 1964).

La limitació més important d'aquests models, més interessats per les pautes d'origen del trastorn, és que, per si mateixos, no donen explicació de la variabilitat diferencial entre individus, tant pel que fa als símptomes, com a l'inici, curs i desenvolupament de la malaltia.

A nosaltres, sense restar importància a cap dels esmentats, ens interessent, sobretot, els models terapèutics, ja que se centren en les

pautes de manteniment, precipitadores de les recaigudes.

El model de vulnerabilitat

Es tracta d'un marc de coneixements que intenta donar explicació de les recaigudes i del desenvolupament de l'esquizofrènia (E. Fernández López Ochoa i C. Vázquez Valverde, 1989) i també de qualsevol altra malaltia, en un model **dinàmic, multicausal i interactiu** que integra aspectes biològics, psicològics i socioambientals en tant que determinants de l'equilibri salut-malaltia (6), (Engel, 1977-80; Ciompi, 1987; Strauss i Carpenter, 1981; Zubin i Spring, 1987). (Fig. 1).

Postula que l'esquizofrènia no és un desordre crònic i irreversible, sinó una condició de vulnerabilitat permanent a l'individu, susceptible de desenvolupar aquest desordre (Zubin i cols. 1983).

Des de la primera meitat dels anys setanta es fan esforços per mesurar vulnerabilitat, identificant-se empíricament marcadors cognitius, psicofisiològics, de personalitat i sociològics.

Entre els sociològics, i més concretament dins la interacció familiar, s'han aïllat Comunicació Desviada (CD) (Wynne i Singer, 1976), (Doane, 1981) i Emoció Expressada (EE) (Brown, 1958-59). Ambdós indicadors constitueixen actualment l'eix de nombroses experiències terapèutiques.

Tenim, per tant, com a elements primaris del model:

a).-**La vulnerabilitat psicològica** o característiques específiques i permanents del subjecte, en constant interacció amb els estímuls estressants ambientals, tradueix a:

a.1.-Quant al dèficit cognitiu,

una capacitat reduïda de processar informació d'entrada.

a.2.-Un determinat estat bioquímico caracteritzat per hiperactivitat del sistema nerviós autònom front dels estímuls de l'entorn.

a.3.-Dèficits en la competència social i en estratègies d'afrontament i solució de problemes.

a.4.-Trets esquizotípics de la personalitat.

b).- **Estímuls ambientals, potenciadors:**

b.1.-Estressants socials o esdeveniments vitals ("live events"), independents o no, a la conducta del subjecte.

b.2.- Xarxa social incompetent o ineficient que es manifesta en el si familiar en un nivell d'estrés caracteritzat per una actitud excessivament crítica vers el malalt i la seva conducta, hostilitat i excessiva sobreimplicació emocional. Aquests tres factors constitueixen l'indicador Emoció Expressada (EE). (Brown, Rutter, Birley i Wing, 1966-1972) (7).

c).- **Factors protectors:**

c.1.-Ambientals, en forma de competència familiar en la resolució de problemes i d'intervencions psicosocials de recolzament a la família.

c.2.-Personals: com el seguiment continuat de la pauta de medicació antipsicòtica i la consecució de noves estratègies d'acarament de situacions socials mitjançant tècniques d'entrenament en habilitats.

d).-**Estats intermedis i conductes resultants.** En aquells es farien palesos, per part del pacient, signes prelude o d'avís de possible recaiguda, com dificultat de concentració, tensió constant, insomni, nerviosisme extrem, etc., d'efec-

tes negatius a l'ambient que envolta al malalt, originant-se un cercle viciós entre aquests i els provinents de l'E.E. familiar, que afavoriria l'agreujament de la simptomatologia i, conseqüentment, el reingrés a la Unitat d'hospitalització.

Conclusions

En resum, el model postula que les recaigudes són conseqüència dels efectes provinents dels factors a) de vulnerabilitat biològic-psicològica, sumats als efectes b) dels estressants socioambientals. Però, i això és el que més ens importa per les implicacions terapèutiques que implica (8), l'agreujament només és possible si es desequilibra el funcionament entre factors potenciadors (b) i protectors (d), condició que es dona més fàcilment degut a l'absència total de recursos i programes terapèutics preventius, destinats a dotar, als pacients a les seves famílies, de competències i habilitats que els ajudarien a afrontar i superar les recaigudes sense necessitat d'hospitalització.

La possibilitat d'intervenir sobre els factors de vulnerabilitat obre la porta a diferents estratègies terapèutiques:

-Amb **tècniques de modificació de conducta combinades amb altres cognitivo-conductuals**, encaminades a simplificar la informació d'entrada i a reforçar els mecanismes interns de processament, podem corregir el dèficit cognitiu del pacient (Ciompi, 1987). La medicació neurolèptica i els programes socio-terapèutics ajuden a què l'esmentada simplificació sigui possible per l'efecte protector que deriven (Lieberman, 1980; Goldstein, 1980).

-Amb **tècniques de Teràpia**

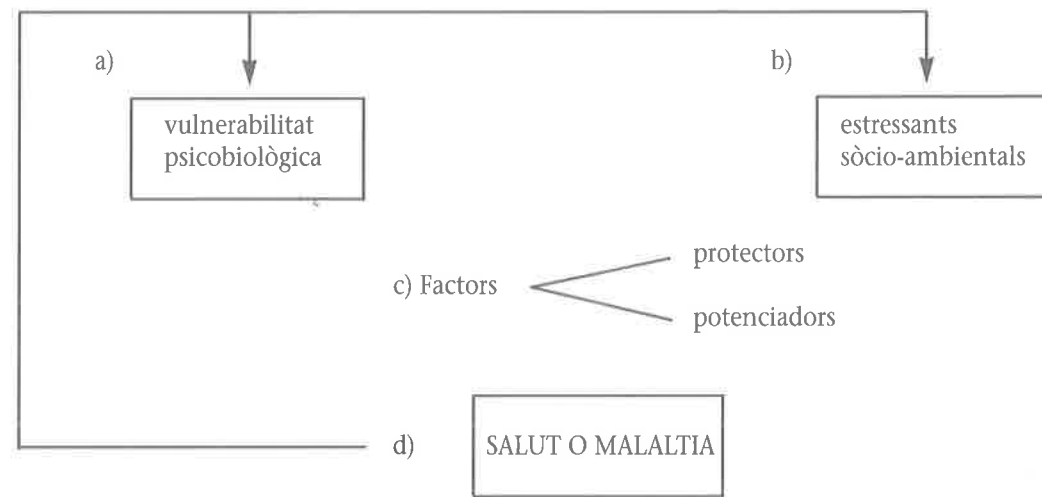
Familiar i amb Programes de Psicoeducació Familiar és possible aclarir i intervenir les estructures i factors d'interacció familiar, modificant, així, formes excessives i no desitjades d'Emoció Expressada, (Vaugh i Leff, 1976; Falloon et al., 1982; Anderson et al., 1980; Anderson, 1983; Berkowitz et al.,

1984; Cañive, 1989; Cabrero et al., 1990).

-Les tècniques en modificació de conducta, també serveixen per entrenar en hàbits de comunicació, en resolució de problemes i en habilitats socials. En concret, els programes de comportament elaborats sota la llum dels principis de

la teoria cognitivo-conductual, han demostrat, en els darrers deu anys, que és possible prevenir i reduir les recaigudes, evitant les hospitalitzacions, dotant al malalt i a les famílies d'estratègies i mecanismes de control, amb la consegüent millora de la qualitat de la seva vida (Lieberman, Aitchinson i Falloon, 1979).

FIG. 1.- Model de Vulnerabilitat i malaltia. (De I. Cabrero i cols., 1988)



Bibliografia

1.-APA. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-III-R). Masson, S.A., 1988.
2.-Consell Insular de Mallorca. Hospital Psiquiàtric. Memòries 1988 i 1989.
3.-R.P.Lieberman et al. Skills Training for the Community Adaptation of Schizophrenics. Psychosocial Treatment of Schizophrenia. Straun, Bocker i Brenner, Ed. Toronto, 1987.
4.-Brown, G.W.; Birley, J.L.T.; Wing, J.K. Influence of Family Life on the course of schizophrenic disorders. A replication. Brit. J. Psych., 121, 241-258, 1972.

5.-Zubin, J. i Spring, B. Vulnerability, a new view of Schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 86, 103-126, 1977.

6.-Fernández López Ochoa, E.; Vázquez Valverde, C. Modelo de vulnerabilidad y esquizofrenia. Monografías de Esquizofrenia; Fuentenebro de Diego. JAYRPO Editores. Barcelona, 1989.

7.-Brown, G.W. i Rutter, M. The measurement of families activities ans relationships: a metodological study. Humans Relations, 12, 241-263, 1966.

8.-Adam, A.; Ruiz, I.; Gómez, A.; Montero, I. Revisión y análisis crítico de las técnicas de intervención en la familia de esquizofrénicos.

Actas Luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines, XIV, 2, 75-84, 1986.

9.-Leff, J. Family Therapy. Handboock of studies on Schizophrenia. Parte II. E.G. Burrows, T.E. Norman, G. Rubinstein (Eds.), Elsevier. Amsterdam, 1986.

10.-Cabrero, L.J. Cronicidad: Esquizofrenia y Familia. Revista del Dpt. Psicología de Barcelona, 6, 314-319, 1988.

11.-Fernández Hermida, J.R.; Fernández Sandonía, Jesús. Factores Familiares y curso de la Esquizofrenia. Actas Luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, 14, 6, 431-454, 1986.

EL PLA DE SALUT MENTAL DE LES BALEARS: UNA REFLEXIÓ CRÍTICA

Alfredo García Valtuille,
psiquiatra

El Pla de Salut Mental de les Illes Balears que, per ser més estrictes i mentre no s'hagi sotmès al Parlament per a les discussions i esmenes pertinents, li hauríem de dir escrit o document, es redacta per encàrrec de la Conselleria de Sanitat del Govern Balear al Departament de Psicologia de la Universitat, el qual el presenta fa, aproximadament, un any.

Sí bé era un fet ineludible (Balears era una de les tres Comunitats Autònomes que no disposava d'un Pla propi) i suposa un avanç considerable en relació a la situació actual, tot intentant planificar i ordenar els recursos psiquiàtrics de les illes, un estudi acurat fa palès un seguit de deficiències, buits i indefinicions de notable magnitud que, si es concreta com s'ha concebut, temem molt que hipotequi una autèntica reforma i transformació de l'assistència psiquiàtrica per molt de temps.

Farem al·lusió a diferents aspectes criticables d'aquest document.

LA SEVA GÈNESI

Si les altres Comunitats Autònomes creen una Comissió Mixta per a la redacció del Pla, formada per responsables de les administracions competents i on hi eren representats diversos tècnics i professionals lligats al sector psiquià-

tric públic (que són, evidentment els que coneixen la situació i les vertaderes necessitats d'aquest camp), les Balears delegaren la redacció del seu Pla a un gabinet professional completament deslligat de la pràctica pública.

LES SEVES INTENCIONS

El pla eludeix tota responsabilitat i compromís, com a Govern Autònom, condicionant-lo al moment en què rebi les transferències sanitàries de l'Administració Central, la qual cosa no ha estat impediment perquè la majoria de les Comunitat Autònomes sense transferències, no només disposin d'un pla, sinó que l'han concretat en reformes, algunes, d'un desenvolupament notable.

Així mateix, sense fer al·lusió a uns terminis o calendari d'actuacions per a la seva aplicació, es converteix en un document molt poc operatiu i que, sense ser massa maliciosos, pot fer pensar que la seva utilitat sigui més aviat formal o decorativa i que, sense excessius entrebancs, pot estotjar-se indefinidament esperant temps millors.

MANCA D'ASSUMPCIÓ D'UN MODEL CONCRET

El model vigent a la majoria dels països desenvolupats i que s'aplica a les altres Comunitats de l'Estat

espanyol, és el model d'orientació comunitària que, en línies generals, defensa:

a) La integració, a tots els efectes, de l'assistència psiquiàtrica en el Sistema General de Salut.

b) Protagonisme de l'atenció primària, capaç de resoldre per si mateixa un bon nombre de problemes referits a la salut mental.

c) Potenciació de les accions no només curatives, sinó protectores de la salut mental, rehabilitadores i de reinserció social.

d) Considera els Equips Especialitzats Comunitaris com a eix central de tota la xarxa assistencial, inici i final de tota la cadena d'atencions per la qual transcorre el pacient.

e) Hospitalització progressiva en els Hospitals Generals i creació d'institucions intermèdies que permetin la transformació dels Hospitals Psiquiàtrics i, a llarg termini, la seva desaparició.

El Pla elaborat per a les nostres illes, adopta una filosofia assistencial mixta, intentant conjugar distints models contraposats i mantenint esquemes assistencials caducs. Constitueix, doncs, un marc de referència amb dos perills fonamentals:

- El desenvolupament d'un model hospitalo-cèntric on l'eix fonamental de l'assistència gira al voltant de l'hospitalització i l'inter-nament a hospitals generals o psi-quiatrics, en detriment de les actuacions lligades al medi comu-nitari.

- Els buits que deixen aquest o qualsevol altre model sense uns pressuposts clars, complementaris i integrats, afavoreixen un conside-rable increment de la pràctica pri-vada. És ben sabut que una refor-ma parcial i insuficient en recursos, en augmentar la demanda i no ser acollida en el sector públic, aquesta demanda es deriva cap al sector privat que és qui se'n surt benefi-ciat.

D'ORDRE TÈCNIC

Passem revista als diferents nivells assistencials:

1) Sobre el nivell primari.

- Es un error conceptual impor-tant situar els Equips de Salut Men-tal extrahospitalaris com a primer nivell o porta d'entrada.

A l'articulació de la xarxa assis-tencial, tal com se concep avui dia a tota Europa, són els equips d'atenció primària els que se situen en aqueix primer nivell, capacitats per atendre un ampli percentatge de trastorns psico-emocionals, si bé establint mecanismes d'interacció suficient entre ambdós equips (interconsulta, formació i assesso-rament, etc.).

- La dotació de personal que s'assigna als Equips de Salut Mental és totalment insuficient, situant-se

entorn a la quarta o cinquena part dels dimensionats a altres Comuni-tats Autònomes, amb les greus con-seqüències que això comporta i que descriuíem anteriorment.

2) Sobre l'hospitalització breu (a Hospitals Generals).

El nombre de llits per a l'hospita-lització aguda que proposa el Pla, serien suficients i, fins i tot, sobre-dimensionades, però s'han de tenir en compte dos fets:

- Són insuficients sempre que la dotació en recursos extrahospita-laris permeti contenir la major part de desajustaments i situacions críti-ques en la pròpia comunitat.

- Les unitats d'aguts no s'han de planificar en ordre vertical (unitats d'aguts als Hospitals Generals i unitats de semi-aguts o crònics a l'Hospital Psiquiàtric), sinó en ordre horitzontal (cada unitat d'aguts ha d'atendre totes les necessitats d'hospitalització que sorgeixen en el sector de població assignat).

No fer-ho així, suposa una nova discriminació dels pacients, no tan sols segons la seva patologia, sinó, i sobretot, d'acord amb l'extracte sòcio-econòmic d'on procedeixi el malalt.

3) Sobre l'Hospital Psiquià-tric.

Actualment hi ha un gran nom-bre d'ingressos a l'Hospital Psiquià-tric, molts dels quals són reingres-sos, i un alt nombre de població de crònics.

Acceptar, com fa el Pla, que

aquesta institució sigui "el lloc per als crònics", suposa, en la seva mateixa concepció, alimentar el progressiu increment de la pobla-ció crònica i abandonar-la a formes de vida asilar el que deteriora o cronifica, encara més, l'individu, tancant-se, així, el cercle.

4) Sobre establiments inter-medís.

L'existència d'establiments inter-medís (Hospitals de dia, pisos pro-tegits, tallers ocupacionals) vénen escassament reflectits en el Pla de Salut Mental, i és conegut per tots que són un instrument necessari i imprescindible per a escometre qualsevol programa rehabilitador i de reinserció social.

5) Sobre àrees específiques.

Crida l'atenció l'oblit quasi abso-lut pel que fa a àrees específiques d'atenció, com són la geriàtrica, la patologia infanto-juvenil i les dro-godependències, quan és evident que constitueixen un ampli sector de població i que, degut a les seves peculiaritats, necessiten formes d'abordatge diferents i una prepa-ració específica dels professionals que els qualifiqui per atendre-les adequadament.

Resumint, esper que les propos-tes del Pla només constitueixin unes orientacions molt generals i un punt de partida perquè estudis més acurats duits a terme per dife-rents sectors professionals amb el recolzament dels òrgans político-administratius pertinents, el con-verteixin en un document-marc impulsor d'una autèntica reforma psiquiàtrica a les Illes Balears.

A

PORTACIONS PER A UNA REFLEXIÓ SOBRE EL PERFIL PROFESSIONAL DE L'ASSISTENT SOCIAL

Ponç Vaquer Jaume
Assistent social. Col·legiat nº 185

Els objectius del treball social s'han convertit avui en la inserció dels grups marginats / marginals i en l'ofertament de serveis normalit-zats.

Quan ens marcam com a fita o finalitat la inserció, adaptació, etc., moltes vegades ens oblidam que estam vivint en una societat democràtica, en un estat civil de dret. Partint d'aquesta considera-ció, ¿no resultaria més adequada la normalització dels drets constitu-cionals, entre d'altres, l'habitatge, la salut, l'ocupació, l'educació, etc. en lloc de desitjar i reclamar un gran ventall de recursos d'utilitza-ció immediata?

No vull significar que no sigui desitjable disposar d'un gran ven-tall de recursos socials, però sí que davant l'angoixa de no tenir el recurs idoni en el moment ade-quat, a vegades ens fa oblidar, no apreciar, el recurs més important

que tenim disponible en tot moment, com és el de la nostra persona en interacció amb la perso-na demandant.

Intentaré explicar-me. La perse-cució que suposa sentir-nos vícti-mes del demandant i la impotència de poder donar una resposta a vegades immediata, a vegades a llarg termini, a la demanda realit-zada per manca de "recursos", són dues de les fantasies que afecten molts de professionals. La imatge que donen els que se senten dadors de recursos és que, sotmesos a conèixer tot el que el sistema de serveis socials proporciona, se senten angoixats quan no disposen del recurs ad hoc. Obviant que a l'usuari se'l fa receptor involuntari d'aquesta angoixa, i és el que menys necessita quan recorreix a un professional de serveis socials, en moltes ocasions el problema es resol realitzant derivacions con-traindicades que poden repercutir

negativament en l'usuari creant-li confusió i estigmatització que, si es perllonga, pot revestir més o menys gravetat per a la persona.

A títol d'exemple, es pot diagnosticar com a problema psicològic qualsevol reacció vivencial i realitzar una derivació cap a un centre de salut mental o cap al tractament d'un psicòleg; darrera això, i deixant de banda les possibles incapacitats per desenvolupar la professió, s'amaga una preparació insuficient, un reciclatge deficient (la qüestió sobre d'on hauria de venir aquesta preparació o un reciclatge continu és un discurs que ara no pens tractar però sí vull deixar constància que, a vegades, ens emparam en què aquesta formació hauria de venir donada des d'institucions superiors com a excusa a la nostra deixadesa professional).

J. García Roca ens parla de dos tipus de criteris que orienten l'acció dels professionals: el corrector i l'empàtic. El primer se centra en el problema mateix tractant de corregir-lo i liquidar-lo. Produeix, endemés, el que Miquel Costa anomena "el procés de culpació de la víctima". El diagnòstic es fa des de la representació social que del problema tenen els professionals, sense comptar amb la vivència del subjecte.

Alguns professionals es mouen amb criteris diferents: són els que veuen els subjectes marginats com a sers humans que, com d'altres, poden amagar potencialitats que han de descobrir-se. Se l'anomena perspectiva empàtica. El rol que desenvolupen aquests professionals no es tant el de controlar com el d'apropar-se a aquest món per conèixer-lo i des d'ell transformar-lo.

Aquestes òptiques ens duen a diferents maneres d'actuació professional encara que, a la pràctica, no es donen en forma pura ni coincideixin amb estils tan diferenciats. Però sí que ens serveixen per reflexionar sobre el talant com ens apropam als col·lectius i quina direcció és la que ens guia les intervencions.

A la primera actitud es dona un tipus de relació d'actiu-passiu: el que sap i té poder, el professional, dona a l'usuari el que considera que ha de rebre, això és, informació, recursos econòmics, institucionals etc., ja que això és el més adequat per a l'usuari; no se'l veu com a persona que posseeix recursos propis i que només precisen ésser potenciats, se suposa, des del moment que demanda, com a subjecte mancat de potencialitats; és la relació d'assistent-assistit. L'orientació, una de les funcions del treballador social, es converteix en direcció quasi despòtica.

La segona actitud es caracteritza per una relació simètrica, la simetria es fonamenta en la relació empàtica que s'estableix entre ambdós participants: el saber i el poder són recursos que té l'usuari i que, ben orientats, són l'energia que necessita per realitzar el canvi.

Empatia, autodeterminació, són conceptes que al·ludeixen a maneres d'actuar on es té en compte la vivència del propi respecte.

La perspectiva correctiva, de "reajustament" i de "readaptació" partia de la premissa d'un ordre social just i una concepció de sistema social cooperador i harmònic, en equilibri. En un sistema social així concebut, els individus que presenten desordres de conducta són desviats o anòmics, avui marginats. Seria convenient no perdre de vista l'origen de l'anomenat treball social en plena Revolució Industrial i que, per obra i gràcia de la classe dominant, fou un intent de pal·liar les nefastes condicions de vida en què es trobava l'obrer en aquesta època amb la finalitat que el procés no patís cap mancança.

La segona actitud manté que és el propi ordre social el que crea els conflictes personals i socials quan perpetua situacions de desigualtat que oprimeixen l'individu.

Cap dels dos tipus d'intervenció respecta l'autodeterminació del o dels individus; ambdues tendeixen a adaptar-les a la representació que de l'ordre tenen els professionals.

Ruben M. Ortega ens indica que "... és un gran engany... considerar que és l'intel·lectual, pel seus coneixements teòrics, qui té la raó i, per tant, ha de realitzar una tasca aclaridora en el poble... consider que s'ha de rompre amb els criteris de "conscienciar" el poble... la conscienciació ha de ser mútua i no només respecte dels problemes de dependència i necessitat econòmica, també respecte de les possibilitats de decisió del poble".

Coneixem una problemàtica per la informació que rebem d'ella, informació facilitada la major part lliurement per l'usuari. La transformació reflexiva, raonada, d'aquesta informació cap al canvi és el que legitima el quefer professional.

Tenir informació, usar informació, són tot maneres de participar en la vida social que impliquen poder. Poder remet a la idea de força, és un recurs personal que, tenir-lo o no, significa per a la persona ser lliure. Quan l'usuari traspasa part o tota la informació (això depèn del quefer professional) posa, a la vegada, el seu destí en mans del professional; o intenta provocar un gir en el seu destí immediat o futur. Aquest fet, independentment que la informació pugui ser vertadera o en part falsa, mereix una profunda reflexió, una anàlisi de la persona en el seu propi context; precisa desmarcar-nos del quefer assistencialista per entendre que sense la relació humana, la ciència i la tècnica ens podrien dur a una feina purament instrumental. Dotats únicament d'un coneixement exhaustiu de la informació vers els recursos disponibles ens convertiria en mers intermediaris de la informació i l'usuari.

Mitjançant la relació empàtica, mitjançant la valoració de les potencialitats pròpies dels individus, a través de l'aflorament i orientació dels recursos propis de l'usuari, la intervenció professional del treballador social es converteix en quelcom provisional perquè les persones han d'aprendre a actuar pel seu compte.

RESIDÈNCIA D'ANCIANS "SAN VICENTE DE PAUL"

Julià Baltasar
Psicòleg

Tot i que l'oferta de l'administració pública i privada al Sector de Gent Gran, va dirigida vers l'apropament progressiu a l'usuari dels servis especialitzats i que el model d'actuació es dirigeix cap a la conservació del seu entorn habitual, encara és necessari cobrir una certa demanda específica amb recursos assistencials residencials, sempre com a alternativa excepcional i millorable.

En aquest sentit, les institucions residencials s'han de plantejar en el seu model de funcionament, el desig de facilitar unes condicions de vida el menys desarreladores possible i el foment de l'activitat, estímulo de la participació i preservació dels drets dels usuaris.

La Residència "San Vicente de Paul", ha obert les portes recentment com a recurs institucional per a majors. Està ubicada a l'edifici del Seminari Nou, Es Rafal, cedit pel Bisbat i dirigit i gestionat per la Companyia de les "Filles de la Caritat". L'adequació del Centre comptà amb el suport de la Conselleria de Sanitat del Govern Balear.

Aquesta institució es va inaugurar el passat desembre i es conside-

ra residència per a majors de 60 anys vàlids, amb problemes greus de manca de recursos o en situació d'abandonament o soledat, sense cap invalidesa ni malaltia que requereixi tractament hospitalari, i amb bona predisposició per la convivència. Té una capacitat de quaranta places.

Recursos i prestacions:

- Nou germanes de la companyia de les "Filles de la Caritat", encarregades de la direcció -a través de la Superiora- i la gestió i organització de l'activitat assistencial. Duen el pes de la tota la tasca del centre i el manteniment i millora de la convivència dels usuaris.

- Un assistent social que estudia la documentació de les demandes, amb especial esment d'esgotar totes les possibilitats, del suport familiar i l'entorn en què viu l'usuari. Es recull la major quantitat d'informació possible i es fa la valoració de les necessitats; després, una comissió avaluadora formada per representants de la institució i aquest professional, decideix l'ingrés al centre.

- Tres metges voluntaris com a

suport sanitari de les necessitats dels majors en el centre. L'atenció inclou un seguiment individual i el desenvolupament d'un cicle d'educació sanitària on es contempla l'adquisició d'hàbits d'higiene favorables i la informació adequada sobre aspectes dietètics (confeció de menús, règims especials per a diabètics ...). Es pretén que els usuaris facin ús dels serveis comunitaris normalitzats de la xarxa sanitària.

- Quatre treballadors contractats que completen la tasca general del centre i cobreixen, entre d'altres, els serveis d'esment i higiene personal dels usuaris, bugaderia, perruqueria i neteja de menjador.

- La participació de personal voluntari, que augmenta progressivament. Aquests col·laboradors procedeixen, majoritàriament, d'organitzacions de caràcter professional i desenvolupen tasques d'atenció general, companyia, tallers d'animació i ajuda puntual a certes tasques dirigides als usuaris amb més manca d'autonomia. En total són 12 voluntaris.

Actualment es desenvolupa en el Centre un taller teler que treballa

aspectes psicomotrius i terapèutics, dirigit per una professional terapeuta.

L'experiència, des que es va inaugurar, ens dona la següent informació:

Des de l'obertura, el desembre, hi ha hagut moltes sol·licituds d'ingrés, de les quals un centenar han estat objecte d'estudi i altres tantes ja no s'han acceptat per no ajustar-se als criteris generals d'admissió. Tot i això, el centre encara no es troba al cent per cent de la seva ocupació. La intenció es anar adequant a la demanda, la dinàmica i possibilitats del recurs.

En general, el perfil de la població que ha ingressat es d'una mitjana de 78 anys, aproximadament, i el més gran es de 97. Entre ells es troben casos de persones de 60 anys amb vellesa prematura.

La població demandant, en general, es gent sola i, sobretot, de Ciutat. La majoria són dones; presenten un grau de deteriorament superior. Es pot intuir que l'actitud de la dona front de la demanda d'institucionalització, es mantenir-se en el seu entorn habitual fins que la situació s'agreuja. Els homes fan la demanda abans i, per tant, en condicions de menys urgència. D'altra banda, la major participació de la dona a les tasques domèstiques pot afavorir aquestes diferències.

S'han rebut sol·licituds d'usuaris

amb problemes - manifestats o diagnosticats- de demència senil extrema. Aquests casos, encara que la seva situació es greu i s'imposa una atenció adequada urgent, no es poden assumir al centre per evidents raons d'infraestructura i personal.

Es veu la possibilitat d'incorporar a la dinàmica del centre qualque programa desenvolupat al barri. La participació en aquestes experiències serà -segons criteri del centre- molt integradora per als usuaris.

Està previst l'inici d'un taller d'exercici de la memòria. La pràctica d'aquestes activitats, en si mateixes, ja presenten un interessant contingut terapèutic, però, a més, és un fet constatat la positiva repercussió en la prevenció o detecció precoç del deteriorament psíquic.

En un període de temps relativament curt, hem assistit a una acceleració en la creació de residències, centres i serveis d'àmbit municipal per a la gent gran de la nostra illa.

D'una banda, l'augment i apropament dels serveis específics de l'usuari és un fet desitjat -a la vista de la demanda que evidencien les llistes d'espera-, però hem d'atendre també a la millora progressiva de la qualitat d'aquests recursos, en resposta de la situació de canvi continu de la realitat social del sector. La concepció del que representa un recurs residencial ha d'esser

oberta, canviant i en constant contacte amb la realitat que l'envolta. D'altra banda, la inversió dels serveis d'ajuda a domicili dona resposta a l'altra opció no institucionalitzadora. Aquests serveis van augmentant quantitativament i qualitativa la seva prestació. Però, a pesar d'esser una oferta vàlida i necessària, no pot arribar a la cobertura de tots els recursos d'una institució -la qual cosa segurament ja no es planteja per la seva pròpia definició- que a vegades són imprescindibles.

La necessitat d'adaptar les estratègies (programes o serveis) als usuaris, i no a la inversa, imposa cercar alternatives entre les pròpies alternatives ja existents. Si bé les llistes d'espera de les residències són plenes, estadístiques serioses demostren el rebuig de la població a abandonar el seu entorn habitual per ingressar a una residència. Això fa pensar en nous recursos que es situïn entre els serveis d'ajuda a domicili i la concepció clàssica d'un recurs residencial.

Com a punt de partida, és necessària l'anàlisi de l'oferta dels nivells primari i especialitzat, posant especial esment al contingut, cobertura i població beneficiària com a solució dels problemes més urgents al sector de la gent gran. Es tracta, en definitiva, de retardar el més possible l'ingrés a una residència o trobar els mitjans perquè aquest no sigui necessari.

BIBLIOGRAFIA

Restrepo, Patricia: Evaluación del trabajo y resultados. Aproximación a los Servicios Sociales. Serie Informes Técnicos nº 21. Comunidad de Madrid. Consejería de Integración Social. Madrid 1990.

La Dirección General de Planificación de la Comunitat Autònoma de Madrid, presenta aquest quadern de treball sobre el tema, tan debatut però que tant costa de posar-lo en pràctica, de l'avaluació a serveis socials. El desenvolupament que estan patint els serveis socials en els darrers anys, fa necessari reflexionar sobre els possibles models d'avaluació i seleccionar el que sembli més factible, en funció de l'objectiu definit. Aquest és l'esforç que ha fet Patricia Restrepo en aquesta obra. En el seu primer apartat exposa els diferents models d'avaluació proposats a treballs de serveis socials, passant a continuació a desenvolupar el que ha usat la Consejería de Integración Social de Madrid. Així mateix, explica quin és el panorama actual a l'Estat pel que fa a l'avaluació a serveis socials, indicant les fites que han suposat un avanç significatiu i que han fet que la pràctica d'avaluació sigui viscuda com un element del procés de gestió necessari per a poder argumentar la validesa o no dels programes que s'apliquen en aquest àmbit. Per últim, aporta una bibliografia, usada per a desenvolupar aquest treball, molt útil per als interessats en el tema.

Pilar Bellod Cavanna.

Diversos autors: Manual d'utilització de la documentació per al treball social a les Unitats Bàsiques d'Atenció Social Primària. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. Barcelona 1990.

Aquest treball és el resultat d'un esforç de sistematització del treball a les Unitats Bàsiques d'Atenció Social Primària. L'objectiu que pretén és homogeneïtzar la recollida d'informació que es genera a través de les intervencions desenvolupades en aquests centres, de manera que permeti obtenir les dades precises per a realitzar una primera avaluació, contemplat els problemes amb els que es troben els professionals i les problemàtiques que han abordat principalment. De la mateixa manera, la utilització d'aquesta documentació, té com a objectiu facilitar les tasques de planificació comptant amb la informació precisa. Disposar d'un suport documental adequat, permet desenvolupar el treball amb un nivell més elevat d'eficàcia i eficiència, i assegura una metodologia de treball correcta. Així mateix, el model que presenten té prevista la informatització de les dades que s'obtinguin, fent factible l'extracció d'indicadors de resultats.

En el suport documental que defineix, inclouen, entre d'altres,

el registre d'entrevistes de treball social individual i familiar, la carpeta expedient del treball social individual i familiar, les fulles de seguiment del servei d'ajuda a domicili, documentació per a projectes comunitaris, etc. Es tracta, doncs, d'un manual de consulta necessari per conèixer un model que s'està aplicant i que es fruit de la reflexió dels professionals que integren l'equip de suport tècnic dels Serveis Socials d'Atenció Primària.

Pilar Bellod Cavanna.



FORMACIÓ

CONCLUSIONS DEL "I SEMINARI BALEAR SOBRE LA INSERCIÓ SÒCIO-LABORAL DELS JOVES" ORGANITZAT PEL CIAPOJ

M^a del Pilar Martín Delestal

Durant els dies 4 i 5 de desembre, tengué lloc a la nostra ciutat el "I Seminari Balear sobre la Inserció Sòcio-laboral dels Joves" que organitzà el CIAPOJ (Centre d'Informació, Assessorament i Promoció de l'Ocupació Juvenil) dependent de l'Ajuntament de Palma. Aquest Seminari es va organitzar amb la intenció d'esser un lloc de trobada entre tots els tècnics representats d'organismes i entitats públiques o privades de les illes que treballen o volen treballar per la inserció sòcio-laboral dels joves, així com conèixer, a través de la presentació d'experiències i de la documentació aportada pels participants, tots aquells recursos especialitzats en la integració sòcio-laboral dels joves de la nostra comunitat.

Al Seminari hi assistiren representants de molts dels Ajuntaments de les Illes, sindicats, associacions empresarials, administracions públiques locals i regionals, i d'altres organismes que realitzen tasques relacionades amb l'ocupació juvenil. També hi assistiren autoritats polítiques i representants de les diferents institucions.

De les diverses ponències que es presentaren, així com de les opinions que les autoritats polítiques assistents expressaren a la taula rodona celebrada el darrer dia del Seminari, es poden extreure una sèrie de conclusions que, malgrat les diferències en el seu contingut, es poden presentar com a consensuades per tots els participants i assumides i recollides pel polític responsable dels diferents serveis ocupacionals que acudiren a la trobada. Aquestes conclusions serien les següents:

1. En primer lloc, es va posar de manifest la necessitat d'establir marcs idonis per aconseguir la coordinació de les institucions públiques i privades, entitats socials i professionals relacionades amb la inserció laboral dels joves.

Aquesta coordinació es pot aconseguir amb la realització de trobades per debatre qüestions concretes i amb la formació de taules de negociació on hi participin tots els agents implicats en el tema de l'ocupació juvenil.

2. Una altra de les conclusions extretes del Seminari, va ser la necessitat de dissenyar programes i projectes per a la inserció laboral, ja que s'ha detectat la posada en marxa de mesures d'ocupació que no sempre corresponen a programes integrals i per tant queden aïllades de la realitat laboral, desconnectant-se, així, de les mesures que persegueixen aquesta inserció laboral. No sempre resulta eficaç i rendible posar projectes en marxa per aprofitar un recurs concret, sinó que primer s'ha de plantejar un objectiu clar i real i després aprofitar i adaptar el recurs que s'ofereix. És necessari que aquests programes que es creen per assolir objectius favorables a l'ocupació juvenil, siguin mesurables i avaluable qualitativament i quantitativa, ja que això serà el que ens donarà elements per saber si s'ha cobert l'objectiu perseguit per la mesura posada en marxa.

3. La tercera conclusió, relacionada amb l'anterior, seria el fet d'elaborar un pla de desenvolupament local per aquells municipis que ja tenen programes i projectes susceptibles de coordinar-se entre ells,

relacionats amb la inserció laboral i dinamització econòmica.

4. La dificultat, evidenciada i reconeguda per tot els presents, que suposa treballar en mesures d'inserció sòcio-laboral, sense poder comptar amb un estudi previ sòcio-econòmic de les Balears sobre els que basar els programes d'ocupació.

La urgència de l'elaboració d'aquest estudi va ser també reconeguda pels representants de les entitats polítiques assistents que varen manifestar la intenció de posar-lo en marxa de forma immediata.

5. La darrera conclusió extreta és l'evident manca de programes de formació de formadors. És a dir, de disposar d'espais on es pugui preparar als professionals que es dediquen a ajudar als joves a aconseguir la seva inserció laboral. Aquests espais podrien ser: jornades, seminaris, trobades, xerrades, visites de formació a altres projectes ja en marxa, cursos, etc.

Donat el món canviant que ens envolta i que aquesta variabilitat afecta d'una forma més greu l'economia i l'ocupació, aquesta formació de tècnics ha de ser continuada en el temps, reciclada permanentment i, reconeguda aquesta necessitat, contrarestada la seva manca per les institucions que treballen aquests temes.

D'altra banda, els polítics presents a la taula rodona, varen acollir aquestes conclusions, assumint-les com a reals i reconeixent les mancances que, per part de cada institució, pateixen, així com la intenció de solucionar-les en la mesura que sigui possible.

SEMINARIS I CONGRESSOS

CONGRÉS INTERNACIONAL SOBRE SISTEMES DE PROTECCIÓ SOCIAL

Vitòria, del 23 al 26 d'abril de 1991

Organitza: Col·legis Oficials de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials d'Alaba, Guipúscoa i Biscaia.

Per a més informació: Oficina Tècnica, Semillero de Empresas of. 7. Centro Cívico Iparralde.

C. Reyes Católicos s/n
Tel. 945.26.97.69
Fax 945.26.98.39
01013 Vitòria

ACCIÓ PREVENTIVA SOBRE LES INADAPTACIONS SOCIALS

Madrid, 4, 5 i 6 d'abril de 1991.
Organitza, Centro de Estudios del Menor

Infanta Mercedes, 94
28020 Madrid.
Tel. 91.347.74.38/347.74.37
Fax 91.571.20.50

L'EDUCADOR SOCIAL ALS CENTRES DE REFORMA

Madrid, 11, 12 i 13 d'abril de 1991.

Organitza, Centro de Estudios del Menor
Infanta Mercedes, 94
28020 Madrid.
Tel. 91.347.74.38/347.74.37
Fax 91.571.20.50

PSICOPATOLOGIA DE LA INFÀNCIA

Madrid, 18, 19 i 20 d'abril.
Organitza, Centro de Estudios del Menor

Infanta Mercedes, 94
28020 Madrid.
Tel. 91.347.74.38/347.74.37
Fax 91.571.20.50

LA INTERVENCIÓ DE L'EDUCADOR: UNA PROPOSTA METODOLÒGICA

Madrid, 26, 27 i 28 d'abril de 1991.

Organitza, Centro de Estudios del Menor
Infanta Mercedes, 94
28020 Madrid.
Tel. 91.347.74.38/347.74.37
Fax 91.571.20.50

PSICOPATOLOGIA DE L'ADOLESCÈNCIA

Madrid, 6, 7 i 8 de maig de 1991.
Organitza, Centro de Estudios del Menor

Infanta Mercedes, 94
28020 Madrid.
Tel. 91.347.74.38/347.74.37
Fax 91.571.20.50

APROXIMACIÓ A L'EXPRESSION PLÀSTICA COM A ESTRATÈGIA EN INTERVENCIÓ COMUNITÀRIA

Madrid, 16, 17 i 18 de maig de 1991.

Organitza, Centro de Estudios del Menor
Infanta Mercedes, 94
28020 Madrid.
Tel. 91.347.74.38/347.74.37
Fax 91.571.20.50

LA INTERVENCIÓ EDUCATIVA A L'ÀMBIT DE LES DROGODEPENDÈNCIES

Madrid, 23, 24 i 25 de maig de 1991.

Organitza, Centro de Estudios del Menor
Infanta Mercedes, 94
28020 Madrid.
Tel. 91.347.74.38/347.74.37
Fax 91.571.20.50

ANÀLISI INSTITUCIONAL

Madrid, 6, 7 i 8 de juny de 1991.

Organitza, Centro de Estudios del Menor
Infanta Mercedes, 94
28020 Madrid.
Tel. 91.347.74.38/347.74.37
Fax 91.571.20.50

GESTIÓ DELS PROJECTES SÒCIO-EDUCATIUS

Madrid, 13, 14 i 15 de juny de 1991.

Organitza, Centro de Estudios del Menor
Infanta Mercedes, 94
28020 Madrid.
Tel. 91.347.74.38/347.74.37
Fax 91.571.20.50

IV CONGRÉS EUROPEU DE VOLUNTARIAT "EUROVOL 91"

Barcelona 19, 20 i 21 d'abril de 1991.

Secretaria d'organització:
Grupo Geyseco
Muntaner 77, baixos
08011 Barcelona
Tel. 93.253.92.89
Fax 93.253.24.94

B.O.E.

CAP DE L'ESTAT

LLEI 18/1990, de 17 de desembre, sobre reforma del Codi Civil en matèria de nacionalitat (BOE nº 302 de 18.12.90).

LLEI 26/1990, de 20 de desembre, per la qual s'estableixen a la Seguretat Social prestacions no contributives (BOE nº 306 de 22.12.90).

LLEI 4/1991, de 10 de gener, per la qual es dona nova redacció a l'article 16 de la Llei de Registre Civil (BOE nº 10 d'11.1.91).

INSTRUMENT de Ratificació del Protocol Addicional al Conveni per a la Protecció dels Drets Humans i de les Llibertats Fonamentals, fet a París el 20 de març de 1951 (BOE nº 11 de 12.1.91).

MINISTERI D'ASSUMPTES SOCIALS

ORDRE de 26 de desembre de 1990 per la qual es modifica la de 15 de març de 1989, que establí i regulà el Servei de Termalisme Social de l'Institut Nacional de Serveis Socials (BOE nº 10 d'11.1.91).

MINISTERI D'OBRES PÚBLIQUES I URBANISME

ORDRE de 18 de gener de 1991 per la qual es determina per al 1991 el mòdul i la seva ponderació per a habitatges de protecció oficial acollides al Reial Decret-111/1978, de 31 d'octubre, i per a les adaptacions protegibles contemplades en el Reial Decret 224/19189, de 3 de març (BOE nº 22 de 25.1.91).

ORDRE de 21 de gener de 1991 per la qual es fixen els preus màxims de venda dels habitatges socials per al trimestre natural de gener, febrer i març de 1991 (BOE nº 22 de 25.1.91).

MINISTERI DE TREBALL I SEGURETAT SOCIAL

CORRECCIÓ d'errors del Reial Decret 1618/1990, de 14 de desembre, per la qual es regula el Pla Nacional de Formació i Inserció Professionals (BOE nº 10 d'11.1.91).

RESOLUCIÓ de 14 de gener de 1991, de la Direcció General d'Ordenació Jurídica i Entitats Col.laboradores de la Seguretat Social, per la que s'amplia el termini per a la subscripció de Conveni Especial per als treballadors que

hagin exhaurit les prestacions de

desocupació contributiva i passin a percebre el subsidi assistencial (BOE nº 16 de 18.1.91).

ORDRE de 16 de gener de 1991 per la qual s'actualitzen les quantitats a preu fet de les indemnitzacions per lesions, mutilacions i deformacions de caràcter permanent no invalidants (BOE nº 16 de 18.1.91).

ORDRE de 9 de gener de 1991 per la qual es regula la protecció assistencial dels emigrants (BOE nº 17 de 19.1.91).

ORDRE de 9 de gener de 1991 per la qual s'estableixen programes d'actuació a favor dels immigrants (BOE nº 19 de 22.2.91).

REIAL DECRET 31/1991, de 18 de gener, pel qual es regula el Pla d'Ocupació Rural per a 1991 (BOE nº 19 de 22.1.91).

ORDRE de 22 de gener de 1991 per la qual es desenvolupen les normes de cotització a la Seguretat Social, desocupació, fons de garantia salarial i formació professional, contingudes al Reial Decret 9/1991, d'11 de gener (BOE nº 20 de 23.2.91).

MINISTERI DE RELACIONS AMB LES CORTS I DE LA SECRETARIA DEL GOVERN

REIAL DECRET 1526/1990, de 8 de novembre, d'organització del Centre d'Investigacions Sociològiques (BOE nº 287 de 30.11.90).

MINISTERI DE SANITAT I CONSUM

ORDRE de 13 de desembre de 1990 sobre funcions a desenvolupar pels sectors sanitaris (BOE nº 3 de 3.1.91).

ORDRE de 10 de gener de 1991 per la qual es convoquen ajudes econòmiques destinades a entitats sens afanys de lucre, d'àmbit estatal, que desenvolupin programes supracomunitaris d'acord amb les prioritats establertes per a 1991 en el marc del Pla Nacional sobre Drogues (BOE nº 15 de 15.1.91).

COMUNITAT AUTÒNOMA DE MADRID

LLEI 8/1990, de 10 d'octubre, reguladora de les actuacions inspectores i de control dels Centres i Serveis d'Acció Social (BOE nº 288 d'1.12.91).

B.O.C.A.I.B.

PRESIDÈNCIA DEL GOVERN

Pressuposts Generals de la CAIB per a 1991.- (Continuació) Llei 14/1990 de Pressuposts Generals de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears per a 1991 (BOCAIB nº 4 de 8.1.91).

CONSELLERIA D'OBRES PÚBLIQUES I ORDENACIÓ DEL TERRITORI

DECRET 108/1990, de 13 de desembre, que modifica el Decret 84/1989, de 21 de setembre, sobre regularització de les situacions dels ocupants dels habitatges de protecció oficial de promoció pública de Balears (BOCAIB nº 5 de 10.1.91).

CONSELLERIA D'ECONOMIA I HISENDA

DECRET 112/1990, de 27 de desembre, designant la Conselleria d'Economia i Hisenda ens responsable i coordinador de diverses qüestions relacionades amb la Comunitat Econòmica Europea (BOCAIB nº 9 de 19.1.91).

CONSELLERIA DE TREBALL I TRANSPORTS

DECRET 114/1990, de 27 de desembre, regulador de les ajudes a l'ocupació en el marc dels objectius 3 i 4 del FSE (BOCAIB nº 9 de 19.1.91).

BUTLLETA DE SOL.LICITUD

Si vols rebre "ALIMARA" a ca teva, emplena, per favor, aquesta butlleta

Nom i cognoms

.....

Adreça

Població

Codi PostalTelèfon.....

Professió o treball.....

alimara

Servei d'Acció Social
Palau Reial 1 / 07001 Palma de Mallorca
Tel. (971) 72 15 05 ext. 288
Telefax: (971) 71 90 88 / (Atn. Acció Social)

alimara

Butlletí informatiu del Servei d'Acció Social del Consell Insular de Mallorca
Palau Reial 1 / 07001 Palma de Mallorca