

alimara

BUTLLETÍ INFORMATIU DEL SERVEI D'ACCIÓ SOCIAL / MARÇ - ABRIL 1991

Número 24

Intervenció del Servei d'Infància i Família en el període 1990

**Necessitats de dotacions socio-sanitàries - Atenció primària
Terme municipal de Sant Llorenç des Cardassar**

Entrevista amb Christy Lynch

Servei d'acollida a dona i família

**Estudi de les actituds de la comunitat escolar davant
la integració d'infants amb necessitats educatives especials**

Resum de l'estudi sobre sessions d'inserció professional

Serveis socials als pobles: El perill de les prestacions

Seguim reflexionant sobre l'assistent social



CONSELL INSULAR DE MALLORCA

Intervenció del Servei d'Infància i Família en el període 1990	pàgina 3
Necessitats de dotacions socio-sanitàries - Atenció primària, terme municipal de Sant Llorenç des Cardassar	pàgina 7
Entrevista amb Christy Lynch	pàgina 11
Servei d'Acollida a Dona i Família	pàgina 14
Estudi de les actituds de la comunitat escolar davant la integració d'infants amb necessitats educatives especials	pàgina 17
Resum de l'estudi sobre sessions d'inserció professional	pàgina 21
Serveis socials als pobles: El perill de les prestacions	pàgina 22
Seguim reflexionant sobre l'assistent social	pàgina 24
Eines per treballar millor	pàgina 26



Núm. 24, març - abril 1991
Publicació bimestral

Edita: Consell Insular de Mallorca
Redacció: Servei d'Acció Social
Palau Reial, 1
07001 Palma de Mallorca
Tel.: (971) 1735 00 ext. 804
Telefax (971) 71 90 88
(Atn. Acció Social)

Disseny: Ferran Sintés 43 87 72
Impressió: Graficart
Dip. Legal: PM 128 - 1987

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

PRESENTACIÓ

Encetam aquest número exposant els resultats de la intervenció del **Servei d'Infància i Família** durant l'any 1990. La importància de l'anàlisi del procés de treball és prou clara quan es pretén, de cada vegada més, millorar la qualitat del servei; així mateix, el nombre i tipologia dels usuaris, ens dona pautes de quina ha estat la feina desenvolupada durant el darrer any, la qual fonamenta les línies d'investigació proposades per a l'any 1991.

El pes que va adquirint el treball d'investigació a l'àmbit dels serveis de benestar social, com una eina que fonamenta les intervencions posteriors i/o avalua les que s'han duit a terme, queda reflectit en els estudis que presentam: les necessitats de dotacions socio-sanitàries a Sant Llorenç des Cardassar, les actituds de la comunitat escolar davant la integració d'infants amb necessitats educatives especials i les sessions d'inserció professional.

L'entrevista feta a **Cristy Lynch**, director del programa d'integració laboral de persones minusvàlides a empreses ordinàries a Irlanda, ens aporta dades sobre quins són els trets més importants d'aquest nou model de treball que enguany es pretén implantar com a experiència pilot a la nostra illa. La importància del tema ha donat lloc, per part del Servei d'Acció Social del CIM, a l'organització d'un simposi internacional sobre el qual us facilitam informació.

El **Servei d'Acollida a Dona i Família**, que inicià la seva singladura l'any 1989, ens presenta la seva experiència. A partir d'aquest article, coneixerem quina és la metodologia de treball utilitzada, els recursos dels que han disposat per dur a terme aquest programa, així com la caracterització dels seus usuaris.

Per acabar, l'espai dedicat a reflectir l'opinió dels professionals del nostre àmbit, aporta dues reflexions: la primera fa referència al paper dels serveis socials als pobles i la segona continua el debat, encetat en el número anterior, sobre els diferents models d'intervenció professional dels treballadors socials.

El Consell Insular de Mallorca informa

INTERVENCIÓ DEL SERVEI D'INFÀNCIA I FAMÍLIA EN EL PERÍODE 1990

Equip del Servei d'Infància i Família

INTRODUCCIÓ

En aquest article es presenta un breu resum de la memòria del Servei d'Infància i Família, adscrit al Servei d'Acció Social del CIM, en el període 1990.

En els números 9 i 18 d'aquesta publicació (octubre 88 i abril 90, respectivament), es va donar a conèixer àmpliament aquest recurs, tant la seva constitució i intervenció, com els seus objectius, criteris d'admissió, organització i estructura de l'equip.

El Consell Insular de Mallorca, va posar en marxa l'any 1988 una experiència innovadora en el sector del menor denominada "PROGRAMA DE PREVENCIÓ DE L'INTERNAMENT". L'equip de professionals (psicòlegs) dirigien la seva tasca vers el tractament de la població que, ingressada en un centre o en risc d'institucionalització, podia integrar-se a la família o llar substitutòria amb un suport psicoterapèutic.

Al final del període 1989, aquest equip es va adscriure al departament d'Acció Social del CIM. El seu àmbit, com a recurs preventiu de la institucionalització del menor, es va ampliar de contingut, arribant a ser l'objectiu el tractament de famílies desestructurades o en risc de desestructuració, amb qualque menor entre els seus membres, la qual cosa motivà el seu canvi de denominació.

Al llarg de 1990, sota la direcció i suport dels diferents departaments del Servei d'Acció Social, el Servei d'Infància i Família (SIF) ha consolidat la seva nova identitat i ha incrementat l'actuació, integrant el treball de les àrees social i sanitària. Dins aquest període, ha ampliat el seus recursos per donar cobertura a

l'augment progressiu de la demanda que arriba dels sistemes social, sanitari, educatiu i judicial.

El SIF, ve realitzant al llarg dels dos anys i mig de la seva implantació, un treball psicoterapèutic amb un nombre aproximat de 300 famílies que presenten importants problemes de desestructuració i/o trastorns psicopatològics en algun dels seus components menors (de 0 a 18 anys).

A través del treball de col·laboració amb més de mig milenar de professionals dels distints sistemes assistencials de Mallorca, el SIF ha anat adquirint un coneixement cada vegada més precís dels processos de desenvolupament i formació de contextos de risc psicosocial en infants i joves que pertanyen a famílies de la nostra illa i que presenten diversos graus de desorganització en les seves relacions familiars i/o amb institucions socials com l'escola, serveis socials, judicials, sanitaris, etc.

Durant el seu període de funcionament, s'ha desenvolupat una ingent activitat dirigida a la lluita contra la cronificació dels conflictes en les relacions familiars, el foment de la flexibilitat i l'augment de la capacitat d'adaptació d'aquests sistemes a les necessitats psicomaduratives dels nins, joves i restants membres de la família, amb la col·laboració dels diferents professionals de la xarxa de serveis.

La necessitat de sistematitzar tota la tasca que es deriva d'aquest esforç, ha fet imprescindible crear les condicions necessàries que permetin l'avaluació del Servei i de les seves intervencions. Així doncs, es va dissenyar el 1990 un projecte de seguiment de l'actuació del SIF que va ser implantat al juny d'aquest

any. Els resultats d'aquest projecte han fonamentat el present article.

En un recurs de les característiques del SIF, la possibilitat de la recollida sistemàtica d'informació, en els moments més importants del procés, no es redueix al benefici del propi servei. La creació d'un "banc de dades" de la problemàtica social i de salut mental del col·lectiu del menor a la nostra illa, si ja des d'ara es contempla la seva actualització periòdica, pot arribar a constituir un indiscutible suport per a propers diagnòstics sectorials que fonamentin noves actuacions dirigides a aquests usuaris.

Les dades enregistrades, degudament tractades, poden ser aprofitades per a futures investigacions/programes, tant dins el propi sector de problemàtica, com correlacionades amb altres fonts (socials, econòmiques, sanitàries, etc.), sempre i tenint en compte que l'ús responsable de la informació es faci d'acord amb la garantia del respecte a la intimitat dels usuaris.

ESTUDI DE LA DEMANDA

L'equip del SIF, per a l'admissió dels casos derivats, aplica com a criteri general el compliment d'uns requisits mínims, pel que fa a la informació documentada de l'expedient/història i la metodologia de treball per al desenvolupament del tractament posterior. Així i tot, només han estat 5 les demandes que no s'han acceptades d'un total de 170 en el període 1990.

Des que l'equip es va posar en marxa l'any 1988, les entitats que més demandes han derivat cap a aquest recurs terapèutic són les que pertanyen als serveis socials de la nostra illa -sobretot de Ciutat- (QUADRE I). De llavors fins al

1990, aquesta demanda ha anat augmentant discretament, però l'augment és encara significativament superior pel que fa a les entitats que treballen a l'àmbit sanitari, educatiu i judicial.

En el 90, aproximadament el 66,4 per cent dels casos derivats provenen dels Serveis Socials, majoritàriament dels Serveis d'Atenció Primària, doncs s'ha posat especial esment en la metodologia de treball i el circuit de la demanda, pactant els procediments a través d'acords o convenis amb altres departaments o institucions (Conveni de col.laboració entre la Conselleria Adjunta a la Presidència del Govern Balear i el CIM).

En aquest sentit, s'ha pactat com a circuit més idoni per a les demandes de la part forana que l'estudi i valoració previs dels casos siguin fets pels Equips Multiprofessionals Comarcals del CIM, abans de la derivació definitiva al SIF. Així doncs, la demanda dels serveis socials d'atenció primària de la part forana representa l'11,8 per cent del total (codi 14 més codi 16, QUADRE I i GRÀFIC I).

Quant a la titularitat de les entitats que han fet ús del recurs (QUADRE II i GRÀFIC II), el 93 per cent de la demanda prové del sector públic, el 26 per cent d'entitats d'àmbit municipal (ajuntaments), el 20 per cent d'entitats o serveis del propi CIM, el 17 per cent del Govern Balear i el 28 per cent d'entitats del Govern Central no transferides (INSERSO, INSALUT, MEC).

TIPUS D'USUARIS BENEFICIARIS

Els usuaris que s'han beneficiat del recurs han estat uns 850, assistint individualment, amb parella o grup, a una o varies de les sessions terapèutiques o altra modalitat d'intervenció directa realitzada per l'equip al llarg del 90. (QUADRE III i GRÀFIC III). Les, aproximadament, 1.578 hores dedicades a les intervencions clíniques, han donat la possibilitat d'atendre a 1.457 persones (s'inclouen dins aquest còmput les intervencions reiterades en un mateix usuari).

S'han realitzat 842 intervencions directes amb l'usuari dutes a terme per un o més professionals. Es té informació detallada de 512, ja que el "projecte de seguiment" es va implantar al mes de juny (veure QUADRE III), el 46 per cent de les quals han estat sessions terapèutiques individuals, de parella o de família, i el 53 per cent, assessorament, supervisió, atenció a persones relacionades o avaluació dels tractaments (catamnesi).

La majoria dels usuaris han estat homes (56,2 per cent, GRÀFIC IV) d'edats compreses entre els 14 i 17 anys (GRÀFIC V). Encara que el menor es quasi sempre l'usuari objecte del tractament, a certs casos, donada la problemàtica psicopatològica que presenten els pares i la situació d'alt risc que això suposa per als menors, l'usuari de referència és el/la pare/mare (al GRÀFIC V, 15,2 %).

Així doncs, l'actuació del SIF no sols va dirigida a l'infant/jove: l'enfocament del model del recurs situa la intervenció en la problemàtica de la família i converteix a tots els seus membres en beneficiaris.

El 78 per cent dels usuaris que s'han beneficiat del SIF són residents del municipi de Palma; la resta pertanyen a catorze municipis de la part forana de la nostra illa (QUADRE IV) distribuïts per les tres comarques: Palma-perifèria, Inca i Manacor.

El QUADRE V, reflecteix la distribució de la problemàtica detectada en els 170 casos tractats. S'ha fet un esforç per reduir cada un al tret més significatiu, encara que gairebé tots presenten problemàtiques afegides com a causants de la desestructuració familiar objecte de la intervenció.

Els diagnòstics clínics dels casos tractats (QUADRE VI) són l'aportació més clara per a l'estudi de la realitat socio-sanitària al sector del menor, dins el que s'ha treballat en el període 1990.

En el QUADRE VI figuren amb "*" els diagnòstics que requereixen un aclariment addicional:

- Trastorn psicòtic no especificat (298.90). S'han trobat símptomes psicòtics que no compleixen els

críters de cap trastorn psicòtic orgànic.

- Trastorn generalitzat del desenvolupament no especificat (299.80). En aquests casos existeix desenvolupament de la interacció social i la capacitat comunicativa (no autisme ni esquizofrènia).

- Trastorns de conducta de tipus grupal (312.20), amb predomini dels problemes de conducta que es donen a la vida en grup amb els companys.

- Trastorns de conducta de tipus indiferencial (312.90). Aquests presenten una barreja de símptomes clínics que no es poden classificar de tipus agressiu solitari o grupal.

- Trastorns reactius de la vinculació a la infància (313.89). Es consideren les alteracions de la relació social en un ample ventall de contextos abans dels cinc anys. Aquestes alteracions són degudes, presumiblement, a unes atencions inapropiades o patògenes.

- Altres circumstàncies familiars específiques (V61.80). En aquests casos la necessitat del tractament s'ha centrat amb circumstàncies familiars no degudes a retard mental ni problemes conjugals o paterno-filials (sobretot dificultats interpersonals amb pares polítics o rivalitat entre germans).

LÍNIES D'INVESTIGACIÓ

Per a l'any 1991, sobre la base del treball realitzat, l'equip del SIF s'ha proposat diferents objectius d'investigació:

1.- "Crisi" en el nin o el jove que es resol amb la inclusió d'institucions socials de diferents tipus com les de protecció de menors, judicial, etc. Noves estratègies d'intervenció.

2.- Els "Trastorns de conducta" i la repercussió en la intersecció del sistema familiar i escolar.

3.- Disseny i experimentació de noves estratègies d'intervenció en les disfuncions Escola-Família sobre la base de nins i joves simptomàtics.

4.- Estratègies d'intervenció psicoterapèutica en contextos de mancaça i de maltractaments a la infància.

QUADRE I - ENTITATS I SISTEMES DERIVANTS. PERÍODE 1990.

ENTITAT DERIVANT	N. DEM	PERC.	S. DER	N. DEM	PERC.
11 SERV.SOC.P. AJ.PALMA	42	24,7	SIST.SOC.	113	66,4
1 DEPARTAMENT MENORS	18	10,6			
16 EQUIPS COMARCALS	16	9,4			
17 CENTRE BASE INSERSO	11	6,5			
GREC, IRES, CARITAS, P.FAMIL., C.DONA.	9	5,3			
2 CASA D'OBSERVACIO	6	3,5			
12 SERV.SOC.P.GOV.BAL.	4	2,3			
14 SERV.SOC.P.PART FORANA	4	2,3			
3 UNITAT D'ACOLLIDA TR.	3	1,8			
46 U.SALUT MENTAL	8	4,7			
42 HOSP.GENERAL	6	3,5			
43 HOSP.PSIQUIATRIC	6	3,5			
44 HOSP.SON DURETA	4	2,4			
47 AMBULATORI/C.SALUT	2	1,2			
33 EQUIP PSICOP.MEC	11	6,5	SIST EDUC.	25	14,7
36 COL.LEGIS PUBLICS	10	5,8			
34 EQUIP ATENC.PRIM.MEC	2	1,2			
39 GUARDERIES MUNICIP.	1	0,6			
37 COL.LEGIS PRIVATS	1	0,6	SIST. JUD.	6	3,6
5 JUTJAT MENORS	3	1,8			
6 CENTRE ES PINARET	2	1,2			
ALTRES	1	0,6			
TOTALS	170	100		170	100

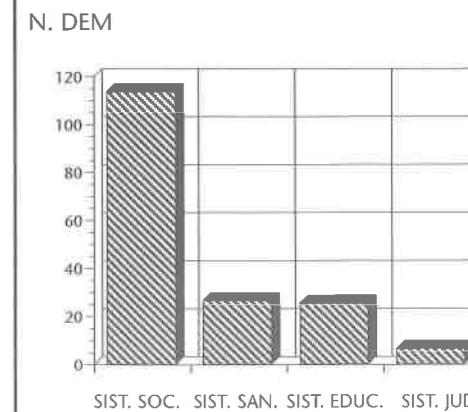
QUADRE II - DISTRIBUCIÓ DE LA DEMANDA SEGONS L'ÀMBIT I LA TITULARITAT DE LES ENTITATS DERIVANTS. PERÍODE 1990

ÀMBIT	N.DEMANDES	PERCENTATGE
PUBLIC	159	93,5
PRIVAT	11	6,5
MUNICIPAL	44	26
SUPRAMUNICIPAL/INSULAR	33	19,5
AUTONÒMIC	30	17,6
CENTRAL	49	28,7
ALTRES	14	8,2
AJUNTAMENTS	44	26
CIM	33	19,5
GOVERN BALEAR	30	17,6
INSERSO	11	6,5
INSALUD	14	8,2
MEC	24	14
ALTRES	14	8,2

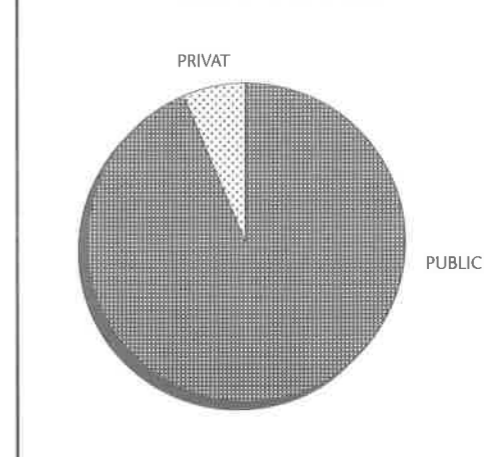
QUADRE III - TIPUS D'INTERVENCIONS. PERÍODE 1990.

TIPUS	N. D' INTERVENCIONS	PERCENTATGE
TERÀPIA INDIVIDUAL	26	5,1
TERÀPIA DE PARELLA	15	2,9
TERÀPIA DE FAMÍLIA	199	38,8
ALTRES INTERVENCIONS	272	53,2
TOTALS	512	100

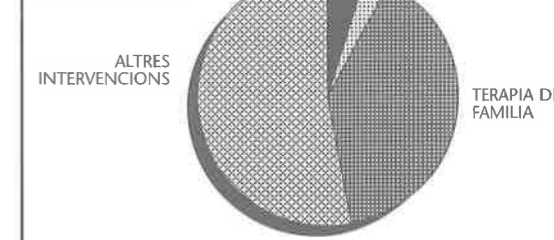
GRÀFIC I: SISTEMES DERIVANTS



GRÀFIC II ÀMBIT DE LES ENTITATS DEMANDANTS

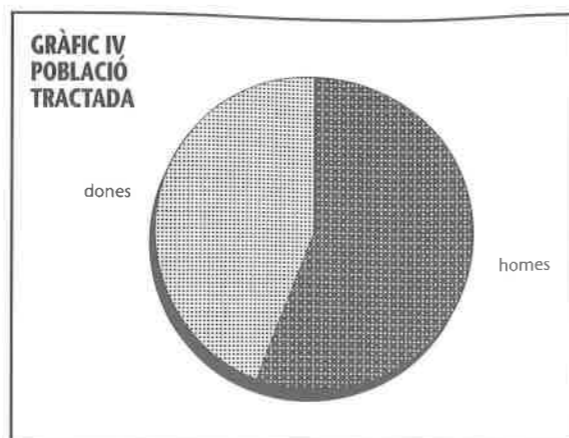


GRÀFIC III TIPUS D'INTERVENCIO



QUADRE IV - MUNICIPIS DE RESIDÈNCIA. PERÍODE 1990

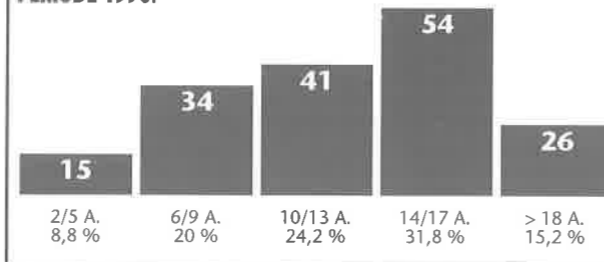
CODI	MUNICIPI RESIDÈNCIA	N.DEMANDES	PERCENTATGE
40	PALMA	236	80'0
11	CALVIA	5	3'0
6	ARTA	3	1'7
8	BINISALEM	3	1'7
27	INCA	3	1'7
31	LLUCMAJOR	3	1'7
61	SOLLER	3	1'7
33	MANACOR	2	1'3
22	FELANITX	2	1'3
3	ALCUDIA	1	0'6
36	MARRATXI	1	0'6
38	MONTUÏRI	1	0'6
42	POLLENÇA	1	0'6
43	PORRERES	1	0'6
60	SINEU	1	0'6
	N.C.	4	2'3
	TOTALS	170	100



QUADRE V
TIPUS DE PROBLEMÀTICA DETECTADA. PERÍODE 1990

CODI	TIPUS PROBLEMÀTICA	CASOS	PERCENTATGE
43	TRASTORN CONDUCTA	28	16'4
14	CONFLICTE FAMILIAR	20	11'8
44	PROBLEMES ESCOLARS	17	10'0
13	MANCA D'INTEGRACIÓ FAM.	9	5'2
12	SEPARACIÓ / DIVORCI	8	5'0
75	EMIGRACIÓ	6	3'5
01	MENOR MAL ATES	4	2'3
18	MALTRACTAMENTS	4	2'3
05	MENOR QUE FUIG DE CASA	3	1'7
30	DROGAADDICCIÓ	3	1'7
47	BAIX NIVELL CULTURAL	3	1'7
77	SITUACIÓ D'ALT RISC	3	1'7
09	MANCANÇA DE MARE	2	1'2
10	PARE/MARE SOL/A	2	1'2
11	VIDUITAT	2	1'2
26	MALALTIA MENTAL CRÒNICA	2	1'2
27	MALALTIA MENTAL AGUDA	2	1'2
29	ALCOHOLISME	2	1'2
35	EMBARAS	2	1'2
52	INADAPTACIÓ LABORAL	2	1'2
88	TRASTORN PSICOSOMAT.	2	1'2
	ALTRES	44	25'9
	TOTALS	170	100

GRÀFIC V - DISTRIBUCIÓ DE LA POBLACIÓ TRACTADA. (EDAT). PERÍODE 1990.



QUADRE VI
TIPIUS DE DIAGNÒSTIC DELS CASOS TRACTATS (DSM-III-R). PERÍODE 1990

CODI	TIPUS PROBLEMÀTICA	CASOS	PERCENT.
312.20	TRASTORN DE CONDUCTA	*12	7'0
313.89	T. REACT. VINCULACIÓ A LA INF.	*10	5'9
V62.89	PROB. BIOGRÀFICS O ALTRES CIRC.	10	5'9
312.90	TRAST. CONDUCTA (T. INDIFEREN.)	*9	5'3
298.00	PSICOSI TIPUS REPRESSIU	8	4'7
298.90	T. PSICÒTIC (PSICOSI ATÍPICA)	8	4'7
314.01	T. DÈFICIT ATENCIÓ (HIPERACT.)	6	3'5
V62.81	ALTR. PROBLEMES INTERPERSONALS	6	3'5
299.80	T. GENERALITZAT DEL DESENVOLUP.	*4	2'3
V61.80	ALTR. CIRC. FAMILIARS ESPECIF.	*4	2'3
299.00	AUTISME INFANTIL	2	1'2
300.40	DISTÍMIA	2	1'2
301.60	T. PERSONALITAT PER DEPENDÈNC.	2	1'2
307.30	T. ESTEREOTIPIES/HABITS MOTORS	2	1'2
312.00	T. CONDUCTA (T. AGRESSIU SOLIT.)	2	1'2
313.23	MUTISME SELECTIU	2	1'2
313.81	NEGATIVISME DESAFIANT	2	1'2
314.00	T. DÈFICIT ATENCIÓ (INDIFEREN.)	2	1'2
V61.10	PROBLEMES CONJUGALS	2	1'2
V61.20	PROBLEMES PATERNO-FILIALS	2	1'2
V62.30	PROBLEMES ESCOLARS	2	1'2
	ALTRES	71	41'7
	TOTALS	170	100

NECESSITATS DE DOTACIONS SÒCIO-SANITÀRIES ATENCIÓ PRIMÀRIA TERME MUNICIPAL DE SANT LLORENÇ DES CARDASSAR 1990

Departament de Serveis Socials
de l'Ajuntament de Sant Llorenç des Cardassar

Introducció

El present document tracta de la importància de l'assistència primària en el sistema general sanitari, encara més accentuada en el medi rural per les seves pròpies característiques; unes característiques que anirem introduint al llarg d'aquest estudi. En aquest marc, analitzam la situació en què es troba el terme municipal de Sant Llorenç des Cardassar i quines serien les alternatives viables per a millorar l'assistència sanitària.

Objectius de la investigació

L'objectiu general és disposar dels elements informatius bàsics per poder conèixer la situació actual a partir d'un document de diagnòstic. Per això, es realitzaran els estudis que permetin formular els indicadors i criteris sobre la dotació de serveis sanitaris.

Objectius específics:

1. Coneixement de les dimensions de les necessitats d'atenció sanitària en el terme municipal, amb la definició del potencial actual d'usuaris.
2. Circuits assistencials actuals de la zona costanera.
3. Grau de satisfacció de les prestacions sanitàries a nivell primari a la zona costanera.

Metodologia de treball

La metodologia s'ha basat en la utilització de tres tècniques d'investigació que, de manera arti-

culada, han permès disposar de dades suficientment fiables. Aquestes tècniques són:

- a) Pel que fa a l'objectiu 1, s'han recollit totes les dades possibles de fonts secundàries.
- b) Pel que fa a l'objectiu 2, s'han estudiat, mitjançant la consideració dels desplaçaments, els circuits que s'estableixen per accedir als serveis sanitaris primaris.
- c) Pel que fa a l'objectiu 3, s'han estudiat, a través d'un qüestionari passat a una mostra de població, les opinions i percepcions sobre la qualitat de l'atenció rebuda.

Activitats

Les activitats a realitzar per assolir els objectius són:

1. Enquesta.
 - Selecció de qüestions a tractar.
 - Formulació i selecció de preguntes.
 - Disseny del suport (qüestionari).
 - Presentació del qüestionari.
2. Entrevista amb diversos especialistes.
 - Selecció de qüestions a tractar.
 - Disseny del procés més adequat: informal, estructurat, individual, grupal, etc.
 - Realització d'entrevistes per recollir informació (prospecció, contactes diversos, etc.)
3. Formulació d'indicadors quantitativs i qualitativs que detallin els objectius.
4. Càlcul de recursos disponibles

i de recursos necessaris.

5. Elaboració d'informes. Comentaris i valoracions sobre les investigacions realitzades.

Atenció primària en el medi rural

És evident que existeixen grans diferències entre l'assistència primària en el medi rural i en l'urbà. Aquestes obliguen a emprar diferents models d'intervenció sigui un o altre el medi.

a) El consultori mèdic: com a lloc de treball té poques diferències, però no així les tasques pròpies del metge:

- Ha d'acarar moltes situacions complexes sense compartir responsabilitats.
- Es veu obligat a enviar el malalt a l'especialista o a l'hospital.
- Ha d'estar a disposició de tots la major part del dia.
- Pateix la manca d'estructures i infraestructures assistencials.
- Ha de treballar mancat d'una preparació adequada per a l'exercici rural, amb moltes dificultats per la manca contínua d'informació.

b) El transport sanitari: La planificació d'un bon parc mòbil sanitari és molt important: ha d'aconseguir que cada pacient arribi al lloc d'assistència el més aviat possible i amb les millors garanties. És evident que en el medi rural la solució no és fàcil de trobar si es té en compte l'elevat cost que representa una xarxa d'unitats de cura inten-

siva. Aleshores, en els centres sanitaris, hi cal la permanència de metges experimentats, de forma que el pacient pugui ser atès i traslladat convenientment a l'hospital comarcal, amb la coordinació necessària amb la xarxa de serveis d'ambulàncies.

c) L'assistència geriàtrica: Degut a la tipologia de la població del medi rural on hi apareixen gran grups de població gran, caldrà també fer una referència a la seva assistència. La problemàtica de la vellesa és una qüestió específicament humana, individual i col·lectiva. És un problema social, econòmic, psicològic i sanitari. En cada cas, ha de rebre un tractament adequat dels professionals corresponents que han de coordinar el seu treball amb els afectats en la mesura de les possibilitats.

L'OMS defineix que la millor manera de realitzar l'assistència per als ancians és aquella que es realitza en el propi domicili. Per tant, l'organització de l'atenció a domicili s'haurà de tenir molt en compte especialment en el medi rural, per les característiques ja esmentades d'aquest medi.

Les actuacions preventives són fonamentals i, per tant, és convenient realitzar exàmens així com programes d'informació i d'educació sanitària.

L'Equip d'Atenció Primària

Actualment, és cada cop més generalitzada la tendència que els treballadors de la salut portin la seva activitat en grup. L'EAP ha d'assumir els objectius i les activitats pròpies des d'una perspectiva interdisciplinària. La comunitat de la qual és responsable l'EAP és la que comprèn la Zona Bàsica de Salut, unitat territorial elemental de l'APS. La delimitació de les ZBS atén a factors demogràfics, geogràfics, socials i epidemiològics homogenis, seguint els criteris establerts per l'Administració. La ZBS comprèn entre 500 i 25.000 habitants, si bé poden ser inferiors a

5.000 a zones rurals en què la dispersió geogràfica així ho aconselli.

Indicadors sanitaris

1. 0,42 metge/1000 habitants.
2. 0,21 ATS/1000 habitants.
3. 0,084 metge de guàrdia/1000 habitants.
4. 100% de la població sense metge de guàrdia en el municipi. (Horari de PAC)
5. 37,49% de la població (Son Carrió i zona costanera) sense metge de guàrdia en el municipi de les 9 a 17,00 hores.

Distàncies dels nuclis de població a la Unitat Sanitària de Sant Llorenç. Percentatge de població.

Sant Llorenç, 49,36 a 0 km.
Son Carrió, 16,32 a 5,5 km.
Zona costanera, 21,18 de 9 a 12 km.

1.1. Tipologia de vies de comunicació: carreteres locals.

1.2. Mitjans de transport.
Horaris del transport públic
Sant Llorenç - Palma (passa per Manacor):

8,15 - 15,05 - 17,45
Sant Llorenç - Artà - Capdepera:
11 - 14,30 - 16,30 - 20,45
Sant Llorenç - Son Carrió: no n'hi ha
Sant Llorenç - Zona costanera: no n'hi ha

Normativa legal sanitària

- * Llei General de Sanitat (BOE de 14.4.86)
- * Decret 34/1987 de 21 de maig. BOCAIB número 71 de 6.6.87
- * Projecte de Llei d'Ordenació Sanitària i creació del Servei de Salut Balear de 12.7.90.
- * Ordre del 10.7.73 del Ministeri de Treball B.O. 12, R. 1301
- * Ordre del 8.9.1975 del Ministeri de Treball B.O.9, R.1791
- * Acord de la Mesa Sectorial de Sanitat de l'Administració de l'Estat de 17 de juliol de 1990

Enquesta de satisfacció dels usuaris

Enquesta realitzada a la zona cos-

tanera del terme municipal de Sant Llorenç. S'han realitzat 50 entrevistes a domicilis durant el mes d'octubre. Els domicilis s'han escollit de manera aleatòria.

Dades de la zona

Nombre d'habitants: 1.003
Nombre de domicilis: 460

Dades obtingudes

1. Es pot comprovar la diversitat de centres assistencials que intervenen a la zona, degut a la mancança de la seva cobertura real. Això comporta que els veïns d'aquesta zona s'hagin de desplaçar com a mínim tres quilòmetres per arribar al centre més aproximat. Aquesta situació produeix una total desinformació entre els usuaris per la confusió existent. Més d'un 70% dels usuaris es traslladen a centres aliens al terme municipal de Sant Llorenç, la qual cosa provoca que el nombre d'afiliats totals d'aquest terme minvi considerablement, afectant la possibilitat de creació de noves places per a facultatius. Si es respecta la tradició de col·laboració entre l'administració sanitària i els ajuntaments, s'hauria de dotar d'un centre assistencial a la zona que estigués sota la responsabilitat municipal.

2. La distància mínima que ha de recórrer un veï de la zona fins al centre assistencial més proper, és de 3 quilòmetres, tenint en compte, no obstant, que un 40,74% realitzen entre 5 i 9 quilòmetres i un 18,52% n'han de fer més de 10. Les dades són prou significatives com per adonar-se de la dificultat d'accés als recursos sanitaris.

3. La informació rebuda pels usuaris és insuficient. A la taula dels serveis sanitaris es comprova com percentatges elevats de població desconeixen quins són els professionals que els han d'atendre. És significatiu que solament el 28,57% conegui l'existència de l'ATS.

4. El problema del transport és clau, a causa de la necessitat del seu ús constant per accedir als cen-

tres de salut. La problemàtica augmenta per la quasi inexistència de transport públic, la qual cosa obliga a un 75% a desplaçar-se en cotxes privats, amb el que això suposa d'augment de cost i incomoditats, circumstància que s'agreuja considerablement per aquells que ho han de fer en taxi.

5. El nivell de satisfacció és baix: solament un 28,54% el considera bo, mentre que un 50% el considera entre regular i dolent. Acompanyen aquestes dades algunes observacions i suggeriments:

- No funciona el servei de cita prèvia.

- Els usuaris que s'han de desplaçar a Son Cervera per recollir número, ho fan sense la seguretat que se'ls atengui el mateix dia perquè únicament s'atén durant les dues hores de consulta.

- Els usuaris del centre assistencial de Sant Llorenç que no viuen al nucli urbà, han de desplaçar-se per demanar número.

- No gaudeixen de pediatre, s'han de desplaçar a Ciutat.

- A causa del mal servei es veuen obligats a recórrer a la medicina privada, duplicant les despeses de sanitat.

- Es fa urgent el servei de metge, especialment a l'estiu.

- Manca molta d'informació.

Conclusions

Les dades demogràfiques parlen clarament d'un municipi que creix, tant vegetativament com en absolut, comprovant-se un nombre positiu d'immigrants. Això implica que la planificació sanitària s'ha de realitzar en relació al potencial de demandes existents en un futur no massa immediat.

D'altra banda, apareix una població estable de fet molt superior a la de dret, sense comptar el nombre de visitants estiuencs que pot arribar a les 20.000 persones; i aquesta població també és potencialment usuària dels serveis sanitaris.

Les dades demostren que el 60% de la població de fet de l'any 1986

era fora del nucli de Sant Llorenç. Els darrers anys, aquesta dinàmica ha augmentat especialment vers la zona costanera, precisament on no hi ha serveis sanitaris, per la qual cosa el personal actual està impossibilitat materialment per atendre tota aquesta població. Això fa que una quantitat important de persones s'hagin de desplaçar als serveis d'altres centres, el que, per altra banda, disminueix el nombre de cartilles que correspondrien al terme municipal en condicions normals. El fet d'haver de ser atesos per centres assistencials a altres termes municipals diferents del propi, implica una pèrdua de prestacions, ja que el metge titular que atén aquests casos no té el deure d'atendre el beneficiari al seu domicili si aquest domicili no està situat en el terme municipal del facultatiu. És a dir que la inexistència de fronteres municipals en temes sanitaris, no és verabsolutament: si bé no existeixen quan a l'usuari se li assigna un metge fora del seu terme, sí existeixen quan aquest metge ha de prestar la seva assistència en el domicili de l'usuari.

Les dades dels gran grups d'edat mostren un fet a considerar: els dos grups dependents, infància i vellesa, sobrepassen el 20% i són els que demanen més assistència. Si tenim en compte que si se sobrepassa el 15% d'un dels dos d'aquests grups es considera determinant a l'hora de planificar, la suma dels dos, òbviament implicarà un factor important que argumenta la creació de més recursos sanitaris.

Segons aquestes mateixes dades, ens trobam actualment amb 2700 cartilles. Significar, a més, que en quatre anys han augmentat un 5%. Si comparam aquestes dades amb la normativa que estableix en 750 el contingent base de cartilles, resultaria que els dos metges en comparteixen una mitjana de 1350 sense cap justificació. Tenint en compte la segona dada que demostra el creixement continuat, la

immigració progressiva (indicador important per preveure l'augment de cartilles), ens trobam davant una situació terriblement injusta. D'acord amb la legislació que implica augmentar la dotació de metges a partir de 750 titulars, es comprova la situació irregular del nombre de metges i ATS actuals.

Quant al model de centre de salut, recollim les indicacions de les darreres propostes realitzades en el món sanitari. El centre de salut ha de cobrir les necessitats d'una població entre 500 i 25000 persones.

Tradicionalment i històrica, els veïns del terme de Sant Llorenç s'han desplaçat a Manacor per gaudir de serveis secundaris i per a l'establiment de relacions comercials. Així, els serveis de transport cap a aquesta població són millors que cap a altres poblacions veïnes, ben igual que les vies de comunicació. Tot això fa raonable que els serveis que no disposi Sant Llorenç, a nivell sanitari, estiguin situats a Manacor.

Bibliografia

- Nivells assistencials. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 1982.
- Revista de Treball Social número 113. Article: Atenció Primària de Salut. Una estratègia per a la salut. Paca Oliveras i Enric Garrell.
- Bases per a la planificació de l'acció social a Mallorca, volum I: el marc socio-demogràfic dels serveis socials a Mallorca. Consell Insular de Mallorca. M. Antònia Carbonero i Pere Mascaró. Ciutat, 1986.
- La calidad de vida en España. José García-Durán y Pedro Puig. Ed. Moneda y crédito, 1980.
- Mallorca: un pla de salut. Oriol Vall i Carlos A. González. Centre d'Estudis Socialistes Gabriel Alomar. Ciutat, 1982.
- Medicina preventiva i salut. G. Piedrola i Gil i diversos autors.

Dades demogràfiques de Sant Llorenç

1. Evolució de la població de dret. Any/habitants						
1950	1969	1970	1975	1981	1986	1990
3869	3622	3829	4149	9355	4290	4730

2. Creixement absolut 1981-1990. Índex de creixement	
1981	1990
100	119,59

3. Taxes demogràfiques mitjanes anuals del període 1981-1986. Per índexs.				
Natalitat	Mortalitat	Creix.veg.	Balanç migrat.	Creix.ABSL.
11,61	13,55	1,94	18,88	16,94

4. Taxes demogràfiques 1986-89. Tants per cent.					
Natalitat	Mortalitat	Creix.veg.	Balanç migrat.	Creix.	ABSL.
126	100	26	221	247	5,75%

5. Població de dret per grups d'edat. Tants per cent, any 1990			
	0-6 anys	16-60 anys	60 i més
Homes	493	1318	500
Dones	549	470	1.400
%	20,35	57,48	22,17

6. Dispersió de la població (població de fet) 1986			
Nucli pral.	Altres nuclis	Nucli pral.%	Altres %
2.923	4.496	39,4	60,6

7. Nombre de cartilles de la seguretat social. Any 1986			
Agost	Febrer	Mitjana	
1.412	1.496	1.454	Actius
807	811	809	Pensionistes
2.219	2.307	2.263	TOTAL

8. Nombre de cartilles de la seguretat social. Any 1990			
Agost	Novembre	Mitjana	
1.912	1.770	1.842	Actius
858	860	859	Pensionistes
2.770	2.630	2.701	TOTAL

9. Nombre de cartilles de la seguretat social. 1986-90		
1986	1990	% increment
2.263	2.700	16,18

10. Població flotant.
Nombre de places hoteleres: 20.000

Entrevista

E

NTREVISTA

amb Christy Lynch

Hem tengut la sort de gaudir de la presència entre nosaltres de Christy Lynch i hem volgut aprofitar la seva visita per conversar amb ell extensament.

El professor CHRISTY LYNCH és actualment el director d'un programa innovador: la integració laboral de persones minusvàlides, a Irlanda, dut a terme per l'organització St. Michael's House. El programa rep el suport financer del Fons Social Europeu per les seves característiques de contribució decidida a la plena integració socio-comunitària de les persones amb disminucions, a través de l'assaig d'un model nou d'inserció laboral en el mercat regular de treball.

Christy Lynch té un ample coneixement dels sistemes assistencials desplegats als països europeus i als Estats Units per a la població minusvàlida i és un gran defensor de la línia d'integració total dins la comunitat.

Alimara.- Per quin motiu heu vingut a Mallorca?

Christy Lynch.- He vingut a Mallorca com a conseqüència d'una visita anterior que un grup del Consell Insular de Mallorca ens va fer a Irlanda l'any passat. Aquest grup de persones va quedar molt impressionat de veure integrats a llocs de treball d'empreses ordinàries persones amb retard mental moderat i sever que mai no havien tengut oportunitat de fer feina remunerada. L'equip de Mallorca s'ha posat a treballar seguint el mateix model que nosaltres i ha iniciat un programa de gran transcendència per al futur de la població minusvàlida de l'illa. Aquest equip està molt motivat i s'ha pres molt seriosament l'experimentació i difusió del model. Per aquest motiu, el Consell Insular de Mallorca organitzarà el proper mes de desembre un Simposi Internacional del qual m'han nomenat

director juntament amb el Dr. Paul Wehman de la Universitat de Virginia Commonwealth.

Així, doncs, he vingut a Mallorca per preparar aquest esdeveniment amb els tècnics del Consell, per conèixer algunes realitats assistencials de l'illa i la filosofia que inspira el desplegament dels recursos per a les persones amb disminucions, i així tenir una visió més clara del que s'està fent per aquí, de tal manera que el Simposi pugui ser ben adaptat a la realitat espanyola.

A.- Quina opinió us mereixen els recursos que heu visitat i la nostra realitat assistencial?

C.L.- He visitat sis recursos assistencials per a persones amb retard mental, quatre a Ciutat i dos a la Part Forana, i he pogut veure que no són massa diferents dels que existeixen a la resta d'Europa i a

Irlanda mateix. El costat negatiu de quasi tots és que treuen a les persones minusvàlides de la comunitat i se'ls separa en centres d'atenció o de treball a part. No he pogut veure quasi cap treballador retardat mental col.locat en un lloc de feina normal integrat dins una empresa. El costat positiu que he constatat és el gran entusiasme que demostra l'equip del Consell Insular, preocupat per fer les coses bé, oberts positivament a les idees noves que puguin respondre millor a les necessitats que tenen els joves amb retard mental; ells veuen la necessitat de canviar i crec que aquí hi ha un gran potencial per transformar la realitat actual. No crec, doncs, que hi hagi cap impediment seriós perquè la població minusvàlida de Mallorca comenci a ocupar llocs de treball reals en el mercat laboral obert, i menys encara, si tenim en compte l'elevat nombre de professionals que he



vist en els vostres serveis en comparació amb Irlanda.

A.- Parlau-nos del Simposi Internacional que se celebrarà a Mallorca el proper mes de desembre.

C.L.- El Servei d'Acció Social del Consell Insular de Mallorca organitzarà a Palma, el mes de desembre, un simposi internacional sobre el model treball amb suport (supported employment) que, sens dubte, serà de gran importància. En primer lloc, assistirà al simposi la primera autoritat mundial en la matèria, el Dr. Paul Wehman, de la Universitat de Virginia Commonwealth dels EE.UU., vertader inspirador i investigador d'aquest model, sobre el que n'ha escrit nombrosos llibres, n'ha publicat centenars d'articles a revistes especialitzades, fent-ne d'assessor a molts de serveis a tots els Estats Units perquè se'n pugui fer l'aplicació correcta. En segon lloc, hi assistiré jo mateix que vénc d'un context irlandès, on la meva orga-

nització ha estat la primera a Europa que ha aplicat el model "supported employment". En tercer lloc, participará el Consell Insular amb una ponència explicativa de la seva experiència aplicada a Mallorca i, segurament, intervindran altres organitzacions espanyoles com a ponents. També comptarem, a més a més, amb la presència de personalitats importants de Brussel·les que estan molt interessades en aquest model perquè aconseguix la màxima integració de les persones disminuïdes a la societat que és l'objectiu amb el qual la Comunitat Europea està compromesa.

Així doncs, en aquest simposi disposarem de la informació més actualitzada sobre el model "supported employment" que s'ha generat, fins ara, en el món. Esperam combinar la informació amb el treball en grups, de tal manera que els participants podran treballar amb les idees que proposarem i podran determinar de quina mane-

ra poden aplicar aquest model en el context espanyol.

A.- Com i per què va començar a aplicar-se aquest nou model d'integració laboral anomenat "supported employment" (treball amb suport)?

C.L.- Aquest model va començar a aplicar-se als Estats Units ara fa dotze anys. La raó va ser que els EE.UU. tenien una legislació que regulava la integració plena dels nins retardats mentals en el sistema educatiu ordinari, però quan aquests nins varen arribar a l'edat de deixar l'escola, les autoritats estatals varen dir als pares que els seus fills a partir de llavors només podien accedir a centres d'aprenentatge de tasques o a tallers protegits, a la qual cosa els pares es varen oposar perquè això no era integració ni llocs de feina reals, sinó serveis segregats. Els adults a la nostra societat van a treballar, això és el que la majoria fan. Per tant, aquests pares volien un altre enfocament perquè sabien que els

centres d'entrenament i els tallers no havien aconseguit integrar els joves amb retard dins la societat. En aquell moment, el Dr. Paul Wehman començà una perspectiva completament nova i radical que va ser el model "supported employment", per aconseguir una integració plena de les persones amb retard mental a llocs de feina reals, dins les empreses ordinàries del mercat de treball.

A.- Quins són els aspectes més característics del "supported employment"?

C.L.- Degut a la ineficàcia del model tradicional, es varen capgirar alguns plantejaments. Certament, les persones amb retard mental sever han de menester dosis considerables d'entrenament per poder respondre a un treball, però també és cert que tenen moltes dificultats per transferir o generalitzar els aprenentatges; en conseqüència, es va capgirar la seqüència tradicional, "primer entrenar i després col·locar en una feina", i es va adoptar: "primer col·locar i després entrenar en el lloc de feina mateix".

L'entrenament el duu a terme un nou professional, el preparador laboral individual, que és un especialista en ocupació, coneixedor de les necessitats de l'individu i que l'adapta perfectament al lloc de feina seleccionat. El preparador aporta el suport que el jove ha de menester i també el que ha de menester l'empresari; per això, i perquè ha tengut molt més èxit que l'enfocament tradicional, funciona.

Podem dir que els aspectes clau d'aquest model són:

1.- Integració: la persona ha de ser integrada en un treball normal dins un ambient normal.

2.- Sou: tota persona integrada mitjançant el model de treball amb suport ha de rebre una remuneració per la feina que fa.

3.- Col·locació primer, i després entrenament només de les habilitats requerides per al lloc de feina.

4.- No exclou ningú, ni tan sols els severs: el model proporciona un suport diferenciat per a cada persona.

5.- Manteniment del suport i seguiment durant el temps que cada persona requereixi.

A.- Com s'impliquen els pares i l'empresari en aquest model?

C.L.- Els pares són una peça fonamental en el treball amb suport. En la nostra experiència ens reunim moltes vegades amb ells, al principi en reunió individual per explicar el que anam a fer entre tots, i per cercar per al fill o filla el lloc de feina més adequat, ja que els pares són els que millor el coneixen. Després, feim sessions de treball en grup, a manera de curs intensiu, per explicar com funciona el "supported employment". També els donam informació escrita sobre el que passa i sobre com van progressant les coses, és a dir, reben informació detallada dels registres del programa, de tal manera que els pares tenen un feedback constant del progrés del seu fill o filla, i això els anima moltíssim, ja que al principi estan més aviat escèptics.

Pel que fa a l'empresari, se li ofereixen garanties que el treball sempre es farà i amb la qualitat que pertoca, perquè si el treballador no ho pot acabar, ho farà el preparador. A més, l'empresari sap que pot telefonar al personal de suport sempre que ho necessiti. En el nostre cas, oferim a l'empresari un mes de prova sense cap compromís;

això facilita les coses i ens permet comprovar si funciona bé l'individu, ja que al principi és impossible de predir. L'actitud dels empresaris sol ser molt més bona i positiva del que pensam els professionals.

A.- Quantes persones s'estan beneficiant ja d'aquest model d'integració laboral?

C.L.- Als EE.UU., on funciona fa més temps, ja hi ha integrades 60.000 persones mitjançant el "supported employment", la qual cosa representa un nombre considerable. A Irlanda, amb el meu projecte que es diu "Open Road", tenim integrats més de 30 joves amb retard mental moderat i sever en empreses regulars. Donat que la meua organització ha rebut finançament del Fons Social Europeu, estic en contacte amb tots els Estats membres de la Comunitat Europea i puc dir que aquest model és pràcticament desconegut encara a Europa. Existeixen una sèrie de projectes incipients a alguns països (Portugal, Holanda, Regne Unit, etc.), especialment després d'haver visitat la nostra experiència a Irlanda. Mallorca és un molt bon exemple d'això: Ferran Bellver i el seu equip del Consell Insular vengueren a Irlanda i en tornar a Mallorca, començaren a desenvolupar el seu propi projecte en el Centre CIPRES, per aquest motiu som aquí ara. Crec que aquest projecte mallorquí serà el primer que aplicarà a Espanya el model "supported employment". També tenim al davant la celebració del simposi de desembre que contribuirà a l'expansió del model a Espanya i a Europa. El meu desig és que arran del meu treball cada Estat membre de la Comunitat desenvolupi, almenys, un projecte de "supported employment".

SERVEI D'ACOLLIDA A DONA I FAMÍLIA

Equip Interdisciplinar del Servei



Data d'inici

El programa d'atenció a la dona maltractada i família s'inicia l'1 de juliol de 1989, a partir d'un conveni establert entre Càritas i l'Ajuntament de Palma.

Fonamentació

El servei neix a partir d'una necessitat social, detectada dels serveis socials públics i privats, referida a un col·lectiu concret de dones soles i/o amb fills maltractades, afectat, alhora, per múltiples causes personals-familiars, econòmiques i estructurals que disposen de recursos vàlids però amb problemes d'accessibilitat.

Arran de la demanda existent, es deduí la urgència d'un projecte global que oferís respostes reals a aquesta problemàtica social i que possibilités una intervenció professional i coordinada entre els diferents serveis socials existents.

Definició del servei

Es configura com un servei d'atenció secundària per a dones, soles o amb fills, maltractades físicament i psíquica i que necessiten una atenció i recursos especialitzats per a resoldre la seva situació.

Població a la que va dirigit

El servei s'ofereix a dones majors de 18 anys,

- soles o amb fills amb problemes

la seva situació socio-econòmica.

Els objectius específics són diferents àrees d'intervenció:

- EDUCATIU: escolars, sanitaris, de maternitat, hàbits socials, etc.
- LABORAL: hàbits laborals, promoció i inserció laboral, etc.
- JURÍDIC: informació legal, resolució de separació, divorci, manutenció, custòdia dels fills, etc.
- AFECTIVO-RELACIONALS: relacions familiars, de parella, de mare, afectivo-emocional, etc.
- CONNEXIÓ i COORDINACIÓ amb altres recursos de la comunitat.

Metodologia de treball.

Organigrama

Enfocament del treball

El punt de partida és la certesa que la dona posseeix un potencial capaç de resoldre la seva situació. Per això, el treball es dirigeix a impulsar la dona en lloc de substituir-la.

Això pressuposa un plantejament individualitzat de treball per a cada cas en el que cada dona assumeix progressivament la seva responsabilitat vers els seus fills, la seva parella, les tasques de la llar, la seva feina i ella mateixa. Se l'ajuda a clarificar la manera de millorar l'exercici de la seva responsabilitat

de maltractaments,

- soles o amb fills amb problemes de drogodependència, incorporada en un programa de tractament específic, o
- a famílies en situació d'emergència social.

Objectius

L'objectiu genèric és impulsar el procés de reinserció social: oferir a la dona una estructura que faciliti les bases per a l'establiment d'un equilibri socio-afectiu que li permeti, a llarg termini, satisfer les seves necessitats globals i les dels seus fills, la consecució d'un treball normalitzat i d'un habitatge adequat a

o com iniciar-s'hi, a comptes de fer-li veure la importància d'aconseguir una autonomia econòmica, uns hàbits domèstics que puguin millorar la seva qualitat de vida, de recolzar els seus fills en un compromís escolar i a valorar-se i confiar en ella mateixa per donar suport als seus vincles afectius.

Aquest tipus d'enfocament requereix un plantejament constant per determinar la intervenció segons el punt de partida i progressió de cada cas.

Factors de resposta de la dona

La resposta de la dona és variable segons el grau en què ella es compromet a favor d'un canvi.

El grau de deteriorament amb el que la dona i els seus fills arriben al centres, les experiències familiars i de parella viscudes anteriorment, el seu estat psíquic, la seva capacitat per a l'"insight", drogodependent o no, edat, nombre de fills, són factors que configuren el cas.

Es donen altres dades més objectivables d'interès per predir la resposta de la dona, com són la seva història laboral, el nombre de trencaments anteriors amb la/les parella/es, el transeüntisme, la resposta a altres serveis que l'han atesa prèviament i el temps que fa que la dona viu aquesta situació o si el cas s'ha cronificat.

Fases d'intervenció social

El programa es desplega a través d'un treball en equip i unes fases d'intervenció social que sintetitzam en l'organigrama de la pàgina següent.

Recursos

Per desenvolupar el programa, el servei compta amb un equip interdisciplinar de 12 professionals (9 educadors, 1 assistent social, 1 psicòloga i 1 directora) que atenen i acompanyen la dona i els seus fills durant el procés.

El servei disposa de dos centres: el primer d'informació i primera acollida i el segon per als casos que requereixen un procés més perllongat.

S'ofereix un servei d'informació i orientació, un altre d'orientació i

tractament psicoterapèutic i un servei d'acollida on es dona cobertura a les necessitats bàsiques les 24 hores.

Les famílies completes són acollides en condicions d'alberg, oferint-les, així mateix, els recursos existents.

Estadística-utilització del servei

En el primer semestre (1 de juliol a desembre de 1989) s'acolliren 53 casos, 65 dels quals eren adults i 61 infants.

Al llarg de 1990, s'han acollit 244 persones, 111 adults i 133 infants.

De la població atesa al 1990, un 68% són dones compreses entre 18 i 30 anys, amb una mitjana de dos fills.

Respecte al tipus de problemàtica expressada en el moment de la demanda, podem classificar-la de la següent manera: maltractaments, 46,98%; problemes de parella i/o família, 16,83%; drogodependències, 9,63%; transeüntisme, 18,07%; problema d'habitatge, 8,43%.

Comentari

Les causes i la situació de les dones maltractades és molt complexa i tanmateix no és el moment de parlar-ne. Avui, les denúncies són més nombroses i la sensibilització social, major.

Quan una dona decideix rompre amb aquesta situació, acudeix al servei on pot realitzar un procés de canvi. S'intenta afavorir i elevar la seva autoestima, la seva valoració i dret a una vida: convivència familiar sense maltractaments i una

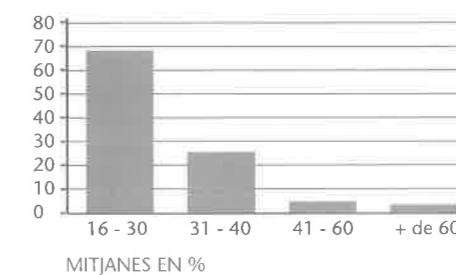
independència econòmica.

Així i tot, hi ha factors que dificulten la seva normalització social, concretament a l'hora de la inserció laboral, per la seva manca de qualificació i la dificultat de compartir l'horari laboral i els horaris dels seus fills. Tot i amb això, l'accés a un habitatge de lloguer suposa un problema més per afrontar degut als elevats preus i al requisit imprescindible de presentar nòmina d'ingressos per a formalitzar el contracte de lloguer quan la seva feina, majoritàriament, es basa en el servei domèstic.

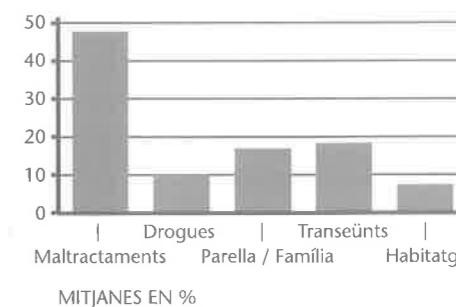
És important, des del nostre quefer, sensibilitzar la societat perquè recolzi la dona en el seu camí.

CENTRE DE LA DONA

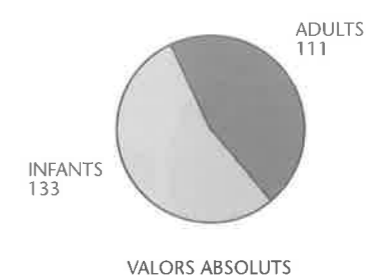
DISTRIBUCIÓ PER EDATS



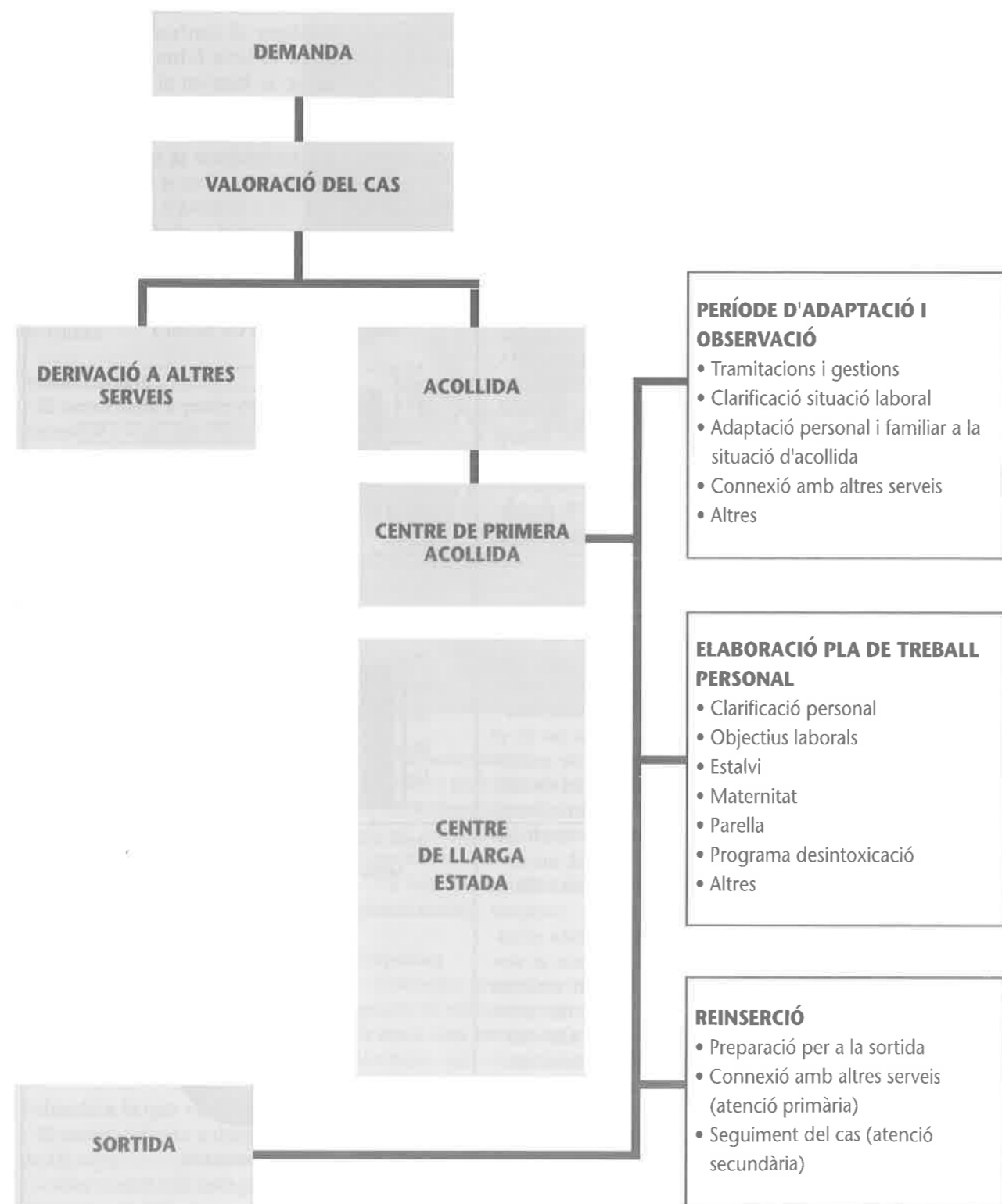
PROBLEMÀTICA GENERAL



POBLACIÓ ACOLLIDA



ORGANIGRAMA



ESTUDI DE LES ACTITUDS DE LA COMUNITAT ESCOLAR DAVANT LA INTEGRACIÓ D'INFANTS AMB NECESSITATS EDUCATIVES ESPECIALS

Ricard Vila Barceló,
assessor de Formació Permanent del CEP de Palma

Un tema sempre present en el camp de l'educació és la influència important que tenen les actituds al front d'un procés d'ensenyament-aprenentatge, però quasi sempre ens basam en observacions subjectives i creences més o manco encertades.

Per aquest motiu, es va decidir fer una anàlisi de quina era en realitat la veritable actitud en relació a la integració d'infants amb necessitats educatives especials (n.e.e.) dins les nostres comunitats escolars.

La hipòtesi de treball era: que el fet de conviure amb infants amb n.e.e. conduïa, necessàriament, a una millora de les actituds en relació a la seva incorporació a l'escola ordinària i a l'acceptació del seu dret a unes oportunitats educatives igual que la resta d'infants.

1. Disseny

1.1. Subjectes

L'anàlisi es va centrar en tres col·lectius: alumnes, pares/mares i mestres.

Es va seleccionar una mostra de 3 centres (un de 15 unitats amb una aula d'educació especial, un altre de 16 unitats amb una aula d'educació especial i experiència d'integració fins a quart d'EGB i un darrer de 8 unitats sense aula d'educació especial ni integració), i de cada un d'ells es va seleccionar un grup corresponent al:

* 20% d'alumnes dels cicles

Mitjà i Superior (un total de 108).

Els alumnes de cicle Inicial varen ser descartats per la dificultat de la recollida de dades utilitzant un qüestionari.

* 20% de pares o mares de tot el centre (un total de 94).

* 100% de professorat de tot el centre (un total de 44).

1.2. Procediment

El procediment va ser el lliurement al professorat dels qüestionaris; l'aplicaren als seus grups i s'encarregaren de repartir i recollir els dels pares/mares (aquests amb un full explicatiu de la finalitat).

Cal dir que la col.laboració del professorat va ser molt gran i molt valorada, ja que sense ella, aquesta investigació era impossible.

1.3. Variables

* Alumnes:

• Coneixement d'infants amb n.e.e.

• Relació amb infants amb n.e.e.

• Amistat amb infants amb n.e.e.

• Cicle en el qual es troben.

* Pares/mares:

• Coneixement d'infants amb n.e.e.

• Valoració de la incorporació dels infants amb n.e.e. a l'aula del seu fill/a.

• Valoració de l'amistat del seu fill/a amb infants amb n.e.e.

• Edat.

* Mestres:

• Experiències de treball amb

infants amb n.e.e.

• Valoració de quin ha de ser el grau ordinari d'integració a l'aula dels infants amb n.e.e.

• Valoració de l'aportació a l'escola de la integració d'infants amb n.e.e.

1.4. Disseny del qüestionari.

Sols es contemplaven les dades més significatives per raons de temps i capacitat de treball i anàlisi.

Cada variable analitzada contemplava una pregunta amb un menú de quatre respostes valorades d'1 a 4 (gens d'acord, poc d'acord, quasi d'acord i molt d'acord).

L'enquesta es va realitzar de forma anònima.

2. Anàlisi de les variables

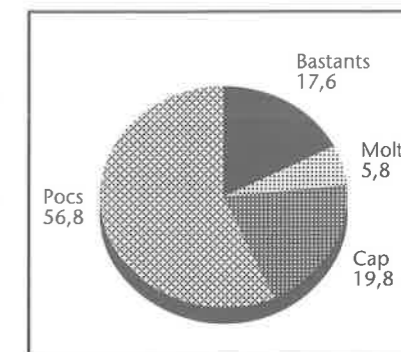
2.1. Alumnes

Qüestionaris repartits: 108

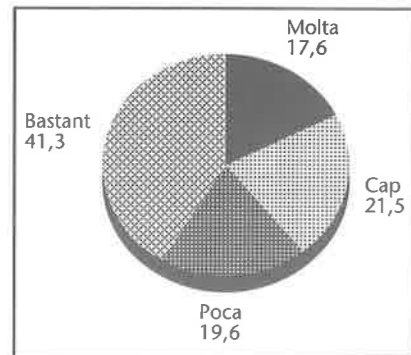
Qüestionaris recollits: 102

Tant per cent: 94,4

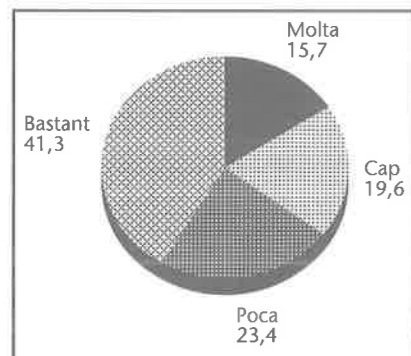
2.1.1. Coneixement d'infants amb n.e.e.



2.1.2. Relació amb infants amb n.e.e.



2.1.3. Amistat amb infants amb n.e.e.



2.1.4. General

És significatiu que:

* Els infants del cicle Mitjà diuen conèixer més infants amb n.e.e. (un 15,68% entre molt i bastant) que els del cicle Superior (un 7,84% entre molt i bastant).

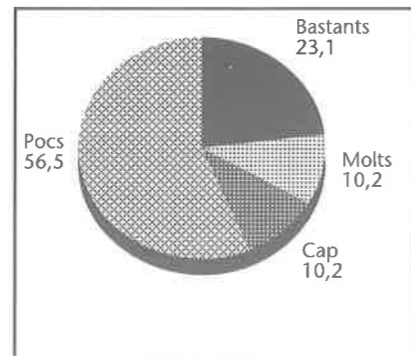
* El mateix succeeix en la variable "tenir relació" (cicle Mitjà un 43,12% entre molt i bastant, i cicle Superior sols un 15,68%).

* Malgrat que el coneixement de forma global se situa en un 76,6% que en coneixen pocs o cap, la variable relació o amistat se situa per sobre del 57% entre molta o bastant.

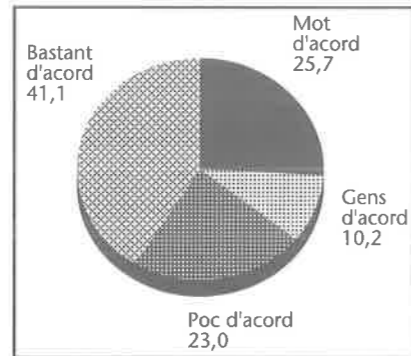
2.2. Pares/mares
Qüestionaris repartits: 94

Qüestionaris recollits: 78
Tant per cent: 82,9

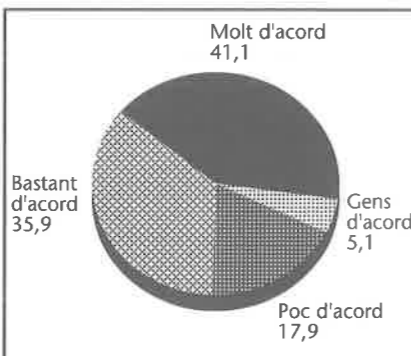
2.2.1. Coneixement d'infants amb n.e.e.



2.2.2. Valoració de la incorporació dels infants amb n.e.e.



2.2.3. Valoració de l'amistat del seu fill/a amb infants amb n.e.e.



2.2.4. General

És significatiu que:

* Dels que valoren com a positiva la incorporació d'infants amb n.e.e. als centres dels seus fills/es,

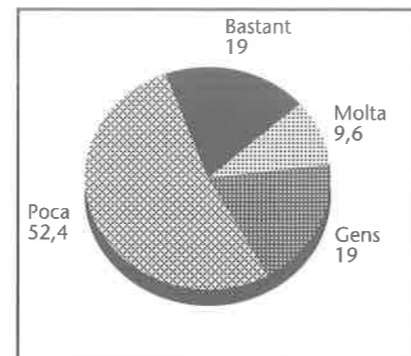
el 57,7% tenen entre 35 i 39 anys; el 69,2% duen els seus fills/es a un centre amb infants integrats, mentre que el 30,8 no (aquesta darrera dada no vol dir que triïn el centre en relació de si té o no integració).

* Dels que valoren com a positiva l'amistat dels seus fills/es (77% entre molt i bastant d'acord), un 40% diuen conèixer molts o bastants infants amb n.e.e., mentre que els que ho valoren com a negatiu (23% poc o gens d'acord) el 77,7% diuen conèixer pocs o cap infant amb n.e.e.

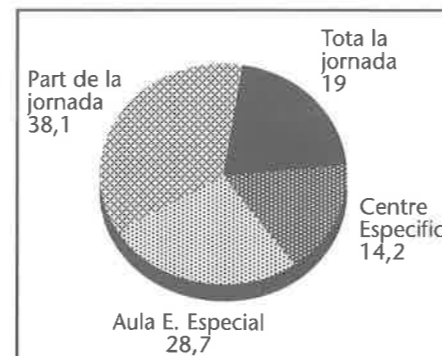
2.3. Mestres

Qüestionaris repartits: 44
Qüestionaris recollits: 42
Tant per cent: 95,4

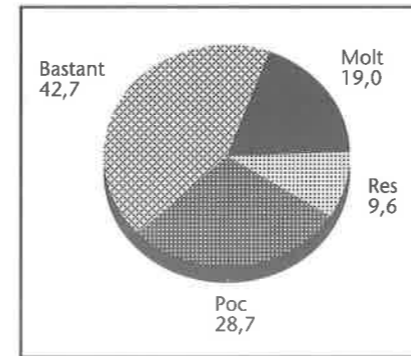
2.3.1. Experiències de treball amb infants amb n.e.e.



2.3.2. Valoració de quin ha de ser el grau d'integració a l'aula ordinària dels infants amb n.e.e.



2.3.3. Valoració de l'aportació a l'escola de la integració d'infants amb n.e.e.



2.3.4. General

És significatiu que:

* El 83,3% que tenen molta o bastant experiència amb infants amb n.e.e., valoren com a positiu la integració durant tota la jornada a l'aula ordinària, i sols el 16,7 part de la jornada.

* El 61,9% valoren molt o bastant l'aportació de la integració a l'escola i sols el 9,6% valoren com a nul.la aquesta aportació.

* El 18,2% dels que tenen poca experiència valoren com a solució l'aula d'educació especial, mentre que el 45% valoren la jornada partida a l'aula ordinària, el 27,2% tota la jornada i sols el 9,6% el centre específic.

3. Valoració de l'anàlisi de les dades

3.1. Alumnes

La primera conclusió possible és que el coneixement d'infants amb n.e.e., es produeix bàsicament dins el seu entorn escolar; la majoria d'alumnes dels dos centres amb aula d'educació especial o experiència d'integració diuen conèixer altres companys/es amb n.e.e.

Al mateix temps, la incorporació de la integració a les aules ordinà-

ries afavoreix l'establiment de la relació i l'amistat amb els infants amb n.e.e.: del 57% que diuen tenir relació o amistat amb infants amb n.e.e., el 56% es troben al centre d'integració i sols el 19% al centre sense cap experiència.

Els alumnes dels grups on el/la seu/va mestre/a té una actitud més favorable a la permanència dels alumnes amb n.e.e., augmenten el seu nivell de relació o amistat, passant d'un 18% a un 64%.

Dels infants que diuen conèixer molts o bastants d'infants amb n.e.e., la gran majoria confirmen després tenir relació o amistat amb ells.

3.2. Pares/mares

La dada més important pot esser la positiva resposta que té aquest col.lectiu en l'acceptació de la incorporació dels infants amb n.e.e. als centres dels seus fill/es: un 66,8%. Sols un 10,2% no es considera gens d'acord amb aquesta possibilitat.

El fet de dur els seus fills a un centre que té alumnes integrats, condueix a un 71,1% a valorar com a positiva aquesta experiència.

El 77% es consideren molt o bastant d'acord amb l'amistat dels seus fill/es amb infants amb n.e.e.; d'aquests/es el 79,3% els porta a un centre amb integració. Aquest fet pot induir a pensar que la situació afavoreix l'acceptació i valoració d'aquesta realitat.

La variable edat pot

ser que no tenguin molta relació per considerar-la una dada significativa, ja que l'edat dels alumnes du a situar, necessàriament, l'edat dels pares/mares dins uns límits preestablerts.

3.3. Mestres

El primer aspecte a destacar és la consideració de tenir poca experiència en el treball amb infants amb n.e.e.: un 71,4% dels que el 69% corresponen al centre sense cap tipus d'integració i sols un 12% al centre amb integració i aula d'educació especial.

El segon aspecte important és que un 42,9% valorin com a situació vàlida l'aula d'educació especial o el centre específic. Una interpretació d'aquesta dada pot dur implícit el sentiment de manca de formació per a aquesta tasca i, al mateix temps, la inseguretad de ser capaços de realitzar-la correctament amb les condicions de diver-



sitat que ja es donen a les escoles.

El tercer aspecte és que el 38,3% valoren que la integració aporta poc o gens a l'escola. Aquesta dada cal enquadrar-la en el fet de considerar que els recursos oferts i donats pel Ministeri es consideren molt insuficients per afrontar amb un criteri de realitat i èxit aquesta nova tasca educativa.

En canvi, els que majoritàriament ho valoren com a molt positiu per a l'escola, valoren més l'aportació humana dels propis infants integrats que les dificultats que comporten a nivell educatiu.

El quart i darrer aspecte és que el 83,3% dels que tenen molta o prou experiència amb infants amb n.e.e., valoren com a positiu el grau més alt d'integració dins l'escola.

4. Conclusió

Retornant a la hipòtesi plantejada a l'inici de la planificació d'aquesta investigació, el fet de conviure amb infants amb necessitats educatives especials condueix, necessàriament, a una millora de les actituds en relació a la seva incorporació a l'escola ordinària i a l'acceptació del seu dret a unes oportunitats educatives igual que la resta d'infants.

Es pot assegurar que si bé no soluciona tots els problemes i les actituds negatives, sí que fa que aquestes minvin de forma important, afavorint la naixença d'actituds molt més integradores.

Sempre és un fet que la millor informació és la que cada un de nosaltres pot rebre de forma directa i dins el nostre entorn més proper.

Malgrat tot, cal planificar tasques d'informació i formació per complementar l'actuació de la integració a l'escola.



RESUM DE L'ESTUDI SOBRE: SESSIONS D'INSERCIÓ PROFESSIONAL

Ana Cortiñas Payeras i
Vicenç Nicolau Munar,
Orientadors del CIAPOJ

El Centre d'Informació, Assessorament i Promoció de l'Ocupació Juvenil (CIAPOJ), que depèn de l'àrea de joventut de l'Ajuntament de Palma, compta amb un programa, entre d'altres, d'inserció professional. Els objectius principals que es presenten són:

- Donar informació sobre l'oferta formativa que els joves tenen al seu abast a partir del seu nivell educatiu (ensenyances reglades, formació ocupacional, etc.).

- Informar de la situació actual i tendències dels mercats de treball.

- Possibilitar l'autoconeixement dels interessos, les capacitats i les aptituds professionals del jove per tal que pugui prendre decisions vocacionals correctes.

- Motivar la recerca d'ocupació i augmentar la seguretat dels /les joves en aquesta recerca.

- Possibilitar l'aprenentatge de les tècniques necessàries per a la recerca d'ocupació, mitjançant un aprenentatge actiu.

Els destinataris d'aquest programa, són tots els joves de Palma que tenen entre 15 i 30 anys i que vulguin orientar-se professionalment.

Per aconseguir els esmentats objectius, es duen a terme, bàsicament, dues activitats: les Sessions d'Inserció Professional (SIP) i les Assessories Individuals. Les SIP consisteixen a donar informació i orientar la inserció professional de manera grupal (Instituts d'FP, BUP, REM, Serveis Socials, Aules Ocupacionals, Projecte Home, etc.). A les Assessories es fa el mateix, però de manera personalitzada.

Les SIP es varen començar a fer durant el mes d'octubre de 1989 i actualment s'han consolidat com a activitat principal del Programa d'Inserció Professional. Una de les

activitats bàsiques d'aquest programa és l'avaluació de les sessions per poder obtenir informació i referències que ens serveixen per conèixer la realitat del que pensen en relació a la formació i a la inserció laboral. Per aquest motiu es va fer un estudi de seguiment amb un grup de joves que varen participar les SIP durant els mesos de novembre i desembre de 1989 i gener de 1990. Aquests joves estudiaven 2on d'FP-1, 3er d'FP-2, 3er. de BUP, darrer curs d'ensenyança secundària obligatòria i 2on curs de batxillerat de REM. Les branques que estudiaven els alumnes d'FP eren: electricitat i electrònica, perruqueria i estètica, automoció, administratiu, cuina i jardins d'infància. Els alumnes que estudiaven BUP eren de les dues especialitats: lletres i ciències. El total de la mostra és de 300 alumnes que suposa un 65% de la població. Les edats, estan compreses entre els 14 i els 22 anys, però la majoria en tenen 16 o 17.

Els resultats i/o informacions de més interès que hem pogut extreure'n són els següents:

- La majoria dels alumnes es dediquen exclusivament als estudis; tan sols un 7,5% compaginen les tasques escolars amb alguna feina.

- La informació rebuda a les SIP, sobre estudis i món laboral, és valorada positivament.

- Hi ha una intenció majoritària de continuar estudiant després del nivell que estan realitzant.

- Destaca l'alt nivell de joves que pensen estudiar una carrera universitària. Tot i que la majoria d'aquests alumnes estudien BUP, també n'hi ha d'algunes branques

d'FP que tenen pensat cursar alguna diplomatura.

- Després dels estudis universitaris, apareixen en segon lloc els estudis d'FP com a preferents per a continuar estudiant. Els joves que pensen seguir aquests estudis provenen del 3er de BUP, o bé del 1er grau d'FP. Les branques més escollides són: administratiu, electricitat i electrònica, jardins d'infància, perruqueria i estètica i sanitària.

- Entre els joves de la mostra, no hi ha massa interès pels cursos de formació ocupacional (segurament perquè ho desconeixen), ni per seguir estudis a acadèmies privades.

- Entre els joves que volen treballar, un 22% vol combinar els estudis amb la feina. Pràcticament la totalitat d'aquest col·lectiu només vol treballar durant el període de vacances de l'estiu.

- Els mètodes més utilitzats en la recerca de feina són els anuncis a la premsa i a través d'amics i coneeguts. Apuntar-se a l'INEM per aconseguir una ocupació no és massa freqüent, ja que només un 5% de la mostra total estan registrats com a demandants de feina.

- Autoocupar-se, creant el propi negoci o empresa, és la manera menys considerada pels joves de la mostra, ja que tan sols 1 jove té intenció de crear el seu propi lloc de feina.

- El joves inverteixen poc temps a trobar ocupació.

- La confiança a trobar feina és alta.

- Els temes de formació que més interessen als joves de la mostra són els estudis universitaris, seguit dels cursos de formació ocupacional i, finalment, els estudis d'FP.

SERVEIS SOCIALS ALS POBLES: EL PERILL DE LES PRESTACIONS



Com a observador interessat en el desenvolupament de prestacions bàsiques als pobles i molt particularment amb la incorporació de figures professionals de primera línia (assistents socials, treballadors familiars) a ajuntaments "verjos" en aquests tipus de serveis, voldria plantejar a continuació una sèrie de reflexions entorn d'aquesta nova situació que m'ha fet qüestionar, en ocasions, la pertinència de certs programes d'acció social a la part forana.

Poble versus ciutat

No cal aprofundir en la diferenciació substancial existent entre la realitat social urbana i la rural. Si bé, avui en dia i sociològicament, és just parlar d'una lenta "urbanització" dels pobles com a conseqüència del progrés, de les comunicacions, de nous moviments sociodemogràfics, de noves relacions econòmico-laborals entre d'altres, és obvi que encara es manté una genuïnitat individual i comunitària que diferencia clarament el col·lectiu urbà del rural.

Pel que fa a la dimensió sociocultural, aquesta genuïnitat rural, de poble, possibilita un tipus de

relació social basada, sortosament, en valors més humanitzats, típics de comunitats reduïdes, amb certa identitat comuna, conseqüència de compartir un territori, uns espais de relació, una certa intimitat; en definitiva el que significa sentir-se poble.

Històricament, els pobles, en condicions normals, sempre han estat capaços d'organitzar-se i crear els recursos necessaris per a garantir la seva continuïtat. Davant les situacions conflictives, es posen en marxa mecanismes d'autoregulació, de manera automàtica, que ajuden a mantenir l'equilibri i el retorn a una situació més normalitzada, més ajustada (probablement una autèntica homeòstasi sistèmica ...).

A les grans ciutats aquest fenomen es fa més difícil. L'accelerat

procés de creixement urbà, la conseqüent dispersió territorial que suposa, la introducció de noves relacions de consum i producció, la contínua mobilitat social més cosmopolita, etc., fan que les condicions necessàries per assegurar l'autoregulació siguin insuficients i, per tant, s'hagin d'incorporar elements reguladors no naturals, a

través de poders públics, per garantir la seva continuïtat.

Autoorganització de la comunitat

Dic tot això perquè, malgrat tot, encara hi ha comunitats, pobles, on funciona l'element natural de l'autoorganització i on no és necessari que l'administració supleixi tècnicament un recurs, ja que la pròpia comunitat el produeix i l'aprofita; pobles que mantenen constants les relacions d'autoajuda, de solidaritat veïnal, assumides i acceptades des de sempre, independentment de l'existència d'una normativa legisladora "oficial", alienes a tot el que significa "tenir dret a..." simplement perquè no cal, perquè és la mateixa comunitat la que crea les prestacions i distribueix els recursos.

Guillem Riera Colom
assistent social

Tots els que vivim a un poble, sabem de la "misèria" que tenim, d'aquells casos concrets, de com està en tal i en tal altre; però també sabem el que fan madò Maria, la veïnada de dalt, el rector, sor Maria, en Pau "es municipal" i un llarg etcètera que, sense ser tècnics en serveis socials, són capaços (almanco fins ara) de solucionar i donar resposta a moltes de les situacions de necessitat que es donen, d'una manera senzilla però efectiva, poc professional però humanitzada, no regulada legislativament però acceptada per tothom. I ho fan amb una única metodologia elemental i primària: la que ve donada pels valors humans i la solidaritat d'un poble.

Si els professionals pensam que l'objectiu final del treball social comunitari és l'autoregulació, almanco respectem aquells col·lectius que, d'una manera natural, ho aconsegueixen. Pensem-ho molt abans d'introduir i provocar una professionalització de les relacions d'autoajuda a certs pobles; pensem en les conseqüències que aquest fet suposa i valorem, doncs, si és justa i pertinent la intervenció tècnica i professional a col·lectius "purs", si pot posar en perill el seu equilibri social natural.

Prestacions socials i comunitat

Tenc la impressió que el mercat de les prestacions socials als pobles està en plena expansió i que la seva cotització treu més rendiment, a curt termini, en vots que en "accions" socials pròpiament dites.

Som conscient de l'històric desavantatge, sobretot a nivell informatiu, en què es troba la part forana respecte de la ciutat. D'aquesta situació, no se n'escapen les prestacions socials que, aleshores, eren més assequibles per a un ciutadà que per a un pagès.

És encomiable l'esforç de les administracions competents en la matèria per reduir i equilibrar progressivament aquest desa-

vantatge, possibilitant la vulnerabilitat dels recursos i serveis a la població rural. Ara bé, en ocasions, la precipitació en la introducció de les prestacions, crea certa confusió i em preocupa que, a determinats pobles, la incorporació de personal tècnic i la implementació de programes d'intervenció social, s'hagin pogut donar més com a conseqüència de prioritats i conveniències polítiques (bàsicament electoralistes) que no fruit d'uns estudis de població, de necessitats, de prospeccions o altres tècniques metodològicament més correctes.

I em preocupa perquè les conseqüències d'aquesta precipitació poden, a determinats pobles, distorsionar la xarxa relacional pròpia, les relacions solidàries i d'autoajuda, la participació natural i espontània i, en definitiva, la genuïna autoregulació de la comunitat. Pens que val la pena filar prim i objectivar els esforços dels diferents equips de professionals vers la protecció d'aquestes xarxes relacionals en els pobles on encara es donen, respectant al màxim la seva genuïnitat i evitant, sempre que sigui possible, rompre o interferir el circuit d'autoregulació existent.

Crec que aquest objectiu és compatible amb una incorporació professionalment estudiada de serveis i tècniques socials, operativitzant

l'accés i la vulnerabilitat dels recursos i, en general, amb una promoció social de la part forana que augmenti la qualitat de vida i el benestar dels pobles.

Operativament, amb aquest plantejament vull dir que si la intervenció professional, la prestació en si mateixa, respon a una necessitat, a una demanda no coberta, insatisfeta, doncs incorporem-la; evitem, però, la substitució, la duplicació o, fins i tot, el canvi, tot argumentant criteris de professionalitat i metodologia, de la xarxa assistencial natural pròpia del poble, les relacions d'autoorganització participativa i solidària. Pensem que posam en perill la seva continuïtat sobre la base de substituir-les per intervencions professionals.

La introducció de figures professionals remunerades per desenvolupar tasques d'assistència social que fins ara, a determinats pobles, es cobrien amb intervencions voluntàries i altruistes de la mateixa comunitat, bé individualment o bé per grups organitzats (dimensió autoorganitzativa), pot provocar la lenta desaparició d'aquestes relacions si no es planteja professionalment amb molta cura. Em resisteix a pensar que el preu de la introducció de prestacions socials a certs pobles sigui aquest; si és així, jo no en vull.



SEGUIM REFLEXIONANT SOBRE L'ASSISTENT SOCIAL

Javier Barés Marticorena
Diplomat en Treball Social
Col·legiat nº 120

Si realment hem superat (1) un model d'intervenció assistencial (2) en el que es tracta de cobrir mancances, tot passant a un model tecnocràtic, on el poder absolut és a mans del professional, i d'aquest a un model participatiu, en el que el professional i la persona que s'adreça al servei (3) interactuen de forma empàtica, aleshores, alguna cosa no va bé, com bé assenyala Ponç Vaquer en el seu article, perquè les queixes de la població vers els serveis socials, tant d'atenció primària com secundària, són constants.

¿No serà que el model participatiu (4), encara, és una utopia? O, dit d'una altra manera, ¿com podem aconseguir treballar amb el model participatiu sense transferir les angúnies, obsessions de control, pes del poder professional i d'altres a la persona que recorre als serveis socials?

Crec que no només és necessària la capacitació professional i la formació permanent dels treballadors socials, com reflexa Vaquer, sinó que crec imprescindible la supervisió psicopedagògica (5) dels professionals.

A la majoria dels serveis en els que hi ha supervisió, aquesta es realitza amb les funcions d'aprenentatge (capacitació), administració (control) i reforçament (suport).

El contingut de cada funció pot descriure's, breument, de la següent manera:

La funció administrativa possibilita la planificació i el control del treball i el temps, així com la utilit-

zació de documentació de registres, informes, fitxes, etc.

La funció d'aprenentatge consisteix a donar informació, proposar noves idees i tècniques, facilitar reflexions, motivar per a l'estudi i relacionar teoria i pràctica.

Amb la funció de reforçament, es pretén estimular, reforçar, treballar sobre situacions conflictives i fracassos per tal d'acceptar-los i d'aprendre a rebre crítiques, així com fer referència a situacions personals en els moments de crisi.

La pràctica demostra que, normalment, la funció administrativa tapa la funció d'aprenentatge i ofega la funció de reforçament.

Això no obstant, la supervisió també pot entendre's com un espai on el treballador social (no sempre ben reconegut professionalment i econòmic per la seva empresa) recobra forces i supera l'esgotament (Burn Out) (6), on aprèn a reconèixer el seu propi ressò emocional a les respostes que ofereix front d'un fet o situació (7) i on, en definitiva, pot aprendre a assolir un autosuport (8).

Resumint, pens que és obligació de tots els treballadors socials (assistents socials, educadors, psicòlegs, treballadors familiars, advocats, pedagogs, etc.) exigir la supervisió, de qualsevol mena, en el seu treball, en benefici propi i en el del ciutadà amb el que treballa. D'aquesta manera es podran clarificar posicionaments (front dels diferents models d'intervenció i de la seva pròpia actuació) i millorar la qualitat del servei.

NOTES:

(1) Cosa ben poc clara si tenim en compte l'article de Ponç Vaquer, "Aportacions per a una reflexió sobre el perfil professional de l'assistent social" que dóna peu a aquest escrit. ALIMARA Nº 23, pp. 23-24.

(2) Veure quadre comparatiu dels Models d'Intervenció Social.

(3) No se m'acut cap altra manera més polida per referir-me als sers humans que s'adrecen als serveis socials. Les altres formes conegudes, pel que tenen de cosificació de persones, em deixen un cert regust amarg.

(4) Cap d'aquests models es presenten en estat pur ni aïlladament; generalment es combinen, encara que sí que es pot definir una certa tendència a seguir-ne un o altre.

(5) GREC. La supervisió psicopedagògica del educador de calle. Revista CARRER 13, nº 1. Palma. 1990, p. 8.

(6) RUBIOL, Gloria. L'esgotament (burn out) en les professions d'ajuda. Revista RTS nº 84. 1984, pp.30-42.

(7) Veure "Memoria" de 1989 i 1990, apartats referents a supervisió (pp. 26-27 i 35-36 respectivament) del "Programa de Trabajo Socioeducativo en Medio Abierto de la Asociación Grup d'Educadors de Carrer i Treball amb Menors (GREC).

(8) BARES, Javier. "Focaliza en supervisión, que algo pasa". Revista CARRER 13, Nº 3. PALMA, 1991.

Quadre comparatiu dels models d'intervenció social (*)

	Model assistencial	Model tecnocràtic	Model participatiu
Característiques	Substitució, duplicació	Es fixa en la conseqüència de la manca	Té en compte el real objectiu i el subjectiu. Desenvolupament de possibilitats
El Tècnic	Unic professional idoni Avaluador entre necessitats i recursos a crear per donar-los resposta.	Protagonista del model. Planifica estratègies per les que el demandant ha de passar obligatòriament.	Mediador entre el subjecte grup i la realitat objectiva i/o subjectiva.
Persona que s'adreça al servei	Portador de demanda que espera que el servei la solucioni.	De ciutadà es converteix en pacient. Acceptació d'estratègies que planteja el tècnic.	Protagonista del model. Importa el que i el com està vivint.
El problema	Es respon al problema, però no es plantejen les causes que originen la situació.	El problema passa de ser social a ser del pacient.	Els problemes socials es defineixen com comunitaris relacionats amb les necessitats psicosocials comunitaries.
El recurs.	Corrector del sistema socio-econòmic.	Terapèutic, amb possibilitats de comptar amb altres professionals.	Element necessari per a establir noves situacions que permetin estructurar el pla subjectiu.
Objectiu	L'atenció, el benestar social substitutori.	Respondre als efectes negatius produïts per un medi social inadequat.	Incidir en els processos de socialització, recuperar aspectes potencials amb efectes socio-educatius.
Mitjans	Conjunt de prestacions i serveis per aconseguir l'objectiu.	Acció preventiva d'efectes. Programes de tractament quan es detecten els negatius.	Projectes comunitaris de desenvolupament, d'intervenció amb els afectats. Població, connectada. Alternatives de relació.
Indicadors d'avaluació del model.	Nbre. de persones ateses. Nbre. de recursos disponibles. Nbre. de recursos de nova creació. Nbre. altes/baixes...	Nbre. de persones tractades Nbre. de casos diagnosticats. Nbre. casos resolts satisfactoriament...	Nbre. de persones connectades. Nbre. alternatives de relació, Nivell de socialització...

(*) Quadre elaborat arran del curs "El educador, el encargo profesional y/o institucional" organitzat pel GREC, setembre de 1990.

BIBLIOGRAFIA

PANORAMICA DE LA DISCAPACIDAD

Demetrio Casado. Barcelona: INTRESS, 1991. 151 pàgs.

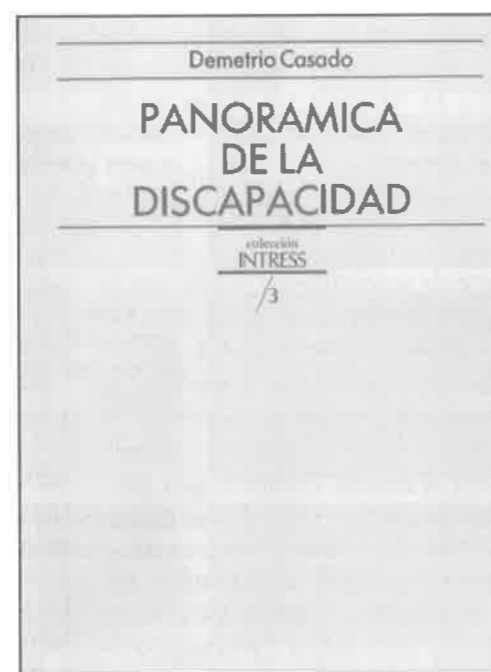
La literatura sobre consideracions teòriques vers la discapacitat o qüestions purament pràctiques és abundant. Això no obstant, no trobam massa obres que aconseguixin conjugar l'enfocament teòric amb el pràctic per donar una perspectiva integral del fenomen de la discapacitat i les seves conseqüències. Aquest és el cas de l'obra que es presenta i que ens ofereix una visió sistemàtica i actualitzada de les múltiples causes (genètiques, clíniques, ambientals), de les diverses manifestacions (físiques, psíquiques i sensorials) i dels distints efectes (anatòmico-fisiològics, funcionals, socials) de la discapacitat.

El llibre comença amb un seguit d'entrevistes a persones amb discapacitat, conegudes per molts de nosaltres, i que aporten notes d'experiències personals. Es presenta, a través del diàleg amb l'autor, el seu testimoni viscut, la causa de la discapacitat, la seva reacció emocional i la necessària adaptació a la seva situació diferent, en uns casos nova tot produint-se en una edat avançada, i en altres des del seu propi naixement.

Una primera part de l'obra presenta com un dels objectius, obtenir una imatge apropiada de la discapacitat sota l'enfocament de les disciplines humanes i socials i d'una manera objectiva, sistemàtica i rellevant. Aquest bloc tracta de les representacions de menyscapte i de les accions a què donen lloc: les teories i doctrines que s'han elaborat i posat en pràctica. L'autor té en compte antecedents i intervencions, per concloure amb l'anàlisi d'algunes institucions espanyoles.

La segona part, més tècnica, tracta de les quatre fases o moments d'intervenció terapèutica i social: prevenció, rehabilitació de capacitats substitutòries, accessibilitat del medi i assistència de manteniment a casos de dependència greus. L'assaig segueix un mètode inspirat en les més recents teoria i doctrina dels organismes internacionals, i l'autor procura "desentrañar y discutir las estructuras y los modos de pensar y hacer de nuestro medio".

Es pretén donar a conèixer i participar del nou corrent que es



despren d'un nou concepte social de la discapacitat i de noves alternatives d'acció. Per això, s'exposa un recorregut per les intervencions tècniques i socials que s'inspiren en els principis de prevenció, rehabilitació, accessibilitat i manteniment, sotmetent a crítica les concepcions fatalistes del passat i l'autoritarisme d'algunes accions actuals; front d'això, proposa la teoria i la ideologia que es desprenen dels organismes internacional per a persones amb discapacitat.

Donada l'experiència de l'autor a l'àrea de la discapacitat, aquesta obra es mostra com a una síntesi entre el pensament i l'acció.

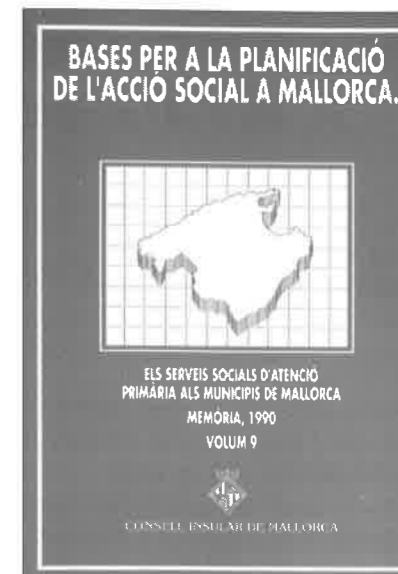
ELS SERVEIS SOCIALS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA ALS MUNICIPIS DE MALLORCA / MEMÒRIA 1990

Consell Insular de Mallorca - Servei d'Acció Social, 1991 (Col. Bases per a la planificació de l'acció social a Mallorca. Vol. 9)

Amb el present volum es dona continuïtat a la col·lecció iniciada l'any 1986, "Bases per a la planificació de l'Acció Social a Mallorca". La valoració de la informació que ens aporten les dades obtingudes, ens permet conèixer l'estat de la qüestió, entorn al treball realitzat per les Unitats de Treball Social i els Centres Comarcals d'Acció Social del CIM, durant l'any 1990. El treball, que ha estat elaborat pel Servei d'Acció Social amb col·laboració amb els professionals dels Serveis Socials Municipals, aporta l'anàlisi de les demandes rebudes, contemplant les diferències per sectors, tipus de problemàtiques i recurs aplicat i, així mateix, facilita la caracterització dels usuaris a partir de les variables de sexe, origen, nivell d'estudis i estructura familiar.

Completa aquest treball l'informe sobre la distribució de les dotacions econòmiques, on es constata l'important creixement sofert, degut a la implantació als ajuntaments de Mallorca de la xarxa de prestacions socials bàsiques. L'anàlisi de la distribució del cost per comarques, municipis i sectors, dels projectes subvencionats, és sobradament explicatiu d'aquest fet.

Tot això, ens ajuda a clarificar quins són els trets que justifiquen l'elaboració d'aquest treball: es tracta de l'inici de normalització d'un sistema de registre de la informació que permetrà, per una banda, fer les valoracions més adients i, en conseqüència, programar de manera més ajustada; i per altra, complir amb la responsabilitat que té l'Administració Pública



de donar claretat i transparència a les actuacions que du a terme. Si bé amb aquest volum ja s'entreen aquests objectius, és important remarcar que no es tracta d'un fet puntual, sinó que hi ha un compromís de treball en aquesta línia per tal de donar-li continuïtat els anys vinents.

Pilar Bellod Cavanna

FORMACIÓ

VIII JORNADES D'ESTUDI DEL CEBS

Josep A. Comes i Ballester

La necessitat que tenen les Organitzacions Voluntàries (OO.VV.) d'organitzar-se entre si per aconseguir el tractament socio-polític que els correspon, fou la constatació més repetida a les VIII Jornades d'Estudi que el Comitè Espanyol per al Benestar Social (CEBS) organitzà a València els dies 8, 9 i 10 de novembre de 1990, patrocinades per la Conselleria de Treball i Seguretat Social de la Generalitat Valenciana.

El tema proposat per al seu estudi foren les "Aportacions socio-polítiques de l'acció voluntària"

(*). Ja abans, en la seva ponència introductòria, el vice-president del CEBS Demetrio Casado, plantejà clarament la qüestió: les OO.VV. són subjectes potencialment independents i amb missió pròpia en la vida col·lectiva, però la seva unió faria la força, si bé encara és lluny el dia en què l'articulació associativa de la iniciativa social sigui una realitat en el nostre país. No en va, constata amb humor una de les ponents que "les OO.VV. som poques, però divertidíssimes". Independència, doncs, política, solidaritat ciutadana, servei públic,

privatització dels recursos, objectivació dels drets ciutadans, intervenció estatal, ajut a l'Administració, nou marc jurídic, dependència econòmica, participació, autonomia, subsidiarietat, complementarietat, etc., varen ser conceptes que, com a pilotes de ping-pong, anaven i venien amb major o menor impuls segons fos la força i agilitat de les intervencions.

L'advocat Luís Benito i l'assessor del Defensor del Poble, Manuel Aznar, exposaren conjuntament el "marc jurídic institucional de l'acció voluntària de l'objecte

social". Després de descriure les principals figures institucionals i les diferències que hi havia entre elles, Luís Benito recordà que corporacions i fundacions són sempre, almenys en algun sentit, d'interès públic i plantejà els problemes d'articulació jurídica en les organitzacions voluntàries (entre ells, la insuficiència de la llei d'associacions de 1964). Per la seva banda, Manuel Aznar, després d'exposar la fonamentació constitucional de l'acció voluntària, descrigué les diferents relacions que el sector voluntari pot mantenir amb el sector privat (mecanatge i patrocini) i amb el sector polític-públic.

Establert aquest marc, el treball de les Jornades girà al voltant de tres àrees amb els seus respectius grups de treball. L'àrea A, moderada per Víctor Renes, presentà distintes estratègies de l'acció voluntària: l'opció independent (Graciela González), la col.laboració en la fundació pública (Eva Cañón) i la contractació de serveis (Josep Ricou).

L'àrea B, dirigida per Paulino Azúa, aprofundí en les relacions a l'interior del voluntariat: agrupacions per afinitats ideològiques (el cas alemany, presentat per M^a Jesús Manóvil), per àrees geogràfiques (el projecte de la Comunitat Europea, presentat per Jordi Estivill) i per sectors (José Manuel Fresno). A la vista de com discorre la política social comunitària, sembla ser que s'imposa una articulació associativa des de baix si es vol que la veu de la base arribi a Brussel·les i que col.labori eficaçment en la transformació del simple mercantilisme actual en un autèntic espai social europeu. L'agrupació per sectors, encara que sigui el model més implantat, es veié que no era el més adequat per tal que les OO.VV.

compleixin el seu paper a la societat espanyola i, per tant, està exigint un seguit de mesures correctores.

L'àrea C fou conduïda per Joaquín García Roca i s'ocupà de les relacions de les OO.VV. amb altres sectors, concretament amb la base social (Astèrio Llorente) i amb el sector polític-públic (Ramon de Marcos). El primer ponent centrà la seva intervenció fonamentalment sobre les aportacions personals i econòmiques a les organitzacions. Insistí en la necessitat de planificar bé el foment de les aportacions, no fos cosa que els mecanismes per obtenir-les costin més que elles. Una segona urgència, en aquest mateix apartat, és la de retre comptes tant davant els membres de les pròpies organitzacions com davant la societat. Des del seu ofici de sociòleg, "exagerar per a clarificar", Ramón de Marcos descrigué amb traços gruixuts els pros i els contra de la teoria democràtica de la participació i del model de l'Estat de Benestar, per concloure dient que urgeix superar les limitacions d'ambdós models.

Els relators del treball de grups, ja a la sessió de clausura, a més d'exposar les conclusions específiques de cada àrea, coincidiren a senyalar la urgència de clarificar conceptualment cada una de les OO.VV.: qui som, què volem, què necessitam, cap a on anam i com aconseguir-ho. Sobretot insistiren en la necessitat d'una coordinació, una feina, pel que es veié i sentí, no gens fàcil tenint en compte la varietat d'interessos en joc. Això no obstant, l'eficàcia del treball voluntari, el seu reconeixement social -"les OO.VV. no hem sabut vendre el producte"- i la seva representativitat davant de l'Administració pública estatal i superestatal

estan exigint que es posi en funcionament. Per això, es demanà -i el vice-president recollí el reptes- que fos el propi CEBS qui ajudàs a aclarir les dificultats i a canalitzar les ànsies de coordinació i representativitat. No contra ningú, que seria suïcida, sinó com a col.laboració i complementarietat. Es demanà, per tant, un espai de reflexió que ben bé podria ser aquest tipus de Jornades on, democràticament, s'escoltin les opinions de tots i es recuperin els principis comuns. Resta, doncs, oberta la possibilitat de convocar un fòrum ampli per a, des de bases comuns, avançar vers la desitjada coordinació. En resum, l'anàlisi de les aportacions sociopolítiques de l'acció voluntària produí, com a conseqüència, la necessitat de plantejar el propi tarannà de les organitzacions i la possibilitat de noves formes de relacionar-se entre elles. Un cop més es constatà el principi que la identitat i la unitat d'un grup no s'aconsegueix mirant-se el melic, sinó mirant cap a fora.

Les Jornades, que foren inaugurades pel Delegat del Govern a la Comunitat Valenciana Francisco Granados, foren clausurades pel Conseller de Treball i Seguretat Social Miquel Domènech. Ambdues personalitats posaren de relleu, en els seus respectius parlaments, l'estima que a l'Administració pública li mereixen les OO.VV. i com seria possible una col.laboració positiva entre ambdues instàncies, mantenint, no obstant, cada una d'elles la seva pròpia autonomia.

(*) Les ponències i conclusions de les Jornades es publicaran pròximament en un llibre de la col.lecció "Bienestar Social".

LA IMMIGRACIÓ A L'"EUROVOL 91". UNA ALTRA DIMENSIÓ DE L'ÈTICA APLICADA

Isabel López Ruiz,
de "Juventud Idente" de Balears

Són distintes les reflexions que es desprenen del IV Congrés Europeu sobre Voluntariat Social que, celebrat a Barcelona el dies 19, 20 i 21 d'abril, comptà aquest any i per primera vegada, amb la presència de voluntaris dels països de l'Europa de l'Est. El lema d'Eurovol 91, Vers una Europa solidària, va ser tractat des de tres temes principals:

- El voluntariat és cosa de tots (grups de treball),
- El voluntariat del segle XXI (simposis), i
- Les organitzacions voluntàries al servei de tots els ciutadans (taules rodones).

Centraré la meua atenció en aquest darrer perquè, a més de ser el que va tenir una millor acollida, segons l'opinió generalitzada, fou el que més m'impressionà. Es va exposar simultàniament a quatre taules rodones:

- a) Organitzacions voluntàries al servei dels immigrants del Tercer Món,
- b) Aportacions de les organitzacions voluntàries a la prevenció, lluita i reinserció de drogodependents,
- c) Aportació de les organitzacions de voluntaris a la prevenció, lluita i reinserció dels afectats per la sida, i
- d) La gent gran i les organitzacions de voluntaris: participants i receptors.

M'aturaré a la primera taula rodona, no perquè fos ni la millor ni la més important, sinó per l'interès amb què fou seguida, sobretot, supòs, pel moment històric que vivim en el qual els immigrants "illegals" són, actualment, una qüestió candent. De les quatre ponències que precediren el col.loqui, varen destacar especialment la que exposà Teresa Losada sobre la seva experiència a Barcelo-

na, vers els immigrants del món àrab, i la que tractà sobre l'"Assistència sanitària als immigrants", presentada per l'"Associazione Fernando Rielo di Assistenza e Ricerca Sanitaria". A aquesta em referiré bàsicament perquè és la que més conec, ja que des de fa uns anys hem realitzat intercanvis i col.laboracions Juventud Idente i l'associació sanitària Fernando Rielo d'Itàlia.

Segons la seva ponència, a Roma i en aquests moments hi ha uns 30.000 immigrants que, per distintes raons, no tenen dret a l'assistència sanitària pública. L'Estat italià no garanteix cap servei mèdic a aquest tipus de persones. Només en casos d'urgència és possible l'hospitalització, si bé, per això, s'ha de pagar una quota hospitalària que per a 1991 ha arribat, segons les tarifes ministerials, a nivells altíssims: en un ambient normal unes 30.000 ptes. diàries i en un especialitzat, com cardiologia, unes 100.000 ptes. diàries aproximadament. És evident que aquestes quantitats no poden anar a càrrec dels immigrants que arriben a Roma, considerant, a més, que els problemes no solament són d'hospitalització, sinó de medicina ambulatoria, de dificultat per a les dones embarassades, de malalties infeccioses cròniques, etc. A tots aquests camps, per raons jurídiques i administratives, l'estat no hi pot donar respostes.

Des del 1983, aquesta Associació ve realitzant un projecte d'assistència sanitària, sobre la base del voluntariat per a immigrants, que ha estat el primer de Roma i un dels primers d'Itàlia, constituint, a més, un punt de referència per a l'assistència dels immigrants i una manera de sensibilitzar la societat italiana i la de la resta de països.

Aquesta activitat que duen a terme els voluntaris de l'"Associazione Rielo di Assistenza e Ricerca Sanitaria", mereix prou atenció. Primer per la tasca que realitzen no sols per atendre, en la mesura de les seves possibilitats, als immigrants, sinó també pel seu treball de sensibilització adreçat a la societat i a l'Administració; per la seva valuosa intervenció espontània i immediata per a resoldre problemes als que ningú pot respondre. Tot això, emmarcat en la presa de consciència de la particular cultura del pobre i del marginat.

En segon lloc, una altra fase molt important que segueix a aquest moment de conscienciació, és tenir com a objectiu la consecució d'unes lleis que legitimin la situació dels immigrants.

Aquí comença tot. El voluntari, després de veure el que hi ha, assumeix el problema, descobreix el que té d'específic, promou una nova cultura sobre el problema i estimula les institucions públiques perquè en donin una resposta.

Aquesta associació neix, precisament, per diagnosticar, prevenir i guarir qualsevol tipus de malaltia, tant física com psíquica, a totes aquelles persones que ho sollicitin. Tot és completament gratuït per a aquells immigrants que no tinguin dret a l'assistència sanitària pública. L'activitat està subvencionada per Càritas Diocesana de Roma que és l'organització més important d'aquesta ciutat quant al servei dels immigrants. En aquest projecte hi treballen actualment més de 150 persones entre metges, infermers i altre tipus de personal. I tots ells són voluntaris.

La línia d'actuació a favor dels immigrants ha estat, a més de l'assistència sanitària, la investigació epidemiològica i la realització

El Doctor D. Ricardo Colasanti i la infermera Sra. Ma. Carmen Timoneda, voluntaris de l'Associazione Sanitaria Fernando Rielo d'Itàlia



de congressos.

Des del punt de vista assistencial, les activitats bàsiques són: un poliambulatori, un centre de defensa de la vida, un centre de gastroscòpia, un servei ecogràfic i un servei d'electroencefalografia.

L'ambulatori comprèn especialitats com pneumologia, oftalmologia, oto-rinolaringologia, cardiologia, psiquiatria (en col.laboració amb la càtedra d'Higiene Mental de la Universitat de Roma).

Les característiques dels immigrants atesos, majoritàriament africans, són les de persones que viuen normalment en condicions extremes, des del punt de vista de l'habitatge, alimentació i vestuari.

Quant al seu programa emigratori, es divideix en tres grups:

a) Els transeünts. Són sobretot etiòpics que arriben a Roma clandestinament on esperen dos o tres anys en condicions inhumanes per poder aconseguir un visat per anar als Estats Units, Austràlia o al Canadà.

b) Estacionals. La seva presència es limita a alguns períodes de l'any relacionats amb treballs particulars.

c) Immigrants estables. Són els que han escollit Itàlia com a nació d'emigració definitiva.

Aquí no es parla dels refugiats reconeguts per l'ONU; a Roma n'hi ha un nombre reduït.

Des del 1983, l'"Associazione Fernando Rielo di Assistenza e Ricerca Sanitaria" ha atès uns 20.000 immigrants procedents de 85 nacions, la majoria del Corn d'Àfrica: Etiòpia i Somàlia. Es tracta d'immigrants, freqüentment de bon nivell cultural, procedents de les capitals i quasi mai d'àrees rurals. L'edat mitjana se situa entre els 25 i 30 anys, essent més elevat

el percentatge d'homes que de dones.

El doctor Colasanti i la infermera M^a del Carmen Timoneda, ambdós voluntaris d'aquesta associació, avaluant la seva experiència amb els immigrants, constaten que, des del punt de vista sanitari, existeix una relació difícil fonamentada sobre un seguit de prejudicis molt negatius. En general, el metge creu que els immigrants provenen de regions salvatges del Tercer Món i que tenen malalties tropicals: "Realment, l'immigrant prové, almenys segons la nostra experiència, de les capitals africanes, quasi mai de regions rurals, on hi ha, endèmicament, malalties tropicals".

D'altra banda, el malalt immigrant creu, per la idea que els donen els mitjans de comunicació sobre un occident ric i tecnològic, que la sanitat a Europa és extraordinàriament eficient, una mena d'Edèn tecnològic; sens dubte un miratge que cal eliminar.

S'observa que l'estat de salut de l'immigrant quan arriba, generalment és bo, sobretot perquè emigren els més joves i sense malalties tropicals. Passa, no obstant, que s'emmalalteix per les deficientes condicions de vida, per la fam, la manca de treball i d'allotjament.

Alguns problemes típics de la salut dels immigrants, segons l'experiència del voluntariat de l'"Associazione Fernando Rielo di

Assistenza e Ricerca Sanitaria" (Itàlia)

Problemes de transculturació. Comprensió de les necessitats més enllà de com l'expressen els malalts d'una altra cultura.

L'assistència als clandestins. El voluntariat es troba impotent per poder atendre'ls i, a més, fer investigacions epidemiològiques.

Problemes de la dona i l'infant en migració. La dona es troba absolutament sola. Africanes que en la seva cultura són ben contràries a l'avortament, aquí el demanen, sobretot perquè es troben tan abandonades que no saben com sortir de la situació en què es troben.

Les malalties d'importació. Si bé sabem que els immigrants no estan afectats, en general, per les malalties tropicals, no obstant, hi ha un petit grup que pot importar-les, sobretot malalties de llarg període d'incubació (lepra, la sida, etc.) que permeten que surti del seu país sense saber que està infectat.

La prevenció de les patologies produïdes per la pobresa. No es pot parlar de salut si, prèviament, no s'elimina la pobresa.

El problema de les malalties psiquiàtriques. Moltes vegades es diagnostiquen malalties psiquiàtriques quan només hi ha por, incapacitat d'expressió, strés.

El problema de les malalties traumàtiques. Alguns immigrants provenen de zones de guerra, altres han estat torturats o objecte de



Isabel López Ruíz, Coordinadora a Balears d'Eurovol

violència. S'ha de tenir en compte l'especificitat d'aquesta situació.

L'orientació vers el sistema sanitari públic. Els immigrants que s'han pogut legalitzar, tenen necessitat d'entendre el sistema sanitari públic, la seva estructura, bastant complexa i difícil d'entendre fins i tot per als propis italians.

La prevenció de la sida. És important promoure campanyes de prevenció, sobretot per als immigrants que vénen de zones on encara no ha arribat aquesta malaltia.

Problemes bioètics de la immigració. S'han de respectar molt les diferències culturals i de fe en el camp moral: la religió musulmana de molts d'ells, la visió de la sexualitat, el problema de l'avortament i de la planificació familiar. Tot això requereix una particular sensibilitat de part dels voluntaris.

El voluntariat, assenyalen, no pot limitar-se a una simple funció de substitució de la institució pública, sinó que l'ha d'estimular perquè es comprometi. En aquest sentit, han fundat amb altres grups de voluntaris la Societat Italiana de Medicina de les Migracions, han publicat articles i llibres i s'han servit dels mitjans de comunicació.

L'Associazione Sanitaria Fernando Rielo (ASFR) fins i tot ha organitzat congressos, la finalitat dels quals ha estat la formació aprofundida i l'intercanvi d'experiències en el camp de la sanitat dels migrants*.

Una manera d'actuar que sembla

específica del voluntariat i que el diferencia d'una simple agència d'activitat socio-sanitària, és l'extraordinària capacitat de reconèixer i entendre les diferències socials i humanes, lluny dels esquemes i prejudicis. L'estat assistencial preveu serveis estàndards més o menys iguals per a tot. Això no obstant, qui viu al carrer, en el límit del conivència social, necessita una especial comprensió, paciència per ser escoltat, prudència, una amistat constituïda sobre la capacitat d'entendre les raons que han provocat aquesta marginació.

Només el voluntari té aquesta reserva espiritual, aquesta capacitat de destruir l'equació treball = doblers per transformar-la en treball = civilització. D'una altra manera, ¿com explicariem les hores i hores dedicades per metges, farmacèutics, infermers, ajudants, fins i tot porters, voluntaris, pensant que el seu treball no és un joc d'infants, no és la forma de gratificar un dia, sinó que té el mateix valor que el que realitza de manera professional durant tota la setmana? El treball del voluntari, animat per l'esperança, serveix per civilitzar una societat consumista, materialista, embadalida per l'economisme, on cada acte té un valor en relació al seu valor mercantil.

I relacionat amb els immigrants, això vol dir, segons el doctor Colasanti, la creació d'una cultura d'acollida que no s'ha de fonamentar sobre un sentimentalisme afec-

tiu cap al diferent, sinó en l'observació desinteressada, precisa, clara, que faciliti i ajudi la comprensió mútua. La família humana pot contenir-se amb lleis, drets i deures; però per a integrar-se, entendre's i créixer, hem d'ultrapassar les diferències allà on semblam enemics uns dels altres, per arribar on ens reconeixem profundament propis els uns dels altres.

A això no ho poden fer institucions públiques, sinó persones formades a l'escola d'un contacte íntim amb les diferències, sense prejudicis i, evidentment, sense mitologies.

En aquest grau, el voluntariat pot arribar a ser un component estable i important del sistema social. Més petit que l'estat assistencial i el privat mercantil, però molt més sensible, operant com un autèntic catalitzador d'un estat assistencial atent les masses i d'un sector privat mercantil que es fixa en el profit econòmic.

Per acabar vull agrair al Consell Insular de Mallorca la beca que ha permès la meua assistència a aquest IV Congrés Europeu sobre Voluntariat. Participant-hi he après algunes coses, en especial i en el cas dels immigrants, a mirar-los amb altres ulls.

(*). Roma, abril de 1988: Primer Congrés Internacional de Medicina i Immigració, conjuntament amb la Universitat de Roma. Roma, juliol de 1990: Segon Congrés Internacional de Medicina i Immigració, conjuntament amb Harvard University, Càritas Diocesana de Roma i la Universitat de Roma.

NOVES ALTERNATIVES D'ALLOTJAMENT PER A LES PERSONES MAJORS

JORNADES INTERNACIONALS ORGANITZADES PER L'AJUNTAMENT DE SARAGOSSA

J. Baltasar,

responsable de la Unitat de Gent Gran del Servei d'Acció Social del CIM

Els dies 25 i 26 d'abril, es varen celebrar aquestes Jornades que reuniren representants de diverses localitats espanyoles i estrangeres.

L'objectiu era la presentació de les iniciatives més innovadores sobre alternatives a l'allotjament per a majors. Les ponències donaren a conèixer experiències dutes a terme a Saragossa, Barcelona, Càceres, Toledo, Guipúscoa i a altres localitats de països com França, EE.UU., Anglaterra i Suècia sota la direcció/col.laboració d'entitats públiques i privades. També es va fer una exposició, a grans trets, de la política d'allotjament que contemplarà el PLA GERONTOLOGIC NACIONAL.

Com a nota introductòria, es varen tenir present els efectes de l'increment demogràfic d'aquest sector de població en el marc del desenvolupament del model de Benestar Social. L'evolució, en els darrers anys, de l'estructura familiar urbana i la situació actual del major dins la llar; l'augment de l'esperança de vida i el creixement alentit de l'autonomia econòmica del major, són aspectes que configuren una situació que reclama solucions urgents. A pesar de tot (i seguint el criteri dels ponents), el perfil mitjà de la persona major de 65 anys, serà ben diferent en el futur. L'augment progressiu del nivell cultural, de formació i de renda econòmica, propiciarà uns canvis socials que portaran una

millora en l'atenció al col·lectiu des de les Administracions. En aquest moment, la política d'habitatge i allotjament dels majors contempla, des de l'Administració Central i Autònoma, la recerca de noves solucions alternatives.

L'objectiu, avui, es fer que la institucionalització no sigui necessària i mantenir l'usuari en el seu entorn, amb un nivell adequat de llibertat, autonomia i participació.

En aquest sentit, l'Administració Pública i Privada ha implantat el Servei d'Ajuda a Domicili (SAD), però el model desinstitucionalitzador ha d'integrar altres alternatives per a donar solució a certes situacions de soledat (el 19 per cent de la població major de 65 anys viu sola (1)), de manca de recursos i de problemes seriosos d'adequació d'habitatges (el 36 per cent dels majors consideren que la despesa per al manteniment de ca seva és una part important dels seus ingressos (2)).

Els recursos i serveis alternatius presentats per a majors vàlids són els habitatges tutelats i habitatges autogestionats. Per a les persones amb problemes d'autonomia física o mental, s'opta per alternatives com l'hospitalització a domicili, apartaments terapèutics o habitatges comunitaris específics.

Per habitatge tutelat s'entén, en termes generals, un allotjament habitat per un grup reduït de persones (de 4 a 6), que gaudeixen

d'un grau acceptable d'independència personal i viuen en règim d'autonomia, però sota la tutela i assistència tècnica de qualque entitat pública o privada. El personal de suport s'encarrega del seguiment i coordinació de la convivència a la llar, encara que segons les característiques dels usuaris es pot veure la necessitat d'intensificar el suport terapèutic.

En alguns d'aquests recursos s'estableixen les normes mínimes de convivència mitjançant el consens de documents que recullen els drets i deures dels usuaris.

Aquestes opcions per a la població vàlida han de contemplar una possible cobertura de places a una institució per a aquells majors que, pel seu grau de deteriorament, ho requereixin amb el temps.

El foment del contacte amb la família és encara més acurat en els recursos dirigits a la població assistida.

A continuació es presenta un petit resum de les experiències que ens han semblat de major interès (per a una informació més extensa acudiu a la redacció d'aquesta publicació).

Càceres

A la localitat d'Alcàntara, com a annex al "Club de Pensionistes", es troben quatre pisos tutelats amb una capacitat de sis usuaris cada un.

És un recurs d'àmbit comarcal, gestionat conjuntament per l'Insero i l'Ajuntament de l'esmentada localitat.

Els tècnics dels serveis socials, estudien els casos de possibles candidats, d'acord amb els criteris de selecció prèviament establerts (edat avançada, problemàtica social, nivell acceptable d'autonomia personal i bona aptitud per a la convivència); després, la Junta de Selecció, formada per un representant de l'Ajuntament dels residents, del Club, l'Assistent Social del Club, i una representació de la Direcció Provincial de l'Insero, acorda les admissions.

L'usuari que s'incorpora al nou habitatge, gaudeix de la utilització de les instal·lacions del Club annex, del seu menjador i servei de neteja, i abona per tot això el 75 per cent de la seva pensió. Un auxiliar de la llar complementa aquests serveis amb la neteja de roba i zones comuns de la casa, mitjançant la modalitat de l'Ajuda a Domicili. Els usuaris s'encarreguen de la neteja de les seves habitacions i altres activitats domiciliàries quotidianes.

Els habitatges que es comuniquen directament amb el Club, tenen amples espais comuns i dormitoris d'un, dos o tres llits.

S'ha constituït una Junta Administrativa per a la gestió de la despesa dels habitatges, formada per un representant de l'Ajuntament,

un dels residents i l'Administrador dels pisos.

Cal afegir que l'experiència es valora molt positivament i que dos dels usuaris de la Residència per a vàlids de Càceres varen voler experimentar un període de prova en aquest nou recurs més a prop del seu entorn. Avui, són inquilins d'aquests habitatges i, segons valoracions personals, han recuperat més llibertat i vida.

Guipúscoa

S'ha fomentat l'alternativa de l'acolliment familiar per a majors, com un intent d'institucionalitzar una situació que de fet es venia produint entre parents, amics, veïns, etc.

Es contempla la possibilitat de l'acolliment de llarga i curta durada i, encara que el compromís es pot trencar a sol·licitud d'algun dels implicats, fins avui, la valoració dels usuaris i l'administració és positiva. Cal dir que aquesta modalitat d'allotjament alternatiu, té el suport administratiu d'una legislació pròpia que la regula. La família, rep de l'Administració, però a través de l'usuari, una aportació econòmica pel servei.

Les característiques dels acolliments que s'han posat en marxa fins avui són:

Famílies acollidores de membres adults entre 35 i 60 anys, sense cap

relació de parentiu sense l'usuari beneficiari. Es dona una notable preferència per acollir dones a la seva llar i després d'un sondeig entre les famílies sol·licitants, un 47 per cent li es indiferent el grau d'invalidesa de la persona major.

La majoria dels usuaris viuen sols i es procura mantenir-los en el seu entorn habitual (un 10 per cent s'han vist obligats a canviar de municipi). El 20 per cent dels acollits, necessiten una atenció mèdica especial.

Quant a la problemàtica de la població que es beneficia, la soledat, condicions inadequades de la casa (per deteriorament o per estructura), manca de recursos i salut, són les situacions més freqüents d'una població major que té una mitjana de 67 anys.

Un equip tècnic dona suport a aquest servei fent un seguiment i avaluació contínua de cada cas. Es té especial esment dels possibles casos d'institucionalització i a la formació terapèutica de la família acollidora.

Barcelona

A través d'un estudi detallat, s'ha detectat un alt grau de deteriorament als habitatges de les persones majors de 65 anys. L'Ajuntament d'aquesta localitat, amb la col·laboració d'entitats privades del sector immobiliari i dels Serveis Socials,

ha duit a terme programes per a la restauració d'aquestes cases i l'oferta d'habitatges protegibles sense dret de subrogació.

Pel que fa als habitatges tutelats, es troben en blocs de quatre, dels quals dos funcionen en règim de mini-residència i els altres dos amb llibertat total d'organització. Actualment hi ha uns cinquanta habitatges.

Es troba en fase d'estudi la possibilitat d'ofertar un programa dirigit als majors que resideixen a casa seva, la superfície i característiques de la qual, no permeten al propietari fer-se càrrec del seu manteniment mínim. En aquests casos, el projecte contempla la utilització de la casa per a més d'una persona major, distribuint així la despesa, amb els avantatges d'ordre econòmic i de convivència que això suposa per al propietari.

Estocolm (Suècia)

La política d'allotjament, també es fonamenta en el manteniment del major a la seva llar i/o entorn habitual. El SAD, és de característiques semblants a les conegudes, oferint la possibilitat d'un servei nocturn específic.

A Estocolm trobam tipus diferents de recursos específics per a persones majors:

Pisos de pensionista, per a majors de 55 anys vàlids. Són habitatges amb pisos normalitzats però

que gaudeixen de certs serveis comuns (cuina, gimnàs i organització d'activitats). Els residents poden optar per l'organització de diferents tipus de serveis comuns.

Allotjaments compartits: Són apartaments en edificis que tenen un total de 50 a 300 unitats d'una o dues habitacions. S'oferta un servei d'ajuda domiciliària als residents. Hi ha un restaurant a l'edifici i altres serveis comuns. L'habitatge es lloga i el SAD és un cost afegit per a l'usuari.

Residències d'ancians de quarta edat, on es viu en habitacions senzilles (10 a 15 m²) que moblen els propis residents. Els menjars es serveixen en els espais comuns. També es tenen a l'abast serveis especialitzats per a la població amb més alt nivell de deteriorament.

Actualment hi ha unes mil places, encara que aquesta modalitat s'està reconvertint en altres tipus de serveis alternatius.

Pis a una casa de Servei, és una alternativa per a persones amb alguna necessitat d'ajuda o supervisió (minusvàlues físiques o demències). La capacitat és de 5 a 7 usuaris que són atesos per personal especialitzat.

Actualment, a Estocolm trobam unes 350 places d'aquesta modalitat (per una població total de 675.000 habitants) i es preveu ampliar aquest nombre fins a les 400.

Residències assistides per infermeres. A pesar de la seva denomi-

nació, són habitatges residencials, no grans institucions. N'hi ha de tres tipus: les residències centrals, annexes a un departament o recurs geriàtric, les residències locals, sota direcció i suport del sistema d'atenció primària de salut (el metge del districte és el cap) i altres residències assistides de caràcter privat.

En aquest moment hi ha unes 4.000 places des de petits apartaments individuals, fins a pisos de quatre habitacions.

França

Els Serveis Socials a França, de cada vegada més, van incorporant mètodes de suport propis de la geriatria. La causa principal de la institucionalització de la persona major, és la pèrdua d'autonomia.

La concepció actual de les residències s'obre cada vegada més a l'exterior i es fomenta la participació de familiars i residents a les activitats.

Els recursos d'allotjament atenen no només la satisfacció de les necessitats més elementals dels majors, sinó també la manera com es donen aquestes atencions.

Les **Marpa** són cases rurals d'acollida per a persones majors, d'estructura petita (quinze allotjaments individuals) i envoltades d'espais comuns. No són residències i el seu estil de vida es familiar i participatiu dins la comunitat on es troba. Una mestressa de casa



- Garantir les places necessàries per donar

polivalent s'encarrega de l'atenció i direcció de les cases.

Els **Apartaments protegits**, són allotjaments per a diverses persones majors no autònomes que reben una assistència més acurada que en el seu domicili. Aquesta experiència es fomenta principalment des de les associacions privades i entitats sense afany de lucre. També hi ha recursos de caràcter públic com unitats de transició entre l'hospital i el domicili. Aquests apartaments terapèutics, a més d'allunyar el pacient d'un ambient hospitalari i deshumanitzant, evita les permanències de mitja o llarga durada en els hospitals.

Els **Cantou**, són petites comunitats que es varen començar a obrir el 1977 i acullen persones majors depenents amb diversos graus de deficiència mental, però capaces d'ajudar activament i solidària a les tasques quotidianes. Són habitatges de dotze places i a França n'hi ha uns 40.

Hi cap la possibilitat d'utilitzar el recurs per curta o llarga estada i com a centre de dia.

Recursos per a allotjament temporal que funcionen com a complement del SAD. Hi ha unes 200 places, la majoria en ambients rurals i durant el període d'hivern.

Aquest servei és la resposta a la fase posterior a una d'hospitalització o per al cap de setmana i vacances de les famílies amb majors.

Tenen una mitja de 16 places cada un i la duració de l'estada és de 4 a 8 setmanes.

Pel que fa als objectius del PLA GERONTOLOGIC NACIONAL, contempen, entre d'altres, la posada en marxa d'un ample ventall de recursos dirigits a la problemàtica d'allotjament dels majors.

Aquest Pla està en fase de projecte estant pendent de la definitiva aprovació pel Govern (que es preveu per al proper mes de juny).

Referent al problema d'allotjament, el Pla contempla els següents objectius:

- Aconseguir que els domicilis dels majors reuneixin les condicions necessàries d'accés i habitabilitat.

- Propiciar la permanència dels majors en el seu entorn, fomentant la convivència solidària, autonomia i ajuda mútua a través de la posada en marxa d'un programa d'habitatges tutelats, del suport a les iniciatives dels majors i d'experiències d'habitatges compartits en règim d'autogestió.

- Afavorir el desenvolupament de la solidaritat social, a través d'un programa d'acolliment familiar.

solució a les situacions de necessitat que ho requereixin i crear en els centres les condicions idònies perquè es doni la institucionalització necessària i la màxima convivència possible.

El Pla Gerontològic preveu establir un programa d'inversions en habitatges tutelats que arribarà a cobrir una plaça per cada 100 majors de 65 anys, al llarg de la dècada dels 90. Tot això, a través del compromís compartit amb Govern Autònom i Corporacions Locals.

El Consell Insular de Mallorca (Servei d'Acció Social), amb la col.laboració dels Ajuntaments de la Part Forana de Mallorca, vol implantar una experiència pilot d'alternatives a l'allotjament per donar resposta a certes situacions de necessitat i evitar, sempre que sigui possible, la institucionalització.

Es pretén la creació d'habitatges tutelats per a majors o minusvàlids i la possibilitat, en certs casos, d'exercir una tutela a la pròpia llar de l'usuari.

NOTES

- (1) Dades del CIS referides a 1989.
- (2) Dades de Insero, referides a 1990.

CURSOS I JORNADES

CONTEXT FAMILIAR I INTERVENCIÓ TERAPÈUTICA.

Roquetas de Mar, Almeria, de l'1 al 5 de juliol.

Organitza: Universidad Complutense de Madrid, Secretaria de los Cursos de Verano.

c/ Princesa, 5, 1ª izda.

Tel. 91.5597570

28008 MADRID

LES ORGANITZACIONS VOLUNTÀRIES I EUROPA.

Madrid, 4, 5 i 6 de juliol de 1991.

Organitza: Comitè Espanyol per al Benestar Social (CEBS).

c/ Claudio Coello, 35, 1r.

28001 MADRID

L'INFANT DE 0 A 6 ANYS: DRETS I QUALITAT D'ATENCIÓ.

Barcelona, 8, 9 i 10 de juliol de 1991.

Organitza: Universitat Internacional Menéndez Pelayo (UIMP)

Per a més informació: Secretaria d'Alumnes de la UIMP a Barcelona,

c/ Egipcíques, 15

Tel. 93.3295854

Fax 93.4419264

08001 BARCELONA

INVESTIGACIÓ EN ANIMACIÓ SÒCIO-CULTURAL.

Calatayud (Saragossa), del 8 al 12 de juliol de 1991. Dirigit per Gloria Pérez Serrano.

Organitza: Universitat Nacional d'Educació a Distància, Centre Associat de Calatayud

Pl. San Juan el Real, 1

Apartat 115

Tel. 976.881800

Fax 976 880511

50300 CALATAYUD (Saragossa)

PLANIFICACIÓ I DIRECCIÓ DE PROJECTES.

Calatayud (Saragossa), del 8 al 12 de juliol. Dirigit per Javier Conde Collado.

Organitza: Universitat Nacional d'Educació a Distància, Centre Associat de Calatayud

Pl. San Juan el Real, 1

Apartat 115

Tel. 976.881800

Fax 976 880511

50300 CALATAYUD (Saragossa)

INTERVENCIÓ EN TERÀPIA FAMILIAR.

Calatayud (Saragossa), del 10 al 13 de juliol de 1991. Dirigit per José Antonio Ríos González.

Organitza: Universitat Nacional d'Educació a Distància, Centre Associat de Calatayud

Pl. San Juan el Real, 1

Apartat 115

Tel. 976.881800

Fax 976 880511

50300 CALATAYUD (Saragossa)

LA SALUT MENTAL A L'ANY 2000.

Madrid, del 15 al 19 de juliol.

Organitza: Universidad Complutense de Madrid, Secretaria de los Cursos de Verano.

c/ Princesa, 5, 1ª izda.

Tel. 91.5597570

28008 MADRID

L'OBJECCIÓ DE CONSCIÈNCIA.

Madrid, del 5 al 7 d'agost de 1991.

Organitza: Universidad Complutense de Madrid, Secretaria de los Cursos de Verano.

c/ Princesa, 5, 1ª izda.

Tel. 91.5597570

28008 MADRID

LA SITUACIÓ ACTUAL DE LA SIDA.

Laredo (Cantàbria), del 5 al 9 d'agost de 1991. Dirigit per Rafael Nájera.

Organitzen: Universitat de Cantàbria i l'Ajuntament de Laredo.

Per a més informació: Universitat de Cantàbria

Pabellón de Gobierno. Avda. Los Castros s/n

Tel. 942.201016 / 201009

Fax 942. 201103

39005 SANTANDER

MARC JURÍDIC DEL MENOR A L'ESFERA NACIONAL I INTERNACIONAL.

Laredo (Cantàbria), del 12 al 16 d'agost de 1991. Dirigit per Rocío Fondevilla Santure.

Organitzen: Universitat de Cantàbria i l'Ajuntament de Laredo.

Per a més informació: Universitat de Cantàbria

Pabellón de Gobierno. Avda. Los Castros s/n

Tel. 942.201016 / 201009

Fax 942. 201103

39005 SANTANDER

SEMINARI: LA SOCIETAT ESPANYOLA FRONT DE L'ENVELLIMENT DE LA POBLACIÓ.

Santander, del 2 al 6 de setembre. Dirigit per Igancio Pérez Infante, Subsecretari d'Assumptes Socials.

Organitza: Universitat Internacional Menéndez Pelayo, UIMP

c/ Isaac Peral, 23

Tel. 91.5497499 / 5497412

Fax 91.5430897

28040 MADRID

GESTIÓ DE CENTRES D'INFORMACIÓ JUVENIL

Madrid, 14, 15 i 16 d'octubre.

Organitza: Ministeri d'Assumptes Socials. Institut de la Joventut.

Per a més informació: Servicio de Documentación y Estudios

c/ Marqués de Riscal, 16

Tel. 91.3197604.08, ext. 27

Fax 91.4022194

INSTITUCIONS EUROPEES. PREVISIONS EN MATÈRIA DE JOVENTUT.

Madrid, 21, 22 i 23 d'octubre.

Organitza: Ministeri d'Assumptes Socials. Institut de la Joventut.

Per a més informació: Servicio de Documentación y Estudios

c/ Marqués de Riscal, 16

Tel. 91.3197604.08, ext. 27

Fax 91.4022194

4rt CONGRÈS SESPAS: DE POLÍTICA SANITÀRIA A POLÍTQUES DE SALUT.

València, 24, 25 i 26 d'octubre de 1991

Organitza: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública (IVESP). Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana.

c/ Juan de Garay, 21

Tel. 96.3869354

Fax 96.3869370

46017 VALÈNCIA

JORNADES SOBRE SALUT MENTAL I LLEI

Albacete, 8 y 9 de novembre de 1991.

Organitza: Asociación castellano-manchega de neuropsiquiatria y salud mental (AEN).

Per a més informació: Unidad de Salud mental Infanto Juvenil. Departamento de Salud Mental de la Diputación Provincial. Centro de Atención a la Salud.

c/ Francisco Javier de Moya s/n

Tel. 225412, ext. 238

ALBACETE



I SIMPOSI INTERNACIONAL "SUPPORTED EMPLOYMENT"

Palma, 2, 3 i 4 de desembre de 1991

Organitzen: CONSELL INSULAR DE MALLORCA
UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

El "Supported Employment" és un model d'integració de les persones amb discapacitats (retard mental, paràlisi cerebral, autisme o malalts mentals), a través del treball a empreses ordinàries.

El simposi comptarà amb la presència de la primera autoritat mundial en la matèria, el professor **Paul WEHMAN**, Ph. D. de la Universitat de Virgínia Commonwealth (EEUU). Intervendran, així mateix, especialistes procedents d'Irlanda, Bèlgica i Espanya.

Els interessats a presentar ponències i comunicacions, relacionades amb aquest model de treball, les hauran de remetre, abans del dia 15 de setembre a la secretaria del simposi. L'extensió mínima sol·licitada per a les ponències és de 10 folis i per les comunicacions de 5.

Secretaria: Secretariat d'Encontres de la Universitat de les Illes Balears.

C/. Miquel dels Sants Oliver, núm. 2.

07001 PALMA DE MALLORCA

Tel.: 17 30 40

**Fent possible
l'èxit en el treball
de les persones
amb disminucions**

RECURSOS PEL FOMENT DE LA FORMACIÓ OCUPACIONAL I L'OCUPACIÓ.

Programació de cursos 1991

El Consell Insular de Mallorca és conscient que l'atur és l'arrel de molts dels problemes que pateix Mallorca.

A la nostra illa són majoritàriament els joves les persones en atur, a causa de la manca de qualificació professional, trobant-se en dificultats d'integració en el món laboral. El Consell Insular de Mallorca, a través de FODESMA compta amb recursos per dur a terme diverses opcions de formació ocupacional,

tot dins del programa de foment al desenvolupament local, en cooperació amb els municipis.

Pel que fa a la programació prevista per enguany, l'Escola de Conservació de la Naturalesa, l'Escola d'Oficis de la Mar "Mestres d'Aixa", l'Escola de Margers i Oficis de la Pedra i l'Escola d'Aprenents d'Oficis de Restauració i Hosteleria ofereixen cada una d'elles diverses alternatives.

Aquesta oferta de cursos, Escol-

Taller o Casals d'Oficis, va dirigida a persones majors de 16 anys, en situació d'atur laboral.

La inscripció als cursos es gratuïta i l'alumne pot optar a les beques previstes per l'INEM i en el seu cas als ajuts per desplaçament.

Les persones interessades poden obtenir més informació dirigint-se a FODESMA, c/ General Riera, 111 de Palma, telf.: 17 36 37, o inscriure's directament a qualsevol de les oficines d'ocupació de l'INEM.

CURSOS FORMACIÓ OCUPACIONAL

- **Escola de Conservació de la Naturalesa**
VIVERISTA FORESTAL
PRÀCTIC EN TOPOGRAFIA
TREBALLADOR FORESTAL (SILVICULTURA)
- **Escola d'Oficis de la mar "Mestres d'Aixa"**
CONSTRUCCIÓ D'EMBARCACIONS EN POLIESTER
- **Escola de Margers i oficis de la pedra**
MARGER I PICADOR DE PEDRA
PICAPEDRER RESTAURADOR
- **Escola d'Aprenents d'oficis de restauració i hosteleria**
CAMBRER / CAMBRERA
CUINER / CUINERA
PASTISSER / PASTISSERA
"BARMAN"
- **Altres**
CURS DE MANTENIMENT D'INSTAL·LACIONS ESPORTIVES

Per a més informació: GENERAL RIERA, 111
07010 PALMA DE MALLORCA
TEL.: 17 36 37

INSCRIPCIONS:
Oficines d'ocupació de l'INEM

LEGISLACIÓ

B.O.E.

MINISTERI D'ASSUMPTES SOCIALS

ORDRE de 27 de febrer de 1991 per la qual s'estableixen les bases reguladores per a la concessió de subvencions sotmeses al règim general, del Ministeri d'Assumptes Socials i dels seus Organismes autònoms. (BOE nº 54 de 4.3.91).

MINISTERI DE JUSTÍCIA

INSTRUCCIÓ de 20 de març de 1991 sobre nacionalitat (BOE nº 73 de 26.3.91).

MINISTERI DE TREBALL I SEGURETAT SOCIAL

REIAL DECRET 356/1991, de 15 de març, pel qual es desenvolupa, en matèria de prestacions per fill a càrrec, la Llei 26/1990, de 20 de setembre, per la qual s'estableixen a la Seguretat Social prestacions no contributives. (BOE nº 69 de 21.3.91).

CORRECCIÓ d'errors del Reial Decret 356/1991, de 15 de març, pel qual es desenvolupa, en matèria de prestacions per fill a càrrec, la Llei 26/1990, de 20 de desembre, per la qual s'estableixen a la Seguretat Social prestacions no contributives. (BOE nº 81 de 4.4.91).

MINISTERI DE TREBALL I SEGURETAT SOCIAL

ORDRE d'1 d'abril de 1991 per la qual es dicten normes per a l'execució del Pla Nacional de Formació i Inserció Professional. (BOE nº 84 de 8.4.91).

ORDRE d'1 d'abril de 1991 per la qual es fixen les bases generals de col·laboració, a través de contractes programa, entre l'Institut Nacional d'Ocupació i les distintes Organitzacions empresarials i sindicals. (BOE nº 84 de 8.4.91).

MINISTERI D'OBRES PÚBLIQUES I URBANISME

RESOLUCIÓ de 27 de febrer de 1991, de la Direcció General de l'Habitatge i Arquitectura, per la

qual es disposa la publicació del Conveni bilateral entre el Ministeri d'Obres Públiques i Urbanisme i la Comunitat Autònoma de Balears, per al finançament d'actuacions protegibles en matèria d'habitatge. (BOE nº 109 de 7.5.91).

MINISTERI D'EDUCACIÓ I CIÈNCIA

REIAL DECRET 557/1991, de 12 d'abril, sobre creació i reconeixement d'Universitats i Centres universitaris. (BOE nº 95 de 20.4.91).

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

PRESIDÈNCIA DEL GOVERN

LLEI 4/1991, de 13 de març, Reguladora de la Iniciativa Legislativa Popular a les Illes Balears. (BOCAIB nº 46 de 11.4.91).

LLEI 5/1991, de dia 27 de febrer, de Mancomunitats de Municipis. (BOCAIB nº 47 de 13.4.91).

CONSELLERIA ADJUNTA A PRESIDÈNCIA

RESOLUCIÓ del Conseller Adjunt a la Presidència, de dia 10 de maig de 1991, per la qual s'autoritza l'obertura i funcionament dels Serveis d'Informació Juvenil a les Illes Balears. (BOCAIB nº 63 de 18.5.91).

CONSELLERIA DE TREBALL I TRANSPORTS

DECRET 41/1991, de 2 de maig, que estableix reduccions en el preu dels bitllets dels serveis públics regulars de transport de viatgers per carretera per als pensionistes i persones majors de 65 anys. (BOCAIB no 63 de 18.5.91).

CONSELLERIA DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL

DECRET 22/1991, de 7 de març, regulador de les condicions i els requisits mínims per a l'obertura i el finançament de centres, serveis o establiments residencials per a la Tercera Edat. (BOCAIB nº 53 de 25.4.91).

DECRET 36/1991, de 18 d'abril, de creació del consorci per a la protecció i l'acollida de disminuïts psíquics profunds de Balears. (BOCAIB nº 59 de 9.5.91).

DECRET 38/1991, de 2 de maig, que estableix el règim de concessió de subvencions a associacions de consumidors i usuaris durant l'exercici de 1991. (BOCAIB nº 61 de 14.5.91).

CONSELL INSULAR DE MALLORCA

Convocatòria del Consell Insular de Mallorca per a 1991, de Subvencions Econòmiques per a Projectes d'Ajuda al Tercer Món. (BOCAIB nº 66 de 25.5.91).

BUTLLETA DE SOL·LICITUD

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

Nom i cognoms.....
.....
Adreça.....
Població.....
Codi Postal.....Telèfon.....
Professió o treball.....

alimara

Servei d'Acció Social
Palau Reial 1 / 07001 Palma de Mallorca
Tel. (971) 17 35 00 ext. 804
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