

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

PARTE I – Políticas sociales, cuidados y atención a la dependencia

alimara

Innovació i Metodologia en Afers Socials

COL·LECCIÓ ACTES 1/2023

Colección Actas 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social

Palma, 25, 26 y 27 de octubre de 2023

Edita:

Consell de Mallorca

Departament de Benestar Social

Col·laboració:

REPS

Universitat de les Illes Balears

Edició electrònica:

www.revistaalimara.net

Equip editor:

Secció de Programes Transversals (Servei de Planificació i Documentació, IMAS)

ISSN:

2659-5273

Observatori de les Illes Balears (OSIB)

Adreça:

General Riera, 67. 07010 Palma

Tel. 971 760 762

Portada:

Fotografia: Francesc Serra



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

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| AVANZANDO EN EL CONOCIMIENTO SOBRE ACCESIBILIDAD COGNITIVA Y PERSONAS MAYORES: ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO | 8 |
| EL RETO DE DISEÑAR POLÍTICAS SOCIALES PARA LA PLENA RE-INCORPORACIÓN DE LOS MAYORES A LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS TRAS LA PANDEMIA | 24 |
| MANIFESTACIONES DE EDADISMO EN LAS POLÍTICAS DE EMPLEO | 31 |
| AVANCES Y CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS SOCIALES PARA LA ATENCIÓN RESIDENCIAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES | 38 |
| DIAGNÓSTICO PREVIO DEL PLAN JAÉN, CIUDAD AMIGABLE CON LAS PERSONAS MAYORES: PRINCIPALES RESULTADOS | 45 |
| EL RETO DE DEFENDER LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19. ESTUDIO RIDPA, EL CASO PORTUGUÉS | 53 |
| PERSONAS MIGRANTES ENVEJECIDAS EN ESPAÑA: UNA REALIDAD CARACTERIZADA POR LA DOBLE VULNERABILIDAD | 60 |
| ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN BRASILEÑA, INSEGURIDAD ALIMENTARIA Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE GARANTÍA AL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN | 67 |
| CIUDADES AMIGABLES: POLÍTICAS DE ACCESIBILIDAD COMO GARANTÍA DE INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES | 75 |
| LOS DETERMINANTES INDIVIDUALES DE LA PROLONGACIÓN DE LA VIDA LABORAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA | 81 |
| EL MALTRACTAMENT A LES PERSONES GRANS DES D'UNA MIRADA PREVENTIVA I COMUNITÀRIA: TAULA COMARCAL MALTRACTAMENTS A LES PERSONES GRANS | 87 |
| UN ESPEJO MÁGICO PARA EL CUIDADO | 94 |
| PLANIFICACIÓN SOCIAL EN MATERIA DE ENVEJECIMIENTO | 99 |
| www.revistaalimara.net | 3 |

| | |
|--|-----|
| ALCANCES, LIMITACIONES, RETOS Y ELEMENTOS DIFERENCIADORES DE LA POLÍTICA DE EDUCACIÓN 0-3 EN ANDALUCÍA | 106 |
| ¿QUÉ POLÍTICAS SOCIALES DEBEMOS ARTICULAR PARA PROTEGER EL BIENESTAR DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN EL ESCENARIO (POS)PANDÉMICO? LA PERSPECTIVA DE LAS/OS EXPERTAS/OS | 9 |
| ACCEDER A LA UNIVERSIDAD: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SOCIAL CON JÓVENES EN DESVENTAJA SOCIAL | 19 |
| COLLABORATIVE PROCESSES TO CREATE COMMON SPACES: ‘CHILDREN’S CLUB’ SMOOTH PROJECT | 23 |
| EVALUAR PARA APRENDER Y MEJORAR. LOS GOBIERNOS LOCALES Y LA INTERVENCIÓN SOCIAL ANTE EL SISTEMA DE INDICADORES DE UNICEF | 38 |
| TRANSICIONES DE PRIMARIA A SECUNDARIA: HACIENDO CONFLUIR LA MIRADA DEL ALUMNADO Y LA ADMINISTRACIÓN | 46 |
| LA PANDEMIA PARALELA: SALUD MENTAL Y SUICIDIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA | 53 |
| LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LAS RADIOS COMUNITARIAS ESPAÑOLAS | 62 |
| PSIQUIATRIZACIÓN Y CUERDISMO: LAS VOCES EN PRIMERA PERSONA EN EL ESTADO ESPAÑOL | 69 |
| EL DISEÑO DE POLÍTICAS SOCIALES INCLUSIVAS EN EL ÁMBITO MUNICIPAL | 76 |
| NORMOPASABILIDAD, DESHUMANIZACIÓN Y AUTOSUFICIENCIA: UN ANÁLISIS DE LOS IMAGINARIOS Y LAS REPRESENTACIONES EN EL DISCURSO SOCIAL SOBRE LA DISCAPACIDAD | 83 |
| LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL EN LAS UNIVERSIDADES DE JAÉN Y GRANADA: MICROAGRESIONES CAPACITISTAS EN EL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD | 88 |
| DISCAPACIDAD Y SALUD MENTAL: RETOS PENDIENTES | 96 |
| LA TECNOLOGÍA COMO MEDIO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA EN ESTUDIANTADO UNIVERSITARIO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL | 106 |
| ¿LOS CENTROS EDUCATIVOS ORDINARIOS FAVORECEN LA INCLUSIÓN DEL ALUMNADO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES? UNA APROXIMACIÓN PRELIMINAR A PARTIR DE LAS VISIONES DE LAS FAMILIAS DEL ALUMNADO | 111 |
| CUERPOS NO NORMATIVOS, TECNOCUIDADOS Y SEXUALIDADES CAPACITISTAS | 118 |

| | |
|---|-----|
| DESGRANANDO EL DIS/CAPACITISMO: HACIA UNAS POLÍTICAS DE CUIDADO CRÍTICAS E INTERSECCIONALES | 124 |
| EL CAPACITISMO NEOLIBERAL: LA INSTITUCIÓN NORMATIVA DE LA FLEXIBILIDAD | 130 |
| NUEVAS ESTRATEGIAS PARA LA RECONFIGURACIÓN DEL MODELO DE CUIDADOS EN ESPAÑA Y LA UNIÓN EUROPEA. CONTRIBUCIONES PARA AFRONTAR EL RETO DESDE EL TRABAJO SOCIAL | 135 |
| DESIGUALDADES EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LA CIUDAD DE BARCELONA | 144 |
| MÁS FORMADAS, PERO MÁS PRECARIAS: LA PROFESIONALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CUIDADOS EN LAS RESIDENCIAS DE MAYORES | 152 |
| REPENSAR LA MATERNITAT, EL TREBALL I LES CURES: UN ESTUDI DE CAS DE DONES JOVES FEMINISTES | 159 |
| LA INCORPORACIÓN DE LOS HOMBRES AL TRABAJO DE CUIDADOS REMUNERADO: RETOS Y OPORTUNIDADES | 164 |
| CAMBIOS, CONTINUIDADES Y RESISTENCIAS EN LOS IMAGINARIOS SOBRE LOS TIEMPOS Y LOS TRABAJOS | 171 |
| GÈNERE, TREBALLS DE CURA I PANDÈMIA | 177 |
| ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE CUIDADO DENTRO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO Y SUS PROFESIONALES | 182 |
| LAS TRANSFORMACIONES RECIENTES DEL SISTEMA DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS GALLEGO | 190 |
| ¿REVOLUCIÓN INCOMPLETA? ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO REPRODUCTIVO EN LAS PAREJAS CONVIVIENTES EN ANDALUCÍA | 199 |
| EL IMPACTO DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL O DEL DESARROLLO | 207 |
| LAS Y LOS JÓVENES ANTE LOS CUIDADOS: VALOR ASIGNADO Y RELEVANCIA DE LAS FIGURAS QUE LOS PRESTAN | 214 |
| LA GOBERNANZA DE LOS CUIDADOS: OPORTUNIDADES Y RESPONSABILIDADES EN CONTEXTOS DE GOBERNANZA MULTINIVEL | 222 |
| RASTREANDO INNOVACIONES EN LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN: UN ANÁLISIS DEL PROCESO DE DIFUSIÓN Y ADOPCIÓN DE BUURTZORG EN CATALUÑA Y DINAMARCA | 231 |

| | |
|---|-----|
| EL PAPEL DE LA PARRESÍA DIGITAL EN LOS TECNOCUIDADOS: DISCAPACIDAD Y REDES DE AYUDA EN LÍNEA | 239 |
| APROXIMACIÓ QUALITATIVA A LES CONSEQÜÈNCIES DE LA COVID-19 EN LA CONFIGURACIÓ DE LES CURES NO REMUNERADES A L'ESTAT ESPANYOL | 246 |
| CARE AND MINIMUM INCOME POLICIES: BETWEEN SOCIAL RIGHTS AND SOCIAL MONETARY BENEFITS | 252 |
| INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL: DESDE UNA EXPERIENCIA PILOTO A UNA COMUNIDAD DE APRENDIZAJE COLABORATIVA | 272 |
| METODOLOGÍAS GRUPALES EN LOS PROGRAMAS DE TRABAJO Y FORMACIÓN. LA PERTENENCIA COMO PRIMER PASO PARA LA INCLUSIÓN SOCIOLABORAL | 279 |
| POLÍTICAS ACTIVAS DE EMPLEO Y PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (LANBIDE) | 286 |
| LA INCLUSIÓN SOCIOLABORAL DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DESDE LA EXPERIENCIA DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO SALUD MENTAL EN CASTILLA Y LEÓN | 295 |
| EL PROGRAMA DE EMPLEO Y FORMACIÓN PROFESIONAL DE FAISEM. EL MODELO DE INCLUSIÓN LABORAL APLICADO EN ANDALUCÍA | 304 |
| EMPLEO, EMPLEABILIDAD, SALUD MENTAL Y BIENESTAR EMOCIONAL. VISIONES ALTERNATIVAS DESDE UNA NUEVA ESTRATEGIA | 314 |
| LA EXPERIENCIA DE LA ESTRATEGIA IPS PARA LA INTEGRACIÓN DEL EMPLEO ORDINARIO DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE | 321 |
| EMPRESA SOCIAL: UNA SERRERÍA QUE TODO LO CURA | 332 |
| FAISEM-EMPLEO, 22 AÑOS DE HISTORIA: DE LA 'ENDOGAMIA' INICIAL NECESARIA CON SU EMPRESA SOCIAL A LA 'POLIGAMIA' ACTUAL DEL MERCADO LABORAL ABIERTO | 340 |
| ABORDAJE PSICOSOCIAL A PERSONAS CON UN PRIMER BROTE PSICÓTICO DESDE FAISEM | 346 |
| 18 AÑOS GESTIONANDO PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN LABORAL PARA TGM EN EXTREMADURA. FUNDACIÓN SORAPÁN DE RIEROS | 354 |
| EXPERIÈNCIA D'ACOMPANYAMENT INTEGRAL DE PERSONES EN RISC D'EXCLUSIÓ DES D'UN ENFOCAMENT ECO-SOCIAL: EL MODEL DEIXALLES (ILLES BALEARS) | 362 |
| ITINERARIOS DE EMPLEO PERSONALIZADO EN LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO EN HOGAR SÍ | 369 |

**LA FORMACIÓN PROFESIONAL DUAL DE GRADO SUPERIOR EN ANDALUCÍA, ¿SOLUCIÓN
CONTRA EL DESEMPLEO JUVENIL?**

375

**EMPLEO CON APOYO PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA DE LA EVIDENCIA EN ESPAÑA**

381



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Avanzando en el conocimiento sobre accesibilidad cognitiva y personas mayores: análisis bibliométrico

El envejecimiento de la población: los retos (ignorados) para las políticas de bienestar

David, Ruiz-Ortega, Universidad de Jaén; (dro00012@red.ujaen.es)

Marta, García-Domingo, Universidad de Jaén; (mgdoming@ujaen.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La accesibilidad cognitiva, como variante de la accesibilidad universal, permite la fácil comprensión, comunicación e interacción para todas las personas, utilizando lectura fácil, sistemas alternativos, pictogramas y otros apoyos humanos y tecnológicos (BOE, 2022). Es útil y beneficiosa para la población en general y, especialmente, necesaria para grupos vulnerables, como personas mayores con deterioro cognitivo, discapacidad intelectual y migrantes con otra lengua materna, entre otros.

En este sentido, no es de extrañar que, en 2022, la Ley 6/2022, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, con el fin de suplir el déficit normativo sobre deficiencia cognitiva, incorporase la accesibilidad cognitiva como variante de la accesibilidad universal. Establece, asimismo, que el II Plan de Accesibilidad contendrá, transversalmente, los aspectos referidos a la accesibilidad cognitiva, promoviendo su conocimiento, difusión y aplicación

Para dar respuesta al necesario avanzar en el conocimiento científico en la materia, se plantea este estudio con el objeto de: (a) realizar un análisis bibliométrico de la producción científica en accesibilidad cognitiva web; y (b) analizar el impacto de la accesibilidad cognitiva en personas mayores y su contribución a la reducción de la brecha digital.

Palabras clave

Accesibilidad cognitiva, usabilidad, personas mayores, sitios web, brecha digital

1 Introducción/descripción general

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades (Arabany et al., 2018). Sin embargo, existe una brecha entre quienes tienen acceso a ellas y quienes no, esto se conoce como la brecha digital (De Benito-Castanedo, 2017).

Dada la importancia que ha adquirido la brecha digital como consecuencia de su impacto social y la proliferación de las TIC, los estudios la han clasificado en tres niveles: (1) la brecha digital de primer nivel o brecha de acceso, (2) la brecha digital de segundo nivel brecha digital o brecha de habilidades y (3) la brecha digital de tercer nivel o brecha de beneficios (López- Meneses et al., 2020). Cada nivel aborda el papel del individuo y el de la tecnología de una manera particular que determina el tipo de estrategias a implementar para cerrar esta brecha (Peña et al., 2017).

La brecha digital de segundo nivel se refiere a las disparidades en las habilidades y competencias requeridas para analizar información, generar contenidos y mejorar la comunicación a través de la tecnología, lo que subraya la necesidad de desarrollar procesos de alfabetización digital (Joshi et al., 2020).

Al igual que hay niveles, también se habla de tipos de brecha digital según el grupo de población al que se refiera. Los estudios distinguen diferentes grupos de población vulnerable: personas mayores, personas con discapacidad, habitantes de zonas rurales, entre otros (Gutiérrez-Provecho, et al., 2021).

Las personas mayores no suelen estar digitalmente alfabetizadas y, por lo tanto, desconectadas de estos medios (Ma, 2020). Algunos autores han denominado a la brecha digital de las personas mayores “brecha digital gris”, y consideran otros factores básicos, como el género, la educación, y otros más específicos, como la disminución de la capacidad cognitiva que acompaña a la edad y el nivel de exposición a la tecnología (Huxhold et al., 2020).

Junto a la brecha digital, existe otro concepto, la inclusión digital, que se refiere a las iniciativas y esfuerzos realizados para cerrar dicha brecha (Vega y Rodríguez, 2008). Un claro ejemplo de inclusión digital es aplicar la accesibilidad cognitiva a espacios digitales. La accesibilidad cognitiva se define como una variante de la accesibilidad universal, que permite la fácil comprensión, la comunicación e interacción a todas las personas, haciéndose efectiva a través de la lectura fácil, sistemas alternativos y aumentativos de comunicación, pictogramas y otros medios humanos y tecnológicos disponibles para tal fin (BOE, 2022). La accesibilidad cognitiva resulta útil, necesaria y beneficiosa para el conjunto de la población, siendo a su vez necesaria para grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, entre los que destacan las personas mayores.

En esta línea, la accesibilidad cognitiva aplicada a los sistemas y servicios digitales y, concretamente, la accesibilidad de los espacios web son estrategias aliadas frente al reto de facilitar y mejorar la comunicación y participación de todas las personas en la “sociedad red” (Miesenberger et al., 2019). Tal y como se afirma en la iniciativa de accesibilidad web del World Wide Web Consortium (W3C); la web ha pasado a convertirse cada vez en mayor medida en un espacio central para muchos aspectos de la vida, como pueden ser la educación, el empleo, la salud, el comercio, el ocio, las interacciones sociales, entre otros (W3C, 2018).

Para dar respuesta al necesario avanzar en el conocimiento científico en la materia, se plantea la presente comunicación con el objeto de: (a) realizar un análisis bibliométrico de la producción científica en accesibilidad cognitiva web; y (b) analizar el impacto de la accesibilidad cognitiva en personas mayores y su contribución a la reducción de la brecha digital.

2 Metodología

Los análisis bibliométricos han cobrado relevancia en la construcción del conocimiento porque permiten conocer los avances en un determinado campo de estudio, e identificar tendencias, oportunidades y posibles brechas de conocimiento (Subirana et al., 2002).

2.1 Estrategia de búsqueda

La búsqueda se ha llevado a cabo durante el mes de agosto de 2023 utilizando la base de datos electrónica Scopus. Scopus es una de las bases de datos más ampliamente utilizadas en casi todas las disciplinas científicas (AlRyalat et al., 2019). Además, esta base de datos es ampliamente utilizada en análisis bibliométricos (Sweileh, 2021).

Las búsquedas bibliográficas se realizaron utilizando cadenas de búsquedas por medio de los operadores booleanos AND/OR, combinando las siguientes palabras clave y sinónimos de estas: “accessibility”, “usability”, “web”, “elder” y “digital divide”. La Tabla 1 refleja la estrategia de búsqueda bibliográfica completa.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica

| Base de datos | Estrategia de búsqueda |
|---------------|---|
| Scopus | TITLE-ABS-KEY ("accessibility" OR "usability") AND TITLE-ABS-KEY (web* OR digital* OR ict* OR "mobile") AND TITLE-ABS-KEY (senior* OR old* OR elder*) AND TITLE-ABS-KEY ("digital divide"OR "older adults" OR "seniors" OR "aging population") |

2.2 Criterios de inclusión y exclusión

En la realización del análisis bibliométrico se aplicaron las siguientes consideraciones y criterios de inclusión:

(1) Investigaciones primarias y revisiones;

(2) Los artículos no se filtraron según el idioma o la disponibilidad de texto completo gratuito; (3) Análisis de las funciones de la accesibilidad cognitiva web en la reducción de la brecha digital de las personas mayores.

De igual forma, se establecieron criterios de exclusión, que fueron los siguientes: (1) Otros tipos de documentos (documentos de conferencias, libros, capítulos de libros, cartas editoriales, etc.); (2) Investigaciones que no proporcionaban datos sobre el fenómeno de estudio. Así mismo, las variables de autor, institución, país y palabras clave no se filtraron, ya que se utilizaron para generar los indicadores bibliométricos.

2.3 Análisis de datos

Todos los datos bibliográficos se extrajeron de la base de datos Scopus y se exportaron al software en formato de archivo "CSV". Las técnicas y software bibliométricos utilizados para evaluar la investigación fueron los siguientes: análisis de autor; análisis de países; y análisis de revistas. Programa: VOSviewer versión

1.6.19. Estas herramientas y técnicas permitieron llevar a cabo un análisis exhaustivo de la investigación en accesibilidad web en personas mayores y proporcionaron información valiosa sobre las tendencias de investigación y los enfoques clave en el campo.

3 Resultados

3.1 Resultados de la búsqueda bibliográfica

De la búsqueda inicial se recuperaron un total de 219 documentos de la base de datos Scopus. Posteriormente, y para evitar sesgos, realizamos una revisión por pares ciega de los títulos y resúmenes. Sin embargo, ningún estudio fue eliminado en función del tema, ya que todos estaban relacionados con la brecha digital en personas mayores y la accesibilidad web. Luego, los estudios se filtraron según el tipo de documento. Durante esta fase, se eliminaron 92 documentos, es decir, todos los artículos de conferencia (32%), capítulos de libros (5.5%), libros (0.5%), revisiones de conferencias (3.2%), notas (0.9%) y cartas (0.30%). En total, se incluyeron 127 estudios en el análisis bibliométrico.

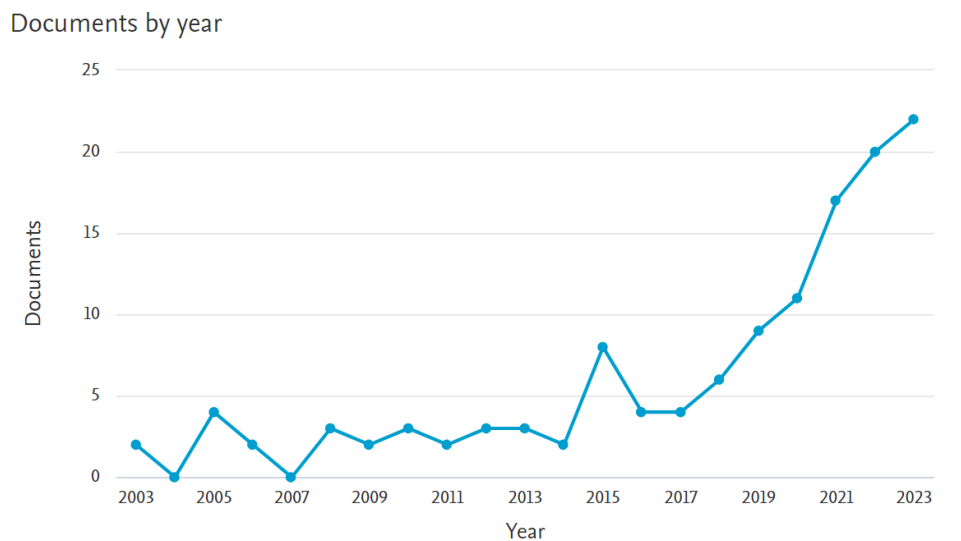


Figura 1. Total de estudios publicados entre los años 2003-2023

3.2 Resultados por tipo de publicación y tendencias

Se incluyeron un total de 127 estudios en el análisis bibliométrico, de los cuales 120 eran artículos originales (54.8%) y 7 eran artículos de revisión (3.2%). Nuestro análisis muestra cómo el volumen de investigación en brecha digital en mayores ha aumentado progresivamente en los últimos 20 años, pasando de 2 artículos en 2003 a 20 en 2022 (2023 no se consideró ya que aún estaba en curso en el momento de la búsqueda).

A partir de 2016 se tomaron medidas a nivel europeo para regular la accesibilidad de los sitios web y aplicaciones para dispositivos móviles de los organismos del sector público. La Directiva 2016/2102 incluye pautas que pretenden armonizar las diferentes normas existentes en materia de reducción de barreras en los servicios digitales para hacerlos "perceptibles, operables, comprensibles y sólidos" a la ciudadanía. Estas directrices han servido de base y guía para numerosos estudios posteriores.

3.3 Análisis de países

Autores de 15 países han publicado investigaciones sobre accesibilidad y usabilidad web para reducir la brecha digital de personas mayores. Los 10 países más productivos, en orden, han sido Estados Unidos (n = 28 estudios; 22.04%), el Reino Unido (n = 20; 15.74%), España (n = 16; 12.59%), Australia (n = 10; 7.87%), Corea del Sur (n = 10; 7.87%), Canadá (n = 7; 5.51%), China (n = 6; 4.72%), Alemania (6; 4.72%), Italia (4; 3.15%) y Finlandia (3; 2.36%). La contribución de los países a la investigación en la materia objeto de estudio se ilustra en la Figura 2.

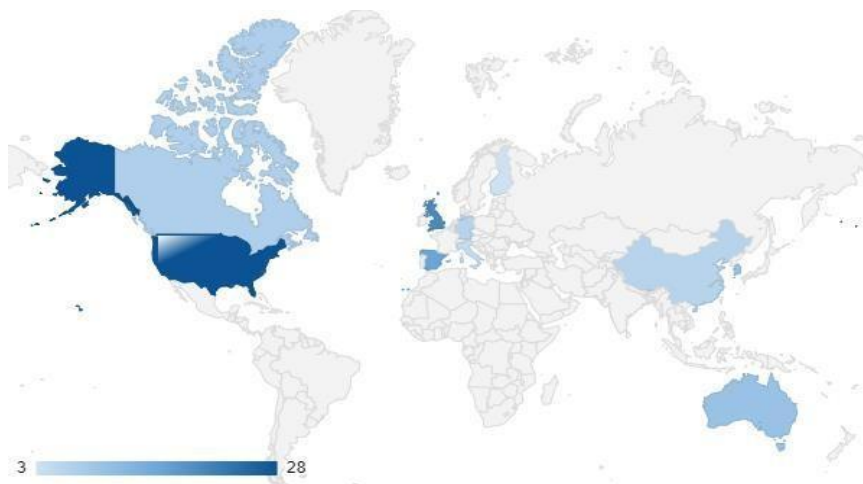


Figura 2. Distribución geográfica mundial de los resultados de la investigación

3.4 Análisis de revistas

Los 127 artículos se publicaron en 103 revistas académicas. La Figura 3 muestra las tendencias anuales en las publicaciones en las cinco principales revistas a nivel mundial en términos de investigación en accesibilidad web en personas mayores. "Journal of Medical Internet Research" es la revista mejor clasificada, con cuatro estudios sobre accesibilidad web en personas mayores publicados entre 2017 y 2023.

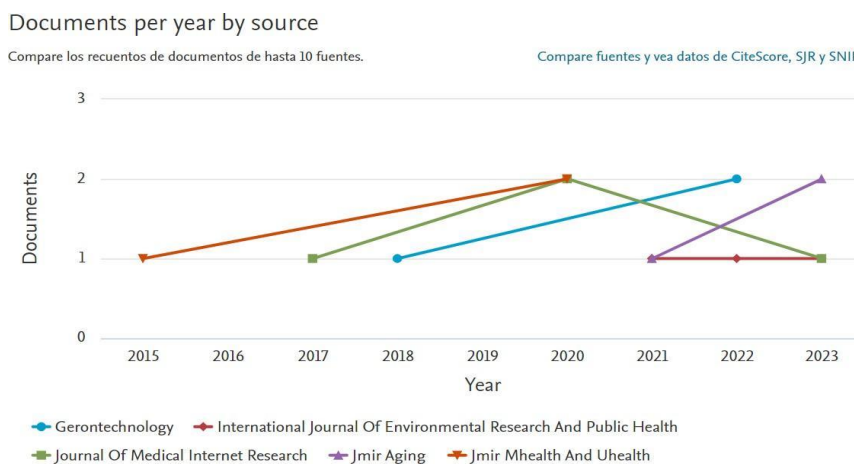


Figura 3. Número de documentos por año y Fuente

3.5 Análisis de autores

Un total de 160 autores participaron en los 127 artículos recuperados. Los 10 autores más influyentes se muestran en la Tabla 2. Los autores mejor representados fueron Botella, C.; Castilla, D.; Garcia-Palacios, A.; y Miralles, I., quienes comparten autoría en los artículos publicados en esta materia de estudio.

Tabla 2. Los diez autores más influyentes

| <i>Clasificación</i> | <i>Autor/a</i> | <i>Documentos (%) N=127</i> | <i>Citaciones</i> |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|
| 1º | Botella, C. | 3 | 154 |
| 2º | Castilla, D. | 3 | 154 |
| 3º | Garcia-Palacios, A. | 3 | 154 |
| 4º | Miralles, I. | 3 | 154 |
| 5º | Bretón-López, J. | 2 | 101 |
| 6º | Fernández-Ardèvol, M. | 2 | 54 |
| 7º | Hardy, A. | 2 | 11 |
| 8º | Hilliman, C. | 2 | 31 |
| 9º | Lau, A.Y.S. | 2 | 10 |
| 10º | Pevzner, J. | 2 | 31 |

3.6 Red de coocurrencia de palabras clave

El análisis de palabras clave ha sido ampliamente utilizado para comprender la estructura del conocimiento en dominios de investigación específicos. Estos análisis se consideran esenciales dentro de los estudios bibliométricos (Chen y Xiao, 2016). En este estudio, utilizando VOSviewer versión 1.6.19, se aplicó una medida automática de red basada en centralidad para seleccionar palabras clave altamente similares. El programa se utilizó para llevar a cabo un análisis de co-ocurrencia de todas las palabras clave. El programa detectó un total de 1108 palabras clave entre los 127 artículos incluidos en este análisis bibliométrico. Para lograr claridad en el gráfico generado, se requería que cada palabra clave apareciera al menos dos veces; 267 palabras clave cumplieron con este umbral. El mapa de la red de coocurrencia de palabras clave (Figura 4) muestra el pasado, presente y tendencias futuras en la literatura sobre accesibilidad web para reducir la brecha digital en personas mayores.

4 Conclusiones

Este estudio presenta un análisis bibliométrico de la literatura científica sobre la accesibilidad cognitiva web en personas mayores y revela una escasez general de investigación hasta la fecha. Aunque algunos países, instituciones, autores y financiadores han contribuido al campo de estudio, la productividad global es relativamente baja.

En conclusión, este artículo sintetiza la investigación sobre la accesibilidad web en dispositivos digitales para personas mayores. Se espera que la información bibliométrica proporcionada en este estudio sirva como base para investigaciones futuras en este campo. Este estudio resalta la importancia de entornos digitales accesibles para mejorar la calidad de vida y la participación de las personas mayores, y puede despertar el interés de investigadores y profesionales en todo el mundo.

Referencias bibliográficas

- AlRyalat, S. A. S., Malkawi, L. W., y Momani, S. M. (2019). Comparing Bibliometric Analysis Using PubMed, Scopus, and Web of Science Databases. *Journal of Visualized Experiments*, 152. <https://doi.org/10.3791/58494>
- Burmeister, O. (2010). Websites for seniors: Cognitive accessibility. *International Journal of Emerging Technologies and Society*, 8(2), 99-113.
- Chen, G., y Xiao, L. (2016). Selecting publication keywords for domain analysis in bibliometrics: A comparison of three methods. *Journal of Informetrics*, 10(1), 212–223.
- De Benito-Castanedo, J. (2017). Bibliographic Analysis of the Digital Divide and Literacy in New Technologies. *Revista Electrónica Educare*, 21(2), 1-10. <https://doi.org/10.15359/ree.21-2.9>
- Hanson, V. L. (2011). Social inclusion through digital engagement. In *Universal Access in Human-Computer Interaction. Design for All and eInclusion: 6th International Conference, UAHCI 2011, Held as Part of HCI International 2011, Orlando, FL, USA, July 9-14, 2011, Proceedings, Part I 6* (pp. 473-477). Springer Berlin Heidelberg.
- Huxhold, O., Hees, E. y Webster, N. J. (2020). Towards bridging the grey digital divide: changes in internet access and its predictors from 2002 to 2014 in Germany. *European Journal of Ageing*, 17, 271–280. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00552-z>
- Joshi, A., Malhotra, B., Amadi, C., Loomba, M., Misra, A., Sharma, S., y Amatya, J. (2020). Gender and the Digital Divide Across Urban Slums of New Delhi, India: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6). <https://doi.org/10.2196/14714>
- Leonardi, C., Mennecozzi, C., Not, E., Pianesi, F., y Zancanaro, M. (2008). Designing a familiar technology for elderly people. *Gerontechnology*, 7(2), 151.
- Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
- Boletín Oficial del Estado, 78, de 1 de abril de 2022. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-5140
- López-Meneses, E., Sirignano, F. M., Vázquez-Cano, E., y Ramírez-Hurtado, J. M. (2020). University students' digital competence in three areas of the DigCom 2.1 model: A comparative study at three European universities. *Australasian Journal of Educational Technology*, 36(3), 69-88. <https://doi.org/10.14742/ajet.5583>
- Ma, Q., Chan, A. H. S. y Teh, P. (2020). Bridging the Digital Divide for Older Adults via Observational Training: Effects of Model Identity from a Generational Perspective. *Sustainability*, 12(11). <https://doi.org/10.3390/su12114555>
- Miesenberger, K., Edler, C., Heumader, P., y Petz, A. (2019). Tools and Applications for Cognitive Accessibility. En Yesilada, Y., Harper, S. (eds) *Web Accessibility. Human-Computer Interaction Series* (pp. 523-546) Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-7440-0_28

- Peña, H., Cuartas, K., y Tarazona, G. (2017). La brecha digital en Colombia: Un análisis de las políticas gubernamentales para su disminución. *Redes de ingeniería*, 8, 59-71.
- Sepúlveda López, J. J., y Ramírez Castañeda, L. A. (2018). Brecha digital e inclusión digital: fenómenos socio – tecnológicos. *Revista EIA*, 15(30), 89–97. <https://doi.org/10.24050/reia.v15i30.1152>
- Sixsmith, A., Horst, B. R., Simeonov, D. y Mihailidis, A. (2022). Older People’s Use of Digital Technology During the COVID-19 Pandemic. *Bull Sci Technol Soc.*, 42(1-2), 19-24.
- Sweileh, W.M. (2021). Global Research Activity on Elder Abuse: A Bibliometric Analysis (1950–2017). *Journal of Immigrant Minority Health*, 23, 79–87. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01034-1>
- Vega, O.A. y Rodríguez-Baena, L. (2008). La inclusión digital como motor de desarrollo. Una opción para la Colombia rural, *Sociedad y Utopía*. *Revista de Ciencias Sociales*, 32, 75-95.
- Word Wide Web Consortium/WAI/WCAG 2.1. (2018). Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.1. <https://www.w3.org/TR/WCAG21/>



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

Las terapias de Estimulación Cognitiva en centros de mayores. Una propuesta de intervención preventiva de las demencias basada en la práctica de AFA Aljarafe

Carmen María Santos Moreno, Universidad de Jaén (cmsm0006@red.ujaen.es)

Gabriela Vásquez Peña, Universidad de Jaén (gvp00005@red.ujaen.es)

Virginia, Fuentes Gutiérrez, Universidad de Jaén (vfuentes@ujaen.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Esta propuesta de intervención tiene como objetivo la detección precoz de casos de deterioro cognitivo leve (en adelante: DCL), en personas mayores de 60 años usuarias de Centros de Participación Activa (en adelante, CPA) de Sevilla. En estos centros existen iniciativas similares, que promueven el envejecimiento activo, pero no existe un protocolo específico, integral y preventivo que intervenga en el área individual y en el entorno más cercano.

El proyecto enmarca la intervención de un Equipo de Evaluación Integral del DCL, con el fin de detectar casos a partir de la valoración cognitiva y con la realización y análisis de ejercicios de estimulación cognitiva. Se supervisa la evolución de estos ejercicios derivando en una evaluación neuropsicológica más exhaustiva si se tuvieran sospechas de un deterioro cognitivo más notorio durante los seguimientos.

Se desarrolla un mecanismo de prevención y detección precoz de un DCL no realizado con anterioridad. La detección de estos casos permitirá una mayor aproximación a unos adecuados y amplios criterios diagnósticos frente a esta afección en las personas mayores, cuya demencia evolucione de manera temprana en fases preclínicas. Se atajarán así de manera temprana las consecuencias para la persona y su entorno más cercano, minimizando el impacto de la enfermedad.

El proyecto contempla también una intervención integral que abarca formación a los/as profesionales de los CPA, para capacitarlos en la detección de los primeros síntomas de las demencias, así como el manejo de la sintomatología en la persona y en el entorno más cercano.

Palabras clave

Personas mayores, deterioro cognitivo, estimulación cognitiva, prevención, demencias

1 Introducción

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que plantea desafíos significativos en términos de salud y bienestar. Uno de estos desafíos es el deterioro cognitivo leve (DCL), una condición que se caracteriza por un declive cognitivo más allá de lo esperado para la edad, pero que aún no cumple los criterios para la demencia. La detección temprana del DCL es esencial para abordar este problema de manera efectiva y brindar el apoyo necesario a las personas afectadas. En este capítulo, se presenta un proyecto de detección temprana basado en la práctica real de la intervención del DCL implementado en la entidad AFA Aljarafe, junto con los resultados y las reflexiones derivadas de su aplicación.

Esta iniciativa es financiada por la Línea 1 de Subvenciones dirigidas a entidades del Tercer Sector para la realización de proyectos piloto e innovación en servicios sociales con cargo a los Fondos Europeos procedentes

del Mecanismo para la Recuperación y Resiliencia. El proyecto desarrolla e implanta un protocolo de detección precoz del DCL en personas mayores de 60 años, sanas usuarias de los CPA de la provincia de Sevilla. A través de ejercicios de estimulación cognitiva individualizados y adaptados al nivel de personas sanas, se pretende detectar los primeros síntomas que muestren indicios de un posible DCL. La intervención en estos estadios de la enfermedad supone implementar una acción preventiva. A pesar de que algunas comunidades y administraciones han desarrollado planes específicos de atención al deterioro cognitivo y las demencias, el nivel de implantación y ejecución real es bastante limitado. Por lo que, no existe una intervención e investigación explícita basada en la prevención y detección de las demencias. Esto se debe, a que no se han desarrollado programas específicos de detección temprana del deterioro cognitivo a nivel estatal o autonómico en personas sanas a modo de cribado.

La literatura científica muestra una evidencia clara en la necesidad de implantar programas de cribado en población sana (Rosell, 2018 y Ballesteros et al, 2015). Se considera de gran importancia la implantación de estrategias de detección de deterioro cognitivo con pruebas breves como el seguimiento de los ejercicios de estimulación cognitiva.

La importancia de este proyecto, de la detección del DCL permitirá atajar posibles casos que evolucionan en demencia de manera muy temprana, en fases preclínicas, y atajar de manera precoz las consecuencias para la persona y su entorno más cercano (Shatil, 2013, Corbett et al, 2015). Se minimizaría el impacto sociosanitario de la enfermedad, así como el coste de los recursos sociales que tienen que asignarse a este tipo de enfermedades que producen a un largo plazo una dependencia muy severa (Rosell, 2018 y Ballesteros et al, 2015)

Las personas destinatarias directas de este proyecto son las personas mayores de 60 años que participan activamente en los CPA. Además de las patologías asociadas al envejecimiento de la población, las fases preclínicas de las demencias pueden comenzar a notarse a partir de esta edad. Con una detección precoz de estas patologías se podrá actuar con anterioridad a que los síntomas sean muy graves y que generen una situación de dependencia severa.

Uno de los problemas fundamentales a los que nos enfrentamos, de cara a prevenir las enfermedades neurodegenerativas, está asociado al desconocimiento de las patologías: al pensar que solamente se puede actuar cuando los síntomas aparecen, obviando la etapa de prevención y detección precoz.

Según la incidencia estimada del Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias (2021) esta enfermedad afecta de manera acentuada a las personas adultas mayores de 65 años, (6,5% de la población en edades comprendidas entre los 65-79 años y el 13% de mayores de 80 años) (Garre- Olmo, 2018) y en menor medida a personas adultas con edades comprendidas entre los 40 y 65 años (0,05% de la población) (Ministerio de Sanidad, 2019), datos que nos permiten estimar la prevalencia de la enfermedad en la Comarca del Aljarafe en una cantidad de 4.029 casos, sobre una población de 35.626 habitantes (Instituto de Cartografía de Andalucía, 2022), de las cuales el 70% son mujeres y el 30% son hombres.

Con los datos de las investigaciones realizadas y la investigación académica, teniendo en cuenta que los Centros de Participación Activa atienden a personas mayores de 60 años, se prevé una incidencia de que aproximadamente un 10% de las personas participantes podrían tener algún síntoma compatible con el desarrollo de Alzheimer u otras demencias. Siguiendo los datos proporcionados por los Servicios de Gestión de Servicios Sociales el desglose de la población usuaria de los CPA en la provincia de Sevilla es: 105.809,

teniendo en cuenta la estimación del 10% de casos de demencia de los estudios científicos realizados, alrededor de 10.500 personas serían susceptibles de ser diagnosticadas con alguna enfermedad neurodegenerativa.

Con la ejecución de estos proyectos de intervención se puede impedir o retrasar el progreso de la enfermedad. La detección precoz permitirá hacer las adecuadas previsiones y provisiones para la atención adecuada a estas personas usuarias.

En una primera fase de este proyecto se están llevando a cabo desde junio 3 grupos en 3 CPA, con ampliación de grupos y CPA en septiembre, con un período de ejecución hasta diciembre de 2024. Este proyecto tendrá como objetivo también formar a profesionales, sensibilizándolos y enseñando herramientas de detección temprana y eficaz para los casos de demencia.

2 Metodología

2.1 Diseño y población

Se realizó un estudio de tipo analítico basado en la toma de datos primaria de información sociodemográfica. Se incluyó a personas adultas mayores de 60 años, socias usuarias de los Centros de Participación Activa. Se configuraron 3 grupos de 10 a 20 personas como cupo máximo. El muestreo estuvo marcado por la participación de las personas usuarias en los grupos de trabajo.

2.2 Variables y procedimientos

En la primera fase del proyecto se realizó la prueba Montreal Cognitive Assessment (MOCA) a todas las personas participantes en el que se mide el deterioro cognitivo leve a través del examen de la orientación, memoria corto plazo, función ejecutiva espacio visoespacial, habilidades de lenguaje y abstracción. Para realizar un cribado que determinaría el punto de corte para la realización de las evaluaciones neuropsicológicas más extensas. Para la obtención de datos se utilizó una planilla Excel donde se registraron los resultados desagregados por sexo y edad, así como puntuación obtenida.

2.3 Análisis de datos y ética

El análisis se realizó a través de la codificación anónima de las personas usuarias y la formulación de medias en el Excel de resultados. Se determinaron los parámetros de alerta para evaluar de manera exhaustiva a las personas susceptibles de tener un deterioro cognitivo más avanzado.

3 Resultados y conclusiones

Las $n=34$ personas participantes $n=11$ (32,5%) son hombres y $n=23$ mujeres (67,5%). La edad media de las personas participantes fue de 76 años. Los resultados de los CPA se desglosaron de la siguiente manera: CPA1 con una edad media de 72 años y una puntuación media de MOCA de 25,5 puntos, CPA2 con una edad media de 77 años y una puntuación media de MOCA de 20,72 puntos, y CPA3 con una edad media de 71 años y una puntuación media de MOCA de 26,7 puntos. La puntuación media general del MOCA fue de 24,29 sobre un máximo de 30 puntos. Se observó una correlación entre la edad y la puntuación MOCA, indicando que las personas mayores tendían a obtener puntuaciones más bajas. Parece haber una correlación de menor puntuación en la valoración MOCA y la edad de las personas participantes. De las 34 personas participantes,

solo 13 superaron el punto de corte de 25 puntos en el MOCA, lo que sugiere una sospecha de deterioro cognitivo leve en las 21 personas restantes. Estos casos se someterán a un seguimiento más detallado, que incluirá ejercicios de estimulación cognitiva y una evaluación cognitiva completa. Se espera que este seguimiento permita identificar signos tempranos de deterioro cognitivo que pueden no ser evidentes en una evaluación única.

Además de la evaluación inicial, se implementarán actividades de estimulación cognitiva con el objetivo de mejorar las funciones cognitivas de los participantes y monitorear su progreso a lo largo del tiempo. Se construirá una gráfica que refleje la evolución de cada subfunción cognitiva, lo que proporcionará señales de alerta en caso de un deterioro significativo. Esta información permitirá una intervención temprana y personalizada para las personas en riesgo de DCL.

A modo de conclusión y con las valoraciones previas se puede ir determinando que las evidencias científicas previas van en línea con los resultados de las personas participantes y que el deterioro cognitivo puede ser detectado a través del estudio de las capacidades cognitivas. Este cribado en los CPA, el seguimiento de la realización de los ejercicios de estimulación cognitiva durante más de 10 meses, así como la formación a los y las profesionales que trabajan de manera diaria con las personas mayores permitirá un diagnóstico precoz que ralentice las consecuencias más atroces de las enfermedades neurodegenerativas, con una atención mucho más temprana. El programa destaca así la importancia de la estimulación cognitiva y el monitoreo constante de las funciones cognitivas en la población de personas mayores. La atención personalizada y la intervención temprana pueden marcar la diferencia en la progresión del DCL y la calidad de vida de quienes lo experimentan. En última instancia, demuestra además el compromiso de la asociación con el bienestar de las personas mayores y su capacidad para adaptarse a las necesidades cambiantes de esta población en envejecimiento. La detección temprana del DCL y la atención integran son pasos esenciales hacia un enfoque más completo y efectivo en el cuidado de las personas mayores.

Referencias bibliográficas

- Ballesteros, S., Kraft, E., Santana, S., & Tziraki, C. (2015). Maintaining older brain functionality: A targeted review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 55, 453-477. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.06.008>
- Corbett, A., Owen, A., Hampshire, A., Grahn, J., Stenton, R., Dajani, S., y Ballard, C. (2015). The effect of an online cognitive training package in healthy older adults: An online randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16, 990-997. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.014>
- Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Rev Neurol*, 66(11), 377-386. <https://doi.org/10.33588/rn.6611.2017519>
- Instituto de Estadísticas y Cartografía de Andalucía (2022). Padrón Municipal de Habitantes. Cifras Oficiales de Población Municipal. https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/pa_dron/index.htm
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). Plan integral de Alzheimer y otras demencias (2019-2023). Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf
- Rosell, J. (2018). Estimulación cognitiva para personas mayores sanas mediante programas computarizados: Una revisión de la literatura [Cognitive stimulation for healthy older adults through computer-based programs: A review of the literature]. *Estudios de Psicología*, 39(2-3), 407-436. <https://doi.org/10.1080/02109395.2018.1494678>

Shatil, E. (2013). Does combined cognitive training and physical activity training enhance cognitive abilities more than either alone? A four-condition randomized controlled trial among healthy older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 5(8), 1,12. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2013.00008>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El reto de diseñar políticas sociales para la plena re-incorporación de los mayores a las actividades cotidianas tras la pandemia

Ángel Martín Gómez, Universidad de Salamanca, (angelmartin@usal.es)

Sara Galindo Pérez, ZIES Investigación y Consultoría (sgalindo@zies.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Nuestro modelo de cuidados ha mostrado carencias durante la emergencia sanitaria derivada de la COVID-19, siendo los mayores uno de los colectivos más afectados. De hecho, el trato recibido no ha sido acorde con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. El confinamiento en el hogar, la posterior reducción de salidas a una hora diaria, o el doble confinamiento de las personas en residencias (aislados del exterior y en su habitación, sin posibilidad de convivir en las zonas comunes) ha tenido múltiples consecuencias negativas.

La investigación que hemos realizado a los mayores de la provincia de Salamanca, mediante la aplicación de técnicas cualitativas de investigación social, entrevistas y grupos de discusión, nos ha permitido constatar variaciones en sus hábitos, con diferencias en función del hábitat de residencia (urbano o rural), que han supuesto restringir la vida social y la asistencia a actividades pese a la vuelta a una situación de normalidad. Además, los participantes en el estudio manifiestan sentirse maltratados por el resto de la sociedad, denunciando comportamientos insolidarios y discriminación por razón de la edad.

En definitiva, los resultados muestran que la pandemia ha tenido repercusiones sobre la salud mental y el ánimo de los mayores y las restricciones supusieron separaciones de sus familiares y amistades en momentos dolorosos como el confinamiento, el ingreso en unidades de cuidados intensivos o en el mismo momento del fallecimiento.

Palabras clave

Envejecimiento, repercusiones COVID 19, hábitos, hábitat residencia

1 Introducción

Los mayores han sido uno de los colectivos más afectados por la pandemia y el trato recibido no ha sido acorde con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, tampoco han podido ser actores activos en la respuesta a la crisis y en la toma de decisiones.

Asimismo, el modelo de cuidados ha mostrado carencias a lo largo de la emergencia sanitaria. En el caso concreto de las residencias para mayores, se ha constatado que éstas se vieron sobrepasadas por el impacto de la enfermedad y no dispusieron de recursos adecuados para afrontarlo. Los testimonios de los mayores sobre lo vivido en las residencias nos hablan de miedo, desconcierto, tristeza, aislamiento, etc. Y quienes pasaron el confinamiento en sus domicilios también se encontraron muy afectados anímicamente por las informaciones de los medios de comunicación. A esta realidad es necesario sumar las restricciones que los separaron de sus familias y amigos en momentos dolorosos como el confinamiento, el ingreso en unidades de cuidados intensivos o en el mismo momento del fallecimiento.

Por todo ello, entendemos necesario estudiar cómo la pandemia ha podido tener repercusiones sobre la salud mental y el ánimo de los mayores en la provincia de Salamanca. Así, analizaremos si han variado sus hábitos restringiendo su vida social y sus actividades pese a la vuelta a una situación de normalidad. En el caso de las residencias, comprobaremos si el aislamiento ha sido más intenso y el único medio de mantener una interacción social ha sido el teléfono o la videoconferencia.

En definitiva, el objetivo del trabajo es aproximarnos a los efectos de la pandemia en los mayores salmantinos desde su propio punto de vista, con el propósito de establecer una serie de pistas que ayuden a la conformación de políticas sociales para su plena incorporación a las actividades cotidianas.

2 Metodología

Hemos realizado el estudio de los mayores salmantinos con una metodología cualitativa, entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión. La aplicación de técnicas cualitativas ha permitido obtener información sobre las opiniones, creencias y valores de una sociedad en un momento dado sin perseguir criterios de exhaustividad, extensión ni representatividad. Se trata de creencias que las personas no manifiestan espontáneamente en cualquier lugar y ante cualquier público.

En concreto, hemos llevado a cabo 4 entrevistas a personas que viven en su propio hogar (E) y 5 a personas institucionalizadas en residencias de mayores en diferentes municipios de la provincia de Salamanca (ER).

De manera paralela, organizamos un total de 8 grupos de discusión:

- GD1. Grupo exploratorio.
- GD2. Mayores residentes en municipio entre 1.000 y 4.999 habitantes.
- GD3. Mayores residentes en municipio mayor de 5.000 habitantes.
- GD4. Mayores residentes en barrio de clase media de Salamanca capital.
- GD5. Mayores residentes en zona centro de Salamanca capital.
- GD6. Mayores residentes en municipio menor de 1.000 habitantes.
- GD7. Mayores residentes en barrio tras Tormes de Salamanca capital.
- GD8. Municipio del alfoz de Salamanca capital.

Los criterios de captación que se siguieron para la composición de los grupos fueron los siguientes:

- Mayores de 70 años.
- Presencia de al menos 3 hombres por grupo.
- Diversidad de situaciones de convivencia (solos/en pareja/con la familia).
- Diversidad de situaciones de familia (hijos residentes en la provincia/hijos fuera de la provincia).

Grabamos digitalmente entrevistas y grupos de discusión previo consentimiento. Posteriormente, transcribimos el material para facilitar el análisis cualitativo de los discursos recogidos. A tal efecto, utilizamos el método comparativo constante de la teoría fundamentada (Carrero, Soriano y Trinidad, 2006). Analizamos los discursos transcritos a partir de una codificación abierta. La constante comparación entre códigos ha permitido una interpretación más amplia de la información a través de la construcción de categorías.

3 Resultados y conclusiones

La organización no gubernamental Médicos sin Fronteras (MSF, 2020) señaló que las residencias tenían un déficit estructural de recursos y de supervisión sanitaria y ningún plan de contingencia. Esta combinación hizo inviable que pudieran responder a la epidemia. Esto condujo a que la asistencia médica quedara desatendida, a una alta mortalidad y a una merma en la calidad de la atención social.

Las diferentes voces recogidas en el trabajo de campo muestran que la situación relatada y denunciada no ha sido muy diferente en las residencias salmantinas.

Murieron 25 en esta residencia, parecía la guerra (ER1)

Aquí se murieron 37 de COVID, al principio no se sabía, y claro, había uno que lo tenía y lo ponían con otro que no lo tenía. Entonces claro, como aquí normalmente son habitaciones de dos, pues... sí, fue muy triste (ER3)

La puerta cerrada con llave, una señora que estaba en otra habitación y no tenía bien la cabeza gritaba que la dejaran salir hasta quedarse afónica (ER2)

La pandemia no se ha circunscrito a las afecciones de salud, sino que el miedo, el primer desconocimiento del alcance del virus y el confinamiento han modificado las relaciones interpersonales. La salud psicológica y emocional de muchas personas, no solo de los mayores, se ha visto perjudicada y puede ser que de forma más duradera. Las restricciones distanciaron a las familias en momentos dolorosos como el confinamiento, el ingreso en unidades de cuidados intensivos o en el mismo momento del fallecimiento.

Yo, se me ha muerto un hermano y una cuñada de COVID y claro, pues tienes mucho miedo (GD8.5)

En mi caso, ha muerto un hermano y una hermana, eran mayores, es ley de vida, y toca y toca, pero... Yo el entierro de mi hermano no puede asistir, eso es duro, si además estás sola, te pasa una desgracia de esas y no puedes asistir, la soledad como que se multiplica. La soledad se te acentúa, y claro, luego se te pasa, la fe ayuda mucho, la vida nos da (GD8.1)

La COVID-19 ha modificado muchos aspectos de la vida cotidiana en nuestro país. También los mayores salmantinos han visto interrumpidas sus rutinas y modificados sus hábitos.

Ha habido mucha gente que con el tema de la pandemia han dejado de venir al centro de mayores, a las actividades, a los talleres, han perdido ese hábito de venir y ya les va a costar muchísimo el volver (GD2.1)

En las fiestas lo pasábamos fenomenal. Y ahora llevamos dos años que lo echamos de menos (GD2.7)

Es que falla mucha gente, empezamos muchas a las cartas, pero a cuenta de que las hijas, a cuenta de... que, si no vayáis que esto se puede contagiar y esto, y hemos quedado cuatro" (GD7.4)

Otro aspecto que afecta a los mayores es el aumento de los comportamientos discriminatorios sobre este colectivo. Recientes estudios alertan de un aumento del edadismo. Por ejemplo, Ayalon (2021) señala que el coronavirus está reforzando estereotipos edadistas. En redes sociales y medios de comunicación se han referido a los mayores como inservibles, necesitados de ayuda, no válidos, incapaces de contribuir a la sociedad obviando su condición de ciudadanos de pleno derecho. Los mayores salmantinos han sentido estos prejuicios y así lo han expresado en los grupos y entrevistas.

Veías que los chicos se saltaban el confinamiento para salir de fiesta. Total, como los que nos morimos somos los viejos, eso decían. Si hubiese sido al revés, nosotros no habríamos hecho eso (GD7.4)

La atención a los mayores, que ya nos dejan así como un poco... de... lado. Digamos, las instituciones y demás, porque ya como no somos productivos, pues ya parece que no servimos para nada... (GD1.4)

Es que la gente cuida mejor al perro que al abuelo, porque ya han dicho que el perro forma parte de la familia, pero el abuelo no forma parte de la familia (GD4.7)

También se utilizan por parte de medios de comunicación y autoridades términos como “nuestros mayores” o “los abuelos”. Pero lo cierto es que ni son «nuestros» en sentido de posesión ni todos son «abuelos» en su significado de parentesco familiar (Pinazo-Hernandis, 2020; Freixas, 2021).

A mí las cosas que nos proponen para el tiempo libre en la residencia no me cuadran vamos, y la verdad es que el trato es bueno, pero... nos tienen como... como a niños. Por eso no... no participo en las actividades la verdad (ER2)

No me gusta que nos traten como a niños. Con respeto sí, claro, pero no como si fuéramos tontos (GD3.5)

En el caso concreto de la prohibición de visitas a las personas que viven en residencias de mayores, si bien es una medida preventiva, conlleva un aumento del aislamiento social y de la soledad emocional que ya habían remarcado trabajos como el de Rodríguez y Castro (2019). También aquellos mayores salmantinos con sus hijos residiendo en otros lugares han echado en falta el poder estar con ellos en estos momentos. En muchos casos, el único medio de mantener una interacción social ha sido el teléfono o la videoconferencia.

Pero tú salías. A mí no, no me dejaban salir de la habitación y la cabeza se ponía a pensar y no paraba (ER2)

Eso ha sido lo peor, no poder comunicarte con los hijos, abrazarlos, los nietos... (GD2.5)

Y podemos dar gracias a Dios a que el teléfono ya no cuesta lo que costaba, estamos todo el día con el chivato enganchado con la amiga, con la prima... sino ¿usted se imagina venir de la UVI, sin la cabeza muy bien, y ahí sentada en un sillón sin poder andar? Y venir con tantos problemas como se traen, de otra muerte que entró junta conmigo (GD4.7)

El confinamiento en el hogar, la posterior reducción de salidas a una hora diaria, o el doble confinamiento de las personas en residencias (aislados del exterior y en su habitación sin gozar de las zonas comunes) tiene muchas consecuencias negativas: reducción o inactividad física y su implicación en problemas de sueño; aumento del deterioro cognitivo por haber dejado de realizar actividades de estimulación cognitiva, talleres, tertulias, terapias grupales, voluntariado, participación en asociaciones; afectación del estado emocional y anímico, con un aumento de la sintomatología depresiva; falta de contacto con red social y soledad (Pinazo-Hernandis, 2020). Así lo han manifestado los mayores salmantinos que han participado en el estudio.

Y es que el estar ahí tanto encerrada, al estar una persona sola, se te acumulan una de cosas, una de cosas, y es como cuando sale el matrimonio, pero tú sola, te daba una de vueltas la cabeza, pensabas en muchas cosas, pero muy malas muy malas (GD4.3)

Bueno la pandemia también nos ha marcado mucho, eh. Yo a mi bastante, porque me cogió, murió mi marido y empezó justo el confinamiento, he tenido que estar sola porque no podía ir mis hijos ninguno a verme ni nada, entonces la soledad la llevé muy mal (GD1.1)

En el lado positivo los mayores han detectado una mayor empatía y unos principios de cuidado mutuo que antes no existían. Tal vez sirva para darse cuenta de cuántas personas eran invisibles hasta ahora, para mejorar las redes sociales entre vecinos y la solidaridad intergeneracional. El hecho de salir al balcón permite relacionarnos con los vecinos de una forma inusual. Por otra parte, numerosos ejemplos de jóvenes apoyando a personas mayores durante el confinamiento: llevándoles la compra, paseando a los perros o llamándoles por teléfono para aliviar su soledad (Pinazo-Hernandis, 2020).

Cuando llegaban las 8, era una alegría ver a la gente aplaudiendo, era una alegría (GD4.6)

Y hay mucha juventud que es maravillosa y se ha volcado en ayudar a los vecinos (GD1.2)

Ciertamente, los mayores se han llevado la peor parte en esta crisis sanitaria. Las consecuencias del aislamiento pueden persistir en el tiempo, no sólo para quienes viven en residencias, donde ha habido miles de fallecidos y se ha vivido el confinamiento más duro también para quienes acudían a centros de día, asociaciones de barrio, actividades varias.

La psicóloga que me estuvo atendiendo por teléfono muy bien, pero se acabó el programa y no se han vuelto a acordar nadie de tal psicología. Usted cree que, en tan poco tiempo, ¿yo me he recuperado? La verdad que estoy más recuperada, porque pongo mucho ánimo, pongo mucho de mi parte (GD4.7) (Persona que estuvo un mes en la UVI)

Es el hábito y no vuelven y yo pienso que les va a costar mucho retomar. No sé si en las ciudades como hay otro ambiente y tal, pues sí va a ser más fácil retomar, pero en los pueblos desde luego hay gente que esto significa que hay gente que se ha quedado en casa durante dos años y se van, eh...a seguir quedando en casa hasta que Dios quiera. (GD2.1)

Tras efectuar el análisis cualitativo, podemos concluir que los residentes en Salamanca capital reclaman nuevos y mayores espacios públicos amigables y denuncian la falta de mantenimiento y degradación de los existentes. Asimismo, a raíz de la pandemia experimentan un empeoramiento en los servicios públicos y una inquietud ante las dificultades económicas que anticipan en un futuro cercano. Por su parte, en el resto de la provincia se defiende la calidad de vida de los pueblos aunque se es consciente de la progresiva pérdida de servicios y recursos públicos y privados tal y como señalan en sus trabajos Esparza (2011) o Martín y Rivera (2022). También se apunta, en consonancia con Pinilla y Sáez (2021), que la pérdida de habitantes que experimentan la práctica totalidad de municipios debilita la red de apoyo informal y, a su vez, lastra el dinamismo social y económico-empresarial de estos territorios. En el caso concreto de las residencias, los participantes acusan una mayor monotonía y sedentarismo en su vida diaria que se vio incrementada durante la pandemia. Se demandan actividades más acordes a sus gustos y preferencias.

Es así como una de las lecciones que debemos extraer de la pandemia consiste en revisar el modelo de cuidados de las personas mayores cuestionado por la crisis sanitaria. El nuevo modelo deberá estar centrado en la persona y no en la institución y tendrá que formar parte de una estrategia de políticas públicas con una visión más amplia.

En definitiva, la situación de pandemia, con un confinamiento que afecta a todos, ha sido una situación excepcional pero que puede repetirse. Son necesarias investigaciones que incidan en la relación entre estas variables para prepararnos frente a futuras crisis sanitarias. En consecuencia, debemos disponer de evidencias, como las aquí presentadas, por si fueran necesarios nuevos confinamientos por rebrotes de la enfermedad para prevenir, revertir o paliar los efectos psico-sociales en las personas mayores.

Referencias bibliográficas

- Ayalon, Liat et Alia (2021). Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76, e49–e52. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Carrero, V., Soriano R. M. y Trinidad, A. (2006). *Teoría fundamentada Grounded Theory. El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Esparza Catalán, C. (2011). Discapacidad y dependencia en Castilla León. *Informes Portal Mayores*, 117. Disponible en <http://digital.csic.es/bitstream/10261/39620/1/pm-discapacidadcastillaleon-01.pdf> (29 de mayo de 2023).
- Freixas, A. (2021). *Yo, vieja. Apuntes de supervivencia para ser libres*. Madrid: Capitán Swing.
- Martín Gómez, A. y Rivera Navarro, J. (2022). Provisión de cuidados a personas mayores dependientes en los entornos rurales en España. *Ehquidad. International Welfare Policies and Social Work Journal*, 18, 11-40. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2022.0011>
- Médicos sin Fronteras (MSF) (2020). *Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de las personas mayores en las residencias durante la COVID-19 en España*. Barcelona: MSF.
- Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55, 249-252.
- Pinilla, V. y Sáez, L. A. (2021). La despoblación rural en España: características, causas e implicaciones para las políticas públicas. *Presupuesto y Gasto Público*, 102, 75-92.
- Rodríguez López, E. y Castro Clemente, C. (2019). Soledad y aislamiento, barreras y condicionamientos en ámbito de las personas mayores en España. *Ehquidad. International Welfare Policies and Social Work Journal*, 12, 127-154. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2019.0012>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Manifestaciones de edadismo en las políticas de empleo

Trinidad Ortega Expósito, Universidad de Jaén (tortega@ujaen.es)

Juana Pérez Villar, Universidad de Jaén (jpvillar@ujaen.es)

Isabel María Martínez Salvador, Universidad de Almería (isabelmartinez@ual.es)

Antonia Rodríguez Martínez, Universidad de Jaén (armartin@ujaen.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Cuando existen estereotipos o prejuicios referidos a la edad de una persona, se promueve la discriminación por edadismo (Butler, 1969).

Este fenómeno está generalizado en las instituciones, legislaciones y políticas de todo el mundo, llegando a afectar, a la economía, a la sociedad, a la salud y la dignidad de las personas.

Este estudio pretende analizar la posible existencia de edadismo en la normativa básica de las políticas públicas de empleo en España. Para ello, se ha utilizado una metodología cualitativa con planteamiento científico fenomenológico, empleando el análisis documental de la legislación aplicable en materia de empleo a nivel estatal, promulgada desde la Constitución de 1978 hasta nuestros días y que constituye la fuente primaria objeto de análisis sobre edadismo en el ámbito laboral.

Los resultados ponen de manifiesto que, existen normativas que podrían contribuir al edadismo en cuanto a un estereotipo negativo asociado a la edad, mientras que en otras normas se observan medidas edadistas que tienden hacia una acción protectora.

Estos hallazgos instan a promover una mediación efectiva en el diseño de futuras políticas públicas que no contribuyan a la perpetuación del edadismo y que fomenten la inclusión de la participación y toma de decisiones de las personas.

Palabras clave

Edadismo, normativa laboral, prejuicios, estereotipos, políticas públicas

1 Introducción/descripción general

A lo largo de la vida y en los diferentes contextos, para describir, categorizar y clasificar a las personas, las sociedades han empleado la edad, el género o la raza. En base a estas clasificaciones, las personas participan en un rol predeterminado por la sociedad en la que desarrollamos nuestras vidas (Seco-Lozano, 2022).

La edad es uno de los primeros rasgos por el que clasificamos automáticamente a las personas según construcciones sociales, imaginando sus capacidades y habilidades. El edadismo, o discriminación por edad, ocurre cuando las personas son categorizadas y divididas en función de su edad de manera que dañan, perjudican o infringen la solidaridad intergeneracional. La discriminación por edad perjudica nuestra salud y bienestar y es un componente clave de las políticas y acciones efectivas sobre un envejecimiento saludable, como han reconocido los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Estrategia Global y el Plan de Acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud y en el Decenio del Envejecimiento Saludable (2021-2030) (World Health Organization, 2021).

Según el Ministerio de Sanidad español, el edadismo se produce cuando se perpetúan estereotipos negativos asociados a la edad, cuando existe un trato diferencial en cuanto a servicios, administraciones, etc., cuando se excluya de la participación y toma de decisiones y se invisibilice en medios de comunicación, redes sociales, etc.

Teniendo en cuenta estas cuatro premisas, el desarrollo de este trabajo se ha centrado en el objetivo de analizar la posible existencia de edadismo en la normativa básica de las políticas públicas de empleo en España.

2 Metodología

Se ha utilizado una metodología de investigación cualitativa, con un planteamiento de investigación científico fenomenológico, centrada en aspectos no susceptibles de cuantificación, abordando distintas perspectivas del objeto de estudio, lo que permite obtener elementos referenciales para el logro de resultados precisos y fiables.

El enfoque cualitativo procura brindar profundidad y al mismo tiempo el detalle mediante una descripción y registro minucioso (Pérez, 2000). Por su parte, el planteamiento fenomenológico, teniendo en cuenta que es un enfoque adecuado dentro de la investigación cualitativa, es utilizado para “descubrir en el fenómeno su esencia y hacerla de utilidad científica” (Díaz de Salas, 2020, p. 3), poniendo el acento, en este caso, en el alcance que contiene la normativa referida a la discriminación por edad.

Para ello, se ha empleado el análisis documental de la legislación básica publicada por el Ministerio de Trabajo y Economía Social (2023) aplicable en materia de empleo a nivel estatal, promulgada desde la Constitución de 1978 hasta nuestros días, y que constituye la fuente primaria objeto de análisis sobre edadismo en el ámbito laboral.

3 Resultados y conclusiones

Se han analizado un total de 19 normativas básicas, indagando si en las mismas se puede detectar un trato diferencial en cuanto a servicios, recursos, ayudas, etc., a causa de la edad; si excluyen a las personas mayores o menores de la participación en la toma de decisiones; si en algún caso se perpetúan estereotipos negativos asociados a la edad y si las normas analizadas son de aplicación al amplio espectro de la edad de una persona o no.

Ocho de estas normas¹ no presentan connotaciones edadistas. Básicamente, se trata de normativas generalistas en las que se establece, entre otras cuestiones, la protección de todas las personas sin discriminación por edad, raza, sexo o cualquier otra circunstancia; así como a garantizar la igualdad y dignidad y establecer mecanismos de participación de la ciudadanía en la vida política, económica, cultural y social.

En definitiva, por lo que se refiere a aspectos relativos a la edad en este grupo de normas no se alude a ningún tipo de diferenciación, muy al contrario, casi todas hacen referencia explícitamente, de un modo u otro, a la no discriminación de las personas y a remover cualquier obstáculo que impida o dificulte su participación y la libertad de decisión.

¹ Constitución Española, LO de Libertad Sindical, LO de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, Ley de Empresas de Trabajo Temporal, Ley de Conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, Ley General de Subvenciones, RDL que aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social y RDL que aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

En cuanto a las once normas restantes², si contemplan referencias en su articulado diferenciando por razón de edad, pudiendo destacar los siguientes aspectos en cada una:

- Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. En ella se establece el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo independientemente de su edad, sin embargo, en su desarrollo se hacen varias referencias a la edad, en concreto establece medidas específicas para la protección de trabajadores menores de dieciocho años. Además, hace referencia a las relaciones de trabajo temporales o de duración determinada, así como los contratados por empresas de trabajo temporal, que pueden incluir a jóvenes trabajadores, así como la protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, instando al empresario a garantizar la protección de los mismos, con una mención especial en su artículo 27 a la protección de los trabajadores menores de 18 años. Por otra parte, contempla que el empresario deberá realizar consulta a todos los trabajadores y permitir su participación (art. 33).
- Real Decreto Legislativo 5/2000 Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, en el que se indica que las decisiones unilaterales tomadas por la empresa que impliquen discriminaciones directas o indirectas por razón de edad, constituirán una infracción muy grave (art. 8), así como la solicitud de datos de carácter personal para cualquier proceso selectivo, o el establecimiento de condiciones de colocación u otras cuestiones análogas que constituyan discriminación para el acceso al empleo por razón de la edad (art. 16). En definitiva, esta ley busca prevenir y sancionar la exclusión por razón de edad en el ámbito laboral.
- Ley 20/2007, del Estatuto del Trabajo Autónomo. Ya en el apartado II del Preámbulo, se propone el establecimiento de medidas especiales aplicando minoraciones en la cobertura de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en función de la edad, así como para el fomento del empleo autónomo. Posteriormente, en el apartado V plantea establecer reducciones en cotización de los hijos de trabajadores autónomos menores de 30 años que comiencen a trabajar en la actividad familiar, con exclusión de los menores de 16 años que tal y como se establece en su artículo 9 queda prohibido explícitamente que realicen actividad laboral alguna, con excepción de servicios en espectáculos públicos que tiene una normativa especial. Por último, en la disposición adicional decimotercera se establecen reducciones y bonificaciones para aquellos trabajadores autónomos que tengan 30 años o menos, o 35 años si son mujeres.
- Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Prohíbe expresamente cualquier discriminación por razón de edad, así como cualquier decisión empresarial que suponga un trato desfavorable a los trabajadores como reacción ante una reclamación destinada a exigir el cumplimiento del principio de igualdad. La única alusión en esta ley diferenciando por edad, se refiere a los beneficiarios de las prestaciones por maternidad, ya que establece unos periodos mínimos de cotización según la edad del trabajador en el momento del hecho causante, por lo que se podría decir que existe un trato diferencial en el acceso a prestaciones por motivos de edad (art. 133 ter.).
- Ley 43/2006, para la mejora del crecimiento y del empleo. En esta norma se encuentran referencias explícitas a rangos o franjas de edad, fundamentalmente, cuando se hace referencia a la aplicación de incentivos a la contratación, las situaciones de exclusión de dichos incentivos y la incompatibilidad de

² LO sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, LO para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres, Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Ley para la mejora del crecimiento y del empleo, Ley del Estatuto del trabajo autónomo, Ley reguladora de la jurisdicción social, RDL sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, RDL de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo, RDL por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Empleo y RDL por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

las diferentes bonificaciones, estableciendo medidas diferenciadas para jóvenes entre 16 y 30 años y para mayores de 45 años, así como bonificaciones para el mantenimiento del empleo indefinido para trabajadores de 60 o más años. También se tiene en cuenta la edad en el establecimiento de medidas para mejorar la utilización de la contratación temporal, haciendo referencia expresa a trabajadores entre 16 y 21 años, con un límite máximo de edad de 24 años. Así como en las medidas relacionadas con la mejora de la protección por desempleo de colectivos específicos, aludiendo directamente a los mayores de 45 años.

- Real Decreto Legislativo 8/2015, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. En esta norma se pueden destacar los siguientes aspectos: derecho de las empresas a una reducción del 75% de las cuotas a la Seguridad Social durante la situación de incapacidad temporal de los trabajadores que hubieran cumplido 62 años (art. 144), la exención de las empresas y trabajadores de cotizar a la Seguridad Social por contingencias comunes respecto a los trabajadores por cuenta ajena, una vez estos hayan alcanzado la edad de acceso a la pensión de jubilación (art. 152), y el artículo 214, sobre pensión de jubilación y envejecimiento activo, ya que contempla las medidas y requerimientos para compatibilizar la pensión de jubilación en su modalidad contributiva con la realización de cualquier trabajo por cuenta ajena o propia. Así como la Disposición transitoria séptima que recoge como se aplicarán de manera gradual las edades de jubilación y el periodo de cotización hasta el año 2027 en que queda establecida la edad de jubilación a los 67 años.
- Ley 36/2011, reguladora de la jurisdicción social, cuyo objetivo es conseguir la efectividad de la respuesta judicial, alude, entre otros, a los casos de discriminación por razón de la edad, contemplando la posibilidad de recabar informes de expertos (art. 95) e indicando que corresponde a la persona demandada la aportación de las pruebas precisas (art. 96).
- Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Es de destacar la definición en la ley de la dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial [...]”. Indicar la edad como un criterio para la aparición de las situaciones de dependencia, perpetúa los estereotipos negativos asociados a la edad, factor que no debería de ser valorable en cuestiones de dependencia.
- Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración social. Son varios los artículos de la ley que muestran un trato diferencial, asociado a la edad, lo que repercute en el acceso a servicios y recursos, entre los que destacan los derechos a la educación (art. 9), a la asistencia sanitaria (art. 12), las características de las familias reagrupables (art. 17) y residencias de menores tutelados por una Administración Pública (art. 32), donde se muestra que existe trato diferencial en el acceso a los servicios y
- exclusión en la participación por motivos exclusivamente de edad, lo que perpetúa los estereotipos y el edadismo.
- Real Decreto-ley 10/2010, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. Destacan las medidas relacionadas con el fomento de la contratación indefinida asociadas en función de la edad (art. 3) y las bonificaciones para favorecer el empleo de los jóvenes (art. 10), evidenciando un trato diferencial en función de la edad.

- Real Decreto Legislativo 3/2015, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Empleo. Ya desde el establecimiento de los objetivos, la ley marca que se deben asegurar políticas de integración laboral dirigidas a jóvenes y mayores de 45 años, entre otros (art. 2d). Asimismo, en el artículo 30.1 se indica la necesidad de implementar programas destinados a fomentar el empleo en jóvenes y mayores de 45 años, lo que entraña un trato diferencial a determinados grupos de edad, excluyendo a otras personas de los beneficios de estas medidas a causa de su edad biológica.

En definitiva, se observa que en las políticas analizadas se mantiene un trato diferencial por motivos de edad. Aunque, en general, se puede percibir que estas medidas discriminan positivamente, es importante reflexionar en mayor profundidad sobre ello, ya que en ocasiones dichas medidas generan confusión y agravios comparativos, además de poner el acento en las posibles dificultades de los individuos, más que en sus potencialidades.

Referencias bibliográficas

- Butler, R.N. (1969). Age-ism. Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243–246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_part_1.243
- Díaz de Salas, Y.C. (2020). Mirada Fenomenológica desde las Competencias Investigativas en las Líneas de Investigación de la UNESR. *Revista Científica*, 5, pp.269-287. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2020.5.15.13.269-287>
- Generales, E. C. (1978). Constitución Española de 27 de diciembre de 1978.
- Ley 14/1994, de 1 de junio, por la que se regulan las Empresas de trabajo temporal, BOE, N. 131 (2 junio 1994)
- Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajo autónomo. BOE, N. 166 (12 de julio 2007)
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE, N. 269 (10 de noviembre de 1995)
- Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social. BOE, N. 245 (11 de noviembre de 2011)
- Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones. BOE, N. 276 (18 de noviembre de 2003)
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. BOE, N. 266 (12 de noviembre de 1999)
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE, N. 299 (15 diciembre 2006)
- Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la mejora del crecimiento y del empleo. BOE, N. 312 (30 de diciembre de 2006)
- Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical. BOE, N. 189 (8 de agosto de 1985)
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE, N. 71 (23 de marzo de 2007)
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE, N. 10 (12 de enero de 2000)
- Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional. BOE, N. 147 (20 de junio de 2002)
- Pérez, G. (2000). *Investigación Cualitativa I: Retos e Interrogantes: Métodos*. Editorial La Muralla
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. BOE, N. 289 (03 de diciembre de 2013)
- Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. BOE, N. 255 (24 de octubre de 2015)

Real Decreto Legislativo 3/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Empleo. BOE, N. 255, (24 de octubre de 2015)

Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social. BOE, N. 189 (8 de agosto de 2000)

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE, N. 261 (31 de octubre de 2015)

Real Decreto-ley 10/2010, de 16 de junio, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. BOE, N. 147 (17 de junio de 2010)

Seco-Lozano, L. (2022). Edadismo: la barrera invisible. *Enfermería Nefrológica*, 25(1), 7-9.
<https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842022001>

World Health Organization (2021). Informe Mundial sobre el edadismo. Global report on ageism. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. ISBN 978- 92-4-001686-6. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
<https://doi.org/10.37774/9789275324455>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Avances y cambios en las políticas sociales para la atención residencial de las personas adultas mayores

Antonia Rodríguez Martínez, Universidad de Jaén (armartin@ujaen.es)

María del Carmen Martín Cano, Universidad de Jaén (mmcano@ujaen.es)

Cristina Díaz Román, Universidad de Jaén (cdiaz@ujaen.es)

María Dolores Muñoz de Dios, Universidad de Jaén (mdmunoz@ujaen.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Relacionado con el rápido crecimiento de la población de personas adultas mayores, en los últimos 30 años, se viene estudiando el uso de diversas opciones de vivienda y en concreto, la atención residencial integral y personal. En España, se aprueba el nuevo modelo de residencias y de atención a la dependencia en junio de 2022, promoviendo la tendencia de cambio cultural para la mejora de la calidad de vida en centros residenciales.

El objetivo principal de este estudio plantea analizar el impacto de los acuerdos para la mejora de la calidad de los centros residenciales en España. Con una metodología de investigación cualitativa, y planteamiento científico fenomenológico, mediante el análisis documental y la revisión bibliográfica. Los resultados indican que los acuerdos promulgados generan debate y diferencias de opiniones, ya que el nuevo modelo conlleva cambios, que, de momento, no se han visto materializados. Los centros residenciales de personas adultas mayores afrontan un cambio integral, enfrentándose al rediseño completo de centros y procesos para mejorar el bienestar físico, psicológico y social de las personas residentes, de sus familiares y del personal.

Palabras clave

Personas adultas mayores, centros residenciales, normativa, nuevo modelo residencial

1 Introducción/descripción general

El envejecimiento de la población es un hecho. España es uno de los países de la Unión Europea donde el porcentaje de personas mayores y concretamente de mayores de 80 años más ha aumentado, debido principalmente al incremento de la esperanza de vida (Rodríguez-Martínez, 2021).

Relacionado con el rápido crecimiento de la población de personas adultas mayores, en los últimos 30 años, se viene estudiando el uso de diversas opciones de vivienda y en concreto, la atención residencial integral y personal (Rodríguez-Martínez, 2021). En esta línea, en España, se ha intensificado el uso de diversas opciones de vivienda. Esto junto con la longevidad ha provocado el fenómeno de un alto número de personas mayores

Atendidas en entornos de atención en función de sus patologías o deterioros naturales de la edad (Burnette, 1986).

Sin embargo, esta situación no es nueva, es necesario recordar que ya desde la época de Juan Luis Vives, existían centros asistenciales para personas mayores, los denominados asilos. Que poco a poco fueron normativizándose. A este respecto, existe un amplio abanico normativo en nuestro país desde 1971, con el nacimiento del Primer Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos (IMSERSO, 2004). A partir de esta fecha, tanto en nuestro país, como a nivel internacional identificamos diferentes momentos en

los que se hacen intentos por normativizar las medidas de acción y actuación relativas a las personas mayores. De ellos destaca, en el año 2006, la promulgación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia. Y la más actual, el pasado mes de junio, el acuerdo del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y las comunidades autónomas, en el que se propone un nuevo modelo de residencias y atención a la dependencia, buscando reducir el número de plazas en los centros y aumentar la cantidad de personas trabajadoras, para ofrecer un cuidado personalizado y adaptado a las necesidades individuales. En esta línea se promueve la tendencia de cambio cultural para la mejora de la calidad de vida de este grupo etario en centros residenciales (Rodríguez-Martínez, 2023). Planteando en este trabajo el objetivo principal de analizar el impacto de los acuerdos para la mejora de la calidad de los centros residenciales en España.

2 Metodología

Se ha utilizado una metodología de investigación cualitativa, con un planteamiento de investigación científico fenomenológico, centrada en aspectos no susceptibles de cuantificación, abordando distintas perspectivas del objeto de estudio, lo que permite obtener elementos referenciales para el logro de resultados precisos y fiables.

El enfoque cualitativo procura brindar profundidad y al mismo tiempo el detalle mediante una descripción y registro minucioso (Pérez, 2000). Por su parte, el planteamiento fenomenológico, teniendo en cuenta que es un enfoque adecuado dentro de la investigación cualitativa, es utilizado para “descubrir en el fenómeno su esencia y hacerla de utilidad científica” (Díaz de Salas, 2020, p. 3), poniendo el acento, en este caso, en el alcance que contiene la normativa referida a la discriminación por edad.

Para ello, se ha empleado el análisis documental de la legislación básica publicada por el Ministerio de Trabajo y Economía Social (2023) aplicable en materia de empleo a nivel estatal, promulgada desde la Constitución de 1978 hasta nuestros días, y que constituye la fuente primaria objeto de análisis sobre edadismo en el ámbito laboral.

3 Resultados

Se han analizado un total de 19 normativas básicas, indagando si en las mismas se puede detectar un trato diferencial en cuanto a servicios, recursos, ayudas, etc., a causa de la edad; si excluyen a las personas mayores o menores de la participación en la toma de decisiones; si en algún caso se perpetúan estereotipos negativos asociados a la edad y si las normas analizadas son de aplicación al amplio espectro de la edad de una persona o no.

Ocho de estas normas³ no presentan connotaciones edadistas. Básicamente, se trata de normativas generalistas en las que se establece, entre otras cuestiones, la protección de todas las personas sin discriminación por edad, raza, sexo o cualquier otra circunstancia; así como a garantizar la igualdad y dignidad y establecer mecanismos de participación de la ciudadanía en la vida política, económica, cultural y social.

En definitiva, por lo que se refiere a aspectos relativos a la edad en este grupo de normas no se alude a ningún tipo de diferenciación, muy al contrario, casi todas hacen referencia explícitamente, de un modo u otro, a la no

³ Constitución Española, LO de Libertad Sindical, LO de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, Ley de Empresas de Trabajo Temporal, Ley de Conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, Ley General de Subvenciones, RDL que aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social y RDL que aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

discriminación de las personas y a remover cualquier obstáculo que impida o dificulte su participación y la libertad de decisión.

En cuanto a las once normas restantes⁴, si contemplan referencias en su articulado diferenciando por razón de edad, pudiendo destacar los siguientes aspectos en cada una:

- Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. En ella se establece el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo independientemente de su edad, sin embargo, en su desarrollo se hacen varias referencias a la edad, en concreto establece medidas específicas para la protección de trabajadores menores de dieciocho años. Además, hace referencia a las relaciones de trabajo temporales o de duración determinada, así como los contratados por empresas de trabajo temporal, que pueden incluir a jóvenes trabajadores, así como la protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, instando al empresario a garantizar la protección de los mismos, con una mención especial en su artículo 27 a la protección de los trabajadores menores de 18 años. Por otra parte, contempla que el empresario deberá realizar consulta a todos los trabajadores y permitir su participación (art. 33).
- Real Decreto Legislativo 5/2000 Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, en el que se indica que las decisiones unilaterales tomadas por la empresa que impliquen discriminaciones directas o indirectas por razón de edad, constituirán una infracción muy grave (art. 8), así como la solicitud de datos de carácter personal para cualquier proceso selectivo, o el establecimiento de condiciones de colocación u otras cuestiones análogas que constituyan discriminación para el acceso al empleo por razón de la edad (art. 16). En definitiva, esta ley busca prevenir y sancionar la exclusión por razón de edad en el ámbito laboral.
- Ley 20/2007, del Estatuto del Trabajo Autónomo. Ya en el apartado II del Preámbulo, se propone el establecimiento de medidas especiales aplicando minoraciones en la cobertura de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en función de la edad, así como para el fomento del empleo autónomo. Posteriormente, en el apartado V plantea establecer reducciones en cotización de los hijos de trabajadores autónomos menores de 30 años que comiencen a trabajar en la actividad familiar, con exclusión de los menores de 16 años que tal y como se establece en su artículo 9 queda prohibido explícitamente que realicen actividad laboral alguna, con excepción de servicios en espectáculos públicos que tiene una normativa especial. Por último, en la disposición adicional decimotercera se establecen reducciones y bonificaciones para aquellos trabajadores autónomos que tengan 30 años o menos, o 35 años si son mujeres.
- Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Prohíbe expresamente cualquier discriminación por razón de edad, así como cualquier decisión empresarial que suponga un trato desfavorable a los trabajadores como reacción ante una reclamación destinada a exigir el cumplimiento del principio de igualdad. La única alusión en esta ley diferenciando por edad, se refiere a los beneficiarios de las prestaciones por maternidad, ya que establece unos periodos mínimos de cotización según la edad del trabajador en el momento del hecho causante, por lo que se podría decir que existe un trato diferencial en el acceso a prestaciones por motivos de edad (art. 133 ter.).

⁴ LO sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, LO para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres, Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Ley para la mejora del crecimiento y del empleo, Ley del Estatuto del trabajo autónomo, Ley reguladora de la jurisdicción social, RDL sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, RDL de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo, RDL por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Empleo y RDL por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

- Ley 43/2006, para la mejora del crecimiento y del empleo. En esta norma se encuentran referencias explícitas a rangos o franjas de edad, fundamentalmente, cuando se hace referencia a la aplicación de incentivos a la contratación, las situaciones de exclusión de dichos incentivos y la incompatibilidad de las diferentes bonificaciones, estableciendo medidas diferenciadas para jóvenes entre 16 y 30 años y para mayores de 45 años, así como bonificaciones para el mantenimiento del empleo indefinido para trabajadores de 60 o más años. También se tiene en cuenta la edad en el establecimiento de medidas para mejorar la utilización de la contratación temporal, haciendo referencia expresa a trabajadores entre 16 y 21 años, con un límite máximo de edad de 24 años. Así como en las medidas relacionadas con la mejora de la protección por desempleo de colectivos específicos, aludiendo directamente a los mayores de 45 años.
- Real Decreto Legislativo 8/2015, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. En esta norma se pueden destacar los siguientes aspectos: derecho de las empresas a una reducción del 75% de las cuotas a la Seguridad Social durante la situación de incapacidad temporal de los trabajadores que hubieran cumplido 62 años (art. 144), la exención de las empresas y trabajadores de cotizar a la Seguridad Social por contingencias comunes respecto a los trabajadores por cuenta ajena, una vez estos hayan alcanzado la edad de acceso a la pensión de jubilación (art. 152), y el artículo 214, sobre pensión de jubilación y envejecimiento activo, ya que contempla las medidas y requerimientos para compatibilizar la pensión de jubilación en su modalidad contributiva con la realización de cualquier trabajo por cuenta ajena o propia. Así como la Disposición transitoria séptima que recoge como se aplicarán de manera gradual las edades de jubilación y el periodo de cotización hasta el año 2027 en que queda establecida la edad de jubilación a los 67 años.
- Ley 36/2011, reguladora de la jurisdicción social, cuyo objetivo es conseguir la efectividad de la respuesta judicial, alude, entre otros, a los casos de discriminación por razón de la edad, contemplando la posibilidad de recabar informes de expertos (art. 95) e indicando que corresponde a la persona demandada la aportación de las pruebas precisas (art. 96).
- Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Es de destacar la definición en la ley de la dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial [...]”. Indicar la edad como un criterio para la aparición de las situaciones de dependencia, perpetúa los estereotipos negativos asociados a la edad, factor que no debería de ser valorable en cuestiones de dependencia.
- Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración social. Son varios los artículos de la ley que muestran un trato diferencial, asociado a la edad, lo que repercute en el acceso a servicios y recursos, entre los que destacan los derechos a la educación (art. 9), a la asistencia sanitaria (art. 12), las características de las familias reagrupables (art. 17) y residencias de menores tutelados por una Administración Pública (art. 32), donde se muestra que existe trato diferencial en el acceso a los servicios y
- exclusión en la participación por motivos exclusivamente de edad, lo que perpetúa los estereotipos y el edadismo.
- Real Decreto-ley 10/2010, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. Destacan las medidas relacionadas con el fomento de la contratación indefinida asociadas en función de la edad (art. 3) y las bonificaciones para favorecer el empleo de los jóvenes (art. 10), evidenciando un trato diferencial en función de la edad.

- Real Decreto Legislativo 3/2015, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Empleo. Ya desde el establecimiento de los objetivos, la ley marca que se deben asegurar políticas de integración laboral dirigidas a jóvenes y mayores de 45 años, entre otros (art. 2d). Asimismo, en el artículo 30.1 se indica la necesidad de implementar programas destinados a fomentar el empleo en jóvenes y mayores de 45 años, lo que entraña un trato diferencial a determinados grupos de edad, excluyendo a otras personas de los beneficios de estas medidas a causa de su edad biológica.

En definitiva, se observa que en las políticas analizadas se mantiene un trato diferencial por motivos de edad. Aunque, en general, se puede percibir que estas medidas discriminan positivamente, es importante reflexionar en mayor profundidad sobre ello, ya que en ocasiones dichas medidas generan confusión y agravios comparativos, además de poner el acento en las posibles dificultades de los individuos, más que en sus potencialidades.

Referencias bibliográficas

- Butler, R.N. (1969). Age-ism. Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243–246.
https://doi.org/10.1093/geront/9.4_part_1.243
- Díaz de Salas, Y.C. (2020). Mirada Fenomenológica desde las Competencias Investigativas en las Líneas de Investigación de la UNESR. *Revista Cientific*, 5, pp.269-287. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2020.5.15.13.269-287>
- Generales, E. C. (1978). Constitución Española de 27 de diciembre de 1978.
- Ley 14/1994, de 1 de junio, por la que se regulan las Empresas de trabajo temporal, BOE, N. 131 (2 junio 1994)
- Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajo autónomo. BOE, N. 166 (12 de julio 2007)
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE, N. 269 (10 de noviembre de 1995)
- Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social. BOE, N. 245 (11 de noviembre de 2011)
- Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones. BOE, N. 276 (18 de noviembre de 2003)
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. BOE, N. 266 (12 de noviembre de 1999)
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE, N. 299 (15 diciembre 2006)
- Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la mejora del crecimiento y del empleo. BOE, N. 312 (30 de diciembre de 2006)
- Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical. BOE, N. 189 (8 de agosto de 1985)
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE, N. 71 (23 de marzo de 2007)
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE, N. 10 (12 de enero de 2000)
- Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional. BOE, N. 147 (20 de junio de 2002)
- Pérez, G. (2000). *Investigación Cualitativa I: Retos e Interrogantes: Métodos*. Editorial La Muralla
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. BOE, N. 289 (03 de diciembre de 2013)

- Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. BOE, N. 255 (24 de octubre de 2015)
- Real Decreto Legislativo 3/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Empleo. BOE, N. 255, (24 de octubre de 2015)
- Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social. BOE, N. 189 (8 de agosto de 2000)
- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE, N. 261 (31 de octubre de 2015)
- Real Decreto-ley 10/2010, de 16 de junio, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. BOE, N. 147 (17 de junio de 2010)
- Seco-Lozano, L. (2022). Edadismo: la barrera invisible. *Enfermería Nefrológica*, 25(1), 7- 9.
<https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842022001>
- World Health Organization (2021). Informe Mundial sobre el edadismo. Global report on ageism. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. ISBN 978- 92-4-001686-6. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
<https://doi.org/10.37774/97892753244>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Diagnóstico previo del Plan Jaén, ciudad amigable con las personas mayores: principales resultados

Adrián Jesús Ricoy-Cano, Universidad de Jaén (aricoy@ujaen.es)

Marta García-Domingo, Universidad de Jaén (mgdoming@ujaen.es)

Isabel María Martínez-Salvador, Universidad de Almería (isabelmartinez@ual.es)

Virginia Fuentes-Gutiérrez, Universidad de Jaén (vfuentes@ujaen.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Tras la adhesión de la ciudad de Jaén a la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables, es necesario realizar la Evaluación y Diagnóstico para la adaptación de la ciudad a las personas mayores. Los objetivos principales del proyecto son conocer las necesidades de las personas mayores en la ciudad de Jaén; analizar la situación de los accesos en espacios de ocio y tiempo libre, edificios, transportes, viviendas, inclusión social, participación ciudadana, servicios sociales y salud, y valorar las dificultades que tienen para acceder a éstos, escuchando las propuestas de mejora de las personas mayores. El proyecto se realiza desde una metodología participativa, con un enfoque centrado en las ciudades. Se formalizan diferentes Grupos Focales divididos en: A) Proveedores de servicios; B) Cuidadoras/es profesionales y no profesionales; C) Personas Mayores. Los resultados muestran diferentes dificultades sobre movilidad y accesibilidad especialmente para las personas mayores, evidenciando la sensación de inseguridad percibida. Se enfatiza la importancia de la participación de las personas mayores en el diseño de programas, así como de aprovechar el potencial de la sinergia intergeneracional. Los hallazgos instan a fortalecer la política social local una vez realizado el diagnóstico de las necesidades reales de personas mayores, comunidad e instituciones.

Palabras clave

Ciudades amigables, diagnóstico, necesidades detectadas, estudio de caso, ciudad de Jaén

1 Introducción/descripción general

En la actualidad, la población mundial está envejeciendo a un ritmo nunca experimentado. En la mayoría de los países del mundo se está produciendo un aumento acelerado del número de personas mayores, con el consiguiente incremento de las tasas y grados de discapacidad y dependencia. De acuerdo con las cifras y previsiones reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), se espera que para el año 2030 una de cada seis personas en todo el mundo tenga 60 años o más. En términos porcentuales es previsible que, entre los años 2015 y 2050, el número de personas mayores en todo el mundo se duplique, pasando del 12% al 22%.

De esta forma, los organismos internacionales especializados en la materia entienden el envejecimiento poblacional como una de las transformaciones sociales más relevantes del siglo XXI, principalmente por sus inferencias en todos los sectores de la sociedad. Este fenómeno social, sin lugar a dudas, ha venido asociado a la demanda de nuevos bienes y servicios (viviendas, transportes, protección social...), así como a diversas mejoras en los ya existentes, que convergen en necesidades imperantes de accesibilidad y adaptabilidad de los mismos. En este contexto, cada vez en mayor medida, las personas mayores son concebidas como “motor”

para el desarrollo y, por tanto, se insta a integrar sus habilidades y capacidades en pro de la mejora de sus propias realidades y de la sociedad en su conjunto, tomándolas en consideración en el diseño e implementación de políticas, programas, bienes y servicios en todos los niveles, sectores y ámbitos de actuación (United Nations, 2020). Este potencial humano y grupal para enfrentar el reto social en cuestión, ya quedó reflejado en la Guía Ciudades Globales Amigables con los Mayores (OMS, 2007), donde se especificaba:

El envejecimiento y la urbanización de la población son dos tendencias globales que, juntas, constituyen fuerzas importantes que caracterizan el siglo XXI. A medida que las ciudades crecen, su proporción de residentes de 60 años de edad y más va en aumento. Las personas mayores son un recurso para sus familias, comunidades y economías en entornos de vida sustentadores y facilitadores (p.6).

Al amparo de estas transformaciones sociales, en el año 2010 nace la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, promovida por la Organización Mundial de la Salud, como respuesta al incremento exponencial del envejecimiento poblacional y con el objetivo de que “cada ciudad y comunidad se esfuerce por adaptarse cada vez más a las personas mayores” (OMS, 2018, p.5).

A nivel global, las ciudades amigables con las personas mayores son aquellas cuyo objetivo principal persigue crear unos entornos urbanos que promuevan y aseguren la inclusión, la participación y el bienestar de las personas mayores que viven en la comunidad. De acuerdo con Fitzgerald et al. (2014) algunos de los retos específicos que persiguen estas ciudades son:

1. Promoción de la accesibilidad y la movilidad sostenible.
2. El fomento de la vida activa y saludable en las personas mayores.
3. El desarrollo de servicios y apoyos específicos para la promoción del envejecimiento activo
4. El incremento de la inclusión social y de la participación y vida comunitaria.
5. Las mejoras en la seguridad y protección ciudadana.

En síntesis, el propósito último de esta iniciativa se basa en conseguir la creación y adecuación de nuevos entornos urbanos que aseguren la inclusión, la accesibilidad, la salud, la seguridad y que propicien un envejecimiento activo y participativo en comunidad.

De forma más concreta, el Plan municipal, Jaén Ciudad Amigable con las Personas Mayores (2023-2026), ha sido diseñado y enmarcado dentro de los Ejes propuestos en el marco del Proyecto “Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores” promovido por la Organización Mundial de la Salud, que a su vez constituye una prioridad dentro de la Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud y del Decenio del Envejecimiento Saludable (2021-2030), en el marco de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. De igual forma, se consideró de especial relevancia cohesionar los planteamientos expuestos en este plan con la Estrategia Nacional “España 2050; Fundamentos y Propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo”, más concretamente con el 5º Desafío: Preparar nuestro Estado de Bienestar para una sociedad más longeva, donde se promueve que las personas en edades avanzadas tengan una participación e implicación cada vez más activa en las esferas de la vida económica y social.

En el presente trabajo se presentan los principales resultados obtenidos de la evaluación de la adaptación de la ciudad de Jaén a las necesidades de personas mayores. Esta evaluación y diagnóstico, con enfoque participativo, sienta las bases para el diseño de un Plan de Acción que garantice que la ciudad cumple con los requerimientos de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores.

2 Metodología

Para el análisis de la realidad, se siguen las pautas y recomendaciones establecidas por el Protocolo de Vancouver, en su adaptación al contexto español. Éste es un protocolo diseñado y promovido por la World Health Organization (2007), con una metodología de investigación basada en grupos focales en la que se le otorga una especial relevancia a la participación activa de las personas mayores. La propuesta metodológica ofrece una evaluación y diagnóstico completo que con posterioridad se emplea como eje guía para el diseño de Plan de Acción y la propuesta de indicadores. El proceso metodológico englobó un total de 4 pasos:

- Paso 1. Definición y selección de las personas participantes, atendiendo a la distribución espacial/territorial de los 9 distritos en los que se encuentra organizada la ciudad de Jaén. Un total de 20 grupos focales fueron llevados a cabo sobre los siguientes sectores poblacionales:
 - A) Proveedores de servicios públicos y privados (nueve grupos focales); B) Cuidadoras/es, profesionales y no profesionales (un grupo focal); C) Personas Mayores con y sin discapacidad (nueve grupos focales); D) Además, y aunque el protocolo no lo exige, se añadió un cuarto grupo, por la relevancia que podrían tener sus aportaciones ante los objetivos perseguidos, constituido por representantes políticos (un grupo focal).
- Paso 2. Diseño de los ejes guía de los grupos focales y plantillas de recolección de datos. Las dimensiones de análisis seleccionadas del protocolo y sobre la que se mostrarán en la siguiente sección los resultados fueron: (1) Espacios al aire libre y edificios; (2) Respeto e inclusión social; (3) Participación social. Además, se añadió una última dimensión para recabar información sociodemográfica exclusivamente de las personas mayores participantes.
- Paso 3. Toma de contacto y desarrollo de los grupos focales.
- Paso 4. Proceso de transcripción y análisis de datos/información.

Para dar respuesta al objetivo abordado en la presente comunicación se realizó un análisis de contenido cualitativo de la información obtenida en los grupos focales en relación con las dimensiones previamente mencionadas (Forman y Damschroder, 2007), desde una perspectiva hermenéutica para enfatizar la interpretación de los mismos y el contexto en el que se generan (Wiklund et al., 2002).

3 Resultados y conclusiones

3.1 Participantes

Un total de 132 personas participaron en el estudio, de las cuales 57 (un 43,18%) son personas mayores. En relación con las principales características sociodemográficas del grupo de personas mayores, éstas aparecen sintetizadas en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas participantes mayores

| | <i>n</i> | % |
|--------------------------------------|----------|-----------|
| <i>Sexo</i> | | |
| Mujer | 49 | 85,9% |
| Hombre | 8 | 14,1% |
| <i>Situación de empleo</i> | | |
| Trabajador/a tiempo completo | 1 | 1,7% |
| Trabajador/a media jornada | 1 | 1,7% |
| Jubilado/a | 55 | 96,6% |
| <i>Estado de salud autopercebido</i> | | |
| Excelente | 6 | 10,5% |
| Bueno | 17 | 29,8% |
| Normal | 21 | 36,8% |
| Débil/frágil | 13 | 22,8% |
| | <i>M</i> | <i>DE</i> |
| Edad | 72,5 | 8,8 |

Nota. M = media estadística; DE = Desviación Estándar. La perspectiva de género fue una constante durante el desarrollo del proyecto, quedando la muestra final del bloque de personas mayores constituida en un 85,9% por mujeres.

3.2 Principales resultados y discusión

Señalamos a continuación los principales hallazgos del análisis de contenido, así como una breve discusión de los mismos, agrupados en las siguientes categorías: espacios al aire libre y edificios; respeto e inclusión social; y participación. Se incorporan citas textuales y no textuales, las textuales van entre “” y en las no textuales se identifican al final del code como NT (no textual). El anonimato se garantiza en la codificación, sí que es posible conocer el perfil de quien emite el discurso, personas mayores (GFM), cuidadores/as (GC) y proveedores de servicio (GFP).

(1) Espacios al aire libre y edificios

De los diferentes grupos focales, pero principalmente de los constituidos por personas mayores, se desprende un sentimiento de inseguridad ciudadana en diferentes distritos que se ve influenciado por factores como: las limitaciones en aceras y en la accesibilidad al comercio de proximidad, por una iluminación insuficiente y por la escasa limpieza de parques.

Hace mucha falta el pasamanos o barandillas en la calle para nosotras las personas con discapacidad o mayores, que las aceras no sean con tanto hueco (GFM-D3-P11).

¹ = Distrito; P= Participante.

El acerado provoca numerosas caídas y tropiezos, se debería tener un canal de comunicación (como un número de teléfono) al que poder trasladar estas cuestiones que son un peligro, como un árbol a punto de caerse por ejemplo (GFM-D7-NT).

Así, y siguiendo las surgencias del Protocolo Vancouver, la participación de las personas mayores es un elemento clave ante las mejoras de amigabilidad de la ciudad. Dar voz a este grupo poblacional supone involucrarnos en procesos de codiseño y cocreación de valor, que mejorarán el debate democrático y empoderarán a la ciudadanía (Kudo, 2016).

Los comercios deberían estar informados de las ayudas económicas que les permiten hacer accesibles sus accesos si la hubiese (NT).

(2) Respeto e inclusión social

Las sensaciones manifestadas apuntaban a unas relaciones sociales sólidas en barrios históricos, zonas donde las personas mayores han vivido durante mucho tiempo y en las que se han ido constituyendo redes de apoyo y amistad basadas en una amplia interactividad comunitaria. En los barrios de nueva creación, y con la aparición de vecinos/as más jóvenes, se percibe un detrimento de la interactividad vecinal y de la conciencia comunitaria, presentándose así nuevas fórmulas de discriminación por edad (edadismo). En este sentido, los/as participantes del grupo de proveedores de servicios consideran que las actividades y programas intergeneracionales pueden tener aportes significativos a la hora de revertir estas situaciones.

Y sería muy bonito que los jóvenes acompañaran a las personas mayores. Aprenden ellos de nosotras y nosotras de ellos (GFP-D7-P1)

Se debería hacer que los niños compartan más experiencias con los mayores o que los mayores vayan a los colegios. Y que ahí participasen los que quieran, como una actividad voluntaria (GFP-D7-P2)

(3) Participación social

Una ciudad amigable con las personas mayores es aquella que potencia y pone en valor la participación de las mismas como elemento vertebrador de la promoción del bienestar y la calidad de vida. Sin embargo, existen barreras que pueden limitar la capacidad para la participación en actividades sociales como pueden ser la falta de movilidad, la disminución de la salud física o psíquica, la falta de acceso a transporte o servicios públicos. Los resultados mostraron las diferentes dificultades sobre movilidad y accesibilidad que tienen los/as ciudadanos, concretamente las personas mayores. Muchos de estos inconvenientes estructurales para la participación quedaban ligados con las limitaciones en las rutas y accesibilidad en los medios de transporte, los problemas para recibir una adecuada atención en los servicios sociales y de salud de la ciudad, donde se acusaban unas amplias listas de espera, y barreras en la atención presencial derivadas de la digitalización y despersonalización de la atención, aunque esta idea era además ampliable en otros servicios como son las entidades bancarias. Entre las propuestas y solicitudes destacan aquellas en las que se solicitaba una mayor inversión y recursos para mejorar los niveles de atención presencial o la creación de servicios de ayuda.

La administración debe dotar de recursos a Jaén para que haya un mayor número de personal de atención en los centros de salud (GFM-D6-NT).

Para que los mayores puedan participar de las actividades de ocio y de otras cosas, salir a la calle solos muchas veces... que es tan importante todo eso... hay que valorar que alguien los pueda acompañar y/o llevar, por ejemplo, la ayuda a domicilio. Pero para eso se necesitan más horas de ayuda a domicilio (GFC-D1- P5)

4 Conclusiones

El constante incremento de ciudades españolas adheridas a la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores evidencia un claro compromiso nacional por la mejora de la calidad de vida y el bienestar de este grupo poblacional, cumpliendo así con lo sugerido por la Organización Mundial de la Salud sobre preparar los sistemas sociales y de salud para aprovechar este reto demográfico. En esta primera fase de evaluación y diagnóstico de necesidades desarrollada para el I Plan municipal, Jaén Ciudad Amigable con las Personas Mayores, se han alcanzado unos hallazgos prometedores, sin embargo, en los próximos años, durante el desarrollo del plan de acción será necesario potenciar la participación de las personas mayores al objeto de dar una respuesta adaptada a sus necesidades y demandas.

Las actuaciones que han sido diseñadas por el equipo promotor para la implementación del plan de actuación recogen acciones concretas dirigidas a:

1. Mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Haciendo hincapié en la necesidad de crear y mejorar los espacios públicos para que sean accesibles y seguros; un transporte público adaptado a las necesidades de las personas mayores, así como un estudio y rediseño de rutas; y nuevas medidas para mejorar los procesos de atención y citas de los servicios sociosanitarios.
2. Promover la participación social. Haciendo eco al conjunto de la población jienense sobre los aportes que pueden realizar las personas mayores a la sociedad y concretamente a la vida urbana. Jaén, como ciudad amigable con las personas mayores debe poder ofrecer espacios público que potencien las relaciones intergeneracionales, donde las personas puedan encontrarse y participar en actividades culturales, deportivas y sociales.
3. Incrementar las posibilidades de contribución económica. Desarrollar una conciencia ciudadana sobre la fuerza económica que pueden aportar las personas mayores a la ciudad, si se les da acceso al empleo, servicios y oportunidades, pudiendo ejercer un papel activo y directo en la economía local, o convirtiéndose en asesores de nuevos emprendedores.
4. Conserva y mejorar los niveles de salud y bienestar. La ciudad de Jaén, como ciudad amigables con las personas mayores, debe cuidar de aquellos espacios verdes y entornos seguros que inciden en el fomento de la actividad física y la movilidad, como pueden ser los parques biosaludables, que promueven el desarrollo de la actividad física y la movilidad, lo que puede contribuir a prevenir enfermedades y a mantener una buena salud mental.

Referencias bibliográficas

- Fitzgerald, K.G., y Caro, F.G. (2014). An Overview of Age-Friendly Cities and Communities Around the World. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 1-18. <https://doi.org/10.1080/08959420.2014.860786>
- Forman, J., y Damschroder, L. (2007). Qualitative Content Analysis. *Advances in Bioethics*, 39-62. [https://doi.org/10.1016/s1479-3709\(07\)11003-7](https://doi.org/10.1016/s1479-3709(07)11003-7)
- Kudo, H. (2016). Co-design, Co-creation, and Co-production of Smart Mobility System. *Lecture Notes in Computer Science*, 551-562. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40093-8_54

- Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia del Gobierno de España (2021). *España 2050: Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*. Ministerio de la Presidencia. <https://futuros.gob.es/nuestro-trabajo/espana-2050# block-paginaespana2050bloque3es>
- Organización Mundial de la Salud (2007). *WHO Age-friendly Cities Project Methodology Vancouver Protocol*. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-age-friendly-cities-project-methodology-the-vancouver-protocol/>
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*. <https://www.paho.org/es/documentos/ciudades-globales-amigables-con-mayores-guia>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *The Global Network for Age-friendly Cities and Communities*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-18.4>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Década del Envejecimiento Saludable 2021- 2030*. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
- United Nations (2020). *World Population Ageing 2020*. doi: <https://doi.org/10.18356/9789210051934>
- Wiklund, L., Lindholm, L., y Lindström, U. Å. (2002). Hermeneutics and narration: a way to deal with qualitative data. *Nursing inquiry*, 9(2), 114-125.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El reto de defender los derechos de las personas mayores durante la pandemia del Covid-19. Estudio RIDPA, el caso portugués

Ana M. Guillén, Universidad de Oviedo

Rodolfo Gutiérrez Palacios, Universidad de Oviedo

Yolanda de la Fuente, Universidad de Jaén (ymfuente@ujaen.es)

David Luque Balbona, Universidad de Oviedo (luquedavid@uniovi.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El Estudio “RIDPA - Recherche Internationale sur les Droits des Personnes Âgées en situation de pandémie COVID-19” - tiene como objetivo explorar el impacto de la crisis sanitaria provocada por el virus SARS-CoV-19 en 2020 en los derechos de las personas mayores. La investigación cuenta con un equipo internacional y multidisciplinar de 44 investigadores de 18 países de 4 continentes. El objetivo del proyecto está relacionado con el análisis de las respuestas de políticas públicas y el ejercicio de los derechos de las personas mayores en diferentes países. En esta comunicación hablaremos del caso portugués. El estudio se realizó entre enero de 2020 y junio de 2022. Las metodologías utilizadas fueron: 1/ análisis de los datos cuantitativos oficiales del Ministerio de Sanidad; 2/ entrevistas a actores clave (decisores públicos y privados, sociedad civil y comunidad científica) y 3/ análisis de la prensa nacional (137 noticias), mediante análisis temático con el programa NVIVO. En Portugal las medidas contra la COVID-19 profundizaron el impacto de la segregación y exclusión social de las personas mayores en áreas fundamentales como el derecho a la salud; a la libre circulación; a las visitas y a la convivencia social, y también el derecho a la ciudadanía, participación y consentimiento.

Autores: Filomena Gerardo¹, Inês Filipe¹, Sibila Marques², Jean-Philippe Viriot- Durandal³

Afiliación: ¹Dinâmia CET-IUL, ²CIS-IUL, ³Université de Lorraine

Correo electrónico: Filomena.Gerardo@iscte-iul.pt

Palabras clave

Exclusión social, edadismo, personas mayores, derechos, COVID-19

1 Introducción/descripción general

El informe 2011 del Secretario General reconoce por primera vez los problemas y desafíos en el campo de los derechos humanos de las personas mayores (...). Los desafíos mencionados demandan una perspectiva de derechos humanos, igualmente relevante para países desarrollados y países en vías de desarrollo. Esos mismos problemas, ya identificados en 2011, en tiempos de pandemia todavía se incrementaron. Destacamos dos de ellos:

- **“Falta de servicios y medidas específicas.** Frente a la demanda creciente de servicios especializados, la oferta continúa siendo insuficiente. Las personas mayores requieren centros de cuidado y atención, programas de cuidado a largo plazo, incluyendo en sus propios hogares, así como servicios geriátricos u otros que permitan garantizar el ejercicio de una amplia gama de derechos humanos.

- **Discriminación.** En diferentes países del mundo los estereotipos y prejuicios sobre las personas mayores son tolerados socialmente. La discriminación por edad tiende a combinarse con otras, como la discriminación por sexo, raza o etnicidad, religión, discapacidad, condiciones socioeconómicas o estado de salud, lo cual impacta negativamente en el ejercicio y disfrute de los derechos humanos por parte de las personas adultas mayores.” (Informe de Naciones Unidas A/66/173)

En Portugal, las medidas para combatir la pandemia de COVID-19 dieron como resultado la segregación por edad. La segregación institucional por edad ocurre cuando las normas institucionales incluyen la edad cronológica como criterio de elegibilidad para participar con la segregación social intergrupala exacerbada por las prácticas institucionales (Hagestad, 2006). En el contexto de la pandemia portuguesa, el uso del criterio de edad y grupos de edad permitió al Gobierno anclar medidas y programas de protección social. Desde el principio, se percibió que el virus afectaba particularmente a los ancianos, con tasas de mortalidad más altas. La preocupación por este colectivo motivó la creación de medidas especiales para este grupo de edad. Sin embargo, estas medidas limitaron algunos de los derechos de las personas mayores en diferentes ámbitos de su vida privada y social. Una versión agravada de la segregación espacial por edad se produjo en los hogares y espacios dedicados a las personas mayores. El proyecto "RIDPA - Recherche Internationale sur les Droits des Personnes Âgées en situation de pandémie COVID-19" tiene como objetivo demostrar cómo la segregación por edad y la segregación espacial han impactado el derecho de las personas mayores a la atención y la salud, el derecho a la libertad de circulación, el derecho a las visitas y la convivencia social, así como el derecho a la participación y consentimiento cívicos.

2 Metodología

El estudio se realizó en tres fases: 1) estudio de indicadores sociodemográficos y de la pandemia de COVID-19, así como de las políticas públicas adoptadas con miras a la elaboración de un perfil nacional, 2) realización de entrevistas a actores sociales y 3) análisis desde la prensa a noticias de tres diarios portugueses en formato digital. El análisis del Perfil Nacional se basó en un cuadro metodológico, compuesto por la Cédula de Identidad del país (indicadores demográficos) y las Políticas Públicas dirigidas a las personas mayores durante la pandemia (específicamente en 4 ejes/derechos). En cuanto a la metodología de las entrevistas, el proyecto fue sometido al consejo de ética del ISCTE-IUL que, por deliberación, no permitió la grabación de audio de las entrevistas, porque la voz es considerada un elemento personal que se puede reconocer. Las entrevistas, basadas en un guion propuesto por el grupo metodológico del proyecto, fueron realizadas por un investigador, mientras dos miembros del equipo tomaban notas. En cuanto a los actores sociales, se entrevistó a los siguientes:

1. Asociación de la Prensa Portuguesa (Nivel Nacional)
2. Proyecto de Desinformación de Adultos Mayores (Nivel Regional)
3. Orden de Enfermeras (Nivel Nacional)
4. Presidente de una Misericordia (Nivel Regional)
5. Oficina de Acción Social de la União das Misericórdias Portuguesas (Nivel Nacional)
6. Red de Universidades Mayores (Nivel Nacional)
7. Dirección de Servicios para la Tercera Edad de la Santa Casa da Misericordia de Lisboa (Nivel Regional)
8. Caritas Portuguesa (Nivel Nacional)

9. Gestión de estructuras para personas mayores (Nivel Nacional)
10. Departamento de Políticas Públicas y Ciencia Política de una Institución de Educación Superior (Nivel Regional)

El análisis de prensa se basó en una tabla de análisis propuesta por el grupo metodológico, seleccionando inicialmente los diarios de mayor circulación digital, según la Associação Portuguesa para o Controlo de Tiragem e Circulação (APCT), a saber, Jornal de Notícias y Público (diarios) y Expresso (semanario), Búsqueda por palabras clave: personas mayores; derechos; cuidado; salud; circulación; social; visitas; ciudadanía y consentimiento. Las palabras clave se combinaron entre sí para garantizar el mayor número posible de resultados. Se recolectaron 137 noticias a través de la extensión web Ncapture del programa NVIVO. Finalmente, se realizó un análisis temático simplificado, con la categorización de las noticias en temas y subtemas.

3 Resultados y conclusiones

En cuanto al Perfil Nacional, se recogieron algunos indicadores respecto al COVID-19 (Direção-Geral da Saúde, 2020), a saber, el número de defunciones (99.356 entre el 2 de marzo y el 27 de diciembre de 2020), con 12.852 defunciones más que en la misma fecha, en los últimos 5 años. Del total de muertes, 49.453 fueron hombres y 49.903 mujeres. Más del 70 % de las muertes se produjeron en personas de 75 años o más: 10 886 (personas mayores de 75 años) y 8038 (personas mayores de 85 años). Los mayores aumentos de muertes se produjeron en la región Norte, seguida del Área Metropolitana de Lisboa. Además de estos indicadores, también se añadieron datos sobre la evolución de los confinamientos y estados de alarma, así como de las medidas de salud pública adoptadas.

1. Derecho de acceso a la atención sanitaria

En cuanto al derecho de acceso a la salud, cabe señalar que los adultos mayores no fueron excluidos de la atención/urgencias sanitarias, pero la población mayor de 65 años terminó huyendo de los hospitales y citas médicas por temor al contagio, como se pudo verificar en una entrevista: “Los viajes al hospital estaban asociados a un grado de contagio muy alto (...)” (Entrevista 005). Las citas fueron canceladas, además de la redefinición de las reglas de acceso a la atención y la falta de seguimiento: “(...) todas las citas fueron canceladas (...), se pusieron más enfermos que antes” (Entrevista 006). A través del análisis de la prensa, se pudo comprobar la dificultad para acceder a la atención médica (n = 79): “En cuanto a las pruebas diagnósticas y estadificación del cáncer, también hubo un retraso, ya que se postergaron”, concluyendo además que “Ciertamente hubo un impacto muy grande en los pacientes con cáncer que aún no sabemos cuantificar» (Público, 6 de julio de 2020). Varios medios describieron el inicio del proceso de vacunación contra la COVID-19 (n=44): “Según propuesta de especialistas de la Dirección General de Salud, (...) personas entre 50 y 75 años con enfermedades graves, los trabajadores y usuarios de las residencias de ancianos y los profesionales de la salud involucrados en la prestación directa de cuidados deben ser los primeros en vacunarse contra la covid-19”. (Público, 27 de noviembre de 2020). Cabe señalar la dificultad que tienen las personas mayores con relación a las nuevas tecnologías: “Es una generación que no está acostumbrada a tratar con la tecnología, que tiene dificultad, por ejemplo, solo para contestar 'sí' por mensaje para reservar la vacuna.” (Expresso, 21 de junio de 2021, Periódico).

2. Derecho a la libre circulación

En cuanto al derecho a la libre circulación, las personas mayores no podían salir de sus residencias (ERPI) y los que aún residían en su domicilio solo conseguían salir a la calle por motivos importantes, como acudir a citas médicas o ir a comprar bienes de primera necesidad. En las entrevistas se reforzó que la libertad de movimiento estaba severamente limitada: “A los que no están encerrados en casas también se les cortó la libertad de movimiento, pero lo peor fue para los que estaban confinados en casas (...) la falta de contacto humano hizo una inmensa falta”. (Entrevista 002). También en el análisis de prensa fue posible analizar el tema del derecho a la libre circulación (n=3 diarios): “El Primer Ministro hizo un llamado, este jueves por la tarde, a las personas mayores de 70 años, así como a quienes padecen otras enfermedades, que se abstengan de salir de casa, salvo en situaciones excepcionales, como acudir a los establecimientos de salud, o acceder a servicios esenciales” (JN, 19 de marzo de 2020). Se verificó una protección desmedida que provocaba graves daños psicológicos y afectaba el bienestar general de los ancianos, quienes “(...) “han sufrido inmensamente” por la disminución de los contactos sociales (...) que repercuten negativamente en el cerebro” (*Público*, 12 de octubre de 2020).

3. Derecho a las visitas y vida social

Las personas mayores en residencias colectivas no tuvieron derecho a visitas durante los distintos confinamientos, habiendo pasado varios meses sin contacto social con sus familiares y amigos. Por otra parte, las personas mayores que residían en sus domicilios estaban sujetas al deber especial de protección de las personas mayores de 70 años, por lo que no podían asistir a los centros de día, universidades de mayores y comedores comunitarios, reduciéndose así sus contactos sociales. A través de las entrevistas realizadas, se constató que, en las residencias de mayores, las limitaciones eran importantes: “No solo estamos recortando los derechos de los adultos mayores, sino también de los que van a visitar y las conexiones que tienen estas personas con quienes están ahí (...)” (Entrevista 001). Otro entrevistado agregó que “hasta los presos en las cárceles tenían más contacto con el aire puro que los ancianos” (Entrevista 006). En el análisis de prensa, algunas noticias se refieren al aislamiento social (n=12) impuesto a las personas mayores, concretamente en centros de día o residencias de mayores: “Sabemos que muchos de los que acuden a los centros de día son personas en situación de aislamiento con relación a las redes sociales familiares, por un lado, porque son viudos, por otro lado, porque las familias trabajan y tienen su propia vida. Por tanto, con los centros de día cerrados, estas personas también están encerradas, solas, dentro de sus casas”. (Expreso, 4 de abril de 2021). Para luchar contra el aislamiento, algunas personas mayores han recurrido a las nuevas tecnologías: “Creamos un grupo y todas las semanas, los ocho amigos, tenemos una reunión por Zoom. No es en el café, es en la red”. Y también empezó a tomar clases de gimnasia y universitarias en vivo y por videoconferencia. “No es lo mismo, pero ayudó mucho. Era una forma de ver gente amable”. (JN, 12 de enero de 2021).

4. Derecho a participar en las decisiones y consentimiento

Fue posible verificar que la opinión de los ancianos no fue tomada en cuenta en la elaboración e implementación de las medidas que fueron específicamente destinadas a ellos. En las entrevistas se resaltó con relación a la situación en la que un anciano va a una residencia colectiva que este “(...) se convierte en un número, no eliges nada - lo que te pones, lo que comes, lo que ves en la televisión.” (Entrevista 006). Aunque en opinión de otro entrevistado, de la prensa portuguesa, este grupo social tuvo “(...) siempre el derecho a la información”, pero que a pesar de eso “(...) realmente no pudieron decidir mucho, pero nosotros tampoco

(prensa), estábamos obligados a cumplir con las reglas”. (Entrevista 008). Para otro entrevistado, la población anciana no tenía “voz activa” (Entrevista 003). Hubo intentos de organizar asociaciones colectivas, pero “No hubo preocupación por parte de las entidades de escuchar a los representantes” (Entrevista 010). Por otro lado, varios artículos de prensa destacan la importancia de la contribución de los mayores a la sociedad: “La contribución de los mayores sigue siendo objeto de importantes reflexiones en todas las civilizaciones. Aceptar la diversidad de valores significa deshacer el tejido social de solidaridad entre generaciones y destruir la sociedad entera. No es posible dejar a la generación que luchó contra las dictaduras, trabajó por la reconstrucción después de la guerra y construyó Europa para morir”. (*Público*, 23 de mayo de 2020). La reducida participación de la población anciana en la sociedad puede atribuirse a la baja socialización en este sentido. En general, a esta generación no se le enseñó a expresar sus necesidades e insatisfacciones, ya que la mayoría vivió durante 40 años bajo un régimen dictatorial.

4 El papel de los medios de comunicación en la difusión de noticias discriminatorias

Después de realizar entrevistas con dos personas de la prensa portuguesa y analizar noticias en un período de pandemia, fue posible percibir, a través de la búsqueda de la palabra clave “derechos”, el número reducido de resultados contenidos en los motores de búsqueda de los periódicos seleccionados. Este resultado, por sí mismo, revela que los derechos de las personas mayores no están en el centro de las preocupaciones de la prensa y la sociedad portuguesa. Esto podría explicarse por el fenómeno del envejecimiento sutil, ya que la sociedad puede no percibir ciertas prácticas como discriminatorias hacia las personas mayores. Tal vez la falta de una especialización de los periodistas para

las cuestiones de la gerontología, la información sobre este grupo social se hizo visible desde un primer momento en los titulares de noticias que, por ejemplo, informaban sobre un virus que victimizaba especialmente a los mayores, contribuyendo a aumentar el grado de miedo de esta edad rango, pero también pasar una imagen de personas frágiles y que podían atascar los hospitales y ser un problema sociosanitario.

En el estudio RIDPA, fue posible percibir que las medidas de salud pública adoptadas llevaron no solo al aislamiento social de los ancianos, sino también a su exclusión etaria, espacial y digital. En términos digitales, el uso de las nuevas tecnologías como forma de superar el aislamiento y promover el acceso a servicios de salud, recreativos y otros, era inaccesible para la población con baja socialización digital y/o pocos recursos económicos, lo que aumentaba su exclusión. En cuanto a la representación social de las personas mayores, hubo una creencia generalizada de que las medidas adoptadas y la supuesta necesidad de protección contribuyeron a incrementar la discriminación por edad. También se enfatizó que, en todo el proceso de la pandemia, la opinión de los adultos mayores no fue tomada en cuenta en las medidas que les conciernen. En definitiva, es necesario promover buenas prácticas en materia de envejecimiento y combatir el envejecimiento para una sociedad más justa e igualitaria.

Referencias bibliográficas

Derechos Humanos de Personas Mayores, “Informe del Secretario General para la Asamblea “(A/66/173), Naciones Unidas. El informe está disponible en <http://www.un.org/Docs/> (Búsqueda por código: A/66/173)

Direção-Geral da Saúde. (2020). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19). <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>

Hagestad GO, Uhlenberg P. (2006) Should We Be Concerned About Age Segregation?: Some Theoretical and Empirical Explorations. *Research on Aging*. 2006;28(6):638-653. doi:10.1177/0164027506291872

Marques, Sibila (2011) *Discriminação da Terceira Idade*, Livro, editora Fundação Manuel dos Santos, ISBN 9789898424228.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Personas migrantes envejecidas en España: una realidad caracterizada por la doble vulnerabilidad

Cristina Belén Sampedro Palacios, Universidad de Jaén (Cbsamped@ujaen.es)

Juana Pérez Villar, Universidad de Jaén (jpvillar@ujaen.es)

Francisco Luís Rodríguez Fernández, Universidad de Jaén (frodri@ujaen.es)

Trinidad Ortega Expósito, Universidad de Jaén (tortega@ujaen.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Desde el momento del nacimiento, las personas inician un proceso de envejecimiento como precepto de su existencia. Intrínseco al ciclo vital, el proyecto de vida puede ser de diversa naturaleza en función de cada persona. Es ahí donde se identifican los procesos migratorios, que interactúan con las características personales como es la edad. Desde este estudio, se pretende vincular ambas realidades (edad y migración). Con el objetivo de revisar y describir las principales teorías que abordan el fenómeno de personas mayores migrantes en España. A través del análisis documental y teórico, mostrando datos y analizando hitos en el fenómeno del envejecimiento y la migración. A través de una metodología cualitativa de acuerdo a un estudio del estado de la cuestión. Los principales instrumentos de investigación, fueron el Software Refworks y las bases de datos WOS y Scopus. Como resultados, se establece una base teórica de referencia, en la que se exponen datos estadísticos sobre personas migrantes de edad y aquellos aspectos relevantes a su realidad. Las principales conclusiones muestran la necesidad de estudio del fenómeno de personas de edad migrantes. Y a la necesidad de protección por parte de las diferentes políticas de bienestar.

Palabras clave

Envejecimiento, migrantes, vulnerabilidad, cualitativa, España

1 Introducción

El aumento de la esperanza de vida, unido a las mejoras en la calidad de vida propicia que el desarrollo del proyecto vital se extienda cada vez más. Llegando a crear términos como el de gerontolescencia, para referirse a esa segunda adolescencia que es vivida por parte de muchas personas mayores. Tanto es así, que se podría decir que la edad, lejos de reprimir los proyectos, los hace cada vez más latentes (Dubois, 2023).

También, cuando se habla de migración las personas mayores forman parte de ella. Pues, en muchos casos, alcanzar cierta edad y el retiro laboral, es precisamente, el motivo de la migración. Casi siempre como forma de reagrupación familiar, en la que los cuidados, tanto de las personas mayores como de los/as descendientes, son necesarios (Pedone y Gil, 2008). Sea como sea, la migración de personas mayores es una realidad que ha de ser visibilizada. Sobre todo, por su carácter vulnerable (Cabieses, 2018).

Para la completa comprensión del fenómeno abordado, es necesario definir ambas realidades. Por un lado, las personas mayores son definidas como aquellas que tienen 65 años en adelante. Haciendo referencia a estimaciones, en las que se prevé que para 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrán 60 años o más. Indicador del inminente envejecimiento poblacional, en el que para 2050 se habrá pasado de un 12% de personas mayores de 65 años en 2015 a un 22% (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Por otro lado, la migración es comprendida como el desplazamiento de personas hacia otro lugar diferente a su lugar de residencia habitual. Ya sea dentro del propio país o fuera de las fronteras de este. Contemplando la gran diversidad de causas de la migración y su duración. Se estima que una de cada 30 personas es migrante, con un total de 281 millones de personas migrantes en el mundo (Organización Internacional para las Migraciones, 2023).

Dadas las definiciones y los datos expuestos, es de esperar que el colectivo de personas mayores se encuentre dentro del fenómeno migratorio. Sin embargo, a pesar de existir varias fuentes estadísticas con las que se pueden identificar a las personas mayores migrantes. No existen evidencias científicas que aborden la realidad de personas mayores migrantes. Así mismo, los planes de acción sobre envejecimiento son los que se aplican a toda la población mayor. Sin distinción de situaciones de vulnerabilidad en la mayoría de los casos. La etnicidad y cultural, al igual que el género es algo que se ha de implementar de manera transversal en estas acciones de protección. Pues, al igual que en las teorías de los cuidados transculturales de salud, se ha de garantizar una plena inclusión social de las personas mayores migrantes. Ya hayan envejecido en el país de origen o en el de destino. En síntesis, se podría decir que son escasos los antecedentes científico-teóricos sobre el tema (Global Migration Data Analysis Centre, 2023).

Es por ello, por lo que desde este estudio se pretende abordar ambas realidades (envejecimiento y migración). Con el objetivo de revisar las principales fuentes teóricas y describir el fenómeno personas mayores migrantes en España y en el mundo. A través, del análisis documental y teórico, de investigaciones, datos, planes de actuación. Y, en definitiva, todas las fuentes que puedan proporcionar una visión global del fenómeno estudiado.

2 Metodología

La metodología empleada en el presente estudio es de tipo cualitativo, de acuerdo a la naturaleza de los objetivos. Que implica el estudio del estado de la cuestión, a través de una revisión de la teoría que existe del fenómeno, hasta el momento (Hart, 1998).

Por lo que, se realizó una revisión de la literatura a través de bases de datos como Web of Science y Scopus, en el buscador Google Scholar, bases de datos estadísticas y páginas web de organismos oficiales internacionales y bases de datos nacionales. Utilizando como instrumento el Software Refworks, para la gestión de la información.

Las fases por las que ha transcurrido esta investigación han sido: I) Identificación del problema de estudio; II) Establecimiento de los objetivos; III) Identificación de la metodología; IV) Búsqueda de la información; V) Organización de la información; VI) Análisis de la información; VII) Generación de resultado y conclusiones.

3 Resultados

Los principales resultados obtenidos, tienen que ver, sobre todo, con datos sobre la población mayor extranjera en el mundo y en España. Además, de algunas actuaciones que enmarcan un plan de intervención y/o protección del colectivo de personas migrantes mayores.

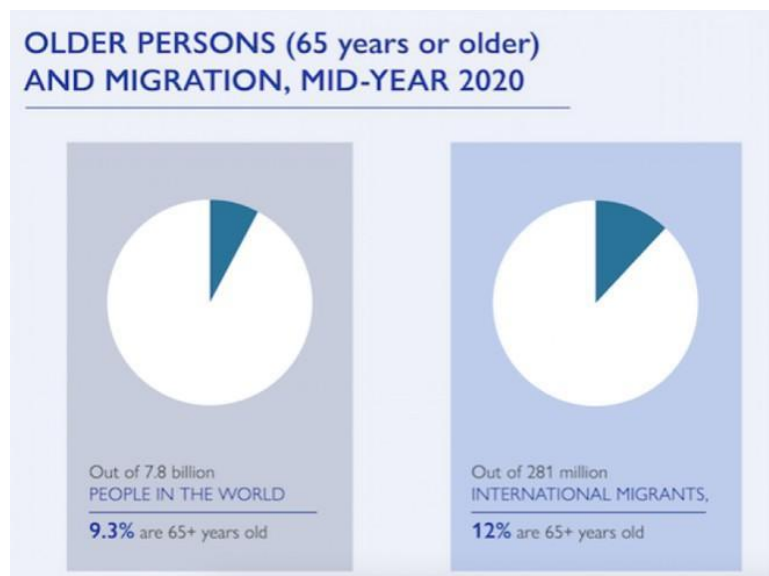
3.1 Datos sobre personas mayores migrantes

Según los informes del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES, 2021). A mediados de 2020, más del 12% de personas migrantes internacionales del mundo eran personas mayores. Lo cual equivale a 34,3 millones de personas.

Resultando ser mayor el número de mujeres mayores migrantes (6,8%) que de hombres (5,4%). Representando las mujeres el 56% de personas migrantes internacionales a modo general.

Figura 1. Migrantes mayores 2020.

Fuente: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2021).



De la misma manera, pero ahora sí atendiendo a datos a nivel nacional, se encuentran los datos que según el Instituto Nacional de Estadística (2023) español. Muestran que la población de personas migrantes mayores en 2023, cuyo motivo de la migración es la reagrupación familiar es de 110.088 personas. Contando con 41.169 hombres y 68.920 mujeres. Lo que implica que es el mayor el número de mujeres de edad que migran con el objetivo de reagrupación familiar. Sin embargo, cuando se trata de los datos de personas mayores migrantes en su total (diferentes motivos), el número de hombres es mayor (327.743 H) que el de mujeres (289.962 M). Lo cual da como total que, 617.705 personas son migrantes de edades comprendidas entre 65 años y más de 85, en España en la actualidad (Tabla 1).

Tabla 1. Migrantes mayores por motivos de la migración.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos INE, 2023

| <i>Motivos de la Migración</i> | <i>Migrantes por edad (De 65 años a más de 85)</i> |
|---|--|
| Por su jubilación | 88.779 |
| Por cambio de destino laboral | 15.502 |
| Por falta de empleo | 9.903 |
| En busca de un empleo mejor | 21.229 |
| Por razones políticas | 18.611 |
| Por razones religiosas | 387 |
| Por razones formativas o educativas | 5.950 |
| Por la calidad de vida | 116.932 |
| Por razones familiares (reagrupación) | 110.088 |
| Por el coste de vida | 59.735 |
| Por el clima | 113.785 |
| Por estancia temporal en país de tránsito | 2.291 |
| Por otras razones | 54.513 |
| Total | 617.705 |

Tal y como se muestra en la tabla, son muchos los motivos que empujan a las personas mayores a embarcarse en un proceso migratorio, además del de reagrupación familiar. Es por ello, por lo que, debido a su gran número, se requiere del estudio del fenómeno migratorio en personas mayores. Tal y como se realiza en este estudio, además por el elevado número que muestran los datos del INE, que significa que no son casos aislados.

3.2 Migración y edad en salud pública

Otro de los principales aspectos que rodean el fenómeno de personas migrantes de edad es el de la salud pública o el sistema de bienestar social. Pues, al igual que el resto de población autóctona, la salud es un derecho que no ha de ser vulnerado a la población migrante. En este sentido, son algunos los estudios que se encuentran sobre el abordaje del fenómeno de la salud como derecho a las personas migrantes, en los que se encuentra que la migración es un valor añadido a la sociedad y por ende debería de ser observada como tal. Partiendo del reconocimiento de la diversidad de etnia, cultura, idioma, edad, etc. como riqueza social y no como motivo de exclusión. Lo que genera situaciones de vulnerabilidad que obstaculizan el ejercicio de los derechos de las personas (Cabieses, Gálvez y Ajraz, 2018).

De manera más específica, las personas de edad migrantes requieren de esa atención por parte de la salud pública al que todas las personas tienen derecho. En este sentido, la experiencia de países con mayor trayectoria en la recepción de migración de edad. Muestra que las principales afecciones que han de ser atendidas son las relacionadas con la salud mental. Sobre todo, si se tiene en cuenta la migración como un determinante social de la salud. Aún con más peso, cuando se trata de una migración a una edad más alta, en la que el desarraigo y la asimilación de la nueva cultura encuentran mayores barreras de adaptación (Jansà, 2006). Pues, además, de la mano de la migración se encuentra la dificultad para el establecimiento de redes de apoyo y redes sociales y la pérdida de redes familiares (Sotomayor y Melgoza, 2013). Por lo que la adaptación en la atención sanitaria y social a personas mayores migrantes es esencial, tal y como muestran estos estudios (Cabieses, Gálvez y Arjaz, 2018).

3.3 Envejecimiento Internacional

Para asegurar que el colectivo de personas mayores y/o envejecidas en España migrantes, o que han retornado después de toda una vida como migrantes en otro país, tienen asegurados sus Derechos Humanos. Se requiere de una serie de legislación, normativa y políticas sociales que traten de dar respuesta a las necesidades que el fenómeno migratorio presenta. Teniendo en cuenta aquellas situaciones de doble vulnerabilidad como puede ser la migración en su vinculación con la edad mayor.

Una de las actuaciones que se han dado a nivel internacional, en el campo de los derechos de las personas mayores y que se puede considerar como un ejemplo perfecto en este estudio. Es la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, celebrada en Madrid (España) en 2002, por la Organización de Naciones Unidas (2003). Con la que se establece la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002). En que se plantean recomendaciones para la adopción de medidas para con las personas de edad y el desarrollo; El fomento de la salud y el bienestar en la vejez; Y la creación de un entorno propicio y favorable a una buena calidad de vida en personas con edad. Teniendo en cuenta y reflejando en el informe las situaciones de migración de las personas de edad como fenómeno a tener en cuenta. En 2020, se produjo el cuarto examen de la implementación del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en la que se trató de examinar las actuaciones y políticas sociales sobre envejecimiento.

Si bien, otro de los hitos, que preestablecen unas pautas a cumplir para con el envejecimiento y la migración son los Objetivos de Desarrollo sostenible y la Agenda 2030. En la que se identifica el envejecimiento poblacional como un reto al que dar respuesta. Específicamente en su objetivo 2. Hambre Cero, en la que se trata de asegurar la nutrición, teniendo especial inferencia en niños/as, adolescentes y personas mayores entre otras. En su objetivo 11. Ciudades y comunidades sostenibles, en su meta 11.2 y 11.7 en la que se proponen ciudades accesibles y amigables con las personas mayores, además de la proporción de espacios verdes y seguros. Haciendo extensible todos los ODS, pues en ellos se incluyen a todas las personas, con relación a la edad, el género, etc. (Rudge, 2020).

Por otro lado, se tienen en cuenta la migración, en la meta 10. Reducción de las desigualdades, en su meta 10.7 facilitar la migración segura, ordenadas, regulares y responsables a todas las personas a través de la aplicación de políticas sociales. Así como el su meta 10.2 en la que se promueve la inclusión social, económica y política de todas las personas sin distinción de edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión u otras condiciones. Lo cual deja ver esa vinculación entre migración y edad dentro de los ODS y la agenda 2030 (Organización de Naciones Unidas, 2023).

Ambos hitos son un eje transversal a aplicar a todas aquellas actuaciones que diseñen los países para dar respuesta a las necesidades de personas de edad en situación de migración. Ya sea desde el ámbito internacional o nacional.

4 Conclusiones

A partir de los resultados y de las propias limitaciones del estudio, como es la falta de base teórica sobre el fenómeno estudiado, se pueden determinar como principales conclusiones:

- En primer lugar, se requiere de estudio del fenómeno de personas mayores migrantes, por parte de la comunidad científica para generar una base de conocimiento y proporción de datos.

- En segundo lugar, que la doble vulnerabilidad que viven las personas migrantes de edad limita sus derechos e inclusión social. Por lo que, es un reto la protección a las personas mayores migrantes, en los sistemas de bienestar social, por parte de las administraciones estatales.
- En tercer lugar y último, es una oportunidad de estudio y especialización por parte del Trabajo Social en el fenómeno sobre personas mayores migrantes. Como disciplina científica y práctica de las ciencias sociales.

Referencias bibliográficas

- Dubois, E. F. (2023). *Buenas prácticas para mayores: Cómo vivir y aprovechar la nueva longevidad*. Editorial Galerna.
- Pedone, C., y Gil, S. (2008). Maternidades transnacionales entre América Latina y el Estado español. El impacto de las políticas migratorias en las estrategias de reagrupación familiar. En Solé, C., Parella, S. y Cavalcanti, L. (Coordinaodres) *Nuevos retos del transnacionalismo en el estudio de las migraciones*, 149-176.
- Cabieses, B., & Obach, A. (2018). Explorando la relación entre migración internacional, vulnerabilidad social y salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 58(4), 109-119. <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/336>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y Salud*. OMS. Recuperado el 10 de mayo de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Internacional para las Migraciones. *Definición de la OIM del término "Migrante"*. OIM. Recuperado el 10 de mayo de 2023, de <https://www.iom.int/es/sobre-la-migracion>
- Global Migration Data Analysis Centre. (2023). *Migración y vulnerabilidad*. OIM. Recuperado el 10 de mayo de 2023, de <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/personnes-agees-et-migration>
- Hart, C. (1998). *Doing a literature review*. Sage Publications
- Gómez, E., Fernando, D., Aponte, G. y Betancourt, L. A. (2014). Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. *Dyna*, 81(184). pp. 158-163. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=49630405022>
- DAES. (2021). *International Migrant Stock. United Nation*. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Inmigrantes por edad, sexo, según motivos de traslado a España*. INE. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=22198#!tabs-tabla>
- Cabieses, B., Gálvez, P., y Ajraz, N. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35, 285-291. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2018.352.3102>
- Jansà, J. M. (2006). Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20, 10-14. <https://doi.org/10.1157/13086021>
- Sotomayor, U. H. Á., & Melgoza, J. T. (2013). Migración y vejez: una mirada desde las representaciones sociales. *Cimexus*, 5(2), 149-161. <https://acortar.link/nJuVpC>
- Organización de Naciones Unidas. (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002* [Informe]. <https://n9.cl/g27yc>
- Rudge, M. (2020). El envejecimiento y los objetivos del desarrollo sostenible: Mensajes clave para garantizar políticas que incluyan la edad. HelpAge International. Recuperado el 11 de mayor de 2023, de <https://www.helpage.org/silo/files/el-envejecimiento-y-los-ods-mensajes-clave-para-garantizar-politicas-que-incluyan-la-edad.pdf>
- Organización de Naciones Unidas. (2023). *Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015*. ONU. Recuperado el 10 de mayor de 2023, de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/inequality/>



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

Envejecimiento de la población brasileña, inseguridad alimentaria y las políticas públicas de garantía al derecho a la alimentación

Claudia Juzwiak, Universidad Federal de São Paulo (claudia.juzwiak@unifesp.br)

Claudia Soar, Universidad Federal de Santa Catarina (claudiasoar@hotmail.com)

Mabel Gracia-Arnaiz, Universitat Rovira i Virgill (mabel.gracia@urv.cat)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En Brasil, la expectativa de vida al nacer ha aumentado, caracterizando un proceso de envejecimiento de la población. Las PM representan un grupo vulnerable con elevada prevalencia de enfermedades crónicas y costos con la salud mientras una proporción importante reciben bajo ingresos personales y se han convertido en responsables por los gastos familiares. Con el fin de reflejar sobre las políticas públicas sociales dirigidas a la población de personas mayores (PM), con énfasis en la alimentación y nutrición resaltase como marco legal, el Estatuto de las PM (2003) reúne diferentes áreas de los derechos fundamentales y de protección social, incluyendo la seguridad alimentaria. Un conjunto de acciones que incluyen la creación del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y la consolidación de una Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional consolidó avances en Brasil que en 2014 logró salir del mapa del hambre. Sin embargo, el desmantelamiento de varias políticas sociales entre 2019-2022 y la pandemia de COVID-19, generaron aumento en la proporción de personas en situación de inseguridad alimentaria en la población general y adulta mayor. Es fundamental en este momento que se rescaten acciones para proteger el derecho a la alimentación, con foco en las PM.

Palabras clave

Personas mayores, políticas sociales

1 Introducción

El envejecimiento se caracteriza como un proceso fisiológico y continuo que representa una etapa natural de la vida. Sin embargo, el envejecimiento puede representar un período de mayor vulnerabilidad tanto biológica como socioeconómica y psicosocial (de Freitas et al., 2022), principalmente en países como Brasil, que son históricamente marcados por desigualdades sociales y dificultades de que derechos fundamentales sean atendidos (Menezes et al, 2010). Ante este escenario debe asegurarse que las políticas públicas dirigidas a este público sean foco de atención.

Según la FAO (1996), “seguridad alimentaria”, significa asegurar que todos tengan acceso a alimentos básicos de calidad y cantidad suficientes, sin comprometer otras necesidades esenciales. Pobreza, degradación ambiental, guerras, falta de inversión en agricultura, políticas insuficientes o inadecuadas, inestabilidad de los mercados y el desperdicio de alimentos son factores que afectan la realización de la seguridad alimentaria (Aulestia-Guerrero & Capa-Mora, 2020; FAO, 2022) y han sido considerados en estrategias para prevenir el hambre en el mundo. Como ejemplo, el establecimiento de uno de los objetivos para el desarrollo sostenible (ODS) propuesto por la Organización de las Naciones Unidas para el período de 2015-2030 que visa “poner

fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y mejorar la nutrición y promover la agricultura sostenible” (UN, 2015).

Con el fin de reflejar sobre las políticas públicas sociales dirigidas a la población de personas mayores (PM), con énfasis en la alimentación y nutrición, en este artículo se evidencian aspectos sobre el proceso de envejecimiento en Brasil y se resumen las principales leyes y políticas dirigidas a este grupo de edad.

2 Metodología

Como parte de las actividades del proyecto Comer Importa¹, esta comunicación se trata de un relevamiento de la producción científica disponible para la (re)construcción de redes de pensamientos y conceptos que articulan informaciones sobre el envejecimiento en Brasil y las políticas dirigidas a la población mayor (PM), específicamente con relación a la garantía al derecho a la alimentación.

3 Resultados

3.1 El proceso de envejecimiento de la población brasileña

Por muchos años Brasil se ha caracterizado como un país joven, con gran crecimiento poblacional y elevada proporción de la población entre 0-14 años. Sin embargo, principalmente desde la década de los años 70, las tasas de fecundidad y natalidad han disminuido, con reducción del crecimiento de la población, siendo de aproximadamente 1,3% al año, desde los años 1990 (Tavassos et al., 2020). Mientras tanto, hubo también disminución de la tasa de mortalidad y, en consecuencia, la expectativa de vida al nacer ha aumentado, caracterizando un proceso de envejecimiento de la población (Oliveira, 2019; Travassos et al., 2020).

Para ejemplificar esa situación, datos de la Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Continuada (PNAD) indican que entre 2012 y 2021 hubo un aumento de 11,3% para 14,7% en la población de PM (con 60 años o más), mientras hubo una reducción de 5,4% de personas con menos de 30 años (IBGE, 2022).

Considerando la población total de Brasil en 2020 y que aproximadamente 14% eran PM, en números absolutos esto representaba 30,1 millones de PM, con una proporción más grande de mujeres, resultante de una tasa de mortalidad más alta entre los hombres y mayor expectativa de vida al nacer de las mujeres (Travassos et al., 2020).

Otro indicador de interés y que también apunta para el crecimiento de la población mayor en Brasil es el índice de envejecimiento, definido como “número de mayores de 60 años o más, para cada 100 personas menores de 15 años, en la población residente en un área geográfica determinada, en el año considerado” (SISAP, s/d). El crecimiento de este índice, como se puede ver en la Figura 1, supone que la transición demográfica está avanzando y confirma el número más grande de mujeres mayores que hombres en la población.

¹ Proyecto ID+ ref. PID2019-104253RB-C21 y PID2019-104253RB-C22, en colaboración del Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la Universitat Rovira i Virgili con el Departamento de Antropología Social de la Universitat de Barcelona.

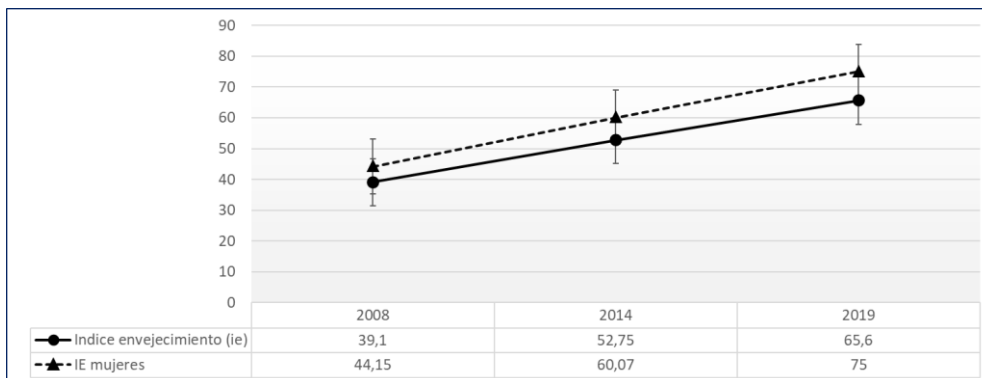


Figura 1. Índice de envejecimiento general y de mujeres en Brasil (2008-2019)

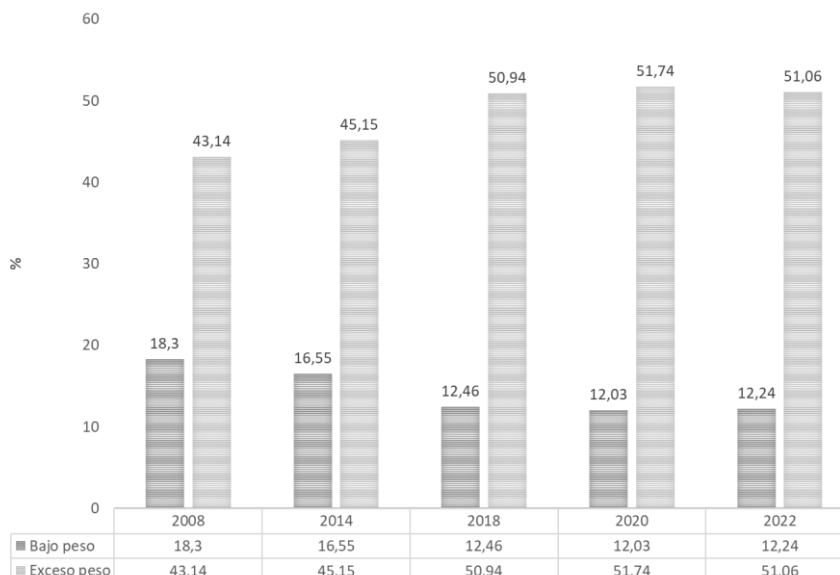
Fuente: SISAP (s/d)

3.1.1 Aspectos nutricionales y socioeconómicos

Con una población de ancianos más grande se está observando una transición de la mortalidad, ahora más prevalente entre las personas con más edad y sus causas también más relacionadas a enfermedades más comunes durante el envejecimiento, o sea, una transición epidemiológica, consecuencia de la transición demográfica y también de la transición nutricional: pasamos a encontrar mayor prevalencia de enfermedades crónicas, principalmente de la obesidad y de las enfermedades a ella asociadas, como por ejemplo el diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares (Soar, 2015; Oliveira, 2019), que conllevan elevados costos con la salud.

Aunque la elevada prevalencia de exceso de peso, el bajo peso todavía está presente, caracterizando una doble carga de enfermedades relacionadas a la alimentación, como indicado en la Figura 2.

Figura 2. Prevalencia de enfermedades relacionadas a la alimentación en personas mayores en Brasil (2008-2022).



Fuente: SISAP, s/d

Una proporción importante de PM se han convertido en responsables por los gastos familiares. Travassos et al (2020) informan, a partir de datos del IBGE de 2019, que, en 2018, 50,3% hogares tenían PM como cabezas

de familia y que, entre los hogares unipersonales, el 15,2% eran de hombres mayores frente al 23,2% de mujeres mayores, una vez más resaltando la feminización del envejecimiento y sus consecuencias.

Una manera de valorar la situación de vulnerabilidad es identificar la proporción de adultos mayores con bajo ingreso per cápita mensual del hogar. En 2020, el 69% de las personas mayores de Brasil vivían con una renta personal mensual de hasta 2 salarios mínimos, mientras que, en la población general, 59% vivían con este valor (Brasil, 2021). De hecho, representan el grupo de edad con peor desempeño de la renta en los últimos trimestres de 2022, con una caída del 14,5% en la renta efectiva (de Carvalho, 2022).

3.1.2 Las políticas brasileñas enfocadas al envejecimiento y a la alimentación y nutrición

Entre las políticas sociales enfocadas al envejecimiento, como principal marco legal, resaltase la publicación en 1988 de la Constitución Brasileña que consolidó las políticas públicas de protección social para la población en general, incluyendo la población de PM. En este documento se establece el concepto de seguridad social, en el que la noción de protección social bajo la responsabilidad del estado asume una dimensión ampliada (Brasil, 2016).

En 1994 fue publicada la Política Nacional para las PM (Decreto nº1.948, 1996) que garantiza los derechos sociales de los ancianos, creando así condiciones para promover su autonomía, integración y participación efectiva en la sociedad. Hasta 2003 no se publica el Estatuto de las PM, que reúne diferentes áreas de los derechos fundamentales y de protección social, incluyendo la seguridad alimentaria (Lei nº10.741, 2003).

Otro marco importante fue la publicación en 2006 de la Política Nacional de Salud para las PM (Portaria nº2528, 2006) cuyo fin es recuperar, mantener y promover su autonomía e independencia, orientando para ello medidas de salud colectivas e individuales, de acuerdo con los principios y lineamientos del Sistema Único de Salud. La preocupación con la alimentación, hambre e (in)seguridad alimentaria en Brasil tiene una trayectoria de altos y bajos. La atención al problema del hambre existe desde la década de 1930 y estuvo marcada por la publicación del libro Geografía del Hambre de Josué de Castro en 1946. En la década de los años 1970 fueron creados varios programas de alimentación, pero solo en mediados de la década de 1980 varias movilizaciones sociales en el país tornaron el combate al hambre prominente en el escenario brasileño. En 1985 surgieron las primeras referencias al concepto de seguridad alimentaria en la agenda nacional. Lamentablemente, la década de los 1990 fue marcada por retrocesos en esta agenda (Del Espote et al., 2022).

Los esfuerzos iniciados en 2003 con procesos participativos y coordinados entre instituciones generaron políticas para la reducción del hambre y la pobreza, tales como los programas Hambre Zero, de Adquisición de Alimentos, Bolsa Familia, Agricultura Familiar y énfasis en acciones direccionadas al ya existente Programa Nacional de Alimentación Escolar (Del Espote et al., 2022).

La Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN), cuya aprobación se dio en 1999 y que fue actualizada en 2011, tiene el objetivo de mejorar las condiciones alimentarias, nutricionales y de salud de la población brasileña, a través de la promoción de prácticas alimentarias adecuadas y saludables y la vigilancia alimentaria (Brasil, 2013). Esto originó, en 2006, el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SISAN) y se consolidó la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN) en 2010 (Lei nº11.346, 2006). También en 2010, como nuevo marco fundamental, el derecho humano a la alimentación adecuada fue incorporado en la Constitución brasileña (Brasil, 2016). Es importante resaltar que las políticas y programas enfatizan patrones de producción y consumo sostenibles.

En 2011, el Plano Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional propuesto para 2012/2015, basado en las pautas de la PNSAN, tenía como uno de sus objetivos “promover la mejora de las condiciones socioeconómicas

y el acceso a la alimentación y nutrición de las personas mayores y personas con discapacidad en situación de pobreza, beneficiarias del Beneficio de Prestación Continuada (BPC), a través del acceso a la red de servicios de asistencia social, acciones de seguridad alimentaria y nutrición y otras políticas sectoriales” (CAISAN, p.51). El BPC, todavía vigente, está previsto en la Ley Orgánica de Asistencia Social y garantiza un salario mínimo mensual a los adultos mayores de 65 años o más (además de los discapacitados de cualquier edad) en cuyas familias, la renta per-persona del grupo familiar sea igual o inferior a un cuarto del salario-mínimo y que estén registrados en el sistema Cadastro Único (Brasil, 2022).

Esta serie de medidas consolidaron los avances en Brasil y en 2014 logró salir del mapa del hambre (FAO, 2014). La Figura 3 resume las principales políticas sociales para PM y alimentación y nutrición en Brasil.



Figura 3. Principales políticas sociales para PM y de alimentación y nutrición en Brasil

Sin embargo, aunque Brasil cuente con sólidas políticas direccionadas a la PM y a las cuestiones de alimentación y nutrición, todavía la implementación efectiva de estas políticas sigue siendo un desafío. Muchas PM enfrentan situación de vulnerabilidad, con dificultades para acceder a servicios de salud, vivienda adecuada, transporte e inclusión social (De Freitas et al., 2022).

Además, considerando el impacto de las acciones del gobierno en la gestión 2019-2022, con desmantelamiento de varias políticas sociales, además del impacto sobre la economía causado por la pandemia del COVID-19, hubo un importante aumento en la inseguridad alimentaria y que puede tener consecuencias sobre el estado nutricional y de enfermedades de la población mayor en los próximos años. La proporción de personas en inseguridad alimentaria tuvo un salto significativo en 2020 (Figura 4).

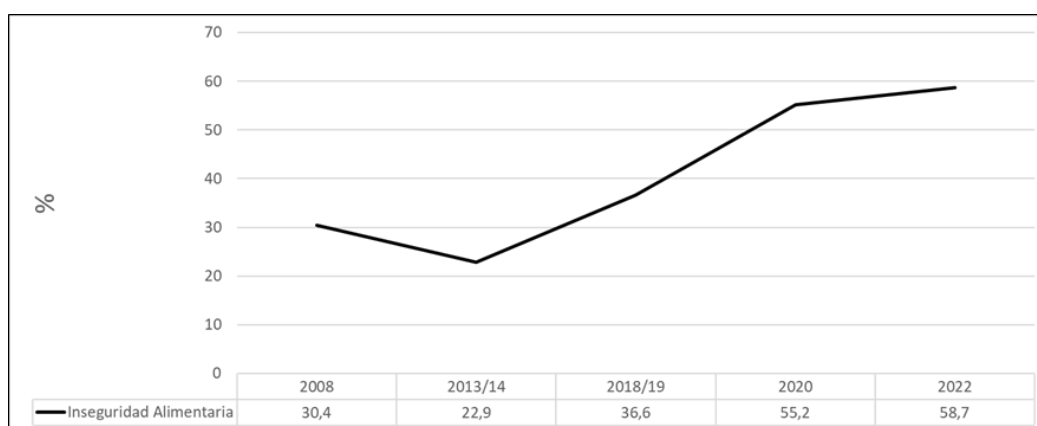


Figura 4. Inseguridad Alimentaria en la Población Brasileña.
 Fuente: Rede PENSSAN (2021, 2022)

De la población general, 33,1 millones presentaron inseguridad alimentaria grave en 2022, un aumento de 60% con relación a 2018. No hay datos específicos para la población mayor sobre IA. Sin embargo, en domicilios brasileños en los cuales la persona de referencia tenía 65 años (representando 18,8% de los domicilios

investigados en 2020) la IA tuvo prevalencia de 46,8%, mientras que en domicilios con personas de referencia entre 18-49 años y 50-64 años la prevalencia fue de 58,5% y 57,3%, respectivamente (Rede PENSSAN, 2021).

Las PM han sido duramente afectadas, ya que constituyen un grupo de riesgo para la enfermedad. Las medidas de aislamiento social adoptadas durante la pandemia también han tenido un impacto en las políticas de alimentación, con interrupciones en la distribución de alimentos y el acceso a servicios de salud.

4 Consideraciones finales

Ante este panorama, es fundamental que se amplíen las políticas públicas que promuevan la inclusión social y mejoren la calidad de vida de las PM, garantizando el acceso a servicios de salud y asistencia social. Es necesario proteger el derecho a la alimentación, rescatando y fortaleciendo las políticas existentes, principalmente con relación a la discusión sobre sostenibilidad y transición ecológica, teniendo la población mayor como diana y participante.

Referencias bibliográficas

- Aulestia-Guerrero, E.M., & Capa-Mora, E.D. (2020). Una mirada hacia la inseguridad alimentaria sudamericana. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(7), 2507-2517. DOI: 10.1590/1413-81232020257.27622018
- Brasil. (2016). Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas.
- Brasil. Ministério da Cidadania. (2022). Benefício de Prestação Continuada (BPC). Acceso em 24 Mai, 2022. Disponible em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico (2022). Mortalidade de idosos no Brasil em 2000, 2009 e 2019. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim_epidemiologico_svs_2.pdf
- CAISAN - Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (2011). Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015. Brasília, DF: CAISAN.
- de Carvalho, S.S. (2022). Mercado de trabalho - Retrato dos rendimentos e horas trabalhadas – resultados da PNAD Contínua do primeiro trimestre de 2022. Nota 25, IPEA.
- de Freitas, G.E., & et al. (2022). Situações de vulnerabilidade vividas pelo idoso: uma revisão narrativa. In: Siva, P.F. (org). Atenção primária à saúde no Brasil: avanços, retrocessos e práticas em pesquisa. *Científica Digital*. DOI: 10.37885/220308291.
- Decreto nº1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União.
- Del Esposte, J.D., Faria, E.L., Ferreira, A.M., Monelis, M.B., & Silva VR. (2002) A trajetória da Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil. In: Open Science Research III. *Científica Digital*. Doi.10.37885/220308407
- FAO (2014). The state of food insecurity in the world. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition. Roma: FAO. Disponible en: <https://www.fao.org/3/i4030e/i4030e.pdf>
- FAO (2022). The state of food insecurity and nutrition in the world. Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable. Rome, FAO. Disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc0639en>.

FAO. (1996). Rome Declaration on World Food Security.

Disponibile en: <https://www.fao.org/3/w3613e/w3613e00.htm>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Características gerais dos moradores 2020-2021. IBGE. Disponible en: <https://static.poder360.com.br/2022/07/populacao-ibge-2021-22jul2022.pdf>.

Lei nº10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União.

Lei nº11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União.

Menezes, M.F.G, & et al. (2010). Alimentação saudável na experiência de idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 13(2):267-275.

Oliveira, A.S. (2019). Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia*, 15 (31): 69-79.

Portaria nº2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União.

Rede PENSSAN. (2021). VIGISAN. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. Disponible en: <https://olheparaafome.com.br/pesquisa2020/>

Rede PENSSAN. (2022). II VIGISAN. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. Disponible en : <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>

SISAP-Idoso: Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAPES/SAS/MS, Fundação Oswaldo Cruz (s/d). Disponible en: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/matriz-de-dimensoes>.

Soar, C. (2015). Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 18 (2):385-395.

Travassos, G.F., Coelho, A.B., & Arends-Kuenning MP. (2020) The elderly in Brazil: demographic transition, profile, and socioeconomic condition. *Rev. bras. Estud. Popul*, 37.

UN - United Nations. (2015). Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development A/RES/70/1. Disponible en: sustainabledevelopment.un.org



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Ciudades amigables: políticas de accesibilidad como garantía de inclusión de las personas mayores

Cristina Díaz Román, Universidad de Jaén (cdiaz@ujaen.es)

M^a Dolores Muñoz de Dios, Universidad de Jaén (mdmunoz@ujaen.es)

Cristina Belén Sampedro Palacios, Universidad de Jaén (cbsamped@ujaen.es)

Francisco Luis Rodríguez Fernández, Universidad de Jaén (flrodri@ujaen.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El aumento progresivo de personas mayores en las pirámides poblacionales, a nivel mundial, y su consecuente envejecimiento, ha puesto de manifiesto la necesidad de transformar el diseño de las políticas sociales, adaptándose a las necesidades emergentes de este sector de la población. Una de las propuestas, relacionada con la accesibilidad universal y el diseño para todas las personas, es la creación de ciudades amigables con las personas mayores, que se encuentra incluida en la Agenda 2030 y en el apartado 11 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Este tipo de ciudades está cada vez más presente en España, país adherido a la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, promovida por la OMS en 2010.

El objetivo de este trabajo es analizar los elementos que deben estar presentes en el diseño de una ciudad amigable con las personas mayores y estudiar el impacto de ello con respecto al envejecimiento activo y cobertura de necesidades de sus habitantes.

Se utiliza una metodología cualitativa, con un planteamiento fenomenológico. Para ello, se emplean fuentes secundarias de impacto científico y se recogen también datos primarios a través de entrevistas y grupos focales.

Como conclusión, la rápida transformación de la población acontecida en España ha mostrado que las necesidades y demandas de las personas mayores han cambiado. Para poder abordarlas desde todos los ámbitos, la solución más integral y transversal es el diseño de los servicios y los espacios de la ciudad bajo los criterios de accesibilidad universal. La transición de las ciudades hacia el nuevo paradigma supone un gran reto. Sin embargo, enfrentarse a dicha variación supone la inclusión social plena de un porcentaje elevado de la población que, previsiblemente, seguirá aumentando, convirtiéndose, aún más, en el sector población mayoritario. De este modo, las ciudades dan respuesta a las necesidades de la población, en su conjunto por lo que integrar políticas de accesibilidad supone una garantía de inclusión

Palabras clave

Envejecimiento, igualdad, accesibilidad universal, diseño para todas las personas, ciudades amigables

1 Introducción

En un mundo en constante evolución, las poblaciones envejecen a un ritmo sin precedentes. A medida que la esperanza de vida aumenta y las generaciones mayores continúan creciendo en número, surge una preocupación creciente por garantizar que estas personas disfruten de una calidad de vida plena y participativa (Pérez y Gilsanz, 2022). En este contexto, el concepto de "ciudades amigables para las personas mayores" se ha convertido en un tema central en la planificación urbana y el diseño de comunidades (Organización Mundial

de la Salud, 2015). Estas ciudades se esfuerzan por crear entornos que no solo sean accesibles y seguros para las personas mayores, sino también enriquecedores y en sintonía con las necesidades cambiantes de esta población (Samper, 2003). Además, la implementación de políticas sociales sólidas desempeña un papel fundamental en la creación de ciudades verdaderamente amigables y en el respaldo de una calidad de vida equitativa para todas las edades (Rodríguez-Porrero y Gil, 2014).

En las últimas décadas, el paradigma de diseño urbano ha ido evolucionando para reconocer la importancia de la diversidad demográfica (Fernández y De la Fuente, 2023). Las ciudades amigables para las personas mayores buscan, no solo abordar las necesidades específicas de esta población, como la accesibilidad física o los servicios de atención médica, sino también fomentar la inclusión social y el envejecimiento activo (Castellón, Hernández, Román, y Cano, 2020; IMSERSO, 2022). Estos lugares buscan romper con los estereotipos negativos relacionados con la vejez y promover una visión de comunidad intergeneracional. Donde las personas mayores se sientan valoradas y puedan contribuir con su experiencia y sabiduría, sin atender al edadismo (Medina, 2018).

En una ciudad amigable para las personas mayores, es común encontrar parques bien mantenidos con bancos para descansar, aceras anchas y sin obstáculos, sistemas de transporte público accesibles, y una amplia gama de oportunidades recreativas y culturales. Estos elementos no solo benefician a las personas mayores, sino que también mejoran la calidad de vida de todos los ciudadanos/as, independientemente de su edad (Muñoz, Galán y De la Fuente, 2014).

Además, a medida que la tecnología continúa avanzando, las ciudades amigables para las personas mayores también buscan integrar soluciones innovadoras, como la domótica y la telemedicina, para hacer que la vida cotidiana sea más cómoda y segura para esta población (Sampedro y Pérez, 2019; Martínez, 2022).

En síntesis, las ciudades amigables para las personas mayores son un testimonio de una sociedad inclusiva y orientada al bienestar de todos sus ciudadanos. En los párrafos siguientes, exploraremos en mayor detalle los elementos clave que conforman una ciudad amigable para las personas mayores, así como la importancia de las políticas sociales en su desarrollo y mantenimiento. Atendiendo a los objetivos que se persiguen desde este estudio, que no es más que: I) Analizar los elementos que deben estar presentes en el diseño de una ciudad amigable con las personas mayores; II) Estudiar el impacto de ello con respecto al envejecimiento activo y cobertura de necesidades de sus habitantes.

2 Metodología

La metodología empleada en el estudio es de tipo cualitativo, de acuerdo a un tipo de estudio de análisis teórico. Para ello, se emplean fuentes secundarias de impacto científico. Además, se analizan datos primarios, recogidos con anterioridad a través de entrevistas y grupos focales realizados en la ciudad de Jaén, España.

Para el primer análisis teórico se utilizan bases de datos como Web of Science y Scopus, con las que acceder a la producción científica en torno al objeto de estudio. La gestión de la información de las bases teóricas se realiza con la ayuda del software Refworks, que permite organizar y cribar la información más importante.

Seguidamente, se analizan algunos casos concretos de ciudades amigables. Identificando aquellos casos que pueden suponer un ejemplo de buenas prácticas a exponer en los resultados, cuyos preceptos han sido trabajados en estudios anteriores. Por último, se procede a la producción de resultados y conclusiones como fase final del estudio y proceso científico.

3 Resultados

Con un carácter totalmente actualizado y como ejemplo real que da valor al objetivo principal de este trabajo, destaca el caso de Jaén como ciudad amigable con las personas mayores y sobre todo como modelo de transformación e implementación de las políticas sociales, siendo un escenario de adaptación e implicación a las necesidades de las personas mayores de la ciudad.

La ya existencia del I Plan Municipal “Jaén, Ciudad Amigable con las Personas Mayores”, contribuye a la creación de entornos y servicios y pretende reorganizar los ya existentes de forma que permitan a las personas mayores vivir dignamente y puedan continuar participando de una manera plena y activa. Este I Plan Municipal, desarrolla el contexto de la ciudad de Jaén describiendo la distribución del territorio, así como la población jiennense mayor de 65 años o su nivel educativo entre otros datos sociodemográficos generales y recursos específicos que presta el Ayuntamiento para las personas mayores. Así mismo, describe los ejes estratégicos del Plan, así como los indicadores a través de los cuales se recoge la información necesaria para el monitoreo del plan con el fin de ejecutar, medir, controlar e introducir las modificaciones necesarias para alcanzar los hitos y logros propuestos.

Dada la importancia metodológica del proceso, destacamos los diferentes ejes estratégicos recogido en el Plan, moldeables según la ciudad, pero ejemplo de implementación en la metodología para la consecución de una ciudad amigable con las personas mayores:

| EJES ESTRATÉGICOS I PLAN MUNICIPAL, JAÉN CIUDAD AMIGABLE CON LAS PERSONAS MAYORES (2023-2026) | |
|--|--|
| EJE 1 | Promoción de la autonomía personal y la vida independiente de las personas mayores desde la mejora de la accesibilidad y diseño universal (eje transversal). |
| EJE 2 | Desarrollo de una conciencia cívica basada en el respeto y la inclusión social. |
| EJE 3 | Evolución hacia nuevos modelos de participación social y comunitaria para las personas mayores. |
| EJE 4 | Respeto a la decisión: garantías para el envejecimiento en el propio hogar y contribuciones para modelos de atención centrados en la persona. |
| EJE 5 | Fomento del envejecimiento activo y de éxito o saludable. |
| EJE 6 | Restablecimiento y mejora de la comunicación, información y difusión sobre la base del codiseño y la accesibilidad. |
| EJE 7 | Progresos hacia una movilidad y deambulación accesible y sostenible. |
| EJE 8 | Garantías de eficacia y eficiencia en la atención a personas mayores desde los servicios de la administración pública local. |

Figura 1. Ejes estratégicos I Plan Municipal.

Fuente: Ayuntamiento de Jaén (2023)

Cabe mencionar que, el objetivo principal de este plan es hacer un diagnóstico de la realidad de las personas mayores en Jaén que permita elaborar un Plan de Acción participado y basado en la evidencia. Como resultado, se obtiene en qué medida Jaén es una ciudad amigable con las personas mayores, respondiendo así a las recomendaciones de la OMS para formar parte de la Red Mundial de Ciudades Amigables con las personas mayores.

En este sentido y en relación a los elementos que deben estar presentes en el diseño de una ciudad amigable con las personas mayores, haremos alusión a las diferentes áreas temáticas que la OMS considera fundamentales en el proceso de envejecimiento activo y que responde a las siguientes:

- Espacios al aire libre y edificios
- Transporte
- Vivienda
- Proximidad de los servicios
- Respeto e inclusión social
- Participación social
- Comunicación e información
- Trabajo y participación ciudadana
- Servicios sociales y de salud

En relación a las políticas de accesibilidad como garantía de inclusión de las personas mayores y el contexto de las ciudades amigables, haremos alusión a los Indicadores, enmarcados a través de la Guía para el uso de los indicadores básicos “Medición del Grado de Adaptación de las Ciudades a las Personas Mayores”, y que supone un marco y un conjunto de indicadores esenciales y complementarios con el fin de inspirar la selección de un conjunto de indicadores locales para el seguimiento y la evaluación de los progresos hacia el mejoramiento de la adaptación de los entornos urbanos a las personas mayores (OMS, 2015).

Recordemos que la accesibilidad es una condición previa para que las personas puedan participar plenamente en la sociedad en igualdad de condiciones independientemente de sus capacidades funcionales (BOE, núm. 78). En este sentido, realzamos la importancia de aquellos indicadores relacionados con las condiciones de accesibilidad ligadas a la consecución de una ciudad amigable con las personas mayores, destacando los siguientes objetivos específicos del Plan en cuanto a su marco de indicadores según los diferentes ámbitos de actuación:

- Mejorar paulatinamente la seguridad ciudadana manifiesta por limitaciones como: deficiencias en la iluminación, en acerados y pavimentos, presencia de barreras arquitectónicas e inaccesibilidad a espacios, escasez de limpieza / mantenimiento de espacios y necesaria educación cívica y vial.
- Desarrollar nuevos espacios y servicios y mejorar alguno de los ya existentes con la participación de la población mayor mediante proceso de cocreación y codiseño.
- Realizar una estrategia de evaluación específica en el transporte sobre la base de los requisitos DALCO, adaptado a las personas mayores e incorporando los hallazgos relacionados.
- Facilitar las transformaciones para la adecuación funcional básica de viviendas y elementos de uso comunitario.
- Mejorar los servicios y prestaciones para la promoción de la autonomía y atención a la dependencia, potenciar y evaluar sus índices de cobertura y acortar plazos.
- Apoyar en la creación de sistemas de comunicación e información accesibles y en la capacitación de los mismos para frenar el avance de la brecha digital.

4 Conclusiones

A partir de los resultados se generan una serie de conclusiones que sirven de preceptos a futuros estudios y que pueden identificarse como aplicables al plano general:

En primer lugar, se concluye que la rápida transformación de la población acontecida en España, ha mostrado que las necesidades y demandas de las personas mayores han cambiado. Para poder abordarlas desde todos los ámbitos, la solución más integral y transversal es el diseño de los servicios y los espacios de la ciudad bajo los criterios de accesibilidad universal.

En segundo lugar, que La transición de las ciudades hacia el nuevo paradigma supone un gran reto. Sin embargo, enfrentarse a dicha variación supone la inclusión social plena de un porcentaje elevado de la población que, previsiblemente, seguirá aumentando, convirtiéndose, aún más, en el sector población mayoritario. De este modo, las ciudades dan respuesta a las necesidades de la población, en su conjunto por lo que integrar políticas de accesibilidad supone una garantía de inclusión.

Referencias bibliográficas

Ayuntamiento de Jaén. (2023). *I Plan Municipal. Jaén, Ciudad Amigable con las Personas Mayores*. Recuperado el 15 de junio de 2023, de https://www.aytojaen.es/portal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_31197_1.pdf

Boletín Oficial del Estado. Núm. 78. (2022). Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2023, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de aplicación

Castellón, G. D., Hernández, M. D. C. F., Román, C. D., & Cano, A. J. R. (2020). Ciudades amables con las personas mayores. Experiencia comparada España-Cuba. *Novedades en Población*, 16(Especial).

Fernández, C., y De la Fuente, Y. M. (2023). *Envejecimiento y diseño urbano. Luchando por la socialización desde los entornos*.

IMERSO. (2022). *Red internacional de ciudades amigables con las personas mayores*. Recuperado el 10 de junio de 2023, de <https://n9.cl/i6z2j>

Martínez, C. (2022). *El papel de las tecnologías digitales en el envejecimiento activo hacia una mayor independencia* [Trabajos Académicos]. Universidad de Jaén.

Medina, R. (2018). Vejez, envejecimiento y edadismo. *Vejez, envejecimiento y edadismo*, 27-41.

Muñoz, M. D., Galán, J. H., y De la Fuente, Y. M. (2014). Trabajo Social y Ciudades Inteligentes: Hacia una nueva concepción de accesibilidad en los destinos turísticos para la promoción de la autonomía personal. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (3).

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Medición del grado de adaptación de las ciudades a las personas mayores. Guía para el uso de los indicadores básicos*. Recuperado el 20 de junio de 2023, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203832/9789243509693_spa.pdf

Pérez, J., y Gilsanz, L. (2022). *Trabajo social en escenarios de vulnerabilidad: una mirada para la inclusión social*. Tirant Humanidades.

Rodríguez-Porrero, C., y Gil, S. (2014). *Ciudades amigables con la edad, accesibles e inteligentes*.

Sampedro, C. B., y Pérez, J. (2019). Innovación Social como herramienta en la transformación de una sociedad inclusiva. Accesibilidad e Innovación Social. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e intervención social*, (28), 93-119.

Samper, P. G. (2003). El sentido urbano del espacio público. *Bitácora Urbano Territorial*, 7(1), 13-18.



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

Los determinantes individuales de la prolongación de la vida laboral: una revisión sistemática de la literatura

Fermín López, Universidad de Oviedo (lopezfermin@uniovi.es)

Aroa Tejero, Universidad de Oviedo (tejeroarao@uniovi.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La prolongación de la vida laboral (PVL) es un asunto central en los análisis y debates sobre el empleo de una población más longeva y la sostenibilidad y equidad de los sistemas de pensiones. La tendencia casi uniforme en los países occidentales a incrementar los requisitos y los incentivos para alargar la vida laboral y para flexibilizar esa transición no se ha traducido en cambios paralelos en la esfera microsocial: las preferencias sobre la edad de jubilación no han registrado un incremento paralelo al aumento de la esperanza de vida, y la PVL es lenta y alcanza a un porcentaje aún muy reducido de trabajadores.

Este trabajo ofrece una revisión de los resultados de la investigación internacional centrada en los cuatro tipos de determinantes individuales de la PVL: los rasgos sociodemográficos, las características de los hogares, las trayectorias laborales y las variables de salud. Se realiza una revisión sistemática de la literatura basada en la guía PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*). Se revisaron publicaciones indexadas en las bases de datos de Web of Science (WoS) y Scopus, que estuvieran publicadas desde el año 2000, sobre países europeos y EEUU, y que analizaran factores micro relacionados con algún concepto de PVL.

Palabras clave

Prolongación de la vida laboral, jubilación, trayectorias laborales, factores individuales, revisión sistemática de la literatura

1 Introducción

Tanto los análisis científicos como los debates sobre el futuro de la jubilación giran en torno a las causas y las consecuencias de una prolongación de la vida laboral (PVL). La tendencia a una PVL parece de largo recorrido, empujada por dos grandes transformaciones sociales. Por un lado, el aumento de la longevidad, que ha hecho que la esperanza de vida a la edad de la jubilación se haya duplicado en el conjunto de países de la OCDE en las cinco últimas décadas. Las proyecciones disponibles indican que esa tendencia aún no se ha agotado (OECD, 2019; OECD, 2021; Weber y Loichinger, 2022). Por otro lado, una evolución bastante uniforme de los sistemas de pensiones en la dirección de incrementar los requisitos para acceder de manera completa a los beneficios del sistema y de aumentar los incentivos para alargar la vida laboral y/o para flexibilizar la transición favoreciendo la combinación de pensión y de trabajo (Hinrichs, 2021; Lis *et al.*, 2021; Myck, 2015).

De todos modos, no es nada seguro que a esas grandes transformaciones en la esfera macrosocial le hayan seguido cambios paralelos en la esfera microsocial. En el ámbito de las expectativas, las actitudes sobre la edad preferida de jubilación no han registrado un incremento paralelo al aumento de la esperanza de vida: la

mayoría de los individuos en las cohortes próximas a la jubilación perciben que la fase de vida de la vejez se retrasa, pero la edad ideal de la jubilación sigue anclada en torno a los 65 años, con ligeras diferencias entre países (Eurofound, 2014; European Social Survey, 2021). En el ámbito de los hechos, se viene observando un aumento generalizado de las edades medias de jubilación, pero esa tendencia es de una intensidad menor que la prometida por las reformas de los sistemas de pensiones. Sumado a esto, hay evidencias de efectos limitados de los incentivos financieros, al menos por sí solos, para extender la PVL y las formas flexibles de transición a la jubilación más allá de un pequeño grupo de trabajadores muy cualificados (Eurofound, 2016; OECD, 2017).

Esa potencial disonancia entre cambios estructurales y cambios individuales es de gran interés y viene a señalar dos hechos muy importantes para la investigación sobre estos asuntos. En primer lugar, que los diferentes rasgos sociodemográficos (de salud, género, familia, educación, ocupación y trayectoria laboral) de los individuos se asocian a diferencias muy relevantes en sus expectativas y sus condiciones efectivas de transición a la jubilación. En segundo lugar, y en contraposición a esto, las políticas de reforma de los sistemas de pensiones y de los mercados de trabajo han evolucionado en la dirección de prolongar y flexibilizar la vida laboral, pudiendo ignorar la importancia de esas diferencias individuales y dando por supuesto que los incentivos financieros se traducen en cambios uniformes de expectativas y de conductas, con el riesgo asociado de aumentar las desigualdades en el momento y condiciones de jubilación (Barslund, 2019; Ní Leime *et al.*, 2020). Esas políticas han integrado mejor los resultados de la investigación sobre los determinantes macrosociales de la jubilación que los de la investigación sobre los determinantes individuales. La sospecha de que esas políticas tienden a ignorar la heterogeneidad de los rasgos objetivos y subjetivos de diferentes grupos de individuos tiene algún fundamento.

Este trabajo pretende ofrecer un panorama reciente de los resultados de la investigación internacional sobre los dos tipos principales de determinantes individuales de la PVL a través de una revisión sistemática de la literatura. Esta revisión aporta una contribución novedosa en varios aspectos. Por un lado, se ocupa tanto de las variantes como de los determinantes de la PVL. Ese doble panorama acerca más los resultados de la revisión a la discusión explicativa. Al hacerlo sobre los determinantes individuales ayuda, también, a entender mejor la variedad de formas de PVL que pueden ocurrir en contextos macro muy similares. Además, la revisión se extiende hasta investigaciones publicadas en 2023, lo que permite recoger la etapa más reciente en la que ese panorama de resultados también se ha enriquecido singularmente.

2 Metodología

Esta revisión sistemática de la literatura ha seguido la guía PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*, 2020), que ha sido diseñada para poder realizar este tipo de revisiones con mayor transparencia y que permite una mejor identificación, selección, evaluación y síntesis de los resultados (Page *et al.*, 2021).

Se han seleccionado publicaciones (artículos y capítulos de libro) incluidos en las bases de datos de la *Web of Science* (WoS) y SCOPUS. En las búsquedas se han incluido palabras clave que identificaran las dimensiones de los objetivos de la investigación en torno a la PVL y de los factores explicativos a nivel microsocial. Esa primera búsqueda identificó un total de 2317 y 2964 documentos en WoS y SCOPUS, respectivamente.

En la siguiente fase se eliminaron los registros duplicados y se aplicaron, por un lado, criterios de exclusión automáticos para eliminar de la muestra a todas aquellas publicaciones que no estuvieran publicadas en inglés, después del año 2000, y que no estuvieran adscritas a áreas de Ciencias Sociales relacionadas con los objetivos de la investigación. Por otro lado, se realizó un proceso de revisión de los títulos y resúmenes de las

publicaciones por parte de los investigadores para eliminar de la muestra aquellas investigaciones que no tuvieran algún tipo de PVL como variable dependiente, que no analizaran factores microsociales como variables independientes, que no fueran investigaciones cuantitativas con muestras representativas a nivel nacional, y que no estuvieran contextualizadas en Europa o EEUU. Todo lo anterior redujo la muestra a un total de 61 publicaciones, que fueron revisadas en mayor detalle para su elegibilidad en la muestra final.

En la última fase de revisión y selección, se revisaron esos 61 registros en profundidad empleando una plantilla de extracción de información que incluía, por un lado, información metodológica (fuentes de datos, tamaño de muestra, países y años analizados). Por otro lado, se sistematizó la información de la dimensión conceptual detallando el concepto de PVL y los factores microsociales incluidos en cada investigación. Además, también se incluyó información general (resultados, principales contribuciones, limitaciones y futuras líneas de investigación). En esta fase se excluyeron 23 publicaciones porque no cumplían los criterios de inclusión, por lo que la muestra final de la revisión sistemática de la literatura se compuso de 38 artículos y capítulos de libro.

3 Resultados y conclusiones

Los resultados obtenidos ofrecen contribuciones valiosas a la literatura sobre PVL en varios sentidos. En primer lugar, se ha encontrado que la investigación da cuenta de una variedad de situaciones de PVL en la que se refleja que la transición entre la ocupación y la jubilación adopta múltiples formas. Esta revisión ha agregado y categorizado las tres variantes conceptuales de la PVL que están ya bastante asentadas en la investigación disponible. Por un lado, se han identificado aquellas situaciones en las que se tiene un empleo después de la edad legal de la jubilación (*employment after retirement*). Por otro lado, algunas personas prolongan su vida laboral a través de un cambio en algunas condiciones de empleo (cambiando de empleador, de funciones o de duración) de su empleo habitual a tiempo completo (*bridge employment*). Por último, también se alargan las trayectorias laborales a través de una vuelta al mercado laboral después de haber accedido a la jubilación a tiempo completo (*unretirement*).

En segundo lugar, se puede concluir que dentro de los cuatro grupos de factores individuales analizados (*características sociodemográficas, características del hogar, trayectorias laborales y condición de salud*) hay variables significativamente influyentes sobre la PVL, lo cual confirma la relevancia de consolidar sistemáticamente tales patrones de asociación. En ese sentido, hay cuatro variables explicativas cuya influencia se ha probado más consistente: el nivel educativo, el nivel ocupacional, la salud y las responsabilidades domésticas. El nivel educativo y el nivel ocupacional son los que más claramente favorecen la PVL, lo hacen en cualquiera de sus variantes y su efecto positivo alcanza no sólo a los niveles más altos de educación u ocupación, sino también a las categorías intermedias respecto a las más bajas. La buena salud también contribuye a prolongar la vida laboral y lo hace tanto si el estado de salud se ha medido con indicadores objetivos como subjetivos. Las responsabilidades de cuidados en el hogar es la variable explicativa que más nítidamente dificulta la PVL, un efecto que se registra en cualquiera de sus variantes.

En tercer lugar, se identifican factores cuya influencia es menos consistente, lo que aconseja abundar sobre ellos en la investigación futura. Por un lado, en cuanto a las *variables sociodemográficas*, la influencia del género está condicionada por la interacción con otros factores: si bien las mujeres tienen menos probabilidades de PVL, esa influencia se ve modificada por el sector de actividad, el entorno institucional o país, y, sobre todo, por los rasgos del hogar, como el estado marital, la presencia de menores y la convivencia familiar. La edad se muestra influyente, especialmente en las fases cercanas la jubilación, lo que aconseja investigar comparativamente esa influencia en poblaciones que pertenezcan a esas cohortes. Por otro lado, atendiendo a las variables socioeconómicas, la influencia del nivel de renta comparte esa limitada consistencia, muy

probablemente porque debe afinarse su medición y evitar sesgos asociados a otras variables como la riqueza. Es crucial que en la investigación futura este factor distinga bien entre renta y riqueza, o si tales variables se definen como medidas absolutas o como niveles relativos en una distribución.

En cuarto lugar, interesa también tomar en cuenta algunas evidencias sobre variantes específicas de PVL. Mientras que la edad se asocia negativamente con el *employment after retirement* y el *bridge employment*, no sucede así con *unretirement*. Para este tipo específico de PVL, que se define de forma inversa a los anteriores y suele implicar vueltas a la situación de empleo anterior a la jubilación, se aprecia una influencia positiva de la edad que se mantiene hasta los años más cercanos a la edad estatutaria de retiro. De igual forma, y dado que también el *bridge employment* implica definir cambios en el tiempo a partir de información retrospectiva, las evidencias sobre las variables de trayectoria laboral se han concentrado en su mayoría sobre la variante de *employment after retirement*, indicando un potencial vacío y reto empírico a la hora de analizar su influencia sobre el resto de las conceptualizaciones de PVL. Sumado a lo anterior, se ha observado cómo algunas categorías de variables explicativas han mostrado efectos contradictorios entre las variantes conceptuales analizadas. Mientras que los hombres casados tendrían más probabilidades de *unretirement*, para el caso del *bridge employment* son las mujeres divorciadas o viudas. Además, en el caso de *unretirement* son los propietarios quienes están más predispuestos a permanecer en sus puestos de trabajo, pero en la conceptualización de *employment after retirement* serían las personas arrendadas.

En quinto lugar, la influencia del género en interacción con otros factores merece ser destacada. La interacción con el nivel educativo muestra como los varones menos educados tienen una mayor probabilidad de trabajar después de la jubilación, al tiempo que para las mujeres se observa esa influencia positiva entre las más educadas. Respecto al estado civil, las mujeres solteras tienen más probabilidad de seguir trayectorias de PVL. También la salud interacciona con el género, de manera que aquellas mujeres que siguen trabajando después de su edad de jubilación tienen muchas más probabilidades que los hombres en su misma situación de tener una salud auto percibida peor. Otros factores, como la edad, las dificultades financieras o de renta, los cuidados familiares, las responsabilidades de crianza o la dificultad de lograr jornadas laborales completas empujan en mayor medida la prolongación de la vida laboral de las mujeres, que también suelen hacerlo cuando trabajan a tiempo parcial.

Referencias bibliográficas

- Barslund M (2019) *Policies for an Ageing Workforce. Work-life balance, working conditions and equal opportunities*. Center for European Policy Studies, Brussels.
- Eurofound (2014) *Work preferences after 50*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Eurofound (2016) *Extending working lives through flexible retirement schemes: Partial retirement*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- European Social Survey (2021) *The Timing of Life. Top Results from Round 9 of European Social Survey. ESS Topline Result Series: 11.*: https://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/ESS9_toplines_issue_11_timing_life.pdf (accessed 23 July 2023)
- Hinrichs, K. (2021). Recent pensions reforms in Europe: More challenges, new directions. *Social Policy Administration*, 55, 409-422.
- Lis, M., H. Boulhol and Y. Fujiki (2021), Recent pension reforms. *Pensions at a Glance 2021: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9a567f6c-en>

- Myck M (2015) Living longer, working longer: the need for a comprehensive approach to labour market reform in response to demographic changes. *Eur J Ageing* 12: 3-5. <https://doi.org/10.1007/s10433-014-0332-x>
- Ní Léime, A., Ogg J, Rastivová, M., Street, D, Krekula C, Bédiova M, Madero-Cabib I (2020) *Extended Working Lifes Policies. International Gender and Health Perspectives*. Springer, New York.
- OECD (2017), "Flexible retirement in OECD countries", in *Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/pension_glance-2017-5-en.
- OECD (2019) *Working Better with Age, Ageing and Employment Policies*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/c4d4f66a-en>.
- OECD (2021), "Life expectancy", in *Pensions at a Glance 2021: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a957e891-en>.
- Page M J, McKenzie J E, Bossuyt P M, Boutron I, Hoffmann T C, Mulrow D, et al. (2021) The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 372: n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Weber D, Loichinger E (2022) Live longer, retire later? Developments of healthy life expectancies and working life expectancies between age 50–59 and age 60–69. *Europe. Eur J Ageing* 19:75-93. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00592-5>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El maltractament a les persones grans des d'una mirada preventiva i comunitària: taula comarcal maltractaments a les persones grans

Sandra Devesa, Fundació Salut Empordà i Consell Comarcal de l'Alt Empordà (adevesa@salutemporda.cat)

Glòria Pla, Fundació Salut Empordà i Consell Comarcal de l'Alt Empordà, (gpla@altemporda.cat)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

Des de la pràctica professional, surt la necessitat d'aprofundir en els maltractaments a les persones grans, amb el convenciment que amb una detecció precoç i una intervenció adequada és el model òptim. Treballem per promoure una xarxa i una acció comunitària que faciliti la detecció de situacions de maltractaments.

La voluntat és promoure una mirada de sensibilització a la societat en general, als professionals i a les mateixes persones grans en una conscienciació dels seus drets, i del que són els maltractaments. Per tal de poder avançar cap a una societat més digna, més justa i inclusiva.

Els maltractaments tenen conseqüències sobre el benestar físic i emocional per les persones afectades. Tot i que cada vegada hi ha més estudis, i se'n parla més, encara desconeixem la magnitud dels maltractaments a les persones grans i de la seva tipologia, a causa de a les moltes barreres per la seva detecció: aïllament o por, vergonya de les víctimes, falta d'implicació dels professionals, manca de reconeixement dels drets de les persones grans, imatge social negativa de l'envelliment... Són situacions molt invisibilitzades que viuen amb soledat les famílies i també els professionals. Detectem i coneixem només la punta de l'iceberg del fenomen.

L'estudi dels maltractaments a les persones grans s'ha inclòs moltes vegades, dins la categoria de violència de gènere o intrafamiliar, el que evidencia la seva invisibilitat i poca consciència social. Hi ha pocs registres, i els estudis de prevalença mostren moltes diferències, índexs que van del 0,8 al 52,6%, evidencien les dificultats de detecció, i la manca de consens en els conceptes.

Paraules clau

Drets, envellir amb sentit, comunitat, prevenció, maltractaments persones grans, edatisme

1 Introducció

El maltractament a les persones grans, és un fenomen prou important per ser qualificat per l'OMS (2011) com un problema de salut pública. L'abús pot tenir greus conseqüències físiques, psicològiques, sobre la dignitat, el benestar físic i emocional de les persones. Sigui quin sigui els tipus de maltractament té unes conseqüències sobre la dignitat, el benestar físic i emocional de les persones. Vulnera els drets que tota persona té, tingui l'edat que tingui, les característiques de salut, i d'autonomia.

Per tal d'avançar cap a la millor qualitat de vida de les persones, i cap a una societat més inclusiva, que respecti els drets de les persones, hauria de ser una societat lliure de maltractaments, però mentre no sigui possible, cal treballar amb les mateixes persones grans i també amb els professionals per aconseguir denunciar les vulneracions, a tenir un tracte just, digne que permeti, amb tota llibertat, el desenvolupament de les persones a sentir-se lliures i poder prendre decisions, promovent així la salut, el seu benestar i també la seva felicitat.

Primer de tot contextualitzar el treball de la taula de maltractaments comarcal, ja que és fruit d'un treball en xarxa a nivell comarcal i a nivell de comarques gironines, va més enllà de la nostra comarca.

Formem part del Grup de treball de seguiment del protocol contra els maltractaments a les persones grans a la demarcació de Girona, on vam realitzar la Guia Territorial de la demarcació de Girona contra els maltractaments a les persones grans, amb una mirada comunitària, preventiva, i amb la voluntat de crear un model gironí d'abordatge dels maltractaments, que aquesta guia serveixi de base per anar creant xarxa, dintre cada comarca i entre les comarques.

En el marc del Pla d'Atenció integrada social i sanitària (PAISS) de l'Alt Empordà, vam definir com una de les línies prioritàries els maltractaments a les persones grans, d'aquí emergeix la necessitat de constituir la Taula comarcal de Maltractaments.

La Taula vol promoure una xarxa de treball i acció comunitària que faciliti la prevenció de situacions de maltractaments, a més de potenciar la mirada preventiva sobre aquest fenomen, tant des de la perspectiva de la intervenció professional com pel que fa a la conscienciació ciutadana.

Aquesta taula:

- Té la voluntat de garantir una major eficàcia en la prevenció, detecció i l'abordatge integral i multidisciplinari d'aquestes situacions.
- Vol promoure una mirada positiva de l'envelliment, promoure el bon tracte, així com el valor positiu de les cures, que permetin avançar cap a una societat més respectuosa i inclusiva que afavoreixi un envelliment saludable i participatiu com a factor protector dels maltractaments.
- La visualització i comprensió d'aquest fenomen per poder intervenir i abordar-lo de forma adequada. Així com la seva conceptualització, clarificar els conceptes per ajudar els professionals a treballar millor els maltractaments.
- El foment del bon tracte, la promoció d'un envelliment digne, amb sentit, la sensibilització comunitària com la millor prevenció contra els maltractaments.
- Col·laborar amb l'objectivació del fenomen, i la seva avaluació a partir de fomentar l'ús d'una eina validada, per obtenir evidència i dades sobre els maltractaments a les persones grans.

Objectius:

- Promoure una xarxa de treball i acció comunitària que facilitin la prevenció i detecció de situacions de maltractaments.
- Potenciar la mirada preventiva sobre el fenomen dels maltractaments, tant des de la perspectiva de la intervenció professional com a nivell de la conscienciació ciutadana.
- Contribuir a visualitzar el fenomen dels maltractaments a les persones grans i la seva tipologia, així com promoure bones pràctiques per la seva detecció precoç.
- Descriure i comprendre el fenomen, per tal de reconèixer-lo i poder detectar, prevenir i actuar.
- Promoure bones pràctiques com la millor eina per arribar als maltractaments zero.
- Detectar la situació en un moment incipient, quan s'ha produït menys dany, quan la situació és reversible, es pot canviar, millorar i es pot fer una intervenció més respectuosa, que millor s'adapti al que vol la mateixa persona gran.

- Fomentar un envelliment actiu, participatiu, saludable, amb tots els drets com la millor prevenció contra els maltractaments.
- Empoderar les persones grans i sensibilitzar la societat com acció comunitària per acabar amb els maltractaments.
- Treballar amb les professionals per millorar les pràctiques i donar-los eines validades i útils per millorar el bon tracte, i l'abordatge en situacions de maltractaments, en aquesta línia consensuar indicadors de maltractaments psicològics i crear una escala per poder avaluar-los.

2 Metodologia

Proposta de treball coordinada, transversal i acció comunitària en el territori que parteix dels drets de les persones grans i evitar abusos i maltractaments amb el treball amb i des de la comunitat.

Es constitueix la Taula Comarcal per fer front als maltractaments de les persones grans, per tal de promoure una xarxa de treball i acció comunitària que facilitin la prevenció i detecció de situacions de maltractaments.

El primer pas va ser validar un protocol tant institucional com comunitari d'abordatge dels maltractaments. Proposem un abordatge interdisciplinari, coordinat i transversal dels maltractaments a les persones grans entre els serveis socials, sanitaris, les persones grans i la resta d'agents implicats en aquest àmbit. Les situacions de maltractaments són situacions complexes, que requereixen una intervenció integral i coordinada amb tots els agents.

En el marc d'aquest espai de treball, s'han format tres comissions:

- Comissió de suport en casos complexos.
- Comissió sobre el maltractament institucional.
- Comissió sensibilització i formació

3 Qui som?

- Salut: Albera Salut, Fundació Salut Empordà, ICS, IAS (Xarxa de Salut Mental i CAS)
- Serveis Socials: Ajuntament de Figueres, Consell Comarcal Alt Empordà, SAD (Sumar), TAD (Tunstall-Televida), Servei Valoració de la Dependència
- Justícia/Seguretat: Fundació Tutelar de l'Empordà, Support, Col·legi d'Advocats de Figueres, Mossos d'Esquadra.
- Entitats: Consell de la Gent Gran de l'Alt Empordà, Càritas, Creu Roja, Fundació Vergés i Ginjaume, Fundació Altem, MIFAS, Associació de Malalts d'Alzheimer (AMA), Dret a Morir Dignament, Punt Omnia, Residències, centres de dia i SAIARS (centres de serveis d'àmbit rural).
- Educació i esports: EAP Alt Empordà, representants d'escoles i instituts, Universitat de Girona. Consell esportiu de l'Alt Empordà i servei esport Ajuntament de Figueres i representant d'entitats esportives.

4 Comissió de suport en casos complexos de maltractaments a persones grans

Creació d'un equip especialitzat de referència en l'abordatge/ assessorament en casos complexos de maltractaments

4.1 Objectius

- Suport i assessorament als professionals i a la xarxa en casos de maltractaments a persones grans.
- Sensibilització/ formació als equips de professionals amb relació a la detecció i abordatge de situacions de maltractaments.
- Per a casos complexos, proposta de treball amb la metodologia de conferència de cas, i elaboració conjunta d'un pla de treball consensuat entre tots els professionals de la xarxa, i amb la mateixa persona gran i la seva família.
- Treball en xarxa, amb els diferents serveis, per l'agilització dels recursos necessaris.
- Millorar l'abordatge d'aquest tipus de situacions, i la millora del benestar de les persones afectades i les seves famílies.
- Treball des del respecte a la voluntat de la persona, des de l'acompanyament i vinculació, evitant intervencions paternalistes.

Derivacions, consultes i assessoraments:

Correu electrònic: maltractamentgentgran@altemporda.

Activació pot ser URGENT i NO URGENT, considerem que ha de ser urgent quan es tracta d'un maltractament d'alt risc, és a dir si impliquen un risc imminent per la integritat física de la persona o emergència social.

Si la situació és de risc moderat o lleu es preveuen les situacions en què hi ha maltractaments que no presenten un risc imminent sobre la vida de la persona. En els casos en què el risc és moderat o lleu la voluntat de la persona gran determina les actuacions que es duren a terme, per aquest motiu es diferencia entre els casos en què la persona accepta que la intervenció professional i aquells en què no. En aquest sentit, cal recordar que els principis bàsics que guien la intervenció inclouen el dret l'autodeterminació i el principi d'autonomia. Per tant, si una persona gran no té modificada la capacitat d'obrar legalment ha de tenir la possibilitat de prendre les seves pròpies decisions, és a dir, la capacitat de rebutjar o acceptar ajuts.

També cal dir que és important fer un seguiment i treballar el vincle en aquests casos per empoderar la persona.

La Comissió de Suport a Casos Complexos de Maltractaments a les Persones Grans s'han atès 26 casos el darrer any. Aquesta xifra és pràcticament el doble que la registrada el 2022 i, per tipus de maltractament, el més freqüent és el psicològic.

4.2 Comissió sensibilització comunitària

Dins les accions de la Taula, volem incidir en una imatge social de la vellesa més realista i diversa, volem incidir en els prejudicis i estereotips al voltant de l'edat. Fomentar un envelliment digne, conscienciar a la ciutadania sobre els drets de les persones grans.

Aquesta comissió treballa de forma intergeneracional, amb accions conjuntes amb escoles i instituts, ciutadania en general i representants de persones grans.

Hem impulsat la creació i difusió de l'obra teatral, una obra de teatre científic, que reflexiona sobre l'envelliment i la vellesa, "tothom vol viure molts anys, però ningú vol ser vell". Des d'aquesta idea, s'articulen arguments sobre els prejudicis al voltant de l'edat, l'edatisme, present a la nostra societat, basats en una recerca científica dels seus creadors.

5 Resultats i conclusions

En l'abordatge integral d'un fenomen complex com són els maltractaments a les persones grans, s'evidencia la necessitat d'implicar els diversos agents del territori amb l'objectiu de completar una actuació finalista integral. En aquest sentit, cal establir mecanismes de coordinació per connectar de forma eficaç àmbits tan diversos com poden ser el sanitari, el social, el policial, l'educatiu, el judicial per la millora de l'abordatge d'aquest tipus de situacions, i la millora del benestar de les persones afectades i les seves famílies:

5.1 Respecte a les famílies

Els plans de treball consensuats entre tots els professionals de la xarxa, i amb la mateixa persona gran i la seva família des del respecte a la voluntat de la persona, des de l'acompanyament i vinculació, evitant intervencions paternalistes. Aquesta proposta d'intervenció, d'anar vinculant amb la persona gran i els seus familiar, són situacions de cocció lenta, acompanyaments llargs en el temps. Treballem i acompanyem a la persona afectada i també amb l'agressor/a per poder revertir la situació.

Aquest model d'intervenció respon al que ens demanen les famílies, respon al respecte a la presa de decisions, la llibertat és risc i l'hem d'assumir.

Cal tenir present que la majoria dels maltractaments a persones grans no són intencionats, venen de situacions d'alta complexitat (sobrecàrrega, manca de recursos per part del cuidador,...) per tant, són situacions que amb un acompanyament i suport poden canviar/millorar.

5.2 Respecte als professionals

Els casos treballats des de la gestió de cas, han donat tranquil·litat, trencat el sentiment de soledat dels professionals, davant situacions molt complexes i a vegades cronificades.

Reforç el treball en xarxa entre els professionals. Les situacions de maltractaments a les persones grans són situacions complexes, que requereixen una resposta, intervenció integral i coordinada amb tots els agents. No es poden abordar des d'un professional en soledat.

Millora en el registre de situacions de maltractaments. Col·laborar amb l'objectivació del fenomen, i la seva avaluació a partir de fomentar l'ús d'una eina validada, per obtenir evidències i dades sobre els maltractaments a les persones grans.

Agilització dels recursos quan és necessari.

La formació i capacitatció dels professionals, respecte a la prevenció, detecció i abordatge dels maltractaments a les persones grans, per millorar les pràctiques, per dotar als professionals d'eines i estratègies per millorar la detecció i l'abordatge d'aquestes situacions.

5.3 Respecte a la societat/comunitat

- Fomentar els drets al llarg del cicle vital
- Promoció d'un envelliment amb sentit
- Acompanyaments a mida, vincle, proximitat, temps
- Amb les persones grans, respectar la presa de decisions
- Persones grans amb discapacitat psíquica
- Persones grans d'altres cultures orígens
- Acompanyament en les cures de llarga durada al llarg del cicle vital
- Sensibilitzar a la comunitat, treball en xarxa
- Incidir en una comunitat més inclusiva, cuidadora, respectuosa i participativa

És cosa de tots (professionals i ciutadans) fer una comarca on viure i envellir dignament. Per això volem anar teixint xarxes sensibles a aquesta realitat.

Sensibilitzar a la comunitat i formar als professionals



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Un espejo mágico para el cuidado

Vicente Díaz Gandasegui, Universidad Carlos III de Madrid (vdgandas@polsoc.uc3m.es)

Begoña Elizalde-San Miguel, Universidad Pública de Navarra (begona.elizalde@unavarra.es)

Magdalena Díaz Gorfinkiel, Universidad Carlos III de Madrid (mdiazg@polsoc.uc3m.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La presente comunicación presenta la propuesta y los resultados preliminares del proyecto de investigación MIRATAR-CARE. Este proyecto multi-disciplinar propone investigar la aplicación de tecnología para mejorar el bienestar de segmentos poblacionales vulnerables para incrementar su bienestar a través de un dispositivo con apariencia de espejo que facilite el autodiagnóstico y, por lo tanto, aumente la autonomía de las personas. Por un lado, la propuesta de MIRATAR-CARE se orienta hacia la investigación empírica, mediante técnicas de investigación cuantitativas y cualitativas, sobre la utilización de una tecnología concreta y la percepción o respuesta de los individuos sobre este dispositivo. De esta manera se pretende obtener una representación socio-estructural del segmento poblacional a estudiar, examinando así las diferencias que pudiesen existir en la aplicación de este dispositivo tecnológico a distintos segmentos poblacionales, considerando en este caso variables como el género, el nivel socio-cultural y conocimiento previo o uso de tecnología similar.

Por otro lado, la investigación explora las implicaciones morales que conlleva el surgimiento de un entorno en el que el *big data* se ha convertido en un recurso muy útil para hacer más eficientes nuestras vidas, pero también supone, en ocasiones, que la información sea procesada con nuevos procedimientos y mecanismos de actuación.

Palabras clave

Tecnología; cuidado; población vulnerable; *big data*; información.

1 Introducción

Esta propuesta parte de la premisa de que los retos que plantea el actualmente deficitario modelo de cuidados requiere de re-formulaciones que deben ser definidas bajo el prisma de generar cohesión social y no contribuir a crear nuevas brechas de desigualdad. En este sentido, esta propuesta de comunicación se centra en analizar el potencial que tienen las nuevas tecnologías como herramientas para potenciar el cuidado y la autonomía de las personas mayores.

La presente comunicación presenta el trabajo en progreso del proyecto de investigación MIRATAR-CARE. Este es un proyecto multi-disciplinar que propone investigar la aplicación de nuevas herramientas tecnológicas en segmentos poblacionales vulnerables – principalmente personas mayores– con el objetivo de incrementar su bienestar. La dimensión tecnológica de este proyecto coordinado se realiza a través de un dispositivo con apariencia de espejo que facilita el autodiagnóstico y, por lo tanto, aumenta la autonomía de las personas. En este proyecto, la investigación social se orienta hacia la investigación empírica examinando, mediante técnicas de investigación cuantitativas y cualitativas, la utilización de este dispositivo tecnológico y la percepción o respuesta de las personas usuarias sobre el mismo. De esta manera se accede a una representación socio-

estructural del segmento poblacional a estudiar, examinando las posibles diferencias que pudiesen existir en la aplicación de este dispositivo tecnológico entre distintos colectivos, considerando variables como el género, el nivel sociocultural y conocimiento previo o uso de tecnología similar. El análisis sociológico pretende, en última instancia, indagar en las consecuencias que el uso de este tipo de dispositivos puede tener en términos de igualdad y cohesión social.

Por otro lado, MIRATAR-CARE explora las implicaciones éticas o morales que conlleva la aplicación del *big data* al ámbito del cuidado, teniendo en cuenta que estos nuevos sistemas de recopilación de datos empíricos generan ambivalencia entre, por un lado, su utilidad para hacer más eficientes nuestras vidas y, por otro, la incertidumbre social que generan sus mecanismos de actuación.

2 MIRATAR-CARE

España es uno de los pocos Estados miembros de la UE que han decidido impulsar la economía del cuidado en su plan de recuperación para hacer frente a la crisis del COVID-19. El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de España propone, medidas para modernizar y fortalecer los servicios sociales, como el desarrollo de nuevas redes de teleasistencia, modernizar los sistemas de atención a la dependencia y desarrollar nuevas infraestructuras residenciales que faciliten la autonomía de las personas mayores y dependientes, así como la reorientación del sistema de cuidado a largo plazo que se vincule de manera más eficiente con la red de atención primaria de salud.

El uso de tecnologías innovadoras, como dispositivos portátiles o asistentes virtuales, puede desempeñar un papel importante en el apoyo a la gestión de los factores de riesgo asociados a determinadas enfermedades y a condiciones vitales. En este sentido, se pueden encontrar dispositivos y Apps estándar para la actividad física y control de peso como los de Fitbit, Apple Watch, Google Fit o Xiaomi MiFit. Todos ellos ofrecen una gama de funcionalidades que facilitan la monitorización, provisión de información y recordatorios para promover un estilo de vida más saludable. Desde un punto de vista tecnológico o, los asistentes de voz como "Oye, Siri", "Ok, Google" o "Alexa" están en pleno funcionamiento y han revolucionado la forma en que interactuamos con nuestros dispositivos cercanos y rutinas diarias. Sin embargo, hasta el momento hay escasas tecnologías que conjungan el potencial de estos -de monitorización e interacción- para aplicarlos a la mejora de la salud y el bienestar.

Este artículo presenta un trabajo en progreso destinado a proporcionar un cuidador virtual para impulsar el empoderamiento de las personas para contribuir activamente a mejorar el bienestar de personas identificadas con fragilidad y la multimorbilidad. Para ello, los principales factores de riesgo que contribuyen negativamente a la salud de estas personas serán monitoreados, para que en el futuro los riesgos se pueden predecir de antemano, y las intervenciones apropiadas pueda ser dispuestas con la intención de prevenirlos o mitigarlos. El cuidador virtual propuesto aquí, conocido como MIRATAR, se ejecuta en una plataforma innovadora: un espejo inteligente. Los espejos, y más concretamente su reflejo, nos ayudan a construir nuestro sentido de identidad. En este sentido, MIRATAR planea explotar la fascinación humana por los espejos y el papel que pueden desempeñar para permitir la autoconciencia y el auto-diagnóstico. Además, el espejo inteligente plantea soluciones de software que proporcionarán al cuidador virtual información necesaria para guiar a las personas hacia el auto- diagnóstico y la gestión de la salud y el bienestar.

MIRATAR facilitará con su aplicación una modificación de los comportamientos y actitudes hacia estilos de vida más saludables, ayudando en la gestión de condiciones crónicas y, en última instancia, a la identificación de riesgos futuros que proveerá seguridad y autonomía en entornos cotidianos, pues la tecnología además de facilitar recursos de monitorización canaliza la información a profesionales de la salud. No obstante, aunque

el espejo inteligente está especialmente dirigido a la atención de pacientes con enfermedades crónicas y multimorbilidades, su uso no está limitado a quienes padecen alguna enfermedad.

MIRATAR está centrado en brindar soluciones para el hogar. De esta forma, el contexto domiciliario y cotidiano debe ser el lugar objetivo de la atención integral requerida por pacientes crónicos. Esto contribuirá a la sostenibilidad de la asistencia sanitaria, facilitará el tratamiento de enfermedades en zonas en las que los servicios de salud no siempre tienen acceso -o no lo tienen con la frecuencia deseada- y mejorará la calidad de la atención recibida.

Los cuidadores, profesionales de la salud y proveedores de servicios también serán usuarios de la plataforma MIRATAR. Los cuidadores y profesionales se beneficiarán del uso de la plataforma debido a la información relevante que proporciona sobre la salud y el estilo de vida del individuo (relativa a la actividad física que realiza, los parámetros fisiológicos básicos y la medicación que tiene prescrita). Asimismo, el espejo que ha diseñado MIRATAR proporciona un vehículo con el que intercambiar información y conocimientos a los profesionales de la salud identificados para crear estrategias de atención que beneficien al paciente. En definitiva, los proveedores de servicios interactuarán con MIRATAR de manera dual, ya que proveerán atención médica a los usuarios y recibirán información de los mismos. Por lo tanto, la plataforma implementará los mecanismos normativos y éticos apropiados para asegurar que los individuos puedan controlar y administrar quién tiene acceso a sus datos.

Ciertamente, el cuidador virtual necesita información de diversos dispositivos portátiles y ambientales, esto es lo que tradicionalmente se ha denominado un ecosistema del Internet de las Cosas (IoT). Tal ecosistema tiene que ser orquestado o aglutinado por un interlocutor que garantice la privacidad y la seguridad, evitando el uso de nubes de terceros. En este caso se contemplan dos flujos de datos diferentes: tecnologías destinadas a recopilar información sobre el estilo de vida y el estado de salud del usuario y, por otro lado, se aplicarán otras tecnologías destinadas a realizar intervenciones sobre la salud del usuario, mediante la pantalla del espejo y otros dispositivos asociados.

La propuesta de MIRATAR-CARE se enmarca en la sociedad de la información, en un contexto en el que el rápido desarrollo tecnológico está provocando cambios sociales a gran velocidad. Se trata, en definitiva, de abordar las consecuencias de un mundo líquido y una sociedad del riesgo, examinando dos aspectos concretos que tienen gran calado e impacto. Así, en coherencia con la propuesta elaborada, el impacto del proyecto se orienta en dos dimensiones diferentes: por un lado, se pretende examinar las consecuencias de la generación y gestión de la información en el bienestar de las personas atendiendo también a elementos que afectan a su privacidad. Y, en la misma línea, se analizará la generación y gestión de la información privada y su implicación ética y económica en la población.

MIRATAR-CARE evaluará el impacto que los recursos TIC propuestos tienen en el bienestar de las personas considerando el resultado de su implementación en diferentes dimensiones sociales, particularmente en lo que se refiere a género, el acceso a la tecnología y su aplicación a colectivos vulnerables. Por ello, la propuesta contempla estudiar el papel que tiene la administración pública en el impulso de soluciones aplicables al conjunto de la sociedad, evitando las desigualdades. De ahí que se analice el uso de la tecnología por parte de diversas categorías sociales y, también, la brecha digital existente, para observar cómo los distintos grupos sociales responden a los nuevos recursos tecnológicos.

Por otro lado, se examinará la respuesta de las personas seleccionadas ante una tecnología que facilita su autonomía. La propuesta, por lo tanto, pretende arrojar luz sobre los beneficios y consecuencias colaterales de la aplicación de la tecnología a nuestra salud, examinando como colectivos con mayor vulnerabilidad pueden mejorar su bienestar mediante el uso de una tecnología destinada a que obtengan mayor independencia y

seguimiento médico. En este sentido, desde una perspectiva sociológica, se proyecta examinar la percepción de los individuos, su experiencia y grado de satisfacción con la tecnología utilizada.

Para desarrollar esta investigación y acercarse al objeto de estudio, se prevé utilizar métodos de investigación social cualitativos y cuantitativos: encuestas y entrevistas en profundidad. Las pruebas de validación del proyecto MIRATAR se realizarán en entornos reales y escenarios clínicos, reclutando a 50 participantes, con distribución igualitaria entre hombres y mujeres. Así, se ha diseñado una metodología adecuada a la población objeto de estudio con la intención de analizar y comprender el fenómeno a examinar. De esta forma la información de los datos cuantitativos se matizará y ampliará con las expresiones verbales y reflexiones obtenidas en las entrevistas en profundidad que se realizarán a algunos de los participantes en las pruebas piloto. En el diseño de la muestra se tendrán en cuenta categorías sociodemográficas relevantes como el género, la edad o la trayectoria profesional, pero también valores, normas y patrones culturales de uso de la tecnología médica.

3 Género en el espejo

Asimismo, ya que la tecnología se orienta hacia el cuidado, la propuesta incorpora una perspectiva de género. MIRATAR-CARE depositará su mirada en las diferencias de género en el diseño y uso de la tecnología y, al mismo tiempo, significará el cuidado tradicionalmente desempeñado por las mujeres examinando las consecuencias sociales que tendrá la aplicación de esta tecnología en la población objeto de estudio. En este sentido, MIRATAR-CARE

conecta con el proceso de envejecimiento poblacional, uno de los grandes retos del siglo XXI, un desafío especialmente complejo en zonas rurales poco pobladas; por ello, se analizará el impacto social que tendrá el diseño de tecnologías que sustituyan o complementen la labor de cuidado tradicionalmente desempeñado por personas cercanas, sobre todo mujeres, y su potencial contribución a la salud de las personas vulnerables.

Asimismo, MIRATAR-CARE incorporará una perspectiva de género para examinar la diferente predisposición y aplicación hacia la tecnología diseñada. Se entiende así que la multimorbilidad y fragilidad afecta de manera diferente a hombres y mujeres y que puede haber interpretaciones específicas de género sobre la relevancia de estas soluciones tecnológicas en su vida diaria. De esta forma, las soluciones tecnológicas que apunten a prevenir y paliar la dependencia deben reconocer, identificar e integrar estas diferencias desde el diseño de la tecnología, pasando por su implementación, análisis de datos para soluciones médicas y sociosanitarias y evaluaciones posteriores.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Planificación social en materia de envejecimiento

Esther Raya Diez, Universidad de La Rioja (esther.raya@unirioja.es)

Ana Belén Cuesta Ruiz-Clavijo, Universidad de La Rioja (ana-belen.cuesta@unirioja.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El envejecimiento de la población es una realidad presente a nivel mundial y, de forma particular, en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Hoy en día la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los 60 años o más. Además, quienes tienen 60 años, pueden vivir un promedio de 22 años más (OMS, 2020). Por tanto, se han añadido años a la vida, y el reto está en garantizar la calidad de vida durante todos esos años.

En este trabajo se analiza la planificación social en materia de envejecimiento desarrollada en España en el periodo 2015 – 2022. Se ha realizado una búsqueda de información a través de las páginas web del ministerio y de las comunidades autónomas. Una vez identificados los planes y estrategias se presenta un mapa de situación y se realiza un análisis comparativo de los mismos en cuanto a principios y líneas de acción.

Entre las principales conclusiones del trabajo se destaca la importancia de contar con planificaciones estratégicas que ordenen y guíen las actuaciones superando acciones aisladas. Se identifican diferencias territoriales y una progresiva superación de políticas asistencialistas en favor de modelos orientados al envejecimiento activo y saludable. Se señala la figura profesional del Trabajo Social por su visión holística para intervenir en la realidad social.

Palabras clave

Personas mayores, trabajo social, política social

1 Introducción

El incremento de la esperanza de vida abre nuevos retos a las políticas sociales. A nivel internacional se han ido desarrollando diferentes instrumentos en favor de las personas mayores, como la Declaración de Principios de las personas de Edad (ONU, 1991), Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (ONU, 2002) y La Década de Envejecimiento Saludable (OMS, 2020) entre otros.

En los últimos años se han ido ampliando la concepción del envejecimiento y, la atención a las personas mayores. No se trata solo del cuidado y la protección en la etapa final de la vida, sino de promover un envejecimiento activo y saludable. Este último concepto se refiere a la posibilidad de desarrollar y mantener a edades avanzadas la capacidad funcional de hacer posible el bienestar desde enfoques macro, meso y micro. Por ello las políticas de envejecimiento se orientan, a las personas, a las familias y a las comunidades. (OMS, 2002; Fernández-Ballesteros; Caprara & García 2004; Fernández- Ballesteros, 2006, 2009; Walker & Maltby, 2012; Caprara et al., 2013; Foster & Walker, 2013; Zamarrón, 2013; Cuesta, 2021). Esto es un proceso que

abarca toda la vida, que afecta a todas las personas e implica a todos los agentes sociales, y en particular a los titulares de obligaciones, es decir, gobiernos y administraciones en el desarrollo de políticas que garanticen el bienestar de todas las personas, incluidas las personas mayores.

En España, el Instituto de Servicios Sociales ha aprobado la Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y Buen Trato 2018-2021, en el que se establecen las siguientes grandes líneas de actuación para la atención a las personas mayores: empleo, participación, promoción de vida saludable y entornos seguros, no discriminación e igualdad de oportunidades y evitar el maltrato y abusos a las personas mayores. Por su parte, las comunidades autónomas tienen las competencias para el desarrollo de programas y servicios de bienestar social.

El objetivo de este trabajo se centra en conocer el desarrollo de las políticas de envejecimiento a través de las planificaciones que se han desarrollado en España en esta materia durante los últimos años.

2 Metodología

El trabajo se basa en una metodología cualitativa, a través del análisis de contenido de las planificaciones estratégicas realizadas por las comunidades autónomas de España. Se ha realizado una búsqueda de información a través de las páginas web de las administraciones públicas. Se ha considerado tanto la administración central, a través del ministerio, como las 17 comunidades autónomas.

Cuando la búsqueda a través de la web institucional no ha proporcionado datos, se ha realizado un segundo intento mediante la introducción de los términos envejecimiento o personas mayores y el nombre de la comunidad.

Se ha analizado el contenido de los planes identificados, en cuanto a la denominación, principios y líneas estratégicas. La información se ha tabulado en tablas de doble entrada, para realizar un análisis comparativo que permite conocer la convergencia o divergencia en los aspectos relevantes para la promoción del envejecimiento en las comunidades autónomas respecto a las líneas marcadas en la Estrategia Nacional.

3 Resultados

Se presentan los principales resultados del trabajo. En primer lugar, se presenta una tabla con los planes identificados; posteriormente, se muestra el análisis de la convergencia en cuanto a los principios; y, finalmente, se analizan las líneas estratégicas señaladas en los planes analizados.

Tabla 1. Planificación estratégica en materia de envejecimiento activo

| <i>Año</i> | <i>CC.AA.</i> | <i>Denominación</i> |
|------------|--------------------|---|
| 2015 | País Vasco | Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo 2015-2020 |
| 2016 | Castilla La-Mancha | Marco de Actuación de EA Castilla la Mancha 2016 |
| 2016 | Galicia | Estrategia Gallega de EA para la Innovación marco de actuación para una vida activa, saludable, independiente y segura. 2016-2020 |
| 2017 | Navarra | Estrategia de EA y saludable de Navarra 2017-2022 |

| | | |
|-------------|-----------------|--|
| 2017 | Castilla y León | Estrategia de Prevención de la Dependencia para las personas mayores y de promoción EA en Castilla León 2017- 2021 |
| 2017 | Canarias | Estrategia Canaria de EA 2017-2020 |
| 2017 | Madrid | Estrategia de Acción a las Personas Mayores 2017-2021 |
| 2018 | España | Estrategia Nacional de Personas Mayores para un EA y Buen Trato 2018-2021 |
| 2018 | Asturias | Estrategia de EA Estrena. 2018-2021 |
| 2018 | Aragón | Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón 2018 |
| 2020 | Andalucía | I Plan estratégico integral personas mayores en Andalucía: 2020-2023 |
| 2021 | País Vasco | Estrategia Vasca de EA. 2015-2020. |
| 2023 | Valencia | Estrategia Valencia del EA y de la Soledad No deseada 2022 |

Un total de once comunidades autónomas cuenta con planificaciones estratégicas en materia de envejecimiento o atención a personas mayores. En nueve se utilizan los términos envejecimiento activo y/o saludable en la denominación. Todas ellas aportan enfoques de atención integral en los que se ponen de manifiesto cuestiones tan relevantes como la participación social, la promoción de la autonomía y la garantía de derechos.

En su mayoría se han realizado entre los años 2017 y 2018. La Comunidad Autónoma del País Vasco ha aprobado dos estrategias en el periodo analizado. Por su parte la comunidad valenciana ha aprobado en 2023 la Estrategia para el Envejecimiento Activo 2023-2027 y la estrategia de lucha contra la soledad no deseada como elemento marco orientador de las políticas con este grupo de población.

En la tabla 2 se presentan los principios inspiradores establecidos por la ONU en 1991 que han sido asumidos por la Estrategia española. A partir de este listado de ocho principios, se analizan las referencias que aparecen recogidas de forma expresa en las planificaciones autonómicas.

Tabla 2. Principios inspiradores en las planificaciones estratégicas
Fuente: elaboración a partir de Cuesta (2021)

| Principios | | Galicia | Castilla-La Mancha ¹ | Navarra | Castilla y León | I. Canarias | P. Asturias | Andalucía | Aragón ² | Madrid | País Vasco | C. Valenciana | Nº CCAA |
|------------|--|---------|---------------------------------|---------|-----------------|-------------|-------------|-----------|---------------------|--------|------------|---------------|---------|
| ONU, 1991 | Independencia/ autonomía | | | | | | | | | | | | 6 |
| | Dignidad | | | | | | | | | | | | 7 |
| | Participación | | | | | | | | | | | | 7 |
| | Cuidados/atención | | | | | | | | | | | | 8 |
| | Autorrealización /autodeterminación | | | | | | | | | | | | 9 |
| | Equidad social/igualdad de oportunidades | | | | | | | | | | | | 8 |
| | Corresponsabilidad /transversalidad | | | | | | | | | | | | 7 |
| | Solidaridad intergeneracional/ contribución social | | | | | | | | | | | | 5 |
| | Total planes autonómicos | 6 | 4 | 6 | 7 | 5 | 6 | 5 | 8 | 1 | 4 | 5 | |

El principio de autorrealización es el más frecuente y aparece reflejado en nueve de las once planificaciones. En segundo lugar, los principios de cuidados/ atención junto con el principio de equidad social / igualdad de oportunidad están presentes en ocho de las planificaciones analizadas. El principio con menor convergencia es el relativo a la solidaridad intergeneracional / contribución social.

El plan de Aragón hace referencia a todos los principios analizados. El de Castilla-León recoge siete de los ocho principios. El plan de Madrid solo incluye, de forma expresa, uno de los principios (cuidados y atención).

La Estrategia Nacional se articula en torno a cuatro líneas estratégicas que incluyen diferentes medidas. En cada línea se contemplan varias actuaciones. En la segunda columna de la tabla se señala el número total de medidas establecidas en la Estrategia Nacional dentro de cada línea. Las siguientes columnas presentan el número de medidas convergentes con las de la Estrategia Nacional en cada planificación autonómica.

Tabla 3. Grado de convergencia de las planificaciones autonómicas con respecto a la Estrategia Nacional
Fuente: elaboración propia a partir de IMSERSO, 2018 y Cuesta 2021

| Planificaciones Líneas estratégicas | Total Estrategia | Valencia | Galicia | Navarra | Castilla y León | País Vasco | Asturias | Castilla-La Mancha | Islas Canarias | Andalucía | Aragón | Madrid |
|--|------------------|----------|---------|---------|-----------------|------------|----------|--------------------|----------------|-----------|--------|--------|
| Empleo: Mejorar los derechos de los trabajadores. Mayores y alargar vida laboral | 7 | | 6 | 6 | 4 | 7 | 5 | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 |
| Participación Social | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 |
| Promoción de la vida saludable e independiente en entornos adecuados y seguros | 5 | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| No discriminación e igualdad de oportunidades y atención a situaciones de mayor vulnerabilidad | 4 | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 |

La línea de empleo, orientada a *mejorar los derechos de las personas trabajadoras y alargar la vida laboral*, que cuenta con 7 medidas en la Estrategia Nacional, está también reflejada en la estrategia del País Vasco, seguida de las de Galicia y Navarra. Por su parte, las planificaciones de Aragón y Madrid, no incluyen esta línea.

En el resto de las líneas se observa un alto grado de convergencia entre la Estrategia Nacional y las autonómicas. La relativa a la *promoción de la vida saludable e independiente en entornos adecuados y seguros* está presente en todas las planificaciones autonómicas con reflejo de todas las medidas, salvo en Castilla-León e Islas Canarias, que cuentan con cuatro de las cinco medidas.

En la línea cuarta de *No discriminación e igualdad de oportunidades y atención a situaciones de mayor vulnerabilidad* el grado de convergencia es alto. Si bien, tres comunidades (Islas Canarias, Andalucía y Madrid), presentan tres de las cuatro medidas.

La línea relativa a la participación social está presente en todas las comunidades autónomas. En este caso, solo tres comunidades contemplan las cinco medidas señaladas en la Estrategia Nacional (Navarra, País Vasco y Andalucía).

4 Conclusiones

La atención social a las personas mayores ha ido evolucionando a medida que ha ido cambiando la concepción del envejecimiento y de los derechos de las personas mayores. Con el incremento de la esperanza de la vida las políticas de atención a las personas mayores se amplían a nuevas esferas y no solo las relacionadas con los cuidados y la atención a la dependencia.

España cuenta con una Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y Buen Trato y once de las diecisiete comunidades tienen una planificación estratégica aprobada en el periodo analizado. Este tipo de planificaciones sirven para definir y orientar las políticas de acción, programas y medidas.

La Estrategia Nacional contempla todos los principios establecidos por Naciones Unidas y añade tres principios adicionales. El principio de autodeterminación aparece reflejado de forma mayoritaria en las planificaciones autonómicas.

Se observa un alto grado de convergencia entre las diferentes planificaciones en cuanto a las líneas estratégicas. Si bien, la relativa al empleo y los derechos de las personas mayores es la que presenta menor nivel de convergencia.

En síntesis, se puede afirmar que en España se cuenta con planificaciones estratégicas que ordenan y guían las actuaciones superando acciones aisladas. Se identifican diferencias territoriales y una progresiva superación de políticas asistencialistas en favor de modelos orientados al envejecimiento activo y saludable.

La promoción del envejecimiento y saludable requiere de enfoques holísticos de intervención donde el papel del Trabajo Social es relevante. Este perfil profesional tiene entre sus funciones la intervención con personas, familias, grupos y comunidades, desde la intervención directa en las situaciones que requieren intervenciones individualizadas hasta las intervenciones indirectas de coordinación para la promoción social

Referencias bibliográficas

Caprara, M. Molina, M. Á. Schettini, R. Santacreu, M. Orosa, T. Mendoza-Núñez, V. M. & Fernández-Ballesteros, R. (2013). Active aging promotion: Results from the vital aging program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013 (817813), 14. doi:10.1155/2013/817813

Cuesta, A.B. (2021). *Estudio del envejecimiento activo desde la perspectiva del Trabajo Social*. (tesis doctoral Universidad de La Rioja). Repositorio Dialnet. Estudio del envejecimiento activo desde la perspectiva del Trabajo Social - Dialnet (unirioja.es)

Fernández-Ballesteros, R. Caprara, M. G. & García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad-M. Un programa europeo multimedia. *Intervención Psicosocial*, 13, 63-85.

Foster, L. & Walker, A. (2013). Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*, 10, 3- 10. doi:10.1007/s10433-013-0261-0

Fernández-Ballesteros, R., et al. (2006). *Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo (ELEA)*. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, nº38. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imsero-estudiosidi-38.pdf>

- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Pirámide
- Organización de las Naciones Unidas. (1991). *Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad*.
<http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/buscador/search/printInstrumento/49>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento Activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Decenio del Envejecimiento Saludable 2020- 2030*. Decenio del Envejecimiento Saludable (2020-2030) (who.int)
- Walker, A. & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21 (Suppl. 1), 117– 130. doi:10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x
- Zamarrón, M.D. (2007). Envejecimiento activo. *Infocop*, 34, 7-9.
<http://www.cop.es/infocop/pdf/2013.pdf> \n http://www.infocop.es/view_article.asp?id=36 31



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Alcances, limitaciones, retos y elementos diferenciadores de la política de educación 0-3 en Andalucía

Manuel Ángel Río Ruiz, Universidad de Sevilla (manurio@us.es)

María Ortega Gómez, Universidad de Sevilla (mortega5@us.es)

Rubén Martín Gimeno, Universidad Pablo de Olavide (rmargim@upo.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La comunicación aborda las características y retos de la Educación Infantil 0-3 en Andalucía. Compara datos de Andalucía, mediante fuentes estadísticas y entrevistas, con datos de otras regiones provenientes de estadísticas y recientes estudios. En un sistema donde prima la diversidad territorial de normativas, de plazas ofertadas, de condiciones de acceso y de escolarización resulta fundamental identificar divergencias y convergencias en las políticas autonómicas de EI03 y explicarlas por los tipos de mercados de cuidado infantil prevalecientes.

La comparación de Andalucía con otras comunidades muestra llamativos logros en tasas de escolarización, pero también los déficits del modelo configurado hace casi 20 años con bonificaciones que dejan fuera a las familias precarias estabilizadas y regulación general de precios, pero al margen de la oferta pública apenas potenciada. Muy presente en otras Comunidades, la extendida privatización e infrafinanciación de la EI03 son dos características especialmente limitantes de la equidad y calidad del ciclo

Palabras clave

Educación infantil 0-3, mercados de cuidado infantil, privatización educativa, desigualdad educativa, España

1 Introducción

Presentamos, para este texto corto, información sobre acceso y extensión social del ciclo, sobre las barreras de acceso, así como sobre algunas consecuencias del modelo privatizado e infrafinanciado existente en Andalucía. Las dimensiones estudiadas se compararán con lo que recientes investigaciones muestran sobre los distintos modelos de EI03 en diferentes CCAA. En un sistema donde prima la diversidad de normativa y de condiciones de escolarización por territorios resulta fundamental encontrar divergencias y convergencias en las políticas autonómicas de EI03. El modelo privatizador especialmente fomentado, y que sigue creciendo, en Andalucía tiene consecuencias. Por un lado, reproduce las barreras económicas: dificulta la posibilidad de optar a plazas subvencionadas a las familias precarias

estabilizadas. Por otro lado, se trata de un sistema que sirve más a la conciliación laboral que a la inclusión escolar. A todo ello se une algo que no se aborda aquí: las consecuencias negativas de la privatización y de la infrafinanciación de centros privados en las condiciones de escolarización y la calidad educativa.

2 Metodología

La comunicación integra entrevistas a profesionales de la EI-03 andaluza con la explotación de datos procedentes de estadísticas públicas educativas –registros estadísticos cedidos por la administración educativa andaluza para el curso 2019- 2020–, así como de encuestas e informes estatales. Para identificar convergencias y divergencias entre la EI03 andaluza y la de otras Autonomías se revisaron estudios recientes sobre EI03 en España y se explotaron datos de informes nacionales, como el Informe sobre el Estado del Sistema Educativo (2022). Los resultados (de la presentación) también se apoyan en una estrategia de investigación cualitativa con actores del sistema de EI03 andaluz.

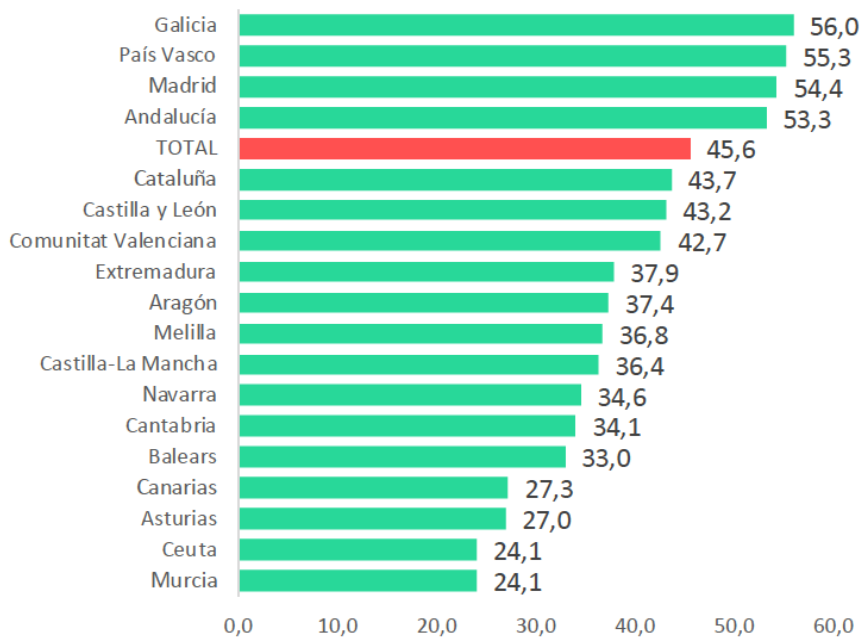
El análisis de la EI03 se ve dificultado por la dispersión de los datos entre las autonomías responsables. Son pocas e incompletas las fuentes oficiales que reportan datos sobre esta etapa. Incluso la frecuentemente utilizada Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) presenta limitaciones para analizar la estructuración social de la EI-03, al no reunir la muestra estadística necesaria para explotar con validez los datos desagregados por comunidades autónomas. De forma similar, las estadísticas ministeriales sobre nivel de ayudas (no son becas) y gasto público en educación infantil no permiten diferenciar qué se destina a primer y segundo ciclo, un problema común a la estadística europea en educación infantil que empobrece los análisis también en España

3 Resultados y conclusiones

3.1 El hecho diferencial de la EI03 andaluza: a la cabeza en matriculación global, a la cola en matriculación en plazas públicas

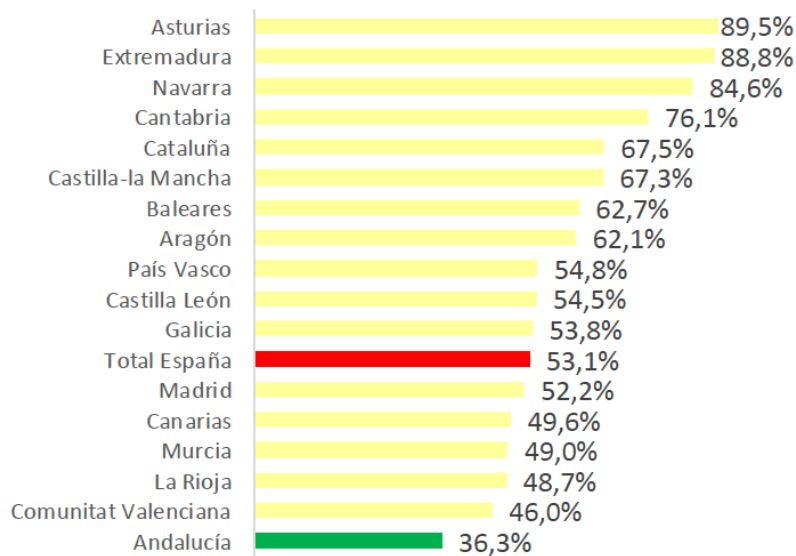
Andalucía se encuentra entre las 4 primeras Comunidades Autónomas con tasas más altas de matriculación en EI03 y por encima de la media española (Gráfico 1). Antes de la Covid-19 estaba a la cabeza, un logro en una comunidad azotada por el desempleo sobre todo femenino y la pobreza. Sin embargo, frente a otras CCAA, Andalucía estaba, está y seguirá en los próximos años a la cola en matriculación en centros públicos. Hoy registra la tasa más baja de matriculación en escuelas infantiles públicas de toda España (Gráfico 2).

Gráfico 1. Tasas netas de escolarización de 0 a 2 años por Comunidad Autónoma. Curso 2022-2023



Fuente: Estadística de las Enseñanzas no universitarias. Subdirección General de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación y Formación Profesional. Curso 2022 -2023. Datos avance.

Gráfico 2. Porcentaje de alumnado de 0 a 2 años matriculado en escuelas públicas por Comunidad Autónoma. Curso 2022-2023



Fuente: Estadística de las Enseñanzas no universitarias. Subdirección General de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación y Formación Profesional. Curso 2022 -2023. Datos avance

Prevalece claramente la oferta privada que no se ha revertido en los últimos años postcrisis. Andalucía presenta un tipo de oferta con 3 clases de centros: públicos (escuelas infantiles), privados-concertados regulados por un programa de ayudas a familias y centros completamente privados (Centros de Educación Infantil) que escolarizan a una minoría de alumnos. Solo el 36% del alumnado se encuentra en escuelas infantiles públicas. Así, con la mayor población entre 0 y 3 años, Andalucía representa un ejemplo extendido de creación,

consolidación y naturalización ideológica de un modelo ampliamente privatizado de EI03 basado en bonificaciones a parte de las familias de menos ingresos, así como en la regulación de los precios que cobran las escuelas infantiles privadas adheridas a conciertos con la Consejería de Educación. Este desequilibrio en ocupación de plazas afecta a las distintas edades del ciclo, como se puede observar en la tabla 1.

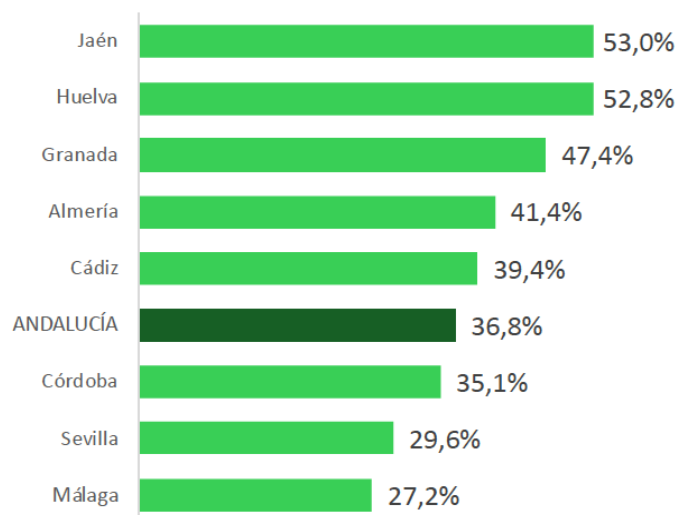
Tabla 3. Alumnado matriculado en Educación Infantil de primera etapa en España y Andalucía por año. Curso 2022-2023

| | | <i>Públicos</i> | <i>Privados</i> | <i>Total</i> |
|-----------|----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| España | Menos de 1 año | 50,2% | 49,8% | 100,0% |
| | 1 año | 51,3% | 48,7% | 100,0% |
| | 2 años | 55,0% | 45,0% | 100,0% |
| Andalucía | Menos de 1 año | 33,6% | 66,4% | 100,0% |
| | 1 año | 36,3% | 63,7% | 100,0% |
| | 2 años | 36,8% | 63,2% | 100,0% |

Fuente: Estadística de las Enseñanzas no universitarias. Subdirección General de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación y Formación Profesional. Curso 2022 -2023. Datos avance.

Sin embargo, la EI03 andaluza tan privatizada, no es territorialmente homogénea. La comparación provincial, como se observa en el gráfico 2, revela que provincias como Jaén y Huelva tienen porcentajes de matriculación pública cercanos a la media estatal. Son, sin embargo, las provincias-capitales de mayor tamaño, las que decisivamente producen las grandes diferencias en privatización de la EI03 respecto al resto de CCAA. Se observan diferencias de casi 25 puntos en ocupación de plazas públicas entre Málaga (27,2%) y Jaén (53%), por ejemplo. Habría, en consecuencia, que analizar más en detalle los elementos diferenciales en las políticas educativas desde una perspectiva de hábitat y densidad urbana, algo que trasciende los objetivos del presente texto.

Gráfico 3. Porcentaje de alumnado de 2 años matriculado en escuelas públicas por provincia Curso 2022-2023.



Fuente: Estadística de las Enseñanzas no universitarias. Subdirección General de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación y Formación Profesional. Curso 2022 -2023. Datos avance.

En realidad, la historia reciente de la EI03 andaluza es la de una oportunidad perdida de crecer; pero a través de la potenciación de una red pública de plazas. Por el contrario, se optó por externalizar la necesidad social

hacia centros privados y abaratar los costes de las promesas electorales de creación de plazas. El porcentaje de menores andaluces en EI03 pública está muy por debajo de la media española, la cual esconde distribuciones de alumnado 03 en escuelas públicas muy dispares.

3.2 Las privatizaciones de la EI03 y modelos de otras comunidades autónomas.

Los desiguales logros por clases sociales registrados en tasas de escolarización en EI03 no han sido por lo general producto de políticas públicas planificadas, sostenidas y equitativas, sino la consecuencia de los imperativos crecientes de conciliación de muchas familias respondido a golpe de ofertas electorales de creación de plazas privadas a cualquier precio. Los dos gobiernos que hemos experimentado en Andalucía coinciden, pero en sus políticas autonómicas de expansión del sector privado en detrimento de la potenciación de la red pública. El aumento de la demanda ciudadana andaluza en EI-03 se ha gestionado de forma que, actualmente, la mayor parte de las escuelas infantiles son privadas. En Andalucía, la regulación de 2009 se caracterizó por fomentar un modelo privatizador con bonificaciones graduales, de hasta el 100% y acceso directo para familias con menor renta (Río, Martín y Ortega, 2022; León et al., 2022:13).

Esta evolución contrasta con la de otras Comunidades Autónomas, siempre teniendo presente que cada una tiene peculiaridades específicas que han ido configurando la hibridación entre la red pública y la privada.

Cataluña presenta una desigual extensión de la EI03 entre los municipios catalanes (Navarro, 2022: 3). Si bien el porcentaje de alumnado de 0 a 2 años matriculado en escuelas públicas sería del 67,5% para este curso (Gráfico 3). Por tanto, pese a los problemas que vienen subrayando investigadoras de esta realidad autonómica, la oferta pública catalana dobla a la andaluza.

Una característica fundamental del modelo catalán es el fuerte protagonismo que se le da a los municipios para construir la red de escuelas infantiles de titularidad pública y competencia municipal. Su modelo de escuelas municipales funcionaría como complemento a la oferta privada (Martín et al., 2016: 3) y hasta 2010, el coste de la matriculación quedaría asumido a partes iguales entre Generalitat, administración local y familias (Navarro, 2022:8). Barcelona juega un papel importante en la regulación de la EI03 y financia gran parte de los costes. De 3755 unidades de EI03 del sector público, solo 331 son autonómicas y las restantes de corporaciones locales, pero con criterios de la Generalitat. En cuanto a los centros privados, Cataluña no subvenciona a las familias que allí matriculan, pero sí a los centros privados. Establece módulos de subvención para centros privados de iniciativa social de 328€ por alumno y curso (León et al., 2022:17).

En Madrid, en cambio, la gestión es compartida entre Comunidad y Ayuntamiento, pero las competencias de este último son limitadas: solo cuenta con 56 escuelas municipales de 0 a 3 años (Martín-Sonseca et al., 2016:7). La financiación es compartida entre las familias y la administración. Los recortes en el 03 hicieron que el apoquino de las familias aumentara. La cobertura en centros privados ha sido de entre un 17% y un 20% más alta que la pública, acelerado por subvenciones a escuelas privada a través de “cheques guardería” (Martín-Sonseca et al., 2016:108). Su porcentaje en matriculación en centros de titularidad pública, aunque por encima de Andalucía, está por debajo de la media española con un 52,5% (Gráfico 3).

En el modelo madrileño es importante atender a la gestión directa (consistorio) o indirecta (que puede ser de titularidad privada gestionada por entidades privadas con contrato de gestión de servicio público). Presenta un modelo muy neoliberal consistente en la externalización, según la lógica del cuasi-mercado (Martín-Sonseca et al., 2016:119).

Se dan deducciones directas y fiscales para sufragar costes de la EI privada: la CAM sufraga hasta 1000€ por menor en primer ciclo, base imponible inferior a 30000€ por miembro de la unidad familiar (León et al.,

2022:16-17). Cuenta con un sistema de becas para pagar la EI privada de entre 100-160€, quedando excluidos los hogares con más de 25000 anuales (León et al., 2022:17). Se financian los gastos hasta familias con ingresos por encima de la renta media, indicador de que prima la conciliación (León et al., 2022:17).

Navarra se encuentra entre las tres primeras CCAA a la cabeza en niveles de matriculación en centros públicos frente otras CCAA (84,6%) junto con Asturias y Extremadura (Gráfico 3). En Navarra el número de plazas ofertadas va en aumento de la edad: un 8,8% entre 0-1 y un 55% para 2-3 (Martínez-Virto y Canals, 2022:5). Presenta notables desigualdades territoriales, con zonas sin demanda y otras con listas de espera y diferencias en la financiación. Para Navarra, el baremo de acceso para centros públicos que mejoran la equidad con máximo de 80 puntos: situación laboral de los progenitores hasta 20 puntos, por lo que priman el trabajo (Martínez- Virto y Canals, 2022:11).

El mínimo para pagar serían 72€ (salvo en Pamplona, gratuita desde 2021) (León et al., 2022:16) para familias con menos de 3350€ anuales (43€ para familias monoparentales). Se da facilidad de acceso y exención de cuota para niños con riesgo social o psicosocial y NEE. Pamplona estima que el ayuntamiento financiaría aproximadamente el 55% del coste de cada módulo (León et al., 2022:17).

En la Comunidad Valenciana, a pesar de la gratuidad de las aulas de 2 años, la tasa de matriculación no alcanza ni la mitad de la población destinataria (42,7%), situándose por debajo de la media española. Se mantiene, además, junto con Andalucía, a la cola de matriculación en centros públicos frente a otras CCAA (47,2%) y por debajo de la media española (Gráfico 3). La oferta de plazas públicas en EI03 se lleva a cabo a través de escuelas dependientes de la Generalitat, escuelas dependientes de corporaciones locales, y de centros públicos de la Generalitat con aulas autorizadas para 2-3 años (Ancheta-Arrabal et al.,2022:13).

Se regulan que los costes no superen los 476€ mensuales (0-1) y descienden a medida que aumenta la edad. La ayuda mensual máxima será para 0-1 años de 200€ y mínimo de 70€. Se ofrece gratuidad para familias que tengan la renta de inclusión y deducciones directas y fiscales para sufragar costes de la EI privada (León et al., 2022:16).

3.3 Privatizaciones y otros déficits de las políticas de EI03 en Andalucía y otras CCAA

La evolución característica de cada CCAA genera consecuencias diferenciales. En el caso andaluz, las principales implicaciones del modelo privatizador se traducen en barreras económicas para las familias y en una situación de infrafinanciación y precariedad en los centros. Actualmente, de los casi noventa mil matriculados en el primer ciclo de Infantil en Andalucía, alrededor del 50% tienen gratuidad total en la plaza. Sin embargo, no es suficiente. Los estrictos criterios de renta establecidos para bonificar a las familias dejan fuera, por motivos económicos, a buena parte de la población precaria estabilizada de Andalucía. No podrían hacer frente, por ejemplo, a cubrir 80€ de los 320€ mensuales (con comedor) que puede costar una plaza en la escuela infantil privada adherida. Muchas familias “milleuristas” interesadas desisten por motivos o cálculos económicos de coste-beneficio en los que la matriculación ya “no compensa”, lo que condiciona negativamente, desincentiva y aplaza la escolarización temprana (Río, Martín y Ortega, 2022: 141).

Por otro lado, continuos recortes educativos han llevado a que la cobertura en 0-3 se haya sostenido en la precariedad generalizada de un sistema masivamente privatizado, limitando la calidad de la atención socioeducativa en la etapa. La diferencia de costes de mantenimiento entre plazas públicas y privadas explica, en gran medida, las diferencias generalizadas entre escuelas infantiles públicas y privadas adheridas. A pesar de establecerse en ambas modalidades el mismo sistema de bonificaciones y precios, basta con decir que, en las escuelas públicas, el precio-coste real estimado por plaza es tres veces mayor que en las privadas:

aproximadamente 1000€ de inversión por alumno en una escuela pública frente a los 240€ (sin comedor) de precio fijado por plaza en centros de titularidad privada adheridos al programa de ayudas a familias.

Como en Cataluña, especialmente en el caso de las remunicipalizadas Bressols de Barcelona, las escuelas públicas apuestan por el valor educativo y la innovación pedagógica. En cambio, la escuela privada se caracteriza más por priorizar la función de conciliación al tener horarios y calendarios más extensos (Saurí y González, 2022:11-12). El caso de Barcelona ciudad, con una alta demanda y una presión de las clases medias por más plazas, muestra que donde existe oferta pública de calidad, las familias se decantan por elegir centros públicos frente a escuelas privadas. Aunque los centros públicos no sean más baratos.

Estas dificultades económicas de acceso se dan también en otras CCAA como Madrid, donde la oferta de plazas es limitada y parte de la demanda queda sin plaza pública, optando por escuelas privadas u otro tipo de atención. El principal baremo a la hora de controlar el acceso es la situación de los padres. Tendrán preferencia las familias con ambos progenitores trabajando, lo que reduce el acceso a familias en situación vulnerable y desempleo. En segundo lugar, se tiene en cuenta la situación económica de la familia. Lo que permitiría, en su caso, el acceso a familias con trabajo, pero rentas bajas. Sin embargo, el alto peso en el acceso que se da a la empleabilidad de los padres hace que, una madre desempleada en el segundo tramo más bajo de ingresos perdería la plaza frente a una madre trabajadora en el tramo más alto de ingresos (León et al., 2022:13).

Los efectos de esta primacía de los criterios de conciliación son menores en Andalucía, dado que el problema no radica en la falta de plazas (hoy se dan zonas de oferta saturada), sino en la escasez de plazas públicas insuficientemente financiadas.

4 Conclusiones

Andalucía y Madrid están por encima de la media estatal en niveles de matriculación. Por debajo están Cataluña, Valencia y Navarra. Sin embargo, Madrid y Andalucía están por debajo en matriculación en centros públicos. En cambio, Cataluña y Navarra son de las CCAA con mayor alumnado matriculado en centros públicos. De esta manera, las CCAA con más demanda cubierta son aquellas que más plazas privadas ocupan.

Hace tres lustros que Andalucía, a base de fomentar centros privados, desarrolló una arquitectura normativa de la EI-03, que regularizó formalmente las condiciones de escolarización en este ciclo y garantizó a las familias solicitantes el derecho a una plaza en él. Son logros. Hoy Andalucía está dotada de una amplia oferta de plazas, aunque con algunos desequilibrios territoriales. Además, más del 90% de las plazas disponibles, exceptuando las ofrecidas por el minoritario conjunto de escuelas infantiles privadas no concertadas, están acogidas a un sistema de bonificaciones y precios comunes. Pese a las aquí menores tasas de ocupación femenina, las tasas de escolarización en EI-03 se sitúan desde hace años entre las más elevadas de España. Estamos incluso por encima de los niveles de escolarización en este ciclo alcanzados por comunidades de mayores niveles de renta y de mayor gasto educativo en enseñanzas preuniversitarias. La expansión ha sido indudable. Sin embargo, como hemos ilustrado, el modelo andaluz de EI-03 presenta también un gran déficit que ha afectado y afectará notablemente a la equidad, viabilidad y calidad del sistema en los próximos años.

Referencias bibliográficas

Ancheta-Arrabal, Ana; Romero-Crespo, Juan A. y Gabaldón-Estevan, Daniel. Educación y equidad en la primera infancia. El caso de las aulas de 2 años en los centros públicos de la Comunidad Valenciana. *Papers*, 107(3), e3066

- Jiménez-Delgado, María, Jareño-Ruiz, Diana, & El-Habib Draoui, Brahim (2016). La expansión de la educación infantil en España: entre la igualdad de oportunidades y la segregación. *Revista Iberoamericana De Educación*, 72, 19-44 <https://doi.org/10.35362/rie72034>
- León, Margarita; Palomera, David; Ibáñez, Zyab; Martínez-Virto, Lucía y Gabaldón- Estevan, Daniel. (2022). Entre la equidad y la conciliación: similitudes y disparidades en el diseño institucional del primer ciclo de educación infantil en España. *Papers*, 107(3), e3084
- Martínez-Virto, Lucía y Canals-Botas, Leonor. (2022). Las escuelas infantiles 0-3 en Navarra: características, estrategias y retos para promover la equidad. *Papers*, 107(3), e3059
- Martín-Sonseca, Ángel; Rujas, Javier; Herrera, Ignacio; Ortí, Mario y Pereda, Carlos. (2016): Una aproximación al impacto social de las políticas municipales del Ayuntamiento de Madrid (2003-2015) (en línea)
- Navarro-Varas, Lara. (2022). La importancia del coste de los servicios de educación y atención de la primera infancia en la ocupación laboral femenina de la metrópolis de Barcelona. *Papers*, 107(3), e.3076
- Río-Ruiz, Manuel; Martín-Gimeno, Rubén y Ortega-Gómez, María (2022). Luces y sombras de la educación infantil 0-3 en Andalucía: condiciones de acceso y de escolarización. *Revista de Sociología de la Educación – RASE*, 15(1), 127-151. <http://dx.doi.org/10.7203/RASE.15.1.22990>
- Saurí, Enric y González, Sheila. (2022). Justificacions i condicionants de la tria de cura en el 0-3: és a pública una opció per mi? *Papers*, 107(3), 1-21
- Informe sobre el estado del sistema educativo (2022) <http://ntic.educacion.es/cee/informe2022/i22cee-informe.pdf>



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

¿Qué políticas sociales debemos articular para proteger el bienestar de la infancia y adolescencia en el escenario (pos)pandémico? La perspectiva de las/os expertas/os

Iván Rodríguez Pascual, COIDESO-Universidad de Huelva (ivan@uhu.es)

Naraia Berasategi Sancho, Kideon-Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (naiara.berasategi@ehu.eus)

Nahia Idoiaga, Kideon-Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, (nahia.idoiaga@ehu.eus)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El período pandémico ha quedado caracterizado por el escaso papel que se ha concedido a niñas, niños y adolescentes, pese a haber producido un impacto severo sobre su bienestar. En esta comunicación se presenta un análisis basado en un cuestionario exploratorio semiabierto dirigido a un colectivo de personas expertas del ámbito académico, privado y del tercer sector (n=57) como parte del trabajo de campo del proyecto INFAPOST¹. Los objetivos de este análisis son: a) anticipar el conjunto de tendencias de mayor impacto en la población infantil y adolescente en el escenario de reconstrucción social pospandémica, ayudando a identificar problemáticas emergentes y/o agravadas, así como b) sistematizar las que para la población experta deben ser las principales iniciativas de política social que deben activarse tras la crisis pandémica tras el COVID-19. Se parte de un análisis mixto, cuantitativo y cualitativo, apoyándonos en este último en software lexicométrico (Iramuteq). Tras el mismo, se evidencia como principal resultado preliminar que la perspectiva de los expertos está anclada en una visión pesimista del escenario pospandémico, que se prevé caracterizado tanto por la falta de centralidad de niños, niñas y adolescentes (y sus derechos) en las políticas públicas como por una clara diversificación de problemáticas que amenazan su bienestar. Esta información resultará particularmente relevante para poder formular recomendaciones a medio-largo plazo tanto para la intervención socioeducativa como para la política social en su conjunto.

Palabras clave

Infancia, adolescencia, pandemia, políticas sociales

1 Introducción

La población infantil ha sufrido, a causa del COVID-19, una fuerte invisibilización de sus necesidades y derechos. Combatirla es necesario y para ello precisamos de una investigación social que indague desde una perspectiva centrada en la población menor de edad el contexto post-COVID. Las políticas sociales no deberían permanecer ajenas al hecho de que nos hallamos en un escenario en el que sólo caben dos opciones: ahondar en la injusticia social que ha supuesto el de los intereses, las voces y los derechos de este grupo de población quedaran relegados a un segundo plano en el periodo pandémico (Campbell y Carnevale, 2020) o contribuir con decisión a la tarea de reconstrucción tanto del incierto escenario relacional socioeducativo post-COVID, como del resto de áreas de la vida social de niñas, niños y adolescentes. Un paso crucial en este propósito es

¹ INFAPOST es un proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación a través de la convocatoria 2020 de «Proyectos de I+D+i» en el marco de los programas estatales de Generación de Conocimiento y Fortalecimiento Científico y Tecnológico del Sistema de I+D+i y de I+D+i orientada a los retos de la sociedad “ (Ref: PID2020-119011RB-I00/AEI/10.13039/501100011033).

comprender las tendencias de cambio y la evolución del escenario pandémico hacia un contexto pospandémico en el que coexisten problemáticas duraderas con otro producto de la crisis pandémica. Conocer debe ser el paso previo a formular políticas públicas que pueden compensar las posibles tensiones y desequilibrios que van a surgir en este escenario de reconstrucción social tras la pandemia.

Ya se cuenta, desde el inicio del tiempo pandémico, con una abundante producción científica internacional que coincide en subrayar los importantes efectos de la crisis sociosanitaria sobre diferentes áreas del bienestar infantil y adolescente. Por supuesto, en aspectos sociales como la presencia de sentimientos de soledad, falta de apoyo social etc. (Jiao et al., 2020); pero también emocionales: miedo, estrés, ansiedad e incluso estrés postraumático (Leung, Lam, y Cheng, 2020); físicos: ganancia de peso, sedentarismo etc. (Idoiaga et al., 2020b; Lippi et al., 2020); o académicos: falta de contacto con profesorado y alumnado, dificultad de seguir las clases etc. (Idoiaga et al., 2020b; Wang et al., 2020). En este contexto, también se ha evidenciado una mayor fragilidad económica, preocupación por la subsistencia y peores hábitos de salud (Sharma et al., 2020), además de un espacio comunitario contraído favorable a la aparición de diferentes manifestaciones de negligencia adulta frente a las necesidades de la población infantil (Berubé et al., 2020); La pandemia también ha afectado simultáneamente el bienestar emocional de la población infantil y sus progenitores (Patrick et al., 2020) y provocado fuertes disparidades en la disponibilidad parental durante los procesos de educación telemática (Brossardi et al., 2020). La sociedad española no ha escapado a esta tendencia, agravada por haber puesto en marcha medidas de contención singularmente estrictas para la población infantil al inicio de la pandemia, detectándose importantes indicios tanto de estrés y otras formas de malestar emocional como de problemas relacionados con el sedentarismo, la soledad y la reducción del apoyo social (Berasategi et al., 2020; Idoiaga et al., 2020a; Idoiaga et al., 2020b)

¿Cómo responder desde la política social al desafío de un escenario pospandémico marcado por este fuerte impacto sobre el bienestar de niñas, niños y adolescentes? Coincidimos con Tirivayi y otros (2020) cuando apuntan a que son necesarias políticas y respuestas desde los sistemas de protección social sensibles a la especificidad de las necesidades y derechos de la población menor de edad [o child-sensitive]. Por ello necesitamos un diagnóstico de un

escenario tan incierto como el que ha dejado el tiempo pandémico. El proyecto INFAPOST ha tratado de realizar esta tarea de cartografiar las fuentes del malestar emocional y material de la población menor de edad a través de varias estrategias metodológicas; entre ellas un cuestionario exploratorio mayormente abierto dirigido a un colectivo de personas expertas de ámbitos diversos de la sociedad española, de cuyos resultados damos cuenta en el resto de este documento.

2 Metodología

Nuestro estudio se basa en el lanzamiento de un cuestionario en línea de carácter exploratorio, anónimo y conformado por 13 preguntas abiertas sobre problemas y propuestas en el escenario pandémico y pospandémico para los ámbitos de la educación; la salud y el bienestar personal y familiar; y la exclusión social y la desigualdad. Además, se han incluido 2 preguntas cerradas para que las y los encuestados expresaran la probabilidad de ocurrencia de varios problemas sociales. Este cuestionario se lanzó el 13 de julio de 2022, en la última fase de la pandemia que se declaró cerrada por la OMS el pasado 5 de mayo de 2023 (se hizo un último recordatorio en diciembre de 2022). La muestra recogida parte de una base de datos previa de 133 expertos/as en diversos temas relacionados con la población infantil del Estado español, fruto del vaciado de webs institucionales y la selección de personas representativas de esta condición en el ámbito de las distintas

disciplinas que participan en el proyecto. Igualmente, se ha pedido a las personas que respondían que hicieran llegar el cuestionario a otros colegas, aplicando una estrategia de “bola de nieve”.

Finalmente, la muestra recogida es de 57 respuestas al cuestionario (una tasa de cobertura aproximada del 42% sobre la muestra diseñada), si bien muchas de estas han sido parciales lo que hace que en algunas preguntas tengamos un “n” más reducido. Son 40 mujeres y 17 hombres de 9 CCAA, aunque la mayor parte (algo más del 80%) pertenecen a la Comunidad Valenciana, Andalucía, Madrid y Cataluña. Entre las respuestas, son mayoría las/os investigadores/as de instituciones públicas y privadas (aprox. 47%), pero también encontramos personal de organizaciones no gubernamentales (el 21%) y otros perfiles minoritarios como la consultoría (10,5%) o personal técnico de administraciones públicas (12,3%).

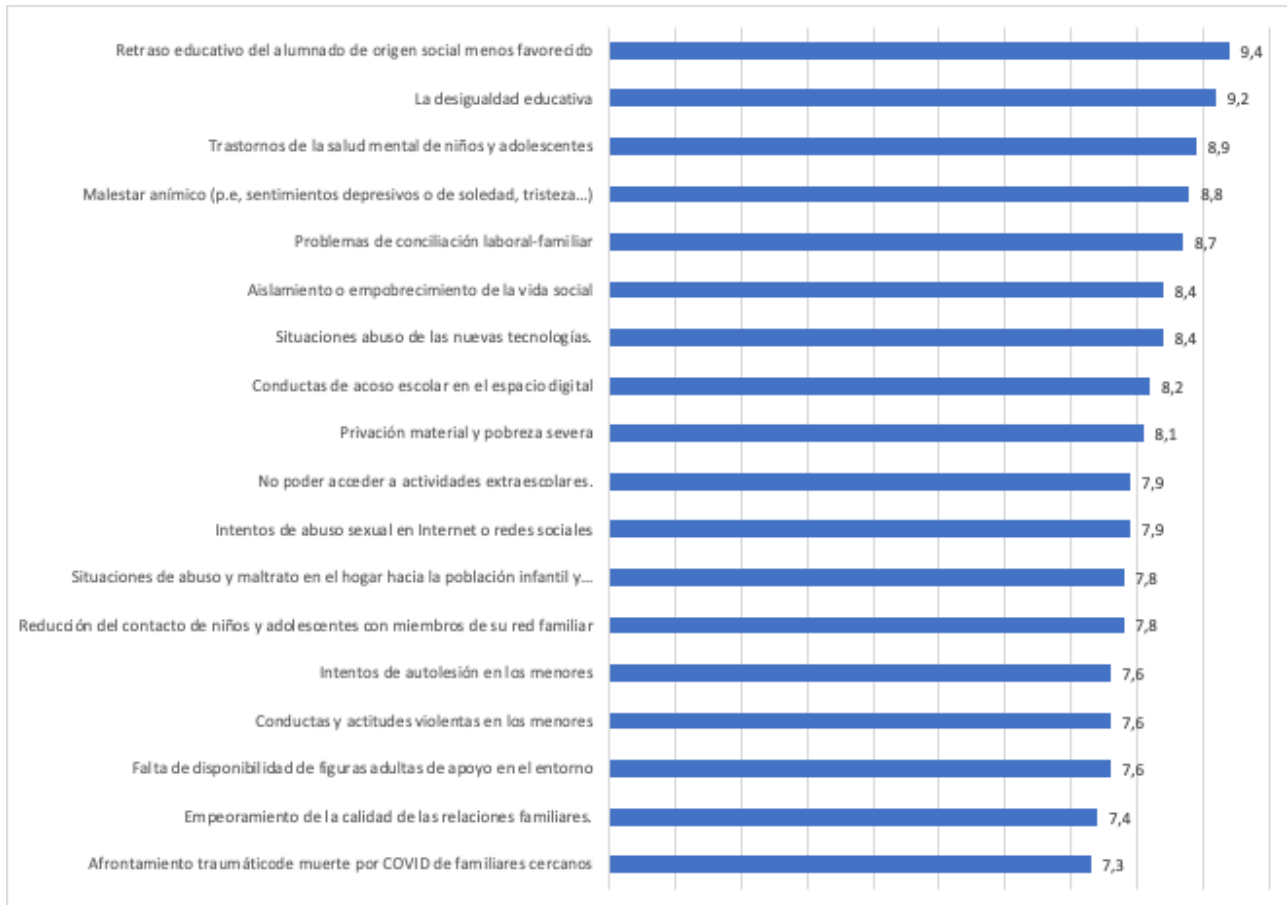
Se proponen dos vías de análisis: una puramente cuantitativa y otra que, aunque también cuantitativa, está basada en el tratamiento léxicométrico de los distintos textos producidos por la muestra de expertos y expertas de nuestro estudio. En este último caso, para analizar las propuestas socioeducativas planteadas por las/os encuestadas/os se empleó el método Reinert (Reinert, 1983, Reinert, 1990) utilizando el software Iramuteq para el análisis léxico (Ratinaud & Marchand, 2012). En concreto, el software identifica las palabras y segmentos de texto que mejor identifican cada clase o idea que los participantes han mencionado repetidamente, detectando patrones discursivos.

3 Resultados

3.1 Cuantitativos

Una de las cuestiones planteadas es cuál consideraban que era la probabilidad de que estuvieran ocurriendo una serie de problemas (donde 1=nada probable y 10=muy probable). El gráfico 1 recoge la lista de problemas y su probabilidad asociada. El personal experto considera muy probables (con puntuaciones => 8) problemas relacionados con: a) retraso y desigualdad educativa b) trastornos anímicos y de la salud mental c) empobrecimiento de la vida social, d) abuso tecnológico y ciberacoso y e) pobreza y privación material. Otros problemas también se consideran bastante probables con puntuaciones cercanas a 7 y en ningún caso se han identificado problemas con una probabilidad de ocurrencia baja o moderada. El problema considerado menos probable es el “enfrentamiento traumático de muerte por COVID de familiares” que, aun así, obtiene 7,3 puntos.

Gráfico 1. Probabilidad de ocurrencia de los siguientes problemas durante la pandemia (1=nada probable y 10=muy probable)
n=25



Cabe destacar que en algunos de estos aspectos encontramos también diferencias por género muy expresivas. Las expertas tienden a ver más probables muchos de estos problemas. Por ejemplo, las diferencias frente a los expertos varones² son iguales o superiores a 1 punto en muchos aspectos de tipo relacional (“Reducción del contacto con miembros de la red familiar”-8,1 y “aislamiento o empobrecimiento de la vida social”-8,7), pero también en otros como “Intentos de abuso sexual en Internet o Redes Sociales” (8,1 frente a 7 puntos en los varones) o “intentos de autolesión en los menores” (7,9 frente a 6,6 en los varones).

En lo tocante al escenario que espera tras la pandemia, entre las personas consultadas es generalizada la impresión negativa de que este escenario priorizará las políticas de reactivación económica frente a las sociales (7,6 puntos), como también se considera probable que esto implique recortes y ajustes en políticas sociales destinadas a la población infantil y adolescente (7,2 puntos). El gráfico siguiente muestra estas dos cuestiones y el resto de las planteadas en nuestro cuestionario exploratorio.

² Sólo 5 varones respondieron a esta pregunta, por lo que estas diferencias, aunque nos parecen muy expresivas, también deben consideradas con cuidado porque pueden incorporar sesgos.

Gráfico 2. Probabilidad de que en el escenario pospandémico sucedan estas cuestiones en el escenario pospandémico (P. Media entre 1 “nada probable” a 10 “muy probable”)



Aunque esta impresión general es firme y compartida por las personas encuestadas independientemente de otras variables consideradas, otras percepciones sí evolucionan y son muy sensibles al posicionamiento de las y los expertos. Hemos seleccionado dos ítems que se han mostrado particularmente sensibles a la creencia en que los derechos e intereses de las personas menores de edad tendrán un lugar central en las políticas del escenario pospandémico. Aunque la probabilidad de ocurrencia de este último supuesto ha sido marcada como baja (apenas 4 puntos sobre 10), las puntuaciones individuales de cada experto/a en él predicen bastante bien sus puntuaciones en otros aspectos. Mostramos esta relación a través de sendos gráficos de dispersión a continuación.

Gráfico 3. Nube de puntos que muestra la relación entre probabilidad de un escenario centrado en los derechos e intereses de personas menores de edad y la de que se formulen políticas sociales específicas dirigidas a este colectivo (ambos ejes puntuación de 1=nada)

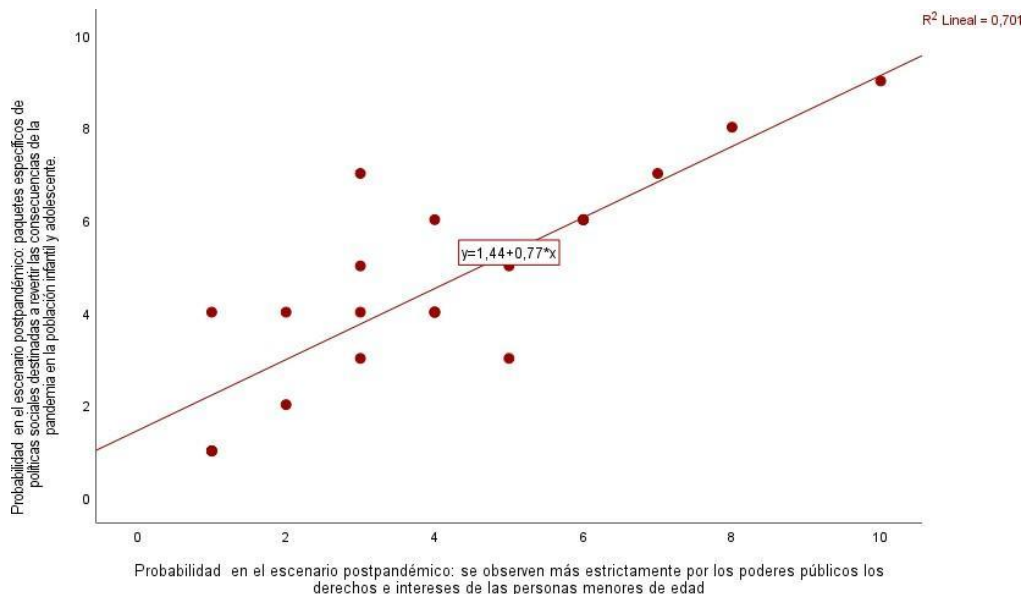
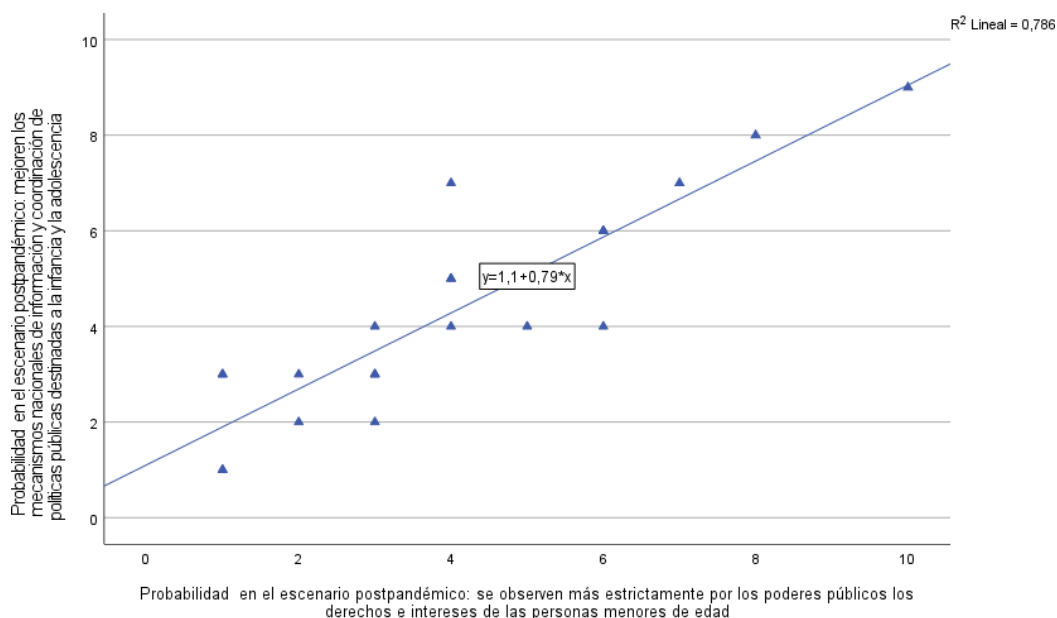


Gráfico 4. Nube de puntos que muestra la relación entre probabilidad de un escenario centrado en los derechos e intereses de personas menores de edad y la de que se mejoren mecanismos de información y coordinación (ambos ejes puntuación de 1=nada probable a 10=muy probable) n=16



En el primer caso, el posicionamiento en relación a la centralidad de los derechos de la población menor de edad tiene una fuerte asociación expresada en términos de regresión lineal ($R^2=0,7$) con las puntuaciones que miden la probabilidad de ocurrencia de que se formulen paquetes específicos de políticas sociales para la Infancia y la Adolescencia. En el segundo, se obtiene un resultado incluso mayor ($R^2=0,78$), pero considerando que una mayor

probabilidad de que ocurra lo primero explica también que sea más probable la mejora de los mecanismos nacionales de información y coordinación sobre políticas públicas para la Infancia y la Adolescencia. Entendemos que esto no deja de ser una apuesta por parte del colectivo consultado, también en un escenario pospandémico, por la necesidad de partir de una consideración central de los derechos humanos de la población menor de edad como acicate para construir un sistema de políticas públicas más sensible y atento a este colectivo.

3.2 Resultados lexicométricos

Se ha realizado un análisis léxicométrico del conjunto de respuestas a las distintas preguntas abiertas del cuestionario, considerándose estas el corpus o conjunto de textos analizables. Este corpus completo contenía 2.487 palabras, de las cuales 830 eran únicas. El análisis jerárquico descendente del método Reinert dividió el corpus en 167 segmentos y seis clases o dimensiones que hemos renombrado. Consideramos que estas pueden dividirse, a su vez, en medidas focalizadas en la población infantil y medidas focalizadas en el sistema socioeconómico e institucional. Los resultados de este análisis pueden observarse en la Figura siguiente.

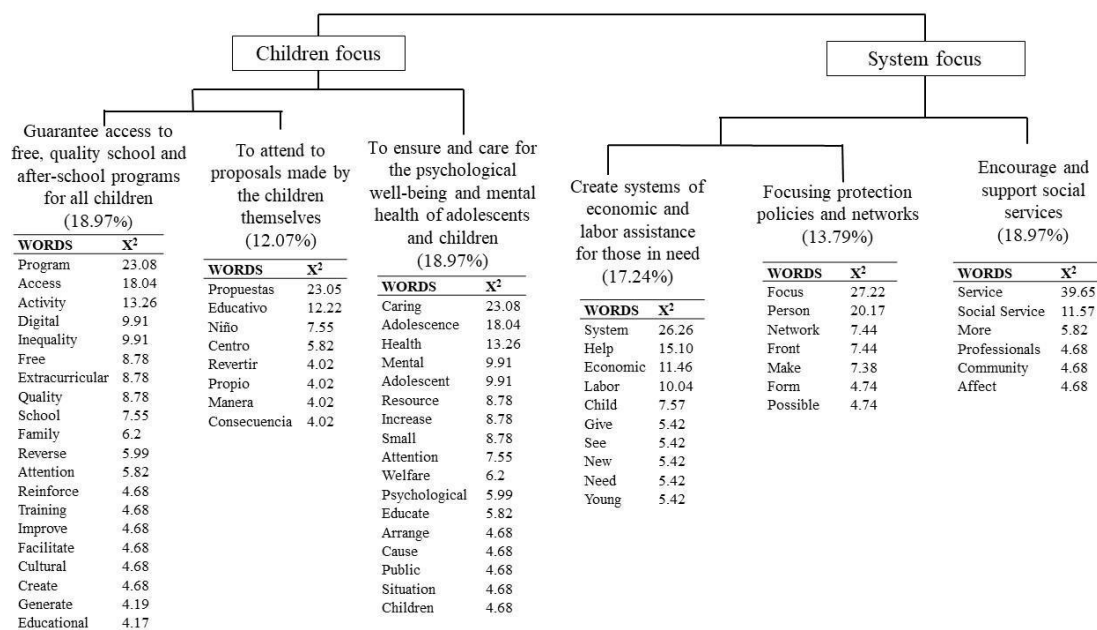


Figura 5. Análisis léxicométrico del corpus identificado: principales dimensiones identificadas

Como puede deducirse de la figura, cuando se agrupan los fragmentos de texto conforme a su centralidad aparecen seis grandes dimensiones referidas a las propuestas para el escenario pospandémico de las y los expertos consultados:

- a) garantizar acceso a una educación gratuita y de calidad;
- b) prestar atención a las propuestas de los propios niños y adolescentes;
- c) cuidar el bienestar psicológico y la salud mental de niños y adolescentes;
- d) generar sistemas de protección socioeconómica para población vulnerable;
- e) centrar políticas y redes de protección y
- f) apoyar el trabajo de los servicios sociales.

4 Conclusiones

Aunque tenga un carácter exploratorio, el cuestionario a expertos del Proyecto INFAPOST sirve para representar cuáles son las principales preocupaciones del conjunto de personas expertas en la Infancia y la Adolescencia, al mismo tiempo que sus propuestas referidas a políticas sociales para el escenario pospandémico.

Comprobamos que, en general, este colectivo tiene una impresión muy negativa tanto sobre el conjunto de problemáticas que consideran probable que hayan venido afectando a niñas, niños y adolescentes durante la pandemia, como sobre la posibilidad de que no se vean afectados también, en este escenario pospandémico, por recortes y ajustes o políticas sociales poco centradas en sus necesidades. Sin embargo, admiten que políticas más centradas en sus derechos significarían también mejores sistemas de información y coordinación y un mejor ajuste a sus problemas específicos. También se constata que sus propuestas giran en torno a producir políticas centradas en garantizar el acceso e integración educativa, el cuidado de la salud mental de niños y adolescentes, el apoyo a los Servicios Sociales y la generación de un espacio socioeconómico que ayude a la población vulnerable. A esto añaden la idoneidad del trabajo en red y en políticas con foco en colectivos y/o problemas específicos y una clara llamada a escuchar y atender las propuestas de los propios niños y adolescentes.

Referencias bibliográficas

- Berasategi, N., Idoiaga, N., Dosil, M., y Eiguren, A. (2020) Design and Validation of a Scale for Measuring Well-Being of Children in Lockdown (WCL). *Frontiers in Psychology* 11,2225. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02225>
- Berasategi, N. (Coord.) (2020). *Las voces de los niños y de las niñas en situación de confinamiento por el COVID-19*. Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, Argitalpen Zerbitzua. <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/43056/USP00202291.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bérubé, A., Clement, M.E., Lafantaisie V., LeBlanc, A., Baron, M., Picher G., Turgeon, J., Ruiz-Casares, M., y Lacharite, C. (In press) How societal responses to COVID-19 could contribute to child neglect. *Child Abuse and Neglect*, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104761>
- Brossardi, M., Cardoso, M., Kameii, A., Mishraiii, S., Mizunoyai, S., y Reuge, N. (2020). Parental Engagement in Children's Learning. *Innocenti Research Brief* 2020-09.
- Campbell, S., y Carnevale, A. (2020) Injustices faced by children during the COVID-19 pandemic and crucial next steps. *Canadian Journal of Public Health* 111:658–659 <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00410-6>
- Idoiaga, N., Berasategi, N., Eiguren, A., y Picaza, M. (2020a). Exploring children's social and emotional representations of the Covid-19 pandemic. *Frontiers in Psychology* 11, 1952. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01952>
- Idoiaga, N., Berasategi, N., Dosil, M., y Eiguren, A. (2020b). Struggling to breathe: a qualitative study of children's wellbeing during lockdown in Spain. *Psychology and Health*. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1804570>
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., y Somekh, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*, 221, 264-266. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- Leung, C. C., Lam, T. H., y Cheng, K. K. (2020). Mass masking in the COVID-19 epidemic: people need guidance. *The Lancet*, 395(10228), 945-947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30520-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30520-1)
- Lippi, G., Henry, B. M., Bovo, C., y Sanchis-Gomar, F.(2020). Health risks and potential remedies during prolonged lockdowns for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Diagnosis* 7(2), 85-90. <https://doi.org/10.1515/dx-2020-0041>

- Marchand, P., yRatinaud, P. (2012). L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). Actes des 11eme *Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles*. JADT, 2012, 687-699.
- Reinert, A. (1983). Une méthode de classification descendante hiérarchique: application à l'analyse lexicale par contexte. *Cahiers de l'Analyse des Données*, 8(2), 187-198.
- Reinert, M. (1990). Alceste, Une méthode d'analyse des données textuelles. Application au texte "Aurélia" de Gérard de Nerval [Alceste, a method for analyzing textual data. Applying to the text "Aurelia" of Gérard de Nerval]. *Bull. Methodol. Sociol.* 26, 25–54. doi: 10.1177/07591063900260010
- Sharma S.V., Chuang R.J., Rushing M., Naylor B., Ranjit N., Pomeroy M., et al. (2020) Social Determinants of Health–Related Needs During COVID-19 Among Low-Income Households With Children. *Preventing Chronic Disease*. 17, 200322. <https://doi.org/10.5888/pcd17.200322>
- Tirivayi, N., Richardson, D., Gavrilovic, M., Groppo, V., Kajula, L., Valli, E. y Viola, F. (2020). A rapid review of economic policy and social protection responses to health and economic crises and their effects on children - Lessons for the COVID-19 pandemic response. *Innocenti Working Paper*



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Acceder a la universidad: una propuesta de intervención social con jóvenes en desventaja social

Alejandro Peña Gutiérrez, Universidad Pública de Navarra (alejandro.pena@unavarra.es)

Begoña Pérez Eransus, Universidad Pública de Navarra (begonia.perez@unavarra.es)

Lucía Martínez-Virto, Universidad Pública de Navarra (lucia.martinez@unavarra.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La literatura académica sostiene que no alcanzar estudios superiores es un factor de exclusión y vulnerabilidad. Igualmente, plantea que la juventud de entornos desfavorecidos presenta mayores tasas de abandono educativo y sufre más dificultades de promoción educativa, situándose en mayor desventaja social para acceder, mantenerse y superar los estudios superiores.

Por ello, las acciones orientadas a promover que las y los jóvenes de entornos vulnerables accedan y culminen sus estudios universitarios, son una estrategia de intervención clave para frenar la reproducción social de la pobreza y la exclusión.

En este marco, la Universidad Pública de Navarra y el Departamento de Políticas Migratorias y Justicia del Gobierno de Navarra han desarrollado una estrategia de intervención para promover el acceso a la universidad de jóvenes en situación de desventaja.

Palabras clave

Mentoría socio-educativa; inclusión educativa; promoción y éxito educativo.

1 Descripción general

El Programa Prometeus es un proyecto que tiene como finalidad motivar y facilitar el acceso a estudios superiores universitarios. Igualmente, busca fomentar trayectorias de éxito educativo entre jóvenes en situación de vulnerabilidad. Este proyecto se inspira en la experiencia "Prometeus" financiada e impulsada por el Ayuntamiento de Barcelona, de donde toma el nombre y la filosofía del programa. En este caso, se desarrollará un proyecto piloto adaptado al entorno de Navarra y la UPNA.

Este Programa ofrecerá orientación, información y acompañamiento al alumnado de secundaria que esté interesado en acceder y continuar estudios superiores en la UPNA. De modo que a través del Programa puedan conocer los cauces para acceder, cursar y culminar estudios universitarios. También reconoce la potencialidad que reside en el tejido asociativo o entidades de la comunidad en el apoyo a estos procesos.

2 Metodología

Esta investigación se sustenta en un enfoque cualitativo, el cual sigue una lógica inductiva, que va de lo particular a lo general. Además, se ha seleccionado por las posibilidades que brinda para estudiar y comprender los fenómenos en sus entornos naturales, a la vez que permite interpretarlos a partir de los significados que le atribuyen las partes implicadas.

A su vez, dentro del enfoque cualitativo se emplearán simultáneamente, el Modelo Interactivo (Maxwell, 1996) y la metodología de Cruce de Saberes y Prácticas (ATD Quart Monde- Ateliers du Croisement des Savoirs et des Pratiques, 2013). La elección del primero se debe a que aporta un modo de estructurar la investigación desde una lógica iterativa que implica avances y retrocesos entre los componentes del diseño, los cuales son entendidos y organizados como una totalidad integrada e interactuante. La segunda elección surge de la necesidad de legitimar y poner en valor los saberes del colectivo acompañado, a la vez que reconocerles como actores de pleno derecho.

3 Resultados previsibles

1. Haber fomentado trayectorias de éxito educativo entre las personas jóvenes participantes en el programa piloto. Lo cual se traduce en:
 - 1.1. Haber incrementado la cantidad de jóvenes en situación de desventaja que acceden a la universidad.
 - 1.2. Haber conseguido que lograsen mantener y superar sus estudios universitarios.
2. Mostrar una caracterización de la implementación del programa piloto de inclusión educativa.

4 Conclusiones

Necesidad de favorecer e incrementar el acceso a la universidad de las personas jóvenes en situación de desventaja. Como un factor de protección que beneficia la inclusión y es motor de la movilidad social ascendente.

Necesidad de promover la mentoría socioeducativa como metodología de intervención social que cuenta con potencialidades para apoyar la promoción social de este alumnado. Que a la vez ofrece que cuenten con referentes positivos que motiven a no abandonar la escuela y a seguir estudiando.

Referencias bibliográficas

Alonso García, M. A., Sánchez Ávila, C., Macías Guarasa, J., & Calles Doñate, A. M. (2009). Validación de una escala de evaluación de las competencias del mentor en contextos universitarios. *Mentoring & Coaching*, 2, 153-169.

ATD Quart Monde- Ateliers du Croisement des Savoirs et des Pratiques. (2013). *Carta del Cruce de Saberes y Prácticas con personas en situación de pobreza y exclusión social*. Movimiento ATD Cuarto Mundo España. <https://www.atd-cuartomundo.org/talleres-del-cruce-de-los-saberes/>

Casado-Muñoz, R., Lezcano-Barbero, F., & Colomer-Feliu, J. (2015). Diez pasos clave en el desarrollo de un programa de mentoría universitaria para estudiantes de nuevo ingreso. *Revista Electrónica Educare*, 19(2), 155-179. <http://dx.doi.org/10.15359/ree.19-2.10>

- Cotán Fernández, A., & Ruiz-Bejarano, A. M. (2019). La mentoría en la universidad: Revisión sistemática sobre el estado de la cuestión. *Edunovatic 2019 conference proceedings: 4th Virtual International Conference on Education, Innovation and ICT: 18-19 December, 2019, 2019, ISBN 978-84-09-19568-8, pág. 330, 330.* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7381230>
- Maxwell, J. A. (1996). Qualitative research design. An interactive Approach. *Sage Publications*, 1-13.
- Perrone, J. (2003). Creating a mentoring culture. Learn steps for establishing a formal mentoring system in your organization. *Healthcare Executive*, 18(3), 84-85.
- Rose, G. L. (2003). Enhancement of Mentor Selection Using the Ideal Mentor Scale. *Research in Higher Education*, 44(4), 473-494. <https://doi.org/10.1023/A:1024289000849>
- Terrion, J. L., & Leonard, D. (2007). A taxonomy of the characteristics of student peer mentors in higher education: Findings from a literature review. *Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning*, 15(2), 149-164. <https://doi.org/10.1080/13611260601086311>
- Watts, A. G., & Van Esbroeck, R. (2000). New skills for new futures: A comparative review of higher education guidance and counselling services in the European Union. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 22(3), 173-187. <https://doi.org/10.1023/A:1005653018941>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Collaborative processes to create common spaces: ‘Children’s Club’ Smooth project

Natália Fernandes, University of Minho (natfs@uminho.pt)

Marlene Barra, University of Minho (marlenebarra2016@gmail.com)

Teresa Sarmento, University of Minho (tsarmento@ie.uminho.pt)

Fernanda Martins, University of Minho (fmartins@ie.uminho.pt)

Daniela Silva, University of Minho (dsilva@ie.uminho.pt)

Joana Casanova, University of Minho (joana.casanova@ie.uminho.pt)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Abstract

The SMOOTH project is a Horizon 2020-funded initiative involving eight European countries and approximately 50 educational institutions. It aims to reduce inequalities and promote active social inclusion of children and young people through collaborative processes between children and adults. The project is based on principles such as relevance, being a viable alternative for existing conditions, being effective in fighting inequalities and contributing to active participation and inclusion. The project involves action-research projects, and one of the case studies carried out in Portugal is the "Children's Club," which aimed to provide a physical space for children aged 8 to 10 from disadvantaged social backgrounds to express and hone their skills, talk about their rights and wellbeing, and promote social inclusion and active citizenship. This paper presents the main data conclusions emerging from the "Children's Club" project, which lasted for 10 months and involved 19 children in a non-formal education context.

Keywords

Commons, Education, Collaborative processes, Inclusion

1 Introduction

This proposal presents data from an action research project, framed in a wider scope of research, which involves the participation of higher education researchers and local third parties from 8 European countries (<https://smooth-ecs.eu/>). Briefly, the SMOOTH - "Common Goods in Education and Active Social Inclusion. Passing through contexts and reversing inequalities" is a European project funded by Horizon 2020, led by the University of Thessaloniki (Greece), with the participation of universities and organisations from various European countries, such as Spain, Italy, Sweden, Belgium, Germany, Estonia and Portugal. The project, to be implemented from 2021 to 2024, involves the participation of about 50 educational institutions (working in formal and non-formal education), in which action-research projects were carried out with the aim of understanding, developing, and accelerating the potential impact of Education in reducing inequalities and promoting active social inclusion of children and young people.

2 General description

Smooth project is based on collaborative processes between children and adults to create common spaces enabling the co-production of knowledge and providing alternative ways of thinking for children, young people and adults, as interdependent beings, considering intra and intergenerational relationships. It is based on

principles such as relevance, being a viable alternative for institution's existing conditions, being effective in fighting inequalities and contributing to active participation and inclusion.

The educational practices and relationships explored and put into practice in this investigative process are based on the principle of Education as a common good, which critically mobilises collective freedom and experimentation, participation, solidarity, care, and sharing (Pechtelidis & Kioupkiolis, 2020). These dimensions challenge dominant discourses on the role of education and inclusion and promote shared governance, opening up new possibilities for a balanced exercise of power. Thus, we sought to ensure that children were involved in decision-making processes, and for this purpose, it was essential to work with them on dimensions related to the right to be informed, to express informed opinions, and to organise themselves in spaces that ensured that their opinions were considered so that they could feel part of the decision-making process (Alderson & Montgomery, 1996). Breaking with classical approaches to socialisation that saw children as passive beings in the educational process, we also mobilised the perception of the child as a social actor (Marchi, 2017; Baraldi & Cockburn, 2018; Pechtelidis, 2021), that is, the child-citizen or subject holder of rights, namely of democratic participation, that is, in decision-making (Lima, 1992).

This paper presents a collection of data emerging from a Portuguese project called the "Children's Club", which was conducted in a non-formal education context with children aged 8 to 10 from disadvantaged social backgrounds. The project lasted for 10 months and involved 19 children. The project began with the recognition of the necessity to have a special area for children within the institution, where they could have a physical space to express and hone their skills in line with the project's stated principles. In this perspective, institutions dedicated to childhood education are viewed as being socially constructed by a community of human agents who are immersed in an interactive process with people and society (Dahlberg, Moss, & Pence, 2003). Thus, the "Children's Club" emerged as a place where children could discuss issues related to their rights and well-being, engage in activities that both children and adults deemed relevant to fulfil their needs, and receive support to overcome identified problems, promoting social inclusion and active citizenship.

3 Methodology

The SMOOTH project promotes the participation and active involvement of children in decision-making processes that concern their lives, with a focus on promoting social inclusion and well-being. In this Portuguese case study presented here, the research team partnered with teachers and professionals from a non-formal education institution to implement the project's principles. Qualitative methodology was used, with the action research method, which involved adapting and refining data collection techniques to accommodate the unique characteristics of the children involved. The techniques used included participant observation, interviews, field notes, and analysis of documents produced during the sessions, such as photographs and video recordings. The approach was participatory, actively encouraging children's involvement in the conceptualization and organisation of activities. The ultimate goal was to ensure that the perspectives of the children were heard and taken into account during the decision-making process.

The first phase of this action research process took place between March 2022 and July 2022, with the second phase occurring between September 2022 and January 2023. A break was taken between these two phases for analysis and reflection by the SMOOTH research team, from which the intervention was restructured for the second phase. The weekly dynamic adopted by the SMOOTH research team shows a concern for constant reflection and analysis of the action research process, which can lead to a more effective and informed

intervention. That is, the dynamic included cyclically 1 day for activity preparation before going into the field, 2 days for the implementation of the pedagogical scenario, and 1 day for reflection and data organization.

The non-formal education context selected for this intervention is a highly disadvantaged socio-economic and cultural setting, characterized by a lack of material resources both within the community and the school itself. Children in this setting demonstrate difficulties with school performance, indiscipline, and precarious health and well-being behaviours. Prior to the intervention, the research team engaged in preliminary work with teachers and educators to gain a deep understanding of the children's needs and desires. Based on this understanding, the team deemed it essential to propose the organisation of a space that prioritises active listening and dialogue with and among the children on topics related to their rights and well-being. This approach aimed to promote social inclusion and foster active citizenship among the children.

Nineteen children between the ages of 8 to 10, belonging to a socioeconomically and culturally disadvantaged context with scarcity of material resources both in the community and in the school itself, were involved in this study. A large proportion of the children had difficulties in school performance, discipline, and exhibited precarious health and well-being behaviours. The group was characterised by interpersonal conflicts and frequent incidents of verbal and physical aggression. Given this scenario, the research team had to closely guide the process initially to support the development of self-regulation skills among the children, enabling them to effectively express their opinions and make collaborative decisions.

In general, researchers and children were involved in data generation, while the final interpretation was conducted exclusively by the research team. This analysis was based on a process of triangulation of data collected through different techniques (participant observation, audio-visual records, interviews), which was organised according to a categorical framework constructed based on the core dimensions of the SMOOTH project: Children as Commoners; Commoning Practices; and Community & The Common Goods. Furthermore, the interpretation was grounded in the theoretical framework that supports the project and the intersubjectivity of the research team members.

4 Results and Conclusions

Data analysis was organised according to the categorical framework built on the SMOOTH project's core dimensions: 1. Children as commoners; 2. Commoning Practices; and 3. Community & The Common Goods - leading to the following conclusions presented below.

Regarding the "Core research dimension 1 - Children as commoners" the main conclusions are that children are interested in activities that allow them to play, interact with others, and have fun. In the initial phase of the project, the children used non-verbal communication to express themselves, but struggled with self-regulation and following group rules. However, the introduction of music-related activities played a crucial role in helping the children develop self-regulation skills and adhere to group rules, which facilitated their engagement, communication, and collaboration. So, the use of non-verbal communication is important for adults to be aware of and respond to children's needs and perspectives, and it is essential to provide opportunities for children to develop self-regulation skills to promote their active participation and inclusion.

Children's interests are also expressed through the materials and opportunities for movement available in the room, with most preferring group participation. As the intervention progressed, some children became more involved in decision-making processes, indicating a growing sense of agency and ownership in the group's activities. The musical activities involving instruments, singing, and movement of the body were the most appreciated by the group, and the enthusiasm and joy observed in all activities were indicative of effective

participation by the entire group. Overall, the findings suggest that providing opportunities for children to participate in decision-making and engage in activities that align with their interests can facilitate their sense of agency and ownership and promote effective participation in group activities.

Data analysis allows us to conclude that boys and girls exhibit different behaviour and reactions, with girls being more collaborative and physically restrained, while boys can be noisy and disruptive. However, boys tend to take on more active roles as the intervention progresses, demonstrating a sense of agency and ownership in the activities. The group of children demonstrated affection towards each other through hugs and playfulness, with girls tending to hug other girls and boys hugging other boys, and there were conversations about mutual respect and consent for touching each other's bodies, indicating the importance of addressing personal space boundaries.

Taking into account the "Core research dimension 2 – Commoning Practices", the main conclusion is that the group of children struggled with sharing and showing caution towards one another. However, there were instances of positive behaviour, such as when two children advocated for sharing and when another one offered a cookie to the educational assistant and stored the remaining cookies to take home to his siblings. The data suggests that the struggles with sharing and caution may have been related to issues of ownership and access, which could potentially be addressed through interventions focused on building a culture of sharing and caring.

The dimensions of cooperation and collective creativity gradually emerged in the "Children's Club" through the development of an activity focused on composing a song. The children initially had difficulties getting involved in cooperative processes, but the intervention of the adults intentionally created possibilities for the development of these skills. The process of composing the Children's Club Song involved small groups working together to brainstorm and collect words, which were then assembled into final lyrics by collaborating with the adults. The children engaged in musical and choreographic activities spontaneously and enthusiastically, demonstrating collective cooperation and creativity. Overall, the data analysis indicates that children can present challenges but also demonstrate the capacity for collaboration and interest in playful and musical activities.

The intervention successfully promoted a collaborative effort to establish a healthy environment for coexistence among the children. The process of negotiating rights and responsibilities, as well as the democratic decision-making process used to select a name for the space, are examples of how the intervention fostered a sense of shared ownership and collective identity among the children. Despite some initial difficulties in understanding and following established rules, the children demonstrated an ability to regulate themselves and engage in negotiations with their peers to establish a more peaceful and respectful environment. Some children also demonstrated the ability to revise or reformulate their positions through the negotiation process, indicating a willingness to collaborate and find common ground.

There were significant challenges in fostering engaged citizenship and commoning practices due to the conflictual and aggressive relationships within the group. The adults had to lead different strategies to organise the group, including working in small groups to allow greater opportunities for all children to express themselves. However, despite these efforts, the children did not take much initiative or protagonism in co-constructing the group's dynamics, and it was difficult to observe their empowerment as active participating social agents in public life.

One notable observation was that the group realised the interdependence of their actions and the impact of non-cooperation with the rules. This awareness may serve as a starting point for the children to understand the importance of their contribution to the group's dynamics and their role as active citizens. However, there is

still much work to be done in creating a more collaborative and participatory environment where children can develop their agency and co-create their common spaces.

The children also demonstrate a desire to protect themselves and their peers from the possible consequences of inappropriate behaviour by recording their actions, which suggests a level of responsibility and concern for the group's well-being. The children are willing to speak freely, but active listening is not always present in the group, highlighting the need to develop communication and listening skills among the children. Although aggressive and violent behaviour is only observed among some children, especially boys, as a way of dealing with conflicts, this indicates the need for these children to develop social skills to handle conflict situations without resorting to violence. On the other hand, collaboration is evident in certain activities, such as playing the drum or cleaning up the room, but there are still difficulties in speaking and acting freely due to the lack of developed listening and respect for others.

The children exhibit violent and challenging behaviour towards each other, which often results in conflicts that require intervention from the practitioner. While some conflicts are resolved autonomously by the children, they lack the skills to regulate and resolve conflicts independently, and the practitioner is primarily responsible for conflict resolution. The children also have difficulties in actively listening to each other and are not equipped with self-regulatory skills. It is important to note that girls are often the victims of conflicts, and there is no identification of major conflicts occurring during the activities. There are observable differences in the way boys and girls react during conflicts within the group. That is, girls who get distracted and do not collaborate in activities may continue to do so occasionally over time, but their behaviour does not bother the progress of the activities or warrant comments or attention from adults. In contrast, boys' behaviour is often noticed by adults because their noise and attitudes disturb the progress or even the completion of activities. Furthermore, it was observed that certain boys who self-identified as more prone to violence began to exhibit greater levels of collaboration and assumed the perspective of adults as relationships with adults developed. They also initiated songs and movements, mirroring the strategies used by adults to promote greater group harmony. This suggests that adult guidance and positive relationships can have a positive impact on the behaviour of boys who exhibit challenging behaviour.

While there were instances where the children were able to successfully build community relations, there were also instances where they struggled to do so, and individual interests and preferences took precedence. Although, it is important to note that this was not a consistent pattern, and the children's ability to prioritise community relations varied depending on the situation and their personalities. The co-development of convivial tools, open technologies, and infrastructures was limited in this research project, and the primary technology used was a computer with internet connection, projector, and sound system, which were used to facilitate the observed sessions. The use of the video camera was also gradually negotiated with the children, and they were given rules for its use, allowing them to record episodes during the development of activities. Additionally, the children collaborated with adults to develop the "Children's Club" song and made their own recordings, even though there were no other significant examples of co-development of convivial tools or infrastructure observed in the case study.

Concerning the "Core research dimension 3 – Community & The Common Goods" the data analysis reveals that the participation of two investigators from the music field had a very positive effect on the group, and the children engaged with pleasure in the dynamics and achieved a harmony that had not been seen before. As a result of this finding, the investigators were invited to continue working with the group, developing activities of a musical nature, which led to the physical and symbolic construction of the space dedicated to the group by choosing their name through a vote, and the collaborative composition of the "Children's Club" song. This

dynamic is significant to illustrate the importance of involving the community members, whose specialised knowledge brought significant contributions to the development of commons-based peer education and products, routines, activities, tools, and artefacts that were generated from the commoners in the commoning processes. The main idea of community that seems to be present in the data is the one that is built within the institution's own space, more specifically within the Children's Club, and in the relationships and interactions established with the technicians and guests received there.

Referencias bibliográficas

- Alderson, P., & Montgomery, J. (1996). *Health care choices: Making decisions with children*. London: Institute for Public Policy Research. https://www.researchgate.net/publication/264713596_Health_Care_Choices_Making_Decisions_with_Children
- Baraldi, C., & Cockburn, T. (Eds.) (2018). *Theorising Childhood: Citizenship, Rights, and Participation*. Palgrave Macmillan.
- Dahlberg, G., Moss, P., & Pence, A. (2003). *Qualidade na educação da primeira infância: Perspectivas pós-modernas*. Porto Alegre: Artmed.
- Marchi, R. (2017). A criança como ator social - críticas, réplicas e desafios teóricos e empíricos. *Práxis Educativa*, , 12(2) , 617-637. <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/praxiseducativa>
- Pato, J., Schmidt, M., & Gonçalves, M. (Coords.) (2013). *Bem Comum: Público e/ou Privado*. Ed. Imprensa de Ciências Sociais
- Pechtelidis, Y. (2021). A Criança como Ator Social. In Tomás, C. A., Trevisan, G., Carvalho, M. J., & Fernandes, N., (Orgs.), *Conceitos-chave em Sociologia da Infância. Perspetivas Globais* (pp. 52-57). Braga: UMinho Editora. <https://doi.org/10.21814/uminho.ed.36>.
- Pechtelidis, Y., & Kioupkiolis, A. (2020). Education as commons, children as commoners. The case study of the Little Tree Community. *Democracy & Education*, 28(1), 1-11.
- UNESCO (2021). *Reimagining our futures together: A new social contract for education*. UNESCO Digital Library. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Impactos de la crisis de la vivienda en las vidas de niños, niñas y adolescentes

Miryam Navarro Rupérez, Institut Infància i Adolescència de Barcelona (mnavarro01@umanresa.cat)

Laia Pineda Rüegg, Institut Infància i Adolescència de Barcelona (lpineda@institutinfancia.cat)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En España existen pocos estudios sobre la crisis de la vivienda con perspectiva de infancia. Los informes cuantitativos y esta etnografía, realizada en una de las zonas más tensionadas de Barcelona (2018-2022, Ciutat Vella), demuestran que la turistificación, gentrificación y especulación inmobiliaria engendran unas estrategias de expulsión de la población local que vulnera los derechos fundamentales de la infancia. Tal violencia atraviesa todas las esferas de la infancia, individuales y comunitarias. Las familias empobrecidas sobreviven a la precariedad laboral y residencial y sufren especialmente sus consecuencias. Para hacerle frente, activan tácticas de resistencia que, desde la lógica de la reducción de daños y, muy a su pesar, acaban también incidiendo negativamente en el bienestar de sus hijos e hijas. El estudio revela cómo el arraigo es una estrategia imprescindible para las familias en situación de vulnerabilidad. El capital social y las redes de apoyo administrativas y vecinales generan estrategias de afrontamiento enraizadas en el territorio que construyen la agencia necesaria para afrontar las expulsiones. La pérdida del hogar impacta profunda y transversalmente en la infancia, y sus efectos varían según el momento de desarrollo y crecimiento del menor de edad. Esta investigación proporciona información útil para las políticas públicas.

Palabras clave

Crisis de la vivienda, derechos de la infancia, arraigo, expulsión inmobiliaria, estrategias de afrontamiento.

1 De la crisis económica a la crisis de la vivienda, y viceversa

La vivienda es un derecho constitucional. Sin embargo, tras la crisis del 2008, a muchas familias les resulta imposible acceder a una vivienda digna. En Barcelona, la mayoría de hogares no tienen medios para adquirir una casa en propiedad y, a pesar de su encarecimiento escalado, la mayoría vive en régimen de alquiler. La movilidad forzada incide principalmente en las familias con hijos (Antón-Alonso, F et al., 2019). La situación se agrava para los hogares monoparentales, pauperizados, en situación administrativa irregular o para personas racializadas. El acceso a la vivienda y a los suministros básicos son la causa y la consecuencia de un bucle que ahoga y empobrece, y que la infancia acusa en extremo, mucho más, tras la pandemia. La mitad de la población infantil vive en hogares que destinan más del 40% de sus ingresos a los gastos de vivienda, y hay un 27,4% de los hogares que destina más del 60% de sus ingresos (EMCV 2020-2021, IERMB).

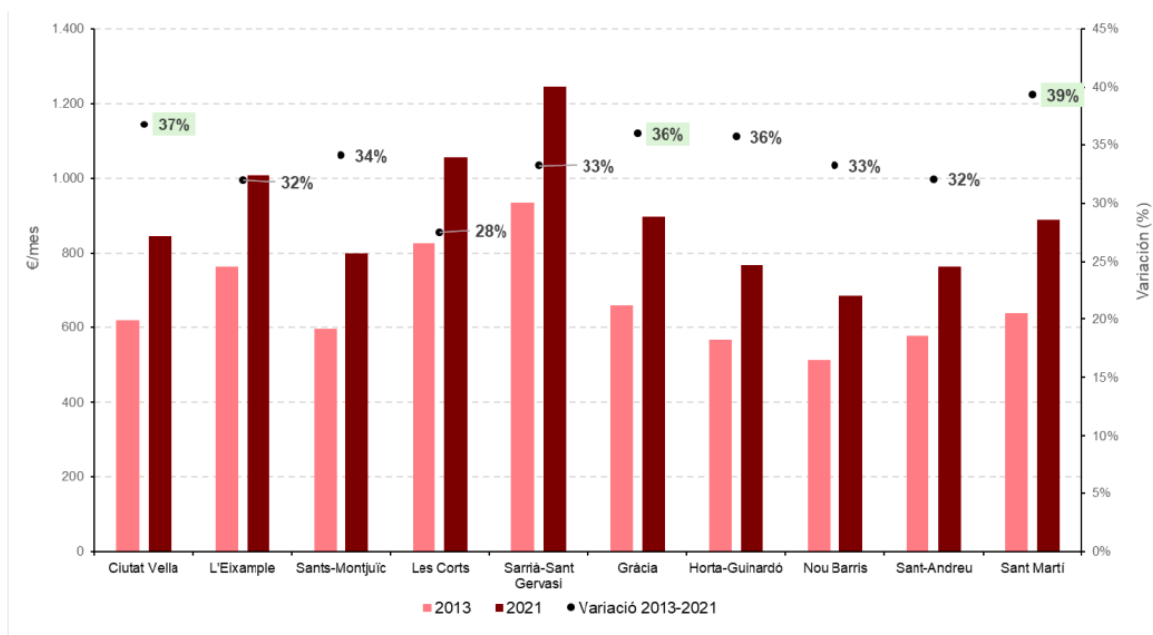
Se han vuelto locos, ¿cómo voy a pagar 950 € de alquiler si cobro 700 € al mes? Estoy sola con mi hijo. Vivo en la Barceloneta en un piso de 50 m². Claro, si lo alquilan a ‘guiris’ cobran en una semana lo que yo les pago en un mes, y a nosotras que nos den, les importamos una mierda... ¿Qué hacemos? Si me como las paredes sigo debiendo 250 €, y me queda el agua, la luz, y todo lo

demás. No, no voy a vivir con mi hijo en la calle, antes muerta. Esto es un exterminio. Nos tendríamos que rebelar. (Amina, Barceloneta, 2020.)

El Institut Municipal de la Vivienda de Barcelona y el Padrón Municipal, desvela un hogar con menores tiene 3 veces más riesgo de pérdida de la vivienda que un hogar sin ellos (IIAB, 2023). En 2021, cerca de 2.000 niños, niñas y adolescentes se vieron implicados en intervenciones de la Unidad Contra la Exclusión Residencial (UCER) para evitar la pérdida de su vivienda (IMHAB, 2021).

Su causa principal, agravada con los años, entronca con los intereses del gran capital inmobiliario globalizado. La turistificación y la gentrificación, mal endémico en Ciutat Vella, convierten la casa en un bien de consumo-mercancía y generan múltiples estrategias de expulsión de la población de renta media y baja. Barcelona es escenario de la pugna de dos paradigmas: la casa-mercancía frente a la casa hogar y la ciudad como objeto de consumo frente a la ciudad como espacio político y social. Ambos se asientan en la tensión entre dos derechos constitucionales, a los que obligadamente tiene que atender la administración pública: el derecho a la propiedad frente al derecho a la vivienda digna. Esta rivalidad impacta sobre otros derechos fundamentales, los de la niñez y la adolescencia (IIAB, 2023).

Gráfico 1. Precio medio de la vivienda de alquilar según distrito (€/mes) y variación 2013-2021 (%). Barcelona



Fuente: Observatori Metropolità de l'habitatge de Barcelona (OHB)

2 La etnografía: un método clave para dialogar con los datos cuantitativos

El Institut Infància i Adolència de Barcelona analiza los impactos a partir de un estudio etnográfico a fin de dialogar y generar una diagnosis comparada con datos cuantitativos (Antón-Alonso, F et al., 2019). Se han triangulado diferentes técnicas de investigación antropológicas entre los años 2018 a 2022. Además de las observaciones (600 horas en calle, seguimiento de 10 movimientos sociales) y las entrevistas a familias y profesionales (55 en profundidad y 2 grupales) (IIAB, 2022), cuenta con 20 estudios de caso de familias en situación de exclusión social e inseguridad habitacional.

3 Impactos y resistencias

Tanto el proceso de desahucio como la amenaza del lanzamiento y el hecho de que niños y niñas tengan que sufrir situaciones límite (vivir uno, o varios, desahucios o tener que crecer en una pensión durante años o instalarse en viviendas inadecuadas o sobreocupadas), condiciona su crecimiento óptimo. También vulnera sus derechos. Lo que angustia a las familias empobrecidas.

Estoy hablando de mujeres que no tienen una casa de protección oficial [...] hay gente que está pagando 400 y 500 € con alquileres antiguos y que les están desahuciando. ¡Y que van todas a la calle! ¡Desesperadas! Cielo, desesperación total y absoluta. (Alma, viuda, Raval, 2018).

Los resultados evidencian impactos materiales, relacionales, psicoemocionales, e inclusive simbólicos, además de que afecta la salud y el aprendizaje. El sufrimiento por la pérdida de la vivienda atraviesa todas las esferas vitales: íntima y personal, familiar, entre iguales, laboral o escolar y comunitaria de los niños y niñas. Sus efectos se reflejan de formas específicas en cada etapa del ciclo vital:

desde la pequeña infancia a la adolescencia. Hemos visto cómo estos hechos limitan seriamente las oportunidades de un desarrollo sano, feliz y en igualdad de condiciones.

Los impactos materiales suponen la privación y el hacinamiento. La renuncia a bienes básicos por el pago del alquiler acarrea pobreza energética, desistir de tomarse vacaciones y viajes a la naturaleza, lo que ayudaría a desconectar del estrés por perder la casa. Cuando no son subvencionadas por la administración, la privación material obliga a abandonar actividades escolares de pago, extraescolares y actividades culturales.

No tenemos agua, tenemos pinchada la luz, estoy con mi peque y la bebé. Tengo que bajar a la fuente a por agua. La caliente en el butano y tengo que lavarlas como puedo. Necesitan mucha higiene y sin agua es muy difícil, sobre todo en invierno. (Sarah, monomarental, Barceloneta, 2020).

En los hogares más empobrecidos, repercute sobre lo más esencial, con riesgo de malnutrición, problemas de crecimiento y enfermedades crónicas. En caso de sobreocupación, destaca la imposibilidad de tener un espacio de intimidad o de descanso. La falta de espacio puede generar trastornos en los hábitos y las rutinas, incluidas las de aseo. También, puede perturbar los hábitos de estudio ante la imposibilidad de tener un espacio donde concentrarse para hacer los deberes.

Cuando estamos todos, tenemos que hacer turnos. Si hace bueno sacamos la mesita plegable al balcón, y ella estudia, y nosotros podemos comer dentro. Tenemos que ser muy organizados (Familia de 5 miembros, casa de 20 m², 3 hijos. Durante el confinamiento fueron 7 personas (suegra y cuñado incluidos) (Martina, casada, Gòtic, 2021).

Los amenazados por un desahucio o quienes viven prolongadamente en pensiones ven afectada su cultura material, dado que se crea una sensación de inestabilidad espacial y existencial cronificada cuando se rompe el vínculo con las pertenencias y los recuerdos.

Lo tenemos todo en cajas, en maletas, debajo de la cama, no podemos tener nada. Solo hay una taquilla para cada uno. No guardo nada de cuando era pequeño. Él me pregunta, pero no he podido guardar nada. (Berta, monomarental, Gòtic, 2020).

En el aspecto relacional, los niños transitan por la inseguridad, los miedos, además de por la rabia, la desconfianza y la decepción que las personas adultas les inspiran. Se sienten atacados o desprotegidos y esto les produce rechazo, o la pérdida de respeto hacia los adultos y las autoridades, especialmente hacia la policía.

Mi hija pequeña me pregunta: ‘Si en la escuela me dicen que la policía es buena, ¿por qué nos quieren echar de casa?, ¿por qué pegan a la gente que nos quiere ayudar?’ No sé qué decirle [silencio]. (Mireia, monomarental, Barceloneta, 2021).

Las niñas y niños también sufren un duelo por la pérdida de su entorno social y de amistades —tanto si son ellos los que se marchan del barrio como si se quedan, dejan de frecuentar a sus amigos y amigas—. Este duelo puede ir acompañado de una sensación de incompreensión, de la vergüenza de hablar de su situación o de desconexión del grupo, entre otros.

A la mejor amiga de mi hija, la han desahuciado. Se ha ido a Ciudad Meridiana, y ahora sigue viniendo al barrio, a la escuela. Se levanta a las 6.00 h para salir con su madre y venir en metro. Tiene que esperar media hora delante de la puerta, cada día, haga frío o calor. Está agotada, se duerme en clase. Ha suspendido casi todas y le echan la bronca en el cole. Yo voy a hablar con ellos, porque no puede ser que esté así. No quiere decir que la han desahuciado para que no se rían de ella en el cole. (Alma, monomarental, Raval, 2022).

Asimismo, hay que subrayar las consecuencias en la salud física y mental. La vivienda es uno de los determinantes de las desigualdades, y demuestra una relación entre el acceso y las condiciones de la vivienda y la salud (Novoa, A. et al, 2013). La etnografía evidencia la malnutrición infantil y las enfermedades crónicas debidas a la insalubridad y sobreocupación de las infraviviendas (asma, alergias, virus, bacterias y parásitos). En lo relativo a salud mental y comunitaria, hemos recogido sensaciones de soledad y desprotección, violencias, depresión o apatía, ansiedad y estrés, adicciones (pantallas, alcohol, tabaco y otros). Por otro lado, la turistificación tiene impactos en la salud, por la suciedad y el ruido —y sus efectos sobre el descanso—. Esto va acompañado de la pérdida de identidad y desconexión con el barrio, lo que aumenta la sensación de inseguridad.

Todas estas situaciones crean un clima de estrés permanente, que en casos extremos lleva a graves problemas de convivencia, incluso a la violencia. La rabia y el enfado acumulado también pueden hacer que niños y niñas tengan problemas de comportamiento y convivencia en la escuela, hasta el punto de sufrir o a hacer bullying.

Desde lo del desahucio él no ha podido dormir. Se hace pis en la cama, no le digas que te lo he dicho, le da mucha vergüenza. La pequeña no se entera, pero él sí. Ahora pega en el colegio, y tenemos que explicarle a la profesora, que llama para preguntar si pasa algo en casa. (Yasmin, casada, Gòtic, 2018).

Los datos indican que afecta el aprendizaje durante todas las etapas con bajos rendimientos escolares, déficit de atención, hiperactividad, baja autoestima, problemas de convivencia, trastornos del comportamiento, del sueño o de la alimentación.

Cuando un niño pasa por un desahucio, pasa por un duelo, sufre. Y cuando un niño sufre, no puede aprender. (directora de escuela, Santa Caterina, 2023).

Los impactos de tipo simbólico expresan carencias trascendentales para el desarrollo social y emocional, la autoconciencia y autorrepresentación respecto al yo y al grupo. Que un niño o niña no pueda colgar dibujos en las paredes, un acto aparentemente insignificante, o no vea cocinar a los padres en la pensión, tenga las cosas guardadas en un almacén municipal o no disponga de espacios propios para celebrar fiestas o verse con amigos, merma el sentimiento de pertenencia a la comunidad y genera una gran frustración.

4 Las estrategias de afrontamiento que tejen las familias

La subida de alquiler, no renovar los contratos, estratagemas legales y alegales, mobbing y extorsión, cierre del acceso al alquiler a las personas racializadas e indocumentadas, entre otras, obliga a las familias a crear

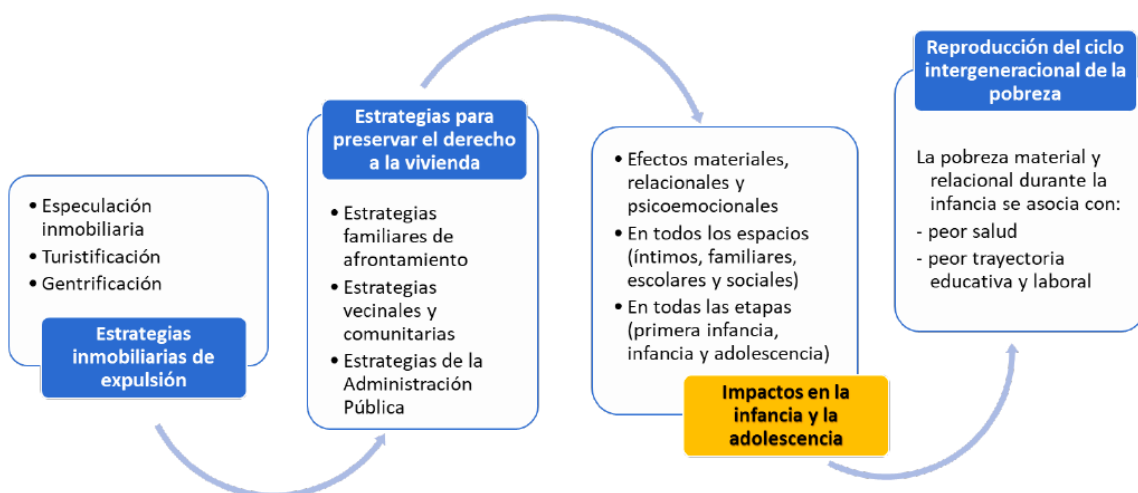
estrategias de afrontamiento. Tienen la voluntad de minimizar los impactos negativos que tienen los desahucios en las vidas de sus hijos e hijas. Sus decisiones priorizan la estabilidad en la vivienda, a veces es necesario entender que deben asumir males colaterales como inevitables: elegir la entrada forzosa a una pensión frente a quedarse en la calle, ocupar una casa frente a una estancia demasiado prolongada en una pensión, etc.

Ante esta situación de sobrecarga, las familias exploran redes de apoyo más allá de las opciones que ofrece la administración pública. Estas redes informales son capaces de movilizar gran cantidad de recursos humanos, económicos y materiales en un tiempo récord, de forma autónoma y de forma autogestionada. La existencia de redes vecinales y comunitarias de apoyo, en coordinación con la red de servicios públicos, optimizan las posibilidades de éxito en la negociación y búsqueda de soluciones favorables a las familias cuando estas se ven afectadas por una expulsión forzada. El soporte material y emocional de estas redes comunitarias enraizadas en el territorio reduce significativamente su nivel de estrés y de ansiedad (Navarro_Rupérez, 2021).

Cuando ves que no eres tú, que no es que hayas hecho algo mal; que todo el mundo está igual, o peor, piensas: ‘Yo puedo. Puedo hacer algo por el otro, como el otro lo ha hecho por mí’. Primero, flipas, qué desconocidos te ayuden tanto. Ahora ya no somos vecinos, somos familia. (Hombre, viudo, 68 años a cargo de 2 nietos de 6 y 3 años. La Ribera, 2018).

El arraigo es una estrategia de afrontamiento imprescindible para la subsistencia de las familias empobrecidas, y a su vez, la herramienta para hacer frente a la expulsión y garantizar los derechos de la infancia. El arraigo tiene esta dimensión múltiple, es una necesidad esencial conectada con la identidad y la pertenencia, y una estrategia de resistencia, que a su vez se sostiene por el capital social y relacional. Porque, del hecho de estar arraigado en el territorio, depende poder contar con la comunidad para afrontar la expulsión. El apoyo cotidiano del vecindario facilita la conciliación laboral, préstamos e intercambios, recursos inmateriales e informaciones de gran valor, cuidados y acompañamiento emocional y psicológico. La casa es más que un techo. Perder la casa es perder el barrio y poner en peligro la propia subsistencia y la calidad de vida de los hijos e hijas.

A mi amiga le ofrecieron un piso en Terrassa, y me dice ‘¿pero ¿qué se me ha perdido en Terrassa?! No tengo a nadie, no conozco a nadie. (Rosa, casada, Gòtic, 2019).



Fuente: elaboración propia del IIAB.

5 Conclusiones

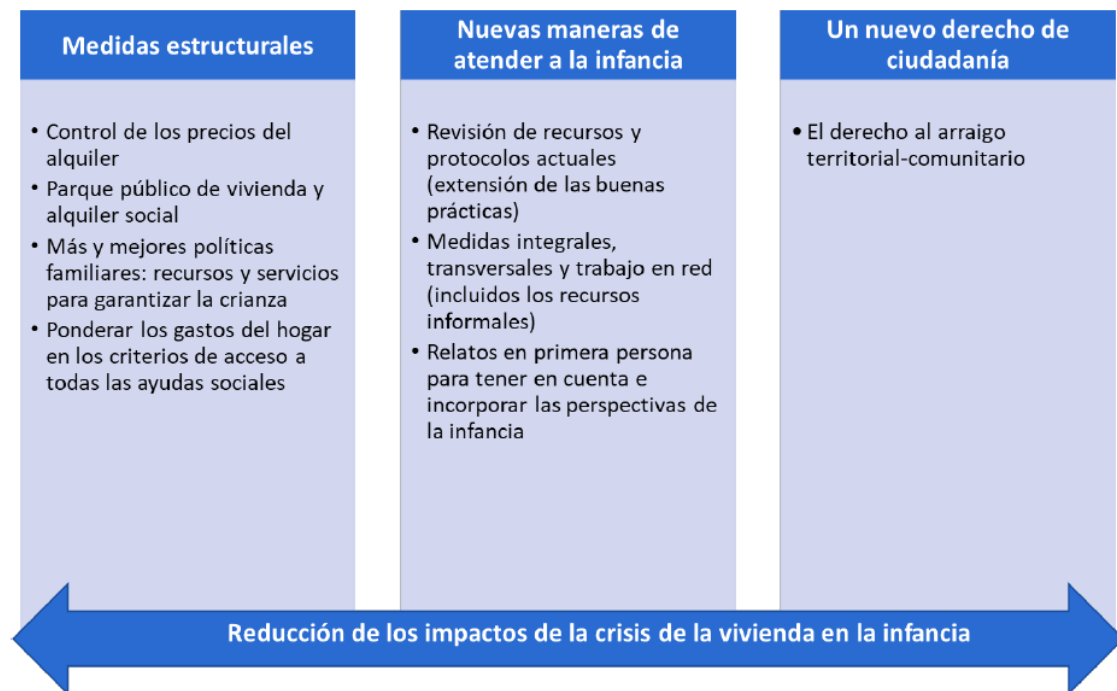
El estudio demuestra que la inaccesibilidad, la pérdida de la vivienda o riesgo de expulsión del barrio menoscaba, de manera transversal y profunda, la vida de la infancia en todas sus etapas y dimensiones, vulnerando sus derechos fundamentales.

En los últimos 5 años se ha incrementado significativamente la inversión de la administración municipal para hacer frente a la crisis de la vivienda. Aun así, hacen falta leyes, más y mejores medios y un mayor compromiso por parte de todas las administraciones. La coordinación entre los servicios y dispositivos de la Administración Pública con los servicios sociales, centros educativos y de salud, y redes comunitarias arraigadas en el territorio optimizan los recursos y minimizan los impactos. Las ayudas directas en vivienda y en infancia desde las políticas públicas de rentas alivian a las familias del estrés que impone la carga económica del hogar, aleja de la segregación residencial y atenúa la pobreza energética.

En este sentido, es necesario reivindicar el derecho al arraigo en el barrio (no reconocido en ninguna constitución ni convención internacional) y entender que una familia empobrecida y desarraigada de su barrio y de su red de proximidad (comercio local, vecindad, redes comunitarias, amistades, escuela y servicios municipales) es una familia todavía más vulnerabilizada.

Además, se deberían revisar algunas medidas, como los lugares de estancia de los menores de edad expulsados de su hogar. También habría que fomentar más experiencias pioneras, como las impulsadas desde los equipos de servicios sociales de Ciutat Meridiana y Raval Sud para cambiar las formas de atención a las familias en procesos de desahucio, con especial foco y acompañamientos a los niños, niñas y adolescentes y extenderlas a toda la ciudad.

1 Recomendaciones ante los impactos de la crisis de la vivienda en la infancia



Fuente: elaboración propia del IIAB.

Referencias bibliográficas

- Institut Infància i Adolescència de Barcelona (2022). *Impactes de la crisi de l'habitatge en les vides dels infants i els adolescents*. IIAB-IERMB y Ayuntamiento de Barcelona.
- Institut Infància i Adolescència de Barcelona (2023) *Context residencial de la infància, cost de l'habitatge i dinàmiques d'expulsió a la ciutat de Barcelona. Estat de la qüestió 2021-2022*. IIAB-Institut Metròpoli.
- Donat, C., Sender, M., Bosch, J., Arcarons, A. (2021) *State of housing. Catalunya i Barcelona*. Observatori Metropolità de l'Habitatge (OHB) y Observatori DESC.
- Antón-Alonso, F., Cruz, I., Porcel, S. & Sànchez, A., (2019): *Infàncies i habitatge: sobre costos, gentrificació i emergència habitacional a Barcelona* Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona. Ayuntamiento de Barcelona.
- Observatori Metropolità de l'Habitatge de Barcelona (2019). *L'habitatge a la metròpoli, 2018*. Observatori Metropolità de l'Habitatge de Barcelona - Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona.
- Navarro-Ruperez, M. (2021) *Redes vecinales de apoyo y estrategias de afrontamiento en familias empobrecidas en Barcelona en tiempos de pandemia*. *Gazeta de Antropolgia*.
- Novoa, A. et al. (2013) *El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda*. *Gaceta Sanitaria*. Volume 28, Supplement 1, June 2014, Pages 44-50



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Evaluar para aprender y mejorar. Los gobiernos locales y la intervención social ante el sistema de indicadores de Unicef

Gonzalo Navarrete, Traza Territorio (+34 605 44 83 89)

Paula Jiménez, Traza Territorio (+34 634 47 48 46)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La posición social de la infancia y adolescencia está cambiando; es un colectivo cada vez menor, que a su vez está sobreprotegido y privatizado. Además, con el tiempo ha ido ganando atención política, mediática y social, e incluso se ha diseñado un certificado de Ciudades Amigas de la Infancia por Unicef. Si bien dirigir la mirada hacia las problemáticas y necesidades de niños, niñas, adolescentes y familias es fundamental, cabe preguntarse qué dinámicas hay en juego, y qué oportunidades o retos plantea esta certificación y sus requisitos. Este artículo analiza el sistema de evaluación cuantitativa propuesto por Unicef para hacer seguimiento de las políticas locales de infancia y adolescencia. Plantea el riesgo de sistematizar datos sin promover el aprendizaje, o la socavación de las instituciones y su capacidad de pensar de manera creativa y local. El texto también señala algunas propuestas de evaluación, de índole más cualitativa y participativa, que podrían paliar los efectos negativos identificados.

Palabras clave

Infancia y adolescencia, evaluación, políticas locales, Unicef

1 Introducción. El lugar de la infancia

La infancia y la adolescencia constituyen hoy un colectivo de importancia social. Si bien este colectivo es cada vez más pequeño, nunca se ha hablado tanto de los niños y las niñas. En sociedades neoliberales, la infancia se reduce¹ mientras se reconoce, idealiza y protege, y su posición social cambia.

El envejecimiento de población no puede separarse de la pérdida de poder de la institución de la familia, pues ya ni el matrimonio ni la decisión de tener hijos está tan determinada. La sociología crítica moderna (Giddens, 1991; Beck, 2003) habla de desinstitucionalización: la erosión de las instituciones como la cárcel, la fábrica, la escuela, la familia o la iglesia, y el auge de los proyectos individuales. La desinstitucionalización ha facilitado el caldo de cultivo idóneo para la individualización y atomización de la vida social, ya que renueva las relaciones entre sujetos y normas sociales, dejando vía libre a los deseos, las percepciones y las actitudes individuales, y no a la adscripción a una institución. Ya no deciden las instituciones sobre los sujetos, sino que cada sujeto debe decidirlo todo; el género, la identidad, las creencias religiosas, la muerte o la educación de los hijos.

La pérdida de peso de la infancia como grupo social ha desembocado en una disminución de su visibilidad pública (en la calle, en los equipamientos públicos) y, también, en mayores dificultades para influir como colectivo ante los adultos, que les superan con creces en número y poder. Sin embargo, tener hijos e hijas sigue

¹ La población infantil se reduce en términos relativos, en relación con la inversión de la pirámide de población en numerosos países del Norte Global.

representando un proyecto vital importante para numerosas familias, aunque mermado por la incertidumbre económica y social. En este contexto aparece cierta privatización y control de la infancia y la adolescencia, ensalzada y añorada por sujetos adultos que tienen menos hijos e hijas. Estos aspectos son esenciales para entender la sobreprotección infantil y el estrecho margen de riesgo que la sociedad está dispuesta a asumir con relación a sus escasos “efectivos” infantiles (Pernas & Román, 2021).

Numerosos agentes participan en este doble proceso de sobreprotección y reconocimiento de la infancia. Este artículo pretende analizar y abrir preguntas sobre una herramienta impulsada por Unicef. Tras la segunda conferencia de Naciones Unidas sobre Asentamientos Humanos en 1996, Unicef impulsó el reconocimiento o certificado Ciudades Amigas de la Infancia (CAI) con el objetivo de favorecer la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño en los municipios, con las entidades locales como agentes clave².

Los requisitos para lograr el reconocimiento han ido cambiando; cuando comenzó, Unicef solicitaba que los Ayuntamientos tuvieran poco más que un Plan Local de Infancia y Adolescencia (PLIA). En el año 2022 se incorporó un nuevo sistema de evaluación cuantitativa con el propósito de garantizar que los planes se desarrollen y ejecuten. Este trabajo ahonda en la función que juega este reconocimiento en la política local en el marco del nuevo sistema de evaluación impulsado por Unicef.

2 Metodología. Aprender acompañando

El presente análisis está nutrido de experiencias de consultoría del sector público en torno al diseño y evaluación de políticas de infancia. Estas experiencias conllevaron un trabajo de estudio de PLIAs recientes, poniendo el foco en las decisiones la evaluación que los planes incluían. El análisis documental y las entrevistas grupales con equipos técnicos y políticos de diferentes municipios, y la participación en encuentros entre ayuntamientos, han permitido recoger y contrastar información sobre el contexto, los criterios y los resultados de los planes y sus sistemas de seguimiento y evaluación.

Por un lado, el análisis se basa en el proceso de trabajo de acompañamiento al Ayuntamiento de Parla, en el proceso de reconocimiento CAI con su PLIA “Parla A tu Altura” (2021-2025). Este Plan se desarrolló mientras Unicef elaboraba la nueva herramienta digital para el reconocimiento. Tras año y medio desde la puesta en marcha del Plan, se publicó el nuevo marco de evaluación cuantitativa propuesto por Unicef. Desde entonces, los indicadores planteados por esta agencia centraron todo el esfuerzo municipal.

Por otro lado, este artículo recoge la experiencia de desarrollo del PLIA de San Fernando de Henares en 2023, orientado desde su inicio al reconocimiento CAI, con el nuevo sistema de evaluación ya en marcha. Dado el trabajo que requiere entender el sistema y elegir indicadores, el desarrollo de esta política pública estuvo dedicado a cumplir con el sistema de Unicef y, en mucha menor medida, a pensar – de forma abierta y creativa – en cómo abordar los retos concretos de la infancia y adolescencia desde un trabajo interdepartamental.

Por último, la escucha y participación en cuatro encuentros y varios hilos de correo de un grupo de ayuntamientos preocupado por el sistema de Unicef ha permitido recoger la opinión de más equipos municipales, principalmente equipos técnicos de las concejalías de infancia y adolescencia. Los testimonios de estas personas han facilitado la comprensión de retos comunes y obstáculos del nuevo sistema.

² 342 ciudades españolas disponen actualmente de la certificación, además de miles de municipios en casi 50 países del mundo que suscriben la iniciativa.

3 Resultados y conclusiones. La evaluación y el reconocimiento como objetivo

Si bien este reconocimiento ha sido un motor para la elaboración de políticas locales orientadas a abordar los problemas y las necesidades de niños, niñas, adolescentes y familias, podría estar desencadenando un cierto vaciamiento de las políticas locales de infancia. Esto ocurre al convertir el certificado en el objetivo de las políticas en detrimento del impacto en la vida de la infancia y adolescencia.

Unicef considera que el primer objetivo de la iniciativa es lograr que los resultados sean demostrables, y ha incorporado como requisito a las candidaturas la exigencia de que los PLIA usen un sistema de evaluación determinado. Este sistema presenta dudas en cuanto a su capacidad para promover el diseño, la implantación y el impacto favorable de las acciones, pero sobre todo no parece la mejor forma de ayudar a reflexionar, aprender y mejorar en torno a las políticas locales de infancia.

Entre las apuestas de Unicef para hacer efectivos los derechos de la infancia a nivel local, destacan la participación multiactor con hincapié en el papel de niños y niñas, la colaboración interdepartamental transversalizando el enfoque de infancia en los gobiernos locales, y el seguimiento y evaluación como requisito indispensable de la mejora de las políticas públicas (Unicef, 2022).

Unicef España ha publicado no solamente folletos de instrucciones para el reconocimiento sino estudios y guías sobre gobernanza, participación y evaluación de Planes locales, referencias útiles que han ayudado a identificar ámbitos de trabajo necesarios en algunos ayuntamientos, como la formación interna sobre perspectiva de género y generación en el seno de las administraciones locales (Unicef, 2022).

Sin embargo, la certificación podría estar operando más como una marca que como un impulso al desarrollo de políticas locales con impacto en la vida de niños, niñas, adolescentes y familias. La extrapolación de la lógica mercantil del uso de marcas es ya una práctica extendida en la racionalidad neoliberal (Costa, 2004) y ha llegado a las instituciones públicas. Las ciudades utilizan estrategias de marketing o city branding para atraer inversiones y oportunidades. Para ello, se presentan empleando signos, cada vez más visuales y simples, para ser percibidas de una determinada manera. Asimilada a un bien de mercado, parece estar fraguando una mercantilización de la infancia y la ciudad a través de la certificación CAI, exhibiéndose como marca de los Ayuntamientos para convencer a grupos de interés y emocionar o conmover a la población.

3.1 El sistema de indicadores de Unicef para la evaluación de políticas de infancia y adolescencia

Unicef plantea que “en el ámbito de las políticas locales de infancia y adolescencia hay que avanzar en la objetivación matemática de la realidad” y en segundo lugar, añade la posibilidad de contar con “la información cualitativa que se pueda aportar al respecto” (Unicef, 2022). Propone por tanto una evaluación para “objetivar una realidad mediante datos” y compararla con estándares internacionales. Esto se concreta en indicadores cuantitativos, principalmente de seguimiento y, en menor medida, de resultados de las acciones que componen los PLIA. Este sistema³ se presenta en una matriz de componentes, con objetivos y áreas de trabajo vinculados a un enfoque de derechos de la infancia (Convención de Derechos del Niño).

³ Cada ayuntamiento tiene acceso propio e independiente a una plataforma digital gestionada por Unicef en la que introducir datos generales del municipio y del de PLIA y, sobre todo, los datos de los indicadores de las tres áreas de trabajo en cada uno de los cinco objetivos y en dos áreas transversales

Además, Unicef establece un número mínimo de indicadores a elegir entre ciertos objetivos y áreas de trabajo, mínimo ya de partida elevado que crece según el tamaño de la población del municipio y según sea o no la primera vez que presenta la candidatura al reconocimiento. Todos los indicadores se refieren al diseño del Plan, a su estado de desarrollo o, en algunos casos, a los resultados obtenidos. Es decir, se trata fundamentalmente de un sistema evaluativo de seguimiento del Plan. Apenas se pide información sobre la situación de la infancia, las claves de diagnóstico, la evolución en el logro de objetivos específicos o el impacto esperado del Plan.

Varios gobiernos locales han señalado barreras importantes no únicamente por el diseño de la plataforma sino por la dificultad en obtener los datos que se solicitan a todos los Planes por igual, el tiempo que requiere el uso de la herramienta, la ausencia de criterios generales de diseño y evaluación y la falta de espacios de intercambio y aprendizaje conjunto. Como resultado del análisis de casos, se han identificado tres ejes descriptivos del sistema de evaluación de Unicef.

3.1.1 Datos sin fuentes

Unicef argumenta que la función del sistema de evaluación, recientemente incorporado como requisito para el reconocimiento CAI, es la de garantizar el cumplimiento de las acciones de los PLIA. En este sentido, la plataforma digital para el reconocimiento incluía muchos indicadores de seguimiento y la obligación de justificar los datos aportados para los indicadores que cada ayuntamiento selecciona. Esta justificación se concretaba en la petición de fuentes de verificación, es decir, un soporte, evidencia o prueba para el valor que se está aportando del indicador elegido, pudiendo ser un informe, un acta o un certificado, por ejemplo. Sin embargo, en un intento por facilitar que más ayuntamientos sean capaces de completar la información requerida, el sistema ha dejado de exigir fuentes de verificación, comprometiendo la fiabilidad de los datos.

Unicef España, ante la petición de revisión del nuevo sistema de evaluación por parte de diferentes ayuntamientos, no ha replanteado el enfoque, los criterios o la metodología plasmada en la plataforma de indicadores, sino solamente cuestiones operativas que bloqueaban que más ayuntamientos rellenaran la información solicitada. Por supuesto, esto ha aliviado la presión sobre equipos técnicos municipales que no tenían la capacidad de sumar la carga de trabajo de aportar fuentes de verificación para tantos datos. Sin embargo, el resultado es que se puede cumplir con los criterios para obtener el reconocimiento CAI sin justificar que la información sea verídica y fiable, con tal de aportarla en la cantidad requerida.

3.1.2 Globalización de la evaluación

La evaluación de seguimiento y basada en datos cuantitativos no es sensible a la historia o el contexto sociocultural en el que está la infancia y la adolescencia. Se plantea un mismo sistema de indicadores para ciudades con características y problemáticas muy diferentes. De hecho, el núcleo de la propuesta de Unicef consiste en que los gobiernos locales elijan indicadores de una lista cerrada, impulsando una estructura y resultados homogéneos para todos los municipios sin tener en cuenta su diversidad.

Hay muchas acciones que no pueden tener cabida en el Plan porque no se contempla en el sistema de indicadores; por ejemplo, la creación de proyectos público-comunitarios en torno a la reactivación de edificios municipales en desuso para crear equipamientos para la infancia o la sensibilización sobre

temas climáticos implicando a la infancia⁴. En el caso de los municipios que hicieron Planes antes de que se publicara el sistema de indicadores, se ha visto cómo hay acciones de gran valor para los municipios y que no se recogen en el sistema de indicadores. El sistema deja fuera acciones creativas, innovadoras y locales, y

⁴ Este es el caso del piloto ManzaEnergía, del proyecto Lightness, que ha implicado a la comunidad educativa y ha resultado ser una política pública-comunitaria innovadora de implicar a la infancia en una transición energética justa. Este proyecto fue financiado por la EU's Horizon 2020, bajo el Grant Agreement nº 953020.

fomenta Planes casi iguales. Podemos decir que Unicef propone un único molde para cocinar el mismo bizcocho en cada lugar; es una cadena de montaje para hacer PLIA fáciles, sin pensar de manera local y creativa. Para ajustar Planes a la infancia y adolescencia habría que hacer un trabajo más casero.

3.1.3 Sistematizar sin pensar

La evaluación de Unicef plantea un sistema que se repite, y que permite comparar los datos entre ciudades, pero que limita pensar y encontrar el sentido del Plan. Cuando los objetivos ya vienen marcados, no es fácil generar una visión o estrategia política. La evaluación y el propio PLIA parece más un producto precocinado para conseguir (o consumir) una marca. Por ejemplo, el objetivo de “Lucha contra la pobreza y las desigualdades de acceso” tiene indicadores concretos como “Número de familias que recibieron ayudas de emergencia en el año” (Unicef, 2023). Por lo tanto, únicamente acciones que respondan a esos indicadores pueden reconocerse por Unicef, y no investigaciones para entender la pobreza de un barrio concreto o una población determinada, o programas que no sean de ayudas directas⁵.

Usando la plataforma de Unicef se comprende que los equipos municipales elijan indicadores cuya información es fácil de obtener, por disponibilidad, por no ser necesario un buen diagnóstico, por tener competencias y por asociarse unívocamente a una de las acciones del Plan. Es decir, el sistema invita a centrarse exclusivamente en rellenar datos para cumplir con los mínimos a cubrir de la matriz de componentes que impone la certificación, de forma desconectada de la realidad de la situación de la infancia. Así se aparta a los equipos técnicos y políticos de pensar en lo que de verdad hace falta, y dirige los planes hacia objetivos e indicadores predeterminados. El reconocimiento podría estar imponiendo un enfoque y generando una burocracia que hace más difícil aprender y cambiar en las entidades locales.

3.2 Propuestas prácticas para evaluar las políticas locales

3.2.1 Entender el impacto

La parcialidad en cuanto al enfoque de la evaluación, centrada en el seguimiento y evitando hablar de impacto, es una acción decidida. La agencia señala que “los ayuntamientos, u otras Entidades Locales, no siempre tienen capacidad para gestionar indicadores de impacto” pues requieren un proceso complejo. Sin embargo, su conclusión, a juzgar por la plataforma digital de evaluación, es prescindir de la reflexión sobre el impacto. El número de programas, uno de los indicadores sugeridos en distintos ámbitos, difícilmente permite evaluar una política pública, únicamente dará cuenta de si se han hecho intervenciones. Incluso el número de personas participantes o afectadas por una medida, por sí mismo, solamente facilita información sobre si han llegado a más o menos gente. Pero estas medidas no tienen por qué cambiar la situación de la infancia, pueden estar apuntalando desigualdades.

En la evaluación de impacto es complicado aislar el efecto de la política que se evalúa, del efecto de la evolución del contexto y otros fenómenos que afecten a la infancia. Se puede hacer, algunas veces, con investigación social. Esto significa que hace falta más conocimiento, no necesariamente más datos, interpretando cambios socioculturales y transformaciones en las formas de gestión municipal. Será relevante preguntarse, entre otras cuestiones, qué hubiera pasado sin el Plan, si efectivamente está alcanzando sus objetivos, y si hace falta revisar cuál es la población objetivo.

⁵ De hecho, cuando se identifica un indicador de interés para el Plan entre los planteados por Unicef, puede que no sea parte de los señalados como imprescindibles o mínimos por la agencia internacional y que por tanto acabe descartado si se busca obtener el reconocimiento de Ciudad Amiga de la Infancia.

3.2.2 Metodologías cualitativas y participativas

El reconocimiento puede ligarse a criterios y objetivos generales, y por tanto en riesgo de quedarse vacíos de contenido, o asociarse a objetivos específicos locales y a indicadores propios. Para esta última opción, una red de gobiernos locales comprometidos con la infancia, acompañados por Unicef, podría profundizar en la complejidad de los problemas, con una reflexión desde muchos lados, con grupos y personas diversas que sigan haciendo preguntas. Podría ser útil dedicar tiempo a analizar algunas acciones para ver por qué han salido mejor o peor y aprender de ello, contrastando entre equipos de diferentes entidades locales. También sería interesante usar metodologías de evaluación participativa, como talleres con agentes clave, para dilucidar si, por ejemplo, hace falta información que no se está analizando o si está siendo difícil asumir cambios por obstáculos de tipo cultural, legal o económico. Es decir, un trabajo más artesanal que permita compartir experiencias y aprender.

Las entrevistas o dinámicas participativas son también herramientas para profundizar de manera cualitativa en el resultado que políticas, programas o acciones han tenido en la vida de la infancia, la adolescencia y sus familias. Por ejemplo, en relación con la violencia vicaria, es clave idear metodologías participativas y creativas donde identificar los resultados de programas. El dibujo resulta una metodología interesante para escuchar a la infancia, en temas que puede ser difícil expresar con palabras. Encuentros con profesionales de la salud o de centros educativos, pueden también ser formas útiles para entender la implementación de una política pública, y poder así entender si logra abordar los problemas a los que apunta.

3.2.3 Evaluar para aprender y mejorar

Esta creciente atención por la infancia y, en menor medida, por la adolescencia, podría aprovecharse para impulsar criterios de análisis, diseño y evaluación de políticas públicas que inviten al aprendizaje sobre la realidad social y la mejor manera de intervenir, como una suerte de autorreflexión crítica de la gestión pública (Álvarez, Pernas & Flores, 2016). Los criterios se pueden

trabajar con intercambio de experiencias entre entidades locales, un camino en el que Unicef puede contribuir sin caer en la homogeneización de la formalización de las políticas. Pero la mejora de las políticas públicas requiere diagnóstico y preguntas en cada lugar, compartidas entre muchas personas diferentes, abordando en primer lugar cuál es el problema que se pretende resolver, así como cuáles son los objetivos de transformación en relación a la infancia y si deben ser los mismos en cada lugar. Sabiendo algo del problema y los objetivos, y considerando que en tiempos de adelgazamiento institucional los recursos y equipos de los gobiernos locales son muy limitados, también habrá que preguntarse qué acciones públicas son más eficaces.

Como Unicef señala en sus guías de evaluación, en contradicción con el sistema de indicadores que la agencia ha fijado para el reconocimiento CAI, “conviene insistir en que sobredimensionar el sistema de indicadores no es buena idea (...). Lo mejor es avanzar de menos a más, progresivamente (Unicef, 2022). Efectivamente, más que cumplir con un largo listado de indicadores, evaluar políticas de infancia tendría que suponer la activación de un ciclo constante de aprendizaje e intervención sobre la infancia y sobre la propia actuación de los poderes públicos.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, Elena; Pernas, Begoña & Flores, Milagros. (2016). Evaluación de la Estrategia para la Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres de la ciudad de Madrid 2011-2015.
- Beck, Ulrich. (2003). Adiós a lo tradicional: la individualización y las “libertades precarias”. En Beck, Ulrich et al. *La individualización: el individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Paidós.

Costa, Joan. (2004). *La imagen de marca un fenómeno social*. Editorial Paidós, Barcelona, España.

Giddens, Anthony. (1991). *Modernidad e identidad del yo*. Barcelona: Península.

Pernas, Begoña & Román, Marta. (2021). Investigación acción sobre la violencia vicaria en el contexto de la violencia de género en Castilla La Mancha. “Padres que lo ocupan todo”. La infancia en la violencia de género y la violencia vicaria. *Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha*.

Unicef. (2023). Guía para la obtención del Reconocimiento como Ciudad Amiga de la Infancia. Marco regulador.

Unicef. (2022). Guías sobre indicadores y seguimiento aplicados a los planes locales de infancia y adolescencia.

Unicef. (2022). Guía. Indicadores, concepto y utilidad en las políticas locales de infancia y adolescencia.

Unicef. (2022). Guía. Para una buena gobernanza de una política local de infancia.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Transiciones de Primaria a Secundaria: haciendo confluir la mirada del alumnado y la administración

Mercedes Ávila Francés, Facultad de Educación de Cuenca, UCLM (Mercedes.Avila@uclm.es)

Paloma Candela Soto, Facultad de Educación de Ciudad Real, UCLM (Paloma.Candela@uclm.es)

M^a Carmen Sánchez Pérez, Facultad de Educación de Albacete, UCLM (Mariacarmen.Sanchez@uclm.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El estudio de la transición de primaria a secundaria se ha focalizado en las percepciones de docentes, estudiantes y familias. Pero su complejidad exige incluir la visión de la administración educativa. Esta comunicación analiza el papel de la administración educativa en el proceso de transición a la educación secundaria, considerando la necesaria participación del alumnado protagonista. Desde una perspectiva crítica, avalada por los estudios sociales de la infancia (Gaitán, 2022), se exploran las ventajas de escuchar la voz del alumnado en los espacios de coordinación administrativa (Sierra y Parrilla, 2019). Los objetivos del trabajo se orientan a analizar el marco jurídico sobre la transición de Primaria a Secundaria y su funcionamiento real, incorporando la perspectiva de técnicos y especialistas de la administración, para trabajar en propuestas de mejora que cuenten con participación comunitaria. La metodología se basa en análisis documental, explotación de datos secundarios y entrevistas a informantes clave. Los resultados apuntan a la falta de homogeneidad en los procedimientos, al peso que los y las docentes otorgan al rol de la administración y a la necesidad de establecer comunicación entre administración y protagonistas, especialmente los y las adolescentes que transitan.

Palabras clave

Transición primaria a secundaria, Administración educativa, protagonismo del alumnado

1 Introducción

La transición de Educación Primaria a Educación Secundaria presenta unas características que lo convierten en un proceso de enorme relevancia en las trayectorias vitales, tanto para los y las adolescentes, como sus familias (Bharara, 2020; Monarca et al., 2012). El estudio de esta etapa se ha centrado en identificar principalmente las perspectivas del profesorado (Folgar et al., 2013; Monarca et al., 2013) y del alumnado protagonista (Douglas, 1998; Monarca et al., 2012). Respecto al alumnado, nuestra investigación (Ávila et al., 2022), constata la ambivalencia con la que vive la transición, expresada en las inquietudes, expectativas e ilusiones sobre el propio proceso. El grueso de sus inquietudes (y preocupaciones) tiene que ver con el cambio de amistades, las relaciones con el profesorado, las cuestiones académicas y el desconocimiento de los nuevos espacios. La incertidumbre y el desconocimiento del nuevo escenario les provoca, en buena medida, una sensación de inseguridad y preocupación al culminar la etapa de primaria; especialmente en los perfiles más vulnerables. En las imágenes y relatos que los y las preadolescentes construyen del instituto, abundan los mitos y los estereotipos; al no disponer de información sobre cuestiones que a ellos y ellas les preocupan e interesan, recurren a lo que circula en su contexto. Además, no podemos olvidar la visión y las expectativas adultas (de docentes y familia) que están influyendo en las inseguridades del alumnado ante el cambio de etapa.

Es, sin embargo, menos habitual encontrar estudios centrados en el rol de las familias (Chen y Gregory, 2009) y resulta aún más complicado identificar estudios orientados a investigar el papel de la administración educativa, como muestran González-Rodríguez et al. (2019) en los resultados de su revisión sistemática. No obstante, cabe identificar claramente algunos elementos que influyen en el proceso de transición de educación primaria a secundaria, como una alta ratio estudiante-profesor (Holas y Huston, 2012), que están directamente vinculados con competencias y decisiones administrativas.

Coincidiendo con Antúnez (2005), entendemos que la falta de cooperación institucional supone una dificultad para la transición y, por tanto, impide generar actuaciones colectivas (que incluyan a la administración y al alumnado) que puedan favorecer una transición positiva (Álvarez y Pareja, 2011). Así se constata, por ejemplo, en la investigación desarrollada en Cataluña por Darder (1999), que analizó la colaboración territorial de la administración educativa en el proceso de transición. También Plotner et al. (2020) identifican efectos positivos de la colaboración y comunicación entre los agentes implicados en el proceso.

Con la investigación que venimos desarrollando, Transición de Primaria a Secundaria en Castilla-La Mancha, se ha adoptado un enfoque holístico, considerando las diferentes perspectivas. En este trabajo se presentan los primeros resultados del análisis realizado sobre el papel de la administración, que, aunque menos estudiado, tiene gran relevancia. Aunque no será objeto de esta comunicación, se realiza una aproximación al tema desde un paradigma participativo, considerando esencial la inclusión del alumnado en la toma de decisiones y en el diseño de políticas para esta transición educativa.

2 Metodología

Este trabajo se enmarca en una fase de ampliación de una investigación reciente sobre la transición de Primaria a Secundaria en Castilla-La Mancha. Dicha investigación consistió en un estudio cualitativo que analizaba los discursos sobre la transición del alumnado, sus familias y los docentes de ambas etapas. Se llevó a cabo en dos fases. En la primera, el trabajo de campo se desarrolló en 6 colegios de educación primaria de distintas localidades de Castilla-La Mancha con diferentes tamaños de población. La segunda fase se llevó a cabo en el siguiente curso académico, cuando los alumnos que promocionaron de sexto de primaria cursaban 1º de ESO. El trabajo de campo se realizó, por tanto, con el mismo alumnado, primero en colegios y luego en institutos. Para cada colegio de primaria se seleccionó el instituto al que mayoritariamente transitó su alumnado.

Para el alumnado, las técnicas de recogida de datos consistieron en cuestionarios abiertos. Para facilitar su cumplimentación se diseñaron sendas dinámicas. La dinámica de 1º de ESO incluyó también un grupo focal. En cuanto al profesorado, se llevaron a cabo grupos focales.

Para recabar la información correspondiente a la administración, hemos recurrido a dos técnicas: el análisis documental de la normativa relacionada con la transición y las entrevistas a informantes clave. A través de la primera, conocemos los aspectos formales del proceso, mientras que la segunda nos descubre la visión y el funcionamiento real del proceso. El perfil de los y las informantes clave han sido: inspectores de educación, orientadores y técnicos del Servicio de Inclusión de la Consejería de Educación de Castilla-La Mancha. En este momento, el estudio se encuentra en la fase de explotación y análisis de la información, con el fin de realizar un análisis temático reflexivo. Se anticipan en esta comunicación algunos de los principales hallazgos.

3 Resultados y conclusiones

En el análisis de la normativa, vemos como en la LOE ya se apuntan mecanismos para facilitar la transición, como la obligatoriedad de elaborar para cada alumno un informe personalizado sobre su aprendizaje y los objetivos y competencias adquiridas al finalizar la primaria (art. 20.5). La LOMLOE propone adoptar “medidas de carácter organizativo y curricular”, como la coordinación entre los proyectos educativos de los colegios y los institutos, y que se procure que en primero y segundo de ESO haya como máximo un área más que las que hay en el último ciclo de primaria.

En Castilla-La Mancha, la coordinación entre primaria y secundaria se contempla principalmente en tres normas: el Decreto 92/2022, por el que se regula la organización de la orientación académica, educativa y profesional en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha; la Orden 121/2022, que regula la organización y el funcionamiento de los centros públicos de Infantil y Primaria, y la Orden 118/2022, que regula la organización y funcionamiento de los institutos de educación secundaria. Se trata de una normativa más general de centros, al no existir una regulación específica de este proceso, como si ocurre en otras autonomías (por ejemplo, la Orden 46/2011, de 8 de junio, de la Conselleria de Educación, por la que se regula la transición desde la etapa de Educación Primaria a la Educación Secundaria obligatoria en la Comunitat Valenciana).

Según la mencionada normativa castellanomanchega, la transición entre etapas es competencia, por un lado, de los Equipos de Orientación (en el caso de los colegios) y de los Departamentos de Orientación (en el caso de los institutos) y, por otro, de las personas tutoras. Los mecanismos que se fijan para facilitarla por parte de colegios e institutos consisten en:

1. Traspaso de información sobre el alumnado, siendo prescriptivo el informe final de etapa y el historial académico.
2. Actuaciones de acogida y presentación para informar al alumnado y las familias sobre los proyectos y las normas.
3. Presentación y revisión mutua de las programaciones didácticas de las áreas de 6º de Primaria y de sus correspondientes materias en 1º de ESO.
4. Otras actuaciones conjuntas.

En el análisis de este marco regulador, no aparece la participación del alumnado que transita. Su perspectiva y aportaciones también quedan fuera, en la práctica, del diseño o propuesta de actuaciones vinculadas a la transición.

Buscando conocer cómo esta normativa se concreta en la realidad y en función del contexto de actuación, se desplegó un trabajo de campo con entrevistas a informantes clave. Así, encontramos que la región se divide en “zonas de orientación” y al frente de cada una hay un coordinador. En cada zona de orientación se celebra a finales de junio una reunión específica de transición, a la que acuden todos los orientadores de primaria y de secundaria de la misma. En esas reuniones, los orientadores de primaria trasladan información sobre su alumnado a los orientadores de cada instituto a los que va a transitar. Adicionalmente, los orientadores u orientadoras de secundaria mantienen un encuentro particular con los orientadores de cada colegio de origen del alumnado. Es aquí donde se traspasan los informes individuales de final de etapa y los historiales académicos de los alumnos. Se ha detectado, sin embargo, que no existe una normalización de este informe, encontrándose un desarrollo dispar de la información que reciben los IES. Consideramos relevante, además, que todos los informantes destacan la importancia de la comunicación verbal; es decir, los comentarios sobre determinado alumnado que no se escriben en la documentación oficial.

En un segundo momento, esta información relevante de cada estudiante que llegará a 1º de ESO, recopilada por el o la orientadora del IES, es trasladada a Jefatura de Estudios para hacer los agrupamientos. Los centros dan mucha importancia a la confección de los grupos. Una vez constituidos los grupos, la información relativa al alumnado se pasa a los tutores y tutoras y al profesorado de ese grupo.

A nivel de centro, las acciones relacionadas con la transición se recogen en el Plan de Acción Tutorial de 1º de ESO. Por ejemplo, técnicas de estudio por materias, charlas y dinámicas sobre convivencia, etc. Estos dos aspectos, estudio y convivencia, son los que más se trabajan.

En nuestro estudio, hemos identificado que las acciones típicas de la transición son:

- Jornadas de puertas abiertas durante el periodo de admisión (febrero) para enseñar el IES, su funcionamiento, etc. al alumnado de 6º de primaria y sus familias.
- Primera reunión informativa en el IES con las familias y el alumnado que ya ha sido admitido o que ha solicitado ese IES.
- Evaluación inicial. Se trata de un proceso que abarca desde el principio de curso hasta la primera semana de octubre en la que se recopila información sobre el alumnado de cada grupo mediante exámenes de las distintas materias para comprobar “el nivel” y observación del comportamiento. La evaluación inicial culmina en el acto de la sesión de la evaluación inicial, que reúne al Equipo Docente de cada grupo. Aquí se realizan comentarios del tipo “este grupo es muy hablador”, “este otro es muy infantil”, etc. La evaluación inicial es sumamente importante, pues en ella suelen comenzar los procesos de etiquetación de los que hablan los distintos autores (Río Ruiz, 2015).
- Después de la evaluación inicial, con la información obtenida, cada tutor hace una reunión con las familias, a las que puede asistir el alumnado. Esta reunión supone el primer contacto entre las familias y el tutor, por lo que según cómo se prepare, qué puesta en escena se siga, qué se diga y cómo, qué imagen se transmita, etc. puede predisponer positiva o negativamente a las familias para acudir a las tutorías. Sería pues, muy importante, diseñar esa reunión para crear cercanía y confianza.

Resalta de nuevo la ausencia de la perspectiva del alumnado en la toma de decisiones, diseño y desarrollo de estas actuaciones. Sí se han identificado experiencias que incorporan al alumnado “senior” en la bienvenida de los y las nuevas estudiantes al instituto.

Pese a no formar parte de nuestros objetivos iniciales, en los resultados preliminares cabe destacar un elemento de análisis que se pone de manifiesto en la realidad castellanomanchega: el contexto rural. Si bien la normativa, los procedimientos y acciones establecidas para acompañar la transición en esta etapa educativa, como hemos visto anteriormente, no distinguen entre contextos urbanos y rurales, se identifican algunos rasgos y prácticas diferentes. Así, en determinados contextos rurales, la experiencia y redes de colaboración entre centros y el compromiso de docentes rurales en el acompañamiento del alumnado y sus familias, están funcionando como factores de éxito en la transición a la etapa secundaria. Resultados similares se constatan en estudios previos (Bereziartua et al., 2017; Hurtado y Estupiñán, 2020).

En contraste con las acciones de acompañamiento llevadas a cabo en contextos urbanos, en exceso burocratizadas, en las transiciones rurales hemos observado experiencias que incorporan elementos como la cercanía en las reuniones de coordinación por áreas, la continuidad en el seguimiento y la retroalimentación del alumnado en fase de adaptación al instituto desde la evaluación inicial: “Ellos nos orientan y nos dicen, por ejemplo, en comprensión lectora están fallando, entonces tú lo tienes en cuenta y sabes que tienes que incidir en eso, o estamos haciendo tal actividad para que lo tengáis en cuenta” (MPD, Directora de CRA). Como contrapunto, se identifican limitaciones en estos contextos rurales para construir y sostener redes de

acompañamiento a la transición educativa, como las limitaciones del transporte, que perpetúan la desconexión de algunas zonas y realidades socioeducativas concretas.

Estos resultados preliminares hacen de la transición de etapa una especie de analizador social que permite comprender algunos procesos y dinámicas que pueden estar comprometiendo la continuidad educativa, personal y emocional de muchos jóvenes en su paso hacia la educación secundaria. Al incorporar la mirada de la administración se ha buscado profundizar en aquellos aspectos relevantes de todo lo instituido, es decir, que reproducen la institución (reglas, legislación, normas...), junto a las culturas y prácticas de los agentes sociales que forman parte de esta desde una acción de vigilancia (y mantenimiento) de la institución (inspección...). Consideramos esencial desvelar, o dejar que emerja la acción que resiste, que se opone y quiere cambiar “lo instituido”: sujetos y equipos educativos implicados, que trabajan desde una perspectiva de las oportunidades que ofrecen las transiciones de etapa. Profesionales que, desde prácticas inclusivas y con sentido, acompañan al alumnado y a sus familias.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, J.D. y Pareja, J.M. (2011). *¿Es posible una transición pacífica? La transición educativa es una cuestión colectiva*. Universidad de Alicante
- Antúnez, S. (2005). El cuidado de los procesos de transición de primaria a secundaria: a modo de balance. *Aula de innovación educativa*, 142, 7-11.
- Ávila Francés, M., Sánchez Pérez, M. C. y Bueno Baquero, A. (2022). Factores que facilitan y dificultan la transición de educación primaria a secundaria. *Revista de Investigación Educativa*, 40(1), 147-164. <http://dx.doi.org/10.6018/rie.441441>
- Bereziartua Zendoia, J.; Intxausti Intxausti, N.; Odriozala Aldalur, A. (2017): Acción tutorial en la transición del alumnado de las escuelas del medio rural a la educación secundaria. *Tendencias pedagógicas*, 29, 189-210.
- Bharara, G. (2020). Factors facilitating a positive transition to secondary school: A systematic literature review. *International Journal of School and Educational Psychology* 8 (1), 104–123. <https://doi.org/10.1080/21683603.2019.1572552>
- Chen, W. y Gregory, A. (2009) Parental involvement as a protective factor during the transition to high school. *Journal of Educational Research*, 103 (1), 53-62.
- Darder, P. (coord.), Amorós, C., Antúnez, S., y otros (1999). *Recerca sobre la coordinació entre centres de primària i secundària (Informe de progrés 1998)*. Federació de Moviments de Renovació Pedagògica de Catalunya, Rosa Sensat y Diputació de Barcelona.
- Douglas, P. (1998). *Changes in Classroom Environment and Teacher- Student. Relationships during the Transition from Primary to Secondary school*. Science and Mathematics Education Centre. Curtin University of Technology.
- Folgar, M., Rey, C. y Lamas, M. (2013). La transición de la Educación Primaria a la Educación Secundaria: sugerencias para padres. *Innovación Educativa*, 23, 161- 177.
- Gaitán Muñoz L. (2022). Debates y desafíos en la sociología de la infancia ante una nueva era. *Política y Sociedad*, 59(3), e79783. <https://doi.org/10.5209/poso.7978>
- González-Rodríguez, D.; Vieira, MJ y Vidal, J. (2019). Variables que influyen en la transición de la Educación Primaria a la Educación Secundaria Obligatoria. Un modelo comprensivo. *Bordón, Revista de Pedagogía*, 71(2), 85-108.
- Holas, I. y Huston, A. C. (2012). Are Middle Schools Harmful? The Role of Transition Timing, Classroom Quality and School Characteristics. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(3), 333-345. doi: 10.1007/s10964-011-9732-9
- Hurtado, L., & Estupiñán, M. (2020). La transición escolar de primaria rural a secundaria urbana: una aproximación teórica. *Educación y Ciencia*, (24), e11405.

- Monarca, H. A., Rappoport, S. y Fernández González, A. (2012). Factores condicionantes de las trayectorias escolares en la transición entre enseñanza primaria y secundaria. *REOP - Revista Española De Orientación y Psicopedagogía*, 23(3), 49–62. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.23.num.3.2012.11461>.
- Monarca, H., Rappoport, S. y Sandoval, M. (2013). La configuración de los procesos de inclusión y exclusión educativa. Una lectura desde la transición entre Educación Primaria y Educación Secundaria. *Revista de Investigación en Educación*, 3(11), 192-206.
- Plotner, A.; Mazzotti, V.; Rose, C y Teasley, K. (2018). Perceptions of Interagency Collaboration: Relationships Between Secondary Transition Roles, Communication, and Collaboration. *Remedial and Special Education*, 41(1), 28-39. <https://doi.org/10.1177/07419325187780>
- Río Ruiz, M. A. (2015). Procesos de etiquetaje en el ámbito escolar: los grandes temas. *Revista de Sociología de la Educación-RASE*, 8(3), 312-320.
- Sierra, M. y Parrilla, A. (2019). Haciendo de las transiciones educativas procesos participativos: desarrollo de herramientas metodológicas. *Publicaciones*, 49(3), 191–209. <https://doi.org/10.30827/publicaciones.v49i3.11409>



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

La Pandemia Paralela: salud mental y suicidio en la infancia y la adolescencia

Elena Costas-Pérez, KSNET y Redev (elena.costas@ksnet.eu)

María Sánchez-Vidal, KSNET y Redev (maria.sanchez@ksnet.eu)

Pere A. Taberner, KSNET, Redev, UB y IEB (pere.taberner@ksnet.eu)

Judit Vall Castelló, UB, IEB y CRES-UPF (judit.vall@ub.edu)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Garantizar la salud física y mental de niños, niñas y adolescentes es una prioridad para cualquier sociedad democrática. Este estudio examina las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de este grupo de personas, cuya salud física fue menos afectada por la pandemia, pero que perdió contacto social debido al cierre de las escuelas. Para ello, se presenta una encuesta que incorpora las mismas preguntas de la Encuesta Nacional de Salud de España 2017 para comparar los cambios después de la pandemia. Las mayores contribuciones de este esfuerzo son, por un lado, el análisis del posible efecto que ha tenido la pandemia sobre los trastornos mentales y de conducta, con especial atención en los pensamientos suicidas. Por otro lado, se analiza según edad, sexo y nivel socioeconómico para identificar los potenciales factores de riesgo. Dada la importancia de contar con un sistema público que permita la detección y el acceso a la salud mental, analizamos los principales retos de nuestro sistema, proponiendo recomendaciones y buenas prácticas para garantizar que la salud mental sea accesible a toda la infancia y adolescencia.¹

Palabras clave

Salud mental, infancia y adolescencia, COVID-19, sistema de nacional de salud

1 Introducción

Después de la crisis del coronavirus, la salud mental de niños, niñas y adolescentes (NNA) ha ocupado un espacio central en la agenda social y política de nuestro país. La infancia y la adolescencia son etapas en las que se desarrollan el cerebro, las emociones, la personalidad y en la que paulatinamente se van adquiriendo herramientas para hacer frente a situaciones emocional y psicológicamente complejas. Aunque el coronavirus afectó menos a NNA a un nivel epidemiológico, son ellos y ellas los que han sufrido en materia de salud mental. Encerrados varios meses en casa, y sin poder ir a la escuela, muchos NNA han convivido también con la angustia de que aquellos que les cuidan enfermasen o perdieran el trabajo durante la pandemia. Uno de los desenlaces más dramáticos del sufrimiento emocional de NNAs es el suicidio.

En este contexto, este artículo pretende analizar tentativamente cómo ha afectado la irrupción de la COVID-19 en la salud mental de la infancia y adolescencia, en comparación con su estado antes de la llegada de la pandemia. En concreto, nos centramos en trastornos mentales, de conducta y pensamientos suicidas. Para ello, realizamos una encuesta en octubre de 2021 comparable con los últimos datos de la Encuesta Nacional de

¹ Agradecimientos: esta investigación se realizó en el marco de un estudio conjunto del equipo de investigación con Save the Children España.

Salud (ENSE) de 2017 para poder comparar los cambios que se han producido en la infancia y adolescencia por la crisis de la COVID-19.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos mentales incluyen, además de la depresión o la ansiedad, reacciones excesivas de irritabilidad, frustración o enfado. Los trastornos del comportamiento se refieren al trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos de la conducta presentan síntomas como los comportamientos destructivos o desafiantes, entre los que destaca el trastorno de la conducta alimentaria.

Al final del estudio, después de exponer los resultados, analizamos los principales retos de nuestro Sistema Público de Salud, proponiendo recomendaciones y buenas prácticas para que la salud mental de los NNA esté atendida debidamente. Dado el incremento de los problemas de salud mental que se evidencian en este estudio es importante contar con un sistema público que permita la detección y el acceso a la salud mental a los niños, niñas y adolescentes, y especialmente a aquellos que se encuentren en una situación más vulnerable.

2 Metodología

En el marco de esta investigación se ha realizado una encuesta para conocer el estado de la salud de la infancia, así como el acceso al Sistema Nacional de Salud de los niños, niñas y adolescentes en España en el año 2021. La mayoría de las preguntas son idénticas a la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2017 y se han añadido preguntas específicas sobre pensamientos suicidas y estado general de la salud mental. Además, se añadieron algunas preguntas sobre la crisis de la COVID-19.

En este sentido, se realizaron entrevistas online a una muestra representativa de 2.046 personas adultas con hijos e hijas de entre 4 y 16 años. El muestreo se realizó según una estratificación por nivel de renta y por territorio para que la distribución de la renta en los hogares de las personas entrevistadas se asemeje lo máximo posible a la distribución poblacional en España. Los datos obtenidos sobre la salud de los NNA fueron reportados por los padres, madres o tutores legales. En el caso que una persona

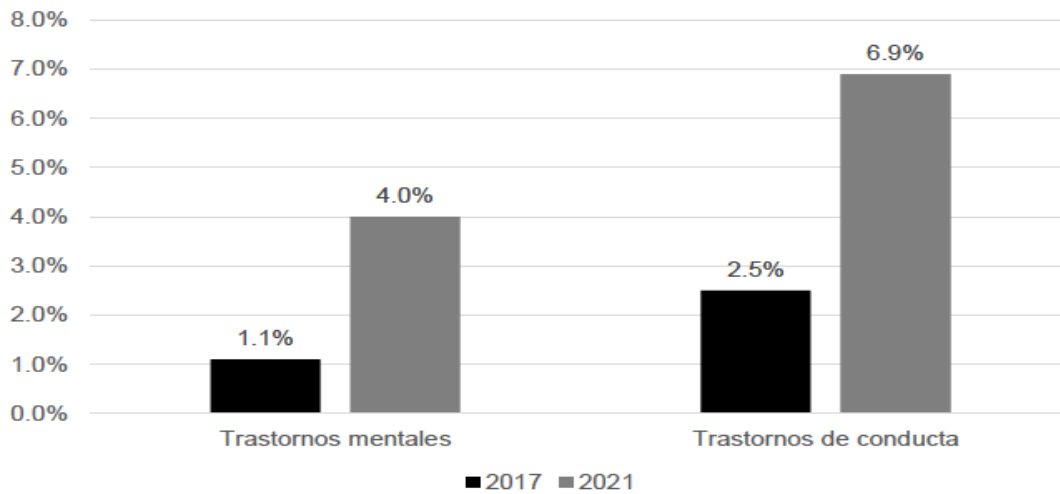
declarase tener más de un hijo o hija a cargo, se seleccionaba uno de ellos aleatoriamente para responder a las preguntas del cuestionario.

Para conocer la salud mental de los NNA en España antes de la pandemia se ha utilizado la ENS 2017. Esta encuesta elaborada por el Ministerio de Sanidad conjuntamente con el INE recoge información sobre NNA de entre 0 y 14 años. En cambio, la encuesta realizada en el marco de este estudio incluye menores de entre 4 y 16 años. Así, cuando se comparan los dos años las muestras se limitan a las edades entre 4 y 14 años. Además, la encuesta oficial de la ENS no tiene preguntas a menores relacionadas con el suicidio, por tanto, no se puede comparar los datos del 2021 con el antes de la pandemia.

3 Resultados

Antes de la pandemia un 1% de los NNA de entre 4 y 14 años en España padecían trastornos mentales y un 3% tenían trastornos de conducta, según los datos de la ENS 2017 (Gráfico 1). En cambio, según nuestra encuesta 2021, los trastornos mentales y los trastornos de conducta han aumentado al 4% y al 7%, respectivamente, lo que supone un notable ascenso respecto a 2017.

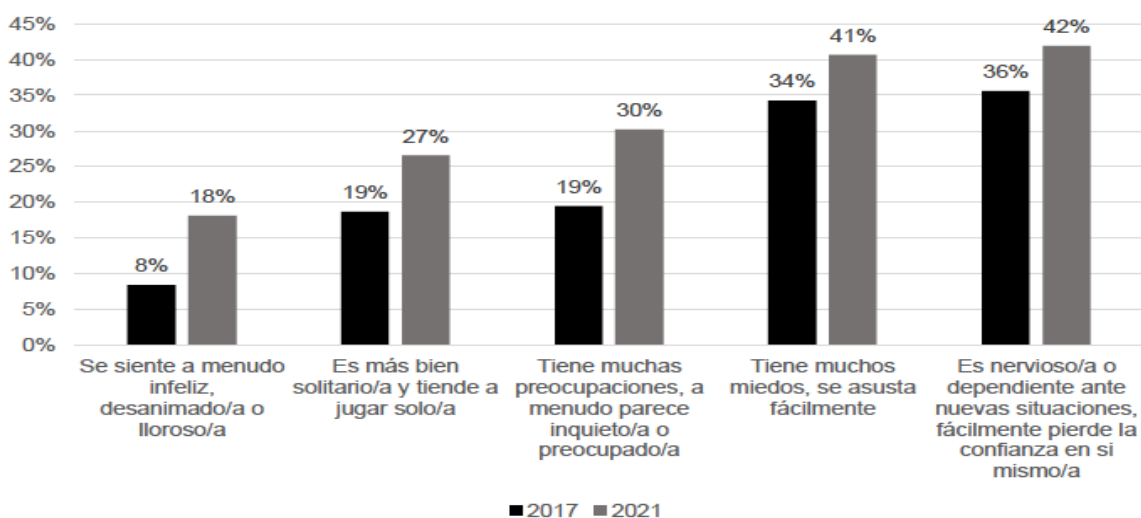
Gráfico 1. Evolución de los trastornos mentales y de conducta en NNA de entre 4 y 14 años (2017-2021)



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud (2017) y la encuesta propia (2021).

El Gráfico 2 muestra que la conducta de los NNA ha empeorado entre 2017 y 2021. Así, ha aumentado el porcentaje de padres y madres que reportan que sus hijos e hijas fácilmente pierden la confianza en sí mismos/as (de 36% a 42%), que tiene muchos miedos y se asusta fácilmente (de 34% a 41%), que están preocupados a menudo (de 19% a 30%) o que a menudo se sienten infelices, desanimados/as o llorosos/as (de 8,4% a 18,1%). En cambio, el aumento de que se sienten más solitarios/as podría venir explicado por las medidas de confinamiento y aislamiento de la covid-19.

Gráfico 2. Evolución de la conducta de los NNA de entre 4 y 14 años (2017-2021)

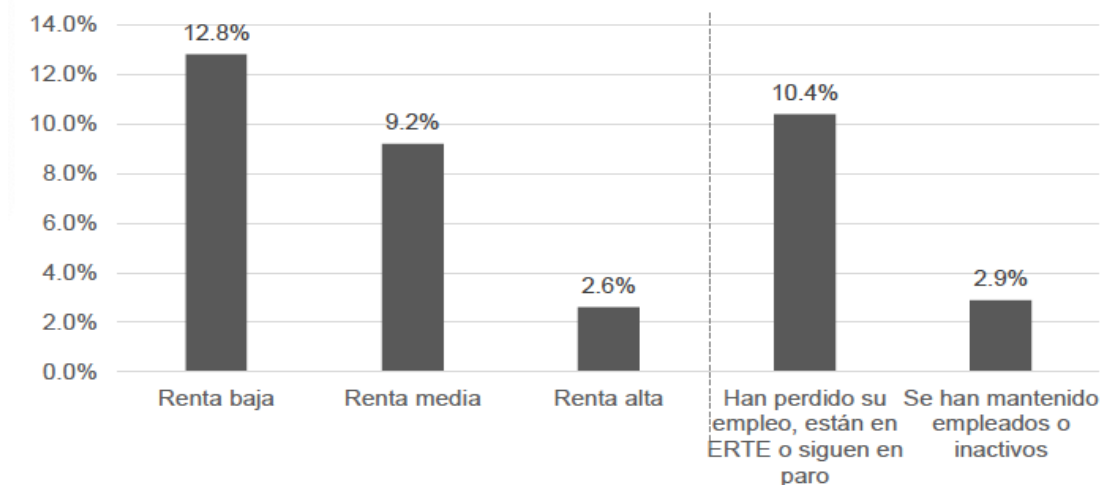


Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud (2017) y la encuesta propia (2021).

El Gráfico 3 muestra los factores de riesgo de los trastornos mentales y/o de conducta en el 2021 según la renta de la familia y de la situación laboral de la persona de referencia.1 Las probabilidades de padecer un trastorno

mental y/o de conducta en el 2021 eran mayores si la persona de referencia² se encontraba en el paro o en ERTE, 10% contra el 3% si la persona seguía empleada o inactiva. En cuanto al nivel de renta, los casos que se dan en hogares de renta baja (13%) cuadruplican aquellos que se dan en hogares de rentas altas (3%), mientras que en los de renta media es de 9%.³ Estos datos muestran que la identificación de los trastornos mentales y de conducta por parte de padres y madres está marcada por un fuerte componente de desigualdad de renta.

Gráfico 3. Porcentaje de NNA con trastornos mentales y/o de conducta según nivel de renta y situación laboral de la persona de referencia (2021)



Fuente: elaboración propia a partir de encuesta propia (2021).

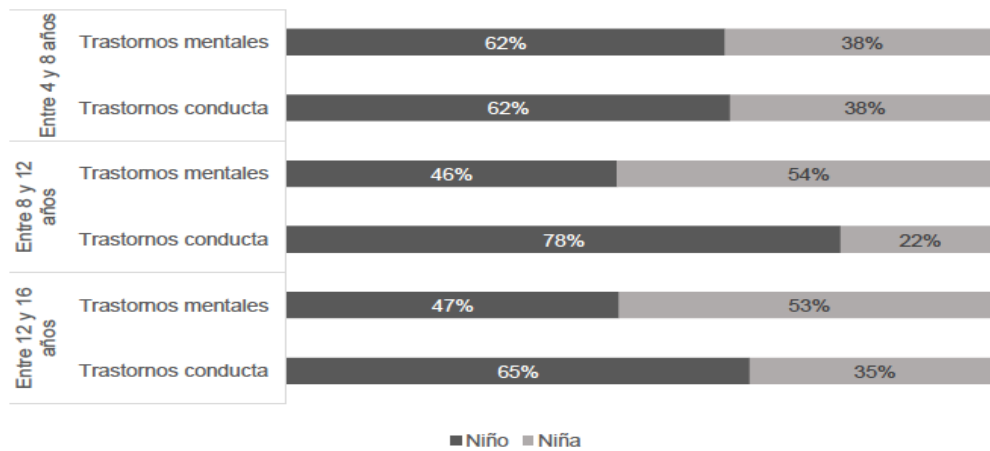
Los trastornos mentales y de conducta tienen la misma incidencia entre niños y niñas en edades tempranas, entre 4 y 8 años (Gráfico 4). Sin embargo, a partir de los 8 años los trastornos de conducta se dan mayormente en niños, mientras que los mentales se dan ligeramente en mayor proporción entre las niñas. Las diferencias entre el grupo de edad 8-12 y 12-16 años son mínimas.⁴

² También se han analizado los factores de riesgo para el 2017, pero por razones del límite de espacio no se han reportado en este artículo. De todas formas, los resultados del 2017 muestran tendencias similares que en el 2021.

³ Se consideran rentas bajas, aquellos hogares con ingresos mensuales menores de 1.300€; rentas medias, aquellos entre 1.300 y 3.600€ mensuales; y rentas altas, aquellos que ingresan más de 3.600€ al mes.

⁴ En este caso, al estar analizando solo nuestra encuesta 2021 se ha incluido hasta los 16 años.

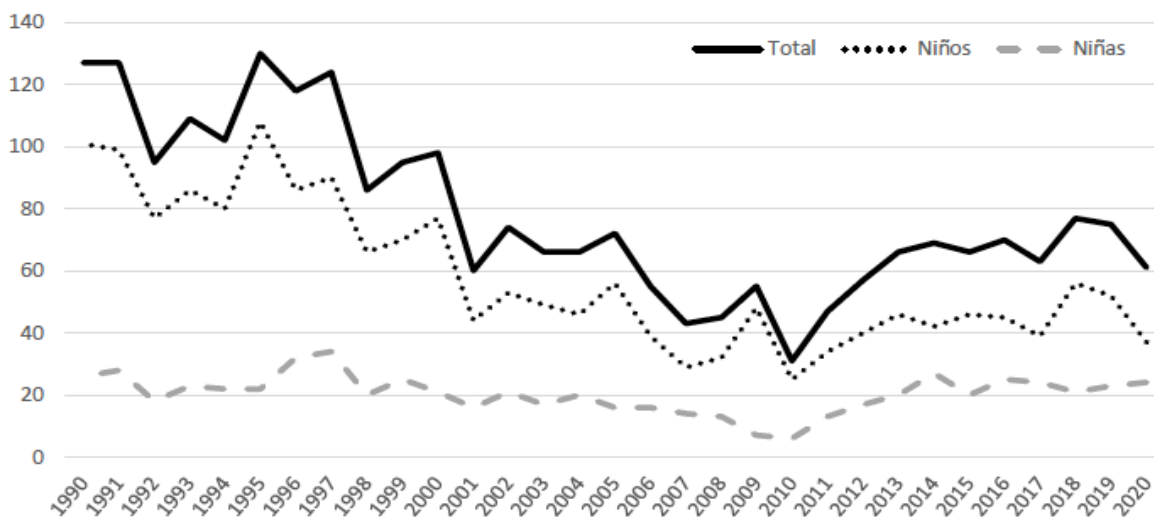
Gráfico 4. Incidencia de los trastornos mentales y de conducta según edad y sexo



Fuente: elaboración propia a partir de encuesta propia (2021).

El sufrimiento emocional extremo de los NNA puede conducir a intentos de suicidio o en el propio suicidio. Desde 1990 se observa una cierta estabilidad en los suicidios de niñas, en torno a los 25 casos anuales, y una tendencia a la baja en los suicidios de niños, a pesar de que siguen siendo claramente superiores (Gráfico 5). Por otro lado, en comparación con otros países europeos, la tasa española es relativamente baja. Según datos de la OCDE en 2017, en España la tasa de suicidios era de 3 niños por cada 100.000 habitantes, mientras que la media de la UE era de 6, y en numerosos países del norte de Europa supera los 10 (hasta 22 en el caso de Lituania).

Gráfico 5. Defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas en niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años



Fuente: Estadística de defunciones según la causa de muerte (INE).

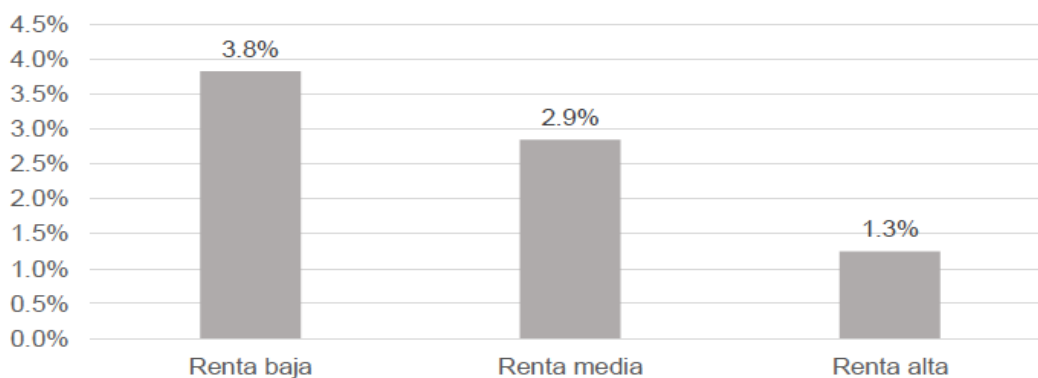
A pesar de la disminución que se observa en el 2020, los resultados de nuestra encuesta muestran que, de acuerdo con la percepción de sus padres o madres, un 3% del total de NNA podrían haber tenido pensamientos suicidas.⁵ Estos pensamientos aumentan al entrar en la adolescencia, hasta alcanzar un 6% entre los

⁵ Estos datos deben tomarse con precaución porque la evidencia cualitativa recogida señala que el pensamiento suicida no es fácil de contar ni de escuchar. Por lo tanto, es probable que muchas familias no conozcan lo que está sucediendo hasta que se produce una lesión seria.

adolescentes de entre 13 y 16 años. Hasta los 12 años son más presentes en los niños, y luego más en las niñas. Sin embargo, son los niños quienes terminan por cometer en mayor proporción este acto. Una posible explicación a este fenómeno es la menor disposición de los niños en pedir ayuda, lo que pone de manifiesto la importancia de generar entornos seguros y romper con los estereotipos de género.

Como en el caso de los trastornos, las rentas bajas también representan un factor de riesgo (Gráfico 6), siendo un 4% el porcentaje de NNA de rentas bajas con intenciones de suicidio y 1% en el caso de rentas altas. No obstante, los principales determinantes de las intenciones de suicidio entre NNA son las situaciones vitales estresantes, emocionalmente intensas –separaciones conflictivas de los progenitores, el acoso escolar, los desengaños amorosos o las muertes de seres queridos, entre otras– ante las que no han podido desarrollar recursos internos para afrontarlas.

Gráfico 6. Porcentaje de NNA con intenciones de suicidio por nivel de renta (2021)



Fuente: elaboración propia (2021)

4 Conclusiones y recomendaciones

La comparación de los resultados de ambas encuestas muestra un aumento significativo de los trastornos mentales y de conducta en NNA después de la pandemia, con un claro gradiente social en su incidencia. Análogamente, el malestar emocional ha aumentado entre 2017 y 2021. A pesar de la tendencia a la baja de los suicidios, hasta un 3% del total de NNA podrían haber tenido pensamientos suicidas en el 2021.

Los resultados de este estudio ponen de relieve la necesidad de garantizar que todos los NNA accedan a una asistencia de salud mental de calidad. Sin embargo, las familias se encuentran con una serie de obstáculos hasta poder llegar a una asistencia adecuada, si es que llegan. El Gráfico 7 expone los retos principales de la asistencia en salud mental y, a continuación, se plantean recomendaciones para superar cada uno de ellos siguiendo la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026.

Gráfico 7. Los obstáculos a la asistencia en salud mental de NNA



Fuente: elaboración propia.

El reto #1 es mejorar la detección y prevención. Actualmente, diseñar e implementar protocolos de prevención en salud mental queda a voluntad de los centros sanitarios, educativos o las comunidades autónomas. Para acompañarlos en esta labor, se plantean 6 recomendaciones:

1. Dotar con los recursos necesarios y la formación adecuada a los profesionales de centros educativos y sanitarios en materia de salud mental infanto-juvenil.⁶ Cursos dirigidos al personal docente y sanitario que también incluyan formaciones sobre la detección de comportamientos suicidas.
2. Redactar protocolos específicos por parte de las Consejerías de Educación de cada comunidad autónoma para lograr avances significativos en la prevención del suicidio en los centros educativos. Una referencia es el Código Riesgo Suicidio (CRS), operativo en Cataluña desde el 2014.
3. Difundir y promover la utilización de servicios como el Teléfono de la Esperanza y otros servicios de atención urgente, también para cuestiones relacionadas con la salud mental más allá del suicidio.
4. Implementar, dentro de los marcos de la LOPIVI (artículo 34), programas de prevención y promoción en salud mental en los centros educativos respaldados por la evidencia, como talleres para mejorar la gestión emocional, para fomentar hábitos y estilos de vida saludables, programas de parentalidad positiva o específicos para la prevención del suicidio. Para que resulten efectivos es importante contar con profesionales con formación sanitaria y psicológica (Stallard et al., 2014).
5. Multiplicar los esfuerzos y la financiación pública a la reducción en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre la población de NNA en España.
6. Mejorar las estadísticas de salud mental, así como aquellas relacionadas con el suicidio. Se recomienda desarrollar estas partes del cuestionario en la ENS y realizarlo cada 2 años.

⁶ No todo el peso de la detección de problemas mentales y emocionales puede recaer en los centros educativos. El espacio de crecimiento de referencia para niños y adolescentes es en gran medida su hogar o el sistema familiar al que pertenecen y estos han de estar capacitados, con la colaboración del sistema sanitario y los centros escolares para cuidar del crecimiento y de la salud mental de sus hijos e hijas.

Una vez se da el primer paso de visitar a un médico o pediatra, las familias se encuentran con un Sistema de Salud Mental saturado (reto #2), a causa de una falta de personal (reto #3) y de recursos económicos y materiales (reto #4). A pesar del aumento de plazas de los últimos años,⁷ las ratios de psicólogos y psiquiatras por cada 100.000 habitantes en España siguen a la cola de los países europeos, y solo el 60% de los hospitales del SNS cuentan con atención psicológica. Las listas de espera superan el mes en la mayoría de las comunidades y ante la gran demanda y los pocos recursos, se atienden solo los casos más graves.

En España, la asistencia pública psiquiátrica o psicológica es totalmente gratuita y es uno de los pocos países europeos, junto con Dinamarca y Suecia, que no tiene límite de sesiones. No obstante, las intervenciones se producen con baja frecuencia, con espacios de hasta 3 meses entre visita y visita y con una duración muy corta, justo lo opuesto a lo que se necesita (reto #5). Además, a causa de la sobrecarga del sistema, los médicos de atención primaria pueden recetar antidepresivos o psicofármacos antes de acceder a la atención especializada. Esto lleva a España a liderar el consumo mundial lícito de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, que aumentó en 2019 un 4,5% (reto #6).

No todo el peso de la detección de problemas mentales y emocionales puede recaer en los centros educativos. El espacio de crecimiento de referencia para niños y adolescentes es en gran medida su hogar o el sistema familiar al que pertenecen y estos han de estar capacitados, con la colaboración del sistema sanitario y los centros escolares para cuidar del crecimiento y de la salud mental de sus hijos e hijas.

Según las publicaciones anuales de las convocatorias en el BOE, las plazas de formación especializada en Psicología Clínica han aumentado un 45%, destacando Cantabria, Murcia y Castilla y León que han doblado el número de plazas.

Para abordar todos estos retos se plantean las siguientes recomendaciones:

- Aumentar el número de profesionales en salud mental y, en especial, en infancia y juventud, consolidando la especialidad de Psiquiatría y Psicología infantojuvenil, pero también incluyendo otros perfiles con formación en salud mental infanto-juvenil.
- Fomentar la coordinación entre entidades, instituciones sanitarias y sociales. Un modelo de éxito es la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de Girona, que ofrece atención especializada basada en el ámbito comarcal y con servicios de atención comunitaria.
- Potenciar programas de atención domiciliaria, puesto que facilita la comunicación entre el personal sanitario y el niño o la niña.

Referencias bibliográficas

Stallard, P., Skryabina, E., Taylor, G., Phillips, R., Daniels, H., Anderson, R., & Simpson, N. (2014). Classroom-based cognitive behavior therapy (FRIENDS): a cluster randomized controlled trial to Prevent Anxiety in Children through Education in Schools (PACES). *The Lancet Psychiatry*, 1(3), 185-192. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70244-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70244-5)

⁷ Según las publicaciones anuales de las convocatorias en el BOE, las plazas de formación especializada en Psicología Clínica han aumentado un 45%, destacando Cantabria, Murcia y Castilla y León que han doblado el número de plazas.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Las personas con discapacidad en las radios comunitarias españolas

Samuel Corchete Martínez, Universidad de Salamanca (samuelcorchete@gmail.com)

Ángel Barbas Coslado, Universidad Nacional de Educación a Distancia (abarbas@edu.uned.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La exclusión de las personas con discapacidad se origina por la minusvaloración y el rechazo a la diferencia y se fundamenta sobre postulados teórico-prácticos difundidos por el paradigma médico rehabilitador. El imaginario colectivo entorno a las personas con discapacidad queda impregnado por prescripciones capacitistas, falsos mitos y prejuicios que derivan en la valoración individual de la persona en base a un modelo de perfección. Por todo ello, las personas que no se ajustan a esta convención normalizadora —en tanto presentan alteraciones físicas, psíquicas o cognitivas de algún tipo—, quedan en una posición de inferioridad respecto al conjunto de la ciudadanía.

La imagen que la sociedad tiene hacia las personas con discapacidad se promueve a través de estructuras y prácticas que no se fundamentan sobre los principios democráticos de pluralismo e igualdad. Por el contrario, tales mecanismos accionan la palanca del rechazo hacia la diferencia al reproducir valores descalificadores que proyectan una imagen de las personas desde su deficiencia. Esto causa que se perpetúe la estigmatización, los falsos mitos, el lenguaje ofensivo y la infantilización; y, al mismo tiempo, anula la posibilidad de que la sociedad pueda cuestionar la procedencia y efectos de tales valores. Una de las estructuras más poderosas en este sentido son los medios de comunicación de masas, cuya responsabilidad es clave en este sentido. En contraposición, encontramos otro tipo de proyectos de comunicación que desarrollan prácticas sociales basadas en la reivindicación de valores como la diversidad, la horizontalidad y la participación que incentivan procesos de equidad, igualdad y justicia social; estos son los llamados medios comunitarios.

En esta comunicación, indagaremos sobre el papel de los medios comunitarios en la inclusión y visibilización de personas “diferentes” por motivos de discapacidad. Nos detendremos en algunos casos de estudio y argumentaremos el potencial de dichos medios para generar espacios dialógicos y relaciones horizontales, y promover la diversidad y el pluralismo.

Palabras clave

Capacitismo, medios comunitarios, participación, pluralismo, diversidad

1 Introducción

Por medio de la postura capacitista (Campbell, 2008, 2001; Chouinard, 1997; Linton, 1998; Wolbring, 2008) se establece que la discapacidad, sea cual sea, constituye un rasgo negativo, un déficit, el cual es necesario reparar. Contemplar a las personas con discapacidad desde una idea de imperfección y debilidad —causa del padecimiento que constituye poseer una discapacidad,— refuerza la potestad inherente al modelo médico¹,

¹ Una de las influencias dominantes que ha conformado tanto las definiciones profesionales como las de sentido común ha sido el modelo médico. Esta visión, como indica Hahn: “impone una presunción de inferioridad biológica o fisiológica de las personas discapacitadas” (1986, pág. 89). Destaca la pérdida o las discapacidades personales, con lo que contribuye al modelo de dependencia

otorgando a la intervención rehabilitadora (su instrumento) respaldo suficiente con el que inducir a las personas a un estado deseable de normalidad².

La que aquí llamamos cultura para la diferencia³ acciona por medio de ciertas instituciones, prácticas, creencias y procesos que actúan en contra de los derechos y las oportunidades de las personas con discapacidad, a veces perpetuados de forma directa y otras de forma sutil. Ahora bien, en todos los casos, la no capacidad y la no competencia se constituyen como los elementos intervinientes en el proceso excluyente hacia las personas, por lo que, a su vez, la exclusión se perpetúa por medio de una postura que minusvalora. La forma de vernos y el trato ejercido desde nuestra discapacidad y nuestras limitaciones por parte del entramado social en su conjunto, tal y como plantean Toboso y Guzman (2010) es algo que se relaciona estrechamente con la discriminación y el prejuicio, condicionando el grado de participación social de las personas.

Las ideas que sostienen los aparatos para la opresión recaen sobre aquellas corporalidades anormales, tullidas, raras, reafirmando una postura que aboga por la perfección de los cuerpos (y las mentes) y relegando a la imperfección biológica a un segundo plano. La discapacidad como forma de opresión encuentra su sentido desde la perspectiva médica. En oposición al modelo, desde la teoría social de la discapacidad se sostiene que, para la inclusión y la aceptación de la diferencia, el derecho a la participación para las personas con discapacidad debe garantizarse desde la equidad.

En un esfuerzo por abordar la participación de las personas con discapacidad, la presente investigación, en primer lugar, considera a los denominados medios de comunicación de masas como estructuras mediáticas que reproducen las posturas capacitistas. Así, en la mayoría de los casos, estos medios presentan a las personas desde una visión que incentiva el rechazo (Peñas y Hernández, 2019) y que restringe a la persona al plano de la tragedia personal⁴. Por medio de tales posturas, la información manejada por parte de estos medios perpetúa las falsas creencias y mitos, el lenguaje peyorativo o inadecuado y la estigmatización hacia las personas con discapacidad, todo ello causa de no contar con los principios de pluralidad, equidad e igualdad, y por poseer un conocimiento limitado respecto a la población focalizada.

Por ello, en un segundo punto, nos aproximamos al denominado Tercer Sector de la Comunicación (Barranquero, 2016, p. 16) y centramos el foco de la investigación en proyectos de comunicación participativa donde se desarrollan prácticas sociales que tratan de fomentar el pluralismo y la inclusión de todas las personas. Es decir, en estos medios de carácter comunitario, el hecho de comunicar queda supeditado al grupo comunicante y al escenario local donde se asientan las personas, en una relación bidireccional y recíproca por medio de la cual la información discurre de forma dialéctica. En conclusión, afirmamos que estos medios se confeccionan sobre espacios plurales de participación ciudadana donde la equidad, la igualdad y la inclusión suponen valores clave para entenderlos.

de la discapacidad. Etiquetas como “inválido”, “tullido”, “tarado”, “impedido” o “retrasado” significan, todas ellas, tanto una pérdida funcional como una carencia de valor (Barton, 1998, p.).

² La reacción hacia los ciudadanos que no se adecúan a la “normalidad” es tratar de cambiarlos por medio de un tratamiento punitivo, la rehabilitación y la mejora. Así, por ejemplo, en un mundo que valora la habilidad física, el que utiliza una silla de ruedas empieza con una desventaja inmediata. Dado que son pocos los discapacitados que ocupan posiciones de poder, les es difícil cambiar las normas con las que se les compara con las personas no discapacitadas y se les diferencia de ellas (Drake, 1998, p.).

³ Consultar Abberley P. (2008). El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad

⁴ Teoría dominante a través de la cual se establece que la discapacidad constituye un hecho trágico que les ocurre a individuos desafortunados y aislados, de forma aleatoria (Oliver, 1998, p.).

2 Objetivos

Entre todos los medios comunitarios presentes en nuestra realidad nacional, aquí nos centramos únicamente en dos, ambos constituidos como radios comunitarias del área urbana de la Comunidad de Madrid: Radio Enlace y Ágora Sol Radio. El objetivo perseguido es analizar en qué grado la participación de las personas con discapacidad involucradas en procesos comunitarios locales, permite implementar formas de representación y sensibilización ciudadanas acordes con los valores de equidad, igualdad, pluralidad y diversidad. De tal forma, se plantean *a priori* una serie de preguntas a las que se trata de dar respuesta:

- ¿Qué aprendizajes y conocimientos se extraen de la práctica participativa comunitaria propia a las dinámicas puestas en funcionamiento a través de las radios?
- ¿En qué grado los medios comunitarios defienden un paradigma de derechos en el que la participación se garantiza desde un plano de equidad e igualdad y de oportunidades para todos y todas?
- Cómo la pluralidad enriquece el acto comunicativo, en tanto garantiza que la involucración de los sujetos se haga por medio de una participación colaborativa y dinámica entre iguales?

3 Metodología

Apoyamos un enfoque crítico con el que se promueve la reflexión y el análisis para los sujetos implicados en la comunidad local, con el objetivo de buscar su empoderamiento (Melero, 2012). Se parte de una postura metodológica pensada para favorecer acciones dialógicas horizontales, que involucren a todos los agentes implicados en el proceso analítico, asumiendo la escucha activa, el respeto y la posible modificación de nuestras hipótesis iniciales como factores indispensables a tener en cuenta. De igual manera, manejamos un concepto de práctica etnográfica basada en la concepción a partir de la cual se comprende a la etnografía como un proceso experimental al servicio del grupo, articulado con el fin de conocer al otro, u otra.

A lo largo del proceso metodológico se emplea una triangulación de diferentes instrumentos articulados a través de una complementación de los mismos. Por un lado, las técnicas del análisis documental apoyado en recursos en línea (páginas web y mapas interactivos⁵) y la encuesta sirven para llevar a cabo la aproximación al campo de estudio. El empleo de tales instrumentos nos permitió, en primer lugar, localizar medios radiofónicos comunitarios, y, en segundo lugar, incidir en la participación del colectivo de interés, algo que se pudo averiguar por medio de la consulta directa con cada medio ubicado.

El proceso metodológico previo y la generación de relaciones cercanas con ciertas figuras clave resulta una condición ecuánime para acceder al campo de interés. En los dos escenarios en los que nos acabamos sumergiendo (Radio Enlace y Ágora Sol Radio) se emplean técnicas de tipo cualitativo, tales como la observación participante y la entrevista, con el fin de construir un marco desde lo experiencial y la evidencia de las prácticas cotidianas del grupo. Se participa de forma directa en dos programas de radio (Anónimos Auténticos y la Tilde de Cirvite) y se realizan a posteriori entrevistas semiestructuradas a los agentes implicados en los procesos comunitarios. De tal forma, en el caso del programa Anónimos auténticos (Ágora Sol Radio) se logra entrevistar a las personas con diagnóstico en salud mental y a la coordinación del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Arganzuela, centro desde donde se impulsa el taller de radio. En el caso del

⁵ Los recursos pueden consultarse en los siguientes links: https://15mpedia.org/wiki/Lista_de_medios_de_comunicaci%C3%B3n_alternativos#Tabla_de_medios_alternativos (consulta 11/05/2023); <https://www.nodo50.org/antiglobalizacion/radioslibres.htm> (consulta 11/05/2023); <https://jovenesytercersector.crowdmap.com/> (consulta 11/05/2023).

programa la Tilde de Cirvite (Radio Enlace) se dialoga con el grupo de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que protagonizan el espacio radiofónico, así como con la coordinación del medio comunitario.

4 Resultados y conclusiones

Una vez realizada la tarea de discusión y puesta en común de aquellos datos obtenidos por medio de las anotaciones hechas en campo, así como las transcripciones de las entrevistas, podemos agrupar las inquietudes de las personas colaboradoras respecto a cuatro líneas argumentales prioritarias: extereotipación, proceso emancipador, vida independiente y cambio social.

En primer lugar, la extereotipación se traduce en una práctica por medio de la cual a ciertas personas o grupos se les contempla y conceptualiza en relación a una etiqueta social que ejerce una fuerza de rechazo y genera la estigmatización. Es decir, por medio del etiquetado se distorsiona de manera sistemática la identidad de los sujetos. El rechazo ejercido encuentra su razón de ser en los prejuicios y las falsas creencias sobre lo que significa ser una persona con discapacidad. Los testimonios de las personas con discapacidad reflejan varias cuestiones:

- La vigencia: “aún existen estereotipos. Todavía no se habla abiertamente. Dices que eres diabético y no pasa nada. Pero si dices que eres bipolar ya andamos con historias, como es algo de la mente...” (Entrevista grupal del 6 de abril de 2022).
- El impacto negativo en las personas estigmatizadas: “Pienso que hoy si se nos escucha un poco más. Pero todavía está colaborando, todavía muy poco bajo mi punto de vista en el estigma que se tiene, el rechazo como nos sentimos las personas” (entrevista grupal del 6 de abril del 2022).
- El papel atribuido a los medios de comunicación masivos: “los medios yo creo que hablan siempre... Tienen dos errores fundamentales, ¿no? Uno es el paternalismo y otro el desconocimiento” (Entrevista personal del 8 de abril de 2022).

En segundo lugar, con la variable poder emancipador, reafirmamos la capacidad de las dinámicas comunitarias por generar procesos de emancipación y empoderamiento individuales y colectivos asentados sobre la participación totalizadora de una práctica ciudadana para todos y todas. Tales iniciativas, al ser capaces de otorgar a las personas el poder para tomar la palabra, inciden de manera positiva en la adquisición de estrategias para un ejercicio crítico del poder que subyace a toda persona y a su grupo de afinidad. El ejercicio consciente en aras del empoderamiento toma forma desde una expresión comunitaria práctica donde se adquieren ciertas habilidades y competencias relacionadas con:

- La expresión y la comunicación: presentar el programa de radio, dinamizar y dar la palabra, expresar una opinión, comunicar adecuadamente.
- Aspectos técnicos: disponer los elementos necesarios para grabar la sesión de radio tales como micrófonos, software, etc., introducir las cuñas y controlar los volúmenes, realizar la mezcla final.
- Cuestiones más aptitudinales: cambiar de rol, respetar los turnos de palabra, saber hablar.

La tercera variable, denominada vida autónoma, constituye evidencia para afirmar que la práctica de un poder emergente a través del cual es posible transmitir un mensaje se fundamenta sobre elementos orientados a estimular la conducta autodeterminada de las personas, tales como la autoconciencia y la imagen hacia uno mismo. Así, el empoderamiento y la autodeterminación se retroalimentan uno al otro, de cara a un proceso dinámico en el cual la incorporación de nuevas destrezas y habilidades, además de acrecentar la confianza y la seguridad, se encarga de otorgar estrategias conscientes para la defensa del ejercicio democrático que se sostiene sobre la proclamación de derechos individuales y colectivos, donde la vida independiente y autónoma se constituyen como elementos centrales.

Tenemos la posibilidad de ser escuchados, que escuchen lo que opinamos, informar también a quien está desinformado igual que yo lo estuve hasta que me asesoraron y me guiaron, saber los recursos de los que se disponen que son muchos, también, pues defender nuestros derechos (Entrevista grupal del 6 de abril del 2022).

Por último, la línea argumental cambio social se ocupa de contemplar los términos democracia, diversidad, bidireccionalidad, heterogeneidad, pluralidad, interacción, participación y ciudadanía, todos ellos fundamentos propios al tercer sector en comunicación, como elementos constitutivos y constituyentes de las bases para el diseño de comunidades no excluyentes. Dichas sociedades pues se fundamentan sobre los que denominamos valores para una ciudadanía de equidad, donde el respeto a las diferencias personales permite una convivencia rica en diversidad.

5 Conclusiones

La exposición de los hallazgos más representativos del presente estudio arrojan tres líneas conclusivas que engloban lo tratado hasta este punto:

1. Los aprendizajes y conocimientos desprendidos de una actividad comunitaria insertada en una dinámica radiofónica específica ejemplifican la posibilidad de generar discursos alternativos opuestos a los propios a la cultura capacitista vigente. Surgen procesos de cambio para las personas con discapacidad los cuales acaban impulsándose por los propios sujetos involucrados, e implicados en los escenarios colectivizantes, al recibir estímulos positivos con los que acrecentar su empoderamiento, autodeterminación y constructo personal.
2. Los temas recurrentes focalizados, que derivan de la sistematización de la información recopilada a lo largo del proceso, en un esfuerzo por referenciar el trabajo en derechos desprendido desde los medios comunitarios, se interrelacionan con artículos específicos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006). La agrupación queda de la siguiente manera: el Artículo 8, sobre la toma de conciencia se interrelaciona con estereotipación; el Artículo 19 sobre vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad con proceso emancipador; el Artículo 21 en torno a la libertad de opinión y de expresión y acceso a la información lo identificamos aquí con vida independiente; y, finalmente, el Artículo 24 sobre educación se interrelaciona con cambio social.
3. Asistimos a un acto comunicativo comunitario y participativo que, contemplando la multiplicidad y la diversidad es capaz de conducir sus esfuerzos colaborativos hacia un terreno compartido donde se considera el acto de la comunicación como una expresión entre iguales.

Referencias bibliográficas

- Abberley, P. (2008). El concepto de opresión y el desarrollo de una Teoría Social de la Discapacidad. En L. Barton (comp.), *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 34-50). Ediciones Morata.
- Barranquero, A. (2016). El Tercer Sector de la Comunicación en España. Delimitación y concepto. En I. Lema-Blanco & A. Barranquero (coords.), *La juventud española y los medios del Tercer Sector de la Comunicación* (pp. 16-26). Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, FAD. <http://hdl.handle.net/2183/19270>
- Barton, Len. (1998). Sociología y discapacidad: algunos temas nuevos. En L. Barton, *Discapacidad y sociedad*, (pp. 39-33). Ediciones Morata.
- Campbell, Fiona Kumari (2008). Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism. *M/C Journal*, 11(3). <https://doi.org/10.5204/mcj.46>
- Campbell, Fiona Kumari (2001). Inciting Legal Fictions: Disability's Date with Ontology and the Ableist Body of the Law. *Griffith Law Review*, 10, 42-62. <http://hdl.handle.net/10072/3714>

- Chouinard, Vera (1997). Making Space for Disabling Difference: Challenges Ableist Geographies. *Environment and Planning D: Society and Space*, 15, 379–387. <https://doi.org/10.1068/d150379>
- Drake, R. F. (1998). Una crítica del papel de las organizaciones benéficas tradicionales. En L. Barton, *Discapacidad y sociedad* (pp. 161-180). Ediciones Morata.
- Kaplún, M. (1985). *El comunicador popular*. Ciespal, Cesap, Radio Nederland.
- Linton, Simi (1998). *Claiming Disability: Knowledge and Identity*. New York University Press, New York.
- Melero, N. (2012). El paradigma crítico y los aportes de la Investigación Acción Participativa en la transformación de la realidad social: un análisis desde las ciencias sociales. *Cuestiones pedagógicas*, 21, 339-355.
- Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En L. Barton, *Discapacidad y sociedad* (pp. 34-58). Ediciones Morata.
- ONU (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York. ONU. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Peñas, E. & Hernández, P. (2019). *Guía de estilo sobre discapacidad para profesionales de los medios de comunicación*. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Toboso, Mario (2021). Afrontando el capacitismo desde la diversidad funcional, en Mario Toboso & Miguel A. V. Ferreira (ed.): *Capacitismo ilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 36, 69-85.
- Toboso, Mario. y Gúzman, Francisco (2010). Cuerpos, capacidades, exigencias funcionales... y otros lechos de Procusto, *Política y Sociedad*, 47(1), 67-83.
- Wolbring, Gregor (2008). The Politics of Ableism. *Development*, 51, 252–258. <https://doi.org/10.1057/dev.2008.17>.



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

Psiquiatrización y cuerdisimo: las voces en primera persona en el estado español

Sara R. Gallardo, Universidad Carlos III de Madrid (sarargallardo@gmail.com)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El objetivo de este trabajo es revisar la situación actual en España de los sujetos psiquiatrizados desde tres medios distintos: el cómic *Desmesura* (2018) de Fernando Balius (ilustrado por Mario Pellejer); el documental *Zauria(k)* (2019) y el programa de radio comunitaria *Nikosia* (<https://radionikosia.org/es/>). A través de estas voces contemporáneas en primera persona y a partir de sus afirmaciones colectivas, examinaremos de manera interseccional la politización de los sujetos psiquiatrizados y su oposición al cuerdisimo y trataremos de extraer algunos rasgos que esbocen una epistemología propia del saber loco.

Palabras clave

Cuerdisimo, psiquiatrización, sufrimiento psíquico, España

Las herramientas del amo nunca desmontarán la casa del amo
Audre Lorde

Éste es el lenguaje del opresor y sin embargo lo necesito para hablarte
Adrienne Rich

1 Introducción

Como señala Mar García Puig en el prólogo de *Viaje al manicomio* (2019) de Kate Millett, «la historia de la locura la han escrito los profetas, los clérigos, los médicos, los psiquiatras» (2019, p. 13). La psiquiatrización ha sido y sigue siendo un proceso institucionalizado y sancionado por la familia, que, en el caso de las mujeres, apenas ha dejado huellas. «[L]os relatos (...) de las mujeres locas», continúa García Puig, «se han perdido en el tiempo, convertidos a lo sumo en raquíticas notas arrojadas desde la autoridad a un historial médico» (2019, p. 13).

El análisis de esta experiencia en primera persona es el eje central de un proyecto de investigación más amplio, cuyo objeto de análisis lo constituye la producción literaria autobiográfica contemporánea sobre procesos de psiquiatrización, desde la perspectiva de los estudios culturales, y de los conceptos de subalternidad y subjetividades no normativas. Para buscar su origen y contextualizar esta producción, hemos podido rastrear algunas historias de psiquiatrización relativas los últimos dos siglos en el contexto occidental (principalmente, Europa y Estados Unidos), cuya autoría cuenta con un marcado sesgo de clase. En España, debido quizá a su

instauración posterior, no hay una producción narrativa tan asentada¹. Por lo que ampliamos la labor investigadora a otras producciones contemporáneas, de carácter autobiográfico, sin ser necesariamente literarias. Así, nos propusimos analizar desde un punto de vista interseccional tres producciones actuales: el cómic *Desmesura* (2018) de Fernando Balias (ilustrado por Mario Pellejer); el documental *Zauria(k)* (2019) de Maier Irigoien, Isabel Sáez Pérez e Iker Oiz Elgorriaga; y un episodio del programa de radio comunitaria *Nikosia* (2023).

Desmesura es uno de los ejemplos contemporáneos más valiosos sobre el proceso de psiquiatrización en la España del siglo XXI. Fernando Balias nos cuenta cómo a partir de determinadas vivencias de sufrimiento psíquico ingresa en la psiquiatría y cómo cambia el trato hacia él desde la sociedad y desde sí mismo. Finalmente Balias termina trascendiendo el relato individual, al tamizar toda esas vivencias por el filtro de la crítica a la violencia psiquiátrica simbólica y física. Ese es, precisamente, uno de sus grandes logros. Según la activista Marta Plaza, «*Desmesura* es una semilla en la construcción colectiva de un discurso propio», que «crea (...) un imaginario distinto sobre la locura» (2018).

A diferencia de *Desmesura*, el documental *Zauria(k)*² no está producido directamente por personas psiquiatrizadas, pero en él se cede la palabra a ocho mujeres institucionalizadas, entre ellas la poeta Cristina Martín (conocida como Princesa Inca), y a la escritora y antropóloga Itxaso Martín. Estructurado en cinco bloques y un epílogo, el filme repasa temas centrales de la psiquiatrización, como la propia concepción de la locura y de la vulnerabilidad en relación a la sociedad neoliberal, las violencias psiquiátricas sufridas como mujeres y las alternativas al dispositivo de salud mental.

Por último, analizamos un episodio de radio *Nikosia*, un programa de radio que se emite desde los estudios de Contrabanda FM en Barcelona desde hace 20 años. *Nikosia* ha sido un revulsivo fundamental para el movimiento en primera persona en el estado español, debido a su sencillo planteamiento: unas cuantas personas, todas ellas con sufrimiento psíquico, se reúnen una vez a la semana para hablar de distintos temas (no únicamente psiquiatrización) durante dos horas. Son ellos mismos los que se dan voz y, al hacerlo, ponen de manifiesto la heterogeneidad de la locura.

Radio Nikosia es una instancia donde se generan simultáneamente dos posiciones epistémicas y fenomenológicas: por un lado, se busca la posición del umbral, la liminalidad, de estar al lado, en tanto que instrumento que permite cancelar o suspender los sentidos previos alrededor de la locura y al mismo tiempo funciona como disparador de la producción de nuevas significaciones que se articulan en tanto renovación de las anteriores. (Correa-Urquiza, 2010, p. 113)

Hemos seleccionado un episodio reciente, que se emite en directo el 9 de mayo en el contexto del Festival Enfocats 2023. El motivo de la elección de este episodio, titulado «Las ausencias institucionales», es su foco en el proceso de psiquiatrización y, por tanto, en cuestiones relacionadas con las políticas sociales actuales. No obstante, el riesgo de revictimización de los participantes que supone un análisis de este tipo lo compensaremos subrayando la autorreferencialidad que pone en valor a radio *Nikosia* como herramienta de resistencia hacia la institucionalización.

¹ Si queremos acercarnos al trato en los manicomios en España, tenemos a nuestra disposición un relato ejemplar, el de la pintora Leonora Carrington, que fue internada en el sanatorio psiquiátrico de Santander en 1940 y que contó su experiencia en sus Memorias de abajo (1972).

² «Herida(s)» en euskera.

2 Metodología

Los sujetos psiquiatrizados son aquellas personas que han pasado o están pasando por un proceso de psiquiatrización, entendido este como el diagnóstico, tratamiento o intervención e institucionalización psiquiátrica de un individuo por razones muy variadas. No son, por tanto, un grupo homogéneo ni su identidad está atravesada solamente por esta problemática. Aunque lo analicemos como un colectivo para extraer las cuestiones comunes y analizar las políticas públicas que generan y mantienen este estatus, no debemos perder de vista las especificidades y la diversidad de cada ser humano.

Para realizar el análisis de los discursos en primera persona nos serviremos del concepto sociológico y cultural de «subalternidad» (Gramsci, 1999; Spivak, 2009; Beverley, 2004), el concepto antropológico de «antibiografía» (Terradas, 1992) y los campos de la literatura autobiográfica, testimonial y el estudio de la narrativa, en su sentido más amplio. Advertimos cómo, en los últimos años, tomar palabra por una misma, es decir, de modo autobiográfico y, por tanto, narrativo, es un acto del habla a través del que múltiples sujetos subalternizados son capaces de significarse.

La presencia de los géneros autobiográficos es patente en multitud de ámbitos, desde los medios de masas a la literatura, pero tal vez haya mostrado su especial vigencia y sus virtudes como respuesta de representación en aquellos contextos socioculturales en que la identidad personal y colectiva se ha visto sacudida por la violencia social extrema y el trauma colectivo. (Baer, 2010, p. 144)

Por otro lado, el análisis debe partir de una concepción clara de las ideas de injusticia epistémica, hermenéutica y testimonial (Fricker, 2017), y, al mismo tiempo, tenerlas en consideración para evitar que el propio análisis no reproduzca esas mismas prácticas.

Los sujetos psiquiatrizados que en España deciden significarse como tal y hablar por sí mismos y sobre sus procesos³ deben enfrentarse, por lo tanto, a dos grandes problemas: un problema epistemológico, que deriva de lo que Foucault llamó «poder psiquiátrico» o la psiquiatría como dispositivo⁴ y de lo que hoy en día ya empezamos a conocer como «cultura de la salud mental» (Erro, 2021), por lo que el marco de sentido del sufrimiento psíquico carece de herramientas propias, sino que opera con las herramientas del amo; por otro lado, el problema político-práctico, de su estatus como sujetos, de las políticas públicas y sanitarias que les afectan, es decir, las medidas de control, violencia y tortura de los dispositivos psiquiátricos, incluidas las leyes que las avalan. Ambas esferas producen, interconectadas, las cárceles epistemológica y terapéutico-químico-manicomial de las que los sujetos psiquiatrizados no pueden liberarse.

Ambas cuestiones a su vez derivan y se retroalimentan de un problema de representación: las personas psiquiatrizadas tienen dificultades para representarse a sí mismas en cualquier ámbito (cultural, político, mediático) y las narrativas que los definen representativamente emanan de personas no psiquiatrizadas y de los poderes hegemónicos que son, por defecto, cuerdistas. Incluso si una persona psiquiatrizada consigue proyectarse en la esfera pública, las herramientas representativas no serán otras que las ya predominantes. Esta es una de las esferas de la «injusticia epistémica» que, además, ocasiona violencias simbólicas menospreciadas en los análisis sociales.

³ La experiencia de la locura en primera persona y la experiencia de la psiquiatrización son dos procesos distintos, que no siempre son correlativos.

⁴ Tomamos el término de Michel Foucault: «dispositivo de poder como instancia productora de la práctica discursiva» (2018, p. 30). Giorgio Agamben interpretó el término foucaultiano como «un conjunto heterogéneo, que incluye (...) discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policiales, proposiciones filosóficas, etc.» (2015, p. 11).

Es por eso que el concepto de subalternidad de Spivak (2009) nos ayuda a pensar este problema de representación que excede lo literario. Dentro de un marco estructural dominado por el cuerdisimo⁵, reconocer la ausencia de voz de ciertos colectivos subalternizados como el de las personas psiquiatrizadas, pero hacerlo cooptando sus voces es, *de facto*, no dejarles hablar.

No podemos detenernos como nos gustaría en la situación que vivimos en España las personas psiquiatrizadas (algunas de las situaciones incluyen ingresos involuntarios, coerciones mecánicas y químicas, esterilizaciones forzadas hasta su prohibición en 2020, así como todas las violencias más difíciles de nombrar). Un análisis exhaustivo del texto de la fallida Ley General de Salud Mental de 2021 nos podría dar una idea del difícil equilibrio entre la abolición y la reforma. En este texto, por ejemplo, no se habla de tortura⁶ ni se propone eliminar los ingresos involuntarios y solo se nombra en una ocasión el uso de los electroshocks⁷.

En este contexto histórico, vamos a examinar dos asuntos fundamentalmente en *Desmesura*, *Zauria(k)* y *Radio Nikosia*: por un lado, qué reivindicaciones y denuncias realizan los protagonistas, derivadas, a su vez, de las situaciones reales que se viven en el estado español; y, por otro lado, tratar de esbozar qué lenguaje y epistemologías propias comunes se pueden extraer de su análisis.

3 Resultados y conclusiones

En una consideración anterior (Gallardo, 2023), encontramos elementos comunes en las voces en primera persona que podemos rastrear también aquí. Entre ellos, observamos una autoría diseminada y una producción colectiva, en la que se le otorga al lenguaje una posición central, ya que funciona como performativo absoluto (Virno, 2005) donde el sujeto se encarna en su propio testimonio. No obstante, esto no ocurre en detrimento de la interdisciplinariedad: hay una confluencia, de facto, entre distintas naturalezas expresivas (poesía, diálogo, ilustración, narración). Otros elementos representativos que aglutina esta producción son la conciencia de la disidencia y la denuncia de las prácticas psiquiátricas.

Entre estos últimos, las cuestiones colectivas que emergen en el cómic, el documental y el programa de radio analizados de manera más significativa son las siguientes:

1. Denuncia a las prácticas concretas.
 - En los ingresos no se respetan los derechos humanos.
 - El diagnóstico psiquiátrico produce sesgos médicos y discriminación.
 - Sin aceptar el diagnóstico y callar es imposible salir del psiquiátrico.
2. Reflexiones sobre la naturaleza de la psiquiatría y su relación con las personas psiquiatrizadas.
 - Cuestionar el sistema psiquiátrico se convierte en un indicador que confirma tu diagnóstico.
 - La psiquiatrización produce una violencia ejercida desde arriba que se añade y opaca el dolor de los propios síntomas.
 - La psiquiatría señala la desviación de la norma como origen del sufrimiento y recomienda la vuelta a ella para solucionarlo.
 - La culpabilización individual es una de las herramientas más poderosas de la psiquiatría.

⁵ El término, acuñado por Judi Chamberlin en 1979, hace referencia a los estereotipos negativos que implican un trato discriminatorio hacia las personas etiquetadas como «enfermas mentales». Chamberlin asegura que «la lucha contra el cuerdisimo es una de las actividades con largo recorrido en la liberación» de las personas psiquiatrizadas (2023, p. 103).

⁶ Conviene recordar que las Naciones Unidas (ONU), en su Informe A/HRC/22/53 (2013) del Relator Especial sobre la Tortura, reconocen que las intervenciones psiquiátricas forzadas pueden constituir tortura.

⁷ El artículo 16.4. dice que «ninguna persona será sometida a terapia electroconvulsiva si así lo recoge en el Documento de Voluntades Anticipadas» (2021, p. 11).

- La institucionalización genera dependencias individuales en lugar de autonomías colectivas.
- La institución no promueve la interrelación, sino una relación unidireccional jerárquica, que te estructura como individuo y limita tus posibilidades de cómo ser en el mundo.
- La institución no soluciona, sino que silencia. En las instituciones psiquiátricas impera el silencio porque donde no hay un conflicto está operando un poder hegemónico.
- La dicotomía entre «personas enfermas» y «personas sanas» es una división interesada del discurso médico. Al tratarse de personas bajo «su competencia», se pueden imponer decisiones médicas y jurídicas sin consentimiento.
- Hablar de «ayuda» cuando las medidas impuestas no tienen en cuenta los deseos y las necesidades de la persona usuaria esconde la verdadera naturaleza coercitiva de la psiquiatría.
- La psiquiatría trabaja por la cronificación: «eres esto y lo serás para siempre».
- La psiquiatría funciona como dispositivo cultural, coloniza el lenguaje y nos impide pensar lo que nos pasa y nombrarlo de otro modo.

3. Enseñanzas y alternativas de los saberes profanos frente a la sabiduría médica.

- La locura es una respuesta humana adaptativa.
- Hay que aceptar la irracionalidad y la falta de explicaciones completistas.
- Los «síntomas» son pistas sobre los orígenes de nuestro sufrimiento y reflexionar sobre ellos nos ayuda a entender todas sus dimensiones.
- Lo que sucede en mi cabeza tiene que ver con mi propia vida y con el mundo en el que vivo.
- Negar y silenciar experiencias humanas inusuales (como escucha de voces) solo provoca más sufrimiento. Para integrarlas, hay que dialogar con ellas y averiguar qué nos quieren decir.
- Nuestra lucha como personas diagnosticadas es una lucha que tiene que ver con los derechos civiles.
- La idea de «integración» implica una exclusión. No hay un espacio dado donde quepamos todas.
- Si se coloniza el lenguaje, se coloniza el deseo.
- «El humor sabotea las formas enfermizas de relacionarse con el mundo» (Balius, 2018, p. 42).
- El capitalismo individualiza, mientras que la interdependencia es lo que nos salva, porque permite que no nos sintamos diferentes.
- Relacionarse con otras personas psiquiatrizadas, en contra de lo que recomienda la psiquiatría, ayuda a comprenderte mejor y te proporciona herramientas colectivas.
- Los colectivos en primera persona, los GAM, etc., nos ayudan a entender mejor lo que nos pasa y aporta un espacio seguro donde poder hablar de ello sin sentirnos juzgadas ni patologizadas.

Es interesante observar con qué lenguaje son expresadas estas ideas para poder trazar un acercamiento a las epistemologías propias de los colectivos psiquiatrizados. Se observa un uso generalizado de la primera persona del plural («nuestra propia voz», «nuestro sufrimiento en primera persona», «vamos a ir por nuestra cuenta», «palabras que nosotros teníamos», etc.).

Podemos asegurar también que existe un léxico propio, distinto al lenguaje psiquiátrico, donde se habla de «estar institucionalizada», de «sufrimiento psíquico» o «sufrimiento en primera persona», o de «autogestión» o «autonomía». Para reforzar esta idea de psiquiatrización no se habla de enfermedad mental, sino de «diagnóstico» y de «personas diagnosticadas», porque se entiende este como el hito que marca la entrada a la institucionalización.

Los esfuerzos por encontrar conceptos alternativos a las expresiones médicas no conducen en todos los casos a una sustitución dicotómica. En este sentido, cabe destacar, por ejemplo, el uso de la palabra «búsqueda» que se hace en *Zauria(k)* para englobar una serie de conductas, pensamientos e inclinaciones que podrían entenderse como «locura» o el uso de «expresiones humanas» en lugar de hablar de síntomas. Esta

manifestación es muy remarcable porque no solo deja atrás el discurso médico, sino que constituye realmente un camino hacia una epistemología propia.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2015). *¿Qué es un dispositivo?*; Seguido de *El amigo* ;y de *La Iglesia y el Reino*. Anagrama.
- Bear, Alejandro. (2010). *La memoria social. Breve guía para perplejos*. En A. Sucasas y J. A. Zamora (Eds.), *Memoria – Política – Justicia* (pp. 131-148). Trotta.
- Balius, F., & Pellejer, M. (2018). *Desmesura: Una historia cotidiana de locura en la ciudad*. Bellaterra.
- Beverley, J. (2004). *Subalternidad y representación: Debates en teoría cultural*. Iberoamericana.
- Carrington, L. (2023). *Memorias de abajo*. Alpha Decay.
- Chamberlin, J. (2023). *Por nuestra cuenta* (E. Tuneu i Tarrés, Trad.). Katakarak.
- Correa-Urquiza, M. (2018). *La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 567-585.
- Correa-Urquiza, Martín. (2010). *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili.
- Erro Pérez, J. (2021). *Pájaros en la cabeza: Activismo en salud mental desde España y Chile (Primera edición en castellano)*. Virus.
- Foucault, M. (2018). *El poder psiquiátrico: Curso en el Collège de France, (1973-1974)*. Akal.
- Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica*. Herder Editorial.
- Gallardo, S. R. (2023, en prensa). *Aproximación a una metodología subalterna en lo autobiográfico: movimiento social y sujetos psiquiatrizados*. En S. Pastor, M. Pascua y M. Santana (Eds.), *En los márgenes de la literatura: poder y resistencia*. Peter Lang.
- Gramsci, A. (1999). *Cuadernos de la cárcel. Era* ; BUAP.
- Irigoién, M.; Oiz, I.; y Sáez Pérez, I. (Directores). (2019). *Zauria(k)* [Documental]. Millett, K. (2019). *Viaje al manicomio*. Seix Barral.
- Plaza, M. (2018). *Desmesura: Trazando mapas para regresar del bosque de la locura*. El Salto.
<https://www.elsaltodiario.com/salud-mental/desmesura-trazando-mapas-para-regresar-del-bosque-de-la-locura>.
- Proposición de Ley General de Salud Mental, 185-1, Congreso de los Diputados, 122/000158 (2021).
- Spivak, G. C. (2009). *¿Pueden hablar los subalternos?* *Museu d'Art Contemporani*. Terradas Saborit, I. (1992). *Eliza Kendall: Reflexiones sobre una antibiografía*. Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El diseño de políticas sociales inclusivas en el ámbito municipal

Sara Galindo Pérez, ZIES-Instituto de Estudios Socioeconómicos Aplicados (sgalindo@zies.es)

Natalia Arcajo Fuentes, ZIES- Instituto de Estudios Socioeconómicos Aplicados (narcajo@zies.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La presente comunicación tiene como propósito presentar los resultados del estudio realizado en el municipio de Molina de Segura (Murcia) en el que se analiza la realidad de las personas con discapacidad y sus familias, así como los diferentes recursos (servicios e infraestructuras) destinados a las personas con discapacidad con el propósito de favorecer su plena integración.

A tal efecto, se ha llevado a cabo un proceso participativo y consensuado con las asociaciones y entidades de la discapacidad, el Ayuntamiento y las personas con discapacidad asociadas y no asociadas. En concreto, se han efectuado entrevistas a informantes clave y personas con discapacidad, grupos de discusión a perfiles del ámbito de la discapacidad y administrado un cuestionario (telefónico y on-line) a personas con discapacidad de la localidad.

Los principales resultados alcanzados giran en torno a la promoción de la formación y el empleo en igualdad de condiciones, procurar la mejora de la calidad de vida mediante el aumento de los apoyos y cuidados personales, la promoción del ocio inclusivo, favorecer la accesibilidad universal, así como aumentar los apoyos de todo tipo a las familias. A su vez, de forma transversal, se muestra la necesidad de optimizar los recursos disponibles y fortalecer la coordinación entre las distintas administraciones implicadas.

A partir de las necesidades y demandas percibidas, se puede llevar a cabo el diseño de una política pública ajustada a las necesidades de la población estudiada. Esto pone de manifiesto la importancia de investigar cada población con discapacidad en un ámbito geográfico concreto para la elaboración de políticas públicas adaptadas a la realidad de los diferentes municipios.

Palabras clave

Discapacidad, inclusión, accesibilidad universal, empleo

1 Introducción

Las personas con discapacidad han sido uno de los colectivos más discriminados a lo largo de la historia. Asimismo, la conceptualización de la discapacidad ha ido evolucionando y superando las carencias de definiciones anteriores desde modelos arcaicos basados en la caridad al paradigma social (Jiménez y Huete, 2010; Goering, 2015). Fue a partir de los años 60 que surge el paradigma social, el cual entiende la discapacidad no como una condición o limitación individual, sino más bien como el resultado de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras – ya sean tangibles o no – presentes en la sociedad (Jiménez y Huete, 2010; Pérez y Chhabra, 2019).

Partiendo de la premisa de que es la sociedad la que no está adaptada a las necesidades del colectivo de personas con discapacidad, resulta fundamental en el ámbito de las políticas públicas cambiar sus enfoques y diseños

adaptándolos a las diferentes realidades de este colectivo. Es por ello, que el objetivo del trabajo es identificar las necesidades de las personas con discapacidad y sus familias en el municipio de Molina de Segura.

No obstante, debemos ser conscientes en todo momento de que la complejidad del mundo de la discapacidad no permite hacer afirmaciones absolutas sobre las necesidades del colectivo. Estas son diversas y dependen de múltiples factores como el grado y el tipo de discapacidad, el grado de dependencia, los recursos de los que dispone, su red de apoyo, la propia personalidad de la persona, etc. A pesar de que cada una de las personas con discapacidad puede tener necesidades particulares, esta investigación pone de manifiesto la identificación de una serie de necesidades transversales.

2 Metodología

La metodología utilizada en esta investigación se ha articulado en tres bloques: una primera fase de análisis bibliográfico y estadístico donde se han revisado los estudios y las investigaciones publicados sobre el tema y se han recopilado las principales estadísticas que existen sobre personas con discapacidad, analizando los datos disponibles.

Una segunda fase de estudio cualitativo en la que se han realizado 4 entrevistas semiestructuradas a actores clave, 4 entrevistas en profundidad semiestructuradas a personas con discapacidad y 4 grupos de discusión que contienen los perfiles descritos a continuación:

- Entrevistas a actores clave:
 - Director/a Centro Especial de Empleo
 - Técnico/a Oficina Atención a la Discapacidad
 - Director/a del Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento
 - Responsable del Programa de Deporte Adaptado
- Entrevistas a personas con discapacidad:
 - Persona con discapacidad sensorial
 - Persona con discapacidad intelectual
 - Persona con una enfermedad mental
 - Persona con una enfermedad poco frecuente
- Grupos de discusión:
 - Directivos de asociaciones de personas con discapacidad
 - Técnicos de la administración y de organizaciones de personas con discapacidad
 - Familiares de personas con discapacidad
 - Personas con discapacidad

Grabamos digitalmente entrevistas y grupos de discusión previo consentimiento. Posteriormente, transcribimos el material para facilitar el análisis cualitativo de los discursos recogidos. A tal efecto, utilizamos el método comparativo constante de la teoría fundamentada (Carrero, Soriano y Trinidad, 2006). Analizamos los discursos transcritos a partir de una codificación abierta. La constante comparación entre códigos ha permitido una interpretación más amplia de la información a través de la construcción de categorías.

Una tercera y última fase fue la recopilación de datos cuantitativos mediante una encuesta (telefónica y on-line) a personas con discapacidad de la localidad. No obstante, en la presente comunicación nos enfocaremos en los resultados obtenidos de la fase de investigación cualitativa debido a su relevancia e impacto sobre la toma de decisiones, así como en la formulación y diseño de estrategias y políticas destinadas a promover la igualdad de oportunidades y la no discriminación del colectivo de personas con discapacidad.

3 Resultados y conclusiones

En primer lugar, identificamos el empleo como una de las necesidades más reiteradas por los participantes por ser uno de los puntos clave a la hora de fomentar la inclusión social (Vidal y Cornejo, 2016). Tener un empleo va más allá de la obtención de unos ingresos económicos, este hecho supone un proceso de integración social para la persona con discapacidad debido al aumento de las relaciones sociales, así como un aumento de la confianza y seguridad en uno mismo y de la independencia.

Me gustaría trabajar, por supuesto, me gusta trabajar, a mí me gusta trabajar porque te sientes más útil. (E7)

El empleo es la herramienta más potente de recuperación y de integración que hay. (GD1.8)

Cuando hablamos de inserción laboral hay que tener en cuenta dos factores: por un lado, las habilidades y conocimientos de la persona empleada y, por otro lado, el abanico de oportunidades de empleo en el mercado laboral. La formación se posiciona como un elemento fundamental tanto en la inserción laboral como en la calidad de vida de las personas con discapacidad (Garijo Gertrudix et al., 2021) y en el caso Molina de Segura carecen de formación profesional adaptada.

En Molina, por ejemplo, no tenemos una formación profesional adaptada. (GD2.4)

Siguiendo a Huete (2020) un empleo inclusivo sería aquel que se acomoda a todas las personas empleadas cualesquiera que sean sus habilidades o requisitos, en todos sus niveles, resultando cualquier otra opción discriminatoria. Por esta razón, para lograr una inclusión efectiva en el mercado laboral, es esencial la promoción de oportunidades de empleo con apoyo y empleo personalizado (González, 2018).

Que se fomente más el empleo, pero con apoyo porque nuestro colectivo es más amplio, tiene discapacidad intelectual y sí que contactan con nosotros empresas de Centros Especiales de Empleo, pero siempre es un empleo sin apoyo. (GD1.5)

Sin embargo, cabe destacar que Molina de Segura la propia morfología del tejido empresarial – un tejido conformado casi en exclusiva por pymes y micro pymes – hace que las empresas dispongan de pocos medios para su efectiva incorporación.

Yo creo que el tema es que las empresas en general tienen poco margen de maniobra. Por ejemplo, en la Región de Murcia el ochenta o noventa por ciento de las empresas son empresas muy pequeñas, tienen menos de diez trabajadores, entonces en una empresa tan pequeña el que se incorpore una persona que... pues pueda venir con una mochila en términos de necesito más bajas médicas o necesito más explicación para aprender las cosas ¿no? Todo esto hay empresas que aun queriendo pues les supone un... bueno es que no se yo sí puedo yo cargar esto. (E3)

En segundo lugar, la provisión de cuidados y apoyos tanto en el domicilio como fuera de él son un eje fundamental para mejorar la calidad de vida del colectivo. Reclaman principalmente la asistencia de una tercera persona en su día a día para la realización de tareas domésticas (limpiar, cocinar o comprar), de actividades de autocuidado (asearse o vestirse) o para los desplazamientos dentro y fuera del domicilio.

Yo necesito alguien que me ayude en casa, que me limpie en casa, yo...el médico lo sabe que yo no puedo realizar esos trabajos, ni limpiar mi casa. (E5)

Apoyo en la higiene personal, en el día a día, en las salidas.... (E8)

Las personas que han participado en el estudio manifiestan que las carencias en la asistencia y el apoyo diario no son siempre de tipo material. En ocasiones, las demandas son de tipo informativo, orientativo o afectivo.

Sin ganas de comer ¿sabes? Se me han ido las ganas de comer, estoy en tratamiento psiquiátrico debido a esta enfermedad porque no hay cura, no hay cura (...) Que me aconsejen porque yo intento llevar esta enfermedad lo mejor posible, pero es que no sé ya cómo llevarlo porque son tantas cosas las que ataca que es muy duro, es muy duro, y necesito apoyo, sí necesito apoyo, que me aconsejen, que estén conmigo, no constantemente, pero de vez en cuando que me llamen, cómo lo llevas, pues haz esto, haz lo otro. (E5)

En lo que concierne a la prestación de cuidados informales por parte de la familia es importante destacar la feminización de este trabajo. Buena parte de los cuidados informales recaen sobre las figuras femeninas de la familia perpetuando las funciones socialmente arraigadas en los roles de género (Duarte y Hernández, 2019). Este hecho esboza un gran desafío para las políticas públicas debido a la dificultad para conciliar empleo y cuidados por parte de la mujer que asume el papel de cuidadora principal. Así como la falta de reconocimiento de los cuidados como un empleo no remunerado.

Si no nos podemos ir a trabajar un horario normal porque, claro, mi hija es mañana, tarde y noche, como cualquiera. Entonces yo, claro, no me he podido buscar otro trabajo porque ustedes me han dicho que el día de mañana yo iba a tener ese beneficio y ahora me dicen ustedes que no lo tengo, entonces yo qué he hecho ¿He perdido diez años? No me he buscado otra cosa ¿Ahora qué hago? O sea, que desde que mi hija viene a las cinco de la tarde hasta que se va otro día se cuida sola, llega el sábado y el domingo y se cuida sola. (GD3.2)

Por otro lado, el ocio y tiempo libre es uno de los aspectos menos desarrollados en la vida cotidiana del colectivo de la discapacidad ya que las prioridades están centradas en las áreas de educación, empleo o salud (Guillen y Quintero, 2021). Sin embargo, las actividades de ocio y tiempo libre son fundamentales para alcanzar una calidad de vida digna. En Molina de Segura, hemos detectado que la oferta de ocio inclusivo es inexistente, quedando totalmente relegada a las actividades que ofrecen el propio tejido asociativo.

La demanda principal sobre todo con los ya adolescentes y adultos es el encontrar un ocio inclusivo o actividades en las que puedan participar no solamente... nosotros tenemos varios grupos de ocio, pero son nuestros grupos de ocio. Y algunos de los grupos que tenemos con más nivel de autonomía podrían perfectamente participar de actividades como cualquier adolescente o adulto ¿no? El ir a tomarse una copa o el salir a bailar, el ir al cine, jugar al fútbol, entonces sí que está la demanda más que a nivel ayuntamiento a nivel social, esa concienciación, generar un poco más el tema de la inclusión. (GD1.6)

En cuanto a la accesibilidad tanto física, como comunicativa y cognitiva de los espacios, bienes, productos y servicios es otro de los aspectos indispensables para garantizar la participación de las personas con discapacidad en la vida pública en igualdad de condiciones.

Respecto a la accesibilidad pues como en todos los sitios siempre es poca, siempre es poca y siempre entras a un sitio donde no hay, donde hay una escalera, donde hay un escalón, donde no hay un cartel en lectura fácil que les digan cómo pueden acceder a algo. (GD1.4)

Especialmente las personas con discapacidad física o movilidad reducida se enfrentan a un mayor número de obstáculos relacionados con las barreras arquitectónicas. El mal estado de conservación de las aceras del municipio ha sido uno de los temas que más discusión han suscitado entorno a la movilidad urbana durante las dinámicas grupales realizadas.

De que haya una acera bien hecha porque tienes que dar catorce mil vueltas, yo con la silla a veces tengo que dar vueltas y porque la llevo yo, pero otro que lleve la silla la persona es que es imposible (...) en Molina hay mucha falta de arreglar bordillos y aceras y de todo, yo por muy pocos sitios puedo pasar y me que salir a la carretera y muchas veces voy por la carretera y llevo los coches detrás míos y que me vayan pitando porque es que es imposible. (GD3.1)

No obstante, no solo las personas con discapacidad requieren de algún tipo de apoyo, sino que la atención también debe ponerse sobre todas y todos los integrantes de la familia (García y Bustos, 2015). Las necesidades de las familias, al igual que sucede con las necesidades de las personas con discapacidad, varían en función del tipo y grado de discapacidad de su familiar, así como de sus condiciones vitales y socioeconómicas. El estudio realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) señala que las necesidades de los familiares pueden clasificarse en cuatro grandes grupos: cognitivas, emocionales, sociales y materiales y de recursos.

Son las necesidades cognitivas y emocionales las que tienen un mayor coste en la calidad de vida de las familias. Se reitera, por un lado, la falta de orientación y asesoramiento especialmente en el momento de diagnosticar la discapacidad.

Nos diagnosticaron que era autista, nosotros evidentemente pues hace veintitantos años el autismo era una cosa casi desconocida, todos nos basamos en la película que hubo famosa de Tom Cruise donde se caían las cerillas y las contaba de un vistazo entonces dices jo qué gracioso qué tal entonces claro te agarras a un clavo ardiendo ¿no? Pero evidentemente cuando te das cuenta es como una pared, como un muro que no sabes qué hacer, te encuentras absolutamente perdido. (GD3.3)

Por otro lado, la necesidad de “desconectar” puede llegar a provocar en los familiares un sentimiento de frustración por la incapacidad de llevar a cabo sus deseos y proyectos personales con motivo de proveer dichos cuidados.

Porque yo llegan los fines de semana y como no tenga fuerzas para coger mi furgoneta y llevármela a la playa o cualquier cosa pues ya nos quedamos las dos en casa porque no tenemos opción, yo no tengo opción a hacer ningún viaje ni de días si quiera porque no me puede acompañar ella porque ese autobús precisamente no va a estar adaptado para eso y no hay unos ocios de decir o unos viajes de decir bueno pues estos viajes son específicamente para estas personas minusválidas que vaya con sus padres y que tengan una convivencia y que veamos cosas. (GD3.1)

En definitiva, las necesidades de las personas con discapacidad y sus familiares son múltiples y se hace imperante la necesidad de analizar la compleja realidad de cada territorio para la elaboración de planes y políticas públicas adaptadas a las necesidades de cada una de los municipios.

Referencias bibliográficas

- Duarte, C. H., y Hernández, Á., M. (2019). Cuidado informal y discapacidad en Colombia: una perspectiva de género. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, 3 (2).
- Carrero, V., Soriano R. M. y Trinidad, A. (2006). *Teoría fundamentada Grounded Theory. El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- García, R., y Bustos, G. (2015). Discapacidad y problemática familiar. *Paakat: Revista de Tecnología y Sociedad*, (8).
- Garijo Gertrudix, S., Sánchez Centeno, I., González Ruiz, C., Sánchez Rico, M., y Martorell Cafranga, A. (2021). Impacto de la formación para el empleo en la calidad de vida de jóvenes con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 52 (4), 51- 65.
- Goering, S. (2015). Rethinking disability: the social model of disability and chronic disease. *Current reviews in musculoskeletal medicine*, 8, 134-138.
- González, Á. (2018). *Empleo personalizado: una oportunidad para crear situaciones únicas*. Plena Inclusión España.
- Guillen, C., y Quintero, R. (2021). Ocio y tiempo libre en personas con discapacidad. En F. Herrera. (Eds.), *Inclusión y Discapacidad: Ámbitos para la acción* (pp. 75-90). Viña del Mar, Chile. Ediciones UVM.
- Huete, A. (2020). Integración e inclusión es lo mismo. *Diarium*, Universidad de Salamanca.
- Jiménez, A., y Huete, A. (2010). Políticas públicas sobre discapacidad en España. *Hacia una perspectiva basada en los derechos. Política y Sociedad*, 47 (1), 137- 152.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Estudio sobre las necesidades de las familias de personas con discapacidad.
- Pérez, M. E. y Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad*, 7 (I): 7-27.
- Vidal, R. O., y Cornejo, C. (2016). Trabajo y discapacidad: una mirada crítica a la inclusión al empleo. *Papeles de trabajo-Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural*, (31), 110-119.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Normopasabilidad, deshumanización y autosuficiencia: Un análisis de los imaginarios y las representaciones en el discurso social sobre la discapacidad

Laura Moya, Universidad de Zaragoza (lmoya@unizar.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Como se señala en la descripción del panel, los imaginarios sobre la discapacidad alimentan el diseño y la implementación de las políticas sociales. De hecho, las políticas sociales sobre la discapacidad en España durante las últimas décadas, reflejan la evolución de distintos paradigmas acerca de la discapacidad; de uno médico a uno más social. Sin embargo, pese a los avances legislativos, las encuestas a las personas con discapacidad (como la EDAD del INE), manifiestan que la efectividad en la implementación de dichas políticas no es plena, dada las situaciones de discriminación y exclusión que viven las personas con discapacidad en varios ámbitos esenciales de la vida en sociedad.

En esta comunicación, hacemos énfasis en los imaginarios colectivos sobre la discapacidad, que impregnan el discurso social, repercutiendo en las interacciones sociales y la implementación de las políticas sociales hacia las personas con discapacidad. En concreto, aplicamos las nociones de imaginarios y representaciones al análisis discursivo de cinco grupos de discusión, en los que se cruzan variables heterogéneas (género, barrio de residencia, profesión y tipo de discapacidad) y variables homogéneas (edad, clase social, relación con la discapacidad, carácter congénito o adquirido de la discapacidad y grado de la misma).

De dicho análisis se desprende que el discurso social sobre la discapacidad se erige sobre el elogio al ideal ficticio de autosuficiencia. Y es que este ideal impregna los discursos sociales sobre la discapacidad, reproduciendo imaginarios dominantes de la dependencia en los que la discapacidad se representa como un freno o una carga. Frente a estos imaginarios dominantes (Baeza, 2003;2007), las personas con discapacidad (re)producen imaginarios de la (inter)dependencia en los que se hace hincapié en los apoyos, las barreras y los tiempos paralizantes. Estos imaginarios, a su vez, se entretienen con aquellos imaginarios dominantes que entienden la discapacidad como una cuestión individual (“es para quien le toca”), frente a aquellos imaginarios que la comprenden como una cuestión estructural, poniendo el énfasis en las barreras (la ciudad como un infierno), la falta de medios materiales (el abandono institucional) y los tiempos paralizantes (las esperas).

Por último, cabe señalar que la “normopasabilidad” es una constante en el discurso, por la que se celebran las oportunidades y actuaciones de pasar como “normal”. Y es que las interacciones sociales ponen de manifiesto los imaginarios de la otredad en los que las marcas de diferencia se convierten en atributos indeseados o marcas de imperfección que remiten a la histórica deshumanización de las personas con discapacidad. Es así, como el discurso social sobre la dis/capacidad sostiene dichos imaginarios mediante representaciones por las que las personas con discapacidad son ubicadas en los extremos de lo humano. Es decir, menos que humanas, objetos de lástima y victimización, o más que humanas, objetos de adoración y un fetiche de inspiración.

Palabras clave

Discapacidad, discurso, imaginarios, representaciones.

1 Introducción

Hablamos de imaginarios en plural porque coexisten una multitud de estos en un mismo momento en una misma sociedad. Los imaginarios son esquemas de interpretación, son construcciones simbólicas latentes que permiten explicar el mundo en el que vivimos o un fenómeno concreto dentro de este. Son las ideas profundas que nos llevan a determinadas caracterizaciones de la realidad y son latentes porque sólo podemos dar cuenta de ellas cuando se manifiestan en el discurso social, mediante las representaciones.

Por su parte, las representaciones se construyen por los sujetos que comparten un momento histórico y un espacio cultural determinado y cuyas prácticas recurrentes consolidan una determinada idea y valoración del objeto de representación. Así, como lo indican Segovia, Basulto y Zambrano (2018), las representaciones sociales poseen la función de establecer un orden con el fin de guiar a los sujetos en el mundo social. Las representaciones sociales son manifestaciones, expresiones, objetivaciones, concreciones y especificaciones de los esquemas de interpretación de la realidad, es decir, de los imaginarios. Así, los imaginarios se forman a partir de la interacción social, valiéndose, como lo indica Girola (2020), de herramientas socialmente construidas como el lenguaje.

Como ya señaló Tremain (2002), no hay fenómenos que existan independientemente de juegos de lenguaje en los que los entendemos y con los que los representamos. Y estos juegos de lenguaje no son fijos, puesto que, como indica Corker (1998), se establecen en un lugar de contención, variación y conflicto, en el que los significantes capacidad y discapacidad cambian de significado. Así, la dis/capacidad es un fenómeno complejo que pone de relieve las relaciones entre los sistemas simbólicos (imaginarios) que dan particulares significados a la capacidad y la discapacidad y los procesos de categorización (representaciones sociales), que proyectan determinadas imágenes culturales sobre las personas con discapacidad.

2 Metodología

El discurso social, la ideología, no habita un lugar social en particular, si no que aparece diseminado en lo social, y tampoco es interior al individuo, si no que es exterior a este. De ahí, que el discurso social se manifieste en el exterior, en el intercambio, lo que da prueba de la necesidad de la interacción grupal para conocer el discurso social. Entonces, la situación de grupo equivale a situación discursiva. Y es, en la situación discursiva que el grupo de discusión crea, donde las hablas individuales tratan de acoplarse entre sí al sentido social, al consenso (Canales y Peinado, 1995). De hecho, como lo explica Callejo (2001), el grupo de discusión se configura como la técnica o el instrumento para producir datos que serían inaccesibles si no se diera la interacción grupal y que, posibilita que se confeccionen discursos que tienen proyección a nivel macrosocial. Así, para conocer el discurso social sobre la dis(capacidad y los modos en los que los imaginarios y representaciones sociales dan cuenta de los elementos de naturaleza simbólica que participan en la construcción de sentido de los discursos, activamos el intercambio grupal a través de cinco grupos de discusión. Siguiendo a Colectivo IOE y CIMOP (1998), se han considerado como variables heterogéneas (incluyentes, dentro de cada grupo), el género, el barrio de residencia, la profesión, y, en los grupos con componentes con discapacidad o relación con la misma, el tipo de discapacidad,¹ mientras que han sido variables homogéneas (o heterogéneas excluyentes, las cuales han dado lugar a la existencia de cada grupo), la edad, la clase social,

¹ Como explican Toboso y Rogero (2012), se debe lograr un grado adecuado de homogeneidad/heterogeneidad que en el caso de la discapacidad es clave para lograr resultados consistentes y útiles. Así, “el desarrollo de grupos heterogéneos en sus características funcionales abre la posibilidad de obtener resultados inesperados y novedosos, que pueden ser relevantes” (Toboso y Rogero, 2012, p.168).

la relación con la discapacidad, y en el caso de los dos grupos formados por miembros con discapacidad, el carácter congénito o adquirido de la discapacidad y el grado aproximado de la misma.² Así, se han formado los siguientes grupos:

GD1: 5 componentes, 3 hombres y 2 mujeres, distintos barrios de residencia, distintas profesiones, mayores de 40 años, de clase media-alta y relacionados con la discapacidad de distintos tipos y grados (familiares y profesionales).

GD 2: 7 componentes, 5 hombres y 2 mujeres,³ distintos barrios de residencia, distintas profesiones, menores de 40 años, de clase media-alta, sin relación con la discapacidad.

GD 3: 5 componentes, 2 hombres y 3 mujeres, distintos barrios de residencia, distintas profesiones, mayores de 40 años, de clase media-baja, sin relación con la discapacidad.

GD 4: 4 componentes, 2 hombres y 2 mujeres, distintos barrios de residencia, distintas profesiones, distintos tipos de discapacidad, mayores de 40 años, de clase media-alta, carácter adquirido de la discapacidad, grado alto de discapacidad.

GD 5: 4 componentes, 2 hombres y 2 mujeres, distintos barrios de residencia, distintas ocupaciones,⁴ distintos tipos de discapacidad, menores de 40 años, de clase media-baja, carácter congénito de la discapacidad, grado bajo de discapacidad.

3 Resultados

De acuerdo con Baeza (2003; 2007), los imaginarios sociales funcionan como homologadores de todas las maneras de pensar, de todas las modalidades relacionales pero, entre estas, existen contradicciones y por ello, este autor denomina imaginarios sociales dominantes e imaginarios sociales dominados a aquellos que han triunfado o no de manera provisoria en el terreno simbólico

Atendiendo a ello, encontramos que los imaginarios dominantes de la dependencia quedan reflejados en el discurso social sobre la dis/capacidad al hacer referencia a las personas cuidadoras mediante la representación del cuidador transparente (Kittay 2007), mediante enunciados como “su vida al final termina un poco de ser su vida”. Negando así la relacionalidad del cuidado que se da, en efecto, en las relaciones de cuidado en donde los intereses no son autónomos, sino entretejidos (Withney, 2011). Pero además, dichos imaginarios también quedan representados por la imagen de la persona dependiente como freno, en este caso, para el ocio, mediante enunciados como “yo es que la ciudad no la vivo, no la vivo”.

Por otra parte, los imaginarios dominantes de la dependencia también se entretejen con aquellos que entienden la discapacidad como una cuestión individual, incluso privada, familiar o íntima, y que queda reflejado en el enunciado “es para quien le toca”, el cual es reiterativo en los distintos grupos. Sin embargo, es precisamente en el discurso de las personas con discapacidad, en las que dicha frase se enuncia críticamente para matizar un imaginario dominado de la (inter)dependencia, en el que aparece la autodeterminación para elegir los propios

² Con la selección de estas variables, tanto en su tipo como en su número, se pretende saturar el campo de hablas que nos parecen pertinentes atendiendo al objeto de esta investigación. Dado que, como explican Canales y Peinado (1995, p.296), lo que se busca en el diseño del grupo de discusión es saturar el campo de diferencias de las distintas hablas para así, “mejor hallar la unidad discursiva (la unicidad de la ideología, que se expresa bajo la forma de variantes)”. Así, en la técnica del grupo de discusión, se parte de las variantes, lo visible, para reconstruir la estructura que las sostiene (Canales y Peinado, 1995).

³ No se cumple la paridad de género propuesta inicialmente, dado que no han acudido a la discusión algunas de las componentes confirmadas y citadas.

⁴ Se especifica en “ocupaciones”, ya que no todos ellos trabajan o están en búsqueda de empleo, dado que algunos componentes son estudiantes.

apoyos y una crítica radical a los espacios discapacitantes (lugares segregados), a los tiempos paralizantes (las esperas) y al abandono institucional (desatención de demandas).

Aunque de manera algo anecdótica, y desde una perspectiva asistencial, en el discurso sobre la dis/capacidad se refleja el imaginario de las personas con discapacidad como “pobres merecedores”, en este caso a partir de la representación social de estas como aquellos que “tienen voluntad” o “intentan superarse”. No obstante, es este tipo de representación, la que da cuenta de la comprensión de la discapacidad como imperfección a superar, la que comparte una misma matriz (discapacidad como déficit) con las dos representaciones dicotómicas dominantes de la discapacidad: la superación e inspiración y la imperfección y tragedia (Crow, 2014).

Es precisamente esta consideración de imperfección, de falta de humanidad, la que preserva el elogio a la “normopasabilidad”, constante en el discurso de los grupos de discusión. Dicha “normopasabilidad”, se manifiesta en el discurso mediante la reiteración en celebrar las oportunidades y actuaciones de pasar como “normal”: “*no le noté que era invidente, es que no se lo noté. Ella estaba allí con las otras chiquillas, con las pacientes...Son dignos de admirar*”. Así, como explicó Goffman (2007), es en la interacción con el otro, en la que las marcas de diferencia se convierten en estigmas que provocan la construcción social del otro. De manera que, los imaginarios de la otredad que se manifiestan en el discurso de los grupos de discusión, muestran la ansiedad⁵ en la interacción, elogiando la normopasabilidad al representarla como figuras de admiración. Es precisamente este estigma, esta consideración de imperfección, de falta de humanidad, lo que alimenta el capacitismo, al tomar al “cuerpo capacitado” como un valor absoluto y real y lugar desde el que medir las interacciones con el otro.

⁵ La normalidad es ese lugar no marcado desde el que las personas convierten atributos en estigmas de discapacidad, pero tal causa, no es la marca de diferencia sino que tiene que ver con la interacción y la interpretación desde ese lugar no marcado (Titchkosky, 2000). Estas interpretaciones fueron estudiadas por antropólogas como Joan Ablon, quien puso el foco en las “fuerzas discapacitantes” (“disabling forces”), es decir, aquellas reacciones sociales hacia las personas discapacitadas por parte de la población general (Shuttleworth y Kasnitz, 2004) (Reid-Cunningham, 2009).



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La violencia institucional en las universidades de Jaén y Granada: microagresiones capacitistas en el alumnado con discapacidad

Mercedes López Pérez, Universidad de Jaén (perez@ujaen.es)

Blanca Amalia Girela Rejón, Universidad de Granada (bgirela@ugr.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo conocer qué variables sociodemográficas son determinantes para que el alumnado con discapacidad de las universidades de Jaén y Granada soporten microagresiones capacitistas. Las microagresiones capacitistas son una demostración de la violencia institucional en los centros de enseñanza superior en los que impera todavía el modelo educativo de la integración más que el de la inclusión. Para este estudio fue necesaria la revisión de los principales conceptos que definen la discriminación y exclusión de las personas con diferentes tipos de discapacidad, algunas de ellas, como las microagresiones capacitistas, poco apreciables por su sutileza a la hora de manifestarse. A través de una metodología cuantitativa y mediante la encuesta de microagresiones capacitistas (EMC) hemos podido poner de manifiesto aspectos relevantes de esta forma de agresión a fin de poder trabajar en un futuro acciones de erradicación y prevención de esta forma de expresión de la violencia institucional.

Palabras clave

Capacitismo, microagresiones capacitistas, discapacidad, violencia simbólica

1 Introducción

El capacitismo es una forma de discriminación contra las personas con discapacidad. Según Linton “el capacitismo se basa en el prejuicio de que, como grupo social, las personas con discapacidad son inferiores a las personas sin discapacidad” (1998: 9). Considera que la discapacidad es negativa y por ello debe ser rehabilitada, curada y en algunos casos eliminada (Campbell, 2008).

Con más o menos sutileza los discursos capacitistas ponen en el centro un ideal de individuo cuyas características reflejan una perfección en la que su incumplimiento margina y desplaza a quienes no se ajustan a ella. “La definición de lo que una persona válida es, tiene lugar desde el privilegio de la hegemonía de los cuerpos funcionalmente normativos, y es desde esta incorporación que se producen las prácticas que lo sustentan” (Moral *et al.*, 2020, p. 8). Al hablar de capacitismo estamos haciendo referencia a situaciones de violencia simbólica, entre otras muchas, materializadas con frecuencia en acciones sutiles llamadas “microagresiones”.

Las microagresiones son instrumentos de representación del capacitismo que, como ideología, transitan de manera obvia o sutil sobre las personas que no se ajustan al cuerpo normativo. Se dan con mucha frecuencia, lo que parece una expresión de cortesía y buenas intenciones son manifestaciones de estereotipos y prejuicios. Al hacer referencia a las agresiones en términos micros se hace evidente lo difíciles que son estas de consignar.

De acuerdo con Moral *et al.*:

Las microagresiones interrumpen o imposibilitan el disfrute de derechos, así como el desarrollo de una vida en igualdad de condiciones que el resto de la población y suponen un impacto negativo en el desarrollo de la identidad y el autoconcepto de las personas que las reciben (2020, p. 9).

Este trabajo que presentamos forma parte de un estudio más amplio que aún está sin publicar, por lo que solamente mostraremos parte de sus resultados.

2 Metodología

El objetivo de este estudio es conocer qué variables sociodemográficas son decisivas para que el alumnado con discapacidad de las universidades de Jaén y Granada soporten microagresiones capacitistas.

Mediante un enfoque cuantitativo hemos diseñado un estudio descriptivo observacional en el que hemos utilizado la Encuesta de Microagresiones Capacitistas (en adelante, EMC) que evalúa las microagresiones capacitistas que soportan dichas personas.

La EMC es una adaptación de la Ableist Microaggressions Scale de Conover (2015) que, a su vez, se basa en la propuesta hecha por Keller y Galgay (2010). Moral *et al.* (2020) la ha traducido a la lengua y al contexto español, así como adecuarla a los criterios de lectura fácil y a los lectores de pantalla para su total accesibilidad. Ésta está formada por 20 ítems que, mediante una escala Likert con seis opciones de respuesta (donde 0 es nunca y 5 muchas veces o muy frecuente), valora las experiencias de microagresiones capacitistas para diferentes situaciones (Merced *et al.*, 2022).

Estos ítems están agrupados en cuatro factores propuestos por Conover, quedando la correlación entre los ítems y los dominios propuestos por Keller y Galgay de la siguiente forma (Moral, 2021b):

- Desamparo (factor 1) con 5 ítems (2, 4, 6, 12 y 13): recoge los dominios de indefensión, condescendencia, ganancia secundaria y negación de identidad personal -variación del dominio de negación de la identidad-.
- Minimización (factor 2): con 3 ítems (1, 19 y 20): corresponde a la variación de negación de la experiencia, con una de las variaciones del dominio de negación de identidad.
- Negación de personalidad (factor 3): con 5 ítems (3, 7, 8, 9 y 11): reúne los dominios de infantilización, efecto de extensión y negación de identidad personal.
- Otrerización (factor 4): con 7 ítems (5, 10, 14, 15, 16, 17 y 18): pertenece a los dominios de desexualización¹, ciudadanía de segunda clase y efecto de extensión.

Por medio de un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia se ha obtenido una muestra participada de 71 estudiantes con discapacidad de ambas universidades, tras verificar que cumplían los requisitos, ha resultado una muestra final de 63 participantes que representa el 12.8% de la población objeto de estudio.

El 66.7% de la muestra han sido mujeres, el 27% hombres y un 6.3% ha elegido la opción “otro.” El rango de edad ha oscilado entre los 18 y 68 años, siendo la media de edad de 29.52 años (DT=7.68).

Un 61.9% está matriculado en la Universidad de Granada y un 38.1% en la de Jaén. La mayoría cursan estudios de grado (69.8%), le sigue los/as matriculados en un máster (23.8%) y la minoría realiza estudios de doctorado (6.8%).

En relación al tipo de discapacidad es predominante la discapacidad física (31.7%), le sigue la psíquica o mental (25.4%), la pluridiscapacidad (17.4%), la de tipo intelectual (7.9%), la discapacidad orgánica, visual y

¹ Considera a las personas con discapacidad como seres asexuales.

“otra”² (4.8%), mientras que la minoritaria es la de tipo auditiva (3.2%). Si atendemos al origen de la discapacidad, la mayoría es de nacimiento (47.6%), le sigue la causada por enfermedad (46%) y la producida por un accidente (6.3%).

Contactamos, por vía telefónica y correo electrónico, con la persona responsable del servicio de atención al alumnado con discapacidad de cada universidad, se le presentó el estudio y solicitó su ayuda para el envío por correo electrónico de la carta informativa del estudio, el consentimiento informado y el enlace de acceso a la EMC.

A través de un formulario online de Google Forms ha estado abierto desde el 6 de octubre al 6 de diciembre de 2022.

Hemos realizado un análisis descriptivo numérico de la información obtenida justificada por el pequeño tamaño de la muestra. Utilizamos el propio análisis realizado por el Google Forms y continuamos analizando de forma manual y tradicional.

3 Resultados y conclusiones

Las variables sociodemográficas estudiadas han sido “género”, “edad”, “origen de la discapacidad”, “tipo de discapacidad”, “utilización de apoyos”, “visibilidad de la discapacidad” y “grado de dependencia”. Han sido analizado con respecto a los cuatro factores (“Desamparo”, “Minimización”, “Negación de la personalidad” y “Otrerización”) recogidos en la EMC, con el fin de establecer qué variables son decisivas para experimentar las microagresiones capacitistas.

Con respecto a las puntuaciones globales de las microagresiones por factores según la variable “género”, se ha observado que en el caso de los hombres los resultados muestran que hay grandes diferencias, sobre todo entre las experiencias que están dentro del factor 4 “Otrerización” y las del factor 2 “Minimización”. En el primero, la media (M=16.1) es mucho más elevada que en el segundo factor (M=6.5), esto significa que discriminaciones como ser desexualizados, ciudadanía de segunda clase y efecto de extensión (factor 4) son las más habituales, y experiencias como negación de la identidad personal o de la propia discapacidad son las menos habituales de todas. En cambio, las personas que eligieron la opción “otro”, es decir, se autodefinen como de “género no binario” o “fluido” presentaron resultados mayores en los factores 4 y 2 (M=16.5 y M=12.2 respectivamente), es decir, que las microagresiones capacitistas más habituales son el ser considerados ciudadanía de segunda clase, seres asexuales y su sola presencia es un problema.

En el caso de las mujeres, según los resultados de las medias (M) han sido muy similares en todos los factores, tan solo hay una diferencia de 3.4 puntos entre la mayor y la menor puntuación. Lo que pone de manifiesto que las mujeres de la muestra soportan un nivel de capacitismo alto en todos los factores, que puede ser debido a la confluencia de múltiples discriminaciones que sufren, por lo hay que señalar la importancia de abordar la interseccionalidad en toda investigación sobre la discriminación (ver tabla 1).

² Dentro de la opción “otra” hay estudiantes con disfemia o tartamudez, ataxia cerebelosa y trastorno del aprendizaje como la dislexia y disortografía

Tabla 4. Puntuaciones de las microagresiones capacitistas por factores y género

| | <i>Mujer</i> | | <i>Hombre</i> | | <i>Otro</i> | |
|---------------------------------------|--------------|-----------|---------------|-----------|-------------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> |
| Factor 1: Desamparo | 12.4 | 8.2 | 13.8 | 7.3 | 8.0 | 5.9 |
| Factor 2: Minimización | 10.5 | 4.9 | 6.5 | 4.9 | 12.2 | 4.4 |
| Factor 3: Negación de la personalidad | 12.2 | 9.0 | 11.2 | 8.5 | 8.5 | 7.0 |
| Factor 4: Otrerización | 13.9 | 12.9 | 16.1 | 13.3 | 16.5 | 10.2 |

Las mujeres soportan discriminación en cualquier circunstancia, mientras que los hombres la aguantan en mayor o menor nivel según otras variables como puede ser el tipo y/o la visibilidad de la discapacidad.

Para conocer la relación de la variable “edad” con las microagresiones capacitistas se ha agrupado la muestra en cinco fracciones de diez años cada una. La media (M), como se observa en la tabla 2, ha mostrado que estas microagresiones son altas en el tramo más joven (18-28 años) pero van aumentando con la edad sobre todo en los dos segmentos de mayor edad (M=15.7; M=21.7 y M=16.5; M=20.5; M=13.5 y M=22.5 respectivamente) en los factores 1, 3 y 4. En cambio, el factor 2 “Minimización” ha presentado resultados más bajos en esas mismas franjas de edad (M=9.0 y M=6.5). Por los que los resultados han mostrado que esta variable es relevante a la hora de vivenciar estas experiencias capacitistas, sobre todo en la horquilla de entre 51 a 72 años. De manera general, para nuestra muestra, las microagresiones aumentan con la edad, esto puede deberse a la vinculación que existe entre la discriminación por discapacidad y la discriminación por edad.

En relación al “tipo de discapacidad”, como se observa en la tabla 3, los resultados han revelado que, en general, la discapacidad orgánica presenta cifras más bajas que las demás. Por el contrario, las pluridiscapacidades han sido las que experimentan mayores niveles de microagresiones. Según demuestran las medias (M), el factor 4 “Otrerización” es el que ha presentado niveles más altos de microagresiones, mientras que el factor 2 “Minimización” los más bajos. Lo que se traduce en que el “tipo de discapacidad” es una variable muy relevante para soportar estas discriminaciones.

Tabla 5. Puntuaciones de las microagresiones capacitistas por factores y edad

| | <i>18-28</i> | | <i>29-39</i> | | <i>40-50</i> | | <i>51-61</i> | | <i>62-72</i> | |
|---------------------------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> |
| Factor 1: Desamparo | 12.7 | 7.8 | 10.8 | 7.9 | 11.3 | 10.9 | 15.7 | 7.9 | 20.5 | 3.5 |
| Factor 2: Minimización | 10.3 | 5.1 | 8.0 | 5.2 | 11.6 | 3.4 | 9.0 | 6.0 | 6.5 | 4.9 |
| Factor 3: Negación de la personalidad | 11.6 | 8.6 | 10.2 | 8.3 | 5.0 | 7.8 | 21.7 | 3.9 | 13.5 | 9.1 |
| Factor 4: Otrerización | 13.4 | 12.4 | 15.6 | 12.3 | 15.6 | 19.9 | 16.5 | 12.3 | 22.5 | 4.9 |

Tabla 6. Puntuaciones de las microagresiones capacitistas por factores y tipo de discapacidad

| | Física | | Psíquica | | Intelectual | | Sensorial | | Orgánica | | Pluridiscapacidad | | Otra | |
|---------------------------------------|--------|------|----------|------|-------------|-----|-----------|------|----------|------|-------------------|------|------|------|
| | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT |
| Factor 1: Desamparo | 12.6 | 7.7 | 10.0 | 7.9 | 11.2 | 7.1 | 16.2 | 5.3 | 3.6 | 5.1 | 16.6 | 7.5 | 15.0 | 6.3 |
| Factor 2: Minimización | 8.2 | 5.4 | 12.4 | 3.3 | 9.6 | 5.8 | 6.6 | 3.2 | 8.0 | 4.6 | 9.4 | 5.2 | 10.6 | 7.5 |
| Factor 3: Negación de la personalidad | 11.1 | 9.5 | 10.0 | 7.4 | 9.4 | 5.9 | 15.7 | 6.8 | 8.6 | 13.3 | 16.3 | 7.8 | 9.3 | 10.7 |
| Factor 4: Otrerización | 15.8 | 12.8 | 12.2 | 11.2 | 7.2 | 8.7 | 23.2 | 11.8 | 5.0 | 5.1 | 20.0 | 12.5 | 7.0 | 8.5 |

En relación al “origen de la discapacidad”, las puntuaciones globales de microagresiones por factores han señalado que las discapacidades congénitas obtienen cifras mayores en los factores 1, 3 y 4 y solamente han sido más bajas en el factor 2. En el caso de ser la discapacidad de origen adquirido los resultados han sido similares en los cuatro factores, pero más bajos que los anteriores, menos en el factor 2 que es un poco más elevado. Por lo tanto, las personas con una discapacidad congénita soportan en general mayores niveles de capacitismo que las personas con una de origen adquirido, menos las experiencias relacionadas con el factor minimización, que en este caso es mayor. Entonces, esta variable es relevante en relación con las experiencias de las microagresiones capacitistas (ver tabla 4).

Tabla 7. Puntuaciones de las microagresiones capacitistas por factores y origen de la discapacidad

| | Congénita | | Adquirida | |
|---------------------------------------|-----------|------|-----------|------|
| | M | DT | M | DT |
| Factor 1: Desamparo | 13.9 | 7.1 | 11.4 | 8.5 |
| Factor 2: Minimización | 8.4 | 5.5 | 10.6 | 4.7 |
| Factor 3: Negación de la personalidad | 12.6 | 8.3 | 10.9 | 9.2 |
| Factor 4: Otrerización | 15.8 | 12.7 | 13.4 | 12.9 |

Con respecto a las variables “utiliza o no apoyos técnicos y/o humanos” y la “visibilidad de la discapacidad”, si la persona universitaria con discapacidad utiliza algún apoyo y, por tanto, su discapacidad es visible, los niveles de capacitismo que soporta han sido mayores en los factores 1, 3 y 4. En el caso de no utilizar apoyos y tener una discapacidad invisible ocurre lo contrario, las puntuaciones han sido más bajas en todos menos en el factor 2 (ver tablas 5 y 6). Lo que indica que estas dos variables son muy relevantes a la hora de soportar las microagresiones capacitistas.

Tabla 8. Puntuaciones de las microagresiones capacitistas por factores y según utilicen o no apoyos técnicos y/o humanos

| | <i>Utiliza apoyos</i> | | <i>No utiliza apoyos</i> | |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> |
| Factor 1: Desamparo | 17.4 | 6.1 | 9.9 | 7.6 |
| Factor 2: Minimización | 8.4 | 4.9 | 10.2 | 5.3 |
| Factor 3: Negación de la personalidad | 15.6 | 7.2 | 9.5 | 8.7 |
| Factor 4: Otrerización | 22.1 | 10.7 | 10.2 | 11.8 |

Tabla 9. Puntuaciones de las microagresiones capacitistas por factores y visibilidad de la discapacidad

| | <i>Se nota</i> | | <i>No se nota</i> | | <i>Se nota a veces</i> | |
|---------------------------------------|----------------|-----------|-------------------|-----------|------------------------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> |
| Factor 1: Desamparo | 17.1 | 6.1 | 6.0 | 6.8 | 13.2 | 7.0 |
| Factor 2: Minimización | 6.0 | 4.1 | 11.3 | 4.4 | 11.2 | 4.7 |
| Factor 3: Negación de la personalidad | 15.1 | 7.9 | 5.4 | 7.4 | 13.0 | 7.9 |
| Factor 4: Otrerización | 21.1 | 10.9 | 8.0 | 9.9 | 13.6 | 12.6 |

Si observamos la variable “grado de dependencia”, las puntuaciones globales de microagresiones por factores han sido más elevadas en los factores 1, 3 y 4 y más bajas en el factor 2 en el caso de tener un grado de dependencia. En el caso de no tenerlo se ha observado que las cifras son similares en los cuatro factores. Esto indica que tener declarado un grado de dependencia es una variable determinante para sufrir este tipo de discriminación. Esto también está muy unido a la visibilidad de la discapacidad, cuanto más evidente es la situación de dependencia, menor es la discriminación capacitista ligada al factor 2: “Minimización” (Moral, 2021a) (ver tabla 7).

capacitistas por factores y según tengan o no grado de dependencia

| | <i>Con grado de dependencia</i> | | <i>Sin grado de dependencia</i> | |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------|---------------------------------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> |
| Factor 1: Desamparo | 18.6 | 5.3 | 11.5 | 7.9 |
| Factor 2: Minimización | 6.3 | 5.0 | 10.2 | 5.0 |
| Factor 3: Negación de la personalidad | 16.2 | 7.2 | 10.9 | 8.7 |
| Factor 4: Otrerización | 22.9 | 9.7 | 13.0 | 12.7 |

Podemos concluir que, para la población objeto de estudio, las variables sociodemográficas más determinantes para sufrir microagresiones capacitistas son la “visibilidad de la discapacidad”, la “utilización de apoyos técnicos y/o humanos”, el “origen de la discapacidad” y el “tipo de discapacidad”. Observamos que estas cuatro variables están relacionadas con el nivel de evidencia de la discapacidad. Igualmente, señalar que las variables “género” y “edad” son más o menos determinantes según se den unidas a otras formas de discriminación, como por ejemplo al machismo o al edadismo.

Finalmente, el alumnado con discapacidad de las universidades de Jaén y Granada soportan más o menos las microagresiones capacitistas según sea la “visibilidad de su discapacidad, esto es, cuanto más evidente es la situación de discapacidad mayor es la discriminación capacitista que sufren.

Este trabajo pone de manifiesto la tarea ingente que queda por hacer para revertir estas situaciones capacitistas. Por lo que es necesario poner en marcha políticas públicas, programas, estrategias, campañas de información y sensibilización dirigidas a toda la ciudadanía para eliminar las creencias, las prácticas, los procesos, los valores, etc. discriminatorios. En definitiva, los prejuicios que consideran a las personas con discapacidad seres inferiores a aquellas personas sin ninguna discapacidad.

Referencias bibliográficas

- Campbell, F. K. (2008), Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism, *M/C Journal*, 11(3).
<https://doi.org/10.5204/mcj.46>
- Conover, K. J. (2015). *Ableist microaggressions scale: Development, validation, and relationship with social support* [Tesis doctoral, University of California, Santa Barbara].
- Keller, R. M. & Galgay, C. E. (2010). Microaggressive experiences of people with disabilities. En D. W. Sue (Ed.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (pp 241-267). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Linton, S. (1998), *Claiming Disability: Knowledge and Identity*, New York University Press, New York.
- Merced, K., Ohayagha, C., Watson, J. D., & Perrin, P. B. (2022). Clinical utility and psychometric properties of the Ableist Microaggressions Scale. *Rehabilitation Psychology*, 67(4), 610–612.
<https://doi.org/10.1037/rep0000461>
- Moral, E. (2021a). *Microagresiones capacitistas. Estudio de la discriminación por discapacidad en la vida cotidiana* [Tesis doctoral, Universidad de Salamanca].
- Moral, E. (2021b). Las minimizaciones de la discapacidad como microagresiones capacitistas. *Dilemata*, (36), 35-53.
- Moral, E., Hueta García, A. y Díez Villoria, E. (2020). ¿Soy lo que ves? Microagresiones capacitistas y visibilidad de la discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 8(2), 7-31.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Discapacidad y salud mental: retos pendientes

María Pilar Díaz López, Universidad de Barcelona (mpdiazlopez@ub.edu)

María Virginia Matulič Domandžič, Universidad de Barcelona (mmatulic@ub.edu)

Irene de Vicente Zuera, Universidad de Barcelona (ide_vicente@ub.edu)

María Àngels Renom Sotorra, Universidad de Barcelona (mrenom@ub.edu)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad promulgada por NNUU en 2006 ha supuesto un punto de inflexión en cuanto a la conceptualización de los Derechos Humanos de todas las personas con discapacidad, sin ninguna excepción.

A partir de diferentes estudios de investigación sobre salud mental se analizan algunos microdatos sobre el estigma que existe en la sociedad y el autoestigma percibido por las personas afectadas.

A partir de un modelo de sociedad “capacitista” que define la figura de una “persona normal y corriente”, el estigma social señala a las personas que no cumplen con el patrón establecido, las desvalúa, las desacredita, las margina y las excluye de la comunidad. Para las personas con trastorno mental el estigma internalizado, es la consecuencia de aceptar los prejuicios sociales tras la pérdida de la autoestima, auto atribuyéndose a sí mismo unos atributos con connotaciones negativas.

Como sociedad debemos impulsar acciones y programas que apuesten por una sociedad más justa e inclusiva centrada en los derechos y en la igualdad de oportunidades de todas las personas con discapacidad.

Palabras clave

Salud mental, inclusión, derechos, estigma

1 Introducción

Las personas con discapacidad derivada de salud mental aun hoy día, en pleno siglo XXI, tienen que hacer frente además del hándicap de la discapacidad, al prejuicio social que existe en torno a las enfermedades mentales, con las consiguientes actitudes de rechazo que suponen más barreras para su inclusión social (ámbito laboral, formativo, relacional, comunitario, familiar...), aumentando el estigma y su sufrimiento y repercutiendo directamente en su calidad de vida.

Erving Goffman (1963) define el *estigma* como “un atributo profundamente devaluador que degrada a la persona portadora del mismo” (p.13), por otra parte, el Libro Verde sobre la Salud Mental de la Comisión Europea (2005) reconoce que “la estigmatización de los enfermos mentales es una realidad” (p.3), además reconoce que las personas con trastorno mental se han de enfrentar a prejuicios que provocan un aumento de su sufrimiento y agravan su situación de exclusión social. En muchos casos, incide en que “persiste la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas con discapacidades psíquicas, lo cual pone en entredicho valores europeos fundamentales” (p.3).

Por tanto, el estigma genera actitudes de exclusión, de discriminación, y de hostilidad hacia las personas con discapacidad derivada de un trastorno mental y acaba derivando en una imagen social estereotipada y negativa que genera barreras sociales adicionales que hacen aumentar el riesgo de aislamiento, de marginación y de

exclusión social. Defender la dignidad, la igualdad de oportunidades y la inclusión social y erradicar el estigma social es nuestro cometido más inmediato.

2 El trastorno mental

Para FEAFES Galicia, los trastornos mentales afectan temporal y sustancialmente a la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria, además puede causar alteraciones de pensamiento, de percepción, de estado de ánimo, de personalidad o de comportamiento, teniendo en cuenta que en algunas ocasiones “es invisible” y pasa desapercibido ante los demás. A diferencia de la discapacidad psíquica o la demencia, el trastorno mental no disminuye ni deteriora las facultades mentales, sino que las altera de forma esporádica.

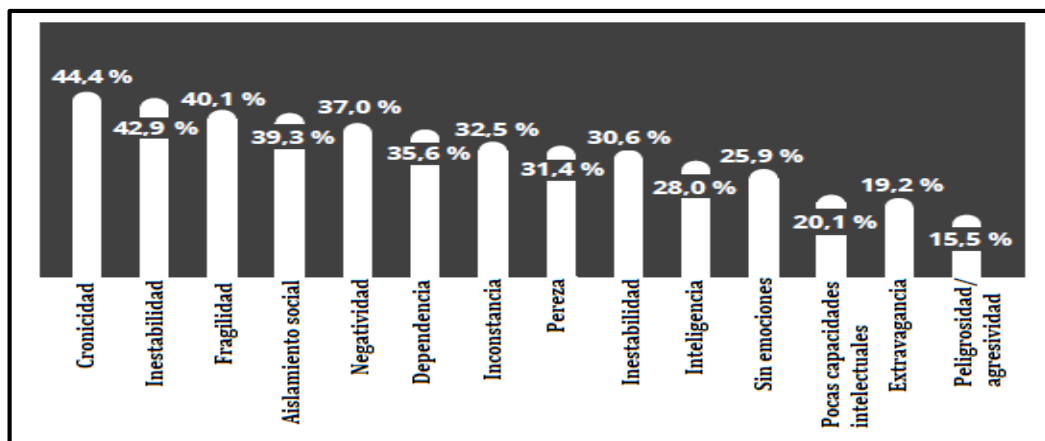
Así mismo, los trastornos mentales son un problema de primera magnitud porque tienen una gran repercusión en la calidad de vida de las personas afectadas por su elevada prevalencia y por el impacto de sufrimiento y desestructuración que genera en las personas, sus familias y su entorno más cercano.

2.1 Características atribuidas a las personas que tienen un trastorno mental

Los estereotipos que la sociedad proyecta sobre las personas que tienen un trastorno mental suele reflejarse en los comportamientos los cuales, consecuentemente, tienden a ser discriminatorios y estigmatizadores.

En el marco de la investigación de la Plataforma contra el estigma de Catalunya OBERTAMENT “El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña” se elaboró un cuestionario cuantitativo dirigido a personas con trastorno mental, con la finalidad de que identificasen las características que éstos percibían que les eran atribuidas y cuál era el peso con el que socialmente se les atribuían.

Gráfico 8. Lista de las características o rasgos que se atribuyen habitualmente a las personas que tienen un TM

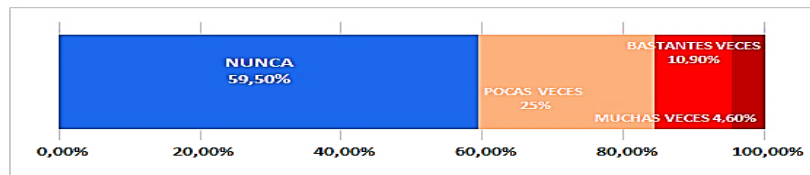


Fuente: Estudio sobre el estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña. 2016

Datos a destacar:

- Tres de cada cuatro personas encuestadas (76,6 %) afirmaron que frecuentemente se les ha atribuido alguna de las características sugeridas por el hecho de tener un trastorno mental.
- Casi la mitad de las personas con trastorno mental (44,4 %) manifestaron que el atributo más frecuente asociado había sido la cronicidad, entendiendo que este es permanente.
- La inestabilidad (42,9 %), la fragilidad (40,1 %) y el aislamiento social (39,3 %) son otros atributos, mayoritariamente, con los que se les identifica.

Gráfico 9. ¿Te han atribuido que eres una persona peligrosa o agresiva por el hecho de tener un TM?



Fuente: Estudio sobre el estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña. 2016

Habría que destacar que comparativamente, el atributo de la peligrosidad / agresividad es el que tiene la percepción más baja en la vida de las personas con trastorno mental en comparación con el resto de los atributos, pero cuando se mide en intensidad, el porcentaje sube hasta el 40,5%. Por tanto, dos de cada cinco personas con trastorno mental afirman haber padecido el estigma de este atributo. Cuando se analizan los datos por grupos de edad, el porcentaje se incrementa entre las personas jóvenes hasta el 21.4%, a las que se considera peligrosas o agresivas.

3 Estigma y discriminación

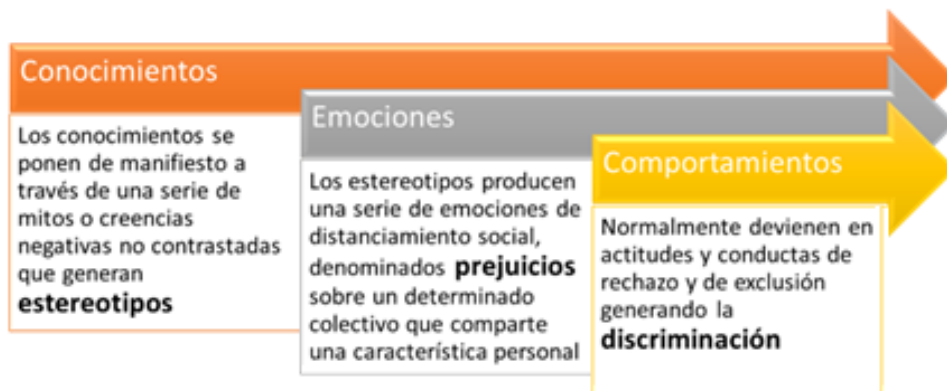
Según la RAE “*estigma*” es una palabra originaria del griego, y designa la marca corporal que se hacía con hierro candente con la que se intentaba distinguir una condición social inferior, inaceptable o negativa, generalmente se les aplicaba a los esclavos, los asesinos, los traidores y los ladrones.

El término “estigma social” fue acuñado por Goffman (1963) y lo define como el rechazo social por características o prejuicios sociales que van en contra de las normas culturales establecidas, así pues, “es un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce dondequiera que existan normas de identidad” (p.152).

Estos estigmas poseen una estructura de categorías coherente en tres dimensiones independientes e interrelacionadas: dimensión física, dimensión psicológica y/o dimensión sociocultural, en consecuencia, se establecen estigmas físicos, estigmas psicológicos y estigmas sociales.

- Estigma físico: se le atribuye por su anatomía física (amputaciones, quemaduras, deformidades...)
- Estigma psicológico: se le atribuye por su carácter, su comportamiento o personalidad defectuosa (síndrome de Down, discapacidad intelectual o con trastornos de conducta o con problemas de salud mental).
- Estigma social: es un atributo que “*convierte*” a una persona en distinta de las demás, en alguien “*de menos valor*” y hasta inferior con respecto a la figura de una “*persona normal y corriente*” (personas que viven en la calle, los mendigos, los enfermos de VIH, las personas con problemas de salud mental, los inmigrantes...).

Las personas estigmatizadas reciben un trato diferencial, debido a algún tipo de discriminación, devaluación o descrédito por parte de la comunidad con actitudes y creencias que conducen a las personas a rechazar, evitar y temer a aquellos a quienes perciben como diferentes.



Autoestigma

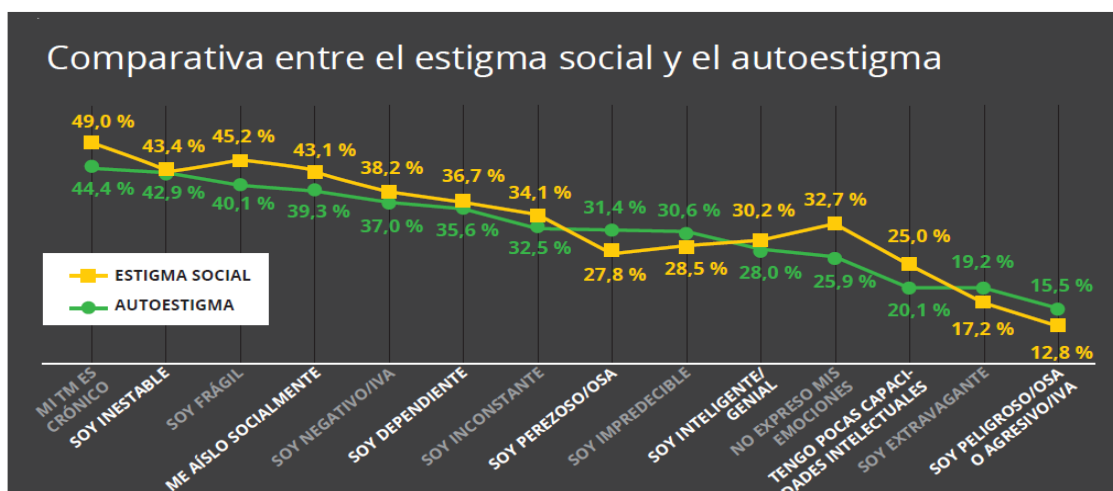
Según Livingston & Boyd (2010, p.2150-2161) el autoestigma (estigma internalizado) podría definirse como un proceso de desadaptación, en el que la persona con una baja autoestima sobre sí mismo acepta los prejuicios sociales e integra esta creencia como parte de sí mismo:

- la aceptación de la existencia de estereotipos negativos (rechazo, aislamiento, exclusión social),
- la asunción de éstos a la propia identidad creyendo que el estereotipo muestra una descripción de sí mismo,
- provoca la pérdida progresiva de la autoestima generando una percepción de autoatribución de características con connotaciones negativas llegando así a la aplicación del estigma hacia sí mismo.

La autoestigmatización incide negativamente en las personas con discapacidad derivada de trastorno mental, ya que asumen y dan por hecho que forman parte de una categoría social que está asociada a características negativas y provoca efectos psicológicos de pérdida progresiva de autoestima y de confianza en sí mismo, genera desmotivación, fracasos laborales y de relaciones personales. Este desanimo generalizado se acaba extendiendo a todas las esferas de la vida cotidiana provocando aislamiento social

3.1 Características autoatribuidas en las personas que tienen un trastorno mental

Gráfico 10. Comparativa entre el estigma social y el autoestigma



Fuente: Estudio sobre el estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña. 2016

El gráfico 3 se muestra una comparativa entre el estigma social percibido y el autoestigma (el grado que las personas con trastorno mental interiorizan y se atribuyen a sí mismas) como consecuencia de tener un trastorno mental.

Para encontrar una explicación coherente a este autoestigma, Balasch (2016) explica que:

la categoría diagnóstica se convierte en la imagen del yo, la construcción mental de cómo una persona se percibe a sí misma. La persona construye esta imagen basándose en la idea de que pertenece a una categoría social: la de las personas con TM. Así, el autoconcepto se reelabora a partir de la autocategorización, es decir, a partir del hecho de pertenecer a un grupo o categoría social. En la medida en que la persona se categorice a sí misma como integrante de este grupo social, asumirá los rasgos y las características negativas que se atribuyen socialmente a las personas con TM (p.40).

De hecho, si comparamos los dos niveles de respuesta, los percibidos por la sociedad y la autopercepción, podemos afirmar que la característica más señalada es la de la enfermedad crónica, la asunción del “estado permanente” atribuido a la cronicidad considerando que el trastorno mental no remitirá, y consecuentemente la persona afectada asume la fatalidad del destino que tendrá que afrontar de por vida.

La fragilidad (45,2 %) es la segunda característica más nombrada, seguida de la inestabilidad (43,4 %) y el aislamiento social (43,1 %). De hecho, estos estereotipos son los que aparecen con mayor frecuencia, incluso los valores son más altos que los percibidos por el entorno social. De hecho, de las 14 etiquetas sugeridas en 10 la media autopercibida está por encima de la valoración del entorno social. En palabras de Balasch “la importancia que tiene para cualquier persona la forma en que es valorada por su entorno social hace que las personas con TM «sobre incorporen» el estigma y la discriminación que se les atribuye socialmente (p.43)”.

4 Estrategias de lucha contra el estigma en la salud mental

Con el objetivo de dar visibilidad a la lucha contra el estigma, la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental impulsaron en 2011 la Declaración de Oviedo contra el estigma en salud mental.

La Declaración pone en valor el estigma que han padecido y continúan padeciendo las personas con problemas de salud mental, especialmente las personas con trastorno mental grave, así como las terribles consecuencias que supone para estas personas en su desarrollo personal y social, y centra el foco de atención en “el tratamiento mediático, el tabú del suicidio y el miedo a la violencia, siempre magnificada, que provocan un aislamiento social inmerecido y perjudicial” (p. 1). Así mismo y con el objetivo de contribuir a erradicar cualquier tipo de discriminación (consciente o no), la Declaración lanza una serie de recomendaciones para la normalización de muchas personas que hoy sufren problemas de salud mental.

Tabla 1. Resumen de las recomendaciones de la Declaración de Oviedo 2011

| <i>CONCIENCIACIÓN y SOLIDARIDAD de la comunidad</i> | <i>EMPODERAMIENTO y AUTOESTIMA de la persona con TM</i> |
|---|---|
| Una sociedad mejor informada pierde los miedos y reacciona de una forma solidaria. | La persona con TM no tiene ninguna responsabilidad sobre la aparición y evolución de la misma. |
| Las autoridades sanitarias pueden y deben redoblar esfuerzos para la integración de las personas con enfermedad mental como ciudadanos de pleno derecho. | Que las capacidades intelectuales de la persona con TM no tienen por qué ser menores que las del resto de la población y por tanto pueden tener la misma actitud para enfrentarse a la formación académica. |
| Se deben erradicar los términos ofensivos imprecisos, inadecuados que generan confusión, alarma y recelo. | La persona con TM es obviamente como cualquier otra persona, pero necesita aún más del cuidado y aceptación del entorno para su mejoría. |
| Los medios de comunicación pueden ayudar a la erradicación del estigma asociado a la enfermedad mental. | El TM no es sinónimo de incompetencia o incapacidad para desarrollar las tareas básicas de la vida punto |
| Romper los tabúes de la enfermedad y hacer comprender que cada persona es un enfermo diferente puedo ayudar a que se les vea de otra forma desde todos los ámbitos de la sociedad. | Las habilidades y competencias competencias de la persona con TM no tienen por qué ser menores que las de la persona sin enfermedad mental y por tanto pueden tener la misma capacidad para desarrollar una profesión u oficio. |
| La peligrosidad y relación con actos de con actos violentos de la persona con enfermedad mental no es la norma habitual en su comportamiento ya han de considerarse, tal como son, hechos aislados. | Que algunas personas con enfermedad mental no pueden desarrollar un trabajo normalizado, pero en la mayoría de casos si los pueden hacer de forma supervisada y adaptada a su nivel de funcionamiento. |

Fuente propia

4.1 Medios de comunicación. Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental

Tal y como reconoce la Confederación Salud Mental en la “Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación: las palabras sí importan” de 2018, a lo largo de la historia, las personas con problemas de salud mental y sus familias se han visto sometidos al lastre del estigma, “una losa muy pesada, cargada de falsos estereotipos y prejuicios, que no ha permitido a estas personas dar grandes pasos hacia su integración en la sociedad, su recuperación o su reconquista de derechos” (p.8) y para iniciar esa denominada reconquista de derechos lanzaron dicho manual, implicando a los medios de comunicación como solución al problema del estigma social, ya que juegan un papel fundamental en la percepción que la sociedad tiene de la realidad, porque aunque tienen la capacidad de reforzar prejuicios y estereotipos, en la misma medida también pueden ser un medio para luchar contra ellos.

Utilizar las palabras adecuadas, ofrecer información con carácter positivo que promocioe el cuidado de la salud mental, evitar la estigmatización a través de imágenes, dar datos contrastados o permitir que sean las personas con trastorno mental las que cuenten sus propias historias, son algunas de las claves que pueden ayudar a romper esta losa definitivamente (p.8)

En la tabla siguiente se encuentra una síntesis de las recomendaciones para mejorar la contribución de los medios de comunicación en la eliminación del estigma social de las personas con trastorno mental.

Tabla 2. Resumen de las recomendaciones de la Guía “Las palabras sí que importan”

| | Problema | Solución |
|----------|--|--|
| TEMAS | NO caer en estereotipos de género | SÍ aplicar la perspectiva de género en salud mental |
| | NO utilizar una visión paternalista | SÍ menos compasión, más derechos |
| | NO mostrar siempre una visión negativa de los trastornos mentales | SÍ hablar de la salud mental en positivo |
| | NO vincular la violencia en la salud mental | SÍ romper el falso vínculo violencia trastorno mental |
| | NO visibilizar a determinados colectivos con problemas de salud mental | SÍ visibilizar a todos los colectivos |
| | NO culpabilizar a los familiares o a la propia persona | SÍ tener especial cuidado en los contenidos de salud mental en niños/as y jóvenes |
| | NO cae en estereotipos de género | SÍ aplicar la perspectiva de género en salud mental |
| LENGUAJE | Tener prejuicios y concepciones erróneas. | Documentarse antes de reproducir estereotipos. |
| | Hablar de “enfermos/as mentales”. | Hablar de “personas con problemas de salud mental”. |
| | Etiquetar a las personas sustantivando su condición. | Mostrar a las personas (con problemas de salud mental) de forma integral. |
| | Uso inapropiado de términos de salud mental en otros contextos. | Cuidar el lenguaje para no frivolar. |
| | Titulares alarmistas o morbosos. | Hablar con naturalidad de los problemas de salud mental. |
| | Confundir “trastorno mental” con otro tipo de discapacidades. | Recurrir a fuentes veraces para transmitir información exacta. |
| IMÁGENES | Las imágenes pueden contribuir a perpetuar estereotipos. | Las imágenes pueden ayudar a que la sociedad tenga una percepción más positiva de este colectivo. |
| | Los trastornos mentales no cambian el aspecto físico de la persona y, por tanto, son “invisibles” a la mirada del lector/a o del espectador/a. Sin embargo, esta peculiaridad no debe de suplirse con imágenes sensacionalistas que aumenten el estigma. | No usar imágenes en las que las personas aparecen en actitudes pasivas, sin ningún tipo de interacción social. No usar imágenes que transmiten sensaciones como soledad y aislamiento. No usar imágenes que transmiten desequilibrio. Si usar imágenes que transmitan salud mental en positivo. |

Fuente propia

5 Reflexiones finales

En la historia de nuestra sociedad, desde tiempos pretéritos, a través de falsos mitos y creencias no contrastadas, el rechazo, los prejuicios, los tabús y la discriminación hacia las personas con trastorno mental, como tal, siempre han existido.

A partir de un modelo de sociedad “capacitista” que define la figura de una “persona normal y corriente”, el estigma social señala a las personas que no cumplen con el patrón establecido, las desvalúa, las desacredita, las margina y en muchos casos las excluye de la comunidad.

Hoy día, en el siglo XXI, aunque la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 ha supuesto un cambio de paradigma hacia la conceptualización de los Derechos Humanos de todas las personas con discapacidad, sin ninguna excepción, una parte de la sociedad todavía cree que una persona con problemas de salud mental supone un riesgo y una amenaza para la ciudadanía. El peso de los componentes emocionales, conductuales y de las disposiciones sociales todavía es muy grande.

Para las personas con trastorno mental el autoestigma, también denominado estigma internalizado, es la consecuencia de aceptar los prejuicios sociales tras la pérdida de la autoestima, auto atribuyéndose a sí mismo unos atributos con connotaciones negativas.

Reducir, mitigar, disminuir, erradicar el estigma social. En muchos casos la sociedad no es consciente de los prejuicios generalizados que imperan en nuestra cultura. A través de la costumbre también se transmiten valores y creencias. La Declaración de Oviedo contra el estigma en salud mental de 2011 es un conjunto de recomendaciones que insta a la sociedad para revertir esta situación de discriminación generalizada contra las personas con problemas de salud mental.

Defender los derechos de todas las personas sin ninguna excepción, implicación directa de las autoridades sanitarias en la prestación de servicios para una mejor prevención, atención y seguimiento de los tratamientos, romper tabús.

Hoy en día los medios de comunicación tradicionales, los medios digitales y las redes sociales, son agentes de cambio a través de los canales de difusión. Todos los medios juegan un papel fundamental en el imaginario colectivo, en la percepción que la sociedad tiene de la realidad, ya que también es un medio para luchar contra el estigma: información veraz y contrastada, realizar campañas de concienciación sobre la salud mental y eliminar los estereotipos de violencia y peligrosidad en torno a las personas con problemas de salud mental.

El trastorno mental no es una epidemia, no existe una vacuna que nos cure de éste, y por tanto no se erradica. De hecho, todas las autoridades sanitarias internacionales alertan del incremento mundial de personas afectadas por problemas de salud mental. La sociedad debería de ser más generosa, más amable y más tierna con las personas con trastorno mental, pues no sabemos si mañana nos puede tocar a nosotros mismos.

Las personas con discapacidad por trastorno mental nacen iguales, gozan de los mismos derechos fundamentales y la misma dignidad que el resto de la ciudadanía.

Referencias bibliográficas

Balash, M.; [et. al.] *El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña*. Investigación coordinada por la Plataforma contra el estigma de Catalunya OBERTAMENT. Barcelona; Apunts, 2016 [acceso el 06 de mayo de 2021] <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estigma-salud-mental-2016/>

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). *Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la Covid-19*. Estudio nº3312, febrero 2021 [acceso el 21 de mayo de 2021]

http://datos.cis.es/pdf/Es3312marMT_A.pdf

Fábregas, M., Tafur, A., Guillén, A., Bolaños, L., Méndez, J. L. y Fernández de Sevilla, P. *Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación: las palabras sí importan*. Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, 2018 [acceso el 04 de mayo de 2021] <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-estilo-salud-mental.pdf>

Goffman E. *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1963

Libro Verde “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental” Comisión de las Comunidades Europeas [Bruselas, 14.10.2005 COM (2005) 484 final] [acceso 04/05/2021]

https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Livingston, James D. y Boyd, Jennifer E. *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis*. Social Science & Medicine, Volume 71, N. 12 December 2010 (2150-2161) [acceso el 21 de mayo de 2021]

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953610006945>

Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., Guillen, A.I. *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*, Madrid: Editorial complutense SA, 2009

Ottati, V., Bodenhausen, G.V., Newman, L.S. (2005). En: Muñoz, M., [et. al.] *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial complutense SA, 2009

Sociedad Española de Psiquiatría; [et. al.] *Declaración de Oviedo, Contra el estigma en salud mental*. XV Congreso Nacional de Psiquiatría de Oviedo, noviembre de 2011.

Enlaces de interés

Confederación Salud Mental España. *Actualidad/nota de prensa/ Salud Mental España urge más inversión para prevenir la crisis de salud mental que conllevará la pandemia*. Madrid; 10 de octubre de 2020. [acceso el 20 de mayo de 2021] <https://consaludmental.org/sala-prensa/salud-mental-urge-inversion/>

Diccionario de la Real Academia de la Lengua [acceso el 04 de mayo de 2021] <https://dle.rae.es/estigma>

Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia [acceso 04/05/2021] <https://feafesgalicia.org/ES/content/salud-mental>

Gonzalez Zapico, N. *Salud mental y psiquiatría, una evolución necesaria*. Artículo de opinión publicado el 21 de febrero de 2016 en El País. *El presidente de la Confederación Salud Mental España Nel llama a reformas estructurales en la atención a las personas con problemas de Salud Mental*. [acceso en 22 de mayo de 2021]

<https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/salud-mental-psiquiatria-evolucion-necesaria/>

Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España ODISMET. *Infografía Día Mundial de la Salud Mental 2020*. [acceso en 20 de mayo de 2021] <https://www.odismet.es/informes-publicaciones/infografia-dia-mundial-de-la-salud-mental>

Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España ODISMET. *Efectos y consecuencias de la crisis de la COVID-19 entre las personas con discapacidad 2020*. [acceso el 18 de mayo de 2021]

https://www.odismet.es/sites/default/files/2020-07/Informe_EstudioCOVID_19_v3_0.pdf

ONU, Asamblea General, *Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad*, 2006. [acceso el 14 de mayo de 2021] <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La tecnología como medio de promoción de la autonomía en estudiantado universitario con discapacidad intelectual

Rosa M^a Díaz Jiménez, Universidad Pablo de Olavide

M^a Dolores Yerga Míguez, Universidad Pablo de Olavide



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El avance tecnológico en los entornos universitarios no siempre va acompañado de la promoción de apoyos y ayudas técnicas para con el estudiantado universitario con discapacidad. En el caso de las adaptaciones y apoyos precisas para el estudiantado con discapacidad intelectual esta brecha digital puede verse incrementada. En la presente comunicación se expone la experiencia en la Universidad Pablo de Olavide de un Título Propio Formación de la autonomía y vida autónoma específico para personas con discapacidad intelectual (FEVIDA, en adelante) en el que se ha implementado la figura de “Referente Tecnológico”. A modo de compañero/a-referente alumnado voluntario de la Escuela Politécnica Superior ha realizado un acompañamiento individualizado al alumnado con discapacidad intelectual. Para contrastar empíricamente este perfil de apoyo y la implementación de las TIC se realiza una revisión sistematizada. Se exponen los resultados de doce estudios en lo referido a cuestiones sociodemográficas, en primer lugar, para posteriormente analizar la relación de las TIC y la universidad inclusiva con un análisis discursivo a través de una adaptación de la Teoría Fundamentada. Se concluye con la necesidad de seguir abordando las TIC como un elemento transformador y que da una oportunidad de interacción con otro estudiantado universitario. Habrá que comenzar a tomar en consideración las inteligencias artificiales en esta cuestión.

Palabras claves

Universidad inclusiva, personas con discapacidad intelectual, tecnología, apoyos individualizados

1 Introducción/descripción general

Uno de los elementos necesarios para conformar universidades inclusivas para personas con discapacidad intelectual es el abordaje de la digitalización. Desde la Universidad Pablo de Olavide se vienen desarrollando estrategias para la digitalización de entornos de aprendizaje universitarios desde hace varios cursos, concretamente desde el Título Propio de Formación para el empleo y la vida autónoma de personas con discapacidad intelectual (FEVIDA). Este Título Propio, para jóvenes con discapacidad intelectual desempleados, de entre 18 y 30 años, está conformado por 30 créditos y financiado por la Fundación ONCE y la Unión Europea.

Desde el Título Propio FEVIDA se viene propiciando la formación en cuestiones digitales desde dos estrategias, una académica y otra relacional. En lo referido a la académica, se implementa una asignatura de Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC) que tiene una carga lectiva de 3 créditos (22,5 horas) en los que a través de un Diseño Universal de Aprendizaje (DUA) se abordan tres bloques temáticos: 1) Aula virtual UPO, 2) Ofimática básica, y 3) Uso de recursos Cloud-Google Drive. En lo referido a la estrategia relacional la propuesta incluye al apoyo de los y las referentes tecnológicos, una figura creada en la VI edición del programa (curso 2022-2023), con estudiantado voluntarios/as de primero del Grado en Ingeniería Informática de la Escuela Politécnica Superior de la UPO. Este alumnado desarrolla el rol de mentoría en lo

relacionado con las TIC. Esta figura, si bien está en proceso de desarrollo, permite acercar dos realidades habitualmente alejadas: estudiantes con discapacidad intelectual y estudiantes de ingeniería informática.

La figura de referente tecnológico consiste en el acompañamiento de estudiantes de ingeniería informática a estudiantes con discapacidad intelectual en el entorno universitario. Un acompañamiento que tiene la finalidad de generar un vínculo académico y otro relacional. El vínculo académico e inicial de la relación entre estudiantes con y sin discapacidad se establece en función a las necesidades de gestión digital del sistema de aprendizaje universitario, como son el apoyo para el uso del aula virtual de las asignaturas y cuestiones de ofimática básica, aunque se amplía el apoyo a cuestiones externas a lo académico pero relacionadas con la vida independiente como comercio electrónico y en la red, orientación sobre ciberseguridad y uso de las redes sociales.

El vínculo relacional se establece en función a la metodología en la que se desarrolla este perfil, concretamente fuera de las aulas convencionales y en entornos extracurriculares. Se observa que el alumnado con discapacidad intelectual necesita puentes de confianza personal para identificar sus propias necesidades de apoyo. Se comprobó que la oferta de apoyo tecnológico vía correo electrónico no generaba demandas por parte del alumnado, por el contrario, si la oferta de apoyo se realizaba en entorno extracurricular como la cafetería universitaria u otros espacios favorecedores de relaciones interpersonales, el alumnado de ingeniería aumentaba su empatía y conocimiento de las potenciales demandas de apoyo tecnológico del alumnado con discapacidad intelectual.

2 Metodología

Al objeto de fortalecer el argumento empírico de este perfil de apoyo en el ámbito universitario, e ir ajustando su naturaleza ontológica y desarrollo funcional, el trabajo que aquí se presenta recoge una revisión sistematizada de literatura científica sobre digitalización en el ámbito universitario en relación a personas con discapacidad intelectual.

Para una aproximación al entorno hispano, se han explorado 458 aportaciones científicas de dos bases de datos (WOS y Scopus) analizando los trabajos sobre universidad inclusiva y Tecnologías de la Información y la Comunicación. De este material se analizan 12 estudios que directamente vinculan universidad, discapacidad y tecnologías de la información y comunicación.

El análisis se construye mediante dos dimensiones: 1) sociocontextual y 2) sobre el objeto de estudio. La dimensión sociocontextual se concreta en variables tales como el género de la autoría y el ámbito conocimiento. El objeto de estudio, centrado en el desarrollo y exposición de las TIC para con el estudiantado universitario con discapacidad se construye a través del análisis del discurso con una adaptación de la Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1998). Así, en esta comunicación, partiendo de una metodología de Trabajo Social basado en la evidencia (Barrera, Malagón y Sarasola, 2017) recopiladas en la construcción y desarrollo del perfil referente tecnológico en el Título Propio FEVIDA, se pretende discutir con la teoría las cuestiones relacionadas con la digitalización y el estudiantado universitario con discapacidad intelectual.

Se ordenan los artículos mediante codificación abierta (25 códigos), axial (4 familias) y selectiva (selección de familias clave) (Strauss y Corbin, 1998). Es en esta última codificación cuando se discute la teoría con la realidad del Título Propio FEVIDA.

3 Resultados y conclusiones

La universidad inclusiva y las TIC, enlazando con los centros de adscripción, vienen promovidos desde el ámbito de la educación principalmente (Rojas-Zapata, & Hernández-Arteaga, 2022; Llorent et al., 2016). Dentro de esta rama se concreta en “Didáctica y teoría de la educación” y “Teoría e historia de la educación” (Gasset et al., 2013), y “Cultura y educación” (Moriña, 2015). Además, desde la psicología (Coñoman Garay & Ávila Clemente, 2022) y la psicología de la salud y la discapacidad (Martín-Padilla et al., 2013) también se encuentran aportes. Con menor presencia se encuentra representada la pedagogía (Proenza-Pupo & Acosta-Guerra, 2017). En cuanto al género de la autoría, en base a su nombre de pila, se observa que la mayoría de documentos, ocho, son firmado por mujer/es, seguido de cuatro documentos con autoría mixta y ninguno con autor/es de género masculino.

A continuación, se expone la discusión de la realidad del Título Propio con las cuatro familias que da como resultado la codificación axial: las TIC en la universidad inclusivas, las limitaciones, los beneficios y el camino de las mismas.

En cuanto a la conceptualización de las TIC y la digitalización en la universidad inclusiva cabe tomar en consideración la escasez de trabajos específicos para estudiantado universitario con discapacidad intelectual (Coñoman et al., 2022; Izuzquiza et al., 2013). Si bien, el Título Propio FEVIDA es para personas con discapacidad intelectual, se entiende necesario el análisis genérico del concepto pues permite establecer relaciones entre elementos que confrontan la realidad.

La construcción teórica con elementos como la accesibilidad, la alfabetización digital y formación, enlazan con los objetivos de FEVIDA y lo desarrollado en su asignatura de TIC. Además, como respuesta desde la práctica a las limitaciones sobre flexibilidad y la necesidad de entender y formar en el aula virtual se cuenta de manera extraordinaria con el acompañamiento informal de las personas referentes tecnológicas. Esta interacción con estudiantado sin discapacidad se suma a los múltiples beneficios que se desarrollan en la literatura, que si bien no se han analizado a nivel formal en FEVIDA se observan en el acompañamiento del estudiantado en las seis ediciones del programa.

Mientras el uso de la TIC fue una respuesta de los sistemas de aprendizajes al COVID, para estudiantes con Discapacidad intelectual en las universidades la sustitución de la presencialidad por la tecnología supuso una gran limitación. Primero, por la brecha digital de este tipo de alumnado, y segundo por la necesidad de apoyo personal e interrelación en el proceso de aprendizaje (Díaz-Jiménez, Del Valle Calvo y Yerga Míguez, 2022). Por otro lado, la necesidad formativa de docentes se relaciona en la práctica con formaciones específicas que se imparten en FEVIDA para la mejora de la accesibilidad, entre la que se incluye el dominio de las TIC accesibles cognitivamente.

El camino y hoja de ruta planteada en este programa va en línea a lo que plantea la literatura científica como el fomento de las TIC para el empleo, desarrollo de video-curriculum, acceso a webs específicas de empleo. Además, un campo que es necesario seguir implementando es la ciberseguridad y el uso eficiente de las redes.

Se debe tomar en consideración la necesidad de profundizar en cuestiones emergentes como son las inteligencias artificiales y su uso por parte del estudiantado universitario, dando respuesta específica al estudiantado con discapacidad intelectual (Almuaqel, 2023).

Referencias bibliográficas

- Almuaqel, I. A. (2023). Virtual Reality and Inclusive Learning of Individuals With Intellectual and Developmental Disabilities: A Review of Findings and the Path Ahead. *IEEE Transactions on Engineering Management*.
<https://ieeexplore.ieee.org/document/10105623>
- Angarita, M., Barrera, A., & Cuervo, R. (2017). Implementation and development policy guidelines for an inclusive and higher education in the university of Boyaca/Tunja, Colombia. *Revista inclusiones*, 4(1), 137-151.
- Barrera-Algarín, E. , Malagón-Bernal, J. & Sarasola, J. (2017). El meta-análisis como elemento de innovación educativa de la práctica basada en la evidencia en trabajo social. *Profesorado. Revista de Curriculum y Formación del Profesorado*. 21. 259-270.
- Coñoman Garay, G. I., & Ávila Clemente, V. (2022). Evaluación de la formación online por jóvenes con discapacidad intelectual: Experiencia durante la covid-19 en contexto universitario. *Siglo Cero Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 53(2), 61-82.
- Díaz Jiménez, Rosa María, Janira Del Valle Calvo, & María Dolores Yerga Míguez. (2022). Historias de vida como herramienta de inclusión universitaria de personas con diversidad funcional cognitiva. *Revista Internacional de Diversidad en Organizaciones, Comunidades y Naciones 1* (1): 57-80. doi:10.18848/2770-5439/CGP/v01i01/57-80.
- García, M., & García, M. (2012). Contribution of university to development of inclusive practices: Dilemmas and proposal to advance a shared way. *REVISTA DE EDUCACION INCLUSIVA*, 5(1), 123-138.
- Gascon, A., Ortega, M., & Briones, V. (2016). Genesis of an inclusive university in Ecuador. The Technical University of Manabi. *Revista iberoamericana de educacion*, 70(2), 167-193. <https://doi.org/10.35362/rie70266>
- Gasset, D., Galvez, I., & Martin, R. (2013). Ten years of training for the employment of people with intellectual disability in the university: assessment and perspectives. *Revista iberoamericana de educacion*, 63, 127-138. <https://doi.org/10.35362/rie630505>
- Gonzalez-Montesino, R., & Chavarria, R. (2020). Inclusive, bilingual and multimodal university learning spaces: The case of Deaf students sign language users. *Journal of learning styles*, 13(25), 70-82.
- Llorent, V., Ruiz-Calzado, I., & Varo-Millan, J. (2016). Indicators of good teacher based on emotional intelligence. The university training in inclusive education. *Revista sonda-investigacion y docencia en artes y letras*, 5, 72-91. <https://doi.org/10.4995/sonda.2016.18400>
- Mampaso Desbrow, J., Criado, M., & Garcia, A. (2020). Self-perception of the learning experience in the virtual environment in young university students with intellectual disabilities. *Journal of learning styles*, 13, 140-154.
- Martín-Padilla, E., Sarmiento, P. J., & Coy, L. Y. (2013). Inclusive education and functional diversity at the university; [Educación inclusiva y Diversidad funcional en la Universidad]. En *Revista Facultad de Medicina* (Vol. 61, Número 2, pp. 195-204). Universidad Nacional de Colombia.
- Moriña, A. (2015). Inclusive university settings? An analysis from the perspective of students with disabilities / ¿Contextos universitarios inclusivos? Un análisis desde la voz del alumnado con discapacidad. *Cultura y Educación*, 27(3), 669-694. <https://doi.org/10.1080/11356405.2015.1072361>
- Proenza-Pupo, J., & Acosta-Guerra, G. (2017). The inclusive education for deaf students in the Iberian-American University Corporation of Colombia. *LUZ*, 16(1), 1-9.
- Rojas-Zapata, A. F., & Hernández-Arteaga, I. (2022). Lineamientos y prácticas de educación inclusiva en la universidad. *Zona Próxima*, 37, 99-121. <https://doi.org/10.14482/zp.37.371.596>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

¿Los centros educativos ordinarios favorecen la inclusión del alumnado con necesidades educativas especiales? Una aproximación preliminar a partir de las visiones de las familias del alumnado

Eduardo Díaz Velázquez, Universidad de Alcalá (eduardo.diazv@uah.es)



Resumen

El proceso hacia un sistema educativo inclusivo que establece la Disposición Adicional Cuarta de la LOMLOE ha encontrado resistencias por parte de entidades y empresas que gestionan Centros de Educación Especial (CEE), así como por familias de alumnado con necesidades educativas especiales (NEE) que acuden a CEE y que, generalmente, manifiestan haber tenido experiencias negativas en centros ordinarios. Es por esta razón relevante analizar las experiencias de las familias del alumnado con discapacidad en una u otra modalidad para comprender en qué medidas las experiencias negativas del alumnado con NEE en su escolarización en centros ordinarios pueden influir en los discursos adoptados.

Esta comunicación recoge una aproximación inicial a este fenómeno en el marco del Proyecto “Discursos y experiencias sobre educación especial e inclusiva en familias de alumnado con discapacidad” (DISEIDIS), PID2021-126531OA-I00, financiado por MCIN/AEI/ 10.13039/ 501100011033/ FEDER, UE. Su objetivo principal es analizar los discursos hacia la educación especial y la educación inclusiva de las familias del alumnado con NEE derivadas de una discapacidad, a raíz de sus experiencias con el sistema educativo. La hipótesis de partida es que los discursos en contra de la educación inclusiva en parte se explican a partir de las experiencias negativas de escolarización en educación ordinaria, que han llevado a identificar la situación actual de la educación ordinaria con el modelo de educación inclusiva que se recoge en la normativa estatal e internacional. Por otro lado, se quiere comprobar si esa experiencia negativa es común a todos los perfiles analizados y tratar de identificar cuáles son las variables, aparte de las basadas en la experiencia personal, que influyen para adoptar unos discursos u otros, como podrían ser las afinidades ideológicas previas.

Palabras clave

Discapacidad, necesidades educativas especiales, educación inclusiva, educación especial

1 Introducción: el proceso hacia la educación inclusiva

Esta comunicación presenta el Proyecto “Discursos y experiencias sobre educación especial e inclusiva en familias de alumnado con discapacidad” (DISEIDIS), PID2021- 126531OA-I00, financiado por MCIN/AEI/ 10.13039/ 501100011033/ FEDER, UE, actualmente en desarrollo.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU de 2006 reconoce el derecho a la educación inclusiva en su artículo 24: “Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles”, que proporcione los ajustes razonables y los recursos y apoyos personalizados necesarios en todas las etapas educativas. Establece así un marco filosófico o ideológico de cómo debería ser el sistema educativo

(Echeita y Verdugo, 2005), objetivo de obligado cumplimiento en aquellos países que han ratificado la Convención. También se recoge, aunque sin carácter vinculante, en el Objetivo de Desarrollo Sostenible nº 4 de la Agenda 2030 (ONU, 2016), que reconoce el valor de garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad, en dos metas concretas: asegurar el acceso igualitario a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional, incluidas las personas con discapacidad (Meta 4.5) y construir y adecuar instalaciones educativas que tengan en cuenta las necesidades de los niños y las personas con discapacidad (Meta 4.a).

La educación inclusiva implicaría un proceso de reforma sistémica que conlleva cambios y modificaciones en el contenido, los métodos de enseñanza, los enfoques, las estructuras y las estrategias de la educación, que va mucho más allá de la incorporación de los alumnos con discapacidad en las clases convencionales (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016). Estar escolarizado en el sistema educativo ordinario es una condición necesaria pero no suficiente para la inclusión, ya que es necesario disponer de personal y recursos de apoyo suficientes en los centros ordinarios para dar respuesta a las necesidades de los estudiantes con discapacidad (Díaz Velázquez, 2020; Medina, 2017).

La escolarización en centros ordinarios promueve el acceso universal a la educación, reduce la discriminación por razón de discapacidad, es más eficiente económicamente y favorece la inclusión social futura (WHO, 2011; UNESCO, 2017; Symeonidou, 2018). El objetivo de la educación inclusiva sería eliminar la exclusión social y segregación derivada de cualquier diversidad: discapacidad, género, étnica o de clase social (Echeita y Ainscow, 2011). Sin embargo, mientras que algunas de estas formas de segregación obedecen a dinámicas sociales, económicas o culturales más o menos complejas, lo genuino de la segregación por discapacidad, como en el caso de la educación especial, es que frecuentemente está legitimada social y legalmente (Díaz Velázquez, 2020).

En los sistemas educativos de buena parte del mundo existe una educación segregada para el alumnado con discapacidad. A nivel europeo, existen muchas desigualdades entre países. La tasa de alumnado con NEE en los países de la UE oscila entre el 1.02% y el 25.12%. También es desigual su distribución en centros ordinarios y especiales. Mientras que en países como Italia, Islandia, Malta o Noruega el porcentaje de alumnado con NEE en educación ordinaria se encuentra por encima del 90%, en otros se sitúan por debajo del 50%, predominando otras modalidades educativas como las escuelas especiales o las clases especiales en centros ordinarios (Ramberg, Lénárt & Watkins, 2020).

2 La educación inclusiva en España y la LOMLOE

Los informes relativos a España del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (2011, 2017, 2019) que daban cuenta de los déficits existentes en la inclusión educativa del alumnado con NEE en nuestro país e instaban al Estado a avanzar hacia una educación plenamente inclusiva (Verdugo et al., 2018), han tenido su respuesta en normativa reciente. La *Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación* (LOMLOE), en su Disposición Adicional Cuarta, prevé que “en un plazo de diez años (...) los centros ordinarios cuenten con los recursos necesarios para poder atender en las mejores condiciones al alumnado con discapacidad. Las Administraciones educativas continuarán prestando el apoyo necesario a los centros de educación especial para que estos, además de escolarizar a los alumnos y alumnas que requieran una atención muy especializada, desempeñen la función de centros de referencia y apoyo para los centros ordinarios”.

Para el curso 2021/22, la tasa de alumnado con NEE derivadas de una discapacidad era del 3,1%; con una mayor incidencia en niños (4,1%) que en niñas (1,9%). El 83,8% del alumnado con NEE se escolarizaba en

centros ordinarios y un 16,2% en educación especial (ya sean CEE o aulas especiales en centros ordinarios). Estas cifras reflejan cierto estancamiento desde hace dos décadas. Existen diferencias importantes por CCAA, desde el 94% de Galicia hasta el 73,2% de Navarra, habiendo evolucionado de manera muy diferenciada en los últimos años. Los niños con NEE están matriculados con más frecuencia en centros ordinarios (84,8%) que las niñas con NEE (81,4%). De la misma manera, hay discapacidades que alcanzan una escolarización en centros ordinarios por encima del 90%, como la auditiva (95,4%), la visual (95,5%) o los trastornos graves de conducta (98,3%), mientras que la discapacidad intelectual (75,4%) y, sobre todo, las plurideficiencias (36,9%) quedan por debajo de la media, y en descenso. Por otro lado, el peso de los centros concertados y privados en su escolarización es mayor en educación especial, el 38,5%, que en la ordinaria, del 25,4% (Subdirección General de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2023).

La LOMLOE, desde su proyecto de ley, ha contado con la oposición de los centros privados concertados. En el caso de los CEE, ha provocado una reacción en contra de entidades y empresas que los gestionan de forma concertada. Aparte de ello, familias de niños/as con discapacidad se han opuesto “al cierre de los centros de educación especial” (lo que ni la norma ni su proyecto preveían), constituyéndose desde 2018 una plataforma que bajo el nombre de “Inclusiva sí, especial también” se opone al (supuesto) cierre. La plataforma está compuesta “por 141 organizaciones, de las que 77 son titulares de CEE. El 66% de los CEE adheridos a la plataforma son concertados, la mitad de ellos adscritos a la Iglesia católica. Territorialmente, tres cuartas partes de las organizaciones adheridas a la plataforma están domiciliadas en las comunidades de Madrid (40%) y Castilla y León (35%). El 25% restante se reparte entre Galicia, Andalucía, Murcia y Comunidad Valenciana, siendo escasa o nula su presencia en las restantes CCAA” (Huete et al., 2019).

La oposición a la norma se desarrolló fundamentalmente en Twitter y Facebook, también mediante manifestaciones y acciones de lobby con administraciones, partidos políticos y otras organizaciones. Esta plataforma, así como las familias que apoyaban el movimiento, centraban su discurso en los beneficios de la atención especializada en estos centros frente a unos centros ordinarios infradotados de recursos de apoyo.

Algunas investigaciones han analizado este fenómeno y su discurso en redes (Huete et al., 2019; Rogero et al., 2022), identificando los presupuestos ideológicos subyacentes sobre el que pivota, como la defensa de la libertad de elección, la protección de la infancia con discapacidad vulnerable, la construcción de la identidad sobre la discapacidad, la visión de los centros ordinarios como entornos hostiles y competitivos (Rogero et al., 2022), combinando argumentos técnicos (individualización, excelencia, rendimiento) y emotivos (tristeza, abandono, sufrimiento, orgullo) (Huete et al., 2019).

Las familias hacen énfasis en las experiencias negativas de sus hijos e hijas cuando se han escolarizado en centros ordinarios. En ese sentido, esa movilización en contra muestra el fracaso parcial del proceso de inclusión educativa en nuestro país. Refleja el miedo de las familias a que sus hijos no sean atendidos adecuadamente y la insatisfacción ante experiencias en centros ordinarios en las que estos no han facilitado al alumnado los apoyos necesarios para su aprendizaje (Huete et al., 2019).

En la coyuntura actual, no sólo se enfrentan dos visiones de cómo ha de ser la atención al alumnado con discapacidad (inclusiva o diferenciada) sino que también entran en juego otros intereses, como los corporativos y empresariales, que definen las posiciones de los actores dentro del sistema educativo. Sin embargo, es de especial interés analizar los discursos de las dos visiones, a favor y en contra de la educación inclusiva, poniendo el foco no en las redes sociales (donde los *influencers* o líderes de orientan los discursos, expresados en un número reducido de caracteres) sino en las experiencias de las familias del alumnado con discapacidad que han optado por una u otra modalidad. Resulta imprescindible comprender cuáles son sus opiniones, miedos y resistencias de esas familias para diseñar las respuestas educativas y sociales adecuadas.

Este proyecto pretende analizar los discursos y las experiencias de las familias de este alumnado en las diferentes modalidades para comprender en qué medida las experiencias vividas llevan a analizar positivamente o negativamente cada modelo. De hecho, se observa un espacio discursivo común entre ambas posturas, que incide en la escasez de recursos de apoyo en los centros ordinarios para poder hablar de una educación realmente inclusiva (Roger et al., 2022).

La hipótesis de partida es que los discursos en contra de la educación inclusiva de las familias que llevan a sus hijos/as a educación especial se explican a partir de las experiencias negativas de escolarización en educación ordinaria, que llevan a identificar la situación actual de la educación ordinaria con el modelo de educación inclusiva. En ese sentido, predomina una mala experiencia de escolarización que influye el discurso de las familias del alumnado con NEE, que en algunos casos les lleva a inclinarse por un activismo pro-educación inclusiva (pretendiendo transformar el modelo de los centros ordinarios o defender el derecho de su hijo/a por escolarizarse en estos), a otros por la resignación dentro de la educación ordinaria, y a otros por apostar por la educación especial (y, llegado el caso, a hacer activismo en su defensa).

Se presume que en la adopción de unos discursos u otros entran en juego diferentes variables interrelacionadas, como pueden ser las afinidades ideológicas previas (sus concepciones sobre la educación o su orientación política) y las experiencias individuales, relacionadas sobre todo con el grado de discriminación, desatención o exclusión experimentado en los centros ordinarios.

3 La propuesta metodológica

El objetivo general de esta investigación es analizar los discursos sobre la educación especial y la educación inclusiva de las familias del alumnado con NEE derivadas de una discapacidad, a raíz de sus experiencias con el sistema educativo. La investigación tiene como estrategia metodológica principal la aproximación cualitativa a través de grupos de discusión, combinada con el análisis de fuentes estadísticas, documentales y normativas, que permitan enmarcar y contextualizar la investigación, así como ayudar al diseño de los grupos de discusión, identificando aquellas variables más relevantes que puedan contribuir a la selección de los perfiles participantes.

El diseño de los *grupos de discusión*, mediante un muestreo estructural, pretende representar las posiciones discursivas de las diferentes experiencias de escolarización:

1. familias con hijo/a con NEE escolarizado siempre en centros ordinarios,
2. familias con hijo/a con NEE escolarizado siempre en CEE,
3. familias con hijo/a con NEE escolarizado en CEE tras pasar por centros ordinarios y
4. familias con hijo/a con NEE escolarizado en centros ordinarios tras pasar por educación especial.

La selección de estas cuatro situaciones posibles puede variar en función de las dificultades que encontremos para localizar perfiles. A priori, la situación 4 es menos frecuente y puede ser más difícil encontrar grupos para esta modalidad en determinados territorios.

La primera variable estructural es la CCAA, pues éstas cuentan con las competencias educativas. Se seleccionarán atendiendo a su tasa de detección de alumnado con NEE y tasa de alumnado en centros ordinarios. También habría que tener en cuenta el peso en éstas de la plataforma *Inclusiva sí, especial también*, de acuerdo con lo indicado más arriba. Sin embargo, es reseñable que en los últimos años se observan evoluciones muy diferentes en las tasas de alumnado en centros ordinarios por CCAA, que han reorientado su selección.

Al mismo tiempo, habría que tener en cuenta otras variables en la confección de los grupos, como el sexo (pues las niñas se escolarizan en educación escolar en mayor proporción que los niños), el tipo de discapacidad (con muy diferente inclusión), la titularidad del centro (público o privado-concertado), o la etapa de enseñanza (infantil, primaria, secundaria).

Referencias bibliográficas

- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2011). *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención. Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. España*. CRPD/C/ESP/CO/1. Naciones Unidas.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016). *Observación General núm. 4 sobre el derecho a la educación inclusiva*, CRPD/C/GC/4. Naciones Unidas.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2017). *Informe de la investigación relacionada con España bajo el artículo 6 del Protocolo Facultativo*. CRPD/C/20/3. Naciones Unidas.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2019). *Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España*. CRPD/C/ESP/CO/2-3. Naciones Unidas.
- Díaz Velázquez, E. (2020). Disability Law in Spain: moving forward towards full citizenship and inclusion? In C. Spivakovsky, L. Steele & P. Weller (Eds.). *The Legacies of Institutionalisation: Disability, Law and Policy in the 'Deinstitutionalised' Community*, 59–72. Oxford: Hart Publishing.
- Echeita, G., & Verdugo, M. A. (2005). Diez años después de la Declaración de Salamanca sobre Necesidades Educativas Especiales en España. Entre la retórica esperanzadora y las resistencias al cambio. *Siglo cero*, vol. 36, nº1, p. 5-12.
- Echeita, G. y Ainscow, M. (2011) La educación inclusiva como derecho. Marco de referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente. *Tejuelo*, 12. pp. 26-46.
- España. Cortes Generales. Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, de 30 de diciembre de 2020, 340, 122868 a 122953. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3>.
- Huete, A., Otaola, M. and Manso C. (2019). Inclusiva Sí, Especial También: ¿revolución o resistencia? El ciberdebate sobre el cierre de los Centros de Educación Especial en España. *Siglo Cero*. Vol. 50(4), n. 272, 2019, p. 75-98. DOI: 10.14201/SCERO20195047598
- Medina, M. (2017) *La educación inclusiva como mecanismo de garantía de la igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad. Una propuesta de estrategias pedagógicas inclusivas*. Madrid: Ediciones Cinca.
- Observatorio Estatal de la Discapacidad (2019). *Alumnado con discapacidad y educación inclusiva en España. La Educación inclusiva en España*. Olivenza: OED.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo*. ONU (2006).
- Organización de las Naciones Unidas (2016). *Agenda 2030 sobre desarrollo sostenible*.
- United Nations. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Ramberg, J., Lénárt, A. & Watkins, A. (eds.) (2020). *European Agency Statistics on Inclusive Education: 2018 Dataset Cross-Country Report*. Odense, Denmark: European Agency for Special Needs and Inclusive Education.
- Rogero-García, J., & et al. (2022). El nuevo discurso frente a la educación inclusiva en España. *Revista Española de Discapacidad*, vol. 10, n. 2, 35-52

Subdirección General de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación y Formación Profesional (2023). *Estadística de las Enseñanzas no universitarias. Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo. Curso 2021-2022.*

Disponible en: <https://www.educacionyfp.gob.es/servicios-al-ciudadano/estadisticas/no-universitaria/alumnado/apoyo/2021-2022.html>

Symeonidou, S. (ed.) (2018). *Evidence of the link between Inclusive Education and Social Inclusion: A review of the literature*. European Agency for Special Needs and Inclusive Education: Odense, Denmark.

UNESCO (2017). *A Guide for ensuring inclusion and equity in education*. Paris: 2017.

Verdugo, M. Á., Amor, A. M., Fernández, M., Navas, P. y Calvo, I. (2018). La regulación de la inclusión educativa del alumnado con discapacidad intelectual: una asignatura pendiente. *Siglo Cero*, 49 (2), 266, 27-58.

World Health Organization (2011). *World Report on Disability*. Ginebra: World Health Organization



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Cuerpos no normativos, tecnocuidados y sexualidades capacitistas

Raquel Latorre Martínez



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En la actualidad, los cuerpos no normativos están generando un necesario debate acerca de temas que no habían sido sometidos a juicio o al menos no cuestionados con tanta fiereza, como tener un cuerpo que no es erotizado, que no sigue las prácticas sexuales “normales” (o más bien normativas) o que no se considera productivo en los términos del sistema capitalista-patriarcal. En este sentido, los cuerpos de las personas en situación de discapacidad y, más concretamente, los cuerpos de las mujeres con discapacidad se ven sometidos a una evaluación permanente. Más allá de las continuas presiones que los cánones de belleza imponen en la lectura de los cuerpos de las mujeres (y cada vez más, de los hombres), nos encontramos con que la sexualidad, los deseos, las fantasías... están configuradas en marcos capacitistas y dotadas de sentido a través de tipos sexuales ideales que, de ninguna manera, pueden configurar enfoques analíticos.

En esta investigación, nos cuestionamos una sexualidad capacitista que requiere de replantear y reconceptualizar el imaginario colectivo que ha relegado a los cuerpos no normativos a ser cuerpos infantilizados, alejados de lo erótico, de los referentes culturales de moda y belleza e imbuidos en sexualidades capacitistas con prácticas exigentes y, en muchas ocasiones, poco empáticas con su realidad. Para ello, analizamos también el influjo del autocuidado y las tecnologías en creciente auge, donde se intensifican las imposiciones patriarcales a través de lo tecnológico, ya que miles de apps, dispositivos tecnológicos, etc. nos "ayudan" a conseguir el cuerpo perfecto o nos miden las kilocalorías consumidas. También aparecen nuevos/as referentes y espacios en redes sociales donde crear y compartir contenido. ¿Y cómo afecta esto a la sexualidad y al placer de las mujeres en situación de discapacidad? ¿Están los tecnocuidados potenciando los cánones de belleza y las relaciones sexuales normativas? ¿O están permitiendo encontrar referentes más diversos/as y entornos menos capacitistas?

Palabras clave

Capacitismo, género, sexualidad, tecnocuidados.

1 Introducción

En entornos aún notablemente capacitistas, la norma, lo conceptualizado como normal bajo el amparo de la estadística y su campana de Gauss es un cuerpo capacitado, que ve como se espera, que camina como lo hace la mayoría, que muestra afecto de una manera determinada... en definitiva, un cuerpo capaz que sin problemas se adapta a las prescripciones de cómo se es o se debe ser dentro del imaginario colectivo.

Sin embargo, desde este imaginario colectivo, desde este marco interpretativo se esconde la diversidad y también la vulnerabilidad y los cuidados, dejando de lado el hecho de que todas las personas somos diferentes, vulnerables en uno u otro momento y que todas estamos imbuidas en relaciones de interdependencia formando parte de relaciones de cuidados a lo largo de nuestra vida (Santiago, 2021; Pié Balaguer, 2019; Tronto, 2013;

Glenn, 2000). Este “olvido” no es ni casual ni involuntario, sino que es coherente con la estructura social en la que tiene lugar, en la cual se ocultan las necesidades de cuidados inherentes a la propia condición del ser humano (Martínez, 2019; Venturiello, Gómez Bueno y Martín Palomo, 2020). No es de extrañar si nos fijamos en cómo la discapacidad es vista y entendida, como algo de lo que se pretende escapar, que no nos interpela y que cuando lo hace es visto como una situación negativa que nos atormenta, algo limitante que va a restringir nuestras posibilidades de decisión y autocuidado (Muyor, 2018) y que, por tanto, nadie quiere para sí o para sus allegados/as.

Ahora bien, situar este fenómeno en el individuo supone obviar la estructura y ese imaginario colectivo del que hablábamos. Las personas con discapacidad son vistas como fuera de la norma porque la norma atrae hacia sí todo aquello que le queda fuera, entendiéndolo como contrario, lo que genera un binarismo férreo entre personas capacitadas y no capacitadas. Lo no capacitado queda entonces desplazado no solo de los espacios físicos o visibles, que están previsiblemente preparados para los quehaceres y rutinas de los y las que pueden desenvolverse sin problema en la vida cotidiana (Winance, Damamme y Fillion, 2015) sino también de los diseños arquitectónicos, las prácticas administrativas (Muyor y Minguela, 2019), los entornos laborales competitivos o de la propia sexualidad que no se presupone fuera de los cuerpos capacitados.

Se generan así desigualdades en diferentes ámbitos que se tornan aún más complejas cuando se adopta la perspectiva interseccional. Resalta Andrea García-Santesmases (2014) la escasa atención que se ha prestado a la interseccionalidad de la discapacidad y cómo esta interactúa con la clase social, el nivel cultural y, por supuesto, con las desigualdades entre hombres y mujeres. Pese a que son muchas las investigaciones realizadas en torno a la violencia de género que se ejerce sobre las mujeres con discapacidad (Moscoso, Martín Palomo y Muñoz Terrón, 2014; Wu et al. 2017; Beckwith y Drake, 2022), escasamente han sido cuestionadas las implicaciones que supone la performatividad de género en estas, en cuya interacción se generan problemáticas que han quedado invisibilizadas, alejadas incluso de las líneas centrales de lucha del movimiento feminista, que no ha hecho propias sus reivindicaciones y luchas (Cruz, 2013).

Algo semejante ocurre cuando hablamos de sexualidad en personas con discapacidad y, sobre todo, cuando se hace referencia a mujeres y a sus placeres. Surgen aquí varios interrogantes: ¿cómo interacciona la discapacidad con la sexualidad? ¿Qué implicaciones puede tener en una sociedad que se rige por prácticas sexuales capacitistas? Y lo que es más importante, ¿cómo interacciona el género con la discapacidad y la sexualidad simultáneamente?

Como comenta Shakespeare (1998, p. 205), en las personas con discapacidad “la sexualidad no es un problema porque no es un tema, o es un tema porque se considera un problema”. No se habla sobre ello, no se tienen en cuenta sus deseos, fantasías, placeres, ... y cuando se hace se torna problemático o epicentro del debate. ¿Por qué ocurre esto? Porque se pone en evidencia cómo está configurado el imaginario colectivo sobre la sexualidad. Esa norma anteriormente mencionada se evidencia con la existencia de prácticas sexuales hegemónicas, donde los y las protagonistas cuentan con cuerpos capaces que siguen sin problema los cánones, las pautas consensuadas socialmente en lo que a expresión de la afectividad y relaciones se refiere (García-Santesmases, 2023). La sexualidad de las personas con discapacidad plantea retos, nuevos marcos interpretativos porque significa salir de lo hegemónico, significa enfrentarse a espacios que están en blanco o para los que no se cuenta con tanta prescripción social.

El género aquí, tal y como lo expone Butler (2007) en su teoría sobre la performatividad, se hace continuamente, se interpreta a diario, en forma de férreas y opuestas categorías: hombre y mujer. Lo que a su vez produce contextos culturales binarios, que sitúan como polos de un opuesto lo que supone ser hombre y ser mujer, presentándolas como una realidad estable e inalterable que parece superar la posibilidad de desequilibrarlas, de erosionarlas, aunque esté ocurriendo progresivamente, no sin resistencias. Es por ello por lo que las presiones por “representar” el género no desaparecen, a pesar de que lo que se espera que unas y

otros hagan es puesto en duda por una categoría más grande, la de la discapacidad, que parece diluirlo. De esta forma, la discapacidad trastoca la división de roles tradicionalmente asignados a mujeres y hombres. La expresión entonces de esta se torna necesaria en una sociedad binarista donde sus cuerpos van a ser leídos primero como “fuera de lo capacitista” y después como hombres o mujeres.

Las mujeres se ven doblemente afectadas por estos ejes de opresión y discriminación: por un lado, la discapacidad; y, por otro, por el hecho de ser mujeres en sociedades donde el hombre es la medida de todas las cosas. Esto supone que las mujeres que normalmente cuidan, que son erotizadas y se saben observadas por su potencial capital erótico ahora necesitan ser cuidadas, o se les niega formar parte de lo deseable o deseante por las implicaciones de la discapacidad, conllevando una cierta subversión del género (García-Santesmases, 2015; Tobío, 2012). Y al ser consideradas como “dependientes”, como “no capaces de asumir todas las reglas del juego” tiende a negárseles tanto la capacidad de cuidar de sí mismas y de otras personas como a obviar que son cuerpos que sufren y que experimentan placeres, que tienen deseos, fantasías, ... (Candelas y Mulet, 2018). Y es precisamente aquí donde esta tesis en curso pretende incidir. Si todas las personas necesitan ser cuidadas y todas forman parte de lo que se entiende por sexualidad y prácticas sexuales en cuanto a cuerpos sexuados, ¿qué ocurre con estos cuidados y afectos en las personas con discapacidad? Si el hecho de ser mujer y todas sus implicaciones interaccionan con la discapacidad y la sexualidad, ¿qué efectos tiene en las mujeres con discapacidad no formar parte de los cuerpos deseables o normativos? ¿Cómo interaccionan las presiones de performar el género femenino con cómo son leídos los cuerpos con discapacidad? ¿Qué nuevos planteamientos o reformulaciones de lo sexual podrían entrar a formar parte?

2 Objetivos

El objetivo general de esta tesis es conocer cómo los tecnocuidados y placeres de las mujeres con discapacidad se ven interpelados por los roles de género tradicionales y las prácticas sexuales capacitistas.

Dicho objetivo, más abierto podría desagregarse en otros más concretos ligados a:

- Investigar el papel que ocupan los tecnocuidados y placeres en las vidas de las mujeres con discapacidad y cómo se entrelazan con las situaciones particulares a las que se enfrentan.
- Analizar qué tiempo y espacio ocupan su autocuidado, sus preocupaciones, deseos, intereses, fantasías, emociones... y qué importancia les otorgan ellas mismas y las redes sociales en las que se mueven.
- Examinar cómo sus propios estados emocionales, físicos, psicológicos, ... interactúan con su sexualidad y cuidados.
- Evidenciar situaciones y ámbitos en los que las diferentes opresiones se evidencian y se superponen contrarias a la sexualidad de las mujeres con discapacidad.
- Indagar cómo interaccionan las performances de género en las mujeres con discapacidad y qué implicaciones tienen en la expresión de su sexualidad y cuidados.

3 Metodología

El diseño de esta investigación contempla el uso tanto de metodología cualitativa como cuantitativa: en relación con las técnicas de producción de datos cuantitativas se llevará a cabo la explotación de datos secundarios; en relación con la metodología cualitativa se recurrirá a dos herramientas, las entrevistas en profundidad y el análisis de contenido en Instagram.

En la primera fase, se realizará una revisión de las bases de datos disponibles en lo relativo a cuidados, discapacidad, género y sexualidad, como la “Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD), publicada recientemente, la “Encuesta nacional de salud” (2017), ... entre otras.

En la segunda fase, con técnicas cualitativas, se propone la realización de:

- Entrevistas en profundidad a jóvenes en situación de discapacidad de entre 18 y 35 años. Se realizarán para conocer de primera mano cómo conciben los cuidados y tecnocuidados y cuáles realizan en sus prácticas cotidianas. Al mismo tiempo, permitirá conocer cómo se entrelaza la sexualidad y el placer con sus situaciones particulares. Sus relatos permitirán captar variaciones discursivas dependiendo del perfil, así como acercarnos a sus percepciones, valoraciones y experiencias subjetivas.
- Análisis de contenido (Instagram). El uso de esta técnica viene motivado porque permite conocer cuáles son las representaciones culturales que ellas mismas generan o que generan otras personas a las que siguen. Esto permitirá acercarnos a la realidad de las mujeres jóvenes con discapacidad, así como a cómo las percibe la sociedad. Interesará conocer si en ese contenido audiovisual aparece su propio cuerpo, si hablan abiertamente de sexualidad así como las respuestas de las personas que las ven o las siguen.

En ambos casos, las mujeres que participen tendrán una edad comprendida entre los 18 y los 35 años y vivirán en España, sea cual sea su nacionalidad.

Los perfiles tenidos en cuenta tendrán que ver tanto con mujeres jóvenes que hayan sido asignadas administrativamente con las categorías “dependiente” o “gran dependiente” en lo relativo a una discapacidad física o sensorial.

4 Resultados y conclusiones

Este apartado aún queda a expensas de cómo se desarrolle la metodología que aún se encuentra en proceso. Ciertos resultados preliminares muestran que la presencia de las mujeres jóvenes con discapacidad está aumentando en Instagram, red social que utilizan para hablar de sus experiencias y cotidianidad. Algunas de ellas utilizan las redes sociales como medio para visibilizar qué supone tener discapacidad en una sociedad capacitista, de manera reivindicativa, mientras que otras ni siquiera mencionan el tema de la discapacidad. En otras ocasiones, la discapacidad es vista como una historia de superación personal, sobre todo, cuando se dedican al deporte porque se “esperaba” de ellas que al no tener un cuerpo normativo no podrían ser buenas en esto.

Referencias bibliográficas

- Beckwith, D., y Drake, G. (2022). Exploring women’s experiences of sexuality education, sexual expression and violence: Inclusive research with disabled women. *Disability & Society*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/09687599.2022.2071677>
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Candelas, S. y Mulet, G. (2018). Mujeres, diversidad funcional y multidiscriminación. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies* 7, 45-56. <https://doi.org/10.15366/jfgws2018.7.005>
- Cruz, M.P. (2013). Teoría feminista y discapacidad: un complicado encuentro en torno al cuerpo. *Géneros: Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, 12, 51-71.

- García-Santesmases, A. (2014). Dilemas feministas y reflexiones encarnadas: El estudio de la identidad de género en personas con diversidad funcional física. *Athenea Digital*, 14(4), 19-47.
<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1353>
- García-Santesmases, A. (2015). El cuerpo en disputa: cuestionamientos a la identidad de género desde la diversidad funcional. *Intersicios*, 9(1), 41-62.
- García-Santesmases, A. (2023). *El cuerpo deseado: la conversación pendiente entre feminismo y anticapacitismo*. Kaótica Libros.
- Glenn, E. N. (2000). Creating a caring society. *Contemporary sociology*, 29(1), 84-94.
- Martín Palomo, M. T., Zambrano Álvarez, I. & Muñoz Terrón, J. M. (2020). Intersecting vulnerabilities. Elderly care provided in the domestic environment. *Cuaderno de Relaciones Laborales* 38 (2), 269-288.
<https://doi.org/10.5209/crla.70890>
- Martínez, M. (2019). Presentación. Una (breve y no muy sistemática) aproximación a la noción de agencia desde la vulnerabilidad. *Papeles del CEIC*, 2019/1, 1-9. <https://doi.org/10.1387/pceic.20616>
- Moscoso, M., Martín Palomo, M. T. & Muñoz Terrón, J.M. (2014). *Abusos, violencias y malos tratos en mujeres discapacitadas: una aproximación teórica y metodológica*. En Actas del XIII Congreso de Antropología de la FEAA del EE (pp. 5576-5294). Tarragona: Universidad Rovira i Virgili
- Muyor, J. (2018). Nuevos significados de la discapacidad: De la igualdad de capacidades a la igualdad de derechos. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 39, 33-55. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2018393231
- Muyor, J., & Minguela, M. Á. (2019). Cuidados, vida independiente y diversidad funcional: Análisis teórico y vinculaciones prácticas. *Revista de Treball Social*, 216, 29-47. [10.32061/RTS2019.216.02](https://doi.org/10.32061/RTS2019.216.02)
- Pié Balaguer, A (2019). *La insurrección de la vulnerabilidad*. Universidad de Barcelona.
- Shakespeare, T. (1998). Poder y prejuicio: los temas de género, sexualidad y discapacidad. En L. Barton (comp.), *Discapacidad y sociedad* (pp. 205-229). Morata.
- Santiago, J. (Ed.) (2021). *Caras y soportes de la vulnerabilidad*. Los libros de la Catarata.
- Sutton-Brown, C. A. (2014) Photovoice: A methodological guide, *Photography and culture*, 7(2), 169-185.
<https://doi.org/10.2752/175145214X13999922103165>
- Tobío, C. (2012) "Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan", *Revista Internacional de Sociología*, 70(2), 399-422. [10.3989/ris.2010.08.26](https://doi.org/10.3989/ris.2010.08.26)
- Tronto, J. C. (2013). *Caring democracy*. In *Caring Democracy*. New York University Press.
- Venturiello, M. P., Gómez Bueno, C. y Martín Palomo, M. T. (2020). Entramados de interdependencias, cuidados y autonomía en situaciones de diversidad funcional. *Papeles del CEIC*, 2, 1-18.
<https://doi.org/10.1387/pceic.20940>
- Winance, M., Damamme, A. y Fillion, E. (2015). "Thinking the aid and care relationship from the standpoint of disability: stakes and ambiguities". *European Journal of Disability Research*, 9(3), 163-168.
[10.1016/j.alter.2015.05.007](https://doi.org/10.1016/j.alter.2015.05.007)
- Wu J. P., McKee M.M., Mckee K.S., Meade, M.A., Plegue, M. y Sen, A. (2017). Female sterilization is more common among women with physical and/or sensory disabilities than women without disabilities in the United States. *Disability and Health Journal* (3), 400-405. [10.1016/j.dhjo.2016.12.020](https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.020)



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Desgranando el dis/capacitismo: hacia unas políticas de cuidado críticas e interseccionales

Laura Sanmiquel-Molinero, Universitat Autònoma de Barcelona (laura.sanmiquel@uab.cat)

Andrea García-Santesmases Fernández, Universidad Nacional de Educación a Distancia (andrea.gsantesmases@der.uned.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En los últimos diez años, la noción de “capacitismo” ha empezado a ser usada tanto en el campo académico (Martín-Toboso, 2017; Moral, 2021) como en las redes sociales y el activismo (Guerra, 2021). Sin embargo, en algunas ocasiones, se ha equiparado este término a la discriminación hacia las personas “discapacitadas”, lo que se aleja del significado original que le dieron algunos de sus proponentes en el ámbito anglosajón como Campbell (2009) y Wolbring (2008). En esta comunicación, defenderemos la utilidad de distinguir el “capacitismo” del “discapacitismo” tal y como proponen los Estudios de la Dis/capacidad interseccionales (Goodley, 2014; Liddiard, 2018). El discapacitismo se refiere a la discriminación ejercida sobre el cuerpo considerado “biológicamente deficiente” a través de un conjunto de barreras materiales y simbólicas (Thomas, 2004). Por su parte, el capacitismo se refiere al conjunto de prácticas que establecen un determinado cuerpo-mente (auto-contenido, físicamente fuerte, racional, masculino, heterosexual, adulto y blanco) como el ejemplar típico de la especie humana, de forma que todos aquellos que no se ajustan al mismo quedan posicionados como “infracapacitados” y por lo tanto “discriminables”, fuera del amparo de los llamados derechos “humanos”. Así, el capacitismo no es solo el sistema de prácticas que hace posible el discapacitismo, sino que también es por ejemplo una pieza fundamental del heterosexismo, en tanto que “performar correctamente el género y la heterosexualidad” requiere un conjunto de capacidades corporales (García-Santesmases, 2017, 2023) asignadas al “ser humano completo”. Así, este marco nos permite un análisis interseccional. Para demostrar la utilidad de dicha propuesta teórica, nos basaremos en un análisis cualitativo crítico de las prácticas de cuidado que se dan en un hospital de neurorehabilitación español en dos ámbitos (1) Las prácticas rehabilitadoras y (2) Las prácticas de asistencia y cuidado. En base a dicho análisis, concluiremos con la necesidad de diseñar políticas de cuidado alineadas con la eliminación del capacitismo y el discapacitismo.

Palabras clave

Discapacidad, género, capacitismo, discapacitismo, instituciones socio-sanitarias.

1 Introducción

En esta comunicación, presentaremos un análisis cualitativo crítico de las prácticas de cuidado que se dan en un hospital de neurorehabilitación español a través del marco teórico que nos proporcionan los Estudios de la Dis/capacidad interseccionales (ED/c; Goodley, 2014). Los ED/c examinan el “complejo dis/capacidad” (Goodley, 2014, p. 51). Es decir, cómo todos aquellos atributos asociados a la capacidad y a la discapacidad se constituyen mutuamente y son reproducidos simultáneamente por el discapacitismo y el capacitismo, así como por otros sistemas de diferenciación social. En los últimos diez años, la noción de “capacitismo” ha empezado a ser usada tanto en el campo académico (Martín-Toboso, 2017; Moral, 2021) español como en las redes sociales y el activismo (Guerra, 2021). Sin embargo, en algunas ocasiones, se ha equiparado este término

a la discriminación hacia las personas “discapacitadas”, lo que se aleja del significado original que le dieron algunos de sus proponentes en el ámbito anglosajón como Campbell (2009) y Wolbring (2008).

El capacitismo (Campbell, 2009; Wolbring, 2008) designa el conjunto de prácticas sociales que excluyen sistemáticamente de la humanidad plena a aquellos cuerpos-sujetos que no se adaptan al ideal occidental del “individuo autocontenido” (Goodley, 2014, p. 143). El capacitismo es, por tanto, condición de posibilidad del “discapacitismo” (Reeve, 2012), que se refiere a las restricciones a la actividad y a la identidad impuestas sistemáticamente sobre los cuerpos que la biomedicina estima “deficientes”. El discapacitismo ha sido históricamente el foco de los Estudios de la Discapacidad. Sin embargo, los Estudios Críticos de la Discapacidad proponen que hay que complementar la atención al discapacitismo con la atención al capacitismo. El capacitismo nos permite preguntarnos por la emergencia de los cuerpos-sujetos deficientes desde una perspectiva interseccional que trasciende la metáfora del cruce entre ejes de opresión. Así, el capacitismo no solo es aquello que legitima la vulneración de los derechos humanos de los cuerpos clasificados como “deficientes”. El capacitismo fundamenta también otros sistemas de diferenciación social como el hetero/sexismo o el racismo, pues ambos se basan en las supuestas “capacidades inferiores” del sujeto “mujer”, “homosexual” o “no blanco” (Goodley, 2014; Wolbring, 2008) respecto a las que se atribuyen al “ser típico de la especie” (masculino, heterosexual, racional, autosuficiente, productivo y reproducible). En relación con esto último, la llamada teoría crip (McRuer, 2006) establece el heterosexismo y el capacitismo como sistemas interdependientes que se requieren mutuamente para producir las distintas posiciones disponibles en los mismos (hombre/mujer, homosexual/heterosexual, capacitado/discapacitado). Así, por un lado, una performance de género/sexo/sexualidad contranormativa (intersex, trans, no heterosexual, femenina) es una performance discapacitada (causada por una deficiencia del cuerpo o la mente). Por el otro, una performance contranormativa de la capacidad (encarnar el sujeto discapacitado) suele conllevar una performance de género/sexo/sexualidad contranormativa. O, dicho de otro modo, una performance de sexo/género/sexualidad reconocible como legítima requiere determinadas capacidades y formas corporales (García-Santesmases, 2017, 2023).

Este enfoque nos da una herramienta para explicar la desgenerización y la dessexualización de los cuerpos-sujetos discapacitados en determinados contextos, al tiempo que su énfasis en la posibilidad de transformación social nos permite explorar sus prácticas de resistencia. En esta comunicación, pretendemos demostrar la utilidad de dicha propuesta teórica, nos basaremos en un análisis cualitativo crítico de las prácticas de cuidado que se dan en un hospital de neurorehabilitación español en dos ámbitos (1) Las prácticas rehabilitadoras; (2) Las prácticas de asistencia y cuidado.

2 Método

Esta comunicación parte del material recogido durante la etapa doctoral de la primera autora, cuyo estudio consistió en la realización de una etnografía focalizada en un hospital de neurorrehabilitación de referencia, que incluyó entrevistas y observaciones tanto con personas con una lesión medular como con las profesionales que trabajan con ellas. Además, se realizaron seis Producciones Narrativas (Balasch, Montenegro & Pujol, 2022) y seis etnografías en sombra (Jirón & Iturra, 2014) con las participantes con una lesión medular.

3 Resultados

3.1 Las prácticas rehabilitadoras

El proceso rehabilitador entrecruza los mandatos heterosexistas con los capacitistas. Por un lado, para los hombres, el proceso rehabilitador resulta un proceso de “masculinización” a través de la “capacitación”. Sin embargo, los hombres también corren el riesgo de la feminización simbólica (García-Santesmases, 2017, 2023) por parte de los profesionales, lo que se puede considerar un acto de discapacitismo afectivo.

[El terapeuta] se le acerca con una pelota de uno o dos kilos bajo el brazo y le quita la almohada que lleva doblada en la espalda. (...) El Participante 5 comenta: “Esta mierda me gusta porque me da caña. Yo levantaba 46 kg por lado. Ya volveré a hacerlo”. [El terapeuta] le tira la bola desde cerca y él intenta cogerla, pero se le cae encima del regazo. [El terapeuta] exclama: “¡Pero no te des golpes en la picha!”. El Participante 5 contesta: “Es para que despierte”. El ejercicio consiste en levantar la pelota varias veces seguidas, y lo hace con muchísimo esfuerzo. [El terapeuta] va contando las veces que la levanta, pero parece que el Participante 5 quiere demostrar que sus intentos no le parecen suficientemente buenos, y cada vez que la levanta dice: “Media, media, media”. Al cabo de unas cuantas repeticiones, parece agotado y [el terapeuta] le dice que descansa, pero él se niega: “No quiero descansar”. “¿No? Pues entonces haz bíceps”. [El terapeuta] trae unas gomas como las que yo uso en el gimnasio. [El terapeuta] las sostiene sentado delante suyo y el Participante 5 tiene que tirar de ellas y dice que es fácil. Al hacerlo, el tronco se le va para adelante y se acerca mucho a [el terapeuta], que dice: “¿Vas a bajar hasta que te des con la nariz o qué? Al final te beso, ¿eh?”. (Fragmento del diario de campo después de una sesión de sombreado con el Participante 5, el día 21 de octubre de 2020).

Para las mujeres, la “puesta en forma del cuerpo” también pone en riesgo su performance de la feminidad normativa. Aquí ya no es la interacción social, sino la propia transformación corporal la que tensiona la performance de género normativa:

Ahora estoy obsesionada porque empiezo a ver cómo mi cuerpo cambia, cómo me estoy poniendo muy fuerte. Y no quiero parecer una de esas mujeres fortachonas, pero al final es inevitable si quieres tener una vida activa y funcionar en la silla, subir y bajar cuevas y escalones sin dificultad. Aparte, estás todo el día usando la silla y eso hace que fortalezcas más. Ahora, me veo más masculina pero, por otro lado, he adelgazado. Me encuentro como muy diferente, no quiero esta excesiva delgadez. (Narrativa de Blanca, 12 de abril de 2022).

3.2 Las prácticas de asistencia y cuidado: des/generizando el cuerpo

Las prácticas de cuidado que se dan en el marco hospitalario “expropián el cuerpo” y lo “des-generizan”, lo que se puede considerar una forma de discapacitismo afectivo (García-Santesmases & Sanmiquel-Molinero, 2022). A su vez, las personas ingresadas hacen prácticas de generización que pueden considerarse prácticas de resistencia:

Al principio, cuando llegas al hospital, te da mucha vergüenza. Bueno, depende de en qué estado estás, porque, yo, desde el principio, no tuve vergüenza porque la perdí enseguida. Porque no podía ser. No podía lavarme. (...) Entonces, tenía que dejarles hacer estas cosas, la higiene y todo eso. En un hospital, no se puede hacer de otra manera. Lo que sí que tendría que ocurrir es que las mujeres, las enfermeras, lavaran las mujeres; y los hombres lavaran los hombres. (...) A las siete, todos los auxiliares llegan: “Ok, vamos a lavar”. Y son diez. (...) una vez me molestó mucho cuando había un hombre que estaba mirándome sin hacer nada. (...) le dije a una enfermera: “Mira, él estaba solo mirando. La próxima vez, si es posible, ¿puedes echarlo?”. “¡Ah! Pero ¿por qué no lo has dicho?”. ¡Yo no sabía si lo necesitaba o no! Porque yo no sé, ¡yo estoy enferma!, yo no sé si este hombre es necesario o solo me mira. (...) Los auxiliares, los enfermeros y los médicos que hacen esas tareas

no ven a la persona como una mujer o como un hombre, sino como un objeto a cuidar. Una vez, me pasó que, encima de mi cabeza, una enfermera estaba hablando de cómo hacer gazpacho cuando estaba en intoxicación. Tenía un tubo en mi nariz hasta la garganta. Y digo: “Pero tú... Yo soy un objeto, (...) ¡Que estoy vomitando!” (Narrativa construida con la Participante 6, el 30 de julio de 2020).

4 Conclusiones

Como apuntábamos en García-Santesmases & Sanmiquel-Molinero (2022), el hospital de neurorrehabilitación se configura como un espacio con fundamentos implícitamente capacitistas cuya función latente es el acostumbramiento del cuerpo-sujeto discapacitado al discapacitismo afectivo y a una des/generización. Por un lado, tanto hombres como mujeres son des-generizados a través de esquemas de cuidado que expropian el cuerpo, impidiendo la intimidad, la toma de decisiones en torno a la higiene y homogeneizando la estética. Como hemos analizado en otro artículo (García-Santesmases, Bahner & Sanmiquel-Molinero, bajo revisión), los y las auxiliares tienden a intentar convencer a las personas que atienden de que “no deben sentir vergüenza” durante las tareas que tienen que ver con la higiene íntima, pues “son profesionales” que no ven dichas interacciones de forma sexualizada y que las llevan a cabo “mecánicamente”. Esto revela que ya no se espera que la persona que ha adquirido una deficiencia encarne un cuerpo generizado, lo que puede considerarse un acto de discapacitismo afectivo. En segundo lugar, el gimnasio aparece como un espacio de capacitación del cuerpo a través de su masculinización lo que genera ciertas tensiones tanto para las mujeres como para los hombres que, al mismo tiempo, sufren un proceso de feminización simbólica (García-Santesmases, 2017).

En definitiva, todo ello nos invita a repensar la práctica profesional a distintos niveles. En cuanto a los auxiliares de clínica, un reto a contemplar es generar un sistema de apoyos hospitalario más parecido a la asistencia personal, donde en vez de acostumbrar a la persona a que su cuerpo ya no es suyo, se la entrena para controlar los apoyos que necesita y seguir siendo un sujeto protagonista de su auto-cuidado. En cuanto a la terapia física, sería conveniente repensar algunos aspectos de la atención a fin de no feminizar simbólicamente el cuerpo discapacitado, además de repensar el valor simbólico que se le da a determinados productos de apoyo, que estigmatizan la dependencia (Gibson & Teachman, 2012). Finalmente, en cuanto al trabajo social, sería conveniente promover el conocimiento de la asistencia personal como alternativa deseable a los cuidados familiares, así como generar sistemas de seguimiento eficaces para prevenir situaciones de riesgo de violencia de género y/o discapacitista.

Referencias bibliográficas

- Campbell, F. K. (2009). *Contours of ableism: The production of disability and abledness*. Palgrave Macmillan.
- García-Santesmases, A. (2023). *El cuerpo deseado: La conversación pendiente entre feminismo y anticapacitismo*. Kaótica Libros.
- García-Santesmases, A., & Sanmiquel-Molinero, L. (2022). Embodying disabled liminality: A matter of mal/adjustment to dis/ableism. *Sociology of Health & Illness*, 44(2), 377–394. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13439>
- García-Santesmases Fernández, A. (2017). *Cuerpos (im)pertinentes: Un análisis queer-crip de las posibilidades de subversión desde la diversidad funcional* [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona]. <http://hdl.handle.net/10803/402146>
- Gibson, B. E., & Teachman, G. (2012). Critical approaches in physical therapy research: Investigating the symbolic value of walking. *Physiotherapy Theory and Practice*, 28(6), 474–484. <https://doi.org/10.3109/09593985.2012.676936>

- Goodley, D. (2014). *Dis/ability studies: Theorising disablism and ableism* (1st Edition). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Jirón, P., & Iturra, L. (2014). Travelling the Journey: Understanding Mobility Trajectories by Recreating Research Paths. En L. Murray & S. Upstone (Eds.), *Researching and Representing Mobilities* (pp. 170-190). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781137346667_9
- Guerra, I. (2021). *Lucha contra el capacitismo*. Traficantes de sueños.
- McRuer, R. (2006). *Crip Theory. Cultural Signs of Queerness and Disability*. University Press.
- Montenegro, M., Balasch, M., & Pujol, J. (2022). A methodological proposal from situated knowledge epistemology: Narrative Productions. *Qualitative Research in Psychology*, 0(0), 1-10. <https://doi.org/10.1080/14780887.2022.2135278>
- Reeve, D. (2012). Psycho-emotional disablism: The missing link? In N. Watson, A. Roulstone, & C. Thomas (Eds.), *Routledge Handbook of Disability Studies* (pp. 78–92). Routledge.
- Wolbring, G. (2008). The Politics of Ableism. *Development*, 51(2), 252–258. <https://doi.org/10.1057/dev.2008.17>



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

El capacitismo neoliberal: La institución normativa de la flexibilidad

Miguel A. V. Ferreira, Universidad Complutense de Madrid / Universidad de Murcia (mavferre@ucm.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La visión paternalista y asistencialista, que inspiraba la primera ley nacional sobre diversidad funcional promulgada en España en 1982, aparentemente se ha superado y el derecho al trabajo de las personas con diversidad funcional (PDF) ha sido incorporado en la legislación, tanto en la Ley de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal (LIONDAU, 2003), como, más específicamente, en el capítulo VI, de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social (LEDIS, 2013). Sin embargo, la Encuesta Nacional de Empleo de las Personas con Discapacidad (EDP, INE: 2009-2019) muestra que dicho derecho no se ha materializado.

Esta discordancia entre el reconocimiento formal de un derecho y su puesta en práctica efectiva puede explicarse por la transición, en la regulación de las relaciones laborales en España, hacia un modelo neoliberal regido por el principio de la flexibilidad. Este modelo ha constituido una nueva subjetividad laboral, la del “trabajador flexible”, asentada en principios empresariales y en la primacía de la competencia y del beneficio como principios generales de la aptitud laboral. Una nueva subjetividad, la del trabajador-empresario-de-sí-mismo, en la que un individualismo exacerbado no da cabida a reconocimiento alguno de derechos sociales, y que demanda unas disposiciones de empleabilidad, disponibilidad y autorresponsabilidad que no están al alcance de las PDF.

Palabras clave

Diversidad funcional, derecho al trabajo, neoliberalismo, campo social del trabajo, habitus laboral

1 El capacitismo neoliberal: la institución normativa de la flexibilidad

En EE.UU., en los años 60 del siglo XX, surge el Movimiento por una Vida Independiente (MVI)¹. Las PDF iniciaban su lucha política: querían dejar de depender de los criterios de los profesionales de la salud y poder tomar sus propias decisiones en el curso de su vida cotidiana, para que así se reconociese su condición de ciudadanos/as de pleno derecho. Esta movilización surge en los países capitalistas avanzados durante la fase final del período de regulación económico político keynesiano, que dotaba a las clases trabajadoras de un amplio conjunto de derechos sociales asociados a su condición salarial, asociada a su vez a un tipo de trabajo estable que permitía el acceso a servicios públicos y protecciones frente a los riesgos económicos, como el desempleo.

¹ Ed Roberts se considera su inaugurador: logró acceder a la universidad de Berkeley, a pesar de su diversidad funcional y los impedimentos que la misma conllevaba iniciando un movimiento reivindicativo por el derecho de las PDF a decidir sobre el curso de sus vidas (al respecto: Ferreira, 2021a: 404-405).

El modelo keynesiano establecía una estrecha relación entre los derechos políticos y la condición económica, salarial, de las clases trabajadoras, contexto en el que la lucha política del MVI tenía la posibilidad efectiva de lograr sus pretensiones: una vida independiente podía obtenerse, como derecho político, mediante un puesto de trabajo que era, tanto un medio de subsistencia como el medio de acceso a un amplio conjunto de derechos sociales.

Pero el MVI tardó dos décadas en consolidarse como movimiento político, gracias, en parte, al surgimiento de un espacio académico de investigación, con un enfoque crítico sobre la DF, conocido como el Modelo Social de la Discapacidad.² Para cuando se dio esta consolidación, a inicios de los años 80 del siglo XX, el modelo keynesiano había dejado de tener vigencia; el contexto político económico se había transformado. Tras la crisis económica de 1973, se inició la transición hacia un modelo de organización neoliberal, que redujo las prestaciones públicas y recortó los derechos y las protecciones asociadas al trabajo, trazando una neta separación entre los derechos políticos y la condición salarial de las clases trabajadoras (Alonso, 1999: 213-255). El trabajo perdía su centralidad como vía de acceso a una vida (económicamente) independiente y, con ello, el objetivo del MVI perdía su substrato material.

La lucha del MVI había logrado, no obstante, durante ese período, un enorme avance en materia legislativa, obteniendo un amplio reconocimiento formal de sus derechos. Pero esos derechos, ahora, dejaban de tener una traducción efectiva, al haberse suprimido el principal recurso material que permitía llevarlos a la práctica. De lo cual dejan clara indicación los datos estadísticos sobre empleo de las PDF.

Las PDF no sólo se enfrentan a desventajas en cuanto a su acceso al mercado de trabajo, sino que, de hacerlo, se ven sometidas a unas condiciones laborales precarias, como muestran las cifras estadísticas disponibles. En primer lugar, según la última encuesta nacional sobre discapacidad (INE, 2008), la población con discapacidad en edad de trabajar entre los 35 y los 64 años es de un 10.3% del total (Ferreira, 2021a: 10; tabla 1, gráfico 1), lo que indica una clara subrepresentación de la población con DF en edad de trabajar en la Encuesta de Empleo de Personas con Discapacidad (EPD; INE, 2009), que la cifra en un 3.5% (Ferreira, 2021b: 11; tabla 2, gráfico 2). Pese a ello, en 2020, del total de contratos, sólo el 1.56% fue para PDF (Ferreira, 2021a: 14; gráfico 6), y el incremento de PDF contratadas entre 2007 y 2020 fue de apenas un 6.6% (*ibid.* gráfico 5), lo cual constata la clara ineficacia, tanto de la LIONDAU como de la LEDIS en materia de empleo.

La evolución comparada de las tasas de actividad, empleo y paro de las PDF respecto de las personas sin discapacidad entre 2009 y 2019 (Ferreira, 2021a: 15; gráficos 9A al 11B) constata la estabilidad de una situación en la que, prácticamente, la tasa de actividad de las personas sin discapacidad duplica sistemáticamente la de las PDF (75.5% frente a 36.1% en 2009; 77.7% frente a 34% en 2019), al igual que la tasa de empleo (62% frente al 28.3% en 2009; 66.9% frente a 25.9% en 2019), en tanto que la relación se invierte con la tasa de paro: 17.9% para las personas sin discapacidad, 21.7% para las PDF, en 2009; 13.9% para las personas sin discapacidad, 23.9% para las PDF, en 2019³.

La tasa de contratación temporal y a tiempo parcial no ha dejado de incrementarse para las PDF: los contratos temporales para las PDF han pasado del 22.1% en 2009 al 26.9% en 2019 (es decir, un incremento de 57.000 contratos —Ferreira, 2021a: 16, gráficos 12A, 12B—); los contratos a tiempo parcial pasaron del 13.6% en 2009 al 17.3% en 2019 (42.600 contratos más —*ibid.* gráficos 13A, 13B—); mientras que el incremento de la temporalidad ha sido constante en estas dos últimas décadas: los contratos a tiempo parcial llegaron a su punto álgido en 2007 (18.2%), constatando, en este caso, los efectos del ciclo económico desencadenado con la crisis

² Con este nombre se conoce al conjunto de estudios sociales sobre discapacidad de origen anglosajón que partían del presupuesto de que la discapacidad no era una condición orgánica de la persona, sino la consecuencia de unas estructuras sociales que, al desatender sus necesidades específicas, condenaban a las PDF a la exclusión y a la marginación social. Entre los autores iniciales, probablemente el más relevante sea Oliver (1990).

³ Conviene resaltar que de no ser tan brutal la diferencia en la tasa de actividad, la diferencia en la tasa de desempleo se dispararía.

económica del momento. En ambos casos, en consecuencia, la evolución del empleo para las PDF no ha dependido de la evolución en la legislación sobre DF (el año 2013 no marca cambio de tendencia alguno), sino que cabe suponer que han sido más bien la regulación general del mercado de trabajo y las condiciones del contexto económico en su conjunto los factores explicativos.

Y es, precisamente, en las transformaciones normativas que se dieron en la regulación del mercado laboral, a partir de la primera reforma del Estatuto de los Trabajadores de 1984, transformaciones que marcan el tránsito hacia un modelo neo-liberal de gestión de las relaciones laborales, en las que radica la causa fundamental de la precariedad propia de la situación laboral de las PDF. Una precariedad que vendrá a ser una expresión magnificada de la precariedad laboral general a la que ha conducido el gran objetivo de la regulación neoliberal del mercado de trabajo: la flexibilidad.

El axioma neoliberal de la flexibilidad no da cabida, en el espacio laboral, a la protección de colectivo alguno: el mercado de trabajo se ha constituido en un espacio de competencia entre individuos-empresa que han de desenvolverse incorporando y llevando a la práctica un habitus de autoexigencia, autorresponsabilidad, disponibilidad, empleabilidad, etc. que está dotado, se supone, de las aptitudes necesarias para el trabajo. Se trata de una nueva subjetividad en la que la dimensión política ha quedado completamente subordinada a las exigencias de la “productividad” estrictamente económica; es decir,

[...] el neoliberalismo ha erradicado de la mentalidad de los individuos que conforma a través de la imposición de esta nueva subjetividad toda intención de lucha, res- puesta o resistencia política que atente contra el principio económico de la competencia, que, en el mercado laboral, se traduce en el imperativo de la flexibilidad; ha erradicado la política de lo colectivo, la política *sensu stricto*» (Ferreira, 2021b: pd⁴).

Es esta nueva subjetividad, asociada a las condiciones estructurales del mercado laboral generadas por la regulación neoliberal, configuran un campo social del trabajo en el que las oportunidades laborales no vienen ya prioritariamente determinadas por unas condiciones objetivas preestablecidas que el Estado, como regulador de la economía, garantiza y protege, sino que quedan inscritas en las aptitudes de los agentes, determinando las “capacidades” laborales que serán valoradas de manera positiva, las que lo serán de manera negativa, y las que serán, o no, objeto de recompensa.

Según los presupuestos de ortodoxia neoliberal, el crecimiento económico se fomenta a través de la inversión de capital, y no, como se entendía bajo los preceptos keynesianos, mediante la creación de empleo. Lo cual supone la constitución de un mercado laboral de naturaleza muy particular, y asentado en una tautología:

[...] las condiciones objetivas del mercado laboral han sido modificadas (...) bajo el imperativo de la flexibilidad. (...) Una vez generadas las condiciones que se entiende adecuadas, se demandarán las aptitudes acordes a las mismas, entre las cuales está, precisamente, asumir que son las aptitudes adquiridas, y no las condiciones objetivas existentes, las que determinan la “empleabilidad” de la persona, porque, lejos de asumir que dichas condiciones son unas muy particulares, y podrían ser otras bien distintas, se presupone que son las que tienen que ser. La tautología consiste en fomentar una subjetividad conforme a la flexibilidad laboral que, al ser incorporada por los/as trabajadores/as —y que incluye entre sus preceptos que la flexibilidad, como condición objetiva dada, no es cuestionable— contribuye a la consolidación y mantenimiento de la flexibilidad del mercado laboral (*ibid.*).

Entendido como campo social, el mercado laboral neoliberal implica una regularidad en la que disposiciones inscritas en motivaciones políticas y no estrictamente económicas, no individualistas ni competitivas, están

⁴ “pd”: página desconocida; el texto se encuentra en proceso de revisión.

condenadas a la exclusión. El MVI y la legislación sobre DF estarían promoviendo subjetividades que no serían conformes con dicha regularidad.

El modelo de organización neoliberal de las relaciones laborales ha constituido un campo social que impone, valora y da reconocimiento a un habitus radicalmente individualista, como disposición laboral, que fomenta una subjetividad reactiva a todo proyecto colectivo y a toda causa solidaria. El MVI ha fomentado un individualismo que se amparaba, contradictoriamente, en la reclamación, para el individuo, de un derecho colectivo; éste, podía tener cabida en el momento de su constitución, en un contexto en el que la condición económica del individuo estaba asociada a derechos reconocidos a un colectivo, la clase trabajadora, por el Estado, pero el MVI no supo articular su proyecto político sobre esa base material, de modo que sus avances en el reconocimiento formal de los derechos de las PDF han quedado reducidos a su pura formalidad, sin una posible traducción práctica efectiva, cuando el modelo neoliberal ha instaurado un individualismo radicalmente económico desvinculado de toda conexión con los derechos políticos.

La hegemonía neoliberal, por un lado, y la ceguera del MVI al contexto en el que su lucha política debía ser llevada a la práctica, han determinado que los derechos laborales de las PDF, reconocidos formalmente en la legislación sobre DF hayan sido *de facto* suprimidos por el imperativo de la flexibilidad. El proyecto, político y genérico, de una vida independiente para las PDF ha quedado fuera del horizonte de posibilidades reales porque el neoliberalismo ha hecho inviable un proyecto, específico y concreto, de vida (económicamente) independiente para una abrumadora mayoría de la clase trabajadora.

El fracaso en España de la plena inclusión laboral de las PDF no es el resultado de una legislación insuficiente en materia de discapacidad, sino de la regulación general del mercado laboral y su transición hacia el modelo neoliberal de la flexibilidad.

Referencias bibliográficas

Alonso, L. E. (1999): *Trabajo y ciudadanía*, Madrid, Trotta.

Ferreira, M. A. V. (2021a): «Documento de trabajo: Neoliberalismo, discapacidad y empleo», *Intersticios: Revista sociológica de pensamiento crítico* 15 (2), pp. 5-24: <https://www.intersticios.es/article/view/21941/14155>

Ferreira, M. A. V. (2021b): «La nueva ideología capacitista: neoliberalismo, subjetividad y terapia (el “buen” trabajador/ ciudadano)», en M. A. V. Ferreira; Toboso,

M. (eds.): *La discapacidad capacitada: una visión plural*, monográfico, *Política y Sociedad* (en edición).

INE (2019): *El empleo de las personas con discapacidad* (EPD): https://www.ine.es/prensa/epd_2018.pdf

LEDIS (2013): B.O.E. 209/2013, *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre*, por el que se aprueba el *Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12632-consolidado.pdf>

LIONDAU (2003): B.O.E. 289/2003, *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad*: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-22066>

Oliver, M. (1990): *The politics of disablement*, Londres, McMillan Press.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Nuevas estrategias para la reconfiguración del modelo de cuidados en España y la Unión Europea. Contribuciones para afrontar el reto desde el Trabajo Social

Álvaro Elices Acero, Universidad de Valladolid (alvaro.elices@uva.es)

Juan María Prieto Lobato, Universidad de Valladolid (juanmaria.prieto@uva.es)

Carmen Rodríguez Sumaza, Universidad de Valladolid (crsumaza@uva.es)

Resumen

Los cuidados de larga duración están inmersos en un proceso de continua reconfiguración, intensificado tras la pandemia del COVID-19. A lo largo de los 3 últimos años han proliferado políticas en la Unión Europea y en España, como la Estrategia Europea de Cuidados o el Plan de Choque en Dependencia, que suponen una gran oportunidad –y a su vez, un importante desafío– para los sistemas de cuidados y los profesionales que intervienen en ellos. Con el objetivo de conocer las líneas estratégicas emergentes, su alcance y naturaleza, se ha realizado un análisis temático sobre la información cualitativa de documentos que recogen las estrategias más recientes en ambos contextos. Este análisis ha permitido identificar diversos retos para la materialización del modelo de cuidados pretendido, focalizados muchos de ellos en la dimensión social de los cuidados, lo que invita a reflexionar sobre las aportaciones del Trabajo Social en este proceso. Aunque su abordaje implica a una multitud de agentes, las habilidades, competencias y técnicas de los profesionales del Trabajo Social para el empoderamiento, la promoción de la igualdad de oportunidades, la intervención comunitaria, la evaluación biopsicosocial de necesidades o la Atención Centrada en la Persona, los convierte en actores clave para la aplicación de las principales líneas estratégicas.

Palabras clave

Estrategia de cuidados, dimensión social de los cuidados, trabajo social, atención centrada en la persona

2 Introducción

Los cuidados de larga duración dirigidos a personas en situación de dependencia en Europa y en España están evolucionando –al menos programáticamente– en los últimos años. La pandemia del Covid-19 constituye un hito para la visibilización de las debilidades de un sistema de cuidados que, sin embargo, ya venían siendo anunciadas por investigadores, profesionales y las propias personas con necesidades de atención. Desde su inicio –en los primeros meses de 2020– se ha intensificado la presencia de los cuidados en la agenda política, emergiendo un acervo de estrategias, normativa y recomendaciones dirigidas al desarrollo de un nuevo modelo de atención.

En septiembre del 2022, la Comisión Europea presentó la Estrategia Europea de Cuidados –en adelante, EEC– para garantizar el acceso a servicios asistenciales asequibles y de calidad (European Commission, 2022). En España, el Ministerio de Derechos Sociales definió a finales de 2022 la Hoja de Ruta para una Estrategia Estatal de Cuidados –HREEC–, que estructura un proceso de transformación introducido, entre otros, por el Plan de Choque en Dependencia 2021-2023 –PCD– (Consejo Territorial de Servicios Sociales y para la

Autonomía y Atención a la Dependencia, 2021), el Componente 22 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia –C22– (Gobierno de España, 2021) o el Acuerdo sobre Criterios Comunes de Acreditación y Calidad de los Centros y Servicios –ACCAC– (Ministerio de Derechos Sociales, 2022).

Los sistemas de cuidados implican una multitud de actores sociales (sistema sanitario, sector empresarial, entidades de la iniciativa social, etc.), entre los cuales los servicios sociales de responsabilidad pública tienen un papel clave (Fantova, 2023). Éstos, y las disciplinas que han contribuido a su configuración reciente, se encuentran bien posicionados para realizar una aportación significativa e incluso liderar alguna de sus principales líneas estratégicas, como el desarrollo del enfoque de Atención Centrada en la Persona o el impulso de los cuidados en el hogar y la comunidad. Una gran parte de los cambios introducidos en el proceso de reconfiguración interpelan al Trabajo Social en dos direcciones principales: la emergencia de diferentes retos para el desempeño profesional y la responsabilidad de contribuir a la materialización de un nuevo modelo de cuidados.

Con este presupuesto, la comunicación tiene como objetivo responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los principales retos que emergen de las estrategias para la reconfiguración del modelo de cuidados de larga duración en la Unión Europea y en España?
- ¿Qué aportaciones significativas puede realizar el Trabajo Social en los procesos de transformación estratégica?

3 Metodología

El análisis parte de una búsqueda intencional de los principales documentos programáticos relacionados con el objeto de estudio, tanto a nivel europeo como nacional. Para proceder con la sistematización de los documentos recabados y con el objetivo de dotar de rigor metodológico al análisis, los autores de la comunicación desarrollaron un análisis temático desde un enfoque inductivo, siguiendo las 6 fases establecidas por Braun & Clarke (2006). Tras familiarizarse con la información contenida en los documentos, fueron creados códigos iniciales y clasificados a través de la identificación de temas. Posteriormente, se llevó a cabo una fase de revisión de los temas para su definición y denominación. En el proceso ha sido utilizado el software de análisis cualitativo ATLAS.ti.

4 Resultados

A través del estudio documental han sido identificados 4 temas analíticos y 13 temas descriptivos (gráfico 1) sobre el proceso de reconfiguración del modelo de cuidados que conciernen, directa o indirectamente, al Trabajo Social.

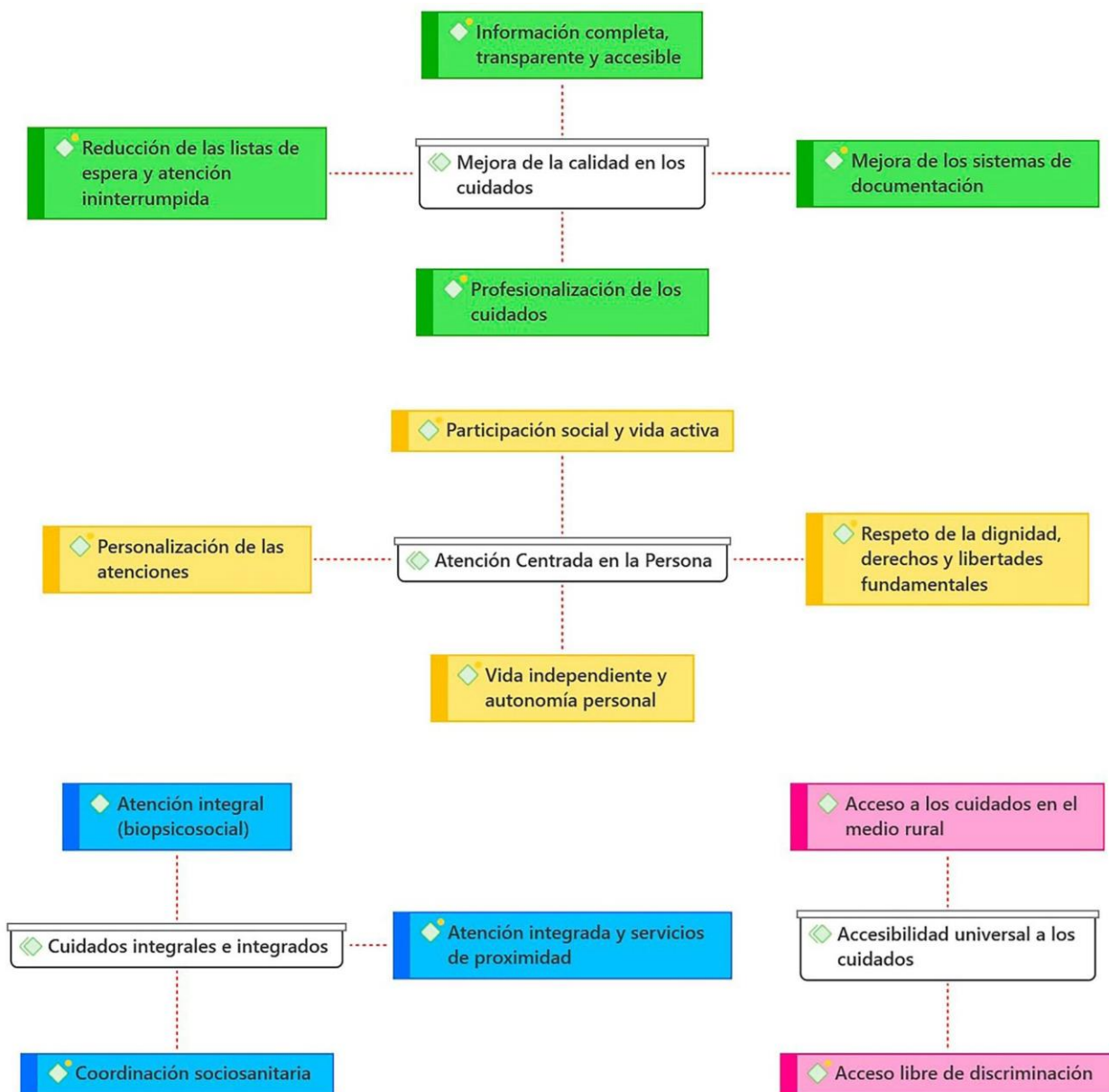


Figura 6. Temas representativos de las principales líneas estratégicas para la reconfiguración del modelo de cuidados en la Unión Europea y España. Fuente: elaboración propia a través de ATLAS.ti

4.1 Accesibilidad universal

La promoción de la accesibilidad universal a los cuidados constituye una prioridad tanto en las líneas estratégicas europeas como españolas. El C22 y el ACCAC recogen explícitamente la necesidad de reforzar la accesibilidad a los cuidados para todas las personas, determinando que los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) no pueden imponer requisitos de acceso discriminatorios por razones de enfermedad mental o transmisible, alteraciones del comportamiento, etc. Por su parte, la EEC plantea que los cuidados de larga duración han de ser proporcionados sin que medie ningún tipo de discriminación por razones de género, religiosas, étnicas, etarias, sexuales o relativas a la discapacidad, y enfatiza la necesidad de mejorar la igualdad en el acceso, en especial, a la atención domiciliaria y comunitaria.

Garantizar la accesibilidad universal a los cuidados exige considerar no sólo las características individuales de las personas (socioeconómicas, sociodemográficas, culturales, de salud, etc.), sino también las características del entorno en el que residen. Con frecuencia, la vida en el medio rural implica una situación de desventaja por razones como la baja densidad, lejanía e incluso inexistencia de servicios. En este sentido, la EEC insta a los Estados miembros a implementar medidas para superar las limitaciones de accesibilidad a los cuidados existentes en las zonas rurales y despobladas. Además, el C22 plantea inversiones para promover la innovación y las nuevas tecnologías que garanticen la prestación integrada de los cuidados en todo el territorio y el ACCAC introduce medidas como la exención inicial en la acreditación de cuidadores cuando no existan profesionales con la cualificación exigida por razones geográficas, o la posibilidad de localizar centros de día y residenciales en suelo rústico para garantizar la proximidad a la actividad social y comunitaria.

4.2 Mejora de la calidad

Otra de las tendencias clave en la evolución de los sistemas de cuidados es la orientación a la mejora de su calidad. En este sentido, la información constituye un elemento imprescindible para la consecución de esta meta, así como para procurar una mejor accesibilidad a los cuidados de larga duración. Entre los principios del marco de calidad impulsados por la EEC, se incluye el de transparencia, aludiendo a la necesidad de que la información sobre las opciones de cuidados sea facilitada de forma accesible y comprensible. Asimismo, el ACCAC promueve facilitar el manejo de soportes documentales a través de la creación de formatos simplificados y comprensibles, lo que será requisito de acreditación para todos los servicios del SAAD.

Estrechamente relacionada con la información, la mejora de los sistemas de documentación es imprescindible para impulsar la calidad de los servicios de cuidados. El C22 lo incorpora como objetivo y el ACCAC establece los requisitos documentales mínimos para las entidades prestadoras de servicios, como en el caso de los centros residenciales el protocolo de prevención, detección y denuncia del maltrato o las guías para la elaboración de planes personales de atención, haciendo hincapié en la transferibilidad entre servicios sociales y sanitarios.

La profesionalización de los cuidados y la mejora de las habilidades y conocimientos de los cuidadores contribuyen en gran medida a la mejora de la calidad. En España, el PCD promueve la profesionalización de las atenciones –por ejemplo, a través del impulso de la figura de Asistente Personal–. Por su parte, el ACCAC incorpora como estándar de mejora de la calidad la formación continua de los profesionales del SAAD, en aspectos como los derechos de las personas, la práctica profesional ética o las estrategias de reducción de sujeciones.

Finalmente, las listas de espera han sido reconocidas como uno de los principales puntos débiles de los sistemas de cuidados, derivada de cuestiones como el amplio entramado burocrático o la sobrecarga de los servicios públicos. Por ello, la EEC insta a los Estados miembros a garantizar el acceso a los servicios tan pronto como sea necesario y durante el tiempo que sea preciso. En España, el PCD incorpora un plan específico para reducir las listas de espera, incluyendo medidas de simplificación de los trámites administrativos –por ejemplo, estableciendo procedimientos urgentes para personas vulnerables–, mientras que el C22 promueve la incorporación de las nuevas tecnologías para alcanzar este efecto.

4.3 Cuidados integrales e integrados

El enfoque de atención integral representa uno de los principios inspiradores del marco de calidad para los cuidados de larga duración. Según la Comisión Europea, estos deben ser diseñados y prestados de manera

integral –incluyendo todos los servicios pertinentes para cubrir las diversas necesidades de atención– e integrada –en el entorno comunitario–, lo que implica la necesidad de coordinación sociosanitaria y multinivel.

Mientras que el C22 impulsa centros y servicios orientados a prestar atención integral, uno de los principios rectores del nuevo modelo de atención incorporado por el ACCAC es el derecho al bienestar físico, mental, emocional y social. Para ello, será imprescindible establecer instrumentos de coordinación permanentes, así como el intercambio de información y el acceso compartido a documentación, permitiendo la interoperabilidad entre servicios sociales y sanitarios, tal y como se señaló anteriormente.

Por otra parte, la EEC plantea que los Estados miembros deben aumentar la oferta de servicios de atención a largo plazo, facilitando la libertad de elección y respetando el derecho de todas las personas a vivir de forma independiente en su entorno habitual. En España, el PCD incluye líneas de actuación orientadas a promover los cuidados de proximidad, como el impulso de la figura del Asistente Personal, el reconocimiento de la teleasistencia como derecho subjetivo o la elevación de las intensidades horarias del servicio de ayuda a domicilio. Asimismo, el C22 alude al desafío de establecer una “estrategia nacional de desinstitutionalización”, para lo que incluye una línea de inversión orientada a financiar la implementación – en concurso con las comunidades autónomas, entidades locales y tercer sector– de un modelo de cuidados basados en la comunidad y el domicilio, mientras que el ACCAC promueve un modelo de atención inspirado por los servicios de proximidad y las conexiones comunitarias.

4.4 Atención Centrada en la Persona

Otra de las principales líneas estratégicas detectadas es la introducción decidida del enfoque de Atención Centrada en la Persona, con el fin último de mejorar la calidad de vida y el bienestar de quienes reciben cuidados.

Para la EEC, la persona ha de estar en el centro de la atención y es la base para la planificación del servicio, la gestión de los cuidados y el control de calidad, comprometiéndose la Comisión Europea a prestar apoyo técnico a los Estados miembros, a través del proyecto “Towards Person-centred Integrated Care”. En España, el PCD promueve la capacitación de los profesionales en el enfoque, mientras que el C22 incorpora como objetivo el impulso de equipamientos compatibles con éste para quienes sean atendidos fuera del domicilio. El ACCAC incluye la Atención Centrada en la Persona como principio rector del modelo de cuidados que persigue, lo que implica priorizar los deseos de las personas sobre las necesidades organizacionales, promover su capacidad de decisión y escuchar su voz, a la vez que se promueven las relaciones comunitarias y la participación social.

La personalización de las atenciones supone una premisa básica en el desarrollo del modelo y así lo contempla la EEC, al indicar que los cuidados de larga duración deben respetar la identidad personal. En España, el ACCAC supone un hito importante a favor de la personalización de los cuidados, al incorporar ésta junto con la participación en el diseño de las atenciones, el control y las propias elecciones como criterios de evaluación de la calidad. Su desarrollo implica procesos como la utilización de Planes Personales de Atención o Proyectos Vitales, donde se describa el co-diseño, la planificación y la evaluación de las atenciones, los roles de cada agente implicado –incluida la persona y su familia– y la coordinación con otros profesionales y servicios.

Por otra parte, el fomento de la participación está presente tanto en las nuevas estrategias europeas de cuidados como en las españolas. En España, el C22 sitúa entre sus objetivos el de promover la inclusión real de las personas mediante entornos que faciliten su participación social, mientras que el ACCAC la reconoce como un derecho de todas las personas para cuyo cumplimiento los servicios y centros deben asumir los principios

de proximidad, conexiones comunitarias y vida activa, facilitando que las personas permanezcan conectadas con los lugares y personas más significativas para ellas.

Por último, la EEC reconoce que la Atención Centrada en la Persona no es posible en un contexto en el que no se garantice el respeto a la dignidad, los derechos y las libertades fundamentales de las personas con necesidades de atención. En este sentido, el ACCAC promueve contextos de cuidados en los que se dignifique a las personas y se garantice el ejercicio de sus derechos (entre otros, igualdad de oportunidades y de trato, autodeterminación, respeto a la intimidad y privacidad o atención libre de sujeciones).

5 Aportaciones del Trabajo Social para la reconfiguración del sistema de cuidados

El surgimiento de nuevas líneas políticas en materia de cuidados y su posicionamiento en el centro de las prioridades sociales, supone tanto una oportunidad como un importante desafío para los profesionales del Trabajo Social, por ser agentes que cuidan en el plano social, atienden las necesidades y promueven los derechos de las personas, a la vez que garantizan que los servicios de atención estén orientados a la promoción de su bienestar y calidad de vida (Arroyo-Rueda & Santos, 2022).

La implementación de estrategias como la mejora de la accesibilidad y la calidad de los cuidados, la Atención Centrada en la Persona y los cuidados integrales e integrados, puede enriquecer –y muy probablemente modificar– el perfil profesional, desarrollando sus funciones y roles y profundizando en la reflexión sobre la propia práctica del Trabajo Social (Ballesteros et al., 2013). Los cambios impulsados ofrecen una oportunidad para desarrollar el papel de los profesionales del Trabajo Social en el SAAD, con nuevas competencias y funciones, así como para homogeneizar su desempeño en el territorio nacional.

Reforzar los procesos de evaluación e investigación para una práctica basada en la evidencia podrá visibilizar y soslayar algunas de las circunstancias que limitan el desarrollo efectivo del derecho subjetivo a los cuidados y, por ende, contribuir a la materialización del nuevo modelo diseñado. En este sentido, los trabajadores sociales podrán contribuir a garantizar el acceso libre de discriminación a los cuidados y a mejorar la accesibilidad a los servicios en los diferentes entornos de vida, especialmente en el medio rural. Del mismo modo, serán agentes clave en la superación de las incertidumbres que coexisten con el SAAD –listas de espera, burocratización, interrupción de las atenciones (Ramírez-Navarro et al., 2022)–, proporcionando información detallada y completa sobre servicios y prestaciones, apoyando en el desarrollo de trámites administrativos y en su simplificación, o contribuyendo a la implementación de medidas para la agilizar los procesos. El Trabajo Social también está llamado a ser parte en el desarrollo real del modelo de Atención Centrada en la Persona (Rodríguez, 2022), ya que su aplicación no sólo requiere de una capacitación específica, sino que está impregnada por una serie de valores –personalización, dignidad, vida independiente, empoderamiento o autodeterminación– que son propios de la disciplina.

Finalmente, el análisis realizado evidencia la centralidad de la dimensión comunitaria en las estrategias de reconfiguración del modelo de cuidados. La intervención comunitaria, implícita en el perfil profesional del Trabajo Social, contribuye a fortalecer los vínculos y la organización social para que la propia colectividad sea protagonista de la mejora en su calidad de vida (Pastor-Seller, 2021). Estrechamente vinculada a la dimensión comunitaria de los cuidados, la promoción de la desinstitucionalización exige facilitar la permanencia en el hogar el tiempo deseable y posible de las personas con necesidades de atención. Para alcanzar este objetivo, la

valoración y el diagnóstico de las situaciones por parte de los trabajadores sociales, desarrolladas a través de intervenciones características de la profesión como la visita domiciliaria, así como la planificación y seguimiento de los cuidados de proximidad a través de los Servicios Sociales Básicos, son irrenunciables para garantizar la adecuación entre las atenciones y las necesidades reales de las personas.

6 Conclusiones

El análisis realizado ha permitido responder los interrogantes que orientan el estudio. Por una parte, se han identificado las principales tendencias vinculadas con las estrategias para la reconfiguración del modelo de cuidados de larga duración en la Unión Europea y en España, entre las que destacan la promoción de la accesibilidad universal a los cuidados y la mejora de su calidad, así como la Atención Centrada en la Persona y los cuidados integrales e integrados.

Este proceso de reconfiguración implica, a su vez, una serie de retos y oportunidades para los sistemas y las disciplinas profesionales que intervienen en el ámbito de los cuidados. Entre ellas, el Trabajo Social se encuentra en una posición clave para contribuir a la consecución de los objetivos estratégicos, especialmente cuando se trata de mejorar la accesibilidad, la integralidad, la personalización y la dimensión comunitaria de los cuidados. Asimismo, la adaptación a las nuevas tendencias programáticas supondrá un enriquecimiento del perfil profesional del Trabajo Social y, presumiblemente, un desarrollo de sus competencias y funciones.

Referencias bibliográficas

- Arroyo-Rueda, M. C., y Santos, P. V. (2023). Trabajo social y cuidados en la vejez: un tema emergente para la intervención profesional. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (24), 59–73. <https://doi.org/10.5944/comunitania.24.4>
- Ballesteros, A., Viscarret, J.J. y Úriz, M.J. (2013). Funciones profesionales de los trabajadores sociales en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(1): 127–138. https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n1.41664
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Consejo Territorial de Servicios Sociales y para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2021, enero). *Acuerdo para la puesta en marcha del Plan de Choque en Dependencia 2021-2023*. <https://mayoresudp.org/wp-content/uploads/2021/01/plan-dependencia>
- European Commission. (2022, septiembre). *Communication from The Commission to The European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and The Committee of the Regions, on the European Care Strategy*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021DC0550>
- Fantova, F. (2023, enero). *¿Puede la estrategia de transformación del modelo de cuidados de larga duración ser una política pública de los servicios sociales?* <https://fantova.net/?m=202301>
- Gobierno de España. (2021, junio). *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Componente 22: Plan de Choque para la Economía de los Cuidados y Refuerzo de las Políticas de Igualdad e Inclusión*. <https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/16062021-Componente22>
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2022, junio). *Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)*. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/AcuerdoSAAD>
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2022, octubre). *Hoja de ruta de la Estrategia Estatal de Cuidados*. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/docs/estrategia-estatal-de-cuidados-v8>

- Pastor-Seller, E. (2021). Compromisos, dilemas y desafíos del Trabajo Social con dimensión colectiva en tiempos de pandemia. PROSPECTIVA. *Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (32), 1–14.
<https://doi.org/10.25100/prts.v0i32.11397>
- Ramírez-Navarro, J.M., Revilla-Castro, A., Fuentes-Jiménez, M., Sanz-Yagüez, D., Cavero-Cano, G. (2022). *XXII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España. <https://directoressociales.com/xxii-dictamen-del-observatorio-de-la-dependencia/>
- Rodríguez, P. (Coord). (2022). *El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores*. Fundación Pilares. <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/papeles-no8-el-modelo-aicp-y-sus-beneficios-en-residencias-de-personas-mayores/>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Desigualdades en la atención domiciliaria de las personas mayores en situación de dependencia funcional en la ciudad de Barcelona

Albert Julià, Universidad de Barcelona (albert.julia.cano@ub.edu)

Marga Marí-Klose, Universidad de Barcelona (mmariklose@ub.edu)

Sandra Escapa, Universidad de Barcelona (sandraescapa@ub.edu)

Pedro Gallo, Universidad de Barcelona (pgallodep@ub.edu)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Las personas con edades avanzadas y en situación de dependencia funcional (SDF) representan una proporción cada vez más amplia de la población. En este contexto presentamos los resultados de la encuesta piloto “Encuesta de Personas en Situación de Dependencia Funcional en Barcelona” (EPSD2018) con el objetivo de analizar las diferentes estrategias de cuidado que utilizan las personas en SDF que no viven en residencias, así como las desigualdades existentes entre los diferentes perfiles. Asimismo, presentamos el proyecto DEPCURA-BCN desarrollado en 2023 que analiza en mayor profundidad cuáles son las condiciones de vida y las características de las personas en SDF en la ciudad de Barcelona mediante la primera muestra representativa de personas de edad avanzada en SDF que no viven en residencias (resultados previstos para finales de 2023). Los resultados de la EPSD2018 muestran ciertas desigualdades según características individuales de la persona dependiente (grado de dependencia, sexo y edad), características de las personas cuidadoras (ampliamente feminizado), características del hogar (formas de convivencia y niveles de ingresos), así como territoriales (según nivel de renta media de los hogares del barrio).

Palabras clave

Dependencia, edad avanzada, desigualdades, cuidados, envejecimiento

1 Introducción

La situación de dependencia se fundamenta en las actividades que la persona no puede realizar o realiza con dificultad y que, por lo tanto, requiere de algún tipo de ayuda (Roger, 2010). La situación en la que una persona se encuentra limitada puede darse en diversas dimensiones (psicológica, social o física) de las que precisa de la ayuda de una tercera persona para el normal desenvolvimiento en múltiples actividades de la vida diaria (Gázquez et al., 2007). La dependencia por razones de salud afecta mayoritariamente a las personas mayores, por lo que el envejecimiento de la población es uno de los factores más relevantes para determinar las necesidades de cuidados de una población. La probabilidad de que una persona se convierta en dependiente funcional aumenta a medida que se incrementa su edad. Según la estimación llevada a cabo por Cabrero y Cordoniu (2002), el 90% del volumen de recursos sanitarios y sociales consumidos se suele concentrar en los últimos siete u ocho años de vida de quien sufre algún proceso de dependencia funcional.

Las personas que están en SDF no son un conglomerado homogéneo. Más allá de la asociación que existe entre la edad y estar o no en situación de dependencia funcional, los perfiles socioeconómicos y demográficos de los dependientes funcionales son diversos, así como los de sus familias o convivientes. Estas características pueden afectar a las formas de cuidado (familiares, personas remuneradas formal/informal, servicios públicos,

etc.) que reciben las personas dependientes funcionales. Que se dé una u otra opción de cuidado –o varias simultáneamente– puede variar según diferentes factores. Puede variar según las características de las personas dependientes, como el tipo de dependencia, la edad (Gázquez et al., 2011), el sexo o la etnia (Adams et al., 2002). También por las características de las formas de convivencia, las estructuras familiares o la red de apoyo familiar o social, así como los recursos que puedan disponer las familias para este objetivo.

Las formas de cuidado pueden venir condicionadas a su vez por las orientaciones personales que se construyen a partir de los procesos de socialización, las posibilidades que ofrece el sistema de cuidados formal (público o privado) y el nivel de acceso que tienen las familias a estos servicios. Los Estados de Bienestar del sur de Europa se caracterizan por su elevada orientación “familista” hacia las responsabilidades de cuidado de las personas. A pesar de las orientaciones que tengan las personas, las evidencias muestran que los recursos que disponen las personas dependientes para ser atendidas, tanto económicos como humanos, son fundamentales para entender las formas de cuidado. Algunos estudios señalan que según el nivel económico de los hogares los dependientes pueden tener mayor o menor probabilidad de ser cuidados por personal externo a la familia (Ayuso et al., 2010). Otros señalan que según la red familiar o de personas cercanas que tenga un dependiente, este se verá atendido o no por familiares o por personas cercanas (vecinos, amigos, etc.).

Para poder comprender de forma más precisa la situación de las personas dependientes funcionales de Barcelona y los factores asociados que llevan a utilizar una u otra estrategia de cuidados se han realizado dos encuestas en los últimos años. En primer lugar, la *Encuesta de Personas en Situación de Dependencia Funcional* (ESPD) durante el año 2018, y en segundo lugar la Encuesta DEPCURA-BCN en 2023. La primera encuesta supone el piloto de la encuesta con una muestra de 530 individuos de 55 o más años en SDF de barrios con rentas altas y rentas bajas de Barcelona, y la segunda encuesta es una muestra representativa de 1.600 individuos en SDF de 65 o más años de la ciudad de Barcelona realizada entre septiembre y noviembre de 2023. En esta comunicación presentamos los principales resultados de la encuesta ESPD2018. Los datos de la ESPD2018 muestran relevantes desigualdades en la situación de las personas en SDF y sus estrategias de cuidado. Estos resultados sirven como referencia de las evidencias que se contrastarán con los resultados del proyecto DEPCURA-BCN¹ una vez finalice el trabajo de campo.

2 Metodología

La ESPD2018 de Barcelona es una encuesta dirigida a personas en situación de dependencia reconocida. Estos pueden ser usuarios del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) que ofrece el municipio de Barcelona y/o personas que perciben una prestación económica en vez del servicio (reconocida según la ley 39/2006). Tanto la prestación económica como el SAD no tienen establecidos ninguna diferenciación por motivos económicos. Es decir, la situación financiera de los dependientes no determina la cantidad ni un copago del servicio. En cambio, sí que vendría determinado por el grado de dependencia concedida por la Administración Pública. La muestra inicial está compuesta por 613 individuos, representativos de los barrios con rentas bajas (seleccionados cuatro barrios con un nivel bajo de renta medio por hogar) y barrios de rentas altas (cinco barrios con los niveles de renta más elevados de la ciudad). La muestra de personas mayores (55 años y más) obtenida representa el 88,6% de la muestra inicial (n=543; 74,6% mujeres y 25,4% hombres). Con el conjunto

¹ El trabajo de campo de la encuesta del proyecto DEPCURA-BCN está previsto en octubre de 2023. Se trata de un proyecto concedido en la 2da edición de las Subvenciones Extraordinarias para la investigación y la innovación en colaboración con la Fundación “La Caixa” que otorga el Ayuntamiento de Barcelona. En este proyecto colaboran las Universidad de Barcelona, la Universidad Pompeu Fabra y la Fundación Salut i Envel·liment de la Universidad Autònoma de Barcelona.

de variables utilizadas en los diferentes análisis y modelos hay una pérdida de 13 casos, dejando una muestra final de 530 individuos de 55 años y más.

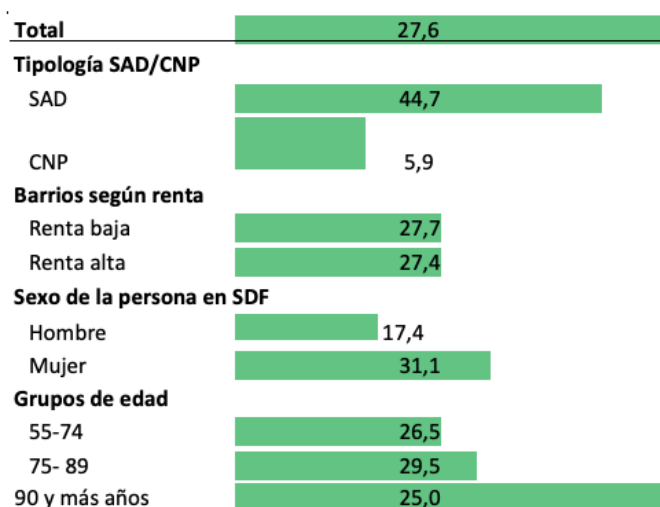
En esta comunicación se presentan análisis bivariados para mostrar las diferencias entre perfiles de personas en SDF, así como un modelo de regresión logística para calcular la probabilidad de que las personas sean usuarias del SAD según el tipo de barrio en el que residen (controlando por otras variables indicadas en el gráfico).

3 Resultados

Los datos de la ESPD2018 muestran de forma evidente que las personas que están en SDF tienen perfiles socioeconómicos, demográficos y niveles de dependencia diferentes, lo cual hace poco recomendable analizar esta población de forma agregada. Teniendo en cuenta estas diferencias en los perfiles se pueden ver algunas prevalencias claras. El perfil más frecuente de persona en SDF en Barcelona suele ser el de una mujer, de entre 75 y 89 años, que tiene niveles de dependencia entre el grado I y II.

Uno de los elementos más relevantes para entender las condiciones de vida de las personas de mayor edad, y en especial de las personas mayores en SDF, es la situación de convivencia en la que se encuentran. La red de apoyo y la cobertura de necesidades que pueden obtener las personas con algún grado de dependencia dependen en gran medida de convivir o no con otras personas, principalmente familiares². Las personas mayores en SDF suelen tener limitada su autonomía y necesitan en muchas ocasiones compañía para realizar las tareas cotidianas del día a día. De las personas de más de 55 años en SDF analizadas en Barcelona, más de una cuarta parte están viviendo solas. Las mujeres con SDF, debido a que tienen una esperanza de vida mayor que sus parejas masculinas, casi duplican el porcentaje que están viviendo solas en comparación con los hombres. Asimismo, los datos también muestran que existe una asociación más que evidente entre la situación de convivencia y si son usuarios de SAD o no. El 44,7% de las personas usuarias del SAD analizadas están viviendo solas.

Gráfico 11. Personas mayores en SDF que viven solas (%)



Fuente: elaboración propia a partir de EPSD2018.

CNP: Recibe la prestación para cuidador no profesional..

² El 68,2% de los SDF conviven con algún familiar. El perfil más frecuente suele ser del marido/mujer/pareja (31,3%) seguido de los que conviven con hijos o hijas (28,4%).

3.1 Estrategias de cuidados

Los datos muestran que los hombres mayores en SDF suelen tener en mayor medida apoyo de algún familiar (75,4%) que las mujeres (59%). Por el contrario, las mujeres suelen recibir en mayor porcentaje ayudas provenientes de los servicios municipales de servicios sociales. El perfil del cuidador principal depende en gran medida de la situación de convivencia y económica de las personas en SDF y sus familias. Para el 56,9% el principal perfil cuidador es un familiar, el 21,9% una persona remunerada (con contrato o sin contrato), y el 17,4% una persona del SAD proporcionada por el Ayuntamiento de Barcelona. Las personas que tienen como principal persona cuidadora un/a trabajador/a del SAD son básicamente personas que viven solas y tienen una red familiar baja o nula. El grado de dependencia tiene una asociación substancial con el tipo de apoyo que recibe la persona en SDF. Los datos muestran que las personas con mayor grado de dependencia suelen recibir en mayor proporción apoyo de familiares.

Tabla 10. Tipología de cuidados que reciben las personas en SDF según sus características (%)

| | Sexo persona en SDF | | | | | Grado dep. | | |
|--|---------------------|--------|-------|------|------|------------|------|------|
| | Total | Hombre | Mujer | SAD | CNP | I | II | III |
| Familiar | 63,2 | 75,4 | 59,0 | 47,0 | 83,7 | 59,8 | 75,0 | 75,4 |
| Personal Ayunt Servicios Sociales | 48,8 | 42,0 | 51,1 | 86,2 | 1,3 | 54,6 | 36,1 | 21,5 |
| Persona contratada (con la prestación de la Ley Dep.) | 8,3 | 5,8 | 9,1 | 2,0 | 16,3 | 5,2 | 12,2 | 16,9 |
| Persona contratada (sin la prestación de la Ley Dep.) | 7,9 | 9,4 | 7,4 | 9,2 | 6,3 | 5,2 | 8,9 | 15,4 |
| Cuidador remunerado informal | 19,0 | 19,6 | 18,8 | 15,1 | 23,8 | 19,7 | 17,2 | 30,8 |
| Cuidador de una empresa privada de servicios o sanitarios | 6,6 | 3,6 | 7,7 | 7,6 | 5,4 | 6,1 | 7,8 | 7,7 |
| Voluntarios tercer sector (Cáritas, Amics de la gent gran, | 1,1 | 1,4 | 1,0 | 1,0 | 1,3 | 0,4 | 1,7 | 1,5 |
| Amigo/a Vecino/a (no remunerado) | 9,4 | 11,6 | 8,6 | 7,6 | 11,7 | 7,0 | 13,9 | 9,2 |
| Otros | 1,7 | 2,9 | 1,2 | 1,3 | 2,1 | 1,7 | 1,1 | 3,1 |
| Ninguna ayuda | 2,4 | 2,2 | 2,5 | 3,0 | 1,7 | 3,9 | 0,6 | 1,5 |

| | Ingresos hogar (cuartiles) | | | | Convivencia | | | |
|--|----------------------------|------|------|------|-------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| | I | II | III | IV | Vive solo/a | Con otras personas | Barrios rentas bajas | Barrios rentas altas |
| Familiar | 54,3 | 53,2 | 66,2 | 80,5 | 10 | 83,5 | 65,3 | 59,1 |
| Personal Ayunt Servicios Sociales | 60,6 | 57,6 | 49,3 | 28,9 | 76,7 | 38,2 | 52,7 | 41,4 |
| Persona contratada (con la prestación de la Ley Dep.) | 5,5 | 2,2 | 8,8 | 17,2 | 2,7 | 10,4 | 7,6 | 9,7 |
| Persona contratada (sin la Prestación de la Ley Dep.) | 8,7 | 8,6 | 8,1 | 7 | 8,7 | 7,6 | 9 | 5,9 |
| Cuidador remunerado informal | 13,4 | 13,7 | 19,1 | 28,9 | 14 | 20,9 | 14,6 | 27,4 |
| Cuidador de una empresa privada de servicios o sanitarios | 5,5 | 4,3 | 4,4 | 11,7 | 5,3 | 7,1 | 1,4 | 16,7 |
| Voluntarios tercer sector (Cáritas, Amics de la gent gran, | 0 | 0,7 | 2,2 | 1,6 | 0,7 | 1,3 | 0,6 | 2,2 |
| Amigo/a Vecino/a (no remunerado) | 9,4 | 13,7 | 8,1 | 6,3 | 6,7 | 10,4 | 11,5 | 5,4 |
| Otros | 3,1 | 0,7 | 0 | 3,1 | 1,3 | 1,8 | 2 | 1,1 |
| Ninguna ayuda | 2,4 | 4,3 | 2,9 | 0,0 | 6,0 | 1,0 | 2,2 | 2,7 |

Nota: las columnas suman más de 100% debido a que las personas pueden recibir más de un tipo de apoyo de perfiles diferentes.

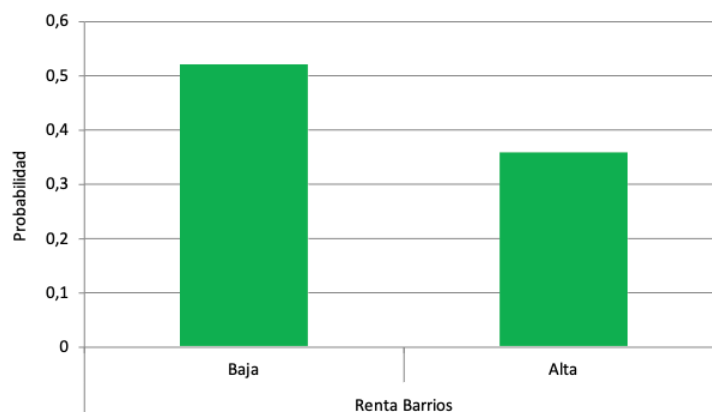
Fuente: elaboración propia a partir de EPSD2018.

Los ingresos del hogar repercuten en gran medida en el acceso a las diferentes opciones de cuidados, ya que suponen la posibilidad o no de acceder al mercado informal o formal de cuidados. Los datos de la EPSD2018 confirman esta hipótesis. Las personas en SDF que viven en hogares con mayores ingresos tienen en mayor proporción un cuidador remunerado de manera informal (28,9% en el caso de los situados en el cuartil IV) y de manera formal (39,5%) que los que tienen menores ingresos (para el cuartil I de ingresos serían el 13,4% de manera informal y el 19,7% de manera formal).

Las diferencias de perfiles de los ciudadanos en los diferentes barrios pueden afectar a su capital social, redes de apoyo y comportamientos hacia el uso de servicios sociales. Algunos indicios muestran que el uso o no de algunos servicios sociales por parte de las personas potencialmente beneficiarias puede tener alguna explicación según el barrio o vecindario al que pertenecen. Personas con perfiles socioeconómicos parecidos pueden hacer un uso diferenciado de algunos servicios públicos debido al posible nivel de estigma que esté asociado en cada territorio. Por ejemplo, según los datos que ofrece el Ayuntamiento de Barcelona, se produce una correlación negativa entre el nivel de renta familiar media de cada barrio y el grado de cobertura de la población identificada como vulnerable tanto en la solicitud de la ayuda para una prestación económica para hijos menores de 16 años a cargo (Blasco y Todeschini, 2019), como también en el número de expedientes abiertos en los servicios sociales por temas relacionados con la cobertura de las necesidades básicas (según datos de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona). Es decir, existen indicios que muestran que en los barrios con rentas más altas las personas vulnerables económicamente suelen demandar menos los servicios y ayudas públicas municipales que las personas del mismo perfil residentes en barrios con rentas más bajas.

Siguiendo esta premisa, podemos observar en el siguiente gráfico que las personas mayores en SDF que residen en barrios de mayor renta tienen una menor probabilidad de utilizar los servicios públicos de atención domiciliar que ofrece el Ayuntamiento de Barcelona³, con independencia del nivel de ingresos de los hogares con personas en SDF. Concretamente, las personas mayores en SDF residentes en barrios de rentas altas de Barcelona tienen un 32% menos de probabilidad de ser usuarios del SAD que los residentes de zonas en que predominan las rentas bajas.

Gráfico 2. Probabilidad de ser usuario del SAD según tipo de barrio reside



Fuente: Elaboración propia a partir de EPSD2018.

³ Los resultados de probabilidades se basan en modelos de regresión logística controlando por otras variables: los ingresos del hogar, formas de convivencia, el grado de dependencia, el sexo y la edad de las personas en SDF. Los resultados son estadísticamente significativos ($p < 0,01$).

3.2 Cobertura de necesidades

Los datos también muestran que hay diferencias substanciales sobre la atención de cuidados que reciben los diferentes perfiles de personas en SDF. Las personas pertenecientes al cuartil IV de ingresos reciben una media de 14,7 horas de cuidados de una persona familiar y 6,8 de una persona remunerada (en ocasiones comparten el mismo tiempo). En cambio, las personas de cuartil I de ingresos del hogar reciben 9,1 y 3,4 horas respectivamente. Respecto a estos perfiles no hay diferencias significativas en el tiempo medio de atención del SAD (suele ser bajo en todos los casos). En general, la diferencia de tiempo que reciben apoyo o ayudas de todos los perfiles de cuidadores juntos a lo largo de un día (teniendo en cuenta que hay momentos que más de un cuidador coincide temporalmente) es de 7 horas: las personas de cuartil I de ingreso reciben ayudas y atenciones 12,8 horas al día de media (53,1% del tiempo diario) y las personas de cuartil IV 19,8 horas (82,3% del tiempo diario).

Si analizamos los perfiles que consideran que no reciben suficiente ayuda para cubrir sus necesidades, observamos que las personas que viven solas serían las que en menor medida declaran tener totalmente cubiertas sus necesidades de cuidado (menos del 50%).

Gráfico 3. Grado en que considera que las ayudas que reciben de otras personas satisface las necesidades según características (%)

| | Totalmente | Parcialmente | No |
|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------|
| Total | 60,0 | 26,8 | 13,1 |
| Tipología SAD/CNP | | | |
| SAD | 50,3 | 32,9 | 16,8 |
| CNP | 72,3 | 19,2 | 8,5 |
| Forma de convivencia | | | |
| Solo/a | 48,0 | 33,8 | 18,2 |
| Convive con alguien | 64,9 | 23,6 | 11,6 |
| Barrios según renta | | | |
| Rentas Bajas | 57,4 | 29,1 | 13,4 |
| Rentas Altas | 65,0 | 22,4 | 12,6 |
| Ingresos del hogar | | | |
| Cuartil I | 54,0 | 30,6 | 15,3 |
| Cuartil II | 59,3 | 27,4 | 13,3 |
| Cuartil III | 66,2 | 23,3 | 10,5 |
| Cuartil IV | 58,6 | 26,6 | 14,8 |
| Grado de Dependencia | | | |
| Grado I | 55,5 | 29,1 | 15,5 |
| Grado II | 65,4 | 22,9 | 11,7 |
| Grado III | 70,8 | 21,5 | 7,7 |

Fuente: Elaboración propia a partir de EPSD2018.

4 Conclusiones

La situación de la población dependiente actual y futura de Barcelona supone un reto ineludible si se quieren mantener ciertos estándares de calidad de vida de las personas mayores y sus familias. Como muestran los datos de la EPSD2018, una parte sustancial de esta población vive sola (generalmente mujeres) y con

una red baja o nula de apoyo social. En estos casos los servicios de atención domiciliaria (SAD) que proporciona el Ayuntamiento de Barcelona, aunque suelen ser de un tiempo reducido, acaban siendo primordiales para el bienestar de estas personas que suelen tener en menor medida cubiertas sus necesidades con el apoyo que reciben.

El apoyo familiar y las formas de convivencia son esenciales para entender el grado de cobertura de las necesidades y las estrategias de cuidado. Estas acaban siendo más determinantes que los propios recursos de los hogares. Si bien es cierto que en los hogares con mayores recursos hay una mayor prevalencia en tener personas cuidadoras remuneradas (mercado informal o formal), también es cierto que son los hogares que tienen una mayor prevalencia en tener cuidadores familiares. Los datos muestran que los hogares con personas en SDF con menos rentas tienen una mayor prevalencia en ser unipersonales, con lo que aumenta la probabilidad de que reciban menor atención de familiares.

Otro de los factores que nos muestra la EPSD2018 como determinantes para entender las estrategias de cuidado que tienen los diferentes perfiles de personas mayores en SDF es el territorio. Una vez más resulta pertinente analizar las grandes ciudades de forma desagregada debido a la concentración más o menos homogénea de ciertos perfiles socioeconómicos en áreas concretas. Las personas mayores en SDF que viven en barrios de rentas altas se ven menos atraídas al uso de servicios sociales municipales que las personas con los mismos perfiles socioeconómicos y de convivencia residentes en barrios de rentas bajas.

Referencias bibliográficas

- Adams, B., Aranda, M. P., Kemp, B., y Takagi, K. (2002). Ethnic and gender differences in distress among Anglo American, African American, Japanese American, and Mexican American spousal caregivers of persons with dementia. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(4), 279-301.
- Ayuso Gutiérrez, M., Rubio, R., y Escribano Sotos, F. (2010). Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Revista Española de Salud Pública*, 84(6), 789-798.
- Blasco J. y Todeschini F. (2019). *Avaluació del fons extraordinari per ajuts d'urgència social de l'ajuntament de Barcelona 2017 i 2018*. Ivalua.
- Cabrero, R. G., y Codorníu, M. J. (2002). *Modelos de atención sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia*. Imserso.
- Gázquez, et al. (2011) Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores. *Annals of Psychology* 27(3): 871-876.
- Rogero García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Más formadas, pero más precarias: la profesionalización del trabajo de cuidados en las residencias de mayores

Sandra López Fernández, Universidad de Castilla-La Mancha (Sandra.lfernandez@uclm.es)

Paloma Moré Corral, Universidade da Coruña (paloma.more@udc.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Palabras clave

Residencias de mayores, trabajadoras de atención directa, cuidados de larga duración, formación profesional

1 Introducción

Los cuidados institucionalizados constituyen un desafío y una necesidad esencial en el contexto de las proyecciones relacionadas con el envejecimiento demográfico. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2022, se estima que para el año 2050, una de cada seis personas a nivel mundial tendrá más de 65 años. Dentro de este envejecimiento poblacional se observa el llamado “envejecimiento de la población mayor”, es decir, de aquella que supera los 80 años. Actualmente, en España esta población se sitúa en torno al 6% (casi 3 millones de personas de las que más del 60% son mujeres), mientras que en 2010 era el 4,9%, con un incremento en diez años de más de medio millón de personas. Además, se prevé que España enfrentará en 2050 una de las tasas más altas de dependencia, con una relación de 77.5 personas mayores de 65 años por cada 100 personas en edad de trabajar, según la OMS en 2022. Este contexto de aumento de la longevidad se asocia a otros cambios en las pautas reproductivas y las modificaciones en las estructuras de los hogares y en la organización de las familias han propiciado cambios significativos en el modelo de sociedad (Informe Foessa, 2019). Entre estas transformaciones encontramos la llamada crisis de los cuidados (Pérez-Orozco, 2014) que está ocasionando grandes transformaciones, contradicciones y conflictos en la manera en que se organizan socialmente los cuidados de larga duración¹. En las últimas décadas, la institucionalización de las personas mayores dependientes en centros especializados que prestan cuidados de larga duración ha tenido un enorme auge en España.

A nivel general, el modelo español de la atención residencial se caracteriza por unos rasgos comunes: 1) desde los años 90 el sector se ha ido configurando a través de un “modelo mixto de bienestar” que implica que las administraciones públicas se encargan de la financiación mientras que se externaliza la gestión a entidades privadas (Montserrat, 2020); 2) el sector de las empresas vinculadas a la atención a la dependencia ha experimentado un importante crecimiento desde la implantación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD en adelante); 3) esta expansión se ha caracterizado por una fuerte concentración empresarial (Rico, 2021); y 4) se trata de un sector con un fuerte potencial de generación de empleo, precario y muy feminizado.

¹ Los cuidados de larga duración se suelen definir (por las instituciones internacionales, como la OCDE, Eurostat y la OMS) como un conjunto de servicios requeridos por personas con un grado reducido de capacidad funcional (ya sea física o cognitiva) y que, como consecuencia de ello, son dependientes de ayuda con las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria durante un período prolongado.

Sin embargo, a pesar de estos rasgos comunes el sector se caracteriza por ofrecer un panorama heterogéneo y diverso (Del Pino et al, 2020) donde existen grandes diferencias regionales en lo que respecta a las proporciones en la titularidad de los centros (pública o privada), la financiación de las plazas, las tasas de cobertura y ocupación, así como en lo que respecta a la localización (urbana y rural), el tamaño y las infraestructuras de los centros. Estas disparidades entre Comunidades Autónomas se pueden observar en los 3 territorios analizados. Si bien la OMS recomienda una proporción de 5 plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años como ideal para proporcionar una cobertura adecuada a sus necesidades, encontramos que Castilla-La Mancha, con aproximadamente 27.000 plazas (el 71,6% financiadas con fondos públicos) supera este estándar, mientras que al otro extremo se sitúa Galicia, con poco más de 21.000 plazas y un déficit de 14.072 plazas residenciales para alcanzarlo, mientras que la Comunidad de Madrid, se sitúa en la media de España (4,2 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años) con cerca de las 58.000 plazas y un déficit de 7.986 plazas para alcanzar ese objetivo.

Esta disparidad subraya la necesidad apremiante de implementar políticas y estrategias destinadas a mejorar la atención y el bienestar de los adultos mayores. En esta dirección se establece Resolución que establece, a nivel nacional y actualizada en 2022², los criterios comunes de acreditación y calidad para los centros y servicios de atención a personas mayores, independientemente de su ubicación geográfica. Esta normativa también especifica requisitos formativos mínimos para las Trabajadoras de Cuidados de Atención Directa (TCAD) en el sector de cuidados residenciales, como la obtención del Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria para Personas Dependientes en Instituciones Sociales, lo que marca el inicio de la profesionalización de los cuidados.

En sus etapas iniciales, la LAPAD planteó un desafío significativo a la estructura del estado de bienestar en España al establecer un sistema público de atención a personas dependientes y reconocer la necesidad de profesionalizar la prestación de cuidados (Moreno Colom et al., 2016). No obstante, también promovió la participación del sector no profesional al proporcionar apoyos económicos directos a cuidadores no profesionales, lo que, a su vez, contribuyó al crecimiento de la economía sumergida en este ámbito (Martínez Buján, 2011).

Como parte integral de esta legislación, se introdujo un requisito formativo esencial para las Trabajadoras de Cuidados de Atención Directa (TCAD) empleadas en el sector de los cuidados residenciales. La nueva regulación estableció un estándar mínimo de formación necesario para continuar trabajando en este campo, en particular, la obtención del Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria para Personas Dependientes en Instituciones Sociales. Este cambio normativo marcó el inicio de una iniciativa de profesionalización en el ámbito de la prestación de cuidados (Baughman y Smith, 2012).

Según Real Decreto 1379/2008, a partir de 2015, las trabajadoras de los centros residenciales debían contar con una titulación oficial³ relacionada con el desempeño de su puesto de trabajo, es decir, una formación profesional de Grado Medio como Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería, Técnico de Atención Sociosanitaria, o Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia. Para aquellas trabajadoras que no tuvieran esta Formación Profesional se proponía una vía alternativa a través de la obtención de un Certificado de Profesionalidad en “Atención Sociosanitaria de Personas Dependientes en instituciones sociales”. Estos certificados iban a ser exigibles por Ley a 31 de diciembre de 2015, pero los numerosos retrasos por parte de las administraciones en la acreditación y homologación de los centros encargados de

² Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. <https://www.boe.es/boe/dias/2022/08/11/pdfs/BOE-A-2022-13580.pdf>

³ <http://www.boe.es/boe/dias/2008/09/09/pdfs/A36676-36711.pdf> (Consultado el 7 de abril de 2015.)

impartir la formación de los certificados de profesionalidad; así como en la publicación de los procedimientos de evaluación, reconocimiento y acreditación de cualificaciones adquiridas a través de la experiencia laboral y de la formación no formal, motivaron que el plazo se ampliase hasta el 31 de diciembre de 2017 y, por tercera vez, a 31 de diciembre de 2022.

2 Metodología

La metodología utilizada en esta investigación ha sido cualitativa y consiste principalmente en entrevistas en profundidad y grupos de discusión. El trabajo de campo se ha repartido entre tres Comunidades Autónomas (Castilla-La Mancha, Galicia y la Comunidad de Madrid).

En Castilla-La Mancha la recogida de información se hizo en el contexto de la realización de una tesis doctoral y por tanto consta de un trabajo de campo muy extenso. En concreto se realizaron 15 grupos de discusión siguiendo la metodología propuesta por Krueger y Casey (2015), en los cuales participaron más de 80 TCAD empleadas en residencias de personas mayores. Además, se realizaron 27 entrevistas con informantes clave que abarcaban una diversidad de perfiles, incluyendo representantes de las trabajadoras, representantes de familiares de los residentes, figuras del sector público y miembros de los equipos interdisciplinarios.

En Galicia y Madrid el trabajo de campo ha sido más reducido y nos sirve para contrastar, corroborar o matizar los resultados obtenidos en el primer estudio señalado. En concreto, en Galicia se realizaron 8 entrevistas en profundidad con 5 TCAD en activo y con 3 representantes de las trabajadoras (CIGA, CCOO y TREGA). En el caso de Madrid se realizaron también 8 entrevistas, de las cuales 5 fueron con TCAD, 1 con una representante de las trabajadoras y 2 con representantes de organizaciones de familiares.

Las participantes en todas estas instancias fueron instadas a reflexionar sobre cuatro áreas temáticas clave, a saber: los certificados de profesionalidad, el sistema de implantación (como resultado de una obligación legislativa), los efectos sobre las condiciones laborales de las TCAD y los efectos sobre la calidad de los servicios proporcionados en los centros residenciales. Todo el material de campo fue grabado en audio y ha sido transcrito casi en su totalidad⁴. La metodología de análisis se basó en un enfoque temático de contenido, y se llevó a cabo utilizando el software Atlas.ti. El proceso de análisis se desarrolló de manera inductiva, siguiendo una metodología de comparación constante y revisión repetida de los datos, un enfoque que parte de lo particular para llegar a conclusiones más generales, en consonancia con el método propuesto por Miles y Huberman (1994).

3 Resultados

3.1 ¿Mejoras laborales tras la formación obligatoria?

Uno de los objetivos primordiales de la profesionalización era la mejora de las condiciones laborales de las Trabajadoras de Cuidados de Atención Directa (TCAD) en el sector de las residencias de mayores. No obstante, los resultados obtenidos revelan que esta mejora no se ha manifestado. A pesar de la capacitación requerida, las condiciones laborales de las TCAD no han experimentado mejoras sustanciales en términos de remuneración y jornadas de trabajo. Aunque las TCAD han adquirido competencias adicionales a través de su formación, esta mejora en sus habilidades no se ha traducido en un incremento proporcional de sus ingresos ni en una reducción significativa de sus extensas jornadas laborales. Este aspecto señala que, hasta la fecha, el

⁴ 4 Faltan aún algunas entrevistas de Galicia, que están en proceso.

proceso de profesionalización no ha logrado el impacto deseado en la compensación económica y en la calidad de sus labores.

Un indicio preocupante de esta situación es que los salarios de las TCAD han permanecido sin cambios desde 2019, y fue solo al inicio del presente año que se implementó un incremento del 6.5%. Sin embargo, los sindicatos han considerado esta subida como insuficiente y meramente simbólica, incluso en Galicia las trabajadoras llegaron a ir a huelga en 2022 y uno de los sindicatos principales (CIGA) nunca llegó a firmar la renovación del Convenio autonómico en 2023. En muchas ocasiones, las TCAD en el campo de la atención sociosanitaria se ven en la necesidad de obtener formación adicional para mantener sus empleos, pero lamentablemente, esto no se ha traducido en un aumento de sus ingresos ni en la mejora de sus condiciones de trabajo. Esto queda ilustrado por el testimonio de una participante que mencionó: "¿En sueldo y eso dices? No, no, nada ha cambiado. Mira, por ejemplo, ahora... (refiriéndose a la baja de una compañera que no ha sido cubierta) y así llevamos desde diciembre hasta hoy (julio 2022)". En otros casos, la obligatoriedad de obtener estos certificados ha expulsado del mercado a mujeres que habían entrado a trabajar en residencias desde el empleo informal, sin tener una formación previa en el sector: "mira, dile al que te está pidiendo los módulos que, si quiere que me dé la baja ya, que ya me puedo ir" (Madrid, 2021).

Asimismo, la falta de claridad en las funciones desempeñadas por las TCAD en sus lugares de trabajo también se ha convertido en un problema. Una de las participantes expresó de manera enfática: "He hecho cosas que a mí como auxiliar no me correspondían. He fregado, he hecho cama, he puesto insulina, heparina...". Esta ambigüedad en las tareas asignadas refuerza la percepción de precariedad en sus condiciones laborales. Además, se ven agraviadas porque se les exige una profesionalidad y unas responsabilidades que por ejemplo no tienen las trabajadoras de la limpieza de los centros, que cobran un sueldo similar: "Claro, ahora, a mí me compensa más ser limpiadora... Porque más de una dijo, que sin responsabilidad no se me va a caer nadie, no teño estos problemas de espalda nin psíquicos porque no teño que estar... No comedor de psiquiatría" (Galicia, 2023).

La precariedad laboral se hace aún más evidente cuando las propias entrevistadas comparan sus condiciones con las de otras profesionales que ocupan puestos similares en el sector público. La disparidad salarial y de carga de trabajo entre ambos sectores es motivo de preocupación. Las TCAD son conscientes de que sus compañeras que trabajan en el sector público disfrutan de condiciones laborales significativamente mejores y salarios más elevados. Esto se traduce en una brecha salarial que afecta a las TCAD que no pueden acceder a una formación técnica en Atención a Personas en Situación de Dependencia, que les permitiría acceder a puestos mejor remunerados en el sector público.

3.2 Competencias autonómicas: hacia una profesionalización desigual que estructura desigualdades

El proceso de profesionalización no ha sido homogéneo en los diferentes territorios estudiados. Mientras que, en algunas regiones, como Castilla-La Mancha y en Galicia, se han adoptado plenamente las medidas de profesionalización, en otros escenarios territoriales como la Comunidad de Madrid su implementación ha sido lenta y tortuosa, con grandes dificultades para cumplir los plazos.

Esta disparidad territorial sugiere la necesidad de una mayor coordinación y supervisión a nivel nacional para garantizar una aplicación uniforme de las políticas de profesionalización. Ocurre también que las residencias de gestión privada enriquecen sus plantillas con las TCAD que disponen de la formación obligatoria en las regiones colindantes: véase el caso de Madrid y las trabajadoras de atención socioas sanitaria que trabajan en las residencias madrileñas colindantes.

3.3 Identidad de los cuidados institucionalizados: la construcción de un imaginario profesional

A pesar de los esfuerzos de profesionalización, la identidad laboral de las Trabajadoras de Cuidados de Atención Directa (TCAD) y su estatus en el sector de las residencias de mayores no han experimentado una transformación significativa. Permanece una notable ambigüedad en las funciones laborales y la percepción de que su labor continúa siendo subestimada en comparación con el ámbito público. Esto subraya la falta de un cambio sustancial en la identidad profesional y el estatus laboral de las TCAD dentro del contexto de la atención a personas mayores.

Se ha evidenciado un agravio comparativo, resaltando directamente la "cualificación real", es decir, la aplicación efectiva de los conocimientos adquiridos por las trabajadoras. Informantes con una mayor experiencia en el sector han identificado diferencias en la forma en que las profesionales certificadas emplean sus conocimientos, a veces con inseguridad, mientras que aquellas TCAD que han continuado su formación y han obtenido un nivel educativo superior lo hacen con mayor confianza. Por ejemplo, se observa que las TCAD con certificados a menudo se perciben como teniendo una base de conocimientos limitada y llegan al entorno laboral con una percepción de falta de experiencia. En contraste, aquellas con una formación más avanzada, como la Formación Profesional, demuestran un mayor dominio de habilidades técnicas, como las movilizaciones, y tienen una capacidad más sólida para identificar y comprender diagnósticos y síntomas relevantes en la atención a personas mayores.

Es importante concluir resaltando la existencia de un continuo de diferenciación entre los profesionales de atención directa que ocupan roles similares, pero han accedido a ellos mediante diferentes trayectorias educativas y formativas. Este "agravio comparativo" también se manifiesta en la evaluación de conocimientos, habilidades, competencias sociales y psicológicas por parte de los perfiles técnicos, como enfermeras y psicólogas, quienes identifican notables disparidades, tanto en aspectos técnicos como en la calidad del trato a las personas mayores.

4 Conclusiones y reflexiones finales

Hasta este punto, hemos explorado en detalle el proceso de profesionalización de las Trabajadoras de Cuidados de Atención Directa (TCAD) en el contexto de las residencias de personas mayores en diferentes regiones de España. Este análisis ha arrojado una serie de conclusiones significativas que destacan tanto los avances como las limitaciones de este proceso. A continuación, se presentan las conclusiones generales extendidas basadas en la investigación:

1. **Mejoras Laborales Insuficientes:** A pesar de la introducción de requisitos de formación y acreditación para las TCAD, las mejoras en sus condiciones laborales han sido limitadas. Los salarios y las jornadas de trabajo no han experimentado cambios significativos, lo que refleja una falta de reconocimiento y valoración de su trabajo en comparación con el sector público.
2. **Desigualdades en la Profesionalización:** La profesionalización de las TCAD no ha sido homogénea en las diferentes regiones estudiadas. Las disparidades geográficas y sociodemográficas han influido en la accesibilidad a la formación y, por lo tanto, en la capacidad de las trabajadoras para mejorar sus competencias y condiciones laborales.
3. **Persistencia de la Precariedad Laboral:** La investigación revela la persistencia de la precariedad laboral entre las TCAD, a pesar de los esfuerzos de profesionalización. Aquellas que no pueden acceder a una formación más avanzada siguen atrapadas en empleos con salarios bajos y condiciones laborales desafiantes.

4. Impacto en la Identidad Laboral: La identidad laboral de las TCAD no ha experimentado un cambio sustancial. La ambigüedad en las funciones laborales y la percepción de subvaloración persisten, lo que sugiere que la profesionalización no ha logrado alterar la percepción de su trabajo ni su estatus en el sector de atención a personas mayores.
5. Comparaciones con Profesionales Técnicos: Se ha destacado un "agravio comparativo" entre las TCAD y los profesionales técnicos, como enfermeras y psicólogos, que evalúan las capacidades de las trabajadoras. Las diferencias en términos de conocimientos y habilidades técnicas se han vuelto evidentes, lo que sugiere una brecha en la calidad de la atención proporcionada.

En resumen, a pesar de los esfuerzos por profesionalizar a las TCAD en el sector de las residencias de personas mayores en España, esta investigación revela que las mejoras laborales y la transformación de la identidad laboral no han sido tan significativas como se esperaba. Las desigualdades geográficas y sociodemográficas, así como la persistente precariedad laboral, han contribuido a esta situación. Para lograr una profesionalización efectiva y mejorar las condiciones laborales de las TCAD, será necesario abordar estas limitaciones y desafíos de manera integral.

Referencias bibliográficas

- Adams, W. C. (2015). Conducting Semi-Structured Interviews. In *Handbook of Practical Program Evaluation* (pp. 492–505). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781119171386.ch19>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9, 3–26. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Del Pino, E., Moreno-Fuentes, F.J., Cruz-Martínez, G., Hernández-Moreno, J. Moreno, L., Pereira-Puga, M., Perna, R. 2020. Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes. *Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC) Madrid*. <http://dx.doi.org/10.20350/digitalCSIC/12636>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook, 2nd ed. In *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook, 2nd ed.* Sage Publications, Inc.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). Focus Group Interviewing. In *Handbook of Practical Program Evaluation* (pp. 506–534). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781119171386.ch20>
- Jobs of Tomorrow: Social and Green Jobs for Building Inclusive and Sustainable Economies WHITE PAPER JANUARY 2023* In collaboration with Accenture Contents. (2023).
- Informe Foessa, 2019. *VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. <https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/sites/16/2019/05/Informe-FOESSA-2019-completo.pdf>
- Pérez-Orozco, A. 2014. *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Montserrat, J. 2020. La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19, *Zerbitzuan*, 73: 54-60.
- Rico, M. 2021. *¡Vergüenza! El escándalo de las residencias*. Madrid: Planeta.
- Martínez Buján, R., y Martínez Virto, L. (2015). La organización social de los cuidados de larga duración en un contexto de austeridad y precariedad. *Zerbitzuan*, 60, 5–7. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5346235.pdf>
- Pérez-Orozco, A. (2006) “Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico”, *Revista de Economía Crítica*, 5, 7–37
- Moreno Colom, S., Recio Cáceres, C., Borrás Catalá, V., y Torns Martín, T. (2016). Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde el discurso de las cuidadoras. *Papeles del CEIC*, 2016(1), 145-145. <https://doi.org/10.1387/PCEIC.15195>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Repensar la maternitat, el treball i les cures: un estudi de cas de dones joves feministes

Carme Vivancos Sánchez, Universitat de Barcelona (c.vivancos@ub.edu)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

Aquesta investigació es centra en la intersecció de la maternitat i el treball entre dones joves feministes i pretén explorar com el seu compromís material amb el mercat laboral i les seves perspectives sobre l'amor i la família influeixen en les seves aspiracions de convertir-se o no en mares-treballadores. Partint de la teoria feminista materialista i les teories socioconstruccionistes i a partir de la metodologia qualitativa i feminista, s'han realitzat dinou entrevistes a un grup divers de dones de Barcelona. Aquestes dones, d'entre vint i trenta anys, participen activament en assemblees i espais feministes, i comparteixen experiències de precarietat laboral. Els primers resultats de l'estudi revelen que les visions de les joves feministes sobre la maternitat, les relacions sexe-afectives i la família es situen entre les normes socials i les perspectives alternatives. S'evidencia la importància d'analitzar les posicions socials de les dones i el discurs actual entorn del feminisme per a comprendre millor si les conceptualitzacions de la maternitat pertorben el delicat equilibri entre les esferes productiva i reproductiva que requereix l'actual context capitalista neoliberal.

Paraules clau

Maternitat, treball, neoliberalisme, feminisme

1 Introducció

La formació econòmica neoliberal determina múltiples esferes i dimensions de les nostres societats. De fet, les nostres vides, el nostre comportament i els nostres sentiments s'expliquen per les nostres condicions materials en aquest món, que al seu torn determinen les nostres condicions en el mercat. En diferents cultures i èpoques, els éssers humans s'han enfrontat a un repte comú: com superar el sentiment d'alienació i forjar connexions amb els altres, transcendent les nostres vides individuals (Fromm, 1956). Això implica que l'amor i les interaccions humanes, inclosa la maternitat, estan influïts per un impuls innat de connexió (Bauman, 2003). Els nostres comportaments i la nostra comunicació, expressats a través dels nostres cossos, emocions i sentiments (Federici, 2012), estan estretament vinculats al context social i històric en el qual existim. L'amor maternal, com subratlla Badinter (1981), no és únicament un instint innat, sinó un comportament modelat per factors socials i històrics, que varia segons les èpoques i els costums. Així, la pròpia maternitat és una ideologia construïda a través de processos històrics (Hays, 1996).

En les últimes dècades, canvis transcendents com la major participació de la dona en el mercat laboral, la millora de l'accés a l'educació als països occidentals i la individualització de la vida han provocat importants transformacions en les dinàmiques familiars, les configuracions de les llars i la vivència de la maternitat. En l'Estat espanyol, encara que amb un lleuger retard respecte a altres països europeus, s'ha produït un considerable descens de les taxes de fecunditat (de 2,77 en 1975 a 1,19 en 2013), acompanyat d'un notable augment de l'edat mitjana de maternitat (de 25,25 anys en 1975 a 31,56 en 2021) (INE, 2021). A més, el nombre

de dones sense fills no ha deixat d'augmentar (Esteve, Devoldver i Diuenge, 2016). Aquests canvis socials proporcionen una justificació convincent per a l'enfocament del nostre estudi.

Aquest article presenta uns primers resultats d'una recerca destinada a comprendre com les dones joves naveguen per l'experiència de la maternitat. Explorem la seva relació material amb el mercat laboral, les seves percepcions de l'amor i les seves nocions de família com a variables crucials per a comprendre la construcció de les seves perspectives com a futures mares treballadores. La pregunta que travessa la investigació és la que es demana: quines són les (re)imaginacions entorn la maternitat i la família que estan duent a terme les dones joves feministes en societats occidentals? Per què i per què no es pot arribar a aquest ideal feminista en societats neoliberals?

Per a aprofundir en la construcció d'aquestes perspectives, adoptem la teoria materialista, concretament la teoria de la reproducció social. Aquest marc estructuralista ens permet comprendre el paper de l'entorn social en la reproducció de la força de treball i la influència de l'esfera productiva en la construcció de la identitat d'una mare. Així doncs, partim de la premissa que les nostres relacions materials amb el món són crucials per a comprendre les dinàmiques en joc. A més, les idees del constructivisme social aporten elements clau per a explicar com l'establiment del règim econòmic neoliberal, amb el seu èmfasi en l'individualisme, la competitivitat i el consumisme, ha modelat les nostres experiències i perspectives.

2 Metodologia

En el nostre estudi ens basem en metodologies qualitatives. Realitzem dinou entrevistes semiestructurades a dones blanques homo/hetero/bisexuals cisgènere i sense orientació sexual específica, residents a Barcelona, amb edats compreses entre els vint i els trenta anys, activistes en assemblees i/o espais feministes, sense fills, amb estudis superiors i que consideraven haver viscut o estar vivint situacions de precarietat laboral.

Al recórrer a la tècnica de les entrevistes, preteníem anar més enllà de les meres dades enteses com a informació "objectiva" i obtenir una visió més qualitativa, subjectiva i específica de les realitats implicades. El major abast d'aquest paradigma es deu al fet que ens permet "comprendre el significat que els agents atribueixen al seu propi comportament" (Ruiz Olabuénaga, 2007). Quant a l'estructura de les entrevistes, hem realitzat entrevistes directives, semiestructurades, que en les metodologies qualitatives resulten molt útils a l'hora d'aprofundir en les concepcions dels actors implicats en els fenòmens socials (Flic, 2004). Encara que les entrevistes semiestructurades tenen un conjunt de preguntes predeterminades amb objectius i propòsits definits, aquestes no constitueixen un guió inalterable i no exclouen la possibilitat que sorgeixin noves preguntes més enllà de les incloses en l'entrevista planificada (Valls, 1999; Babbie, 2000). Les entrevistes en profunditat no sols ens aporten informació basada en el declarat explícitament per les nostres entrevistades, sinó també en les seves postures subjectives (què destaquen, com ho expressen, etc.).

Les nostres dades han estat recollits mitjançant dinou entrevistes a dones que van participar en catorze assemblees/espais feministes de Barcelona i voltants. Aquests espais van ser: Assemblea feminista d'Habitatge Raval Rebel, Acció Ecofeminista, Cooperació, Corts enques Dissid ents, Maresme Feminista, Assemblea d'estudiants de la Universitat de Barcelona, Moviment Democràtic de Dons, Col·lectiu Feminista Antet-Belüm, Assemblea Feminista de Rubí, Comissió de Gènere-Grup Escolta de Catalunya, Akelarre l'Hospitalet, Espai Feminista de Sants, Grup d'Habitatge de les Corts, Sindicat d'Habitatge de l'Eixample Esquerra.

Aquest article es basa plenament en la metodologia feminista. Això significa, d'una banda, que investiguem la situació social en estudi amb absolut respecte per les participants i les seves narratives (Biglia, 2014). Així mateix, la nostra recerca es s'ha fonamentat en l'anàlisi interseccional, que simbolitza i materialitza la necessitat de superar la conceptualització d'un subjecte únic, universal i homogeni, a favor de tenir en compte

un subjecte plural, complex, "travessat" i, per tant, interseccional (Biglia, 2014). Al mateix temps, aquest enfocament interseccional centra la seva atenció en els privilegis i desigualtats que afecten els subjectes o grups objecte d'estudi. En aquest sentit, les entrevistades tenen trajectòries específiques que han tingut una empremta en els seus discursos i en les seves realitats i, per tant, en les seves identitats. Les realitats del grup de dones que estudiem són les de dones joves, cisgènere, blanques, amb estudis superiors i que viuen al Nord global. A més, són dones en situació precària o que han experimentat precarietat laboral o temporal. Per tant, és a partir de les pròpies narratives de les participants i de les interpretacions sorgides de la trobada de diferents subjectivitats (Biglia & Bonet, 2009) com pretenem ampliar la nostra comprensió del fenomen investigat, prestant especial atenció als perfils sociològics de les persones incloses en el nostre estudi.

El nostre treball de camp va tenir lloc en els mesos de novembre i desembre de 2022 i gener de 2023. Les entrevistes es van realitzar tant cara a cara com en línia, a conveniència de les entrevistades, i van durar aproximadament una hora i mitja. La selecció dels participants es va realitzar mitjançant un mostreig intencional de bola de neu, d'acord amb els següents criteris (i) les participants havien de definir-se com a feministes i participar activament en assemblees/espais feministes en l'actualitat; (ii) la selecció de les participants havia de ser representativa de la diversitat geogràfica (barris) de les assemblees/espais feministes; (iii) les participants havien de tenir entre 20 i 30 anys en el moment de realitzar les entrevistes; (iv) les participants havien d'estar vivint o haver viscut recentment una situació de precarietat laboral (salarial, horària o laboral); (v) les participants no havien de ser mares en el moment de realitzar les entrevistes.

Finalment, es van transcriure les entrevistes i es van analitzar segons el seu contingut temàtic mitjançant un enfocament mixt deductiu-inductiu. Els resultats es van codificar a partir de les quatre variables que figuren en la taula 1: (a) influències en relació amb la noció de maternitat; (b) desig i autopercepció en relació amb la maternitat; (c) mercat laboral/estat; (d) amor i sexe-afectivitat. Cadascuna d'aquestes variables es va dividir al seu torn en dues subvariables, a saber: per a la variable (a), família/imaginari; per a (b), tradicional/transformacional; per a (c), present/futur; i per a (d), tradicional/transformacional.laboral); (v) les participants no havien de ser mares en el moment de realitzar les entrevistes.

3 Resultats i conclusions

El nostre anàlisi de resultats ha tret a la llum sis qüestions: (a) el desig i el projecte de maternitat són presents entre les joves activistes que participen en el moviment feminista, però aquest desig encara no està sòlidament assentat i no es defineix com una necessitat absoluta per al desenvolupament de les seves vides; (b) la precarització de les joves, la incertesa laboral i la dificultat d'accés a l'habitatge són factors determinants en la seva decisió d'implementar un projecte maternal; (c) el seu model maternal predominant és un intensiu centrat en la provisió de cures als seus fills i filles i la despesa de temps i recursos en ells, amb un enfocament en la salut mental i la comunicació constant amb ells; (d) els seus projectes professionals perden centralitat en comparació amb les generacions anteriors, i prioritzen el desenvolupament de la seva vida personal, comunitària i política i donen major importància a una mena de maternitat lliure de tot sentiment de culpa; (e) presenten noves conceptualitzacions (derivades de la seva vinculació amb el moviment feminista) sobre els rols tradicionals de gènere en la parella, la configuració de parelles heteronormatives i monógamas, i les noves formes de maternitat en col·laboració amb altres dones, amics i la comunitat; (f) aquestes noves maneres de pensar no troben un lloc segur o precís per a desenvolupar-se, i la idea i el desig de maternitat en parella, les estructures patriarcals i la importància tradicional de la família nuclear.

Per tal de seguir amb la investigació, i davant dels resultats obtinguts, cal estudiar i entendre quines són les implicacions d'aquestes realitats per a la teoria feminista, així com preguntar-se si aquestes "utopies feministes" són o seran mai possibles en un entorn socioeconòmic post-capitalista. En qualsevol cas, cal

adoptar la perspectiva que té en compte l'estratificació social de les dones treballadores en funció de capitals diferents a l'econòmic, com l'educatiu, el social i el simbòlic així com explotar l'estudi del desenvolupament de la conflictivitat social i de les idees polítiques que comporta l'emergència i llarga trajectòria històrica del feminisme en l'Estat espanyol.

Referències bibliogràfiques

- Babbie, E. (2020). *Fundamentos de la investigación social*. Thompson Editores.
- Badinter, E. (1981). *Mother Love: Myth and Reality : Motherhood in Modern History*. New York: Macmillan.
- Biglia, B. & Bonet, J. (2009). La construcción de narrativas como método de investigación psico-social. Prácticas de escritura compartida. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 10, 1 (January): 1–25.
- Biglia, B. (2014). Avances, dilemas y retos de las epistemologías feministas en la investigación social. In *Otras formas de (re) conocer. Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista*, 21–44. UPV.
- Bauman, Z. (2003). *Liquid Love: On the Frailty of Human Bonds*. Polity Press.
- Esteve, A., Devolder, D. & Domingo, A. (2016). La infecundidad en España. *Revistes demogràfiques*. 1-4. https://ced.cat/PD/PerspectivesDemografiques001_ESP.pdf
- Federici, S. (2012). *Revolution at Point Zero: Housework, Reproduction, and Feminist Struggle*. PM Press.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata. Fromm, E. (1956). *El arte de amar*. Ediciones paidós.
- Hays, S. (1996). *The Cultural Contradictions of Motherhood*. New Haven: Yale University Press.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La incorporación de los hombres al trabajo de cuidados remunerado: retos y oportunidades

Vicent Borràs Català, Universitat Autònoma de Barcelona (Vicent.Borras@uab.cat)

Joan Rodríguez-Soler, Universitat Autònoma de Barcelona (Joan.Rodriguez.Soler@uab.cat)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La ponencia presenta los resultados de una investigación que tiene como objetivo indagar sobre la situación de los hombres que están ocupados en los sectores de cuidado con el objetivo de conocer cuál es su situación laboral en relación con las mujeres. Se trata de conocer las potencialidades y retos que representa la presencia de hombres en los cuidados remunerados, de cara a apuntar posibles líneas de actuación en el diseño de políticas que faciliten la incorporación de los hombres en dichos sectores. A partir de una primera aproximación cuantitativa, se ha realizado un diagnóstico respondiendo a las siguientes preguntas ¿Cuántos hombres trabajan en dichos sectores? ¿Dónde están? ¿Qué realizan? y ¿En qué condiciones laborales? En esta primera fase se han explotado los datos correspondientes a la EPA de los años 2018 y 2020. Seguidamente se ha realizado una exploración cualitativa para mostrar las potencialidades y retos que comporta su presencia en sectores tan feminizados. Concretamente aquellos vinculados al cuidado de la infancia, tanto los de entidad pública como privada. Los resultados obtenidos muestran su escasa o inexistente presencia. Cuando están ocupados en dichos sectores realizan actividades no vinculadas directamente con los cuidados o con la ejecución de los mismos. Y sus condiciones laborales son mejores que las de las mujeres. Los análisis cualitativos dan cuenta de la dificultad de la incorporación de los hombres en los trabajos de cuidado en edades tempranas, unos trabajos para los que han sido negados desde los procesos de socialización. Los pocos hombres que los realizan experimentan una sobreprotección y sobrevaloración por parte de las mujeres y las familias usuarias. Así mismo cabe destacar el potencial transformador que ha significado para aquellos hombres que realizan estos trabajos

Esta investigación ha sido financiada por la Direcció General de Cures, Organització del Temps i Equitat en els Treballs, del Departament d'Igualtat i Feminismes de la Generalitat de Catalunya.

Palabras clave

Masculinidades, trabajo de cuidados, ocupaciones de cuidados

1 Introducción

Tradicionalmente los trabajos vinculados a los cuidados han sido realizados por las mujeres. La mayor presencia y dedicación de las mujeres al trabajo remunerado ha comportado también un aumento en profesiones en las que eran minoritarias, como es el caso de la medicina, la arquitectura, etc. Estos cambios no han tenido su reverso en el caso de las ocupaciones en las que las mujeres han sido mayoritarias, como los vinculadas a los cuidados, ya sea de personas adultas dependientes como de criaturas. En dichas ocupaciones la presencia de los hombres ha sido minoritaria o residual. Si bien es cierto que, tal y como señalan Raffella Sarti y Francesca Scrinzi (2010), desde una perspectiva histórica e interseccional los hombres no han estado tradicionalmente ausentes en los trabajos domésticos y de cuidados, ni en Europa ni tampoco en otras regiones del mundo (Banerjee, 2004; Martínez y Lowrie, 2009). A pesar de ello, desde finales del siglo XIX en la

mayoría de los países europeos el servicio doméstico y, sobre todo, los cuidados han sido un trabajo exclusivamente femenino.

El interés por el estudio de los hombres que ocupan estos empleos ha sido escaso. Más abundantes han sido los estudios centrados en investigar los límites o las dificultades en la participación y dedicación de los hombres en las tareas domésticas no remuneradas en el hogar (Treas, 2008; Schneider 2011; Van der Lippe et al., 2018) y, sobre todo, los referidos al aumento en la implicación de los hombres en los cuidados de las criaturas, las llamadas nuevas paternidades (Elizalde-San Miguel et al., 2019; Fernandez-Lozano, 2019). También se ha dado un interés por el estudio de estos temas desde la perspectiva de las masculinidades. Las aproximaciones han sido múltiples. Encontramos las que muestran la dificultad que tienen los masculinos en realizar este tipo de trabajos (Merla, 2006) o las que muestran el aumento en el tiempo de cuidado de criaturas (Bianchi, 2000; Bianchi y Mattingly, 2003) y, ligado a estas, las que señalan la manera diferenciada de vivir los cuidados (Craig, 2006). También cabe destacar las que se centran en los procesos de construcción y deconstrucción de la masculinidad (Connell, 1987), para poder enfrentarse al ámbito de las emociones y los sentimientos, tan próximo a las tareas de cuidado (Seidler, 2006; Simpson, 2007; Elliott, 2016).

La incorporación de los hombres al trabajo de cuidados remunerado representa un reto social, dada la poca presencia que tienen en la actualidad en dichos sectores. Pero al mismo tiempo cabe ser precavidos respecto a la reproducción de las desigualdades existentes en el mercado laboral, que pueden acabar siendo reproducidas en un ámbito donde las mujeres ostentan la hegemonía. En este sentido la ponencia que se presenta se plantea dos líneas de hipótesis. La primera de ellas plantea el mantenimiento del privilegio masculino en los trabajos de cuidados. Es decir, aquellos que están empleados en estos sectores realizan actividades alejadas de los cuidados o se sitúan en el privilegio de la elección. La segunda se refiere al potencial transformador de estos trabajos remunerados, en donde los hombres que realizan cuidados lo hacen de manera diferenciada a las mujeres y necesariamente están abocados a un proceso de transformación personal.

2 Metodología

La estrategia metodológica seguida en la investigación que se presenta ha sido de carácter mixto. En una primera parte, se ha tratado de hacer un diagnóstico sobre cual es la situación de los hombres que están ocupados en los sectores de cuidado, con el objetivo de comprobar la primera de las hipótesis. Para ello se ha realizado una explotación de datos cuantitativos, concretamente los microdatos de la Encuesta de Población Activa del año 2020 para Catalunya. Siendo conscientes que en el año 2020 es el año de la pandemia Covid-19 y su incidencia en el mercado laboral, se toma como referente los datos de 2018.

A partir de los resultados de los análisis cuantitativos, se han fijado los criterios de selección de una muestra teórica para la segunda fase cualitativa. En esta fase se ha indagado sobre las potencialidades, los retos y las dificultades que comporta la incorporación de los hombres en los sectores de cuidados de la infancia. Para ello se han realizado 6 entrevistas en profundidad a los perfiles previamente diseñados en la muestra teórica, siguiendo dos dimensiones, el sector donde se trabaja y el nivel/cargo que se ocupa.

| | Servicios de tiempo libre | | Escuelas infantiles | Servicios de cuidado esporádico |
|----------------------------|--|--|---|--|
| Nivel institucional | Hombre, coordinador proyectos (Fundesplai) | Hombre, coordinador comedores (Fundesplai) | Mujer, responsable escuelas infantiles (IMEB) | Mujer responsable programa Concilia (Cooperativa INCOOP) |
| Nivel experiencial | | | Hombre, educador EMB Hombre, educador | Hombre, educador/cuidador |

Se ha realizado un análisis del discurso a partir de las transcripciones de las entrevistas.

3 Resultados y conclusiones

A partir de los análisis de los datos cuantitativos de la EPA 2020, con el objetivo de dar respuesta las preguntas: ¿Cuántos hombres trabajan actualmente en ocupaciones vinculadas a los cuidados? ¿Dónde están? ¿Qué actividades realizan? Y ¿en qué condiciones? La respuesta de las mismas se puede sintetizar en diez puntos.

1. Los hombres que trabajan en sectores dedicados al cuidado son muy minoritarios, representan el 0,5% del total de los ocupados, mientras que las mujeres son el 4,1%.
2. La mayor parte de los hombres que están en los sectores de cuidado no se dedican a los cuidados. La tercera parte de ellos participan en actividades que están lejos del cuidado o directamente desvinculadas de la misma, como son las labores de jardinería o las de mantenimiento de edificios. Otra tercera parte se dedican a actividades vinculadas a la gestión del cuidado y no a la ejecución del mismo. La otra tercera parte son empleados domésticos, muchos de ellos realizando actividades más vinculadas al trabajo doméstico que el de cuidado.
3. Los hombres que en el servicio doméstico cuidan son inmigrantes y con niveles de estudios altos. En cambio, los hombres autóctonos con estudios elevados están ocupados como psicólogos, trabajadores y educadores sociales u orientadores sociolaborales; o como integradores sociales, trabajadores de desarrollo comunitario y de apoyo a los servicios sociales.
4. Los hombres están más presentes en el tercer sector, 16 de cada 100. Aquí el cuidado es de niños en edades avanzadas y adolescentes. Son sectores vinculados al ocio. Los hombres participan más en los cuidados menos pesados, menos intensivos y, podríamos decir, donde la carga del mismo es más leve. Así, lo que ocurre en el ámbito privado se refleja en el trabajo remunerado.
5. Las mujeres, tanto en el sector privado como en el público, están en actividades más relacionadas con la ejecución del cuidado. Los hombres, ni en un sector ni en el otro, están en estas tareas, y cuando lo están, lo hacen de forma minoritaria.
6. Las peores condiciones laborales las tienen las mujeres, sobre todo las empleadas domésticas (temporalidad y tiempo parcial). Los hombres, cuando son empleados domésticos, tienen contratos indefinidos y se ubican en tareas más alejadas del cuidado.
7. Las jornadas estándar están más relacionadas con los hombres y las jornadas mínimas con las mujeres.
8. Los trabajos de fines de semana dependen del sector más que del género de la persona que lo realiza. Pero, al ser ellas mayoría en estos sectores, son las que trabajan más en fines de semana.

9. Las jornadas de tardes y noches son más frecuentes para las mujeres que para los hombres.

10. Existe una polarización de empleos entre hombres y mujeres, que comporta unas desiguales condiciones de trabajo. Los hombres tienen mejores condiciones porque se dedican a tareas no vinculadas al cuidado o porque, cuando están vinculadas al cuidado, lo están en la gestión del mismo.

Esta primera parte de los resultados muestra claramente el privilegio que disfrutan los hombres que trabajan en estos sectores, en relación con las mujeres.

La segunda parte de la investigación trata de averiguar las dificultades, oportunidades y riesgos que comporta la incorporación de los hombres en el sector de cuidados de la infancia. A partir de los discursos de los trabajadores masculinos, así como de los y las responsables de estos, se presentan los siguientes resultados:

1. Dos discursos masculinos diferenciados respecto al cuidado. Los hombres que trabajan en el tercer sector consideran que su trabajo tiene más que ver con aspectos educativos, de formación y de ocio, y no tanto con el cuidado considerado como asistencial. Los hombres que trabajan en escuelas infantiles reivindican las tareas de cuidado como un acompañamiento a la satisfacción de las necesidades básicas, siendo un rasgo distintivo y fundamental de su trabajo.

2. Se puede dar una confusión o simplificación por parte de algunos masculinos, al considerar el cuidado desde un punto de vista más lúdico y de ocio, sin tener en cuenta la complejidad de este, que requiere de capacidades y aptitudes (empatía, sensibilidad, acercamiento al otro, etc.). La ausencia de discurso sobre la tarea realizada es una buena muestra de la carencia de los hombres, que tienen dificultades, frente al discurso de aquellos que no manifiestan estas dificultades.

3. El mundo de los “esplais” (asociaciones de tiempo libre), los casales (entidades recreativas y/o culturales), vinculados a la monitorización de actividades de ocio y tiempo libre, son entornos que acercan a los jóvenes masculinos a la infancia, y donde masculinidades que difieren de los modelos más tradicionales tienen cabida. Son entornos que propician y favorecen el interés en la formación y el posterior empleo en sectores vinculados al cuidado.

4. El acercamiento al cuidado en términos vivenciales, ya sea por haber vivido experiencias de cuidado o por tener modelos de otros hombres cuidadores cercanos, facilita el descubrimiento de estas tareas como posibilidad para los masculinos.

5. La formación y las prácticas son necesarias, pero no suficientes. Se debe realizar un proceso de cambio que va más allá de la adquisición de conocimientos.

6. Trabajar en sectores muy feminizados puede acarrear para los hombres una sobreprotección y ocultación de sus carencias y una sobrevaloración de sus aptitudes y capacidades.

7. Conformar equipos mixtos enriquece las percepciones y prácticas sobre el cuidado, facilitando tanto la gestión como la ejecución de este. Concepciones más pragmáticas y simplificar situaciones complejas, más propias de los hombres, así como ponerse en el lugar de otros, tener en cuenta aspectos más emocionales y sensitivos, asociados a la femineidad, son argumentos esgrimidos en favor de los equipos mixtos.

8. Sentirse diferente e ir en contra de la norma masculina, realizando tareas consideradas femeninas, representa un reto y una lucha de los hombres que se dedican al cuidado.

9. El imaginario que existe sobre los hombres como potenciales acosadores dificulta la dedicación de los hombres al cuidado de las criaturas más pequeñas. Este imaginario crea desconfianza por parte de algunas familias.

10. Los padres implicados en el cuidado de sus hijos, así como los que se acercan a las entidades que la realizan, necesitan referentes masculinos.

11. La mayor implicación de los hombres en el cuidado de sus criaturas favorece tanto la creación de nuevas vocaciones como nutre de conocimientos y aptitudes a quienes ya trabajan en estos sectores.

Con relación a la segunda hipótesis planteada se puede decir que los hombres que trabajan en los sectores de cuidado en la infancia han experimentado un proceso de crecimiento personal, que implica una ruptura con la masculinidad hegemónica; revisando y siendo conscientes de los privilegios masculinos en las relaciones de trabajo con las mujeres.

Para finalizar se proponen un conjunto de líneas de actuación pensadas a partir de los resultados obtenidos:

- Línea 1: Captación de los hombres: creación de vocaciones. Los objetivos consisten en la promoción de los trabajos de cuidado como opción profesional válida para los hombres. Las acciones que se proponen van desde la realización de prácticas en empresas de estos sectores y de charlas por hombres cuidadores en institutos de secundaria, hasta la elaboración de publicidad sobre estas ocupaciones con hombres como protagonistas dirigidas a institutos y entidades juveniles. Es importante que estas acciones se realicen en edades tempranas, durante la educación obligatoria, y previamente a la elección de itinerarios profesionales por parte de los jóvenes, permitiendo la creación de vocaciones.
- Línea 2: La formación como consolidación de las vocaciones. Además de la promoción de estas profesiones, también es importante la consolidación de las vocaciones. Para ello, las propuestas apuntan a la difusión de actividades formativas curriculares (en los ciclos formativos y grados universitarios correspondientes) con imágenes de hombres y mujeres, el fomento de hombres tutores de prácticas; así como el refuerzo en los currículums de las tareas de cuidado (con formaciones complementarias con énfasis en dichas tareas).
- Línea 3: La creación de entornos amables de masculinidades cuidadoras. Más allá de la creación y consolidación de vocaciones, también es relevante la creación de entornos amigables para los hombres cuidadores. En esta línea, las recomendaciones apuntan a la potenciación de espacios de interacción entre hombres cuidadores y familias usuarias (escuelas infantiles, espacios familiares), así como la promoción de acciones de reeducación de los hombres en espacios tradicionalmente femeninos (cursos de reparto, interacción de entidades de padres con entidades AIGE, etc.).
- Línea 4: Concienciación y ruptura de estereotipos masculinos dominantes. Finalmente, se recomiendan acciones que reviertan el imaginario social sobre los cuidados como un ámbito exclusivamente femenino, y el imaginario sobre el hombre acosador (p.e., creación de publicidad contraria a estos estereotipos, formación dirigida a familias usuarias de estos servicios). También se proponen mecanismos de acercamiento entre familias y cuidadores.

Referencias bibliográficas

- Banerjee, S. M. (2004). *Men, Women and Domesticity. Articulating Middle-Class Identity in Colonial Bengal*. Oxford University Press.
- Bianchi, S. M. (2000). Maternal employment and the time with Children: Dramatic change or surprising continuity? *Demography*, 37(4), 401–414. <https://doi.org/10.1353/dem.2000.0001>
- Bianchi S. M., y Mattingly, M.J. (2003). Time, Work, and Family in the United States. *Advances in Life Course Research*, 8, 95–118. [https://doi.org/10.1016/S1040-2608\(03\)08005-5](https://doi.org/10.1016/S1040-2608(03)08005-5)
- Connell, R. (1987). *Gender and power*. Stanford University Press.
- Craig, L. (2006). Does Father Care Mean Fathers Share?: A Comparison of How Mothers and Fathers in Intact Families Spend Time with Children. *Gender & Society*, 20(2), 259–281. <https://doi.org/10.1177/0891243205285212>

- Elizalde-San Miguel, B., Díaz, V., y Díaz, M. (2019). Is Involved Fatherhood Possible? Structural Elements Influencing the Exercise of Paternity in Spain and Norway. *Journal of Family Issues*, 40(10), 1364–1395. <https://doi.org/10.1177/0192513X19839753>
- Elliott, K. (2016). Caring Masculinities: Theorizing an Emerging Concept. *Men and Masculinities*, 19(3), 240–259. <https://doi.org/10.1177/1097184X15576203>
- Fernandez-Lozano, I. (2019). Fathers as Solo Caregivers in Spain: A Choice or a Need? *Journal of Family Issues*, 40(13), 1755–1785. <https://doi.org/10.1177/0192513X19842214>
- Martínez, J., y Lowrie, C. (2009). Colonial Constructions of Masculinity: Transforming Aboriginal Australian Men into 'Houseboys'. *Gender and History*, 21(2), 305–323. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0424.2009.01550.x>
- Merla, L. (2006). «No trabajo y me siento bien»: Cambios en la división sexual del trabajo y dinámicas identitarias de padres en casa en Bélgica. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 24(2), 111–127. <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0606220111A/32312>
- Sarti, R., y Scrinzi, F. (2010). Introduction to the Special Issue: Men in a Woman's Job, Male Domestic Workers, International Migration and the Globalization of Care. *Men and Masculinities*, 13(1), 4–15. <https://doi.org/10.1177/1097184X10382878>
- Schneider, D. (2011). Market Earnings and Household Work: New Tests of Gender Performance Theory. *Journal of Marriage and Family*, 73(4), 845–860. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2011.00851.x>
- Seidler, V. (2006). *Masculinidades. Culturas Globales y vidas íntimas*. Montecinos.
- Simpson, R. (2007). Emotional labour and identity work of men in caring roles. En P. Lewis and R. Simpson (Eds.), *Gendering emotions in organizations* (pp. 57–74). Palgrave.
- Treas, J. (2008). The Dilemma of Gender Specialization: Substituting and Augmenting Wives' Household Work. *Rationality and Society*, 20(3), 259–282 <https://doi.org/10.1177/1043463108092529>
- Van der Lippe, T., Treas, J., y Norbutas, L. (2018). Unemployment and the Division of Housework in Europe. *Work, Employment and Society*, 32(4), 650–669. <https://doi.org/10.1177/0950017017690495>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Cambios, continuidades y resistencias en los imaginarios sobre los tiempos y los trabajos

Vicent Borràs Català, Universitat Autònoma de Barcelona (vicent.borras@uab.cat)

Joan Rodríguez-Soler, Universitat Autònoma de Barcelona (joan.rodriguez.soler@uab.cat)

Maria Cascales Mira, Universidad de Sevilla (mcascales@us.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La comunicación muestra los primeros resultados del proyecto de investigación “La igualdad de Género en los usos del tiempo: cambios, resistencias y continuidades” (GENERA) que tiene como objetivo general analizar los cambios, las resistencias y las continuidades en los usos del tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados, centrandose su atención en la heterogeneidad de las tendencias y la naturaleza de las transformaciones. En la primera fase de la investigación se realizan grupos de discusión a partir de los perfiles diferenciados en función del género, la clase social y las cargas de cuidado. A través de ellos se recogen los discursos que avalan las representaciones e imaginarios que dan soporte a las tendencias de cambio, resistencias y continuidades en las dedicaciones a los trabajos doméstico y de cuidados, así como los significados asociados a los mismos. Los resultados apuntan a una sobrevaloración de la dedicación al trabajo de cuidado de criaturas, hiperpaternidades y maternidades intensivas, en contraste con los cuidados de adultos dependientes. A pesar de la emergencia de estos, existe menos discurso social y este pasa por el imaginario del cuidado “en casa y por la familia”. Así mismo se produce una desvalorización del trabajo doméstico, cambiando dedicaciones y significados con relación al tipo de tareas. Todo ello presenta una heterogeneidad destacable en función del género y la clase social.

Este proyecto ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, la Agencia Estatal de Investigación y por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional: (Proyecto PID2021-1225-15NB-I00 financiado por MCIN/AEI /10.13039/501100011033 / FEDER, UE).

Palabras clave

Externalización, trabajo doméstico, cuidados, división sexual del trabajo

1 Introducción

Esta comunicación muestra los primeros resultados del proyecto de investigación “La igualdad de Género en los usos del tiempo: cambios, resistencias y continuidades” (GENERA). Dada la amplitud de la temática y de los resultados obtenidos, este escrito se centra en el análisis de los imaginarios sociales con relación a la externalización de los cuidados que avalan las estrategias de adaptación que realizan hombres y mujeres de forma distinta y desigual, así como las diferencias que existen en función de la clase social y el momento del ciclo de vida. La emergencia de la temática sobre los cuidados está ligada a dos fenómenos. Los cambios sociodemográficos de las últimas tres décadas implican un crecimiento exponencial de la demanda de cuidados de larga duración, dado el aumento de la esperanza de vida. Así mismo la bajada de la natalidad agudiza la necesidad actual de replantear la organización social de los cuidados, puesto que ya no hay suficientes mujeres que, tradicionalmente, en el entorno familiar han realizado las tareas de cuidados, en lo que ha venido a llamarse el care gap (Pickard 2001,2012). Actualmente en los países occidentales hay menos criaturas que

nunca en las familias, pero de manera paradójica el tiempo de cuidados dedicado a las mismas no ha dejado de aumentar y, con ello, la demanda de cuidados, de ahí el éxito social de la conciliación.

Los debates teóricos, así como los estudios empíricos que versan sobre dichos fenómenos se pueden agrupar en dos abordajes diferenciados que confluyen necesariamente en la emergencia de los cuidados como una problemática. En primer lugar, aquellos que se centran en el estudio de los tiempos como eje fundamental que más allá de ofrecer una dimensión para medir las dedicaciones a dicho trabajo, ofrecen una perspectiva desde donde cuestionar las lógicas diacrónicas y productivistas tradicionales. Desde las aportaciones de Norbert Elias (1990) sobre la construcción social de los tiempos, el concepto de doble presencia de Laura Balbo (1979) o el tiempo como dimensión clave para entender los cuidados (Balbo 1987) o los trabajos de Bimbi (1995) sitúan el tiempo, o mejor dicho los tiempos, como un eje clave tanto en su dimensión cualitativa como cuantitativa para poder analizar la desigual dedicación entre hombres y mujeres a dichos trabajos desde una perspectiva de género. También es preciso visibilizar las condiciones materiales de existencia y como éstas condicionan los imaginarios en torno a cómo abordar los cuidados que tradicionalmente se asumen eufemísticamente como una responsabilidad familiar. En segundo lugar, se encuentran los análisis que conciben los cuidados como un trabajo con el objetivo de visibilizar el trabajo doméstico dentro del hogar (Finch y Groves 1983, Grahan 1983). A través de dichos análisis aparece la idea consensuada tanto socialmente como políticamente de la necesidad de los cuidados, y con ello los debates que ligan dichas necesidades con los estados del bienestar y las políticas desarrolladas por los mismos (Moreno et al 2016, Esping Andersen 1990). Al igual como sucede con los debates en torno al tiempo de cuidados, los debates en torno la organización social de los cuidados incorpora necesariamente la perspectiva de género (Orloff 1993).

Con la emergencia de los cuidados en la que se encuentran las familias y las administraciones públicas que se ven superadas frente a una demanda que no deja de crecer, indagar sobre los imaginarios que existen con relación a la externalización de los mismos es fundamental para poder abordar con éxito el desarrollo de políticas. Las resistencias o las expectativas en torno a la posibilidad de externalizar el trabajo de cuidados, los dilemas a los que se enfrentan mujeres y hombres frente a las responsabilidades de los cuidados, la forma en la que se vive la articulación de este trabajo en relación con los tiempos de dedicación a otros ámbitos como el trabajo productivo y/o el tiempo libre, contribuyen a señalar aspectos relevantes a tener en cuenta en el diseño de las políticas de cuidados.

2 Metodología

La metodología utilizada ha seguido una estrategia cualitativa basada en la realización de grupos de discusión, en lo que respecta a la obtención de datos, y en el análisis de los discursos captados en dichos grupos. Los objetivos en esta fase de la investigación han consistido en captar los discursos que avalan los imaginarios que están tras las dedicaciones a los trabajos doméstico y de cuidados, y su articulación con el trabajo remunerado y el tiempo libre, así como los significados asociados a los mismos. Se ha puesto énfasis, pues, en la dimensión simbólica y material de estos cuatro tiempos.

Para la consecución de estos objetivos se realizaron ocho grupos de discusión a partir de perfiles diferenciados en función de variables estructurales como el género, la clase social, y las tareas de cuidado asumidas por las personas participantes que interpelaban sobre el ciclo de vida de las personas participantes.

- Hombres sin responsabilidades de cuidado de clases medias.
- Mujeres sin responsabilidades de cuidado de clases medias.
- Hombres sin responsabilidades de cuidado de clase trabajadora.
- Mujeres sin responsabilidades de cuidado de clase trabajadora.
- Mujeres con responsabilidades de cuidado de criaturas de clase trabajadora.

- Hombres con responsabilidades de cuidado de criaturas de clase trabajadora.
- Mujeres con responsabilidades de cuidado de adultos de clases medias.
- Hombres con responsabilidades de cuidado de adultos de clases medias.

El guion de los grupos de discusión consistió en el planteamiento de preguntas y situaciones que articulaban los diferentes tiempos estudiados. Estas preguntas y situaciones se organizaron bajo dos bloques temáticos, el primero de los cuáles ponía en relación el trabajo doméstico, el tiempo de cuidados y el trabajo remunerado; mientras que el segundo bloque relacionaba el trabajo remunerado con el tiempo libre.

Las grabaciones de los grupos de discusión fueron transcritas y analizadas con el programa Atlas.ti. Se realizó un análisis del discurso de carácter deductivo, triangulando entre las personas investigadoras del equipo, de tal forma que cada grupo de discusión tuviera tres codificaciones de personas diferentes. Ello permitió la complementación en el análisis, así como su posterior discusión en sucesivas reuniones del equipo.

3 Resultados

3.1 Externalización y género: entre la resistencia y el desentendimiento

Los resultados del análisis de los grupos de discusión apuntan a unos imaginarios diferenciados entre hombres y mujeres en relación con los cuidados y con la externalización de éstos como estrategia de adaptación a una organización de los cuidados desigual entre hombres y mujeres. Estas diferencias, a su vez, están condicionadas por las condiciones materiales de existencia, observando, pues, matices en función de la clase social y del ciclo de vida.

En el análisis realizado se identifican resistencias a la externalización de los cuidados en los discursos de los grupos de discusión de mujeres, unas resistencias que no aparecen con la misma intensidad en los grupos de hombres. En el caso del cuidado de criaturas las mujeres no conciben su externalización, de acuerdo con el modelo de crianza tradicional en donde ellas asumen dicha crianza. En el caso de los hombres con criaturas se acepta cierta externalización para poder disfrutar de tiempo libre y de descanso. Las mujeres, en cambio, asumen que su tiempo libre es un tiempo para el cuidado de criaturas, con lo que no comparten el mismo discurso que los hombres. La naturalización de la maternidad aparece de forma clara en los discursos analizados, aunque también se observa ciertas resistencias emergentes por parte de los padres a externalizar dichos cuidados.

En cuanto al cuidado de personas adultas la externalización aparece como una estrategia para resolver situaciones difíciles de asumir desde el punto de vista de la organización cotidiana de los cuidados, aunque con ciertas resistencias. En el caso del cuidado de criaturas, la existencia de centros educativos infantiles es aceptada. Las resistencias aparecen cuando se plantean sistemas de cuidados esporádicos (servicios de canguraje) o cuando se plantean alternativas a dichos centros educativos (cuidados, por tanto, más continuados en el tiempo por parte de terceras personas contratadas). En contraste, cuando se plantea la externalización del cuidado de personas adultas hacia centros dirigidos a estas personas (principalmente, residencias), es cuando aparecen en mayor medida las resistencias. En términos generales, se acepta el modelo ideal del cuidado en casa. Pero este modelo se asume de forma diferentes por mujeres y hombres. Ellas se resisten a externalizar, asumiendo discursiva y efectivamente dicho modelo. Son ellas las que protagonizan el cuidado de estas personas. Ellos, en cambio, defienden este modelo como una preferencia (lo prefieren a las residencias), aunque no asumen la responsabilidad de dicho cuidado. Por otro lado, en los discursos de los grupos de mujeres aparece el dilema moral de la externalización de un cuidado que se ha considerado femenino desde el punto de vista de una división sexual del trabajo tradicional. Las mujeres, cuando aceptan la externalización del cuidado de personas adultas, lo hacen con un sentimiento de culpa por ello, ya que rompen con la naturalización

de la responsabilidad femenina de estos cuidados. Aun así, se observan resistencias a dicha externalización. Ponen condiciones, debe ser una situación inasumible desde el punto de vista de la organización de la vida cotidiana. Sin embargo, cuando asumen dicha externalización, no se desvinculan totalmente de dicho cuidado. Siempre hay supervisión, especialmente cuando este cuidado se realiza en el hogar. Esta supervisión es indicativa del sentimiento de culpa y de la resistencia a externalizar dicho cuidado. Las mujeres, pues, no dejan de asumir este cuidado (aunque, en estos casos, con otra intensidad). En el caso de los grupos de hombres también se observa cierto dilema moral, pero menor que el que aparece en el caso de las mujeres. Aun así, este dilema se plantea más en el eje “cuidado en casa-cuidado en residencia”. La discusión se centra en las críticas a centros residenciales de cuidado de personas dependientes, manifestando poca confianza, pero no asumiendo responsabilidades de este cuidado. No hay un replanteamiento de su vida cotidiana y de la posible asunción del cuidado de personas adultas, sacrificando, por ejemplo, su empleo. Así, la centralidad del trabajo remunerado en los imaginarios masculinos es manifiesto. Por otro lado, cuando se plantea la externalización, la implicación se limita a la supervisión económica de ésta (residencia o persona contratada en casa, valoración económica de la externalización, etc.). Aplican, pues, una lógica racional a dicha externalización. Sin embargo, no hay implicación moral ni cotidiana más allá de esta lógica racional.

Finalmente, el trabajo doméstico, que podemos considerar como otra de forma de cuidado más, también adolece de diferencias entre hombres y mujeres, unas diferencias que son coherentes con los imaginarios planteados con respecto al resto de cuidados. En el caso de las mujeres, prevalece el imaginario de female housekeeper en relación con la externalización del trabajo doméstico. Cuando se acepta la externalización de dicho trabajo doméstico, las mujeres siguen considerándose las dueñas de la casa y, por tanto, supervisan el trabajo externalizado. Como ocurre con el cuidado de personas adultas, sigue habiendo responsabilidad moral en ellas (y, por tanto, implicación). En el caso de los hombres, en cambio, hay una mayor aceptación de la externalización del trabajo doméstico. Y cuando aceptan la externalización, se desentienden de este trabajo, no piensan en él.

3.2 Externalización y clases sociales, o la importancia de las condiciones materiales y simbólicas

Estos resultados también aparecen condicionados por las condiciones materiales de existencia. Se observan, pues, ciertas diferencias en los discursos sobre la externalización de los cuidados entre clases sociales. En términos generales, en los discursos de los hombres y mujeres de clase trabajadora se plantea menos la externalización de los cuidados y del trabajo doméstico, condicionada por las implicaciones económicas de dicha externalización. Pero también se observan diferencias desde el punto de vista simbólico. El ideal de “cuidado en el hogar” aparece en mayor medida y condiciona una mayor resistencia a externalizar, teniendo en cuenta las diferencias en los discursos entre hombres y mujeres, en cuanto a la responsabilidad de los cuidados que no quieren ser externalizados. En los grupos de clase media la externalización del trabajo doméstico aparece con mayor intensidad. De nuevo, las condiciones materiales permiten dicha externalización, pero también se observa una menor naturalización de este trabajo por parte de las mujeres de clase media y una mayor desvaloración de este, que contribuye a la mayor aceptación de la externalización del trabajo doméstico. En cuanto al cuidado de criaturas también se observan resistencias a su externalización, coincidiendo con la emergencia de las hipermaternidades e hiperpaternidades. En relación con el cuidado de personas adultas se observa un discurso ambivalente sobre su externalización. Por un lado, hay resistencias hacia la externalización del cuidado en residencias. Sin embargo, se acepta el cuidado de personas adultas en casa por personas contratadas. De nuevo, aparece el imaginario del “cuidado en el hogar”.

Otra diferencia mediada por las clases sociales tiene que ver con la relación entre la externalización de determinados cuidados y el tiempo libre. En relación con el trabajo doméstico, se observa un discurso más

proclive a la externalización de éste cuando esto permite tener más tiempo libre. Un tiempo libre que es valorado por las clases medias, como un tiempo propio, identitario; o deseado, por escaso, como manifiestan los hombres de clase trabajadora con criaturas. La excepción a esta relación entre externalización y tiempo libre se da cuando hay una naturalización del trabajo doméstico, especialmente en el caso de las mujeres de clase trabajadora, produciéndose una mayor resistencia a la externalización de dicho trabajo.

4 Conclusiones

El análisis de los imaginarios sociales sobre la externalización de los cuidados permite ahondar en las persistentes desigualdades entre hombres y mujeres, tanto en la organización social de los tiempos cotidianos, como en la organización social de los cuidados existente. Mujeres y hombres no asumen y realizan con la misma intensidad y responsabilidad los cuidados necesarios para el mantenimiento de la vida. Las evidencias apuntan a desigualdades persistentes tanto a nivel simbólico como material, entre hombres y mujeres y entre las clases sociales. Aunque la emergencia de dicha necesidad es compartida por toda la ciudadanía. Pero no se da una demanda social que fuerce la existencia de servicios suficientes para una adecuada organización social del cuidado de personas, tan necesaria. Las diferencias en los servicios de cuidado existentes para el cuidado de criaturas y para el cuidado de personas adultas son sólo un ejemplo de estas limitaciones. Los discursos sobre dichos cuidados así lo muestran. El análisis aquí presentado no hace más que insistir en la idea de que las administraciones públicas deberían tener en cuenta la vida cotidiana de las personas a la hora de diseñar políticas de cuidados, entendida esta como el escenario en el confluyen y se entrecruzan las dedicaciones y participaciones de hombres y mujeres en las tareas de cuidados. Con el objetivo de combatir las desigualdades que afloran frente a la cada vez mayor necesidad social de cuidados.

Referencias bibliográficas

- BALBO, L. (1979). *La doppia presenza*. Inchiesta, 32.
- BALBO, L. (1987) (comp.). *Time to care*. Milano: Franco Angeli.
- BIMBI, F. (1995). *Metafore di genere tra lavoro non pagato e lavoro pagato. Il tempo nei rapporti sociali di sesso*. Polis, 3.
- ESPING ANDERSEN, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalisme*. Cambridge: Polity Press.
- FINCH, J. y D. GROVES (eds.) (1993). *A labour of Love: women, work and caring*. London: RKP
- GRAHAM, H. (1983). *Caring: A labour of Love*. En J. Finch y D. Groves (eds.), *A labour of Love: women, work and caring* (pp.13-30). London: RKP
- MORENO, S., RECIO, C., TORNS, T. y BORRÀS, V. (2016). *Long-term care in Spain: Difficulties in professionizing services*. *Journal of Women & Aging*, 29(3): 200-215.
- ORLOFF, A.S. (1993). *Gender and the social right citizenship: state policies and gender relations in comparative research*. *American Sociological Review*, 58(3): 303-328.
- PICKARD, L. (2001). *Carer Break or Carer-blind? Policies for informal Carers in the UK?* *Social Policy and Administration*, 35(4): 441-458.
- PICKARD, L. (2012). *Substitution between formal and informal care: a natural experiment in social policy in Britain between 1985 and 2000*. *Ageing and Society*, 32: 1147-1175.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Gènere, treballs de cura i pandèmia

Carme Vivancos Sánchez, Universitat de Barcelona (c.vivancos@ub.edu)

Elisabet Almeda Samaranch, Universitat de Barcelona (elisabet.almeda@ub.edu)

Màrius Domínguez Amorós, Universitat de Barcelona (mariusdominguez@ub.edu)

Maria Antònia Carbonero Gamundí, Universitat de les Illes Balears (macarbonero@uib.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

En aquesta comunicació presentem la recerca sobre la “Reorganització social de la cura en pandèmia: benestar, comunitat i gènere” que estem duent a terme des de diverses universitats de Catalunya, Euskal Herria, País Valencià i les Illes Balears. En aquest estudi analitzem els impactes socials de la COVID-19 sobre les necessitats de cures a les llars, les conseqüències que comporta en les desigualtats de gènere i en la reorganització social dels treballs de cures i el paper que hi tenen les entitats i xarxes comunitàries de suport i solidaritat. La hipòtesi general és que la pandèmia de la COVID-19 ha significat un retorn a la llar d'algunes necessitats de cura que prèviament s'havien externalitzat, modificant les estratègies individuals, familiars i col·lectives per a donar resposta als treballs de cura i atenció a les persones. S'evidencia la rellevància dels treballs de cura per a mantenir la sustentabilitat social actual, i els reptes que tenim per una nova reassignació social d'aquestes tasques cap a un model més just i igualitari. Partint d'una perspectiva crítica i no androcèntrica, plantejem una estratègia metodològica mixta, amb la sistematització i anàlisi de fonts de dades secundàries de l'Estat espanyol, amb entrevistes en profunditat a dones amb responsabilitats de cura i grups de discussió amb entitats socials de suport de la cura dels diversos territoris implicats.

Paraules clau

Pandèmia, benestar, comunitat, gènere, cures

1 Introducció

En les últimes dècades, s'ha desenvolupat una àmplia línia de recerca sobre la (re)organització social de la cura en un context de profundes transformacions sociodemogràfiques, del capitalisme global i dels diferents règims de benestar. Els canvis demogràfics, l'impacte de la crisi econòmica i financera en l'oferta de serveis públics i en les condicions de vida de les persones, l'augment de la participació femenina en el mercat de treball, sense que això incideixi en la disminució de la dedicació de les dones al treball de cures i els canvis simbòlics en l'imaginari col·lectiu dels rols i identitats de gènere, són alguns dels aspectes principals d'aquestes transformacions. I totes elles han suposat una creixent demanda de necessitats socials i de cura que, en contínua evolució, han anat plantejant ser conceptualitzades de nou, més ben ateses i reclamades de manera diferent (Almeda, 2015; Carrasquer, 2013; Ezquerria, 2012; González i Guillén, 2018; León i Pavolini, 2014; Martínez Bujan i Martínez Virto, 2015; Moreno et al., 2013; OIT, 2018; Pérez Orozco, 2014; Torns i Fort, 2012; Yeates, 2012). No obstant això, en aquestes transformacions que operen en un marc on la divisió sexual del treball persisteix sense tot just canvis, les dones continuen sent les principals cuidadores en les nostres societats de benestar, (Carrasco i Domínguez, 2011; Durán, 2012; Gálvez, Rodríguez i Domínguez, 2011). L'arribada de la pandèmia del COVID-19, amb totes les seves cares i desafiaments, reorganitzant les cures, els treballs i els valors. Però, si bé va ser un període de canvi i renovació en alguns aspectes, la incidència real dels treballs de cura, la seva valoració social, econòmica o política, el seu suport per part de les polítiques públiques i la seva

quotidianitat, en la majoria de les llars, segueix sense ser prou reconeguda i secundada, i continua recaient sobre la dones, especialment les que tenen responsabilitats familiars. El treball es duu a terme a partir de la recerca del projecte R+D, encara en marxa, “La reorganització social de la cura en pandèmia: Benestar, comunitat i gènere (RESCUPAN)”, que s'implementa en diferents territoris de l'Estat, Catalunya, País Valencià, Euskal Herria i Illes Balears, amb la implicació de grups d'investigadores i investigadors de la Universitat de Barcelona, València, País Basc i Illes Balears.

2 Metodologia

Per a dur a terme la nostra recerca ens basem en la metodologia mixta, quantitativa i qualitativa i des d'una perspectiva no androcèntrica. Les anàlisis han pres com a referència l'Europa (EU27) en la part quantitativa, i s'han concretat en els quatre territoris implicats en el projecte en la part qualitativa. En aquesta comunicació ens centrem en la presentació de l'estratègia metodològica qualitativa.

Així doncs, en el treball qualitatiu s'han dut a terme vint-i-nou entrevistes semiestructurades a dones, amb responsabilitats de cura a càrrec i vuit grups de discussió a entitats de la societat civil i del teixit associatiu que durant la pandèmia han desenvolupat tasques de suport comunitari i de cooperació mútua. Tant les entrevistes com els grups de discussió s'han realitzat en els quatre territoris indicats. Al llarg d'un any els grups de recerca de les diferents universitats han desenvolupat conjuntament tot el disseny del treball de camp, el guió/qüestionari de les entrevistes i dels grups de discussió. El treball de camp de les entrevistes i dels grups de discussió s'ha desenvolupat entre els mesos de novembre del 2022 i febrer de 2023.

La selecció de participants s'ha desenvolupat a través d'un mostreig intencional per bola de neu; per a establir el perfil de les persones entrevistades, s'han considerat la diversitat dels treballs de cura, les responsabilitats en la cura de fills/as menors a càrrec i/o dependents, persones majors dependents o persones amb diversitat funcional i/o necessitats especials de salut mental. Així mateix, s'han tingut en compte diferents perfils labors, situacions d'especial vulnerabilitat, entorns geogràfics diversos i el que cada territori va considerar clau en la seva realitat per a englobar diferents realitats sociodemogràfiques. Tot això ha anat configurant diferents eixos de desigualtat en relació a la situació abans de la pandèmia, durant els períodes de confinament i després d'això. Les entrevistes pretenien obtenir les «històries» (i.e., «narratives») de les persones per a comprendre les seves vivències, experiències, percepcions i punts de vista de la COVID-19, del confinament i de les seves conseqüències en relació als treballs de cures.

S'han realitzat “entrevistes episòdiques” (Flick, 2000) d'entre una i dues hores en les quals s'ha conversat sobre sis eixos principals. En primer lloc, s'ha indagat en la gestió quotidiana i organització de la cura que tenien les participants abans de la pandèmia. En segon lloc, i com a part central de l'entrevista, s'ha posat especial atenció a les vivències durant la pandèmia; en aquest sentit, s'ha parlat sobre l'organització dels temps en els treballs de cura durant el confinament i les implicacions materials i de salut física i mental que aquest va suposar; alhora, s'ha preguntat sobre la relació de les entrevistades amb les entitats comunitàries i/o els llaços familiars (i sobre els canvis en les maneres de cuidar i de sentir-se cuidada, com pot ser a través de les xarxes socials i les tecnologies). Així mateix, s'ha explorat la relació de les participants amb els serveis públics i socials en època de confinament i pandèmia. Finalment, com a tercer i últim gran punt tractat en les entrevistes s'ha aprofundit en la realitat una vegada passada ja la pandèmia i en les prediccions futures que han pogut anar sorgint. A propòsit d'aquest últim apartat de l'entrevista, cal dir que la percepció del temps dels confinaments i la pandèmia han variat depenent de les situacions personals, territorials i polítiques de cada cas i grup.

Per tal d'aportar una breu descripció de la mostra, comentarem diverses variables que mostren la diversitat de perfils entrevistats. Pel que respecta a l'edat de la nostra mostra, aquesta oscil·la entre els 35 i els 65 anys, sent

de 47 la mitjana d'edat de les dones entrevistades. Quant a la seva ocupació també varia i posa de manifest diferents realitats laborals, treballadores domèstiques i/o de cura a persones majors, Kellys, professionals de l'educació, treball social, salut, advocacia, comercials, treballadores sexuals, una conductora d'autobusos i una actriu. Pel que respecta a la tipologia de la llar diferenciem nou perfils diferents: 1) amb parella i amb persona major a càrrec, 2) amb parella i fills/as menors a càrrec, 3) amb parella i amb fills/as majors d'edat dependents, 4) amb parella i amb persones majors, fills/as menors i fills/as majors dependents, 5) amb parella i amb fills/as menors i fills/as majors dependents, 6) sense parella i amb persona major a càrrec, 7) monomarental amb persona major a càrrec, 8) monomarental amb fills/as menors a càrrec, 9) monomarental amb fills/as major d'edat dependents.

El mètode de selecció de participants i entitats en els grups de discussió ha seguit la lògica següent: 1) havien d'haver mantingut un paper actiu ,en alguna xarxa, grup d'ajuda mútua o ONG que s'hagués organitzat durant la pandèmia per a donar atenció a col·lectius vulnerables;, sense ser les persones líders de tals entitats 2) havia de reflectir la diversitat territorial (barris) i sectorial (col·lectius) de les xarxes d'ajuda mútua i de les ONG; 3) havia de reflectir la diversitat de gènere, edat i origen/procedència.

S'han registrat i transcrits íntegrament els grups de discussió, igual que les entrevistes. Tot el conjunt de dades ha estat analitzat mitjançant un enfocament temàtic inductiu que considera els marcs d'intervenció, les referències metodològiques i el coneixement aplicat, així com la capacitat per a abordar les desigualtats socials. A més, s'han comparat aquestes pràctiques entre si mitjançant un estudi de les similituds i diferències en les intervencions específiques.

3 Resultats i conclusions

Com ja s'ha indicat, el projecte que es presenta és un treball en marxa, pel que encara no es poden extreure anàlisis de resultats definitius com tampoc conclusions. Pel que respecta a l'estratègia metodològica qualitativa, trobant-nos en el moment d'anàlisi d'entrevistes, s'han consensuat sis eixos temàtics clau per a aprofundir en les vivències i experiències de les persones entrevistades.

A) el paper de la comunitat durant la pandèmia, b) treballadores de la llar i de les cures, c) salut mental, habitatge i treball social, d) canvis i permanències abans i després de la pandèmia, e) discursos sobre les cures, f) interseccionalitats.

Així mateix, com s'ha comentat anteriorment, amb l'objectiu de comptar amb col·laboració amb els actors socials implicats en l'organització social de la cura, s'han dut a terme un total de vuit grups de discussió en els diferents territoris. Estant també en el pas d'anàlisi els grups de discussió, els perfils de les entitats participants poden diferenciar-se en cinc tipologies: 1) Xarxes autogestionades i col·lectius alternatius (p. ex. La Base, Ateneu cooperatiu de Poble Sec o Servei Aukera de la Fundació Arrats, en suport a treballadores sexuals); 2) Entitats religioses (p. ex. Creu Roja o Fundació Pare Manel); 3) Institucions i tercer sector (p. ex. Direcció General d'Atenció a la dependència dels Illes Balears o Taula del Tercer Sector); 4) Col·lectius de treballadores de la neteja i la llar (Associació de treballadores de la llar de Bilbo o Les Kellys); 5) Entitats de diferents àmbits: Atenció a la infància i/o a les persones majors (Maitelan cooperativa de cures o Casal dels Infants), Atenció a les persones sense llar (p. ex. Fundació Arrels), Atenció a les persones migrants (SOS Racisme o CEAR), Relacionades amb la problemàtica de l'habitatge (Sindicat d'habitatge del Raval o Les Navas).

Malgrat no es puguin fer conclusions definitives, una vegada acabat el procés del treball de camp, podem aventurar-nos a dir el que ja prevèiem en les hipòtesis; la pandèmia del COVID-19 ha tingut un efecte importantíssim en la resignificació de les cures, però segueixen havent-hi molts reptes per una reassignació social d'aquestes cap a un model més just i igualitari en clau de gènere.

Referencias bibliográficas

- Almeda, E. (2015) "Género, diversidad y familias monoparentales" en Torres, C. (ed.). *España 2015. Situación social*, pp: 360-367, Madrid: CIS
- Carrasco, C.; Domínguez, M. (2011). "Family Strategies for meeting care and domestic work needs: Evidence from Spain". *Feminist Economics*, 17, pp. 159- 188.
- Carrasquer, P. (2013). "El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología". *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Vol. 31, Núm. 1: 91-113.
- Durán, M.A. (2012). *El trabajo no remunerado en la economía global*. Bilbao: Fund. BBVA.
- Ezquerro, S. (2012). "Acumulación por desposesión, género y crisis en el Estado español". *Revista de Economía Crítica*, 14
- Gálvez, L.; Rodríguez, P.; Domínguez, M. (2011). "Too much Family and Too Much Gender Inequality: Women's and Men's Total Work in Mediterranean Countries". En Addis, Degrave, de Villota y Eriksen (Eds.). *Gender and well-being*. Fanham: Ashgate.
- González, S; Guillén, A.M. (2018). "Austeridad y reforma del bienestar en la Europa del Sur.: Transformación y heterogeneidad institucional". *Papeles de Europa*, Vol. 31, Nº. 1, 69-79.
- León, M.; Pavolini, E. (2014) "Social Investment' or back to 'Familism': The impact of the economic crisis on Family and Care Policies in Italy and Spain". *South European Society and Politics*, 19(3): 353-369.
- Martínez-Buján, R. (2014). "Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 145: 99-124.
- Moreno, S. et al. (2013) "El trabajo de cuidados en los regímenes de bienestar ¿más dependencia y menos profesionalidad?". *Actas del IV Congreso de la Red Española de Política Social*. U. de Alcalá.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*. Geneva: ILO.
- Perez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Yeates, N. (2012). "Global care chains: a state-of-the-art review and future directions in care transnationalization research". *Global Networks*, 12(2), 135- 154.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Actualización del sistema de cuidado dentro del servicio de ayuda a domicilio y sus profesionales

Estrada Moreno Irene Soledad, Universidad de Málaga (irene.s.estrada@uma.es)

Ruiz Mosquera Ana Cristina, Universidad de Málaga (acruizmosquera@uma.es)

Palma García María de las Olas, Universidad de Málaga (mpalma@uma.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Actualmente, el sistema de asistencia a personas dependientes que precisan de cuidados está siendo redirigido hacia un nuevo enfoque. La incorporación de la mujer al mercado laboral ya propuso un cambio en cuanto a las tareas de cuidado y asistencia desde un punto profesionalizado. Se puede decir que continúa persistiendo el carácter feminizado dentro de estas labores, pero, además, la covid 19 ha modificado estos sistemas de cuidado y promovido cambios significativos. El servicio de ayuda a domicilio, es primordial en este sistema de cuidado como prestación de la ley de dependencia.

Esta comunicación explora el servicio de ayuda a domicilio en Málaga, su situación post pandemia y el cambio producido en la actividad laboral reglada o no de los /as profesionales que lo ejercen.

Se expone un estudio cualitativo realizado a 25 profesionales del cuidado a personas dependientes, se evidencia la realidad de la profesión, la influencia de la Covid-19 en sus actividades, su situación actual y la importancia del trabajo social.

Se concluye en la necesidad de visibilización de la profesión, y se evidencia el perfil feminizado aún de cuidado profesional, el precario sistema laboral que lo regula, las irregularidades que sufren los profesionales que la ejercen, y sus infravaloradas actividades. Se constata la necesidad de continuar estableciendo espacios específicos de investigación y tratamiento que promuevan la evolución de este sistema de cuidado con políticas sociales que acompañen su desarrollo y su promoción dentro de un sistema laboral reconocido.

Palabras clave

Dependencia, cuidado, ayuda a domicilio, trabajo social

1 Introducción

El Consejo económico y social de España (2022) recuerda que las mujeres se encuentran en situación de vulnerabilidad y se les continúa asignando las labores de cuidado de personas dependientes y del hogar. Esto mismo lo afirma la ONU (2021) argumentando que el trabajo de cuidado lo llevan a cabo las mujeres en sus tres cuartas partes. La mujer continúa como elemento principal en las labores de cuidado de familiares y personas dependientes, lo cual evidencia una labor destinada socialmente al género femenino.

La Organización Internacional de Trabajadores (2019) reconoce que las labores de cuidado son asignadas a las mujeres y que actualmente se prevé una crisis mundial de dichas labores debido al envejecimiento de la población y los desequilibrios de asignación de estas tareas de cuidado a las mujeres.

Se reclama que, al ser así, la participación de la mujer en esferas económicas y sociales está limitada y se perpetua la subordinación del género femenino y su desigualdad (OIT 2022).

La incorporación de la mujer al mercado laboral ha incidido en que se profesionalicen las labores de cuidado y se regulen en la actividad laboral al no poder hacer frente al cuidado de familiares dependientes por estar trabajando. Esta actividad laboral se enmarca a través de las prestaciones de la ley de dependencia tales como el servicio de ayuda a domicilio.

Esto da lugar a la sobrecarga de tareas y la dificultad de conciliación de la vida familiar, laboral y social del colectivo, lo cual incide en el desarrollo de enfermedades como la depresión y la ansiedad sumado al desarrollo de síndromes como el del burnout (síndrome de estar quemado) y desarrollando un conflicto de roles difícil de gestionar (Cuesta 2021). Autores como Pérez (2015) denominan a la mujer que alcanzan esta conciliación como “mujeres todoterrenos del siglo XXI”.

Paralelamente a esta problemática, el consejo de economía y social de España 2022 y la ONU mujeres (2021), evidencian que la Covid 19 ha influido negativamente amplificando las desigualdades ya existentes.

Por ello, la presente investigación se ha dirigido a explorar el servicio de ayuda a domicilio en Málaga, su situación post pandemia y el cambio producido en la actividad laboral reglada o no de los /as profesionales que lo ejercen.

2 Metodología

Se lleva a cabo una investigación cualitativa mediante entrevistas a 25 profesionales del servicio de ayuda a domicilio de Málaga.

2.1 Participantes

La muestra está formada por 25 profesionales del sector de ayuda a domicilio de Málaga. El 100% de la participación la componen mujeres entre los 26 y 64 años (identificadas en los resultados con códigos E-X) y mayoritariamente de origen extranjero. El criterio de selección ha sido aleatorio a profesionales encargados de la ayuda a domicilio con más de 1 año de antigüedad.

2.2 Instrumento

Para la recogida de datos se diseña un guión de entrevista semiestructurada individual específico compuesto por 11 preguntas de respuesta abierta. Se construye para la evaluación y análisis de las siguientes categorías: perfil profesional, tareas de cuidado, cambios profesionales y familiares, influencia de la Covid 19, valoración y calidad del SAD y limitaciones.

2.3 Procedimiento

La recogida de datos se lleva a cabo durante febrero y marzo de 2022 en las sedes de varias empresas encargadas de dicho servicio. Se informó a todos los/as participantes del anonimato, confidencialidad y voluntariedad para con la investigación y los datos recabados. El análisis de resultados se lleva a cabo mediante el análisis del discurso.

3 Resultados

Los resultados se presentan de acuerdo a las diferentes categorías de análisis previstas en el diseño de la investigación: Perfil profesional, tareas de cuidado, cambios profesionales y familiares, influencia de la Covid 19, valoración y calidad del SAD y limitaciones.

3.1 Perfil profesional

La totalidad de la muestra la conforman mujeres, muchas de ellas extranjeras, con edades comprendidas entre los 26 y 64 años, todas con la titulación acreditativa de auxiliar de ayuda a domicilio o certificado de profesionalidad equivalente y el 40% de ellas con titulación de auxiliar de enfermería.

Todas iniciaron su actividad laboral como auxiliares de ayuda a domicilio a través del envío de currículum a las empresas encargadas de la gestión del SAD y que, tras hacerles una entrevista, se les exigía la titulación y acreditación.

El 100% de la muestra comenta ser madres y dedicarse al cuidado de familiares a su cargo independientemente su actividad laboral. Comentan que paralelamente a su actividad laboral y motivado por la falta de horas en sus contratos laborales, se dedican a estas labores de cuidado de forma particular y fuera del sistema regulado. Todas coinciden en que el salario es muy precario y que “en negro” ganan mucho mejor.

E17:” hombre, es que por mi cuenta gano el doble, pero claro, necesitas cotizar”.

Ninguna de las entrevistadas tenía completa su jornada de trabajo justificando así sus actividades de cuidado de forma particular y sin reglar.

Las profesionales que trabajan en régimen de interna conforman casi en su totalidad el perfil de mujer extranjera con necesidades económicas y situación de irregularidad en el país hasta que pueden ser contratadas, o mujer nacional sin descendencia ni pareja que igualmente se encuentra en situación económica de necesidad.

3.2 Tareas de cuidado

El servicio de ayuda a domicilio se encuentra regulado legislativamente, pero a pesar de esto, las tareas principales a las que se dedican las auxiliares de ayuda a domicilio se reducen a tareas de aseo personal de la persona dependiente, y limpieza del hogar.

E2. “siempre es lo mismo, que lo bañen porque ellos solos no pueden, y si no, para cuando pesan mucho y necesitan ayuda para moverlo”.

E11 “casi siempre es ducharlos y limpiar”.

Una de las dificultades que se encuentran es la incongruencia entre lo que ellas perciben como necesidad y se les indica que necesita la persona usuaria, y lo que la familia quiere y exige que se lleve a cabo. La mayoría comenta que las familias solo valoran el trabajo si se dedican a la limpieza del hogar y pasan por alto otras necesidades de la persona.

E21: “limpieza y limpieza y como no valoran que necesitan otras cosas”.

E19 “necesitan mucha compañía, están solitos y nosotras pues les hablamos, los acompañamos, ayudamos”.

3.3 Cambios profesionales y familiares

Todas las entrevistadas coinciden en que las personas usuarias del servicio a las que atienden, si no tienen la figura de una hija que se haga cargo como cuidadora principal, ocupa este lugar, una figura femenina cercana.

E3: “siempre las hijas, nosotras somos el apoyo, pero siempre que necesitamos algo o nos dicen algo de sus padres o algo, siempre tengo contacto con la hija”.

Uno de los elementos principales motivo de cambio en las labores de cuidado ha sido la reorganización familiar debido a la incorporación de la mujer al mercado laboral, lo cual ha propiciado que aumenten las labores de cuidado profesionalizadas ya que estas deben hacerse cargo de su actividad laboral y no pueden atender las necesidades de cuidado de sus familiares.

E21: “yo no puedo, trabajo y tengo a una mujer en casa de mi madre que la cuida cuando yo estoy trabajando y por las tardes voy yo o mi hermana”.

Siguiendo esta idea, estas labores de cuidado se continúan asignando a la mujer. Casi la mitad de las entrevistadas afirman que más de una vez les han llegado usuarios que han solicitado el cambio de auxiliar porque les había tocado un profesional de género masculino, evidenciando así la preferencia de que estas labores de cuidado sean llevadas a cabo por mujeres.

E25 “no quieren hombres y los hombres solo los quieren cuando hay que usar mucha fuerza por que pese mucho”.

Otro factor importante a destacar es la discriminación que aún persiste ya que muchas de las auxiliares encargadas del cuidado son extranjeras.

Paralelamente, estas profesionales son las que admiten que las casas a las que atienden tienen a su vez contratadas ya sea mediante empresa o de forma particular, a mujeres inmigrantes como personal interno.

Las personas internas que se encargan del cuidado de las personas mayores se encuentran contratadas fuera del sistema o contratadas por empresas privadas que regulan el sector, pero se muestran con un vacío legal muy amplio ya que la jornada máxima que permite la contratación es de 40 horas semanales y las mujeres contratadas como personas internas cobran en función a esta jornada máxima y no a su condición de interna. Esto incide en los elevados precios a las familias y por consiguiente en la promoción de la contratación de esta figura fuera del sistema regulado.

3.4 Influencia de la Covid 19

Antes de la pandemia por Covid 19, había menos reticencias a que las auxiliares se encargasen de atender a más de un usuario/a, pero tras la pandemia, las familias motivadas por el miedo al contagio a sus familiares dependientes, reniegan que la profesional encargada del cuidado de su familiar este yendo de una casa a otra y sea foco de contagio y propagación del virus.

E4: “no quieren que tengamos más de un usuario, y dime tu entonces de qué comemos nosotras”.

Otra de las influencias ha sido el crecimiento del mercado de servicios de personal interno por esta misma razón.

Otra de las razones de aumento del SAD está motivado por la cantidad de personas mayores que se encontraban en residencias, y que debido a los altos índices de contagio y mortalidad que se han visualizado, han sido trasladados a sus casas y atendidos en las mismas por este servicio como medida preventiva.

3.5 Valoración y calidad del SAD

Las entrevistadas comentan encontrarse satisfechas con su profesión y comentan que es una profesión vocacional, consideran que el servicio es imprescindible para las personas dependientes y aunque señalan algunos aspectos de mejora, los usuarios y ellas mismas como trabajadoras, consideran que la calidad del servicio se mantiene gracias a su labor y disposición.

E18: “o te gusta o no aguantas, esto sigue funcionando por que nosotras estamos aquí...”.

Un aspecto a destacar es la importancia de la figura del trabajador/a social como coordinador/a del servicio con respecto al que todas las entrevistadas coinciden en su gran función de coordinación, ayuda, gestión, escucha o mediación entre conflictos que tienen no solo para el usuario/a, su familia o incluso para ellas, sino para el correcto y pleno desarrollo del servicio.

E9: “la coordinación ayuda mucho, sin ellos no funciona el servicio, siempre miran porque todo el mundo esté más o menos a gusto”.

Algunos de los aspectos a mejorar son el bajo número de horas, la insistencia de las familias en las labores de limpieza, la negativa del uso de maquinaria como las grúas, preferencia de auxiliares por parte de las familias, etc.

3.6 Limitaciones

Se señalan limitaciones como la preferencia de las mismas horas al día de servicio por parte de todos los usuarios, lo cual incide en la baja cantidad de horas de trabajo semanales y por lo tanto en los bajos salarios mensuales.

E20: “todos quieren a la misma hora entre las 09:00 y las 11:00 para el aseo o entre las 10:00 y las 13:00”.

Otra limitación es la insuficiencia de horas de jornada que tienen las auxiliares ya que es muy difícil alcanzar las 40 horas semanales y quien lo hace, mantiene una jornada partida de mañana y tarde incluyendo los sábados, lo cual imposibilita la conciliación de la vida familiar y personal.

E13:” para tener un sueldo mínimo tienes que trabajar 40 horas, pero nadie quiere un servicio muy temprano o al medio día, así que hacemos mañana y tarde, y así tú me dirás que vida tienes...”.

4 Discusión y conclusiones

La presente investigación ha permitido acercarnos a la realidad de la situación actual que viven las profesionales de ayuda a domicilio.

Uno de los elementos principales motivo de cambio en las labores de cuidado ha sido la reorganización familiar debido a la incorporación de la mujer al mercado laboral. Esta investigación pone de manifiesto el perfil feminizado aun de los profesionales encargados de las labores de cuidado, continúan siendo mujeres las que se encargan de los cuidados familiares. Esto evidencia aún el gran trabajo que hay que llevar a cabo para llegar

el concepto igualitario de profesionalización en este sector bajo el entendimiento de que lo importante es la profesionalidad de la persona que ejerce el cargo y no que sea mujer para asignar este tipo de tareas.

Continúa habiendo cierto rechazo y discriminación hacia las profesionales no autóctonas que se encargan de estas labores de cuidado y se enfrentan a perfiles de contratación no regulados por el sistema quedando fuera del mismo bajo una economía sumergida.

Pero, además, se debe tener en cuenta que este colectivo está sometido a enfermedades de depresión, ansiedad o síndrome de estar quemado (Alemany 2018).

Por otro lado, se hace necesario una mayor información a las familias sobre las tareas que corresponden dando importancia al acompañamiento y atención personal del mismo modo que la limpieza.

Paralelamente, el miedo de contagio tras la covid-19 ha influido de forma negativa en la actividad laboral bajo la intención preventiva de contagio por parte de las familias y ha propiciado el crecimiento de servicios privados de cuidado tanto de forma profesionalizada dentro del marco laboral como fuera del mismo.

Con todo esto, se concluye bajo la idea de visibilización de la profesión, y se evidencia el perfil feminizado aún de cuidado profesional, el precario sistema laboral que lo regula y por ende las irregularidades que sufren los profesionales que la ejercen, y sus infravaloradas actividades por parte de la sociedad y las familias. Paralelamente se constata la necesidad de continuar estableciendo espacios específicos de investigación y tratamiento que promuevan la evolución de este sistema de cuidado del servicio de ayuda a domicilio con políticas sociales que acompañen su desarrollo y su promoción dentro de un sistema laboral reconocido donde se destaca la importancia de la figura del coordinador trabajador social como elemento primordial.

Referencias bibliográficas

- Alemany, C. (2018). Mujeres cuidadoras, agotamiento y burnout. En *Geriatric Area*. Recuperado de <https://geriatricarea.com/mujeres-cuidadoras- agotamiento-y-burnout/>
- Alonso, F. J., Carmona de la Morena, J., Gómez, S., López, M. J., Orueta, R., Sánchez, A. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2 (7), 332-337.
- Brea Ruiz, M. (2015). *El Coste de Cuidar desde una Perspectiva de Género: Proceso Emocional de Personas Cuidadoras de Familiares Dependientes*. Universidad de Sevilla, Sevilla, España.
- Consejo de economía económico y social de España. (2022). *Mujeres, trabajos y cuidados: propuestas y perspectivas de futuro*. Recuperado de [es/recursos/estudiosMonografia/docs/Informe_MUJERES_TRABAJOS_Y_CUIDADOS.pdf](https://www.es/recursos/estudiosMonografia/docs/Informe_MUJERES_TRABAJOS_Y_CUIDADOS.pdf)
- Cuesta Toro, J. M. (2021). *Cuidando a mi madre gravemente enferma. Vivencias de una cuidadora de edad avanzada*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8245020>
- García Calvente, M. M., Gutiérrez, P., Mateo, I. (1999). *Cuidados y cuidadores en el Sistema Informal de Salud. Investigación cuantitativa*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Instituto de la Mujer. (2007). Cuidados a las personas dependientes en el ámbito familiar. *Estudio 102*. Recuperado de <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/cuidadosPersonasDependientesEst102.pdf>
- Martínez García, E., García Cantero, J. J., y Ortega, A. (2019). Estrategias de aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Educación y Gestión*, 17(49), 420-447. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/1695-6141-eg-17-49-00420.pdf>

- Mosquera Metcalfe I, Larrañaga Padilla I, Del Río Lozano M, Calderón Gómez C, Machón Sobrado M, García Calvente MM. (2019). Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: Estudio CUIDAR-SE. *Rev Esp Salud Pública; 93*. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/revista_cdrom/VOL93/ORIGINALES/RS93C_201901002.pdf
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres, (2021). *Una guía para las inversiones públicas del cuidado: Herramientas de apoyo en materia de política para estimar los déficits de servicios de cuidado, el costo de las inversiones para cubrirlos y sus beneficios económicos*. Organización Internacional del Trabajo. <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2021/04/policy-tool-care-economy>
- Organización Internacional de Trabajadores (2019). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_737394.pdf
- Rogero García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. (2016). *El 89% de los cuidadores en España son mujeres y en el 47% de los casos, el cuidador principal es un familiar*. <https://www.segg.es/institucional/2016/11/03/el-89-por-ciento-de-los-cuidadores-en-espa%C3%B1a-son-mujeres-y-en-el-47-por-ciento-de-los-casos-el-cuidador-principal-es-un-familiar>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Las transformaciones recientes del sistema de residencias geriátricas gallego

Raúl Rey-Gayoso, Universidade da Coruña (raul.reyg@udc.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El objetivo de esta comunicación es analizar algunas de las principales transformaciones que ha experimentado el sistema de atención residencial gallego en las últimas cuatro décadas, mediante un análisis de datos secundarios. Nos centramos en tendencias como el incremento de centros y plazas residenciales según titularidad y tamaño de los centros, índices de cobertura, el encaje de la atención residencial en el SAAD o el incremento de plazas de financiación pública. Concluimos con un análisis del impacto de la pandemia en la prestación del servicio de atención residencial del SAAD.

Palabras clave

Residencias, personas mayores, dependencia, Galicia

1 Introducción

El sistema de atención residencial geriátrica español afronta una serie de retos y problemáticas estructurales. La literatura especializada incide en la necesidad de acomodar el sistema residencial a los principios del modelo de atención centrada en la persona (MACP), mediante medidas como la reducción del tamaño de los centros, su organización en unidades de convivencia o la incorporación de metodologías que favorezcan el desarrollo de vidas significativas para las personas usuarias (Rodríguez, 2021; Díaz-Puga et al. 2022). Otros factores estructurales son la precariedad laboral del sector en categorías ocupacionales esenciales, bajas ratios de personal de atención directa, déficits en el sistema público de inspección, problemas en materia de coordinación sociosanitaria o, en regiones como la gallega, escasez de plazas residenciales para cubrir una demanda creciente (Marbán-Gallego et al. 2022; Martínez-Buján et al. 2022).

Diversas autoras coinciden en que el impacto de la pandemia de la covid-19 en el sistema de cuidados español ha desvelado problemáticas del sector residencial. Tras la pandemia se han aprobado diferentes medidas autonómicas y nacionales para regular los servicios de atención residencial en el marco de la denominada estrategia de desinstitucionalización inspirada en los principios del MACP (Díaz-Puga, et al. 2022). El gobierno gallego ha anunciado la aprobación de una nueva normativa inspirada en esta filosofía.

El objetivo de este trabajo es analizar las transformaciones del sistema de atención residencial gallego en las últimas cuatro décadas, recurriendo a una metodología mixta que combina explotación de datos secundarios con entrevistas a informantes clave. Los resultados se presentan en dos epígrafes. Primeramente, se analiza la evolución de la oferta residencial mediante un análisis de indicadores elementales. Seguidamente, se explora el encaje de la atención residencial en el sistema de atención a la dependencia (SAAD) gallego, incidiendo en el impacto de la pandemia de la covid-19. El fin del análisis es identificar tendencias de cambio, caracterizar la situación actual y rastrear retos de futuro del sistema residencial gallego.

2 Metodología

Recurrimos a una explotación de datos secundarios de diferentes fuentes estadísticas. Empleamos la base de datos de Envejecimiento en Red (EnR) para analizar la evolución del número de residencias según diferentes indicadores: a) evolución del número de plazas según tamaño y titularidad de los centros y b) índices de cobertura en diferentes áreas territoriales. EnR aporta datos para la serie temporal 2004-2020. Por ello, recurrimos a informes del IMSERSO sobre servicios sociales para personas mayores para obtener información del número de centros y plazas en años previos. Asimismo, empleamos estos informes para analizar la evolución del número de plazas según modalidad de financiación. Finalmente, utilizamos los informes mensuales del IMSERSO sobre el SAAD para analizar los cambios en la distribución de los servicios del SAAD en Galicia. Completamos este análisis estadístico con entrevistas a personal gerente y trabajadoras de residencias.

Las fuentes estadísticas consultadas presentan limitaciones. Primeramente, no recogen datos sobre el tipo de gestión de los centros. Tampoco aportan información sobre el perfil de persona usuaria (con autonomía o en situación de dependencia), ni información detallada sobre la organización de los centros, como ratios de personal o si se organizan en unidades de convivencia.

Finalmente, la utilización del índice de cobertura de atención residencial (IC en adelante) presenta fortalezas y debilidades. Este indicador expresa el número de plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años. Es utilizado por el IMSERSO y la OMS para evaluar la cobertura de atención residencial en un territorio. La OMS establece como valor recomendado 5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años. No obstante, su uso ha sido criticado por tomar como población de referencia personas mayores de 65 años, cuando la edad media de ingreso en una residencia en España es de 82 años. En cualquier caso, permite analizar la relación entre el incremento de plazas residenciales y el envejecimiento demográfico.

3 Resultados

3.1 Una panorámica general

El incremento de centros y plazas residenciales a nivel español durante las últimas cuatro décadas es notorio. Las estimaciones del Informe Gaur indican que en 1975 existían 55.000 plazas en asilos y residencias, presentando un IC de 1,5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años. En 2021 el IMSERSO registró 389.677 plazas en 5.529 residencias, con un IC del 4,2. Los datos para Galicia replican esta tendencia: de las 5.807 plazas distribuidas en 55 centros registradas por el IMSERSO en 1987 se ha ascendido hasta 21.646 plazas en 333 centros en 2020 (Tabla 1). Asimismo, el IC se ha duplicado (de 1,4 a 3,1), indicando un crecimiento de plazas superior al envejecimiento de la población gallega.

Tabla 1. Residencias, plazas (totales y del SAAD) e IC, Galicia (1987-2020)

| Año | Centros | Plaza totales | IC | Plazas SAAD |
|------|---------|---------------|-----|-------------|
| 1987 | 55 | 5.807 | 1,4 | - |
| 1999 | 97 | 8.985 | 1,7 | - |
| 2004 | 187 | 11.494 | 2,0 | - |
| 2007 | 204 | 12.991 | 2,2 | - |
| 2008 | 222 | 14.842 | 2,5 | 2.643 |
| 2010 | 274 | 18.116 | 2,9 | 4.748 |
| 2011 | 270 | 17.892 | 2,8 | 6.358 |
| 2012 | 267 | 17.984 | 2,8 | 7.587 |
| 2013 | 266 | 18.368 | 2,9 | 7.584 |
| 2015 | 294 | 20.048 | 3,1 | 7.647 |
| 2019 | 321 | 21.179 | 3,1 | 8.205 |
| 2020 | 333 | 21.646 | 3,1 | 7.941 |

Fuente: elaboración propia con datos del IMSERSO y EnR.

El incremento de plazas en las últimas dos décadas se vincula al desarrollo del SAAD. La aprobación de la Ley de Dependencia (LAPAD) en 2007 supuso un incremento de la financiación pública en materia de atención a la dependencia, incentivando la inversión en el sector y el aumento rápido del parque de plazas (Díaz-Puga et al. 2022). Entre 2004 y 2010 se produce un aumento de 6.700 plazas (4.748 atribuibles a plazas integradas en el SAAD) y 0,8 puntos del IC. Esta tendencia se ralentiza en 2011 por la crisis económica y los recortes en gasto social destinado al SAAD (Martínez-Buján y Rungo, 2021), produciéndose un descenso de 200 plazas entre 2010 y 2011, el primero de la serie temporal analizada. En 2015 se retoma la tendencia de crecimiento en un contexto de recuperación económica, llegando a 21.646 plazas en 2020.

Galicia es la sexta región española con un IC de atención residencial más bajo (3,1), situándose un punto por debajo de la media española (4,2). La distribución de plazas residenciales según provincias presenta disparidades territoriales. En 2020, las provincias con un mayor IC son Ourense (5,9) y Lugo (4,2). La provincia ouresana es la única que cumple las recomendaciones de la OMS. Esta elevada cobertura se debe al despliegue temprano de la Fundación San Rosendo (Durán-Vila, 2007), entidad religiosa con gran arraigo en el territorio, que en 2020 gestionaba el 32% de las plazas provinciales. A Coruña con 3,2 y Pontevedra con 2,3 plazas por mayor de 65 años quedan lejos de las recomendaciones de la OMS.

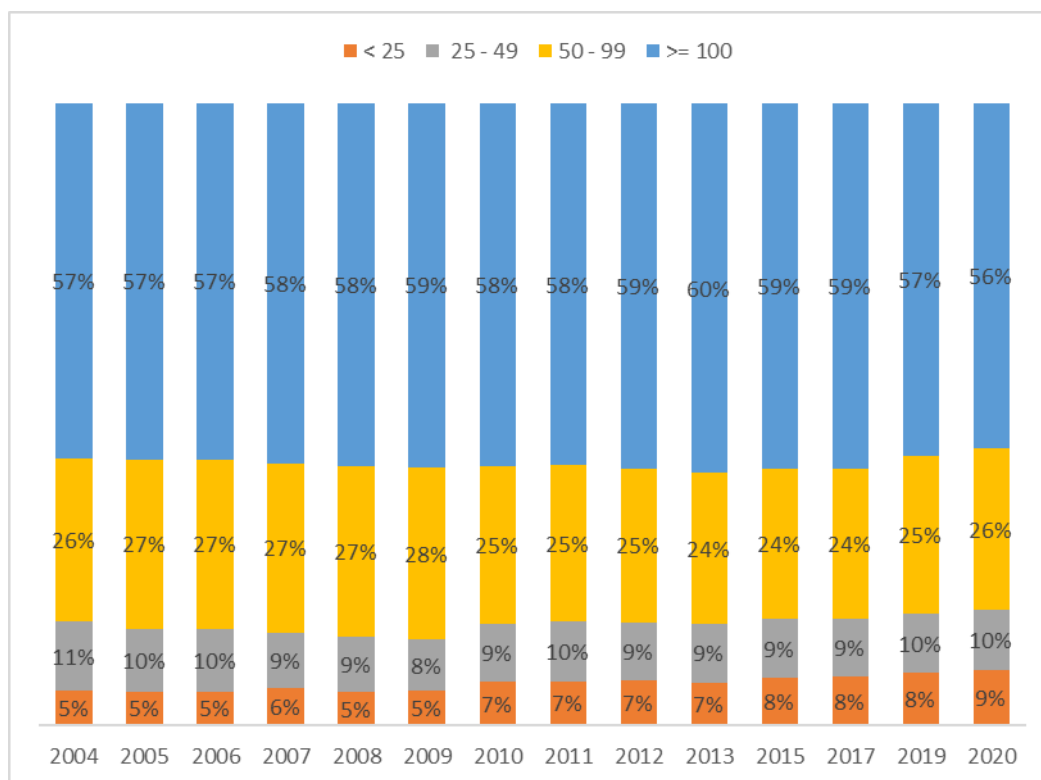
Tabla 11. Plazas residenciales e IC por provincias gallegas

| Año | Galicia | | A Coruña | | Lugo | | Ourense | | Pontevedra | |
|------|---------|-----|----------|-----|--------|-----|---------|-----|------------|-----|
| | Plazas | IC | Plazas | IC | Plazas | IC | Plazas | IC | Plazas | IC |
| 2006 | 12.405 | 2,1 | 3.906 | 1,7 | 2.333 | 2,4 | 3.015 | 3,2 | 3.151 | 1,9 |
| 2010 | 18.116 | 2,9 | 6.065 | 2,5 | 3.231 | 3,3 | 4.574 | 4,7 | 4.246 | 2,3 |
| 2012 | 17.984 | 2,8 | 5.840 | 2,3 | 3.397 | 3,5 | 4.689 | 4,8 | 4.058 | 2,2 |
| 2017 | 20.285 | 3 | 6.423 | 2,4 | 3.812 | 4 | 5.229 | 5,4 | 4.821 | 2,4 |
| 2020 | 21.646 | 3,1 | 6.973 | 2,5 | 4.022 | 4,2 | 5.676 | 5,9 | 4.975 | 2,3 |

Fuente: Elaboración propia a partir de EnR.

La evolución de plazas según tamaño de los centros indica un predominio estable de las residencias de 100 o más plazas (Gráfico 2). No existe consenso sobre el tamaño óptimo de los centros, aunque algunas autoras indican que las residencias de gran tamaño dificultan la construcción de entornos hogareños y vidas significativas para los usuarios (Rodríguez y Gonzalo, 2021). No obstante, la literatura especializada destaca que la organización de los centros en unidades de convivencia es un factor más importante en la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias que el tamaño de los centros (Díaz-Puga et al. 2022). No existen datos oficiales sobre la organización de los centros en unidades de convivencia. Sin embargo, en los últimos tres años se han aprobado normativas autonómicas y nacionales que limitan el tamaño de las residencias y favorecen la organización de los centros en unidades de convivencia. En entrevistas con gerentes y trabajadoras de diferentes residencias gallegas constatamos que tras la pandemia de la covid-19 algunos centros se están reorganizando en unidades de convivencia de alrededor de 25 usuarios, cifra que, presumiblemente, será la estipulada por el gobierno autonómico en la nueva normativa de atención residencial.

Gráfico 1. Plazas residenciales según tamaño del centro, Galicia (2004-2020).



Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO.

La mayoría de las residencias gallegas son de gestión y titularidad privada. En 2006, el 78,9% de los centros eran de titularidad y gestión privada, ascendiendo hasta 80,8% en 2012 para reducirse hasta el 76,3% en 2020. Un grado de “privatización” superior a la media nacional, que se situaba en 76,4% en 2006 y 70,5% en 2020. Además, gran parte de las residencias de titularidad pública son gestionadas por empresas privadas, a través de mecanismos de gestión indirecta. En 2020, el 89% de las plazas gallegas estaban gestionadas por entidades privadas (Rico, 2021). Desde finales de la década de 1990 y, en especial, tras la aprobación de la LAPAD, se ha incrementado la presencia del sector mercantil multinacional (Díaz-Veiga, et al. 2022). En Galicia, corporaciones como DomusVi u Orpea gestionan el 23,5% de las plazas.

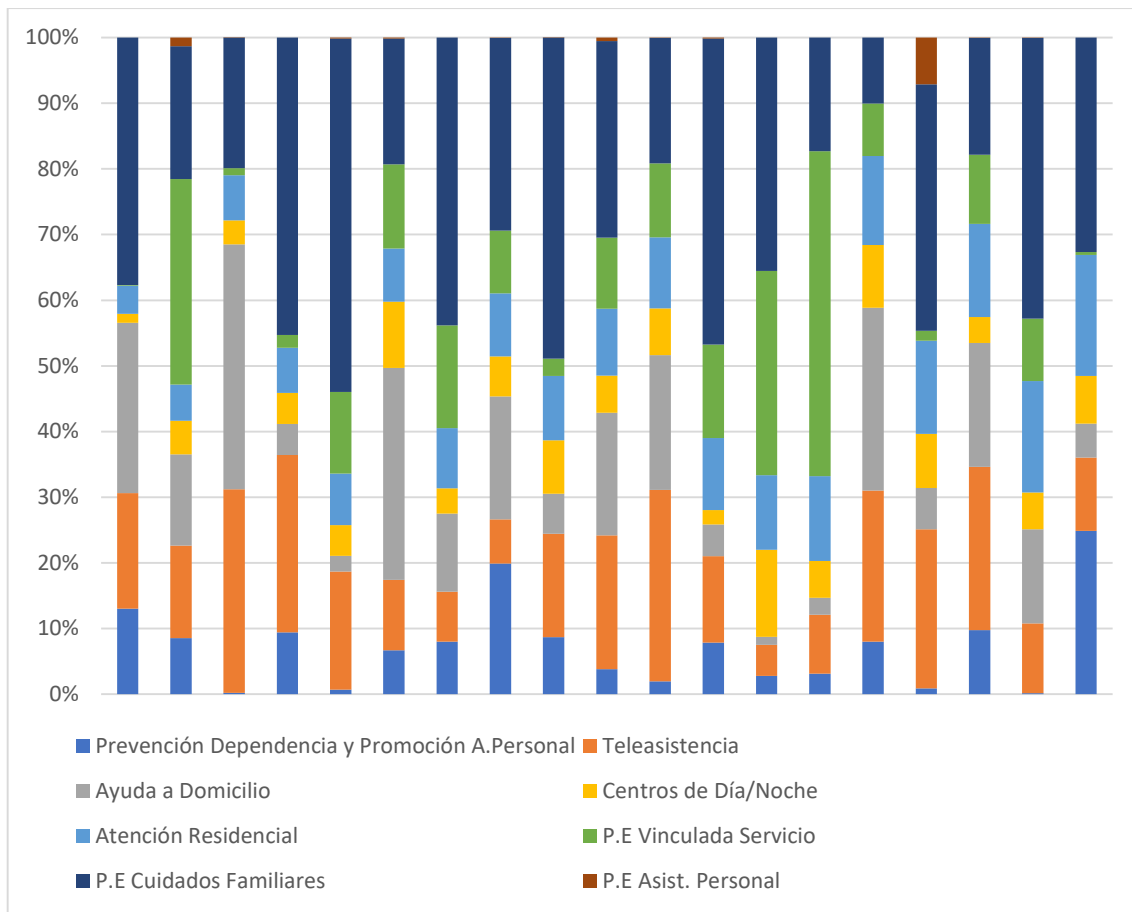
3.2 La atención residencial en el SAAD

Según la modalidad de financiación las plazas residenciales pueden ser de financiación pública o privada. Hasta la aprobación de la LAPAD, las plazas de financiación pública estaban integradas en los subsistemas autonómicos de servicios sociales para personas mayores. Actualmente, la mayoría de las plazas de financiación pública están integradas en el SAAD, aunque existen plazas para personas mayores al margen del SAAD; como las plazas para personas mayores de 65 años de los CAM de la Diputación Provincial de Lugo. Además, la administración pública ofrece cheques asistenciales para el pago de plazas de financiación privada. Según el IMSERSO, el peso relativo de plazas gallegas de financiación pública se ha incrementado en los últimos 15 años, pasando de suponer el 37,3% de plazas totales en 2008 al 60% en 2021.

El servicio de atención residencial del SAAD se otorga a personas en situación de dependencia con grado II o III (RD 1051/2013). La financiación de las plazas integradas en el SAAD es regulada por la administración mediante precios topados y copagos en función del grado de dependencia y la capacidad económica de la persona usuaria, garantizando el acceso al sistema. Si no existe oferta pública disponible, el SAAD otorga a la persona beneficiaria una prestación económica vinculada al servicio (PEVS) para la contratación de una plaza residencial mercantilizada hasta ingresar en una plaza de responsabilidad pública del sistema. Según el RD 675/2023 la cuantía máxima de la PEVS de atención residencial (PEVS-AR) es de 747,25€ mensuales. No obstante, Galicia es la comunidad donde la PEVS-AR media concedida a personas con grado III es de menor cuantía: 392,6€ frente a 568,4€ de media nacional. El acceso a plazas residenciales mediante PEVS-AR favorece la libre elección de centro para las personas usuarias (Rodríguez-Cabrero, et al., 2022), pero su financiación incrementa el copago asumido por los usuarios, estableciendo un copago invisible y comprometiendo el acceso real al sistema (ADGSS, 2023).

Uno de los problemas estructurales del SAAD es la heterogeneidad territorial del desarrollo y distribución de prestaciones y servicios que conforman su catálogo, debido a la descentralización de competencias en las CCAA (Martínez-Buján et al. 2022). Centrándonos en la distribución de servicios, Galicia es la segunda comunidad con mayor peso de servicios de proximidad como el SAD (32,3%) o servicios de centro de día/noche (10,1%), y se sitúa como la decimosegunda comunidad en beneficiarios con servicio de atención residencial: 8,1% frente al 10,2% de media nacional (Gráfico 4). Unos datos que corroboran la apuesta del gobierno gallego por el desarrollo de servicios de proximidad para favorecer el envejecimiento en el domicilio habitual (Martínez-Buján y Rungo, 2021).

Gráfico 12. Distribución porcentual de prestaciones y servicios del SAAD por CCAA (2022)



Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO.

Concluimos este apartado analizando el impacto de la pandemia en el servicio de atención residencial del SAAD. Durante el primer año de pandemia se produjo una refamiliarización de los cuidados, visible en el incremento relativo de las prestaciones económicas para cuidados familiares y el decrecimiento de servicios de centro de día y de atención residencial (Martínez-Buján et al. 2022). En Galicia, el número de personas beneficiarias de atención residencial ha decrecido de 8.128 antes de la pandemia a 7.084 en julio de 2023 (-27,1%), alcanzando un mínimo de 6.684 usuarios en octubre de 2022. Una tendencia que podría indicar pérdida de confianza por parte de familias y personas usuarias en los centros.

No obstante, estos resultados deben completarse con la evolución de las PEVS-AR. Estas prestaciones se han incrementado un 48,2%, ascendiendo desde las aproximadamente 4.094 personas beneficiarias en febrero de 2020¹ hasta las 6.066 en julio de 2023. Así, tras un leve decrecimiento en los dos primeros años de pandemia, el total de personas beneficiarias de atención residencial y PEVS-AR ha experimentado un incremento absoluto de 7,6% y un decrecimiento del 1,7% con relación al total de beneficiarios del SAAD (Tabla 3). Estos resultados relativizan el impacto a medio plazo de la pandemia en el descenso de usuarios de atención residencial del SAAD y el grado de refamiliarización. Además, indican un mantenimiento de los usuarios de atención residencial a costa de incrementar las PEVS-AR, recurso que encarece el copago asumido por los

¹ El IMSERSO ofrece datos sobre beneficiarios de PEVS-AR desde enero de 2022. Para estimar el número de beneficiarios en meses anteriores se ha aplicado a los PEVS totales de estos meses el porcentaje promedio de PEVS-AR sobre PEVS totales entre los meses de enero de 2022 y julio de 2023, obteniendo un promedio de 44,57% y desviación típica de 0,92.

usuarios. Así, de las 13.150 personas usuarias del SAAD beneficiarias de atención residencial o PEVS-AR en 2023, el 46,1% lo eran con PEVS-AR, un peso superior al 33,3% de media española.

Tabla 12. Personas beneficiarias del servicio de atención residencial y PEVS-AR del SAAD gallego

| | <i>Beneficiarios totales</i> | <i>Atención residencial</i> | <i>PEVS-AR</i> | <i>AR + PEVS-AR</i> |
|----------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------|---------------------|
| feb-20 | 73.604 | 8.128 | 4.094 | 12.222 |
| jul-20 | 73.141 | (11%) | (5,6%) | (16,6%) |
| jul-21 | 75.149 | 7.820 | 4.236 | 12.056 |
| jul-22 | 78.806 | (10,7%) | (5,8%) | (16,5%) |
| jul-23 | 87.989 | 7.115 | 4.385 | 11.500 |
| Variación feb-20/jul-23 | 19,5% | (9,5%) | (5,8%) | (15,3%) |

Fuente: elaboración propia a partir del IMSERSO.

Este doble proceso indica que el número de personas beneficiarias de atención residencial del SAAD se ha mantenido estable, pero que la oferta de plazas de financiación pública ha menguado y podría resultar insuficiente. La Consellería de Política Social cifra en 940 las personas en situación de dependencia en lista de espera para una plaza de financiación pública, aunque no existen datos oficiales publicados (Punzón, 2022). Este déficit de plazas queda recogido en el Plan Estratégico de Galicia 2022-2030 de la Xunta de Galicia, que propone alcanzar las 26.080 plazas residenciales para personas mayores en 2030, un objetivo que situaría el IC en 3,35 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años.

4 Conclusiones

La atención residencial geriátrica es un servicio en crecimiento. En menos de cuatro décadas el parque de plazas residenciales ha aumentado desde 5.807 en 1987 hasta las 21.678 en 2020, y la Xunta de Galicia prevé alcanzar las 26.080 en 2030. El sistema de atención residencial gallego destaca por: a) un predominio de residencias de titularidad y gestión privada (8 y 9 de cada 10 plazas respectivamente); b) un peso creciente de las plazas de financiación pública; y c) el predominio de residencias de gran tamaño (6 de cada 10 plazas se encuentran en residencias de 100 o más plazas). Este último factor es relevante para la estrategia de desinstitucionalización emprendida por gobiernos nacional y autonómicos (Díaz-Puga et al. 2022), favorable a topar el tamaño de los centros. La Xunta está preparando una nueva normativa en materia de atención residencial que podría regular este aspecto.

El índice de cobertura regional es de 3,1 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, situándose 1 punto por debajo de la media española y lejos de las 5 plazas recomendadas por la OMS. Estos resultados denotan un déficit de plazas residenciales para cubrir la demanda existente, un diagnóstico compartido por la Asociación Galega do Sector da Dependencia (Punzón, 2022).

Tras la pandemia de la covid-19 se ha producido doble proceso de decrecimiento de usuarios del SAAD con plaza de financiación pública y crecimiento de usuarios en plazas mercantilizadas con PEVS-AR. Este proceso implica un aumento del copago asumido por las personas usuarias (ADGSS, 2023) debido al déficit de plazas integradas en el SAAD.

Referencias bibliográficas

- ADGSS (2023). *XXIII Dictamen del Observatorio de la Dependencia*.
<https://directoressociales.com/project/dictamen-xxiii/>
- Díaz-Veiga, P., Sancho, M., & Rodríguez, T. (2022). Unidades de convivencia para personas mayores en el marco del proceso de desinstitucionalización. *Zerbitzuan*, (78), 51-66.
- Durán-Vila, F. (2007). Los servicios sociales especializados para la vejez: Las residencias de la tercera edad en Galicia. *Sémata*, (18), 205-227.
- Marbán-Gallego, V., Montserrat, J., & Rodríguez-Cabrero, G. (2021). El impacto de la Covid-19 en la población mayor dependiente en España con especial referencia al sector residencial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 159-168.
- Martínez-Buján, R. y Rungo, P. (2021). *O sistema de cuidados de longa duración en Galicia desde a perspectiva da prestación de servizos e de creación de emprego*. Consello Económico e Social de Galicia.
- Martínez-Buján, R., Jabbar, M. y Soronellas, M. (2022). Envejecimiento y organización social del cuidado en España, ¿en qué contexto irrumpe la covid?. En D. Comas-D'Argemir y S. Bofill-Poch, *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la covid-19*. Barcelona: Tirant Humanidades (pp. 37-91).
- Punzón, C. (20 de diciembre de 2022). Diez meses de espera para lograr una plaza en una residencia de mayores en Galicia. *La Voz de Galicia*. <https://www.lavozdegalicia.es/noticia/galicia/2022/07/02/diez-meses-espera-lograr-plaza-residencia-mayores-galicia/00031656759676975778842.htm>
- Rico, M. (2021). *¡Vergüenza! El escándalo de las residencias*. Madrid: Planeta.
- Rodríguez, P. (2021). *Las residencias que queremos*. Madrid: Catarata.
- Rodríguez, P., & Gonzalo, E. (2022). COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España. *Gaceta Sanitaria*, 36, 270-273.
- Rodríguez-Cabrero, G y Marbán-Gallego, V. (2022). *Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía persona y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD)*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechossociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

¿Revolución incompleta? Análisis de la distribución del trabajo reproductivo en las parejas convivientes en Andalucía

María Cascales Mira, Universidad de Sevilla



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La incorporación de las mujeres, de todos los estratos, a la esfera productiva ha supuesto un avance en términos de igualdad de género. A pesar de ello, la literatura señala que se ha dado una revolución incompleta o estancada, ya que a pesar de la entrada en el “primer turno” son ellas las que aún siguen soportando la mayor carga de trabajo en la esfera doméstica, asumiendo una doble presencia. El objetivo de esta investigación se centra en analizar tanto la distribución del tiempo (el cuanto) como la distribución de las tareas domésticas (el cómo) desempeñadas por hombres y mujeres en parejas heterosexuales convivientes, con el fin de descubrir si se mantiene la brecha de género doméstico. A través de un índice de desigualdad de tiempo y un análisis factorial se han medido los niveles de implicación en las tareas domésticas y de cuidados, atendiendo a ciertas características sociodemográficas. Los datos empleados son de la Encuesta Social 2019: Conciliación en el hogar. “Hábitos y Actitudes de la población andaluza”. Los resultados apuntan a una permanencia en la distribución desigual del tiempo y las tareas por género.

Palabras clave

Brecha género, división sexual trabajo doméstico, tiempo doméstico y de cuidados

1 Introducción

En 1989 Arlie Hochschild describió un proceso por el cual las mujeres habían entrado en el "primer turno" del mercado laboral, la revolución de género en el ámbito público, en su masiva incorporación al mercado laboral y otros espacios de dominancia masculinizada. Pero, a su vez, se había producido un cambio sorprendentemente escaso hacia el "segundo turno" doméstico, es decir, se había producido un estancamiento en la emancipación de las mujeres en el ámbito doméstico, destacando la idea de revolución estancada.

El debate sobre el avance hacia una igualdad de género en el ámbito doméstico continúa a día de hoy, con varias perspectivas sobre la mesa. Por un lado, los estudios basados en datos longitudinales, que abarcan amplios periodos temporales, tienen una visión optimista respecto al cambio: se está produciendo una mayor participación de los hombres, aunque de manera lenta y progresiva (Sullivan, Gershuny y Robinson 2018, Sullivan y Gershuny, 2018 Churchill y Craig, 2021). La brecha doméstica de género se ha reducido, aunque sigue siendo sustancial en muchos países (Campaña, Gimenez Nadal y Velilla, 2022). Ha habido lo que algunos autores denominan cambio generacional retardado, de proceso lento y a largo plazo, tendencia continua aunque desigual, con cierta ralentización, descartando así la hipótesis del estancamiento (Sullivan, 2006; Altintas, Evrim, & Sullivan, 2017). Por el contrario, ha habido un progresivo aumento del tiempo que los hombres dedican al ámbito doméstico, sobre todo en lo correspondiente a la crianza (Churchill y Craig, 2021). Estas investigaciones sobre el uso del tiempo informan sobre una tendencia general hacia la convergencia de género en el ámbito doméstico (Altintas & Sullivan, 2017; Guppy & Luongo, 2015; Sullivan et al., 2018), ya que a

largo plazo el tiempo que emplean los hombres ha aumentado a nivel internacional en los últimos 50 años (Sullivan y Gershuny, 2018).

Otros estudios tienen una imagen más pesimista de la brecha de género, ya que reportan un estancamiento de la segunda revolución (Kan et al. 2022; Kolpashnicova y Kan 2021). La segregación de tareas persiste, hombres y mujeres desempeñan tareas diferenciadas por género (masculinizadas, feminizadas y neutras), y por el compromiso con las mismas, siendo de naturaleza rutinaria o flexible (Perry-Jenkins & Gerstel, 2020). Los resultados de investigaciones basadas en datos transversales, que reflejan una fotografía del estado de la cuestión, coinciden en apuntar la persistencia de la brecha entre el tiempo que hombres y mujeres dedican a las actividades domésticas. Con independencia de la época o del territorio las mujeres dedican más tiempo que los hombres a las tareas domésticas como denominador común.

Los estudios que han analizado las diferencias entre territorios en base a los modelos de Estados del Bienestar muestran que los países más intervencionistas, que facilitan un soporte para la crianza, y a su vez los que tienen una mayor percepción de igualdad de roles en las parejas, presentan una menor brecha de tiempo dedicado a lo doméstico entre hombres y mujeres. Los países del modelo mediterráneo son los que mantienen esa brecha más amplia, hay mayores diferencias en el tiempo que ambos dedican, el Estado es menos intervencionista en gasto social para aliviar el peso de la responsabilidad a las mujeres y preservan nociones más tradicionalistas del rol de hombres y mujeres en la pareja. Acorde con las teorías del *Doing gender* (West y Zimmerman, 1987) las expectativas de roles de género juegan un papel importante en la división del trabajo doméstico (Davis & Greenstein, 2020; Lachance-Grzela & Bouchard, 2010) y España se caracteriza por un modelo de corte tradicional en este sentido (Alvarez y Miles-Touya, 2018).

Por otro lado, según el “Modelo de Equilibrios Múltiples” de Esping-Andersen et al (2013) las parejas en España se caracterizan por un modelo de especialización tradicional e inestable, en el que predomina la figura del “Male Breadwinner” (MBW) con parejas desempleadas dedicadas al hogar (Sánchez-Mira y Jackeline, 2019)

Teniendo en cuenta el presente marco, este trabajo investiga la brecha de género en el trabajo doméstico entre mujeres y varones heterosexuales que conviven en pareja. Nos preguntamos tres cuestiones importantes: si se ha producido un estancamiento en la revolución de género, es decir, si los varones hacen menos y las mujeres hacen más; cuál es la naturaleza de la distribución de las tareas por género, en términos de rutina o flexibilidad; y cuáles son los factores que influyen en el tiempo dedicado al trabajo doméstico.

Para resolver estas cuestiones se plantean dos objetivos:

1. “El Cuánto”→ Hay diferencias en la cantidad de tiempo que ambos dedican?
2. “El Cómo”→ Hay diferencias en la distribución de las actividades domésticas en la pareja?

2 Metodología

En relación a la operacionalización del “Cuánto”, las variables empleadas son: “Horas en día laborable dedica a tareas domésticas”; “Horas en día no laborable dedica a tareas domésticas”; “Horas en día laborable dedica a cuidar de las criaturas”; y “Horas en día no laborable dedica a cuidar de las criaturas”. La forma de operar estas variables ha sido la siguiente. En primer lugar, se ha obtenido la razón de proporciones entre mujeres y hombres de cada indicador, proporcionado una medida de cuántas veces es mayor o menor el tiempo que dedican las mujeres respecto a los varones, lo que nos ofrece una medida de la desigualdad en la dedicación a las tareas domésticas. La puntuación del ratio varía entre “0” y “+ ∞” por lo que la interpretación del resultado puede no verse clara. Para facilitar la interpretación de los datos hemos calculado el logaritmo neperiano de la razón de proporciones de los dos indicadores, de esta manera el valor cero indica que no existe desigualdad en

el uso del tiempo por género, menor que cero cuando la desigualdad repercute en las mujeres y mayor que cero cuando la desigualdad repercute en los varones.

Tabla 1. Indicadores del tiempo dedicado a tareas domésticas y de cuidado de criaturas

| Dimensiones | Indicadores | Variable |
|-----------------------------|---|------------|
| Tareas domésticas | Horas en día laborable dedica a tareas domésticas | HTAREAB3 |
| | Horas en día no laborable dedica a tareas domésticas | HTAREANOB3 |
| Cuidado de criaturas | Horas en día laborable dedica a cuidar de los hijos/as | HHB3 |
| | Horas en día no laborable dedica a cuidar de los hijos/as | HHNOB3 |

Fuente: Esoc_2019. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía

En relación a la distribución de las tareas, el “Cómo”, se ha realizado un análisis factorial con el fin de averiguar cómo se distribuyen las tareas realizadas en el hogar que incluyen actividades domésticas y tareas de crianza, y comprobar si existe un patrón común que responda a una agrupación de tareas latente. Las variables empleadas para el análisis factorial se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 2. Tareas domésticas del hogar y tareas de crianza

| Tareas | Categorías | Variable |
|---|--|------------|
| ¿En su hogar quién se hace cargo de las siguientes tareas?: | | |
| Poner la lavadora | 1=Siempre Ud.; 2=Habitualmente Ud.; 3=Ambos por igual; 4=Habitualmente su cónyuge o pareja; 5=Siempre su cónyuge o pareja; 6=Madre; 7=Padre; 8=Persona remunerada; 10=Otras personas | TAREAB31 |
| Tender la ropa | | TAREAB32 |
| Planchar | | TAREAB33 |
| Barrer y fregar | | TAREAB34 |
| Limpiar los baños | | TAREAB35 |
| Preparar las comidas | | TAREAB36 |
| Fregar la cocina después de comer | | TAREAB37 |
| Reparar | | TAREAB38 |
| Hacer la compra | | TAREAB39 |
| ¿Quién se suele ocupar de estas otras cuestiones relacionadas con el cuidado de los hijos/as?: | | |
| Planificar la compra y la comida | 1=Siempre Ud.; 2=Habitualmente Ud.; 3=Ambos por igual; 4=Habitualmente su cónyuge o pareja; 5=Siempre su cónyuge o pareja; 6=Madre; 7=Padre; 8=Persona remunerada; 10=Otras personas | GESTIONB31 |
| Planificar aspectos de ocio y vacas | | GESTIONB32 |
| Gestión general hogar para que todo encaje | | GESTIONB33 |
| Gestión comunicación y mantenimiento de la casa | | GESTIONB34 |
| Gestión citas médicas hijos | | GESTIONB35 |
| Gestiones escolares hijos | | GESTIONB36 |
| Gestiones excursiones hijos | | GESTIONB37 |
| Gestiones extraescolares hijos | | GESTIONB38 |
| Gestiones extraescolares hijos | | GESTIONB39 |

Fuente: Esoc_2019. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía

3 Resultados

3.1 El Cuánto. Distribución del tiempo dedicado a lo doméstico por género

La Tabla 3 presenta los resultados del tiempo dedicado a tareas domésticas en días laborales y no laborales. También se ha incluido un indicador del tiempo medio de horas de trabajo remunerado a la semana para poder ver la carga total de trabajo por género. En primer lugar, se aprecian diferencias acusadas en el tiempo medio dedicado al trabajo remunerado entre ambos, los varones dedican de media 8 horas más a la semana que las mujeres. La puntuación del Ln es superior a “0”, lo que nos informa de una desigualdad desfavorable para las mujeres, ellos dedican más tiempo de vida al trabajo remunerado. Por el contrario, cuando se observan los datos referentes al tiempo dedicado a las tareas domésticas y de cuidado de las criaturas se dan puntuaciones por debajo de “0”, ellas dedican más tiempo de vida al trabajo doméstico. La desigualdad más destacada la encontramos en las horas que las mujeres dedican a las tareas domésticas en un día laborable. La menor diferencia se da en la dedicación a las criaturas en fines de semana que, aunque sigue siendo más alta para las mujeres, los varones dedican un tiempo mayor que al resto de las tareas el resto de la semana.

Tabla 3. Tiempo medio dedicado a trabajo remunerado, tareas domésticas y crianza por sexo

| Indicadores | Varón | Mujer | Ratio V/M | LN |
|--|-------|-------|-----------|-------|
| Tiempo medio horas de trabajo remunerado a la semana | 41,6 | 33,7 | 1,23 | 0,21 |
| Horas en día laborable dedica a tareas domésticas | 1,87 | 4,17 | 0,45 | -0,80 |
| Horas en día no laborable dedica a tareas domésticas | 2,75 | 4,63 | 0,59 | -0,52 |
| Horas en día laborable dedica a cuidado de hijos | 2,68 | 4,54 | 0,59 | -0,53 |
| Horas en día no laborable dedica a cuidado de hijos | 5,84 | 6,83 | 0,86 | -0,16 |

Fuente: Esoc_2019. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía

3.2 El “Cómo”. Distribución de las actividades domésticas y de crianza por factores

Para encontrar factores latentes en la distribución de las actividades domésticas y las tareas de crianza se ha realizado un análisis factorial. El resultado del análisis ha sido la obtención de tres factores, que agrupan las actividades en las que han obtenido mayor puntuación. El primer factor reúne las tareas que podríamos etiquetar de mayor rutina ya que son actividades que se han de hacer de manera cotidiana para el funcionamiento y mantenimiento del hogar. En este primer factor encontramos no solo tareas de ejecución sino también algunas tareas de gestión del hogar, que implican un trabajo mental que supone también un esfuerzo añadido al peso de las tareas. El segundo factor recoge las puntuaciones más altas en tareas de gestión más relacionadas con la crianza, este factor es puramente de gestión rutinaria de la crianza. Por último, el tercer factor recoge las mayores puntuaciones en actividades que podrían tener un menor nivel de intensidad o rutina. La tabla 4 presenta los resultados.

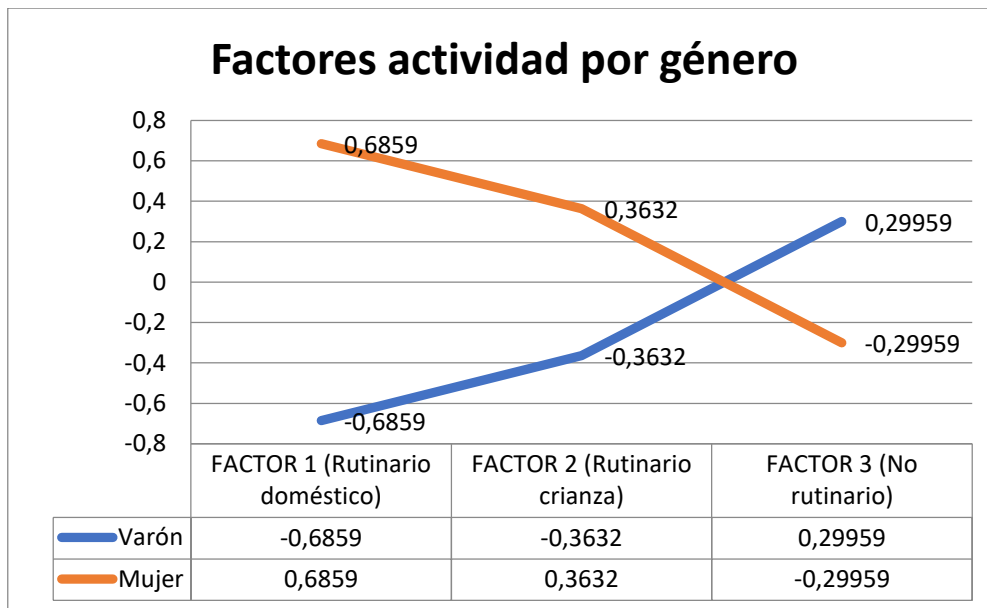
Tabla 13. Análisis factorial actividades domésticas y de crianza

| Actividades | Rutinario doméstico | Rutinario crianza | No rutinario (neutro) |
|---|----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Lavadora | 0,840 | 0,241 | -0,179 |
| Tender | 0,792 | 0,166 | -0,090 |
| Planchar | 0,762 | 0,186 | -0,222 |
| Barrer y fregar | 0,803 | 0,084 | -0,021 |
| Limpiar los baños | 0,814 | 0,134 | -0,144 |
| Cocina | 0,743 | 0,093 | 0,192 |
| Friega cocina | 0,700 | 0,071 | 0,179 |
| Gestión de compra y comida | 0,708 | 0,272 | 0,159 |
| Gestión general hogar | 0,551 | 0,448 | 0,208 |
| Gestión de ocio y vacaciones | -0,043 | 0,403 | 0,278 |
| Gestión comunicación y mantenimiento de la casa | -0,104 | 0,003 | 0,720 |
| Reparar | -0,561 | -0,250 | 0,475 |
| Compra | 0,440 | 0,051 | 0,589 |
| Gestión citas médicas hijos | 0,467 | 0,645 | -0,061 |
| Gestiones escolares hijos | 0,192 | 0,858 | -0,046 |
| Gestiones excursiones hijos | 0,255 | 0,809 | -0,148 |
| Gestiones extraescolares hijos | 0,089 | 0,819 | 0,018 |

Fuente: Esoc_2019. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía

Si analizamos los factores por género comprobamos que las mujeres obtienen mayores puntuaciones en el factor 1 y 2, que son los caracterizados por un trabajo doméstico de mayor rutina. En cambio, en el caso de los hombres la puntuación de estos mismos factores es por debajo de cero y positiva en el factor 3, caracterizado por tareas de baja rutina. Los hombres realizan las actividades caracterizadas por la literatura como flexibles, con un menor grado de disposición y rutina, lo que indica que tienen una menor incorporación en su organización vital de las actividades domésticas que necesitan más tiempo y dedicación.

Gráfico 1. Factores de trabajo doméstico y de cuidados por género



4 Conclusiones

En esta investigación se ha analizado la brecha de género en relación a la distribución desigual del tiempo dedicado a lo doméstico y la distribución de las tareas domésticas y de crianza entre hombres y mujeres. Acorde con los resultados, las mujeres siguen empleando más tiempo que los hombres tanto a las tareas domésticas como de cuidados. En el caso de éstas últimas la diferencia entre géneros es menor, ellos dedican más tiempo al cuidado de los hijos que a las tareas domésticas. Según estudios previos, el aumento de la participación masculina en lo doméstico se ha incrementado por una mayor implicación en la crianza, las demás actividades de trabajo en el hogar no alcanzan la misma implicación por parte de ellos. Esto viene a explicarse porque el modelo de crianza ha cambiado, sobre todo en el caso de las parejas de doble ingreso los varones han desplazado su papel de breadwinner como principal rol del padre cabeza de familia, y se han reconfigurado los significados de la paternidad, que incluiría mayor atención y dedicación de tiempo de calidad a las criaturas.

En el análisis de la distribución de tareas se han conformado tres factores que concentran las puntuaciones más altas en la distribución de esas actividades. Como resultado, se ha dado un factor con tareas de rutina doméstica, un factor con tareas de rutina en gestión de crianza y un factor con actividades de menor dedicación o rutina en el tiempo. Al cruzar este factor por género se comprueba que las mujeres destacan en mayor medida por realizar las actividades de mayor rutina tanto en las actividades domésticas como de crianza, siendo ellos los que más se concentran en las actividades de menor rutina, que se corresponden con las tareas masculinizadas acorde con la literatura.

Se concluye que, a día de hoy, la brecha de género en lo doméstico persiste en las parejas convivientes en nuestro país. En el “Cuanto”, las mujeres dedican más tiempo a las tareas domésticas que ellos, tanto en días laborales como no laborales, aunque las diferencias son menores en el tiempo dedicado al cuidado de las criaturas. En el “Cómo”, acorde con la literatura las mujeres siguen desempeñando las actividades domésticas y de crianza de naturaleza rutinaria, lo que supone mayor implicación, organización y dedicación de diario.

Estos resultados pueden ser tomados en cuenta para establecer políticas públicas que permitan amortiguar las desigualdades relacionadas con la división del trabajo doméstico, ya que acorde con literatura los países con mayor intervención estatal se caracterizan por una mayor reducción de la brecha de género doméstica.

Referencias bibliográficas

- Craig, Lyn, y Powell, Abigail. 2018. "Shares of housework between mothers, fathers and young people: Routine and non-routine housework, doing housework for oneself and others", *Social Indicators Research*, 136(1): 269–281. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1539-3>
- Esping-Andersen, G., D. Boertien, J. Bonke, y P. Gracia. 2013. «Couple Specialization in Multiple Equilibria». *European Sociological Review* 29(6):1280-94.
- Goldscheider Frances, Bernhardt Eva, Lappergard Trude,(2015) The Gender Revolution: A Gramework for Understanding Changing Family and Demographic Behavior. *Population and Development Review* 41 (2): 207-239.
- Hochschild Arlie Russell (1989). *The second shift*. New York: Avon Books
- Kolpashnikova Kamila y Kan Man-Yee (2021). Gender gap in houseworktime: how much do individual resources actually matter?, *The Social Science Journal*
- Sánchez-Mira, N., y O'Reilly, J. (2019). Household Employment and the Crisis in Europe. *Work, Employment and Society*, 33(3), 422–443.
- Sevilla-Sanz, Almudena, Giménez-Nadal, José I., & Fernández, Cristina (2010). Gender roles and the division of unpaid work in Spanish households. *Feminist Economics*, 16(4), 137–184.
- Sullivan Oriel. Gershuny Jonathan, Robinson John. P. (2018) Stalled or Uneven Gender Revolution? A Long-Term Processual Framework for Understanding Why Change Is Slow. *Journal of Family Theory & Review* 10: 263–279 DOI:10.1111/jftr.12248
- West, Candace, & Zimmerman, Don (1987). Doing gender. *Gender & Society*, 2, 125-151.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El impacto del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo

Eduardo Díaz Velázquez, Universidad de Alcalá (eduardo.diazv@uah.es)

Sergio Rubio Burgos, Universidad Complutense de Madrid (sergiorubioburgos@gmail.com)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Esta comunicación expone los principales resultados del estudio “Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)”, realizado para Plena Inclusión con la colaboración del SIIS Centro de Documentación y Estudios. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia sentaba las bases para garantizar como derecho subjetivo y universal la atención de las necesidades de apoyo de las personas en situación de dependencia mediante la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Este sistema se configuró para dar respuesta al incremento de un grupo poblacional que, por el proceso de envejecimiento, se encontraba en situación de dependencia funcional, pero otros colectivos, como el de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, que también podrían ser potenciales beneficiarios del sistema, inicialmente no fueron suficientemente tenidos en cuenta. El objetivo de este estudio era analizar la situación y el impacto de los servicios y prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, detectando las debilidades y fortalezas del Sistema en la atención del colectivo, así como en el proceso de valoración y en la asignación de prestaciones y servicios. Para ello, se planteó un abordaje metodológico plural que combinaba el análisis y revisión de fuentes secundarias, el desarrollo de una encuesta, en lectura fácil, dirigida a las personas con discapacidad intelectual y sus familias usuarias de Plena Inclusión y de servicios del SAAD (o que potencialmente fueran susceptibles de usarlos) y una encuesta dirigida a profesionales del sector que combinaba información cuantitativa y cualitativa.

Palabras clave

Discapacidad intelectual o del desarrollo, dependencia, necesidades de apoyo, autonomía personal, Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

1 Introducción

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia sentaba las bases para garantizar como derecho subjetivo y universal la atención de las necesidades de apoyo de las personas en situación de dependencia mediante la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD). El día antes de su publicación, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobaba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada posteriormente por España, cuyo propósito (artículo 1) es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y el respeto de su dignidad inherente”.

Mientras que la Convención está inspirada en los principios del paradigma de la autonomía personal y una perspectiva de derechos, la comúnmente denominada Ley de Dependencia aborda el binomio autonomía-dependencia desde un enfoque asistencialista (Rodríguez Cabrero, 2006), adoptando una definición restringida de la autonomía personal, entendida como la capacidad de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. El propósito original de esta ley era dar respuesta al incremento de un grupo poblacional que, por el proceso de envejecimiento, se encontraba en situación de dependencia funcional, por lo que la realidad de otros colectivos como las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (PCDID), que precisaban de otro tipo de apoyos para el ejercicio de su autonomía personal, sólo quedó plasmada en la norma de forma tangencial (artículo 2.4: “Necesidades de apoyo para la autonomía personal: las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad”).

La propia concepción inicial de la norma y los recortes sufridos en las modificaciones normativas realizadas posteriormente han definido el alcance del sistema y el desarrollo de los servicios y prestaciones que ésta establecía, lo que ha proporcionado un acceso desigual e insuficiente de las personas con discapacidad en los primeros años de desarrollo del sistema (Vilà, 2013). Las medidas del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, junto con los recortes establecidos en los Presupuestos Generales del Estado entre los años 2012 y 2014, redujeron intensidad y calidad de las prestaciones, disminuyeron la financiación del nivel mínimo garantizado y exigieron a los usuarios una mayor proporción de contribución propia para la prestación de los servicios mediante copagos (Montserrat, 2015: 26). Al mismo tiempo, hubo una reestructuración en la proporción del gasto en prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar y aumentó el gasto en servicios, sobre todo residenciales, lo que implicó una tendencia al alza de los procesos de institucionalización entre las PCDID, principalmente de los servicios de atención residencial y los centros de día y noche, presentes para un 32,4% y un 28,2%, respectivamente, PCDID con grandes necesidades de apoyo (Verdugo y Navas, 2016).

Exponemos a continuación los principales resultados del estudio “Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)”, publicado en 2020, una iniciativa de Plena Inclusión llevada a cabo con la colaboración del SIIS y cuyo trabajo de campo se desarrolló entre 2018 y 2019.

El objetivo de este estudio era analizar la situación y el impacto de los servicios y prestaciones SAAD en las PCDID, detectando las debilidades y fortalezas del Sistema en la atención del colectivo, así como en el proceso de valoración y en la asignación de prestaciones y servicios.

2 Metodología

La estrategia metodológica combinó el análisis de fuentes secundarias, una encuesta dirigida a las PCDID y sus familias y una encuesta dirigida a profesionales del sector que combinaba información cuantitativa y cualitativa.

Como técnica principal, se desarrolló la encuesta dirigida a PCDID y familias usuarias de Plena Inclusión y de servicios del SAAD o que, por su situación y necesidades de apoyo, fueran susceptibles de utilizar éstos. A partir de los datos de usuarios facilitados por las federaciones autonómicas, se realizó un muestreo por cuotas a partir de variables como la edad, el sexo, la comunidad autónoma, el grado de discapacidad y tamaño del municipio en el que la persona reside. En total se obtuvieron 1282 respuestas al cuestionario. Un 51,1% eran hombres y un 48,9% mujeres, más del 70% tenía entre 22 y 59 años y, por grado de discapacidad, prevalecían aquellas con un 75% o más.

El cuestionario, con la colaboración de la cooperativa Altavoz, se diseñó en lectura fácil para facilitar que las PCDID pudieran responder de manera directa y autónoma, o bien con apoyo de un familiar o un profesional de la entidad. Se administró a través de las federaciones autonómicas de Plena Inclusión. En un 52,4% de los casos fue contestado por la PCDID, principalmente con el apoyo de un técnico (37,3%), seguido del apoyo de un familiar (10,5%) y la persona de manera autónoma en un 4,6% de los casos. En el 47,6% de los casos en que ha contestado otra persona, en su mayoría lo ha hecho un familiar (43,1%), por lo general la madre (más del 60%), y un 4,5% por un tercero, que solía ser el tutor/a o un trabajador/a social. La existencia de proxys ha afectado en cierta medida a las respuestas, sobre todo cuando se pedía la valoración de los encuestados.

La encuesta dirigida a profesionales de las entidades contaba con preguntas cuantitativas y cualitativas para conocer su punto de vista en relación con el proceso de valoración, la idoneidad de prestaciones y servicios asignados, la posibilidad de elección de los servicios o prestaciones, adecuación de intensidades y dimensiones de apoyo, etc. La muestra se componía de 319 profesionales seleccionados a través de un muestreo intencional, utilizando como criterio de selección que pertenecieran a las federaciones autonómicas o entidades federadas y que trabajaran estrechamente en temas relacionados con el SAAD.

Tanto para la administración como la recogida de ambos cuestionarios se ha contado con la participación de las federaciones autonómicas de Plena Inclusión y sus entidades.

3 Resultados

3.1 El proceso administrativo de valoración y acceso al SAAD

El proceso de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia se prolonga de forma excesiva. Aunque lo más frecuente es que se reciba aproximadamente a los tres meses de realizar la solicitud, hay algunos casos excepcionales (sobre todo al inicio del Sistema) que elevan la media a los 9,8 meses. Más del 50% de los encuestados/as tuvieron que esperar seis o más meses para recibir su valoración.

Los/as profesionales de varias comunidades pusieron de manifiesto que los tiempos de espera seguían siendo demasiado largos, ya fuera por exceso de trabajo de los servicios de valoración, recortes de personal o funcionamiento inadecuado, aun con diferencias importantes por CCAA.

Los/as profesionales también coinciden en la falta de especificidad del baremo en relación las necesidades de las PCDID, centrándose demasiado en aspectos relacionados con el funcionamiento físico. Para ello, se recomienda que la valoración de la persona se haga en interacción con ella y en varios momentos durante un período de tiempo más o menos prolongado. Los/as profesionales también perciben que las revisiones en algunos casos se hacían “a la baja” (sobre todo a raíz de la crisis), reduciendo grado y, por consiguiente, intensidad de servicios o prestaciones.

En cuanto a la información recibida durante el proceso, las personas encuestadas piensan que sí recibieron información adecuada o suficiente, si bien tiende a señalarse más cuando son los familiares o las PCDID con apoyo de un familiar las que han contestado al cuestionario, que cuando quienes contestan son las PCDID por sí mismas o con apoyo de un profesional.

También se resalta que en muchas ocasiones el profesional no está especializado en DID y que puede darse tanto que pregunte únicamente a la persona como que, al contrario, lo haga en exclusiva al familiar que le acompaña en el proceso. El acompañamiento de los/as profesionales de las entidades es recomendable para reducir la incertidumbre, facilitar la comprensión y expresar las necesidades de apoyo y preferencias. El procedimiento administrativo debe ser más accesible cognitivamente, incorporando (entre otras adaptaciones)

la lectura fácil en la documentación y expedientes, explicando en qué consiste el Plan individual de Atención (PIA), para qué sirve la valoración, informando detalladamente de los servicios y prestaciones, cuáles son los plazos administrativos, etc. Se precisa, por tanto, formación específica sobre PCDID y sus necesidades de apoyo a los profesionales que realizan la valoración.

3.2 Prestaciones y servicios recibidos

El 53,8% de las PCDID han continuado recibiendo el servicio que ya recibían antes de la implantación del SAAD por lo que, en cierta medida, el SAAD ha supuesto una reorganización de los recursos existentes sin apreciarse un impacto real en la vida de las personas, pues para muchos ha habido continuidad en el recurso y no les han dotado de nuevos apoyos o servicios.

El tiempo de espera mediano para recibir el servicio o prestación es de 5,5 meses. Los profesionales indican que las listas de espera se prolongan demasiado.

Una vez el derecho se hace efectivo, se recibe una media de 1,35 servicios o prestaciones por usuario. Entre el total que se reciben, un 72,1% son servicios y un 27,9% prestaciones.

El servicio predominante entre las personas encuestadas es el centro de día (recibido por un 51,9%), seguido del servicio residencial (25,7%) y el servicio de promoción a la autonomía personal (11,5%). En cuanto a prestaciones, predominan la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (26,5%), seguida de la prestación económica vinculada al servicio (un 7,7%) y la de asistencia personal (3,1%).

No obstante, el 94% señala que sí pudieron elegir el servicio o prestación que se les asignó y el 81,3% eligió el centro o lugar concreto en el que disfrutar del servicio.

En cuanto a las prestaciones económicas, en el caso de aquella para cuidados en el entorno familiar, recibida por un 26,5% del total, se percibe un importe medio de 290,6€, siendo la cuantía más frecuente los 387,64€ y la máxima los 554,85€. En el 88,4%, el familiar que cuida a la persona en situación de dependencia es una mujer, lo que pone de relieve la feminización del cuidado.

La prestación económica de asistencia personal apenas la reciben 33 personas, el 3,1% de las PCDID encuestadas. De media, la cuantía fue de 347,8 euros, siendo la más habitual los 369€.

En cuanto a la prestación económica vinculada al servicio, aunque únicamente la perciba un 7,7%, el valor más frecuente fue de 300 euros, pero la media del coste del servicio era de 756,15 euros, lo que supone que los beneficiarios ponían de su bolsillo parte del coste del servicio, en algunos casos más de la mitad del mismo.

En todo caso, en torno al 90% está satisfecho tanto con el tipo de prestación o servicio recibido, como con su utilidad o las horas de servicio recibidas. También es mayoritaria la satisfacción con el precio que se paga por el servicio, si bien la mayoría de aquellos que reciben prestación no lo están con la cuantía asignada (48,5%).

Esta satisfacción general con los servicios recibidos está estrechamente vinculada con quién los presta: el 83,1% reciben los servicios a través de una entidad del sector de la discapacidad, en su mayoría de Plena Inclusión. Muchos ya recibían previamente ese servicio o bien recibían otro servicio en la misma entidad. La familiaridad y cercanía de recibir el servicio en su entidad de referencia es clave para su satisfacción y, en definitiva, para el buen funcionamiento del SAAD.

Por el contrario, buena parte de los profesionales considera que falta personalización y adaptación del sistema a las necesidades y preferencias de este colectivo (adaptación que corre a cuenta de las entidades), insuficientes recursos e intensidad de los servicios, sobre todo para aquellas personas con mayores necesidades de apoyo. Eso no es óbice, en todo caso, para que la gran mayoría de las PCDID y profesionales encuestados consideren

que los servicios y prestaciones del SAAD han mejorado su calidad de vida (79,1% y 74,5%, respectivamente) y que, junto a otros servicios sociales y prestaciones complementarias que reciben, dan respuesta a sus necesidades (un 60,7%). Por el contrario, sólo el 24,2% de los profesionales considera que esos servicios y prestaciones cubren adecuadamente sus necesidades.

3.3 La participación económica

Prácticamente la mitad de la muestra pagaba una parte de sus servicios, de media unos 282 euros, frente a un coste medio total del servicio de 952,7 euros. Esa mitad que realiza copago suele pagar entre el 25 y el 30% del coste total del servicio.

El patrimonio se está teniendo en cuenta en un 60% de las personas que realizan copago, en la mayoría sólo el de las personas beneficiarias y no el de toda la familia, salvo excepciones (15,3%), y con un cómputo que suele ser de media el 66% del mismo, aunque en más del 40% de los casos se tiene en cuenta el 100%.

La cuestión clave es dirimir si este copago es excesivo o no. Entre las personas que realizan copago de sus servicios, el 21,6% indicaba que no le quedaba nada para sus gastos personales una vez realizado, lo que podría considerarse un copago confiscatorio.

En todo caso, un 58,1% de quienes copagan están de acuerdo con participar económicamente en el pago de los servicios.

4 Conclusiones

Aunque la mayoría de las personas encuestadas está satisfecha con los servicios del SAAD recibidos, en gran medida se debe a que buena parte de ellas ya recibía esos servicios previamente por entidades asociadas a Plena Inclusión, que adaptan los recursos y servicios del SAAD a sus necesidades. Sin embargo, la cartera de servicios y prestaciones, así como el procedimiento de valoración, no se adaptan a las necesidades de PCDID, ni se orientan a la promoción de la autonomía personal, la vida independiente y la inclusión en la comunidad, de acuerdo con el artículo 19 de la Convención.

Entre las mejoras que deberían realizarse, cabría destacar:

- Reducir los tiempos de espera tanto para la valoración y el reconocimiento de la situación de dependencia como para acceder a prestaciones y servicios, que en ocasiones son excesivos.
- Revisar el baremo y el proceso de valoración teniendo en cuenta las necesidades de apoyo de la PCDID y formando a los profesionales en las mismas.
- Garantizar que el proceso sea claro y accesible cognitivamente para permitir la comprensión y la participación de la PCDID en el mismo.
- Reorientar los servicios y prestaciones a las necesidades de las PCDID, posibilitando la autonomía, la toma de decisiones, la vida independiente y la inclusión en la comunidad, permaneciendo en su lugar de residencia elegido con los apoyos que precise.
- Evitar la existencia de copagos confiscatorios y excesivos, sobre todo entre aquellos/as usuarios/as con menor poder adquisitivo.

Referencias bibliográficas

Díaz Velázquez, E., Rubio Burgos, S. (2020). *Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)*. Plena Inclusión.

- Montserrat, J. (2015). Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia: retos del futuro. *Zerbitzuan*, 60: 9-30.
- Rodríguez Cabrero, G. (2006). La protección social a las personas en situación de dependencia en España en el contexto de las políticas europeas de cuidados de larga duración. *Actores sociales y reformas del bienestar*. Consejo Superior De Investigaciones Científicas.
- Verdugo, M.A., Navas, P. (2016). *Todos somos todos: derechos y calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y mayores necesidades de apoyo*. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Vilà, T. (2013). *Evolución y reforma del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Fundación Caser para la Dependencia.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Las y los jóvenes ante los cuidados: valor asignado y relevancia de las figuras que los prestan

Autor



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El estudio que aquí se presenta tiene como finalidad conocer, por parte de alumnado de la Universidad de La Laguna, quiénes son las personas y figuras que realizan las tareas de cuidado en su hogar, además de indagar sobre la percepción de la igualdad de estos y estas jóvenes. Para ello se realizó una investigación cuantitativa donde participaron 167 estudiantes empleando un cuestionario con variables sociodemográficas e ítems sobre la percepción de la igualdad. Los resultados muestran que los y las jóvenes son capaces de identificar la discriminación por razón de sexo y género pero que las tareas de cuidado siguen recayendo en las mujeres del hogar. A la luz de los resultados, se plantean investigaciones futuras con una muestra más heterogénea y con comparaciones entre grupos.

Palabras claves

Cuidados, roles y estereotipos de género, jóvenes, intervención social, igualdad

1 Introducción

En 1975 Gayle Rubin acuña el constructo “sistema sexo/género” haciendo referencia a que el sexo eran aquellas diferencias biológicas entre hombres y mujeres mientras que el género son los aspectos sociales adscritos a las diferencias sexuales. Estos conceptos asumen por un lado lo natural y estable del sexo frente a lo relacional, jerárquico, histórico y cambiante del género, ya que los aspectos sociales que se le asignan difieren en función de la época, las sociedades, etc. (Gómez, 2009).

Estos aspectos sociales se aprenden e interiorizan a través de la socialización, que es entendida como al proceso mediante el cual las personas pertenecientes a una sociedad o cultura aprenden e interiorizan un repertorio de normas, valores, creencias, costumbres, funciones y expectativas de su grupo y las formas de percibir la realidad que los dotan de las capacidades necesarias para desempeñarse satisfactoriamente en la interacción social con otras personas. (Fernández y Ponce de León, 2012, p.47). Hoy día los principales agentes de socialización son la familia, la escuela, el grupo de iguales y con una gran relevancia, los medios de comunicación, inculcando y manteniendo entre todos estos agentes los roles y estereotipos de género. Por un lado, los roles de género hacen referencia al “abanico de conductas consideradas propias de hombres y de mujeres, es decir, masculinas o femeninas (...)” (Fernández y Ponce de León, 2012, p.60) mientras que los estereotipos de género tienen que ver con “ideas preconcebidas acerca del comportamiento de hombres y mujeres, generadas en torno a la idea sobre cómo deben comportarse y los papeles que deben desempeñar además de cómo deben relacionarse entre sí (González-Anleo et al., 2018, p.90).

Así pues, aún hoy se espera de los hombres que sean más agresivos, astutos, fuertes, entre otras características, mientras que de las mujeres se espera que sean cálidas, sensibles, ingenuas, etc. (Castillo y Montes, 2007). El calado de los roles y estereotipos de género se puede apreciar en la división sexual o generizada del trabajo,

donde los hombres ocupan el lugar productivo (ámbito público) y las mujeres el reproductivo (ámbito privado). A pesar de que las mujeres se han incorporado al ámbito productivo, aunque en unas condiciones diferentes a las de los hombres, no se ha producido una incorporación equiparable de los hombres al ámbito privado, donde tienen lugar las tareas de cuidado y el aspecto más emocional de las relaciones. Además, dado que estos roles tienen una distinta valoración social, la división sexual del trabajo se traduce en relaciones jerárquicas de poder y por lo tanto en desigualdad (Instituto de las Mujeres, 2023). Cabe destacar que los avances en igualdad de las últimas décadas han sentado las bases para equilibrar la balanza, aunque aún quedan retos y cuestiones por resolver. Uno de estos principales retos es, precisamente, el de las tareas de cuidado, donde la división entre lo "propio de los hombres" y lo "propio de las mujeres" es aún muy patente; prueba de ello son los datos que se exponen a continuación.

Por un lado, y siguiendo el planteamiento de la división sexual del trabajo, respecto al ámbito público (productivo), pese a una mayor equiparación en el nivel de estudio de hombres y mujeres, alcanzando las mujeres más estudios superiores que los hombres, es evidente cómo esta situación no se traslada al mercado laboral, donde las mujeres tienen una mayor presencia en sectores como sanidad, educación o comercio al por menor mientras que los hombres en puestos de dirección y trabajos manuales (INE, 2022) quedando clara la segregación horizontal y vertical entre hombres y mujeres. Por ejemplo, en los puestos de gerentes y director en el año 2022 el 5,3 % eran ocupados por hombres frente al 3,3% de mujeres, mientras que, en empleos contables, administrativos y otros empleados de oficina el porcentaje mayor era en las mujeres (15,2%) frente a los hombres (6,2%) (INE, 2022).

Asimismo, siguiendo con el INE, las tasas de desempleo son mayores en las mujeres, un 16,8% frente al 13,2% de los hombres, además de que las excedencias para el cuidado de hijos, o la combinación de excedencia y permiso de maternidad o paternidad es mayor entre las mujeres: en 2018 2,9% de hombres solicitaron excedencia y 13,5% la combinación de excedencia y permiso frente al 3,6% y 17,7% respectivamente de las mujeres.

Por otro lado, en cuanto al ámbito privado, los últimos datos publicados por el Instituto de las Mujeres respecto a los usos del tiempo en el año 2012, muestran que las mujeres dedican 4,7 horas al hogar y la familia frente a 1,54 horas de los hombres.

Si se toma en consideración la unión del ámbito público y privado, se puede observar cómo las mujeres que trabajan fuera del hogar (77,5%) siguen alcanzando porcentajes más elevados respecto a los hombres (32,9%) en las tareas de cuidados y domésticas frente a un 2,3% y a un 15,4%, respectivamente, que no realizan estas tareas nunca (INE, 2022).

A la luz de esta introducción se ha querido comprobar si esta realidad se puede trasladar también a los y las jóvenes universitarias.

2 Metodología

Se ha empleado una metodología cuantitativa, utilizando ítems de dos cuestionarios con los que medía la actitud hacia la igualdad de género, cuyos resultados se han comparado en función de las variables sociodemográficas y la respuesta a cuál era su figura principal de cuidado.

2.1 Participantes

Han participado 167 alumnos y alumnas de la Universidad de La Laguna, con las características que figuran en la tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra

| | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------|
| Sexo | 37 hombres (22,2%) | 128 mujeres (76,6%) |
| Edad | Min: 17 años Max: 33 | 20,69 (media) 3,061 (DT) |
| Grado que cursa | Derecho | 3 (1,8%) |
| | Educación social | 3 (1,8%) |
| | Ingeniería | 2 (1,2%) |
| | Magisterio (de infantil y de primaria) | 8 (4,8%) |
| | Periodismo | 9 (5,4%) |
| | Psicología | 6 (3,6%) |
| | Trabajo Social | 132 (79%) |
| | Otro: CC de la actividad física y del deporte, Máster | 4 (2,4%) |
| Nivel de estudios de progenitores | Estudios básicos | 24 (14,4%) |
| | Graduado escolar | 19 (11,4%) |
| | ESO | 20 (12%) |
| | FP nivel medio | 19 (11,4%) |
| | FP nivel superior | 15 (8,9%) |
| | Bachillerato | 20 (12%) |
| | Universitarios | 35 (21%) |
| | Perdidos | 15 (8,9%) |
| | Primario | 3 (1,9%) |
| | Industria | 2 (1,2%) |
| Sector en que trabaja la madre | Construcción | 1 (0,6%) |
| | Servicios | 109 (68,6) |
| | No trabaja | 21 (12,6%) |
| | Tareas del hogar | 19 (11,4%) |
| | Autónoma | 4 (2,4%) |
| | Perdidos | 8 (4,8%) |
| | | |
| Sector en que trabaja el padre | Primario | 4 (2,4) |
| | Industria | 10 (6%) |
| | Construcción | 20 (12%) |
| | Servicios | 76 (45,5%) |
| | No trabaja | 12 (7,2%) |
| | Tareas del hogar | 0 |
| | Autónomo | 11 (6,6%) |
| Perdidos | 34 (20,4%) | |

Para acceder a la muestra se empleó el muestreo por conveniencia, siendo el principal destinatario del cuestionario el colectivo al que se tiene mayor acceso alumnado de trabajo social, así como el muestreo por bola de nieve, ya que se solicitaba colaboración en la difusión del mismo.

2.2 Instrumentos

El cuestionario se ha diseñado *ad hoc*, a partir de los instrumentos de Sola et al. (2003) y Axpe et al. (2020) acerca de la percepción de la igualdad. De dichos cuestionarios se han seleccionados los ítems que miden los siguientes factores y/o dimensiones: Dinámicas y roles grupales (cuatro ítems), naturalización de la diferencia (cinco ítems) y ámbito de lo privado (cuatro ítems). Estos factores y/o dimensiones poseen en esta muestra valores de alfa de 0,626, 0,603 y 0,722 respectivamente.

El cuestionario diseñado está formado por un total de 13 ítems en formato escala Likert, donde se debe responder del 1 al 7 donde 1 es *totalmente en desacuerdo* y 7 *totalmente de acuerdo*. Previa a los ítems se encontraba el consentimiento para responder el mismo, así como los datos de índole sociodemográfica, donde se recogía: sexo, edad, grado que se cursa, con quién se vive, trabajo y nivel de estudios de los y las progenitores/as, nivel económico de la familia, figuras de cuidado y profesionalización del cuidado.

2.3 Procedimiento

Se han empleado dos vías para administrar el cuestionario: la primera, acudir a aulas de las mencionadas titulaciones donde se proyectaba un código QR que daba acceso al enlace a la plataforma *Google Forms* donde estaba disponible el cuestionario, y la segunda vía, la de compartir el enlace por email al alumnado y profesorado. En ambos casos se pedía a las personas participantes que difundieran el mismo entre otros grupos de alumnos y alumnas.

Las respuestas obtenidas fueron volcadas al programa SPSS, la muestra fue depurada y se realizaron los análisis pertinentes. También se crearon las variables de los factores señalados anteriormente a partir de sus ítems y se realizó la clasificación por sectores de las profesiones de padres y madres.

3 Resultados

Sobre las variables relativas al entorno cercano de los y las participantes, aquellas cuestiones referentes a su familia, figuras de cuidado y personas con quien conviven, podemos decir que se trata de una muestra con características de convivencia clásicas; los resultados muestran que viven principalmente con su familia nuclear (58,1%; tabla 2); consideran que su familia tiene un nivel socioeconómico medio (Figura 1) y la principal figura de cuidado es la madre.

Este último dato, merece un análisis más específico:

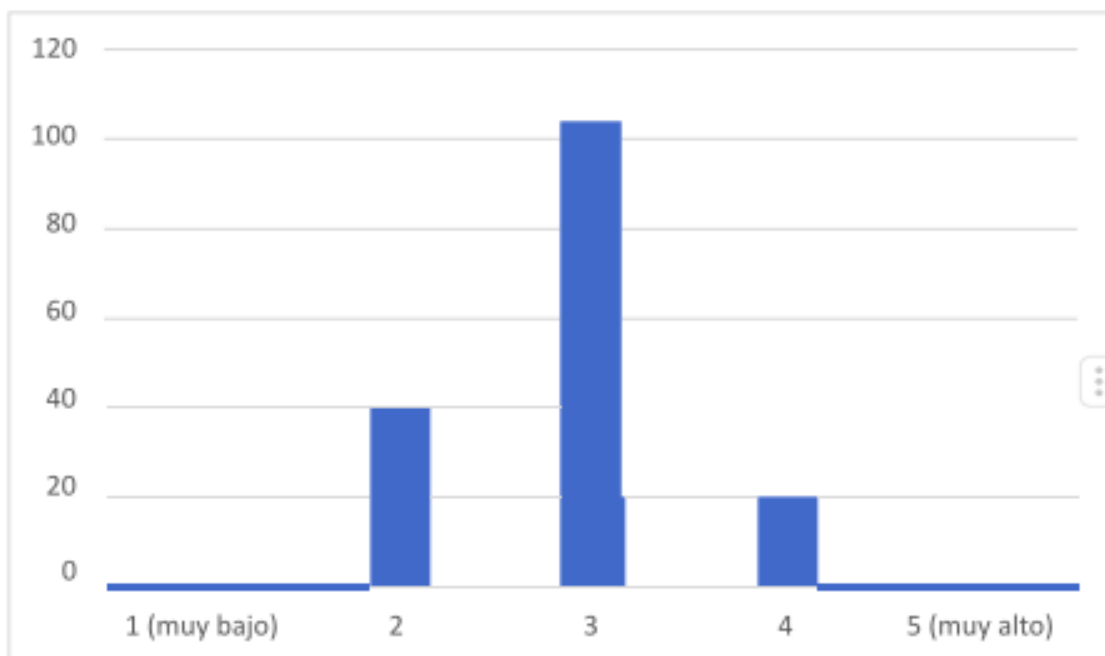
- En 40 ocasiones se nombra como figura de cuidado conjuntamente a la madre y al padre de manera expresa.
- La madre es la figura exclusiva de cuidado en 28 ocasiones y otras 28 lo es junto a otra persona que no es el padre, principalmente abuelos/as.
- El padre es la figura exclusiva de cuidado en dos ocasiones.
- La abuela es nombrada de forma expresa en 35 ocasiones, siendo tres de ellas de manera exclusiva.
- El abuelo aparece de forma expresa en seis ocasiones, ninguna de ellas de manera exclusiva.
- La díada abuelos aparece nombrada en 23 ocasiones, en cuatro se explicita que son los maternos y en dos que son los paternos.

- Otras figuras de cuidado que se nombran, sin ser exclusiva ninguna de ellas, son: hermana (16 ocasiones); hermano (11); hermanos (3); pareja (5); tía o tías (12); tío o tíos (3); padrastro (3); amiga de mi madre (2); amiga (2); canguro (1).

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes relativos a con quién(es) viven las personas de la muestra

| Opciones | Frecuencias | Porcentajes |
|--|-------------|-------------|
| Combinación de familia nuclear y extensa | 5 | 3% |
| Con amistades pero no piso de estudiantes | 3 | 1,8% |
| Con familia extensa (abuelas, abuelos, tías, tíos, primos, primas) | 4 | 2,4% |
| Con familia nuclear (padres, madres, hermano(s), hermana(s)) | 97 | 58,1% |
| Con mi pareja | 10 | 6% |
| Familia monoparental | 3 | 1,8% |
| Familia reconstituida | 3 | 1,8% |
| Piso compartido mientras estudio | 30 | 18% |
| Recurso residencial | 2 | 1,2% |
| Sola/o | 7 | 4,2% |
| Otro | 3 | 1,8% |

Gráfico 1. Nivel socioeconómico asignado a su familia.



Por último, en lo que se refiere al cuidado, en 19 familias ha habido una figura externa de cuidado, lo que supone el 11,4% de la muestra.

En lo que se refiere a la percepción de la igualdad, se han estudiado tres dimensiones. La dimensión Dinámicas y roles grupales se refiere a los roles, capacidades y tareas que el alumnado entiende que le corresponden a

hombres y a mujeres, convirtiendo los estereotipos de género en hechos en el ámbito laboral. Así, cuanto mayor es la puntuación, más peso tienen los estereotipos. Los resultados en esta muestra indican que no hay una percepción sexista, sino que se han superado determinados estereotipos.

La dimensión Naturalización de la diferencia es la que explora si las diferencias debidas al género se convierten en naturales para legitimar y justificar la discriminación. Esta muestra de alumnado no considera las diferencias una cuestión natural sino debido a la socialización.

Por último, la dimensión Ámbito de lo privado analiza si quienes contestan al cuestionario consideran que existe diferencias entre sexo en este ámbito, especialmente en el terreno de los cuidados. Como podemos ver en la tabla 3, el alumnado de la muestra no considera que los cuidados sean una tarea propia de las mujeres.

Tabla 14. Descriptivos en función de las dimensiones

| Dimensión | Mínimo y máximo | Media | DT |
|-------------------|-----------------|-------|-------|
| Dinámicas y roles | 1 – 6,75 | 1,66 | 0,844 |
| Naturalización | 1 – 5,60 | 2,25 | 0,926 |
| Ámbito privado | 1 - 7 | 1,93 | 1,120 |

Al realizar análisis exploratorios no se encuentra ninguna relación significativa: ni de las dimensiones sobre la percepción de la igualdad con el sexo, el sector profesional de sus padres o el nivel socioeconómico; tan sólo entre las dimensiones entre sí.

4 Conclusiones

Pese a las ideas previas que motivaron esta investigación, no se han encontrado resultados que avalen la relación entre la consideración de las tareas de cuidado como algo que incumbe preferentemente a las mujeres, tal como se vio en la introducción. El rechazo de esta hipótesis de partida se trata sin duda de un elemento positivo porque pone de manifiesto que las nuevas generaciones son capaces de identificar como estereotipos aquellos que evidencian en mayor medida una discriminación entre hombres y mujeres. Así se evidencia en las dimensiones que forman parte de la percepción de la igualdad, donde todas las medias son más próximas al límite inferior. Sin embargo, inferimos que estos resultados están mediados por una mayor sensibilización en temáticas relativas a la igualdad, ya que la mayor parte de la muestra está compuesta por alumnado de Trabajo Social. Esto en sí mismo es también un resultado, pues no se ha logrado recabar la participación de hombres ni mujeres de carreras técnicas, demostrando esta sensibilidad y mayor implicación en cuestiones sociales como la investigación social aplicada.

No obstante, los resultados encontrados revelan que el cuidado sigue proporcionándose en mayor medida por parte de las mujeres, hecho que coincide con los datos aportados en la introducción y con las orientaciones y políticas a realizar en los años venideros. Así, el INE (2022) declara que tanto la Agenda 2030 como las políticas de empleo pretenden visibilizar y poner en valor los cuidados y el trabajo doméstico en la modalidad no remunerada mediante la puesta en marcha de servicios, recursos y políticas sociales además del interés en promover la corresponsabilidad en el hogar y en la familia.

Sin duda, este estudio tiene una serie de limitaciones importantes. La primera es la muestra empleada, que se limita a grados de corte social y casi en exclusiva al trabajo social. Otra es la distribución por sexo, pero es

una limitación inherente a los grados consultados. También se podría haber indagado más en los datos relativos a la profesionalización del cuidado.

Como propuesta futura queda pendiente realizar este estudio con una muestra más equilibrada tanto en la variable sexo como en los grados que se estudian así como quizás, hacer una comparativa intergrupos entre los y las jóvenes y personas a partir de los 35 años.

Referencias bibliográficas

- Axpe, I., Subinas, A., y Berciano, A. (2020). Diseño y validación de un cuestionario sobre percepción de igualdad en el mundo laboral. *Cadernus pagu*, (58), 1-26. <http://dx.doi.org/10.1590/18094449202000580003>
- Castillo, M. R., y Montes, B. (2007). Los estereotipos de género actuales. *Iniciación a la investigación*, (2), 1-21.
- Fernández, T., y Ponce de León, L. (2012). *Trabajo Social con familias*. Ediciones Académicas.
- Gómez, S., Á. (2009). El sistema sexo/género y la etnicidad: sexualidades digitales y analógicas. *Revista mexicana de sociología*, 71(4), 675-713.
- Instituto de las Mujeres (2012). *Mujeres en cifras*.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). *Mujeres y hombres en España*.
- Sola, A., y Meliá, J. L. (2003). El cuestionario de actitudes hacia la igualdad de géneros (CAIG): elaboración y estudio psicométrico. *Anuario de Psicología*, 34(1), 101-123.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La gobernanza de los cuidados: oportunidades y responsabilidades en contextos de gobernanza multinivel

Maria Jesus Rodriguez Garcia, Universidad Pablo de Olavide (mjrodgar@upo.es)

Francesca Donati, Università degli Studi Milano-Bicocca (f.donati12@campus.unimib.it)

Emanuele Maria Polizzi, Università degli Studi Milano-Bicocca (emanuele.polizzi@unimib.it)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 International de Creative Commons

Resumen

El cuidado de las personas dependientes constituye actualmente uno de los principales retos de las sociedades del bienestar, a lo que se suma el carácter multi- nivel del estado del bienestar junto con la territorialización de los nuevos riesgos sociales. El objetivo de este estudio es analizar el lugar y la conceptualización de los cuidados además de la estructura de oportunidades que supone el conjunto de acciones públicas que desde los distintos niveles de gobierno atiende el reto de los cuidados. Para ello, se hace una revisión de la normativa existente al respecto en Italia y España, dos países que representan un modelo de bienestar familiarista, en los tres niveles de gobierno y administración pública (central, regional y municipal) a partir de la cual se presenta una propuesta metodológica para analizar la concepción normativa del concepto de cuidados, por un lado, y, por otro lado, los tipos de cuidados (servicios) ofertados

Palabras clave

Cuidados, multi-level governance, gobierno local

1 Introducción

Esta propuesta trata de unir dos temas de investigación relevantes en el debate actual sobre el estado y la sociedad del bienestar. En primer lugar el estudio de la *multi-level governance* con focus sobre la dimensión local, y en segundo el estudio de lugar, el estudio de los nuevos riesgos sociales asociados a las familias. En los últimos años, de hecho, hemos asistido a mecanismos de territorialización de las políticas y fragmentación del welfare (Kazepov, 2008) al mismo tiempo que cambios demográficos y modificación de los riesgos sociales de la población (Taylor-Gooby, 2004).

La *multi-level governance* es una configuración que implica la dispersión del poder y de las competencias hacia arriba, hacia abajo y horizontalmente (Hooge y Marks, 2020). La relevancia de la gobernanza multi-level a nivel local se basa, por un lado, en la supuesta eficiencia generada por la cercanía del nivel municipal a las necesidades y peticiones de la población (Navarro y Rodríguez, 2009) y por otro lado en las desigualdades que se pueden crear entre municipios (Bifulco, 2017). A nivel territorial una de las resultantes de la *multi-level governance* es el solapamiento de bienes y servicios, prestaciones, derechos etc. establecidos a todos los niveles. Este enfoque permite dar cuenta de todas las oportunidades creadas por el estado del bienestar a nivel local.

Por otro lado, con el término cuidados nos referimos a todas aquellas actividades relacionadas con la reproducción social y la subsistencia de la vida de las personas (Todesco, 2013). Las tareas de cuidados, históricamente, se han desarrollado dentro de la familia, de forma gratuita y por las mujeres (Federici, 2012). Los cambios y crisis del modelo de cuidados gratuitos basado en la división sexual del trabajo (Hall, 1992; Daly, 2011), han tenido un impacto sobre las necesidades de la población y sobre la organización de la vida

familiar (Taylor-Gooby, 2004), que ha supuesto la crisis del modelo tradicional del *male-breadwinner* en favor del *dual breadwinner* (Lewis, 1992). En este contexto la dimensión del cuidado asume un papel imprescindible en el análisis del estado del bienestar (Lewis, 1992; Orloff, 1996).

Es en este marco que se inserta el campo de investigación que pretende profundizar la dimensión local de los cuidados desde una perspectiva multinivel. Si bien las dimensiones nacionales siguen siendo relevantes, las regiones y los municipios pueden marcar la diferencia y, como ya se ha expuesto más arriba, creando desigualdades, modelos o tendencias. Además, los cuidados, formando parte de los servicios sociales, se gestionan, producen y a veces organizan a nivel sub-nacional. Por lo tanto, el análisis territorial se hace fundamental para la comprensión de los modelos y submodelos de bienestar. Finalmente nos ha parecido relevante subrayar la dimensión multi-nivel de los cuidados para poder dar cuenta de todo el esfuerzo nacional, autonómico y local resultante en un territorio y de la orientación de dicho esfuerzo.

Para el estudio de los servicios de cuidados a nivel territorial se han elegido dos países familistas (Saraceno, 2010): Italia y España. Estos, si bien tienen sus peculiaridades, comparten la tendencia a contar con las familias como elemento fundamental del estado del bienestar. En este sentido, hay cierto tipo de expectativas de que las tareas de cuidados sean responsabilidad de las familias. Italia y España, además, son países *regional-framed* (Barberis et al., 2010), eso es, el rol del estado central es residual y las regiones y las comunidades autónomas tienen una mayor relevancia en la producción de servicios de bienestar. El objetivo es identificar posibles diferencias y/o variaciones en la concepción y estructuración del sistema de cuidados en dos casos en los que a priori deberían ser similares.

2 Metodología

El estudio se basa en el análisis de textos legislativos y normativos, en dos niveles. En el primero, se trata de reconstruir la lógica de cuidados detrás de las políticas a través de las definiciones explícitas de estos en los documentos analizados.

En el segundo, para identificar el modelo de bienestar resultante a nivel local usamos una propuesta que combina *target*, objetivo y *policy tools*.

Se han analizado 50 documentos entre legislativos (48) e informativos (2) - nacionales, regionales y municipales.

3 Resultados y discusión

3.1 Sobre la conceptualización de los cuidados

| Menores 0-3 | Nivel legislativo | Conceptualización cuidados |
|-------------|-------------------|--|
| ITALIA | Estado | <ul style="list-style-type: none"> · Oportunidad para superar barreras económicas; · Proceso · Tiempo · Derecho. |
| | Región | <ul style="list-style-type: none"> · Un derecho · Desempeño · Responsabilidad · Requiere capacidad y competencia · Existen roles de cuidados · Ser cuidador tiene un matiz y un valor propio |
| | Municipio | <ul style="list-style-type: none"> · Físicos; · Relacionales; · Mentales; · Existen modelos de cuidados. |
| ESPAÑA | Estado | - Derecho |
| | Región | - Derecho al cuidado de la familia de origen |
| | Municipio | <ul style="list-style-type: none"> · Igualdad · derecho |

Fuente: elaboración propia a partir de documentos normativos en Italia y España

En Italia a nivel nacional se conceptualizan los cuidados, en primer lugar, como una oportunidad para quienes los reciban, un beneficio que se les concede a los cuidadores para prestarlos y una responsabilidad social e institucional. Solo en un segundo momento se matizan como un derecho. Los cuidados son necesarios y relevantes dentro de la legislación, pero no están institucionalizados como derechos. A nivel regional se habla de los cuidados como un derecho y una responsabilidad además de una necesidad y de un bien social si son prestados por familiares. La región se apela a los sentimientos de comunidad y al valor relacional de los cuidados. Se trata de un derecho, pero, para que se pueda materializar como tal es necesario que la sociedad se involucre. Finalmente, a nivel municipal aterrizan todas esas definiciones en algo más práctico: cuidados mentales, físicos, relacionales etc. Son cuidados que ponen al centro a la persona más que al sistema. Se pasa de un nivel más abstracto a uno más concreto. En conclusión, la Región Emilia Romagna, si bien en línea con la lógica nacional, subraya el papel de la familia, de la comunidad y del territorio. De esta manera hay un llamado hacia una suerte de *desnuclearización familiar* de los cuidados.

En España a nivel nacional los cuidados son un derecho, hay derecho a prestarlos y a recibirlos y los servicios de educación infantil son funcionales al derecho a la educación. La palabra clave es derecho. En este sentido parece que la línea legislativa se aleja de la categoría del familismo y los servicios asumen un carácter universal. A nivel autonómico, este carácter universalista, aterrizando en Andalucía se mezcla con las peculiaridades territoriales. Los cuidados siguen siendo un derecho, pero se trata también de un trabajo y de una función familiar. Y en ese sentido, ese vacío de cuidados dejado por la falta de recursos en la orientación

universalista se enfrenta con medidas de apoyo a las familias. El modelo democrático se une al modelo familista.

| Mayores y dependencia | Nivel legislativo | Conceptualización cuidados |
|-----------------------|-------------------|---|
| ITALIA | Estado | <ul style="list-style-type: none"> · Responsabilidad · Se prestan a través de servicios y prestaciones · Cuidar es un beneficio que se concede |
| | Región | <ul style="list-style-type: none"> · Trabajo de cuidados, · Se relaciona con una actividad laboral, · El cuidado familiar es un bien social. · Desempeño. · Necesidad, tanto el recibirlo como prestarlo. · Es relacional, · Existen relaciones de cuidados · Existe un sistema de cuidados, · Existe una red de cuidados. |
| | Municipio | <ul style="list-style-type: none"> · Relacional, · Comunitario Necesidad |
| ESPAÑA | Estado | Derecho a recibirlos y derecho a prestarlos |
| | Región | Se habla de trabajo, de función familiar, de actividad que se recibe y que se presta. |
| | Municipio | No se han encontrado datos |

Fuente: Elaboración propia a partir de documentos normativos en Italia y España

3.2 Sobre tipología de servicios

A nivel nacional en ambos países las aportaciones son mayoritariamente monetarias. En ese sentido, en Italia, la responsabilidad y los beneficios vinculados a los cuidados se apoyan y se otorgan a través de ayudas económicas. La única excepción es la Asistencia Domiciliaria Integrada (ADI) que es un servicio garantizado por ley y financiado por el sistema sanitario nacional cuya provisión, sin embargo, se gestiona a nivel territorial. En resumen, a nivel nacional se financian las decisiones de los individuos y falta la creación e institucionalización de un sistema de servicios no sanitarios.

En España la educación 0-3, a pesar de ser un derecho, se garantiza con ayudas para poder hacer frente a los costes. No se proporcionan servicios ni se financian aquellos autonómicos en la misma medida que otros como por ejemplo la salud y la educación. Con respecto a las políticas de dependencia, a nivel nacional, se crea un estándar y se establecen unos servicios mínimos garantizados en todo el territorio español, asimismo se determinan los criterios de acceso a estos servicios. La evaluación de la situación del individuo se basa en su condición de dependencia siendo el criterio económico funcional exclusivamente al cálculo de la tarifa de copago. El Estado se hace garante de la igualdad entre territorios siendo la tendencia de ese planteamiento político hacia un modelo democrático.

A nivel regional en Italia se regulan todos los servicios para las personas mayores: desde la domiciliariad hasta la residencialidad. Al ser una población bastante diversa se ofrecen tipologías de servicios diferentes: servicios y cash transfer con el objetivo de poder dar a elegir al ciudadano. El programa de oferta es amplio, todas las subvenciones son income-tested y los servicios son universales. A través de las subvenciones se fomentan los cuidados informales mientras que los servicios van hacia el cuidado formal. A nivel legislativo no se prioriza uno sobre el otro y, siendo el objetivo el mismo: la domiciliariad, la herramienta para conseguirlo la elige el usuario juntos con su núcleo. Los criterios que se tienen en cuenta a la hora de valorar las solicitudes son el grado de dependencia, la situación familiar y la situación económica del núcleo familiar. Tanto la posibilidad de recibir ayudas para la contratación de un familiar como el rol de la familia en la evaluación del expediente sugieren un sistema cuya tendencia es el familismo supported.

En España el nivel autonómico gestiona las guarderías, aplica la legislación nacional relacionada con la dependencia y organiza y gestiona un residencial con finalidad de descanso de los cuidadores es lo que permite y soporta la función familiar de cuidados. En el marco de la dependencia los vouchers se conceden solo en caso de que los servicios no sean suficientes, y en el caso de la educación 0-3 las ayudas se conceden para los niños de las guarderías privadas. En ese sentido los dos ámbitos de políticas públicas siguen la misma lógica: “allí donde no haya cobertura pública de los servicios se conceden ayudas económicas” y el propósito de la legislación parece ser la institución de un sistema integral de servicios para toda la población. Los actores del mercado entran allí donde haya retrasos en el funcionamiento público.

Finalmente, a nivel local en Italia se gestionan todas las guarderías, la asistencia domiciliar social y los servicios sociales adicionales. Estos servicios son universales y sujetos al co-pago del usuario según su propia situación socio-económica. Sin embargo, debido a la limitación de recursos económicos, cuando el solicitante no cumple con los requisitos económicos se les recomiendan los servicios privados, o privados concertados con el ayuntamiento. De esta manera la gestión local abre las puertas al segundo actor del welfare mix: el mercado. El mercado se asienta en el sistema de bienestar local como un actor fundamental para un sector de la población que tiene determinadas características socio-económicas. Los servicios gestionados a nivel municipal están más sujetos a las diferencias territoriales por su cercanía con la ciudadanía. Específicamente se pueden registrar cambios en cuanto a horarios de apertura, meses, disponibilidad etc. según las necesidades de la población y de los recursos municipales. La tendencia hacia un modelo u otro depende de las características específicas de los servicios de los territorios que pueden variar en accesibilidad, disponibilidad-presencia y grado de sustitución de los servicios al cuidado de las familias (Kroger, 2011).

En España los municipios que quieren tener iniciativas prestan ayudas para mejorar la accesibilidad a los servicios o crean servicios para suplir al exceso de demanda sin embargo es una decisión totalmente autónoma.

| <i>Menores (0-3)</i> | <i>Quien</i> | <i>Que</i> | <i>Como</i> | <i>Para quien</i> |
|----------------------|--------------|---|--|-----------------------|
| ITALIA | Estado | Baja Paternal | Cash Transfer Contributivo | Padres Trabajadores |
| | | Bonus Nido | Cash Transfer Redistributivo, Income tested (IC) | Padres |
| | | Bonus Mamma | Cash Transfer Redistributivo (IC) | Madres |
| | Región | Al Nido In Regione | Cash Transfer Redistributivo (IC) | Padres e Hijos |
| | Municipio | Guarderías | In Kind | Niños y Padres |
| | | Vaucher Comunale | Cash Transfer Redistributivo (IC) | Padres y Niños |
| ESPAÑA | Estado | Baja Paternales | Cash Transfer Contributivo | Padres Trabajadores |
| | | Cheque guardería | Cash Transfer Redistributivo (IC) | Padres |
| | Región | Guarderías | Servicio In-Kind | Niños y padres |
| | | Ayuda a las familias para fomentar la escolarización | Cash Transfer Redistributivo (IC) | Padres y Niños |
| | Municipio | Guarderías municipales | In Kind | Niños y padres |
| | | Becas | Cash Transfer Redistributivo (IC) | Niños y padres |
| | | Residencias y los servicios domiciliarios | | |
| | | Formación y capacitación de los familiares cuidadores | Capacitación (universal) | Familiares cuidadores |

Fuente: Elaboración propia a partir de documentos normativos en Italia y España

| <i>Mayores y dependencia</i> | <i>Quien</i> | <i>Que</i> | <i>Como</i> | <i>Para quien</i> |
|------------------------------|--------------|---|--|-------------------------------------|
| ESPAÑA | ESTADO | Servicios para la domiciliariad: teleasistencia y ayuda a domicilio | In-kind (universales) | Dependientes |
| | | Centros de día y de noche, residencias | In-kind (universales) | Dependientes |
| | | Prestaciones económicas vinculadas al servicio, prestaciones económicas de asistencia personal | Cash transfer redistributivo (universales) | Dependientes |
| | | Prestaciones económicas para cuidado en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales | Cash transfer redistributivo (universales) | Familiares cuidadores, Dependientes |
| | | Excedencia por motivos de cuidados | Cash transfer contributivo (universales) | Familiares cuidadores trabajadores |
| | REGIÓN | Programa Respiro familiar | In kind colectivos (universal) | Familiares cuidadores, Dependientes |

Fuente: elaboración propia.

4 Conclusión

Concluyendo por un lado podemos afirmar que el papel local es relevante, en cuanto a la presencia-ausencia de servicios y a sus características allí donde haya autonomía de gestión. Y por el otro, que el concepto de cuidados bebe de los niveles superiores, volviéndose más concreto hacia el individuo. Las regiones y las comunidades autónomas marcan la trayectoria, pero los municipios pueden hacer de los cuidados una prioridad política como se revela en algún caso en España.

Finalmente, Italia y España, a pesar de ser dos países familistas siguen trayectorias distintas. Italia y Emilia-Romagna van hacia un familismo supported mientras que Andalucía y sus municipios van hacia un mix entre un modelo democrático y un familismo supported.

Referencias bibliográficas

- Barberis, E., Sabatinelli, S., & Bieri, A. (2010). Social assistance policy model in Europe: A comparative perspective. In Y. Kazepov (Ed.), *Rescaling social policies: Toward multilevel governance in Europe* (pp. 139-156). Ashgate.
- Bifulco, L. (2017). *Social policies and public action*. Routledge.
- Daly, M. (2011). What adult worker model? A critical look at recent social policy reform in Europe from a gender and family perspective. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 18(1), 1-23.
<https://doi.org/10.1093/sp/jxq034>
- Federici, S. (2012/2013). *Revolución en punto cero trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Traficantes de Sueños.
- Hall, C. (1992). *White, male and middle class: Explorations in feminism and history*. Polity Press.
- Hooghe, L., Marks, G., & Shakel, A. (2020). Multilevel governance. In D. Caramani (Ed.), *Comparative politics* (pp. 413-435). Oxford University Press.
- Kazepov, Y. (2008). The subsidiarization of social policies: actors, process and impact. *European Societies*, 10(2), 247-273. <https://doi.org/10.1080/14616690701850539>
- Kröger, T. (2011). Defamilisation, dedomestication and care policy: Comparing childcare service provisions of welfare states. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(7/8), 424-440.
<https://doi.org/10.1108/01443331111154419>
- Lewis, J. (1992). Gender and the development of welfare regimes. *Journal of European Social Policy*, 2(3), 159-173.
<https://doi.org/10.1177/095892879200200301>
- Navarro, C. J., & Rodríguez-García, M. J. (2009). *Gobernanza Multi-nivel y sistemas locales de bienestar en España*. Tirant lo Blanch.
- Orloff, A. (1996). Gender in the welfare state. *Annual Review of Sociology*, 22, 51-78.
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.22.1.51>
- Piattoni, S. (2009). Multi-level governance: Underplayed features, overblown expectation and missing linkages. In I. Bache & M. Flinders (Eds.), *Multi-level governance* (pp. 25-38). Oxford University Press.
- Saraceno, C. (2010). Social inequalities in facing old-age dependency: A bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy*, 20, 32-44. <https://doi.org/10.1177/0958928709355153>
- Taylor-Gooby, P. (2004). *New risks, new welfare: The transformations of the European welfare state*. Oxford University Press.
- Todesco, L. (2013). *Quello che gli uomini non fanno. Il lavoro familiare nelle società contemporanee*. Carrocci Editore.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Rastreando innovaciones en los cuidados de larga duración: un análisis del proceso de difusión y adopción de Buurtzorg en Cataluña y Dinamarca

David Palomera, Universitat Autònoma de Barcelona (David.palomera@uab.cat)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La difusión de modelos innovadores de atención entre gobiernos locales es crucial para abordar la crisis de cuidados. Un modelo que se ha difundido en toda Europa occidental es el modelo Buurtzorg para el cuidado domiciliario a largo plazo. Este modelo se caracteriza por equipos profesionales autogestionados integrados de enfermeras y cuidadores que cubren pequeñas áreas geográficas. Sin embargo, a pesar de haberse difundido ampliamente, este modelo ha tenido tasas variables de éxito en términos de adopción. Por ejemplo, en Cataluña, el modelo ha sido adoptado solo por algunos municipios, mientras que en Dinamarca es ampliamente conocido y se implementa en aproximadamente un tercio de los municipios del país. Este artículo, basado en una teoría plural de difusión, plantea una pregunta principal de investigación: ¿cómo facilitan los mecanismos de difusión la adopción de nuevos modelos de atención por parte de los gobiernos locales? A través de dieciséis entrevistas y análisis de documentación, llevo a cabo un rastreo de procesos múltiple y comparaciones entre casos de cuatro casos que han adoptado el modelo: Barcelona y El Prat de Llobregat (en Cataluña), y Copenhague e Ikast-Brandeborg (en Dinamarca). En el artículo muestro que el contexto institucional es un elemento clave para permitir o impedir la adopción de nuevos modelos.

Palabras clave

Buurtzorg, difusión, cuidado de larga duración, Cataluña, Dinamarca

1 Introducción

El envejecimiento de la población y la demanda de cuidado social para adultos presentan desafíos urgentes para los gobiernos, colocando el Cuidado de Larga Duración (CLD) en la vanguardia de las configuraciones del estado de bienestar. Los responsables políticos deben navegar un cuadrilema para mejorar los modelos de servicios de cuidado: proporcionar financiación adecuada, asegurar cobertura universal, garantizar alta calidad y salvaguardar la satisfacción de los trabajadores y usuarios (Pavolini et al., 2013). En las últimas décadas, ante la creciente demanda, los gobiernos europeos en general han expandido los servicios de CLD a través de una estrategia de contención de costos laborales, fragmentación de servicios, externalización y estandarización de servicios bajo las reformas del Nuevo Gestión Pública (Rostgaard, 2012; León et al., 2014). Esto ha llevado a condiciones laborales deficientes y a una baja calidad de servicio, resultando en problemas de falta de personal y altas tasas de rotación (Eurofound, 2020). A su vez, los gobiernos enfrentan problemas para abordar los nuevos riesgos sociales relacionados con el envejecimiento y la exclusión social con las limitaciones impuestas por las configuraciones tradicionales de los servicios de CLD (Ranci y Maestripieri, 2022).

La difusión de modelos de atención innovadores es esencial para transformar la provisión de cuidados y crear modelos capaces de abordar el cuadrilema del cuidado. Los gobiernos locales generalmente desempeñan un papel vital en la provisión, organización y gestión de servicios de CLD. Sin embargo, a pesar de las diferencias específicas de cada país, normalmente tienen autoridad limitada para influir en variables macro,

como factores nacionales (por ejemplo, financiación del CLD o regulaciones laborales) o estructurales (por ejemplo, la posición del trabajo de cuidado en la segmentación del mercado laboral de las sociedades productivistas). Dadas estas restricciones, la capacidad innovadora de los gobiernos locales a nivel organizacional se vuelve central. Por lo tanto, es esencial estudiar la difusión de nuevos modelos de cuidado y su capacidad transformadora a nivel meso (es decir, el nivel organizacional). Con este objetivo, este artículo examina el papel de gerentes públicos locales en la implementación de innovaciones, cómo sus acciones son influenciadas por procesos de difusión y cómo adaptan las ideas a su propio marco institucional (Rose, 1991; Weyland, 2006; Røvik, 2016).

Un modelo de atención que ha recibido atención recientemente es el modelo Buurtzorg (Nandram y Koster, 2014; Drennan et al., 2018; Lalani et al., 2019; Leask et al., 2020; Moreno-Colom, 2021; Hegedüs et al., 2022). Buurtzorg, una organización sin fines de lucro establecida en los Países Bajos en 2006, proporciona tanto cuidado social como enfermería en los hogares de personas mayores. La organización introdujo una forma organizativa innovadora compuesta por equipos autogestionados e integrados de enfermeros y trabajadores de cuidado, y buscó aumentar la capacidad de decisión de los ancianos. La autogestión de los trabajadores implica la creación de equipos de aproximadamente doce trabajadores que administran recursos financieros y humanos y planifican servicios en su área de trabajo. El modelo holandés Buurtzorg se ha presentado como una organización pionera que promueve la autoorganización y la autonomía de los trabajadores, abordando la discontinuidad de los trabajadores de cuidado y la fragmentación de tareas mediante una mayor confianza, profesionalismo y autonomía. Un elemento clave del ejemplo de Buurtzorg es su éxito y satisfacción de los trabajadores, lo que llevó a su rápida expansión desde su fundación en 2006; ahora comprende 10,000 trabajadores, 900 equipos pequeños y locales que se autogestionan en su planificación y finanzas, respaldados por solo 50 trabajadores de oficina. Un concepto ya familiar es el modelo de atención "primero el café", que enfatiza la planificación compartida y la atención a las necesidades de los receptores de cuidado, mejorando así la satisfacción tanto de los trabajadores como de quienes reciben cuidados.

Desde la década de 2010, el modelo ha sido difundido y adoptado por diversas organizaciones y gobiernos locales en varios países, incluyendo el Reino Unido, Suecia, España y Dinamarca. En Cataluña (España) el modelo se ha difundido desde 2015, pero hasta la fecha solo ha sido adoptado por un puñado de municipios. Por el contrario, en Dinamarca, el modelo se difundió en 2019 y en 2022, casi un tercio de los municipios han adoptado el modelo. Basándose en una teoría plural de la difusión, este documento plantea la siguiente pregunta:

¿Cómo facilitan los mecanismos de difusión la adopción de nuevos modelos de cuidado por parte de los gobiernos locales? A continuación se intenta responder esta pregunta, resumiendo la metodología seguida y los resultados del estudio empírico.

2 Metodología

El estudio contribuye empíricamente a la pregunta de investigación a través de una comparación entre casos de la difusión internacional y adaptación local del modelo Buurtzorg en cuatro municipios de Dinamarca y Cataluña. Utilizando dieciséis entrevistas a gerentes municipales y organizaciones implicadas y documentación institucional y periodística, el artículo realiza un seguimiento de múltiples procesos y comparaciones entre casos al seleccionar estratégicamente Barcelona y El Prat de Llobregat (en Cataluña, España) y Copenhague e Ikast- Brande (en Dinamarca).

Así, empleo como método de análisis una comparación cruzada de casos con un rastreo detallado de procesos (*process tracing* en inglés) (Beach y Pedersen, 2019). Este método asume una metodología de análisis basado en lo sucedido dentro de un caso para explicar procesos causales, con las actividades de las entidades

sirviendo como evidencia fáctica (Beach y Pedersen, 2019). Mi objetivo es identificar mecanismos causales suficientes (aunque no necesariamente exclusivos) que vinculen la implementación de un modelo de atención innovador en una organización o gobierno (causa) a su difusión y adopción en un gobierno local (resultado). La comparación entre cuatro casos municipales en dos países permite una mejor comprensión de los mecanismos causales que conducen a la difusión y adaptación del modelo en cada municipio (Flyvbjerg, 2006). Siguiendo las aportaciones metodológicas de Beach y Pedersen (2019), argumento que las comparaciones entre casos permiten el desarrollo de generalizaciones mecanicistas y discusiones sobre los roles de los factores contextuales en la determinación de resultados de difusión y adopción.

3 Resultados

Acompañando los resultados del estudio explicados aquí, en las Figuras 5.2 y 5.3 muestro una representación de los mecanismos causales de difusión y adopción en los municipios de ambos países. Al rastrear el proceso de difusión se revela que la decisión de implementar un proyecto piloto en Barcelona e Ikast- Brande, los primeros adoptantes en cada país, fue tomada por gerentes públicos locales que conocieron el modelo Buurtzorg y aplicaron la heurística cognitiva de representatividad para introducir pilotos en sus municipios (Weyland, 2006): se hicieron generalizaciones basadas en el éxito del modelo en un solo caso (Buurtzorg) en los Países Bajos. La propia organización Buurtzorg recibió visitas del personal municipal de Ikast-Brande y Barcelona, así como visitas a otras organizaciones en diferentes países a través de su herramienta de difusión, Buurtzorg International.

El segundo mecanismo causal encontrado en este estudio es la teorización de expertos (Dobin et al., 2007). La teorización de expertos está presente en el proceso de difusión en ambos países, especialmente como una herramienta para descontextualizar Buurtzorg del contexto holandés y hacerlo un éxito. El libro de Laloux "Reinventando Organizaciones" y "Autogestión, ¿cómo funciona?" de Veemer y Wenting, crearon un marco teórico sobre por qué la autoorganización puede ser una solución para aumentar la satisfacción del trabajador, la eficiencia y la calidad del servicio, incorporando a Buurtzorg como un ejemplo de una organización exitosa de enfermería y cuidadores que implementa la autoorganización y una visión integrativa eficiente.

La teorización de expertos también ha sido promovida por actores locales. En Dinamarca, el think-tank público VIVE produjo un informe independiente sobre las ventajas del modelo y destacó a Ikast-Brande como el primer adoptante del país. En Barcelona, personal del ayuntamiento realizó artículos sobre las ventajas del modelo. Además, en ambos países, han estado presentes argumentos contingentes sobre las ventajas de la política. Igualmente, los adoptantes de Buurtzorg han comunicado el modelo a través de talleres organizados por instituciones supralocales o directamente a través de conversaciones con otros municipios.

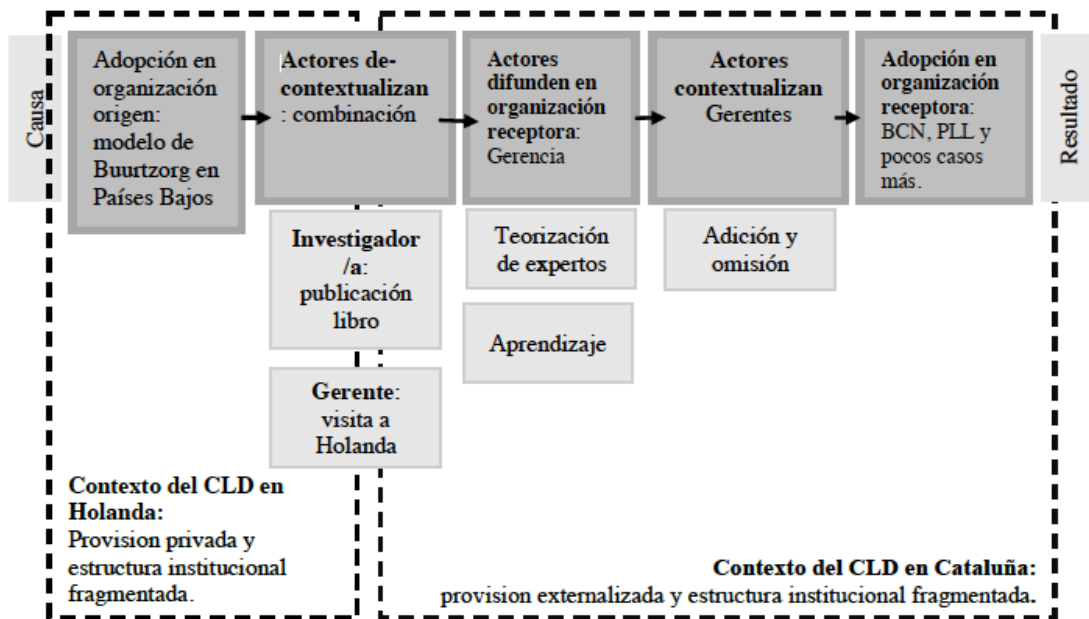


Figura 1. Proceso de difusión y adopción en Cataluña
 Fuente: elaboración propia

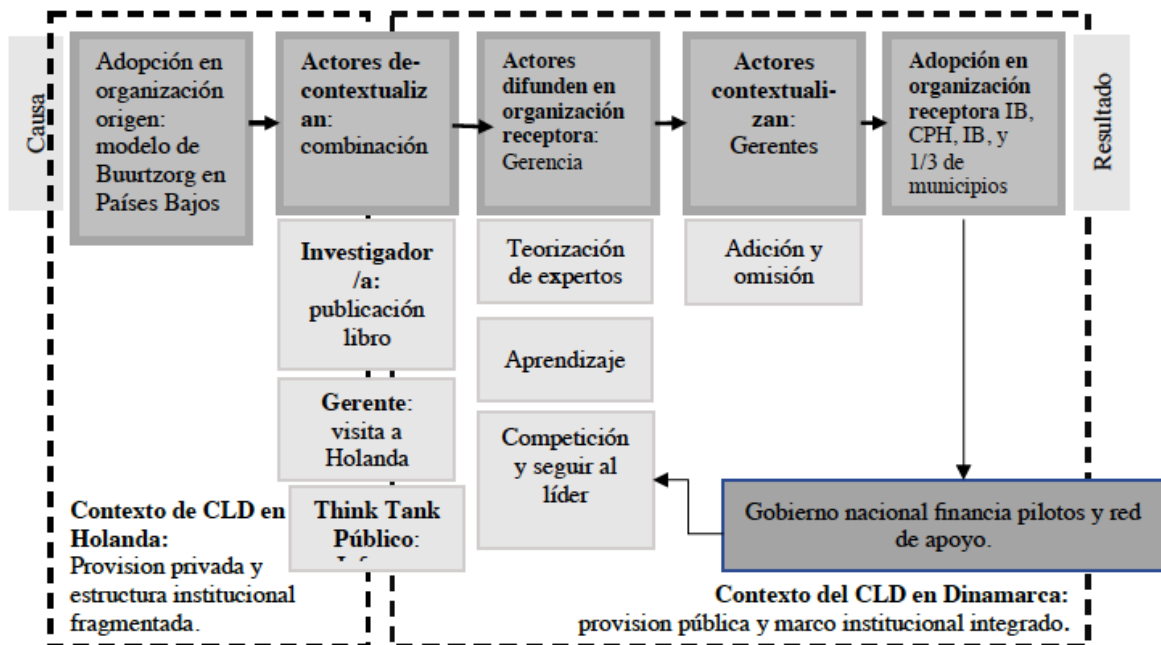


Figura 7. Proceso de difusión y adopción en Dinamarca
 Fuente: elaboración propia.

Si los mismos mecanismos causales – aprendizaje y teorización de expertos – están presentes en ambos países, ¿qué explica la extensa adopción del modelo Buurtzorg en Dinamarca? Este estudio identifica dos mecanismos causales adicionales en Dinamarca que están ausentes en Cataluña: competencia entre municipios y copiar al líder.

En Dinamarca, el gobierno nacional ha desempeñado un papel crucial impulsando la innovación y proporcionando recursos financieros para la implementación de proyectos piloto. La financiación municipal depende parcialmente de las propuestas de proyectos, lo que lleva a los municipios que gestionan servicios

a competir directamente por recursos. Aunque Buurtzorg no fue incluido en la convocatoria de financiación de 2021, el gobierno nacional estableció como un objetivo de los proyectos aumentar la continuidad del trabajador en el cuidado en el hogar. Seis municipios consideraron que el piloto de Buurtzorg en Ikast-Brande, con equipos auto-dirigidos o permanentes, era una propuesta de proyecto adecuada para cumplir con este criterio.

La competencia se intensificó aún más en rondas de financiación posteriores, incorporando explícitamente a Buurtzorg y los equipos permanentes. En ese momento, el gobierno nacional no solo estaba alentando a los municipios a competir por recursos para fomentar la innovación, sino que también estaba estableciendo una mejor práctica en términos de organización laboral. Se retrataba a los primeros adoptantes de Buurtzorg y a sus equipos permanentes como que tenían un rendimiento mejor que otros municipios, aunque sus esquemas piloto aún no habían concluido y no había resultados claros sobre el aumento de la eficiencia y la calidad. En resumen, el marco institucional del CLD y la provisión pública directa de los municipios han sido elementos contextuales clave y variables intervinientes en Dinamarca, promoviendo la competencia y la adopción de mejores prácticas entre los municipios, mientras se proporciona financiamiento para la introducción de esquemas piloto.

En comparación con Dinamarca, en Cataluña los gobiernos nacional, regional y supralocal muestran menos implicación en proporcionar recursos financieros y técnicos para apoyar la introducción de nuevos modelos de cuidado. Además, los municipios enfrentan desafíos al innovar bajo el sistema de provisión basado en la subcontratación. La naturaleza fragmentada, externalizada y infrafinanciada del sistema, impulsada por la Nueva Gestión Pública y la austeridad presupuestaria y la reducción del estado de bienestar tras la crisis económica de 2008, son factores contextuales que obstaculizan la innovación y se hacen explícitos en entrevistas en España. Por un lado, esta situación limita la capacidad innovadora de los actores debido al dominio de una cultura de proporcionar un modelo de cuidado domiciliario de bajo coste y genera poca confianza entre los actores que pueden percibir las innovaciones como estrategias de reducción de costes. Por otro lado, la difusión de las innovaciones se ve obstaculizada debido a la inflexibilidad de la licitación pública, donde no se pueden implementar reformas organizativas antes de que expiren los contratos existentes, especialmente dada la amenaza de acciones legales por parte de las organizaciones de empleadores. Sin embargo, para fortalecer esta conclusión sería necesario ampliar el estudio a municipios que han considerado pero no han adoptado el modelo Buurtzorg.

Este estudio también revela que, a pesar de los diferentes modelos de estado de bienestar en Dinamarca y Cataluña, surgen diagnósticos y soluciones comunes en los municipios daneses y catalanes, permitiendo la difusión del mismo modelo Buurtzorg y generando homogeneidad, una característica distintiva de la difusión (Weyland, 2006). En todos los municipios, la Nueva Gestión Pública, la estandarización de servicios, la burocratización y la fragmentación de servicios se ven como modelos organizativos ineficientes y barreras para mejorar la calidad del servicio y la satisfacción laboral. En consecuencia, el modelo Buurtzorg ha sido descontextualizado en equipos autogestionados pequeños y territorialmente basados y en la integración profesional. Estas dos herramientas permiten que Buurtzorg opere eficientemente, reduciendo los costos generales, aumentando la satisfacción de los trabajadores y beneficiarios del cuidado, y promoviendo redes de cuidado informal para atender las necesidades de cuidado. En consecuencia, los/as gerentes públicos en diferentes regímenes de bienestar ven el modelo como una solución al cuadrilema del cuidado: mejorar las condiciones de los trabajadores del cuidado, universalizar los servicios de cuidado, mejorar la calidad del servicio y financiar servicios.

Finalmente, he mostrado que ya estaban presentes ideas y pilotos con características de Buurtzorg en los cuatro municipios antes de la introducción del modelo Buurtzorg. Por lo tanto, el éxito de la difusión y adopción del modelo Buurtzorg resalta su relevancia como un proceso ideacional que construye problemas, moldea suposiciones y crea armas discursivas (Béland, 2009). Buurtzorg ha demostrado ser un modelo efectivo para persuadir a encargados/as de diseñar políticas públicas de que el cambio es necesario. Sin

embargo, como ya se ha explicado, las fuerzas institucionales crean restricciones en España y oportunidades en Dinamarca. La fragmentación del poder político y los actores institucionales probablemente constituyen una restricción significativa en España, mientras que la integración efectiva y la fortaleza del gobierno nacional brindan oportunidades para que el modelo Buurtzorg se difunda en Dinamarca. Así, este estudio demuestra la importancia de actores transnacionales, incluidos los proveedores de servicios locales, en los procesos de difusión y cambio, mientras reconoce la centralidad de las fronteras y las instituciones nacionales en el cambio de políticas.

4 Conclusiones

En conclusión, este estudio comparativo sobre la difusión y adopción del modelo Buurtzorg en Dinamarca y Cataluña ilustra la utilidad de una teoría plural de difusión al mapear mejor los posibles mecanismos causales subyacentes en los éxitos y fracasos de los procesos de difusión y adopción. Además, integra la teoría de traducción organizacional en la teoría de difusión de políticas, proporcionando una comprensión más matizada de cómo los formuladores de políticas y gerentes públicos descontextualizan las políticas (en este caso, un modelo organizativo) y las recontextualizan para adaptarlas a sus contextos específicos. El análisis demuestra que los contextos institucionales y organizacionales son cruciales para comprender el éxito o fracaso de los procesos de difusión y adopción. Futuras investigaciones deberían examinar más a fondo cómo la contextualización está moldeada por contextos institucionales y organizacionales.

Las limitaciones de este estudio incluyen su enfoque en un número limitado de municipios que han adoptado el modelo Buurtzorg y el proceso que llevó a esa adopción. Al abordar una pregunta de investigación del tipo "cómo" y concentrarse únicamente en municipios que han adoptado el modelo, no puedo determinar las causas por las que el modelo Buurtzorg podría ser difundido pero no adoptado. Además, al centrarse en mecanismos causales, el estudio tiene una validez externa limitada respecto a las razones por las que los municipios podrían adoptar el modelo. Para responder a la pregunta de "por qué", investigaciones futuras podrían beneficiarse de un estudio de varianza de casos, empleando una selección aleatoria de municipios que han adoptado y no han adoptado el modelo. Este enfoque consideraría variables como el partido político en el poder en los consejos municipales, sus ingresos, los problemas diagnosticados de los servicios de atención domiciliaria o su nivel de conocimiento del modelo Buurtzorg.

Referencias bibliográficas

- Beach, D., & Pedersen, R. B. (2019). *Process-tracing methods: Foundations and guidelines*. University of Michigan Press.
- Béland, D. (2009). Ideas, institutions, and policy change. *Journal of European public policy*, 16(5), 701-718.
- Dobbin, F., Simmons, B., and Garrett, G. (2007). The global diffusion of public policies: Social construction, coercion, competition, or learning?. *Annu. Rev. Sociol.*, 33, 449-472.
- Drennan, V. M., Calestani, M., Ross, F., Saunders, M., and West, P. (2018). Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ open*, 8(6), e021931
- Eurofound (2020), Long-term care workforce: Employment and working conditions, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219-24
- Hegedüs, A., Schürch, A., and Bischofberger, I. (2022). Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 100061.

- Lalani, M., Fernandes, J., Fradgley, R., Ogunsola, C., and Marshall, M. (2019). Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model. *BMC health services research*, 19(1), 1-9.
- Leask, C. F., Bell, J., and Murray, F. (2020). Acceptability of delivering an adapted Buurtzorg model in the Scottish care context. *Public health*, 179, 111-117.
- León, M., Ranci, C., and Rostgaard, T. (2014). Pressures towards and within universalism: conceptualising change in care policy and discourse. *The transformation of care in European societies* (pp. 11-33). Basingstoke: Palgrave Macmillan
- Moreno-Colom, S. (2021). Construyendo comunidad desde lo público: el caso de las Superilles Socials. *Revista Española De Sociología*, 30(2), a27.
- Nandram, S., and Koster, N. (2014). Organizational innovation and integrated care: lessons from Buurtzorg. *Journal of Integrated Care*, 22(4), 174-184.
- Pavolini, E., Palier, B., and Guillén, A. M. (2013). The health care policy quadrilemma and comparative institutional reforms. *Health Care Systems in Europe under Austerity: Institutional Reforms and Performance*, 193-221.
- Ranci, C., and Maestripieri, L. (2022). Localizing new social risks. In *Handbook on Urban Social Policies* (pp. 24-38). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Rose, R. (1991). What is lesson-drawing?. *Journal of public policy*, 11(1), 3-30
- Rostgaard, T. (2012). Quality reforms in Danish home care—balancing between standardisation and individualisation. *Health and social care in the community*, 20(3), 247-254.
- Røvik, K. A. (2016). Knowledge transfer as translation: Review and elements of an instrumental theory. *International Journal of Management Reviews*, 18(3), 290-310.
- Weyland, K. (2009). Bounded rationality and policy diffusion. *Social Sector Reform in Latin America*. Princeton University Press



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El papel de la parresía digital en los tecnocuidados: discapacidad y redes de ayuda en línea

Magdalena Correa Blázquez, Universidad de Almería (mcb674@ual.es)

Raquel Latorre Martínez, Universidad de Almería (rlm044@ual.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La discapacidad ha estado tradicionalmente relacionada con una pérdida del dominio del yo y de su capacidad de gobierno. Se encuentra asimilada al cuerpo y a la noción de una disfunción que dificulta la vida productiva en sociedad lo que lleva a que la discapacidad se considere como algo a intervenir para adecuarse a los ritmos productivos. En este contexto, se da la presunción de que la discapacidad anula la posibilidad de autonomía. Este discurso sobre la discapacidad impera hasta la introducción, durante la segunda mitad del siglo XX, del modelo social de discapacidad, arraigado en el Movimiento de Vida Independiente, que presenta un marco discursivo alternativo a partir del que la cuestión puede pasar a ser entendida en términos colectivos: es la sociedad como entidad la que imposibilita el desarrollo de las personas con discapacidad, cuya autonomía e independencia deben ser tanto reclamadas como devueltas. En lo que a este estudio se refiere, es de particular interés el que las personas discapacitadas deban luchar para ser concebidas (y concebirse) capaces tanto de su propio cuidado, como del de los demás. Ahora bien, ¿con qué herramientas cuentan para establecer relaciones de cuidado efectivas? ¿Pueden hacerlo en la red? El filósofo francés Michel Foucault propone el cuidado de sí (*epiméleia heautoû*) como forma de recuperar la soberanía de sí sobre sí, ejerciendo un cuidado del yo sobre el yo que, finalmente, se desborda inevitablemente hacia los demás. Este desbordamiento se produce a través de la parresía, es decir, una relación ética con la verdad a partir de la que el hablante pretende obrar un cambio en aquel que le escucha a partir de la psicagogía. En pos de profundizar en la relación que las personas con discapacidad establecen con las relaciones de cuidado, se plantea una investigación de carácter cualitativo en la que se aplica el análisis crítico del discurso a testimonios y declaraciones compartidas en redes relacionadas con la experiencia de discapacidad. A partir del material recogido podemos extraer que se conforman redes de ayuda intercomunitaria a partir de las que comparten estrategias de cuidado a través de las redes sociales.

Palabras clave

Cuidado de sí, discapacidad, parresía, tecnocuidado, web 2.0

1 Introducción

Tradicionalmente, la discapacidad como fenómeno discursivo ha sido concebida desde un modelo biomédico que la sitúa frente a lo normal y lo funcional. Desde esta concepción de la discapacidad, ésta viene entendida como un hecho naturalizado que deviene de las condiciones genéticas, biológicas, médicas y, en cualquier caso, individuales que son idiosincráticas a un sujeto concreto y que le separan del común de la población como diferente, defectuoso, anormal y disfuncional dadas sus características.

Como escribe Georges Canguilhem, esta noción de la anormalidad se establece como respuesta a una exigencia de la norma: “lo normal es al mismo tiempo la extensión y la exhibición de la norma. Requiere, pues, fuera de sí, junto a sí y contra sí todo aquello que todavía se le escapa” (1971, p. 186). Ahora bien, esta exigencia no sería casual, ni nos vendría dada de manera natural, sino que responde a una serie de marcadores derivados de

la estructura social. Esta noción de lo normal y lo anormal, y por ende la discapacidad, como un fenómeno más allá del determinismo biogenético, relacionado más bien con el entramado discursivo y las condiciones históricas de la época, se desarrolla a partir de la segunda mitad del siglo XX en círculos activistas (Movimiento de la Vida Independiente) y académicos, estableciéndose como modelo social de la discapacidad (López González, 2007, Gómez, 2014).

A partir de este modelo, la discapacidad puede ser entendida como el producto de una contemporaneidad marcada por el biopoder, la biopolítica y la anatomopolítica (el control gubernamental sobre la vida y el cuerpo), altamente medicalizada y profundamente marcada por la idealización del yo (Esposito, 2006; Foucault, 2007 y 2018; Picket y Wilkinson, 2009). Así, cualquier evento de nuestras vidas y cuerpos que se salga de lo que se considera, una vez más, normal, es susceptible de pasar a ser entendido como una enfermedad y, potencialmente, de hacernos incapaces de funcionar en la sociedad actual como ciudadanos productivos (Cayuela, 2022). En este sentido, la discapacidad se tornaría en un dispositivo al servicio de determinadas entidades (Contino, 2013).

Es más, esta disfuncionalidad se extendería ya no solo a lo público, sino a materias de la vida privada: aquel cuyo yo se encuentra fracturado, disfuncional, incapaz, o cualquier otro calificativo que le aleje del ideal queda impedido para cuidar de sí y de los demás, ya sea de manera plena o parcial, de las formas que le sean más o menos viables. La posibilidad en sí misma queda anulada, entendiéndose el cuerpo discapacitado como un objeto vacío de sujeto. Como tal, en lugar de ser responsable de sí mismo, lo es de instituciones u organismos dedicados a devolverles una normalidad proverbial.

Entendiendo el cuidado en términos de actividad dedicada al mantenimiento, perseverancia o reparación ya sea del cuerpo, el yo, o el contexto en el que se encuentran (Tronto, 1998), es importante establecer una unión entre la reconciliación del yo como sujeto de cuidado (propio y ajeno) frente a su existencia como objeto de cuidados, que si bien no debe ser patologizada ni patologizante como tal, sí genera condiciones de existencia particulares. De hecho, el cuidado debe ser entendido como una tarea fundada en una vulnerabilidad constituyente que nos torna ontológicamente interdependientes (Martín Palomo, 2021; Martín Palomo y Muñoz Terrón, 2022), a partir de la que embarcarnos en una tarea de crítica foucaultiana a partir de la que el sujeto de cuidado puede implicarse en el aparataje discursivo de la época para reconocer cómo funciona y qué papel tiene dentro de él (De la Higuera, 1999). Así, Foucault propone el cuidado de sí como forma de responsabilizarse de uno mismo, lo que conlleva aprender a transitar el sistema sanitario y el universo discursivo de la época de formas conscientes, valiosas e interesantes para el yo.

Más aún, si bien el cuidado de sí se funda en el yo, este cuidado se desborda, necesariamente, en los otros. Tal y como declara el propio Foucault en una reflexión respecto a los orígenes griegos del concepto, “el cuidado de sí es ético en sí mismo; pero implica relaciones complejas con los otros, en la medida en que este *éthos* de la libertad es también una manera de ocuparse de los otros” (1999, p. 399). En este sentido, el cuidado que se centraba en el yo pasa a los demás porque se ha consolidado como una ética: es una forma de comportarse con uno mismo y con (en) el mundo (Macías, 2013) en la que el yo, consciente de su propia vulnerabilidad y la de los otros, establece una relación de responsabilidad con el cuidado como respuesta a sus condiciones sociohistóricas (discursivas) de existencia (Muñoz Terrón, 2010 y 2012; Muñoz Terrón y Martín Palomo, 2021). Es aquí donde entra en juego la noción de parresía, o comunicar aquello que se considera verdadero y valioso pese al riesgo indeterminado que implica para el hablante porque éste tiene el compromiso moral (o responsabilidad) de hacerlo (Foucault, 2009 y 2010). En su caso, al desarrollarse en espacios en línea, se trataría de parresía digital y supondría la unión entre cuidado de sí y de los otros y tecnología: tecnocuidado (Martín Palomo, Gómez y González, 2021).

Teniendo en cuenta lo expuesto, se plantea este estudio para estudiar la parresía digital como forma de cuidado de sí desbordado en los otros. En concreto, guiamos nuestra investigación a partir de la siguiente pregunta:

¿cuáles son las manifestaciones discursivas de cuidado en personas con discapacidad a través de la parresía digital en la web 2.0?

2 Metodología

En pos de explorar la presencia en redes de personas con discapacidad para observar sus formas de cuidado en la web 2.0 llevamos a cabo un estudio de carácter cualitativo a través de una etnografía virtual, aplicando a los datos producidos el análisis crítico del discurso.

La etnografía virtual es un método de investigación cualitativa que gira en torno a la consideración del espacio virtual como análogo de un entorno físico de investigación, con las particularidades de existir en la red (Hine, 2000). A partir de esta consideración, recogemos información en redes sociales a través de un proceso de observación no-participante, llevando un diario de campo y archivando publicaciones. En el diario de campo recabamos datos relacionados con temas recurrentes de conversación, tono, vocabulario, eventos vitales, estrategias de cuidado y frecuencia de publicación. También archivamos publicaciones sobre salud y discapacidad como contenido relevante, ya fuesen propias o como respuesta a comentarios ya publicados por aportar esta información también valiosa (Boyd, Golder y Lotan, 2010). El muestreo fue de carácter no probabilístico incidental utilizando, en concreto, una variante del muestreo en “bola de nieve” (Salganik y Heckathorn, 2004) dado que es una población oculta de difícil acceso y lo que buscamos, en concreto, son publicaciones en redes sociales. La selección de la muestra se produjo seleccionando una serie de redes sociales de una estadística de uso y popularidad (*Twitter*, *Tumblr* y *Youtube*) e introduciendo términos relevantes (discapacidad, diversidad funcional, discapacitado/a/e, disfuncionalidad) en la barra de búsqueda tanto en castellano como en inglés en pos de encontrar publicaciones de interés a partir de las que acceder a perfiles públicos de usuarios que, como consecuencia, nos llevaban a otros perfiles con más publicaciones a partir de su contenido compartido, seguidores, interacciones y usuarios seguidos. Los testimonios serán anonimizados.

3 Resultados y conclusiones

A partir del análisis de los materiales producidos durante la indagación en redes sociales, podemos proponer una clasificación de la expresión discursiva respecto al cuidado y la discapacidad, por personas con discapacidad, en redes sociales relacionada, en concreto, con el interlocutor. Para elaborarla, además, nos hemos basado, en particular, en la emergencia de sintagmas cristalizados —es decir, frases, expresiones y locuciones repetidas que, pese a variaciones, son comunes—, que pueden agruparse de forma concreta.

3.1 El cuidado como tarea

Una parte importante de las publicaciones recogidas se refieren al cuidado como una tarea. En este sentido, los usuarios no estarían refiriéndose al cuidado como un trabajo remunerado en la línea que Tronto plantea en su propia clasificación, sino más bien como algo que tienen que hacer porque es necesario para el mantenimiento de su existencia corporal.

Entendiendo el cuidado de esta manera, éste es conceptualizado como algo que, resulte agradable o no, es menester hacer. Como tarea, es cansado y, en ocasiones, poco agradecido e, incluso, desagradable. Como escribe la poetisa Sabrina Benaim en *Depresión y otros trucos de magia* (2017): “es agotador. // lo que no te cuentan sobre el autocuidado, // es que puede hacer que te sientas como el entrenador // el capitán, y todos.los.jugadores // oh, y la mascota. // puede hacerte sentir especialmente como la mascota”.

De manera importante, dentro de esta categoría les usuaries comparten una conciencia de su propia vulnerabilidad como sujetos de la que se deriva la noción de que el cuidado es un imperativo en lugar de una cosa que puedan o no hacer en su vida. Sin embargo, ésta no vendría dada por su condición como sujetos con discapacidad, sino más bien por existir dentro de unas condiciones sociohistóricas concretas en las que el marco discursivo sobre la discapacidad se inscribe en una visión capacitista que les deja de lado y les infravalora (Moitinho, Alvares y Tissa, 2023; Toboso, 2017). Esta idea que comparten (con variación en la expresión pero compartiendo significado) puede resumirse, de forma concisa, como expresa esta publicación de un usuario en twitter:

The vulnerability of disabled people stems from ableism more than disability. Disabled people exist in a rigged, ableist system where we have to “ask” nondisabled people for access, accommodation, rights and equity // La vulnerabilidad de las personas discapacitadas surge del capacitismo más que de la discapacidad. Las personas discapacitadas existimos en un sistema trucado, capacitista, en el que tenemos que “pedir” a personas no discapacitadas el acceso, las comodidades, los derechos y la equidad (traducción propia).

Estando situades en un *locus* tal de vulnerabilidad, la fuente de cuidados se traslada al sí mismo puesto que el Otro puede no proporcionar cuidado, o no hacerlo de forma efectiva. En este caso, sus publicaciones tienen, con algunas excepciones y teniendo en cuenta que son públicas, un matiz expresivo concreto: el hablar con uno mismo, sin importar tal vez que el mundo lo vea. Piensan, o hablan, en voz alta, sin dirigirse a un interlocutor en concreto más allá de sí mismos.

3.2 El cuidado como activismo

Dada la situación expuesta en la categoría anterior, el cuidado puede tener una vertiente activista a través de la que se denuncian de forma abierta los problemas que señalan como fuentes de vulnerabilidad concretas.

La mera expresión de su frustración en redes sociales se entiende como una forma de cuidado, en tanto en cuanto cumple una función psicagógica y auto-exploratoria.

“I don’t see disability, I just see ability” Yup, and that’s why disabled people continue to be discriminated against. If you refuse to see it, then you refuse to provide adjustments and you ignore accessibility // “No veo discapacidad, solo veo capacidad” Sip, y por eso se sigue discriminando a las personas discapacitadas. Si te niegas a verlo, te niegas a proveer ajustes e ignoras la accesibilidad.

En los testimonios que encontramos en redes sociales, el cuidado se expresa de esta manera cuando, como vemos en el párrafo anterior, la responsabilidad se pone sobre aquello que puede cambiarse dentro de un mundo en el que se reconocen como sujetos en un estado de otredad que no es, necesariamente, causada por ellos. Estableciendo una distinción clave con la categoría anterior, la vulnerabilidad reconocida pasa a cuestionar quién o qué debe cambiar en pos de que el cuidado de las personas discapacitadas sea efectivo más allá de lo que éstas puedan hacer por sí mismas.

En el caso de esta categoría, sus publicaciones empiezan a dirigirse de forma más destacada hacia un afuera. Si bien las anteriores podían considerarse más reflexivas, un hablar con uno mismo, la forma de expresión de los testimonios incluidos en la categoría del cuidado como activismo buscan un interlocutor. Esto favorece que encuentren maneras más creativas de expresión dentro de las redes, como puede ser el del texto interactivo *umisuzume*, sobre la dificultad de hablar sobre un tema concreto (el trauma que acompaña a la discapacidad) con aquellos que no carecen del lenguaje para mantener una conversación sin recurrir a la traducción de los términos:

umisuzume se translitera como “golondrina de agua”, pero una criatura tal es intraducible al inglés, y es conocida como un murrelet en esa lengua.

esta es una tesis sobre la traducción.

esta es una tesis sobre la imposibilidad de traducir el trauma. aunque nada es inviolable, sé que queda algo sagrado

esta es una tesis y un juego sobre las formas en que para muchos de nosotros nuestras vidas son una serie de violaciones y lo único inviolable es la certeza de esa violación

pero es también sobre cómo, pese a eso, encontramos formas de vivir.

4 Conclusiones

Los testimonios hacen evidente que el cuidado es una cuestión ambivalente, de la que se hablan a sí mismos pero sobre la que quieren hablar con otros en pos de tener una red de cuidados, en este caso, en línea a través de la web 2.0. Son conscientes de vivir en un mundo en el que la conexión es compleja y, en ocasiones, ni siquiera fértil. Aun así, muestran la voluntad de intentar establecer relaciones de cuidado a partir del reconocimiento de las vulnerabilidades y el reparto de responsabilidades.

Referencias bibliográficas

- Boyd, D.; Golder, S. y Lotan, G. (2010). Tweet, tweet, retweet: Conversational aspects of retweeting on twitter. *Proceedings 43rd annual hawaii international conference of systems science (HICSS-43)*, 1-10. Kolua, Hawaii. IEE.
- Canguilhem, G. (1971). Lo normal y lo patológico. Siglo XXI.
- Cayuela, S. (2023). Hacia un análisis biopolítico de la discapacidad física: una propuesta metodológica. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 22(2), 1-19.
- Contino, A.M. (2013). El dispositivo de discapacidad. *Tesis Psicológica*, 8(1), 174-183.
- Esposito, R. (2006). *Bios, biopolítica y filosofía*. Amorrortu.
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales: Volumen III*. Paidós
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Fondo de Cultura Económica. Foucault, M. (2018). *Los anormales*. Akal.
- Gómez, V. (2014). Análisis de la discapacidad desde una mirada crítica: Las aportaciones de las teorías feministas. *Estudios Pedagógicos XL*, N° (2), 391- 407.
- De la Higuera, J. (1999). *Michel Foucault: la filosofía como crítica*. Comares. Hine, C. (2000). *Virtual ethnography*. Sage.
- López González, M. (2007). Discapacidad y género. Estudio etnográfico sobre mujeres discapacitadas. *Educación y Diversidad. Revista Inter-universitaria de Investigación sobre Discapacidad e Interculturalidad*, N° (1), 137-172.
- Macías, J. M. (2013). ¿Qué es una formación socrática? Paideia, parresía y buen uso de la razón. *Filosofía UIS*, 12(1), 85-97.
- Martín Palomo, M.T. (2021). Cuidados, vulnerabilidades e interdependencias. Retos para una nueva época en M.A. Duran (Coord.), *¿Quién cuida? Aportaciones en torno a la organización social de los cuidados* (pp. 115-137). Emakunde.
- Martín Palomo, M.T. y Muñoz Terrón, J.M. (2022). Soy porque somos. Cuidados e interdependencia en un mundo vulnerable en T. Da Silva, G. de Oliveira y A.C. Mathias (Coords.), *Cuidado e solidaridade. Prática social e institucional* (pp. 403-416). Foco.
- Moitinho, S. R., Alvares, R. S. y Tissa, T. (2023). O Capacitismo e suas formas de opressão nas ações do dia a dia. *Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação*, 28, 1-20.

- Muñoz Terrón, J.M. (2010). Responsividad y cuidado del mundo. Fenomenología y ética del *care*. *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, (49), 35-48.
- Muñoz Terrón, J.M. (2012). Cuidar del mundo. *Labor, trabajo y acción* «en una compleja red de sostenimiento de la vida». *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*, (47). 461-480.
- Muñoz Terrón, J.M. y Martín Palomo, M.T. (2021). Cuidar (desde) la vulnerabilidad. Prácticas, agencias y soportes en J.A. Santiago (Ed.), *Caras y soportes de la vulnerabilidad* (pp. 185-208). Catarata.
- Picket, K. y Wilkinson, R. (2009). *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Turner Publicaciones.
- Toboso Martín, M. (2017). Capacitismo en R. Lucas Platero, M. Rosón y E. Ortega (Eds.), *Barbarismos queer y otras esdrújulas* (pp. 73-81). Bellaterra.
- Tronto, J. (1998). An ethic of care. *Generations: Journal of the American Society of Aging*, 22 (3), 15-20.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Aproximació qualitativa a les conseqüències de la COVID-19 en la configuració de les cures no remunerades a l'Estat espanyol

Jokin Azpiazu Carballo, Euskal Herriko Unibertsitatea (jokin.azpiazu@ehu.eus)

Clara Camps Calvet, Universitat de Barcelona (claracamps@ub.edu)

Caterina Thomàs Vanrell, Universitat de les Illes Balears (caterina.thomas@uib.cat)

Isabel Nadal Amengual, Fundació Universitat-Empresa de les Illes Balears (Isabel.nadal@fueib.org)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

El projecte RESCUPAN cerca analitzar l'impacte de la COVID-19 sobre les necessitats de cures a les llars, aprofundint sobre les conseqüències de les desigualtats de gènere i en la reorganització social dels treballs de cures a l'Estat espanyol. La recerca planteja una metodologia qualitativa de manera transversal, complementària de la quantitativa, des de la perspectiva de gènere. Es defineixen tipologies d'organització social de la cura segons els models de provisió i les estratègies familiars, que han permès aplicar un disseny tipològic de la selecció de casos qualitatiu. S'han realitzat, d'una banda, prop de 30 entrevistes en profunditat i, per una altra, grups de discussió en cadascuna de les comunitats autònomes participants del projecte (Catalunya, Comunitat Valenciana, Euskal Herria i Balears), amb la finalitat d'obtenir narratives que capturin les conseqüències de la COVID-19 en el treball de cures, amb relació a les vivències de la malaltia i el confinament. S'ha utilitzat un guió semiestructurat, deixant espai perquè emergeixin continguts no previstos. La selecció de casos segueix un plantejament de mostreig intencional, sent el criteri de saturació el que determina el nombre final de participants en l'estudi. Per als grups de discussió s'ha convidat a integrants d'entitats, col·lectius i xarxes comunitàries que van fer tasques d'assistència, suport i solidaritat en els treballs de cura durant les diferents fases de la pandèmia. A la comunicació presentarem els resultats preliminars basant-nos en l'anàlisi temàtica inductiva dels casos, apuntant cap als elements de convergència i divergència en les experiències de les persones entrevistades i participants dels grups de discussió.

Paraules clau

Metodologia qualitativa, perspectiva de gènere, COVID-19, llars, organització social de les cures

1 Introducció

La COVID-19 ha impactat sobre una ja preexistent crisi del sistema de reproducció social, entesa com el procés que permet la supervivència de les persones en societat i que engloba les activitats que no són treball remunerat; o en altres paraules, el treball social concret orientat al valor d'ús en oposició al treball social abstracte que aporta el valor de canvi (Holloway, 2011). Les persones dedicades a la cura (remunerat o no), i en particular les dones, foren especialment perjudicades per la pandèmia en termes de salut per estar més exposades (sanitat, serveis socials, educació, supermercats, neteja i altres treballs de serveis poc qualificats) i també en termes socioeconòmics (Olivera, 2021; Castellanos-Torres et al., 2020). Però l'impacte fou especialment greu en les dones amb perfils vulnerabilitzats: la pobresa, l'explotació o l'estigmatització, afecten en particular les dones de les classes populars, migrades i racialitzades (Carbonero et al., 2021).

La crisi de les cures (Salazar Parreñas, 2001; Hochschild, 2000) va evidenciar-se més que mai amb la pandèmia. Les tasques socioreproductives contribueixen a mantenir als éssers vius, que són alhora naturals i culturals (Fraser, 2021), tenint present que la crisi de reproducció i l'ecològica interactuen entre si (Moore,

2020). En el capitalisme actual, financeritzat, establert el model del doble proveïdor i desfeta la idea que el salari permet la subsistència digna de la família per a una majoria de població (Fraser, 2016), emergeix amb més força la problemàtica de qui i com s'encarrega de les cures. De fet, tota una sèrie d'ocupacions poc qualificades, oblidades, marginalitzades i precaritzades esdevenen essencials, no sols per a la supervivència pròpia sinó també per a l'avanç del capitalisme (Fraser, 2020; Federici, 2018).

El model de benestar espanyol s'emmarca en el model mediterrani (caracteritzat per l'universalisme, l'assistencialisme i el familiarisme) (Martínez- Buján, 2014), model que es manté a causa de l'existència d'un sector privat de cures que permet a les famílies externalitzar la provisió d'aquests. Per aquesta raó, des dels feminismes es propugna el reconeixement social d'aquestes tasques (Moré, 2020), desenvolupades majoritàriament per dones. En aquest context, el suport mutu esdevé fonamental, com un element vertebrador que afavoreix la reconstrucció de teixit comunitari i que contraresta la manca de reconeixement derivat dels patrons institucionalitzats que predominen en la societat capitalista (Boltanski i Chiapello, 2002; Castel, 1997). Cal entendre aquestes formes de solidaritat per tal de sociologitzar categories psicològiques com la resiliència (Serrano Pascual et al., 2019). És important tenir en compte que aquests moviments socials ajuden a satisfer necessitats bàsiques, a partir de les relacions horitzontals, fugint d'un tipus de relació assistencial (Paugam, 2006). La cura com a estratègia d'acció col·lectiva parteix d'aquells feminismes que reivindiquen la construcció d'una altra manera d'habitar, i d'altres models de ciutadania, i que es distancien del feminisme liberal que posa l'accent en la "conquesta del poder" per part de les dones, sense pensar en les formes d'opressió interseccional que crea desigualtats entre les dones (Ferguson, 2020).

2 Metodologia

En el projecte es planteja una estratègia metodològica mixta, amb perspectiva de gènere. Les anàlisis empíriques prenen com a referència Europa (EU27) i l'Estat Espanyol en la part quantitativa, i es concreten als territoris de Catalunya, València, País Basc i Balears en la part qualitativa. En els objectius i les hipòtesis sobre l'impacte de la COVID-19 sobre les necessitats de cures i les estratègies de les llars per a satisfer-les, s'especifiquen aspectes que tenen a veure amb la perspectiva subjectiva de les persones cuidadores i les persones cuidades. Concretament, es planteja com a element rellevant la major visibilització i reconeixement de la cura, en un "redescobrimient" de la llar com a entorn segur i de les cures com a activitats reparadores i satisfactòries. A més, s'assenyala com aquesta major visibilització, reconeixement i participació dels homes en els treballs de cures pot propiciar canvis en les normes, valors i imaginaris socials, que possibilitaria una transició cap a una distribució més equitativa del treball domèstic i de cures no remunerat respecte la situació de pre-COVID.

Per a poder donar resposta a aquests objectius i hipòtesis es proposa aplicar la metodologia qualitativa de manera transversal. D'una banda, entrevistes en profunditat i, per un altre, grups de discussió i, d'aquesta manera, incorporar les valoracions, imaginaris i opinions sobre les tendències i experiències de (re)organització de la cura; la participació dels actors socials implicats en l'organització social de la cura com són les administracions públiques, les famílies, les xarxes comunitàries, les entitats d'acció social, associacions de cuidadors i cuidadores i els serveis socio-sanitaris. Amb tot, la metodologia qualitativa emprada en aquest estudi pretén obtenir les històries (narratives) de les persones per a capturar les conseqüències de la COVID-19 i del confinament en el treball de cures; i les vivències de la malaltia i del confinament amb tots els seus matisos, percepcions i punts de vista. Es planteja utilitzar "entrevistes episòdiques" (Flick, 2003), ja que permeten aproximar-se a contextos episòdics (abans, durant i postpandèmia).

Es realitzen entrevistes en profunditat aproximadament a unes 30 persones, entre persones individuals, d'entitats comunitàries de suport o de professionals socio-sanitaris, educatius i de serveis socials. La selecció de les participants es fa segons un mostreig intencional, sent el criteri de saturació el que determina en la mesura que sigui possible el nombre final de participants en l'estudi. En concret, per a establir el perfil de les persones entrevistades, es consideren les variables que poden determinar la situació de confinament i els treballs de cures, així com aproximar-se als eixos de desigualtat social. A més, per a implicar i comptar amb la col·laboració dels actors socials implicats en l'organització social de la cura, s'organitzen quatre grups de discussió, un per cada comunitat autònoma participant.

Tot el corpus s'analitza segons una anàlisi temàtica inductiva que té en compte els seus marcs d'intervenció, les seves referències metodològiques i el coneixement mobilitzat, així com la capacitat d'acció sobre les desigualtats socials. Finalment, cal comparar aquestes pràctiques entre elles, segons el mètode de construcció d'explicacions, a partir d'un estudi de les convergències i divergències de pràctiques d'intervenció concretes.

3 Resultats i conclusions

És important esmentar, per una banda, la diversitat d'ocupacions de les dones participants a l'entrevista (totes en edat activa (entre 35 i 65 anys)), entre les quals destaquen treballadores de la cura (treballadores domèstiques remunerades, treballadores de residència geriàtrica, cuidadores de gent gran remunerades), professores de primària i secundària, treballadores sexuals, autònomes, infermeres i metgesses, treballadores socials, cambres de pis, personal de neteja, artistes, dependents, conductores. Un volum molt alt el componen dones que són de nacionalitat espanyola, però també hi ha dones amb trajectòria migrant, i molt especialment, d'Amèrica Llatina. Es tracta, també, de dones monomarentals amb fills i filles menors (algunes, majors d'edat, però convivents), encarregades de persones dependents (majors i persones amb discapacitats), divorciades, separades i sense parella la majoria, que viuen, amb molta freqüència, de lloguer, tot i que també n'hi ha que paguen hipoteca, però molt menys comú és l'habitatge en propietat totalment pagat.

Per altra banda, també és rellevant exposar la natura dels col·lectius, grups i entitats participants dels grups de discussió: entitats socials del tercer sector, administracions públiques, grups de suport mutu, associacions de veïnes i veïns, altres tipus d'associacions i entitats amb papers rellevants durant la pandèmia, com ara bancs d'aliments, grups de famílies monomarentals i monoparentals, o moviments feministes. Aquestes entitats i grups han aportat les seves percepcions i opinions a partir de la seva experiència entorn de la COVID-19, de com es va desenvolupar la seva feina (impactes de la pandèmia en l'organització de les tasques i de la feina quotidiana) i de quina seria la forma d'avançar en el futur, tenint en compte tot l'ocorregut en el període que s'inicià amb l'esclat de l'estat d'alarma.

Així, alguns resultats preliminars de l'anàlisi apunten a una emergència de la cura com a element fonamental durant la pandèmia, el que resulta en una major visibilització, almenys, durant els moments més cruentos de la pandèmia. L'essencialitat de la cura va ser posada sobre la taula, com apunten moltes autores (Fraser, 2020; Federici, 2018), de la mateixa manera que varen emergir discursos que apostaven per col·locar "la vida al centre", però no sempre amb un recorregut prou llarg amb l'avançament cap a la recuperació de la normalitat. De fet, tant entrevistes com grups de discussió assenyalen la facilitat amb què tot ha tornat a ser com sempre i no com una qüestió positiva, sinó com una crítica a la manca de durabilitat d'alguns projectes desplecats, sovint amb molta il·lusió, en el període pandèmic.

Per una banda, segons les entrevistes i els grups de discussió, va inaugurar-se un període d'un cert gaudi de la cura, moltes vegades referida a la cura d'altres persones, però també a l'autocura, una qüestió molt rellevant i que està molt vinculada al parèntesi en la quotidianitat frenètica entre la llar i la feina que moltes persones

participants posen en relleu. De sobte, el binomi casa i treball va desaparèixer, bé perquè la feina va quedar paralitzada (moltes persones s'acollien als ERTOS o bé se sumaven a l'atur) o bé perquè varen desplegar-se tot un seguit d'adaptacions que tenien el teletreball com l'eina principal, el que, seguint algunes investigacions, no sempre té una lectura positiva, i molt menys per les dones (Sánchez-Aragón et al., 2022). De fet, malgrat aquest període de cert gaudi, molt especialment el moment de confinament, però també altres etapes amb restriccions per controlar l'extensió del virus, varen tenir la connotació de llosa per a moltes de les dones participants, que varen sentir-se soles i sobrecarregades amb conseqüències psicològiques (Carbonero et al., 2021). És molt rellevant, en aquest sentit, com la salut mental ha passat a formar part del debat públic, des de 2020 cada vegada amb més força.

Per altra banda, les relacions de suport i de veïnatge i el teixit comunitari varen esdevenir totalment crucials durant el temps que va durar la pandèmia, especialment en els moments inicials. Moltes entitats consultades, que solen treballar amb voluntariat, així com col·lectius que se sostenen per persones que s'organitzen per tirar endavant projectes des de la base, denoten una participació sense precedents durant el confinament i els moments immediatament posteriors, però també la caiguda a mesura que la pandèmia quedava enrere. De la mateixa manera, als grups de discussió també surt la qüestió de la societat civil com a resolutiva, perquè compta amb un coneixement més profund dels problemes socials i amb una major flexibilitat que l'Estat, i de com va contribuir a la resolució de problemes davant d'una administració pública desbordada. Totes les entitats socials consultades varen haver d'incorporar canvis en el desenvolupament de la feina, i algunes d'elles també apunten un cert apartament de la qüestió política en la resolució dels problemes, com per exemple, la paralització de la crítica a l'assistencialisme; però, de nou, sorgeix la reflexió sobre els reclams actuals de la societat civil, una vegada que ha passat la pandèmia o, si més no, els seus efectes més cruents.

Finalment, com a resultats preliminars, és interessant apuntar alguns aspectes més, entre els quals destaca l'habitatge com un factor de desigualtat en la qüestió del confinament i altres mesures per evitar la propagació de la malaltia, ja que moltes persones no varen disposar d'espai exterior, varen viure a cases amb manca d'espai i tingueren grans dificultats per pagar lloguers, hipoteques i altres costos de manteniment de la llar. Les entrevistes i els grups de discussió indiquen, a més, que no sempre s'entengueren les mesures per contenir el virus. Segons les persones participants, es poden assenyalar algunes "petites- grans llacunes", entre les quals destaquen les famílies monoparentals/monomarentals, les petites entitats, les persones sense papers, i les treballadores sexuals.

Referències bibliogràfiques

- Boltanski, L., Chiapello, E. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Akal.
- Carbonero, M.A., Thomàs, C. (Coords.) (2021). *Essencials, però sobrecarregades. Impactes desiguals de la pandèmia en la vida de les dones a Balears*. Observatori Social de les Illes Balears [OSIB-UIB]. Edicions Talaiots.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social*. Paidós.
- Castellanos-Torres, E., Tomás Mateos, J. i Chilet-Rosell, E. (2020). COVID-19 en clave de género. *Gaceta sanitaria*, 34(5), pp. 419 - 421. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.007>
- Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Traficantes de sueños.
- Ferguson, S. (2020). *Mujeres y Trabajo. Feminismo, trabajo y reproducción social*. Sylone-Viento Sur. Colección Intersecciones.
- Flick, U. (2003). Entrevistas episódicas. A M. Bauer i G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático* (pp. 114-136). Petrópolis: Vozes.

- Fraser, N. (2016). Las contradicciones del capital y los cuidados. *New Left Review*, 100, 111-132.
- Fraser, N. (2020). *Los talleres ocultos del capital: Un mapa para la izquierda*. Traficantes de sueños.
- Fraser, N. (2021). Climates of Capital. *New Left Review*, 127, 101 – 138
- Hochschild, A. R. (2000). Global care chains and emotional surplus value. W. Hutton y A. Giddens (eds.) *On the edge. Living with global capitalism* (pp. 130-146). Vintage.
- Holloway, J. (2011). *Agrietar el capitalismo: el hacer contra el trabajo*. Herramienta.
- Martínez-Buján, R. (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145, 99-126. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.145.99>
- Moore, J. W. (2020). *El capitalismo en la trama de la vida. Ecología y acumulación de capital*. Traficantes de Sueños.
- Moré, P. (2020). Cuidados y crisis del coronavirus: el trabajo invisible que sostiene la vida. *Revista Española de Sociología*, 29(3), 737-745. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2020.47>
- Olivera, M. (2021, 2 de marzo). ¿Estamos en el mismo barco? Una lectura feminista sobre los efectos del COVID-19. *El Grand Continent*. <https://n9.cl/ypv5t>
- Paugam, S. (2006). Las formas elementales de la pobreza. Alianza Editorial Salazar Parreñas, R. (2001). *Servants of globalization. Women, migration and domestic work*. Stanford University Press.
- Sánchez-Aragón, A., Belzunegui-Eraso, A., Erro, A. i Pastor Gosalbez, M.I. (2022). Teletrabajo y conciliación: ¿una trampa para las mujeres? *Oikonomics*, 19. DOI: 10.7238/o.n19.2221
- Serrano Pascual, A., Martín Martín, M. P. i De Castro Pericacho, C. (2019). Sociologizando la resiliencia. El papel de la participación socio- comunitaria y política en las estrategias de afrontamiento de la crisis. *Revista Española de Sociología*, 28(2), 227-247. Doi: <http://dx.doi.org/10.22325/fes/res.2018.75>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Care and Minimum Income Policies: Between Social Rights and Social Monetary Benefits

Adriana Offredi Rodriguez, Universitat Autònoma de Barcelona (AdrianaMaria.Offredi@uab.cat)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Abstract

This paper proposes an exploratory analysis of five European Minimum Income Schemes (MIS). The aim is to understand to what extent unpaid care work, and care responsibilities more broadly, are taken into consideration in MIS's conditionality criteria. To the best of our knowledge, no specific study has yet been carried out in this sense. MIS are means-tested monetary benefits for working-age individuals aimed at reducing poverty and social exclusion by promoting their active participation in the labour market. This approach has been questioned because of its inability to understand the reasons why people draw on social security. Women, for example, are increasingly exposed to poverty and social exclusion due to structural gender inequalities that affect their position regarding both unpaid care and paid work. For them, employment alone does not always ensure avoiding poverty while conditioned welfare support can negatively impact their long-term earnings and employability. For the analysis, we apply the framework elaborated by Yerkes et al. to rethink family policy from a Capabilities Perspective. In this way, we assess MIS conditionally under more subjective criteria and conceptualise the minimum income protection as an opportunity structure for working mothers to exit poverty and social exclusion.

Keywords

Care, Minimum Income Protection, Employment, Capabilities

1 Description

This paper explores how unpaid care work, and care responsibilities more broadly, are incorporated in the design of Minimum Income Schemes (MIS). The aim is to understand to what extent unpaid care work is taken into consideration in MIS conditionality criteria. MIS are means-tested monetary benefits for working-age individuals aimed at reducing poverty and social exclusion (Jessoula, 2021). Initially, they were conceived as passive social policies that would provide an unconditioned safety-net to individuals whose income was below the national social minimum and were not eligible for other forms of protection. However, they have been slowly transformed into instruments to promote active participation in employment (European Commission, 2008), and today most European MIS are designed to combine elements of capacitation to enter the labour market and conditionality. This approach has been questioned by authors who highlight its inability to understand the complexity of people's lives when they face poverty and social exclusion (Favero, 2020). Others refer to the inability of considering the reasons why people draw on social security (having disabilities, care responsibilities, health problems, etc.) (Andersen, 2020).

Women, for example, are among the major beneficiaries of these kinds of social benefits. They are increasingly exposed to poverty and social exclusion due to their disadvantaged position in the labour market and the unequal distribution of unpaid care work between women and men (Malgesini Rey, 2021). For them, employment alone does not always ensure avoiding poverty. Their life project is "as much about sustaining

care as it is about sustaining work” (Millar & Ridge, 2009, p. 109). Thus, they often prefer jobs that allow them to combine both spheres, but may also be associated with low wages, poor working conditions, and high time consumption (Crompton, 2006).

In this sense, a relevant part of the literature has highlighted the importance of introducing criteria that go beyond activation conditionality within MIS design to make them more accessible to this vulnerable group. For example, empirical research done on Universal Credit (the British MIS) has shown that strict conditionality can negatively impact women’s long-term earnings, employability, and well-being (Andersen, 2020). Studies on public work programmes have also highlighted how initiatives aimed to increase women’s participation in employment can be more successful if they address women’s role in unpaid care (Cookson et al., 2023). This would mean considering aspects such as working day and week length, working schedule, job location with respect to home, schools, kindergartens, etc. Childcare and housing arrangements also play a crucial role as their costs may limit women’s freedom of choice regarding paid employment (Land, 2001) and, in turn, the activation requirement pursued by most MIS (McDowell, 2005).

Given these considerations, we argue that addressing the concept of care from a broader perspective of social policy is essential to reflect “whether equal participation in paid work is a sufficient form of equality” (Daly, 2023, p. 153). That is especially important with respect to the strategy promoted by the European Social Policy Agenda which considers participation in employment the best solution to poverty, social exclusion, and gender inequality (European Commission, 2020). To the best of our knowledge, no specific study has yet analysed to what extent unpaid care work is incorporated in MIS conditionality design. This paper aims to fill this gap by proposing an exploratory analysis of five European MIS: Hungary, Italy, Norway, Spain, the UK. The analytical framework refers to the work done by Yerkes et al. (2019) in rethinking family policy from a Capabilities Perspective, which allows us to assess MIS conditionally under more subjective criteria. We focus on European Social Policy because Europe holds some of the most advanced welfare states in the world and gives the opportunity to observe multiple approaches to social policy. The question guiding our research is: *to what extent are unpaid care work and care responsibilities taken into consideration in the conditionality design of European MIS?*

The data have been collected directly from national regulations and subsequent amendments. Here we will refer only to the analysis done on the Italian *Reddito di Cittadinanza* (RdC) and the Spanish *Ingreso Mínimo Vital* (IMV) because not enough information has been yet collected on the other MIS.

1.1 Il Reddito di Cittadinanza

The RdC has been established with the L.D. 4/2019, converted with amendments by the L. 26/2019, and it has been recently modified by the Budget Law n. 197/2022. It can be granted for no longer than seven months and beneficiaries, under penalty of losing the benefit, must comply with these obligations (art. 313, L. 197/2022):

- Declaring availability to work and signing an Employment Plan (art. 4, subs.1, 4, L.D. 4/2019).
- Accepting the first “congruous job offer” (art. 25, L.D. 150/2015).
- Get enrolled in vocational training courses for at least 6 months.
- Participate in projects of public utility (arts. 4, subs. 8, 15 and 7, sub. 5).

1.2 El Ingreso Mínimo Vital

The IMV has been established with the R.D. 20/2020, converted with amendments by the L. 19/ 2021. It is granted as long as the situation of economic vulnerability persists (art. 3), and it is combinable with the regional protection schemes. It is configured as a non-contributory means-tested scheme; thus, beneficiaries, unless younger than 18 years old, must (art. 36):

- Get registered as job seekers.
- Take part in inclusion strategies promoted by the Ministry of Inclusion, Social Security and Migration (I.S.S.M. Ministry).

Moreover, the R.D. 789/2022 has established specific criteria for its combination with work-related earnings (employment incentive). In this sense, depending on the amount of those earnings, beneficiaries can get a percentage excluded (table 1) from the calculation of the threshold established to be eligible for the IMV (art. 1, n. 2).

Table 1. Defining criteria of work-related earnings percentage of exemption (Source: An. III, R.D. 789/2022)

| <i>Criteria</i> | <i>Characteristics</i> |
|---|---|
| Household type | Only adults |
| | One adult + one or more minors |
| | One or more adults + one or more minors |
| Changes in beneficiary's employment status | Extensive edge (first entrance into the labour market) |
| | Intensive edge (increase of working hours) |
| Amount of work-related earnings with respect to IMV | work-related income is lower than or equal to 60% of IMV received |
| | work-related income is higher than 60% or equal to IMV received |
| | work-related income is higher than IMV received |

2 Methodology

This paper proposes an exploratory analysis of five European MIS: Hungary, Italy, Norway, Spain, the UK. The analytical framework is based on the work done by Yerkes et al. (2019) in rethinking family policies from a Capabilities perspective. We conceptualise MIS as a means for working mothers to exit poverty and social exclusion by broadening their range of choice regarding the balance of their care and job responsibilities. We focus on working mothers' opportunities to choose between:

- Equally balancing caregiving and participation in paid employment.
- Prioritising caregiving over paid employment.
- Providing care while pursuing professional goals.
-

However, their real opportunities to translate MIS in real functionalities do not depend only on the policy. They are also shaped by conversion factors: the socio-economic and cultural norms regulating the distribution of care between women and men and the position of women in the labour market (Figure 1).

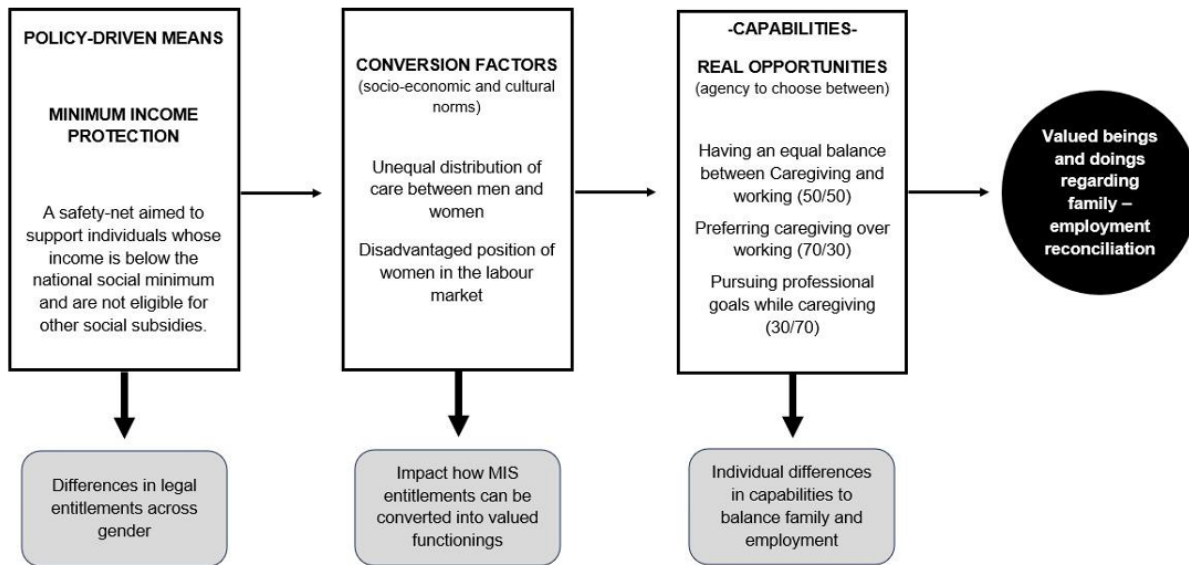


Figure 1

Therefore, in our analysis, the ideal MIS would:

- Overcome the “narrow conceptualisation of work” by configuring unpaid care as valuable alternative to fulfil the activation requirement instead of employment (Andersen, 2020).
- Include “tailored flexibilities” into the conditionality design to adapt the income protection to caregiving specificities (Cain, 2016, p. 499). For us, this translates in two directions: (a) recognising a certain freedom of choice regarding which job/work-related activity take to fulfil the activation requirement; (b) modifying or improving MIS eligibility criteria and conditions for claimants with care responsibilities.

2.1 Policy Items

We have created three policy items and nine indicators (table 2) for the comparative analysis of unpaid care incorporation within MIS conditionality design focusing on two levels of conditionality: conditions of conduct (behavioural requirements and constraints imposed on claimants) and conditions of circumstance (eligibility and entitlement criteria) (Clasen and Clegg, 2007). This allows us to analyse MIS conditionality under concrete dimensions and to observe patterns of similarity and difference with respect to unpaid care. The measurement is done using a qualitative scale that assesses how far each scheme is from the ideal one under three criteria:

- “Highly conditional” when the scheme is far from the ideal.
- “Averagely conditional” when only some forms of unpaid care are considered.
- “Lightly conditional” when the scheme is closer to the ideal.

1. *Freedom to choose unpaid care work instead of paid employment.* Here, we assess whether unpaid care work is considered a valuable alternative to fulfil MIS activation requirements instead of employment by considering three indicators: providing unpaid childcare; providing other types of unpaid family care; performing other kinds of activities. The latter is introduced as a control indicator to verify to what extent the scheme consider other kinds of activities, beyond caregiving, as valuable alternatives to employment. We believe this

information can help us to better understand how strict each scheme's is and to have a wider picture on the role of care in this context.

2. Freedom to choose how to participate in employment. This policy item analyses to what extent beneficiaries with care responsibilities are free to refuse to participate in any work-related activity proposed when, due to its characteristics, is difficult to combine with caregiving. The assessment is done referring to: opportunity to refuse one or more jobs; opportunity to refuse one or more education and training activities; opportunity to decline participating in other kinds of work-related activities.

Tabla 2. Minimum Income Schemes policy items and assessment indicators

| |
|---|
| <i>Policy Item 1: Freedom to choose unpaid care work instead of paid employment</i> |
| Providing unpaid childcare is a valuable alternative to employment |
| Providing other types of unpaid family care is a valuable alternative to employment |
| Performing other kinds of activities is a valuable alternative to employment |
| <i>Policy Item 2: Freedom to choose how to participate in employment</i> |
| Opportunity to refuse one or more jobs |
| Opportunity to refuse one or more education & training activities |
| Opportunity to decline participating in other kinds of work-related activities |
| <i>Policy Item 3: Opportunity to have the benefit improved</i> |
| Non-economic modifications or improvements of eligibility criteria and conditions |
| Improvement of economic eligibility criteria and conditions |
| Compatibility or integration with care or housing allowances |

Source: Personal elaboration

Opportunity to have the benefit improved. This policy item assesses to what extent the scheme's eligibility criteria and conditions are modified or improved when the claimant has care responsibilities. We focus on: non-economic modifications or improvements of eligibility criteria and conditions; improvement of economic eligibility criteria and conditions; compatibility or integration with care or housing allowances.

3 Preliminary Results

3.1 Freedom to choose unpaid care work instead of paid employment

According to our analysis, the RdC can be considered an averagely conditional scheme because it recognizes only specific forms of unpaid care as valuable alternatives to employment. This concerns caring for dependent children aged 3 years old or less or for other household members affected by serious disability or who are not self-sufficient. In both cases, caregivers are exempted from declaring availability to work and from signing the Employment Plan (art. 4, sub. 3). Moreover, their "social or socio-health needs linked to their care tasks" can be also recognized ex officio during the first evaluation meeting at the Employment Office (art. 4, sub. 6).

Out of these situations, only attending a study or vocational training course may be considered an exemption to participate in employment. Nevertheless, when household's needs are "complex and multidimensional", a

Social Inclusion Plan must be signed to allow public services to provide a coordinated answer according to the case (art. 4, sub. 12).

The IMV, instead, is here considered a highly conditional scheme because, despite recognising one form of unpaid care, the conditions are strict and quite specific. In fact, only non-professional caregivers of people in a dependency situation who have signed the special agreement regulating their inscription to Social Security are exempted from any obligation established by art. 36 (art. 36, letter g, n. 2). Among other activities, only beneficiaries who are younger than 28 and are enrolled in official study courses are exempted from the obligation of getting registered as job seekers. When they turn 28 the exemption lapses (art. 36, letter g, n. 1).

3.2 Freedom to choose how to participate in employment

The assessment done under the lens of this policy item shows the RdC as averagely conditional. In fact, individuals who are not obliged to sign the Employment Plan are not required to follow any of the obligations indicated by art. 4 (art. 315, L. 197/2022). However, this exemption does not apply to people between 18-29 years old who have not completed their compulsory education. For them, the RdC granting is conditioned by their participation in courses “functional to the fulfilment of the aforesaid education obligation” (art. 316).

Looking at the IMV, instead, we observe that Law 19/2021 configures it as a highly conditional scheme. In fact, the lack of participation in the inclusion strategies promoted by the I.S.S.M. Ministry is considered a violation of the obligations established by art. 36 and can be sanctioned with (arts. 38 and 39):

- The suspension of IMV up to three months when the beneficiary is found responsible for a (generic) violation of the aforementioned obligations.
- The suspension of IMV up to six months when the beneficiary is found responsible for a repeated violation of the same obligations.

Furthermore, the right to receive the IMV is considered extinct when, among other reasons, the benefit has been suspended for one continued year (art. 17, n. 2, in combination with art. 18, n. 1, letter f).

The Law does not contemplate any exemption to the norms just exposed. Nevertheless, for the moment, the inclusion strategies are promoted through 34 pilot projects financed by the I.S.S.M. Ministry and implemented throughout Spain with the collaboration of Autonomous Communities, Local Governments, and third sector organisations. The design and implementation of these strategies is mainly left to the local level, while the final aim of pilot projects seems to be contributing to the collection of knowledge in this area (art. 1, R.D. 938/2021). Therefore, the overall strategy in this context appears to be still at a testing level, making it difficult to understand to what extent the strict conditionality can be implemented in practice.

3.3 Opportunity to have the benefit improved

In general, both RdC and IMV appear to be averagely conditional schemes. However, it is worth mentioning that the IMV seems to have a higher incorporation of unpaid (child)care because relevant eligibility criteria and conditions are improved for people with care responsibilities.

3.4 Non-economic modifications or improvements of eligibility criteria and conditions

Regarding the RdC, the only improvement found is the extension of the period of disbursement over the seven months established (art. 313, L. 197/2022) for households with dependent children, members with disabilities or who are 65 years old or more (art. 314).

Looking at the IMV, instead, we see that some of the eligibility criteria do not apply to children incorporated in the household by birth, adoption, foster care, or custody for adoption purposes or are modified due to their presence in the household. In particular:

- The minimum period of legal residence in Spain (one year) and the minimum time of household establishment (six months) required do not apply to children in the conditions just mentioned. Moreover, the second exemption applies also to children incorporated by family reunion (art. 10, subs. 1 and 3, L. 19/2021).
- The age limit of 23 years old is lowered to 18 (or to the assimilated status of emancipated minor) if none of the household members is, at least, 23 (art. 5, n. 2).

3.5 Improvement of economic eligibility criteria and conditions

As displayed in table 3, we observe that in both schemes the wealth and income thresholds established to be eligible to receive the benefit are increased for households including minors or people with disabilities.

Tabla 3. Modifications introduced to the economic eligibility criteria of both RdC and IMV for households with minors or members with disabilities (Sources: L.D. 4/2019 (ITA) & L. 19/2021 (SPA)).

| Scheme | Type of Threshold | Increase applied |
|----------------------|---|---|
| RdC (L.D. 4/2019) | Equivalised Income (art. 2, sub. 4) | <p>Increased according to an equivalencescale that confers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 for the first household member. • +0,4 for all the other members older than 18. • +0,2 for all the other members who are underage up to 2,1 (max.). • +0,2 for all the other members affected by serious disability or who are not self-sufficient up to 2,2 (max.). |
| | Financial Wealth (art. 2, sub. 1, letter b,n. 3) | <p>Increased by:</p> <ul style="list-style-type: none"> • €2.000 for each household member. after the second up to €10.000 (max.) • €1.000 for each dependent child following the second. • €5.000 for each member with disabilities which becomes €7.500 if the person is affected by serious disability or is not self-sufficient. |
| IMV (L. 19/2021) | <p>Monthly Average of Computable Annual Income (art. 11, sub. 2, in combination with Annex 1)</p> <p>Net Wealth (art. 11, sub. 2, in combination with Annex 11)</p> | Both are increased according to increment scales that take into account the composition of the household and the number of its members |

Furthermore, for the IMV, the R.D 782/2022 establishes that the percentage of exemption for households having work-related earnings higher than 60% or equal to the amount of the IMV received (table 1) must be calculated according to their composition (table 4).

Tabla 4. Percentage of exemption established for households with work-related earnings higher than 60% or equal to IMV per household composition (Source: Annex III, R.D. 789/2022).

| | <i>Extensive edge (first entrance in labour market)</i> | <i>Intensive edge (increase of working hours)</i> |
|---|---|---|
| 1 or more adults | Percentage of exemption 30% | Percentage of exemption 20% |
| 1 adult with 1 or more minors | Percentage of exemption 35% | Percentage of exemption 25% |
| 1 or more adults with 1 or more minors | Percentage of exemption 40% | Percentage of exemption 30% |

3.6 Compatibility / Integration with childcare and housing allowances

Table 5 shows how both RdC and IMV are combinable or integrated with specific allowances regarding care or housing.

Tabla 5. Compatibility & Integration of RdC and IMV with the corresponding national care or housing allowances (Source: self-elaboration from the corresponding legislative norms)

| <i>Scheme</i> | <i>Relationship with care or housing allowances</i> |
|-----------------------|--|
| RdC (L. D. 4/2019) | <p>The benefit is <u>COMBINABLE</u> with :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Single and universal allowance for dependent children. It's provided to household with children under age or over 18 years old if still economically dependent (art.7, LD 230/2021). • Nursery bonus established for households with children aged 0-3 (art. 1. sub. 355, l. 232/2016 & art. 1, SUO. 34 3, l. 160/2019). • Allowance for single-headed households of women with children with disability of 60% or more (art. 1, sub. 36, 5 L. 178/2020.) <p>It is also <u>INTEGRATED</u> with two complements to support</p> <ul style="list-style-type: none"> • The annual rent (indicated in the renting agreement) with an amount equal to it up to 10 a maximum or 3.360 per year (art. 3, sub. 1, letter b). • The mortgage monthly instalment up to a maximum of €1.800 per year when the mortgage agreement has been signed by one household member (art 3, sub 3). |

| | |
|-----------------------------|--|
| <p>IMV (L. 19/2021)</p> | <p>The benefit is <u>Not COMBINABLE</u> with any housing allowance BUT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 20, sub.1, letter f, n. 2, excludes the amount of all housing allowances from the calculation of the income eligible to obtain the IMV. <p>It is <u>INTEGRATED</u> with three complements (replacement of the previous allowance for dependent children):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Child support allowance. An extra amount provided automatically to households eligible for the IMV who were receiving the previous allowance according to the number and age of children (arts. 11, 13 and 10th F.D.). • Allowance for single-headed households. It determines an increase of the IMV by 22% and applies to the cases indicated by the Law. • Allowance for people with a disability of 65% or more. 11 increases the IMV by 22% per person (art. 13, n., 2 letter d). • Art. 13, n. 3, recognises the possibility of increasing the IMV when the rent of the habitual residence is higher than 10% of the IMV corresponding to that household according to size and composition |
|-----------------------------|--|

It is worth mentioning that art. 13, sub. 2, letter c, L. 19/2021, establishes that the allowance for single-headed households granted in combination with the IMV must be provided:

- The households formed by one adult and one or more minors who are its descendants up to the second degree and over whom the claimant has exclusive custody.
- To households formed by one adult and one or more minors who are in its permanent foster care or custody for adoption purposes and the claimant is their sole foster or guardian.
- When the other parent, guardian, or caregiver of the minors has been in prison or in the hospital for one full year or more.
- When at least one of the parents, grandparents, fosters, or guardians of the minors is affected by third degree, permanent, or high disability.
- When the household is headed by a woman who has suffered gender violence according to the L. 1/2004 and has children by birth, adoption, foster care, or custody for adoption purposes.

References

- Andersen, K. (2020). Universal Credit, gender and unpaid childcare: Mothers' accounts of the new welfare conditionality regime. *Critical Social Policy*, 40(3), 430-449. <https://doi.org/10.1177/0261018319856487>
- Cain, R. (2016). Responsibilising recovery: Lone and low-paid parents, Universal Credit and the gendered contradictions of UK welfare reform. *British Politics*, 11(4), 488-507. <https://doi.org/10.1057/s41293-016-0034-4>
- Clasen, J. & Clegg, D. (2007). Levels and Levers of Conditionality: Measuring Change within Welfare States. In, Investigating Welfare State Change: *The «Dependent Variable Problem» in Comparative Analysis*. Edward Elgar Publishing. <https://www.stir.ac.uk/research/hub/publication/794580>
- Cookson, T.P., Sandoval, R., Staab, S., Tabbush, C., Bitterly, J., & Mathew, M. (2023). Do governments account for gender when designing their social protection systems? Findings from an analysis of national social protection strategies. *Social Policy & Administration*, Early View, 1-15. <https://doi.org/10.1111/spol.12944>
- Crompton, R. (2006). Understanding change in employment, family, and gender relations. In, *Employment and the Family: The Reconfiguration of Work and Family Life in Contemporary Societies* (pp. 1-30). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511488962>

- Daly, M. (2023). Theorizing the Relationship between Family, gender, and the Welfare State. In, Daly, M., Pfau-Effinger, B., Gilberts, N., & Besharov, D.J. (ed.). *The Oxford Handbook of family policy over the life course* (pp. 143-159). Oxford University Press.
- European Commission (2008). *Commission Recommendation of 3 October 2008 on the active inclusion of people excluded from the labour market (2008/867/EC)*, [2008]OJ L307/11, Brussels: European Commission.
- European Commission (2020). The European Pillar of Social Rights Action Plan. Luxembourg: EU Publications Office. <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/en/#infographic-main>
- Favero, F. (2020). *The Italian "Reddito di Cittadinanza" one year later* (No. 146/2020). Working Paper.
- Jessoula, M. (2021) *The institutional logics of minimum income schemes in seven European countries. EUROSHIP Working Paper no. 4*. Oslo Metropolitan University. DOI: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.14892423>.
- Land, H. (2001). Lone mothers, employment, and childcare. In, Millar, J. & Rowlingson, K. (eds.), *Lone Parents, Employment and Social Policy*, 233-253. Bristol University Press. <https://doi.org/10.46692/9781847425386.014>
- Law Decree No. 4/2019. Urgent provisions regarding citizenship income and pensions. 28 January. N. 23/160. Converted with amendments by Law No. 26/2019. 28 March. N. 75/160.
- Law No. 197/2022. State Budget for the financial year 2023 and Multi-Year Budget for the three-year period 2023-2025. 29 December. N. 43/L.
- Malgesini Rey, G. (2021). *Poverty Watch Spain 2021*. EAPN SPAIN.
- McDowell, L. (2005). Love, money, and gender divisions of labour: Some critical reflections on welfare-to-work policies in the UK. *Journal of Economic Geography*, 5(3), 365-379. <https://doi.org/10.1093/jnlecg/lbh042>
- Millar, J., & Ridge, T. (2009). Relationships of Care: Working Lone Mothers, their Children and Employment Sustainability. *Journal of Social Policy*, 38(1), 103-121. <https://doi.org/10.1017/S0047279408002572>
- Royal Decree No. 20/2020 which establishes the Minimum Vital Income. 29 of May. Ref. BOE-A-2020-5493. Converted with amendments by Law No. 19/2021. 20 of December. Ref. BOE-A-2021-21007
- Royal Decree No. 789/2022 which regulates the compatibility of IMV with earnings coming for work or self-employment. 27 of September. Ref. BOE-A-2022- 15764.
- Yerkes, M., Javornik, J., & Kurowska, A. (Eds.) (2019). *Social Policy and the Capability Approach: Concepts, Measurements and Application*. Bristol University Press. <https://doi.org/10.46692/9781447341796.005>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La experiencia de rehabilitación e inserción laboral de personas con enfermedad grave en la Comunidad de Madrid.

Abelardo Rodríguez González, Dirección General de atención a personas con discapacidad. Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, Comunidad de Madrid (abelardo.rodriguez@madrid.org)

Cristina Díez Villar, Centro de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Gestión técnica a cargo de Fundación Manantial. (cdiez@fundacionmanantial.org)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Se trata de una amplia y diversificada Red de centros y recursos de atención social y apoyo a la integración de las personas con trastorno mental grave en la Comunidad de Madrid. La *Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera*, depende de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad en la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, y se organiza y funciona de acuerdo con un criterio de territorialización. El principio de territorialización es un elemento esencial de la organización y funcionamiento de la Red y un instrumento esencial para asegurar la coordinación con los Servicios de Salud Mental de la zona en la que viven las personas que atendemos. Todo ello para facilitar la mejora de su inclusión, integración y participación comunitaria.

La Red Pública de Atención Social cuenta actualmente, tras el crecimiento en 234 nuevas plazas a septiembre de 2023, con un total de 7.088 plazas en 234 centros y recursos en los que trabajan 1570 profesionales. Para promover y apoyar la rehabilitación e inserción laboral, se han desarrollado los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) dentro de la Red de Atención Social a

personas con enfermedad mental de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales.

Los Centros de Rehabilitación Laboral son un recurso específico que ofrece de un modo individualizado programas de rehabilitación laboral dirigidos a preparar, apoyar y mantener la inserción en el empleo sobre todo en empresas ordinarias. Los Centros de Rehabilitación Laboral han demostrado ser un recurso útil y eficaz para facilitar la preparación, el acceso y mantenimiento en el empleo de las personas con trastorno mental grave. Es decir, los CRL son el recurso específico para el desarrollo de itinerarios individualizados de inserción en el empleo de estas personas con TMG en la Comunidad de Madrid.

De un modo sintético se describirán las características, organización y funcionamiento de los Centros de Rehabilitación Laboral y se expondrá sus principales datos de inserción laboral en los últimos años. El Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida" (1991-Actualidad) fue el primer CRL creado en la Comunidad de Madrid. Hasta finales de diciembre de 1998, la Dirección General de Servicios Sociales solo tenía funcionando este recurso laboral. A partir de diciembre de 1998 se inició la gestión y funcionamiento de un nuevo Centro de Rehabilitación Laboral en el distrito Centro de Madrid (CRL "Vázquez de Mella). Y en enero de 2001 comenzó su andadura el CRL "Afap-Pedrezuela". Hasta entonces la Comunidad de Madrid solo contaba con 3 CRL con 130 plazas.

Actualmente están en funcionamiento un total de 30 CRL con un total de 1.485 plazas, tras la puesta en marcha en mayo de 2022 de 3 nuevos CRL de 30 plazas cada uno y la ampliación en septiembre de 2023 de 80 plazas en 8 CRLs. De ellos 24 son CRLs concertados en Acuerdo Marco y cofinanciados por FSE con 1.215 plazas y luego hay 6 CRLs propios con gestión contratada con 270 plazas.

En 2022 en el conjunto de los 30 CRL existentes desde mediados de 2022, de los 1.891 usuarios atendidos en 2022 de ellos se logró que un total de 1.236 usuarios tuvieron actividad laboral en 2022 lo que supone un

65,36 % global de inserción laboral en 2022 (lo que supone una mejora de 2,19 % respecto a 2021 que se logró un 63,2 % de inserción en 2021).

Palabras clave

Inserción laboral, empleo, centro de rehabilitación laboral.

1 Introducción

Las personas con trastorno mental grave sufren dificultades para su integración laboral. Muchas de las personas pueden trabajar, son perfectamente capaces, aun así precisan de determinados apoyos de tinte psicosocial. Los programas de rehabilitación laboral y apoyo al empleo son elementos fundamentales para favorecer su inserción laboral y mantenimiento de este.

Para promover y apoyar la rehabilitación e inserción laboral se han desarrollado los Centros de Rehabilitación Laboral dentro de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Consejería de familia, Juventud y Asuntos Sociales.

En el inicio del año 2022 la Red contaba con 27 CRL con un total de 1315 plazas. De ellos, 6 CRL son centros propios con gestión contratada con 270 plazas. El resto, 21 CRL, son centros concertados y cofinanciados por el Fondo Social Europeo. Cuentan con 1045 plazas. En mayo del 2022 se pusieron en marcha tres nuevos CRL concertados de 30 plazas cada uno. Y en septiembre de 2023 se ampliaron 80 nuevas plazas en 8 Centros de Rehabilitación Laboral ampliando 10 plazas en cada uno.

Por lo que a septiembre del año 2023 se cuenta con un total de 30 CRL con 1485 plazas, de ellos 24 son CRL concertados en Acuerdo Marco y cofinanciados por FSE con 1.215 plazas y luego hay 6 CRL propios con gestión contratada con 270 plazas.

Debemos indicar que, según estudios recientes, la tasa de retorno de la inversión, es del 137%, es decir, 1,37€ por cada euro invertido (Ballesteros, F. et al., 2022).

2 Metodología

Los Centros de Rehabilitación Laboral son un recurso específico que ofrece de un modo individualizado programas de rehabilitación laboral dirigidos a preparar, apoyar y mantener la inserción en el empleo de las personas con trastorno mental grave, tanto en empresas ordinarias como en empleo protegido a través de los Centros Especiales de Empleo.

La capacidad de atención de los CRL concertados que están en funcionamiento actualmente se sitúa en un intervalo de plazas entre el mínimo de 30 plazas y 65 plazas.

La capacidad de atención en este tipo de centros tiene un margen de elasticidad teniendo en cuenta que la atención se va ajustando a las necesidades de los distintos usuarios atendidos y a lo establecido en su plan individualizado, por lo que la asistencia es distinta en cada caso y en los diferentes momentos de la intervención. Además, parte de las actividades se desarrollan fuera del centro buscando la normalización e integración comunitaria de los usuarios.

La organización de un Centro de Rehabilitación Laboral así como los programas y actividades que en él se desarrollan buscan servir a la consecución de los siguientes objetivos:

- Favorecer la recuperación o adquisición del conjunto de conocimientos, destrezas y habilidades sociolaborales necesarias para acceder y manejarse adecuadamente en el mundo laboral.
- Propiciar y apoyar la inserción laboral en fórmulas de empleo protegido, autoempleo y preferentemente en la empresa ordinaria de aquellos usuarios que tras un proceso de rehabilitación estén en condiciones de realizar actividades laborales productivas.
- Ofrecer el seguimiento y el apoyo que cada persona necesite para asegurar el mantenimiento del mundo laboral.
- Articular y organizar el contacto y la coordinación con los recursos de formación profesional y con el mercado laboral existente.
- Fomentar la colaboración de empresarios, asociaciones o instituciones en la tarea de aumentar las oportunidades de inclusión laboral de este colectivo.

El **perfil** y características, problemática y necesidades de las personas a atender en el Centro de Rehabilitación Laboral es el siguiente:

- Tener una enfermedad mental grave y duradera (esquizofrenia, trastornos maníacos-depresivos, trastornos depresivos graves y recurrentes, trastornos paranoides y otras psicosis)
- Tener una edad entre 18 y 50 años, con toda la flexibilidad necesaria respecto al límite superior de edad.
- Los usuarios han de estar atendidos por los Servicios de Salud Mental de referencia que se encargan de su atención psiquiátrica y seguimiento.
- No estar en una situación psicopatológica activa no controlada.
- No tener ningún impedimento legal que imposibilite su inserción laboral.
- Tener un nivel mínimo de autonomía personal y social.
- Presentar un nivel mínimo de motivación respecto a la integración laboral.

Este perfil general puede ser adaptado o ajustado a las necesidades específicas que se planteen en el marco de la coordinación con los Servicios de Salud Mental y siempre bajo las directrices y la aprobación de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales.

Actualmente, el perfil tipo de usuarios atendidos en los CRL es:

- Mayoritariamente hombres (70%). Solteros (90%). Con una edad media de 30 y 35 años. Conviven con sus padres (74%). Nivel educativo bajo o medio bajo.
- La mayoría con Certificado de discapacidad (71%). Y un 36% con un porcentaje de discapacidad del 65%.
- Diagnosticado de esquizofrenia (52%). Otros trastornos psicóticos (15%).
Trastornos graves de personalidad (17%)
- Personas con más de dos años de evolución del trastorno (95%) y con más de diez años el 47%. Problemas asociados con consumo de sustancias (12%).

La única puerta de acceso a la Red de Atención Social, en nuestro caso a los CRL, es mediante la propuesta y **derivación** desde los Servicios de Salud Mental de cada zona asignada a cada centro y a las plazas adjudicadas al mismo. Todos los usuarios deben estar atendidos en su Servicio de Salud Mental de referencia, que, a través de un informe o similar (Protocolo de Continuidad de Cuidados) se justifica la problemática de funcionamiento laboral del usuario, la necesidad de intervención específica de rehabilitación laboral y su derivación al Centro de Rehabilitación Laboral. Las listas de espera se coordinan y gestionan en cada zona con los Servicios de Salud Mental.

Se trata de una gestión desburocratizada, es decir, la atención en cada recurso se articula sobre las necesidades de la persona y no sobre requisitos administrativos. No se exige disponer de un Certificado de discapacidad.

De la misma manera, la atención es gratuita.

A continuación, se describen brevemente los objetivos, actividades y programas que componen el proceso global de atención e intervención en los CRLs en sus diferentes fases o momentos:

- **Acogida**

Se trabaja activa y específicamente para asegurar el adecuado vínculo de los usuarios que son derivados. Para ello se desarrollan las acciones que sean pertinentes (información, asesoramiento, acompañamiento, acogida en el domicilio...) buscando siempre su progresiva implicación y participación activa en su propio proceso de rehabilitación vocacional-laboral.

- **Evaluación y planificación de la intervención**

El proceso inicial de evaluación permite obtener información fundamental para establecer los principales objetivos y el Plan Individualizado de Rehabilitación Laboral (PIR-L). Permite conocer a la persona derivada, sus inquietudes, sus expectativas, su historia formativo-laboral, su interés vocacional... No debe ser una fase rígida. Se realiza en un tiempo máximo de dos meses desde el primer contacto del usuario con el centro.

- **Intervención**

El proceso de intervención se estructura a través del diseño de un Plan Individualizado de Rehabilitación Laboral (PIR-L) que establece de un modo concreto y relevante los objetivos a alcanzar. Debe realizarse por escrito y ser presentado y consensuado por la persona atendida.

Los PIR-L se encaminan a preparar y capacitar a cada usuario para estar en condiciones de manejar y enfrentarse a las demandas y exigencias que supone la búsqueda, acceso y mantenimiento de un empleo en el mercado laboral. Incluyen un amplio abanico de actividades que constituyen el núcleo esencial del proceso de intervención en un CRL:

- Orientación vocacional. Definir con claridad los intereses y objetivos laborales de cada usuario. En muchos casos, requiere un trabajo de información y orientación vocacional que permite aclarar y definir sus preferencias laborales, así como delimitar el tipo de trabajo disponible y posible que se ajusta a su formación, competencia y funcionamiento.
- Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y habilidades de ajuste laboral. El entrenamiento y recuperación de hábitos y capacidades en estas dos áreas se desarrollan a través de diversos talleres pre-laborales de carácter polivalente. Tienen una función rehabilitadora como contexto de entrenamiento de hábitos básicos y capacidades de cada usuario necesita para avanzar en un proceso de preparación para la inserción laboral. Las tareas siempre se ajustan a las necesidades individuales de cada persona.

- Apoyo a la Formación profesional. A través de la rehabilitación se puede ayudar al usuario a elegir la oferta formativa más idónea a sus posibilidades y preferencias y a la realidad del mercado. Se apoya al usuario en todo el proceso formativo.
- Entrenamiento en habilidades de búsqueda de empleo. Se pretende que el usuario adquiriera las habilidades, conocimientos y destrezas necesarios para encontrar y acceder a un empleo (elaboración de CV, manejo de entrevistas de selección, discriminación de ofertas, portales de empleo ...)
- Apoyo a la inserción laboral y seguimiento. Se ofrece apoyo y supervisión a los usuarios que se han integrado en alguna opción laboral con el fin de facilitar su adaptación al puesto de trabajo y se ayuda a manejar los diferentes problemas que se planteen.
- Contacto y coordinación tanto con los recursos de formación laboral existentes como con el tejido laboral para facilitar y fomentar la contratación de este colectivo.
- Se ofrecen servicios complementarios de comidas y de apoyo al transporte.

El **equipo profesional** básico que conforma un Centro de Rehabilitación Laboral incluye:

- Director/a de centro (titulado universitario: preferiblemente psicólogo/a, Terapeuta Ocupacional, Educador/a Social, Trabajador Social)
- Psicólogo/a
- Terapeuta Ocupacional
- Técnico/a de Apoyo a la Inserción Laboral
- Preparador/a Laboral
- Maestro/as de taller

3 Resultados

A continuación, se presenta un resumen de datos de inserción laboral del año 2010 a 2022 en los CRL de la Comunidad de Madrid.

Tabla 1. Resumen de datos del Centro de rehabilitación Laboral “San Blas” (*Centro cofinanciado al 40% por el Fondo Social Europeo del Programa FSE+ 2021-2027*)

| AÑO | Nº de Plazas de CRLs | Nº de usuarios atendidos | Nº de usuarios con Actividad Laboral | % de Inserción Laboral |
|------|---|---|--|--|
| 2010 | 890 | 1137 | 507 | 44,6 % |
| 2011 | 950 | 1260 | 619 | 49,13 % |
| 2012 | 960 | 1313 | 602 | 45,8 % |
| 2013 | 980 | 1330 | 631 | 47,4% |
| 2014 | 1050 | 1351 | 675 | 50 % |
| 2015 | 1090 | 1460 | 791 | 54,2 % |
| 2016 | 1165 | 1532 | 868 | 56,7 % |
| 2017 | 1165 | 1537 | 971 | 63,2 % |
| 2018 | 1315 (en julio se ponen en marcha 5 nuevos CRL de 30 pl c/u: 150 pl) | 1692 (1525 en los 22 CRLs en func. Y 167 en los 5 nuevos CRL) | 1,059 (1,026 en los 22 CRLs en func. Y 33 en los 5 nuevos CRL) | 62,59 % (67,3 % en los 22 CRLs en func. Y 19,8% en los 5 nuevos CRL) |
| 2019 | 1315 | 1762 | 1,121 | 63,6 % |
| 2020 | 1315 | 1656 | 1004 | 60,6% |
| 2021 | 1315 | 1763 | 1114 | 63,2% |
| 2022 | 1405 (en mayo se ponen en marcha 3 nuevos CRL de 30 pl c/u: 90 pl) | 1891 (1780 en los 27 CRLs en func. y 111 en los 3 nuevos CRL) | 1236 (1192 en los 27 CRLs en func. y 44 en los 3 nuevos CRL) | 65,3 % (67 % en los 27 CRLs en func. y 39,6 % en los 3 nuevos CRL) |

Seguidamente se especifica un resumen del balance de inserción laboral en el año 2022 en los CRL:

- En el inicio de 2022 la Red contaba con 27 CRL en funcionamiento con total de 1.315 plazas. De ellos, 6 CRL son centros propios con gestión contratada con 270 plazas y 21 CRL con 1045 plazas son centros concertados y cofinanciados por FSE. A 1 de mayo de 2022 se pusieron en marcha 3 nuevos CRL concertados de 30 plazas cada uno con un total de 90 plazas. Con lo que a mediados de año 2022 se alcanzó un total de 30 CRL con 1405 plazas.
- En 2022 en el conjunto de los 30 CRL con 1.405 plazas se ha atendido en los CRL a un total de 1891 usuarios (se mejora respecto a 2021 que fueron 1763 usuarios).

- De ellos 1098 fueron hombres (58,1 %) y 793 fueron mujeres (41,9%). Ha seguido mejorado la atención a mujeres un 0,8 puntos respecto a 2021 que hubo un 41,1 %.
- En 2022 el conjunto de los 30 CRL año del total de los 1891 usuarios atendidos en 2022 se ha logrado que 1236 usuarios tuvieron actividad laboral en 2022 lo que supone un 65,36 % de inserción laboral sobre el total de usuarios atendidos en 2022. Los que supone una mejora de 2,16 puntos sobre 2021 que fue del 63,2 %.
- En los 27 CRL que funcionaron todo el año del total de los 1780 usuarios atendidos en 2022 se ha logrado que 1192 usuarios tuvieron actividad laboral en 2022, lo que supone un 67 % de inserción laboral sobre el total de usuarios atendidos en 2022. Se mejora el porcentaje de inserción en 2022 (67%) respecto a 2021 (63,2 %).
- En los 3 nuevos CRL de 30 plazas cada uno y con un total de 90 plazas puestos en marcha en mayo de 2022 y que han funcionado apenas 6 meses, aun teniendo en cuenta el escaso tiempo de funcionamiento han logrado unos estupendos y prometedores resultados: En estos 3 nuevos CRL durante el segundo semestre de 2022 han logrado atender a un total de 111 usuarios de los que 63 fueron hombres (56,8%) y 48 eran mujeres (43,2 %) y de ellos se logró que 44 usuarios tuvieron actividad laboral lo que supone un 39,6 % de inserción laboral alcanzado en 2022 en apenas 6 meses de funcionamiento de estos 3 nuevos CRL.
- Los 1236 usuarios con actividad laboral en 2022 en el conjunto de los 30 CRL (sumando los 27 CRL que han funcionado todo el año y los 3 nuevos CRL que funcionan desde mediados de 2022) de los 1891 atendidos en 2022 tuvieron actividad laboral 1236 usuarios (67% de los atendidos) se insertaron en un total de 1.973 empleos (un mismo usuario puede tener más de un empleo en el año).
- Del total de inserciones laborales logradas en 2022 en los CRL según el tipo de empresa: un 38 % en empresa ordinaria (en 2021 fue del 36 %); 57,7 % en empleo protegido CEE (en 2021 fue del 59,4 %) y un 4,6 % en actividades laborales no reguladas (en 2021 fue del 4,7 %). Hemos incorporado un dato adicional en relación cuantos empleos contratados en CEE pero que se desarrollan en empresas ordinarias (es una práctica cada vez más frecuente en muchas empresas contratar los servicios de un CEE pero que los trabajadores desempeñen su trabajo en las empresas ordinarias) y aquí surge un dato de gran interés de los empleos contratados en CEE de ellos 825 (74,8 %) se realizan en empresas ordinarias.
- En cuanto al tipo de contrato la gran mayoría fueron contratos temporales un 59,3 % (en 2021 fue del 76,7 % %) y un 35,5 % contratos indefinidos (en 2021 fue del 17,6 %) y un 5,2 % sin contrato (en 2021 fue del 5,6 %). Sigue evidenciándose el problema de la temporalidad de los contratos, aunque ha mejorado sustancialmente la contratación indefinida tras la reforma laboral.
- En cuanto a tipo de jornada el 45,2 % fue a jornada completa (en 2021 fue del 46,9 %), el 42,8 % fue jornada parcial (en 2021 fue del 40,6 %) y el 11 % contratos por horas (<20 h) (en 2021 fue del 12,5 %).
- Por sector la inmensa mayoría un 94,7% fue en empresas del sector privado, un 5,2 % en el sector público (ayuntamientos, empresas públicas) y hay que destacar que hubo 117 empleos (6,1 %) dentro de centros de la propia Red.
- Asimismo, hay que señalar que en 2022 de los 1891 usuarios atendidos en 2022 en los 30 CRL un total de 710 participaron en actividades de formación laboral para mejorar su cualificación y empleabilidad lo que supone un 35 % respecto al total de atendidos en 2022 (40,3 % en 2021).

4 Conclusiones

Los Centros de Rehabilitación Laboral de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales son unos centros especializados que han demostrado su

eficacia y utilidad para facilitar la preparación y el acceso y mantenimiento en el empleo de las personas con trastorno mental grave.

Muchas de las personas con enfermedad mental grave pueden trabajar y muchos de ellos integrarse en el mercado laboral ordinario. La mayoría a jornada completa y en puestos muy variado sobre todo del sector servicios.

El mercado laboral ordinario debe ser la prioridad tanto por las posibilidades que ofrece como por su carácter de normalización y mayor integración. Los programas y recursos de rehabilitación laboral deben de orientarse sobre todo a la inserción en el empleo ordinario.

Los CRL son un instrumento útil para facilitar la preparación, el acceso y mantenimiento en el empleo de las personas con TMG.

Para aquellos con mayores dificultades se debe ampliar las posibilidades de empleo protegido en CEE aún escasas en la Comunidad de Madrid. Pero seguir potenciando de un modo especial la inserción en empresas ordinarias.

Es necesario seguir reduciendo la brecha de género aun existente y fomentar la mayor atención a mujeres para aumentar sus oportunidades de integración laboral, así como la derivación de jóvenes menores de 30 años.

Referencias bibliográficas

- AA.VV. (Sánchez Rodríguez, Ó., Coord.) (2012): Desarrollo profesional e inserción laboral en personas con enfermedad mental, Madrid, Editorial Grupo 5.
- Ballesteros, F., Polvorinos, S., Cerezo, Y. y Navarro, D. (2022): "Retorno Económico y social de la Inversión en un Centro de Rehabilitación Laboral", CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa, 106, pp. 149-176. DOI: <https://doi.org/10.7203/CIRIEC- E.106.19183>.
- Comunidad de Madrid (2001): "Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención". Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales, nº 14.
- Comunidad de Madrid (2021): "Pliego de prescripciones técnicas que han de regir en el nuevo acuerdo marco que fije las condiciones a que habrán de ajustarse los contratos de servicios para la gestión de Centros de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental grave y duradera en las distintas zonas de la Comunidad de Madrid".
- Pastor, A., Blanco, A. y Navarro, D. (2010), Manual de rehabilitación del trastorno mental grave, Madrid, Editorial Síntesis.
- Rodríguez, A y González, J.C (2002): "La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica". Cuadernos técnicos de servicios sociales nº 17. Comunidad de Madrid.
- Rodríguez González, Abelardo (2001): "La experiencia de los Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid". Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, año 8. Número 13.
- Rodríguez Pulido, F y Estebanz Caballero, N (2021): "Empleo, recuperación y ciudadanía en las experiencias psicóticas: Reorientando los servicios de salud mental". Cuadernos Técnicos de Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Valmorisco Pizarro, S. (2015): Políticas públicas de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental. Los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) de la Comunidad de Madrid (2008-2012), Tesis Doctoral inédita, Getafe (Madrid).



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Inserción laboral de personas con trastorno mental: desde una experiencia piloto a una comunidad de aprendizaje colaborativa

Débora Koatz, Instituto Universitario Avedis Donabedian, Universidad Autónoma de Barcelona (dkoatz@fadq.org)

Pilar Hilarión, Instituto Universitario Avedis Donabedian, Universidad Autónoma de Barcelona

Pere Bonet, Ministerio de Salud de Andorra

Francisco Rodríguez Pulido, Universidad de La Laguna



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

IPS (*Individual Placement and Support*) es una metodología de empleo con apoyo basada en 8 principios: exclusión cero; asesoramiento personalizado sobre prestaciones; empleo ordinario; integración de servicios de salud mental e inserción laboral; búsqueda rápida; relaciones con empresas; apoyo y seguimiento continuo; respeto las preferencias de las personas.

En Cataluña, un proyecto piloto implementó IPS (2013-2017) en 7 servicios de inserción laboral, para mejorar la inserción de personas con trastorno mental grave (TMG). Participaron 1620 personas en edad laboral. La evaluación incluyó la Escala de Fidelidad al modelo IPS y la monitorización de indicadores. Las estrategias desarrolladas fueron: apoyo técnico, formación, identificación de barreras y facilitadores, y planes de mejora. El porcentaje de personas con empleo se incrementó del 16% al 43%. La puntuación en la escala mejoró un 34%.

En 2021, se crea una comunidad de aprendizaje a través de un proyecto colaborativo para escalar IPS en Europa. Desde 2022, la red IPS en España se reúne trimestralmente, de forma virtual. Participan 13 entidades de diferentes regiones compartiendo experiencias, problemas y soluciones. Es un espacio de aprendizaje y mejora para los servicios, potenciando prácticas efectivas y contribuyendo a mejorar las oportunidades de las personas con trastorno mental.

Palabras clave

Salud mental, inserción laboral, IPS

1 Introducción

Actualmente, la salud mental es uno de los mayores retos de la salud pública, por prevalencia, carga de enfermedad y discapacidad (Marquez P.V. & Saxena S, 2016). Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias constituyen el 10% de la carga mundial de morbilidad y el 30% de las enfermedades crónicas (OMS, 2019).

El 13% de la población mundial vive con un trastorno mental diagnosticable (1 de cada 8 personas) y se estima que el 15% de la población trabajadora experimentará un trastorno mental en algún momento de su vida. Trastornos como la depresión y la ansiedad aumentaron un 25% durante el primer año de la pandemia de Covid-19 (OMS, 2022).

Al reto global de promover, atender y cuidar la salud mental se suma la vulnerabilidad al estigma y situaciones de inequidad que sufren las personas que padecen estos trastornos, limitando derechos esenciales como vivir una vida plena, de forma autónoma, y con la máxima calidad de vida posible.

Las Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad define acciones prioritarias en ocho áreas, entre las cuales están el empleo, la salud, la participación y la educación (Consejo de Europa, s. f.).

Las personas con un trastorno mental desean llevar una vida digna, contribuyendo plenamente a sus comunidades, lo que implica -entre otras cuestiones- el derecho a tener un trabajo satisfactorio (Knaeps et al., 2015; Westcott et al., 2015).

Si bien la legislación europea, nacional y autonómica reconoce este derecho como fundamental, su impacto en la práctica aún es limitado (Cohen & Becker, 2014), siendo que 8 de cada 10 personas con discapacidad por trastorno mental no tienen empleo (Confederación Salud Mental España, s. f.), siguiendo la tendencia internacional (Rosenheck et al., 2006), y en la que sólo una media de 2% acceden a servicios de empleo efectivos (Bruns et al., 2016).

La inserción laboral de personas con problemas de salud mental suele ser frágil e inestable, tendiendo al desempleo y al subempleo (trabajar por debajo de su formación o disponibilidad). A pesar de los esfuerzos por mejorar esta situación, muchos intentos han resultado ineficaces y los efectivos se han extendido por España de forma desigual.

Este es el caso del modelo IPS (*Individual Placement and Support*), una práctica basada en evidencia científica que incluye la inserción laboral como parte fundamental del proceso de recuperación de las personas, y el mantenimiento del empleo uno de los principales retos del tratamiento.

IPS es una metodología de empleo con apoyo basada en 8 principios: exclusión cero; asesoramiento personalizado sobre ayudas y prestaciones; empleo ordinario; integración del servicio de inserción con el tratamiento de salud mental; búsqueda rápida de empleo; profesionales se relacionan con empresas; apoyo y seguimiento continuo; y respeto por preferencias de las personas. También incluye la inserción y el apoyo en procesos educativos.

Esta práctica ha posibilitado que un 55% de las personas con diversas condiciones de salud obtengan un empleo ordinario (IPS Employment Center, s. f.). Su efectividad se muestra en 28 ensayos controlados aleatorizados, y numerosos estudios de cohortes en diferentes países (Bond et al., 2020) en personas con trastorno mental (adultos y jóvenes). Con esta práctica, las personas con TMG tuvieron más del doble de probabilidades de conseguir un empleo que con otras metodologías (Modini et al., 2016), y aumentaron el tiempo de retención del empleo de forma significativa (Bond et al., 2020).

Otro de los beneficios estudiados de este modelo tiene que ver con el impacto a largo plazo: las personas trabajaron más tiempo, más horas y a mayor salario. Y a nivel de salud, menos admisiones hospitalarias y más cortas para quienes participaron en programas IPS (Hoffmann et al., 2014).

Además, el retorno de la inversión generado por IPS es mayor en comparación con otras prácticas, siendo más coste-efectivo que otros programas (Knapp et al., 2013). Sus beneficios tienen impacto en las personas, pero también en la economía, las empresas y el sistema de bienestar en general, teniendo en cuenta que los trastornos mentales son la principal causa de años perdidos por discapacidad (Marquez P.V. & Saxena S, 2016; OMS, 2022).

Con estos antecedentes, entre octubre de 2013 y diciembre de 2017 se realizó un proyecto piloto para mejorar la inserción laboral de personas con TMG, a través de la implementación del modelo IPS en Cataluña (Hilarión et al., 2020). Los objetivos del proyecto fueron aumentar el acceso a la ocupación de personas con TMG en la empresa ordinaria y mejorar el conocimiento en la aplicación de esta práctica efectiva, en la que

el apoyo es individualizado, continuado y adaptado a las necesidades y prioridades de cada persona. Finalmente, el proyecto también contribuiría a la comunidad internacional IPS (IPS Employment Center, s. f.), con información, experiencia e investigación.

2 Metodología

Se desarrolló un estudio longitudinal descriptivo mixto para evaluar la implementación de la metodología IPS. La evaluación incluyó la Escala de Fidelidad para el Empleo con Apoyo IPS -aplicada semestralmente hasta alcanzar una puntuación mínima de 100 puntos que indica “buena fidelidad” al modelo- en los servicios de inserción y centros de salud mental (CSM) participantes. Además, se realizó la monitorización trimestral de indicadores de resultados de empleo, entre 2013 y 2017. También, se exploraron las perspectivas de las partes interesadas sobre la implementación, las barreras y facilitadores, su impacto y sostenibilidad. Por último, se analizó el perfil de las personas participantes y los resultados de la inserción.

La estrategia de implementación se desarrolló a tres escalas: macro, meso y micro a través de las cuales se incluyó la participación de agentes sociales que detectaron necesidades y organizaron acciones necesarias para la implementación del modelo. Algunas de éstas fueron: conformar un comité de seguimiento con representantes de las áreas de la Generalitat de Catalunya (salud, trabajo y bienestar social), y otras organizaciones implicadas en el proyecto (Diputació de Barcelona, Fundación La Caixa, y *Dartmouth Psychiatric Research Center*, actualmente IPS Employment Center); se promovió mayor coordinación entre agentes de salud mental e inserción laboral, y entre diferentes administraciones, posibilitando formación para un mejor asesoramiento en cuanto a prestaciones y beneficios sociales. Además, se identificaron barreras y facilitadores para la implementación del modelo en los territorios y se plantearon planes para su abordaje. Se realizó apoyo técnico y formación en metodología IPS a profesionales y gestores (online y presencial), se evaluaron servicios de inserción y CSM con la Escala de Fidelidad, se realizó seguimiento de indicadores trimestrales, y orientación en la implementación de planes de mejora.

3 Resultados

En el periodo estudiado, se atendieron 1620 personas en edad laboral, de las cuales más del 80% presentaban un diagnóstico de TMG. Esto representó aproximadamente el 11 % de las personas con TMG de la región. Un 45% eran mujeres, y un 55% hombres, con una media de edad de 38,5 años. Un 11% de las personas participantes tenían menos de 30 años. Si bien el proyecto incluyó 12 CSM como derivadores principales a los servicios de inserción, las personas fueron derivadas de 92 fuentes diferentes (CSM en su mayoría, pero también profesionales que no pertenecían al Sistema Nacional de Salud).

En los 7 programas de inserción laboral de las 3 regiones que integraron el proyecto (Barcelona Esquerra, Baix Llobregat, Girona), el promedio trimestral de personas participantes fue de 435.

Desde el inicio, se observó un progresivo aumento del porcentaje de personas que trabajaban en los servicios, así como también del número de nuevos empleos obtenidos. Al finalizar, el porcentaje de personas con trabajo se incrementó de un 16% a un 43%, mientras que los resultados de la evaluación de los servicios de inserción y salud mental con la Escala de Fidelidad del Modelo IPS mejoraron un 34%. Esto es desde una puntuación media de 74 (SD 13,5) hasta una puntuación media de 100 (SD 1,4), indicando una buena fidelidad al modelo IPS, conseguida en diciembre de 2016.

El número total de empleos obtenidos por las personas participantes en el periodo de implementación del

proyecto fue de 1.188.

En el análisis de barreras y facilitadores para la implementación, se detectaron como barreras, principalmente la financiación incierta e irregular para los programas de empleo ordinario, la diversidad de indicadores correspondientes a múltiples fuentes de financiación, que muchas veces entraban en contradicción con la propia metodología; la dificultad de los flujos de información entre proveedores de servicios diferentes -como en algunos casos los de empleo y salud mental-, el estigma y las barreras culturales existentes sobre la posibilidad de inserción de las personas con TMG.

Los facilitadores identificados fueron el liderazgo y coordinación de las organizaciones participantes; la mejora de las estrategias de comunicación entre servicios y administraciones; el acceso al asesoramiento sobre prestaciones y beneficios sociales; y la creación de una red de profesionales multidisciplinar con interés en mejorar las condiciones y calidad de vida de las personas con trastorno mental.

Teniendo en cuenta un análisis realizado en 21 estudios sobre la implementación del Modelo IPS en diferentes países (Bonfils et al., 2017), se observa cierta similitud en cuanto a las barreras encontradas en factores contextuales (marco legal relacionado con ayudas y prestaciones, colaboración intersectorial, etc.), y en cuanto a la cultura y el cambio de paradigma del modelo, hacia la recuperación y rehabilitación de las personas con trastorno mental. En esta línea el miedo a la pérdida de prestaciones en la incorporación al trabajo es una barrera importante para personas usuarias y familiares (Swanson et al., 2011). Similares barreras se encuentran también en relación con la organización local y la cooperación, reflejado principalmente en que los equipos de salud e inserción laboral compartan valores comunes sobre el empleo de las personas con TMG. Y finalmente, barreras en cuanto a una financiación, alineada al modelo (Swanson et al., 2011).

Los facilitadores hallados en otros países (Bonfils et al., 2017) coincidieron con los del proyecto piloto: la Escala de Fidelidad ayudó a mejorar la calidad del servicio y puede ser utilizada como un indicador de gestión de la calidad; el liderazgo para la implementación (de las organizaciones y de los equipos); y la formación y competencias de profesionales, su implicación y apoyo a las empresas y a las personas, desde el modelo de la recuperación.

A pesar de las diferencias contextuales con respecto a otros países (estado de bienestar y políticas nacionales, mercado de trabajo, desempleo y factores culturales), de organización y cooperación (financiación, supervisión, etc.), en España también se han obtenido resultados positivos (Hilarión et al., 2020). El desarrollo del proyecto piloto abrió nuevas posibilidades para la implementación de prácticas basadas en la evidencia en entidades de inserción laboral, en estrecha colaboración con los CSM. Sin embargo, no existe aún una estrategia de escalado definida que promueva la adopción de la metodología IPS desde instancias regionales y/o nacionales, como en otros países de Europa.

En 2021, a través de un proyecto colaborativo para planificar el escalado del modelo IPS a nivel europeo (EUSCF, 2021) se diseñaron posibles estrategias de escalado.

Teniendo en cuenta los factores que estimularon el crecimiento de IPS (Pogue et al., 2022) (investigación y liderazgo local o regional, la evaluación y monitorización de la calidad a través de una herramienta que garantice la fidelidad al modelo en la práctica, y la participación en una comunidad de aprendizaje para fomentar la colaboración entre pares) se plantea la creación de una comunidad de aprendizaje, como herramienta clave para poner en contacto iniciativas aisladas, compartir conocimiento y experiencias, y participaren redes internacionales, como la Comunidad IPS en Europa, que integra más de 15 países con diferente grado de implementación del modelo (Jónasson et al., 2022).

Es así como desde 2022, la Comunidad IPS en España se reúne virtualmente cada trimestre. Participan voluntariamente 13 organizaciones¹ que desarrollan servicios en aproximadamente 20 localizaciones diferentes, con una alta variabilidad entre ellos: algunos programas comienzan a implementar IPS, mientras que otros tienen una larga trayectoria, lo que resulta en niveles diferentes de conocimiento y experiencia dentro de diversos contextos y condiciones (entornos rurales, urbanos, jóvenes, adultos, etc.).

A través de los encuentros se intercambian experiencias, barreras y facilitadores de cada contexto y se comparten temas de interés, problemas y soluciones, potenciando el aprendizaje colaborativo. En abril de 2023 se desarrolló la primera jornada presencial de la red en Tenerife, pudiendo generar una mayor cercanía entre las y los profesionales participantes, personas usuarias y servicios.

4 Conclusiones

Si bien la metodología IPS continúa demostrando su efectividad a través de numerosos estudios, en contextos y países muy diversos, aún su conocimiento, implementación y desarrollo en España es limitado. Esta iniciativa de aprendizaje colaborativo busca potenciar el desarrollo de prácticas efectivas, basadas en la evidencia disponible, y promover oportunidades de investigación a nivel local y en colaboración con otros países, como herramienta para el apoyo técnico y metodológico de los equipos que trabajan con IPS.

Promover la creación de redes profesionales y espacios de aprendizaje y colaboración (entre profesionales y organizaciones) puede ser clave en el logro de objetivos comunes en la atención integrada en salud mental, promoviendo la mejora de la calidad de vida de las personas con trastorno mental y contribuyendo a su recuperación a través del empleo, la educación y participación social.

Referencias bibliográficas

- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2020). An update on Individual Placement and Support. En *World Psychiatry* (Vol. 19, Número 3). <https://doi.org/10.1002/wps.20784>
- Bonfils, I. S., Hansen, H., Dalum, H. S., & Eplov, L. F. (2017). Implementation of the individual placement and support approach—facilitators and barriers. En *Scandinavian Journal of Disability Research* (Vol. 19, Número 4). <https://doi.org/10.1080/15017419.2016.1222306>
- Bruns, E. J., Kerns, S. E. U., Pullmann, M. D., Hensley, S. W., Lutterman, T., & Hoagwood, K. E. (2016). Research, data, and evidence-based treatment use in state behavioral health systems, 2001-2012. *Psychiatric Services*, 67(5). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500014>
- Cohen, M. J., & Becker, D. R. (2014). Family advocacy for the IPS supported employment project: Accomplishments and challenges. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2). <https://doi.org/10.1037/prj0000066>
- Confederación Salud Mental España. (s. f.). La salud mental en cifras. Recuperado 9 de septiembre de 2023, de <https://comunicasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/#mundo>
- Consejo de Europa. (s. f.). Disability and Disablism. Manual for Human Rights Education with Young people. Recuperado 9 de septiembre de 2023, de <https://www.coe.int/en/web/compass/disability-and-disablism>
- EUSCF. (2021). European Social Catalyst Fund. <https://www.euscf.eu/>
- Hilarión, P., Koatz, D., Bonet, P., Cid, J., Pinar, I., Otín, J. M., Espallargues, M., Molina, C., & Suñol, R. (2020). Implementation of the individual placement and support pilot program in Spain. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(1). <https://doi.org/10.1037/prj0000398>

- Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, S., Mueser, K. T., & Kupper, Z. (2014). Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 171(11). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13070857>
- IPS Employment Center. (s. f.). IPS International Learning Community. Recuperado 9 de septiembre de 2023, de <https://ipsworks.org/>
- Jónasson, H., Van Weeghel, J., Koatz, D., Johnston, G., Bejerholm, U., & Fioritti, A. (2022). Boosting the development of individual placement and support in Europe. En *Epidemiology and Psychiatric Sciences* (Vol. 31). <https://doi.org/10.1017/S2045796022000129>
- Knaeps, J., Neyens, I., Van Weeghel, J., & Van Audenhove, C. (2015). Perspectives of hospitalized patients with mental disorders and their clinicians on vocational goals, barriers, and steps to overcome barriers. *Journal of Mental Health*, 24(4). <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1036972>
- Knapp, M., Patel, A., Curran, C., Latimer, E., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Kilian, R., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., Van Busschbach, J., Comas-Herrera, A., White, S., Wiersma, D., & Burns, T. (2013). Supported employment: Cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry*, 12(1). <https://doi.org/10.1002/wps.20017>
- Marquez PV, & Saxena S. (2016). Out of The Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority. *Cerebrum*, 10-16. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M. J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A., & Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. En *British Journal of Psychiatry* (Vol. 209, Número 1). <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>
- Pogue, J. A., Bond, G. R., Drake, R. E., Becker, D. R., & Logsdon, S. M. (2022). Growth of IPS Supported Employment Programs in the United States: An Update. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 73(5). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100199>
- Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., Stroup, S., Hsiao, J. K., & Lieberman, J. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.411>
- Swanson, S., Burson, K., Harper, J., Johnson, B., Litvak, J., McDowell, M., & Weinstein, G. (2011). Implementation issues for IPS supported employment: Stakeholders share their strategies. En *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* (Vol. 14, Número 3). <https://doi.org/10.1080/15487768.2011.598099>
- Westcott, C., Waghorn, G., McLean, D., Statham, D., & Mowry, B. (2015). Interest in employment among people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 18(2). <https://doi.org/10.1080/15487768.2014.954162>
- OMS. (2019, octubre 16). Salud Mental. Datos 2019. <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
- OMS. (2022). Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. En Organización Mundial de la Salud.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Metodologías grupales en los programas de trabajo y formación. La pertenencia como primer paso para la inclusión sociolaboral

Mercedes Cuenca Silvestre, Universidad de Barcelona (mercedes.cuenca@ub.edu)

Belén Parra Ramajo, Universidad de Barcelona (belenparra@ub.edu)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Se presenta el Programa Trabajo y Formación (TR-FOR) implementado por la Fundación Cepaim en Barcelona y financiado por la Generalitat de Catalunya. En dicho Programa se articulan proyectos de mejora de la empleabilidad de las personas trabajadoras, especialmente aquellas que tienen más dificultades de acceso al mercado laboral.

El Servicio Público de Empleo de Catalunya (SOC) ha subvencionado 10 contratos de trabajo de 12 meses a jornada completa, acciones formativas de carácter transversal y el acompañamiento, llevado a cabo por una trabajadora social con las personas migrantes participantes. El Programa ha sido desarrollado por la Fundación Cepaim, que trabaja para promover un modelo de sociedad inclusiva que facilite el pleno acceso a los derechos de ciudadanía, especialmente a las personas migradas.

Evitando las clásicas acciones individualizadoras, basadas en discursos que presuponen un rol pasivo de la persona, el proceso de apoyo para la inclusión sociolaboral de las personas participantes en el programa ha optado por una metodología de trabajo grupal. Metodología que hace posible revertir el papel de "personas necesitadas" al de sujetos de derecho. El grupo se ha configurado como un recurso y un proceso socio-relacional con un impacto positivo social, laboral y de pertenencia.

Palabras clave

Metodología grupal, pertenencia, inclusión sociolaboral

1 Introducción

Vivimos en una sociedad cada vez más compleja y acelerada. El incremento de la longevidad de la población, la inestabilidad en el empleo, la individualización, el sobreendeudamiento de las familias, la fragmentación de los vínculos sociales, los desahucios, las identidades múltiples, la diversificación de los modelos familiares, la diversidad cultural y la movilidad, exigen una reflexión y actualización permanente de la intervención que desarrollan las Entidades del Tercer sector en contextos concretos.

El escenario postpandémico no ha hecho más que agravar las desigualdades, sobre todo, entre los tramos de renta más baja. A estos perfiles se han añadido nuevos rostros que están en el límite de la vulnerabilidad, y que, ante las limitaciones impuestas por la pandemia, han pasado a formar parte de los grupos de personas en situación de pobreza y exclusión. Las consecuencias que esta última crisis está teniendo sobre ellas son indiscutibles. Así lo asegura el Informe sobre exclusión y desarrollo social en Catalunya (2022), elaborado por la Fundación Fomento de estudios sociales y de Sociología aplicada (FOESSA), cuando indica que en 2021 las personas en situación de exclusión social representan el 29,1% de la población catalana, dato que implica que una de cada tres personas (alrededor de 2.260.000) se encuentra en una situación de exclusión social moderada o severa.

La metodología de la Encuesta sobre integración y necesidades sociales (EINSFOESSA, 2021) diferencia tres grandes áreas de exclusión: la económica, la política y de ciudadanía y la relacional. En el ámbito económico, se tienen en cuenta las dimensiones relacionadas con la ocupación y el consumo, de manera que, de una parte, se examinan los procesos que excluyen a los hogares y a sus miembros de una relación laboral normalizada y, de otra, la suficiencia y/o calidad de los ingresos económicos para la participación en la sociedad, así como las situaciones de privatización de bienes considerados básicos. Los datos de la encuesta revelan que el 36,7% de la población catalana se ve afectada por la exclusión en el ámbito económico. Se dibuja así un escenario con un gran número de población fuera del mercado laboral o con una posición precaria e insegura dentro del mismo (Font y Langarita, 2015).

Si se analizan las situaciones de integración y exclusión teniendo en cuenta las características de las personas y de los hogares, se observa que entre los 13 perfiles o colectivos que registran en Cataluña tasas de exclusión social iguales o superiores al 40% se encuentran las personas migrantes. La nacionalidad, tanto de cada persona del hogar como de la persona sustentadora principal, sigue jugando un papel clave a la hora de explicar las situaciones de exclusión, de manera que la prevalencia de la exclusión entre las personas de nacionalidad extranjera multiplica por 2,5 la de las personas de nacionalidad española. En el conjunto de España, las personas que residen en hogares donde la persona sustentadora principal es de nacionalidad extranjera representan el 28,5% de todas las personas en situación de exclusión social. Este porcentaje asciende al 41,6% en Cataluña, donde se puede hablar de una exclusión social claramente determinada por la condición migratoria.

La experiencia de la Fundación Cepaim con personas migrantes muestra que, en relación al mercado laboral, la falta de estudios homologados y de reconocimiento de la formación y la experiencia profesional en los países de origen hace que se desaproveche gran parte de su bagaje previo, de ahí que suelen realizar aquellos trabajos donde se requieren perfiles bajos de ocupación. Además, la urgencia por trabajar para cubrir las necesidades más básicas (el acceso a una vivienda digna y otros recursos como la alimentación dependen de la percepción de ingresos), más las responsabilidades familiares en el país de origen, provocan que las personas adultas no puedan destinar parte de su tiempo a formarse y poder optar a lugares de trabajo más estables y valorados. En general, desempeñan puestos de trabajo informales, precarios, sin acceso a la protección social, con bajas remuneraciones y escasa visibilización.

Por otro lado, detectamos personas migrantes que, pese a contar con una situación administrativa regular y permiso de trabajo, encuentran con muchas barreras personales, culturales y sociales que les impiden salir de esta situación e insertarse laboral y socialmente. No podemos olvidar que la situación de exclusión social afecta directamente a la salud emocional y física de las personas que la padecen. El sentimiento de preocupación sostenido en el tiempo puede derivar en trastornos adaptativos (dificultades en el ritmo de sueño, problemas somáticos, ansiedad, sentimientos depresivos, etc.), así como presentar sentimientos de soledad, humillación y culpabilidad, que repercuten en la autopercepción.

Ante la situación descrita, el Programa Trabajo y Formación (TR-FOR) cuenta entre sus objetivos con “mejorar la empleabilidad de las personas paradas o inactivas, especialmente de aquellas con más dificultades de acceso al mercado laboral, por medio de la adquisición de experiencia profesional, formación y acompañamiento”. La Fundación Cepaim, como parte del Programa TR-FOR aspira a “empoderar a las personas migrantes a través de la inserción laboral”, mediante el desarrollo de competencias y habilidades transversales y el acercamiento concreto al trabajo en el ámbito de la acción social. Otros aspectos incluyen poner en valor los saberes y vivencias que los/as participantes del programa han tenido a la hora de intervenir con personas migrantes, así como la ruptura de estereotipos presentes en la sociedad, al estar empleados fuera de los sectores laborales que tradicionalmente ocupan.

2 Metodología

En esta comunicación se presentan los resultados de un proceso de acompañamiento llevado a cabo con un grupo constituido por 10 personas (5 hombres y 5 mujeres) con edades comprendidas entre los 21 y 53 años, de 8 nacionalidades diferentes (Colombia, Georgia, Honduras, Kazajstán, Mali, Senegal, Ucrania, Venezuela).

Los objetivos del proceso grupal se enumeran a continuación:

1. Ofrecer un ambiente protegido donde las personas participantes puedan adquirir y/o reforzar aquellas capacidades relacionadas con el mundo laboral.
2. Romper barreras de cariz personal, cultural y social que impiden su inserción social y laboral.
3. Generar un espacio de apoyo mutuo, teniendo en cuenta sus situaciones personales, familiares y comunitarias, de forma que garanticen la continuidad de todo el proceso.
4. Compartir recursos que les permitan salir de las situaciones complejas de exclusión laboral, social y residencial en las que se encuentran.

Una profesional del Trabajo Social implementó el Programa entre febrero del 2022 y febrero del 2023 a través de:

- Una actuación de contratación laboral a jornada completa, con la finalidad de que las personas migrantes adquieran experiencia profesional y mejoren su ocupabilidad.
- Una actuación de formación de 80 horas en competencias digitales; en trabajo en equipo, y en igualdad entre mujeres y hombres y no discriminación, con el objetivo de que las personas participantes mejoren su cualificación y adquieran competencias básicas y transversales.
- Una actuación de acompañamiento, encaminada a ofrecer apoyo a las personas contratadas para facilitar una mejor adaptación al lugar de trabajo y un refuerzo competencial.

Para la última actuación se optó por una metodología grupal ofreciendo un contexto para que las personas pudiesen conectarse entre sí, estableciendo relaciones valiosas tanto dentro como fuera del mismo. El trabajo social de grupo es un método de intervención que se fundamenta en la utilización deliberada de las relaciones sociales, de la interacción entre las personas y de la creación y generación de vínculos. Las características principales que detallan la riqueza del método son la propia experiencia de conexión y de creación de vínculos entre las personas participantes y el sentido de pertenencia generado en dicha experiencia (Henry et al., 2004). El Trabajo Social de grupo tiene la finalidad de promover la máxima capacidad de las personas mediante el desarrollo individual y colectivo de las mismas. El sentido de pertenencia generado en el proceso y el uso intencionado del establecimiento de relaciones en el contexto del grupo son los principales instrumentos para la intervención grupal. Metodológicamente se crea un contexto procesual de relación, que aumenta el poder de las personas participantes para resolver sus dificultades.

Los principales objetivos del Trabajo Social de grupo son la disminución del aislamiento, el desarrollo de habilidades y competencias sociales, el apoyo en las crisis vitales y la enfermedad, la resolución de problemas personales y relacionados con el entorno. Toseland & Rivas (2005) definen el contexto grupal como el lugar idóneo para recuperar la sensación de pérdida de poder, la autoestima y el control sobre las propias vidas. La vinculación generada protege y sostiene a las personas que viven situaciones vitales de dificultad y dolor. Los grupos posibilitan el intercambio de pensamientos, sentimientos y experiencias, y alivian la sensación de aislamiento y rechazo. Además, el sentido de pertenencia y el uso intencionado de la interdependencia generada en el contexto grupal son instrumentos con un potencial de cambio sin igual (Parra, 2017). Como

sugieren Henry et al., 2004), por su misma naturaleza, la metodología de grupo transmite esperanza, ya que supone centrar la atención en la autoestima y la confianza de la persona en sí misma, en la construcción de destrezas y en la integración de las personas.

En la etapa de finalización del programa se realizó una evaluación mediante un cuestionario con escala tipo Likert con cinco posibles respuestas: Totalmente en desacuerdo (0), En desacuerdo (1), Bastante en desacuerdo (2), Bastante de acuerdo (3), De acuerdo (4), Totalmente de acuerdo (5). Con el instrumento de recogida de datos se pudo obtener información compleja y subjetiva sobre las percepciones, actitudes y opiniones de 9 personas participantes en el Programa. Las personas participantes señalaron su grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los ítems relativos al proceso grupal vivido. En definitiva, con el instrumento seleccionado se midió el grado de satisfacción con el proyecto implementado, así como el impacto que puede haber tenido en sus vidas.

3 Resultados y conclusiones

La reflexión que aquí compartimos surge de la práctica del Trabajo Social atravesado por la siguiente pregunta: ¿de qué manera puede contribuir el Trabajo Social grupal en los programas de inclusión sociolaboral de las personas migrantes? Los datos obtenidos durante la implementación del proyecto y la aplicación del cuestionario permiten establecer una relación estrecha entre el uso de metodologías grupales y la inclusión sociolaboral de las personas participantes tal y como se aprecia en la Tabla 1.

Tabla 1. Resultados

| ÍTEMS | MEDIA |
|---|-------|
| 1. El grupo ha sido un espacio seguro | 4.5 |
| 2. El grupo ha sido un espacio de confianza. | 4.8 |
| 3. El grupo ha sido un espacio de apoyo. | 4.6 |
| 4. El grupo ha sido un espacio de aprendizaje. | 4.8 |
| 5. El grupo ha sido un espacio donde establecer nuevas relaciones. | 3.6 |
| 6. El grupo ha sido un espacio para desarrollarme profesionalmente. | 4.6 |
| 7. El grupo ha sido un espacio para desarrollarme personalmente. | 4.5 |
| 8. El grupo ha sido un espacio para conocer nuevos recursos. | 4.3 |
| 9. El grupo ha sido una experiencia positiva en mi vida. | 4.8 |
| 10. He ayudado a algún miembro del grupo. | 4.5 |
| 11. He recibido ayuda de algún miembro del grupo. | 4.7 |
| 12. Estoy preparado para realizar una entrevista de trabajo. | 4.7 |
| 13. El grupo me ha servido para encontrar trabajo. | 4.2 |

Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta las dificultades que atraviesan las personas migrantes en relación a su empleabilidad, las elevadas valoraciones sobre las diferentes afirmaciones permiten concluir que el grupo es considerado por los/as propios/as participantes como un espacio en el que es posible encontrar apoyo (92%), seguridad (90%) y conocer nuevos recursos (86%). La oportunidad que manifiestan haber experimentado para desarrollarse personal (90%) y profesionalmente (92%) resulta estimulada y facilitada por la interacción grupal, relacionándose además con la recuperación de la autoestima y el control sobre la propia vida (Toseland & Rivas, 2005)

La confianza establecida entre los miembros del grupo (96%), la posibilidad de adquirir nuevos conocimientos (96%) y la percepción de haber vivido una experiencia positiva (96%), han sido los ítems mejor valorados por los/as participantes, lo cual profundiza en la idea de que el grupo es una oportunidad para que las personas puedan desarrollar sus habilidades, aumentando así la confianza en sí mismas y en los/as otros/as. Seguidamente, el haber recibido ayuda de un miembro del grupo (94%) junto con sentirse preparado/a para realizar una entrevista de trabajo (94%) son las afirmaciones más intensamente sentidas. La primera hace referencia al hecho de compartir intentos de solución y recursos entre personas que atraviesan situaciones de dificultad similares en momentos diferentes lo cual, a su vez, posibilita el reconocimiento recíproco, la desestigmatización de determinadas situaciones y la cohesión grupal (el 90% indica haber ayudado a algún otro miembro del grupo). La segunda afirmación confirma la relación entre la dinámica del grupo y la forma en que puede conducir a cambios en el concepto de uno/a mismo/a, al desarrollar nuevas capacidades.

En el extremo contrario, la afirmación menos experimentada ha sido la de percibir el grupo como un espacio donde establecer nuevas relaciones (72%). Una posible explicación es que las personas participantes en el grupo se integraron en equipos de trabajo de todas las áreas de la Fundación Cepaim, por lo que el tiempo de permanecer juntos/as se reducía a un encuentro semanal de unas dos horas de duración.

Empleando los principios de Yalom (1985) sobre los factores que posibilitan los cambios en los grupos, definidos como once fenómenos que se interrelacionan entre sí para crear y mantener un clima interpersonal entre los componentes del grupo, para que los cambios, el crecimiento y la transformación puedan suceder, identificamos que la universalidad, el altruismo, la transmisión de información, la cohesión y el aprendizaje interpersonal están operando en el grupo analizado. Todos ellos se articulan para dar respuesta a algunos de los principales temas y desafíos de las personas migrantes en relación a su empleabilidad:

- Insuficiente red social y de apoyo.
- Falta de acceso a la información.
- Aislamiento.
- Escasa valoración del propio bagaje y experiencias profesionales.

Observamos una combinación entre aquellos factores con un componente emocional o que se relacionan con condiciones para que tenga lugar el proceso (universalidad, altruismo, cohesión) con aquellos que facilitan el cambio (la transmisión de información; el aprendizaje interpersonal). La participación de las personas en el grupo del Programa TR-FOR ha revertido sobre ellas mismas, provocando cambios en su autopercepción y en la satisfacción de sus necesidades de pertenencia y seguridad.

Estos resultados generan más preguntas en relación a explorar con mayor profundidad la relación entre la utilización de la metodología grupal en los procesos de transición a la empleabilidad de las personas con especiales dificultades para el acceso.

Finalizamos presentando algunas limitaciones que posee la evaluación. En primer lugar, la muestra es reducida, por lo que los resultados son difícilmente generalizables. Por otra parte, sería interesante disponer de un instrumento de medida validado que permitiese establecer la relación entre el uso de metodologías grupales y la inclusión sociolaboral de las personas migrantes. La evaluación de este proyecto no ha incluido ningún ítem del grupo en su proceso, por lo que se desconoce exactamente qué aspectos del proceso grupal podrían haber afectado más estos resultados

Referencias bibliográficas

- Font, J. y Langarita, J. A. (2015): A propósito de la inserción laboral. Implicaciones de las nuevas políticas de empleo para el Trabajo Social. Cuadernos de Trabajo Social, 28(1), 61-68.
https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2015.v28.n1.45253
- Fundación Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada (2022). Informe sobre exclusión y desarrollo social en Cataluña. Resultados de la encuesta sobre integración y necesidades sociales 2021. Madrid.
- Henry, S; East, J; Schmitz, C. (Coords).(2004). Trabajo social con grupos: Modelos de intervención. Narcea.
- Parra, B. (2017). El trabajo social de grupo en la actualidad: La utilización de los vínculos para la promoción del cambio social. [Tesis de doctorado, Universidad de Barcelona]. <http://hdl.handle.net/10803/482214>
- Toseland, R.W., & Rivas, R.F. (2005). An introduction to group work practice. Pearson. Yalom, I. (1985). The theory and practice of group psychotherapy. Basic Books.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Políticas activas de empleo y personas con problemas de salud mental (Lanbide)

Sara Buesa Rodríguez, Lanbide, Servicio Vasco de Empleo (s-buesa@lanbide.eus)

Elena de Ugarte Lluc, Red COE, Álava (e-ugartelluc@lanbide.eus)

Aintzane Garamendi Torres, Lanbide, Servicio vasco de Empleo (a-garamenditores@lanbide.eus)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Desde el Departamento de Trabajo y Empleo y Lanbide - Servicio Vasco de Empleo se viene apostando por reforzar el papel de acompañamiento a las personas en riesgo de exclusión social, entre ellas, las personas con problemas de salud mental, con el firme objetivo de lograr su inserción sociolaboral, entendiendo la vital importancia que constituyen para ello los planes integrados y personalizados de inclusión de carácter intersectorial. Con ese fin, se están desarrollando actualmente diferentes programas y proyectos.

Por un lado, encontramos programas que tienen una importante trayectoria derivada de unos resultados óptimos en la consecución de sus objetivos, como son el Empleo con Apoyo o los Centros Especiales de Empleo, las Empresas de Inserción, al igual que diferentes acciones y servicios ofertados en el marco del Servicio Vasco de Empleo, como la orientación dirigida a colectivos en desventaja, la formación, o los programas integrales de empleo-formación.

Por otra parte, y como elemento innovador en la atención a las personas pertenecientes a colectivos de atención prioritaria, se ha elaborado un marco conceptual, metodológico y operativo para el desarrollo de proyectos de acompañamiento en itinerarios mixtos, que ofrezcan una atención intersectorial a personas en situación de riesgo o exclusión sociolaboral, y se está realizando una experimentación dirigida a codiseñar una metodología para los mismos.

Palabras clave

Empleo, salud mental, inclusión sociolaboral

1 Introducción

Desde su inicio en 2011, Lanbide – Servicio Vasco de Empleo ha fundamentado su actuación en la atención individualizada y especializada de las personas usuarias de los servicios de empleo, entendiéndola como la garantía de la consecución de los objetivos de mejora de la empleabilidad. En ese sentido, Lanbide busca asegurar el desarrollo de itinerarios personalizados que se adecuen a las necesidades específicas. De esta forma, la inserción laboral debe entenderse desde un prisma amplio, pues se trata de un proceso “que requiere actuar previa, simultánea y posteriormente a la contratación, con el objetivo de garantizar el éxito de estas personas y las empresas” (Hilarion y Koatz, 2012 en Carmona, M. Fernández, R.D., Homet, G., 2020).

Por una parte, Lanbide ha venido gestionando una variedad de servicios y programas destinados al fomento del empleo de las personas con discapacidad, tanto en el ámbito del empleo ordinario como del empleo protegido. Las personas con problemas de salud mental son atendidas desde este marco de atención basado en el principio de transversalidad de las políticas y las líneas de actuación, concretamente, a través del empleo con apoyo (regulado en el Real Decreto Legislativo 1/2013) y los centros especiales de empleo (recogidos en el Decreto

168/2019). Todo ello, se enmarca en el modelo vasco de inclusión sociolaboral que pone al servicio de las personas con discapacidad diferentes recursos de empleo (servicio ocupacional, centros especiales de empleo y empleo ordinario), y servicios de empleabilidad (orientación laboral especializada, formación) para el desarrollo de itinerarios completos de inclusión sociolaboral.

Además, estas personas también son atendidas desde otros recursos, no dirigidos de forma exclusiva a personas con discapacidad, como son las empresas de inserción, la orientación para colectivos en desventaja, la formación o programas integrales de empleo-formación, como los proyectos singulares y los proyectos para el reequilibrio y la equidad, para los que se recurre a la colaboración entre Lanbide y entidades especializadas.

Por otro lado, desde el año 2021 Lanbide comenzó a trabajar en un nuevo modelo de prestación de servicios, de atención e intervención, que pivota sobre el establecimiento de servicios e itinerarios especializados y diversificados en función del mayor o menor grado de empleabilidad de las personas destinatarias. En este marco, se incluye una nueva línea estratégica en el ámbito de la inclusión, que pretende reforzar la inclusión sociolaboral de personas muy alejadas del mercado de trabajo que precisan un acompañamiento de alta intensidad para mejorar su empleabilidad a través de apoyos específicos y, en muchos casos, intervenciones intersectoriales ofrecidas en coordinación con otros sistemas del Estado del Bienestar (servicios sociales, salud, vivienda, educación) para su inclusión sociolaboral.

En este contexto, la European Social Network (2019) entiende que, en la activación inclusiva, las personas más alejadas del mercado laboral son apoyadas de una manera más holística y adaptada a sus necesidades, donde los servicios sociales, de salud, educación, vivienda y empleo se consideran relevantes para promover su inclusión social, a través de un plan personalizado.

En esa línea de trabajo, es destacable la experimentación de procesos de acompañamiento en itinerarios mixtos. Estos presentan un carácter innovador, ya que su fin es trabajar de forma coordinada desde diferentes sistemas, desarrollando una metodología de gestión de caso compartida.

A continuación, se exponen los diferentes servicios, recursos y programas que ofrece Lanbide – Servicio Vasco de Empleo y de los que las personas con problemas de salud mental pueden ser beneficiarias.

2 Actuaciones destinadas a personas con problemas de salud mental

1. Programas destinados a personas con discapacidad

- *Empleo con apoyo*

| | |
|--|--|
| Fecha inicio | 2012 |
| Presupuesto 2023 | 1.400.00 € |
| Nº entidades (2021) | 9 |
| Nº personas con problemas de salud mental (2021) | 53 (19,3% del total de personas atendidas) |
| Tipos de contrato (2021) | Temporales:32 Indefinidos: 21 (22,6%) |

| | |
|-------------------------|--|
| Tipo de atención (2021) | Inserción (nueva incorporación a puesto de trabajo): 42 Seguimiento: 11 |
|-------------------------|--|

- Centros Especiales de Empleo

| | |
|------------------------------|--------------|
| Fecha inicio | 2011 |
| Presupuesto 2023 | 70.690.000 € |
| Nº CEE (2023) | 83 |
| Nº personas empleadas (2023) | 9.900 |

| DATOS EHLABE (2022) | |
|---|-------------------------|
| Nº personas con problemas de salud mental contratadas en CEE | 2.176 (26% del total) * |
| * Desde 2015 es el grupo, por tipo de discapacidad, que más aumento ha experimentado en cuanto a personas empleadas en CEE, pasando de representar el 16,7% al 26% del total. | |

2. Programas no destinados exclusivamente a personas con discapacidad

- Empresas de inserción

| | |
|---|--------------|
| Fecha inicio | 2011 |
| Presupuesto 2023 | 12.331.000 € |
| Nº empresas de inserción registradas (2023) | 47 |
| Pese a no disponer de datos precisos sobre las personas con problemas de salud mental, debido a la dificultad que entraña su diagnóstico, así como por la complejidad del acceso a los mismos y las cuestiones relativas a la coordinación con el sistema de salud, la información recogida de forma cualitativa indica que se atiende a un importante porcentaje de personas con problemas de salud mental, percibiendo una problemática general de casos de ansiedad y depresión. | |

- Orientación profesional dirigida a personas pertenecientes a colectivos en desventaja

Lanbide ofrece de forma coordinada con entidades colaboradoras diferentes acciones y servicios de orientación dirigidos a personas pertenecientes a colectivos en desventaja, como son las personas con problemas de salud mental.

| | |
|--|--------------|
| Fecha inicio | 2011 |
| Presupuesto 2021-2023 | 5.517.928 €. |
| Nº personas con problemas de salud mental dadas de alta en Lanbide (2022) | 828 |
| Nº personas que han recibido algún servicio de orientación (2022) | 322 (38,9%) |
| Porcentaje de personas desempleadas dadas de alta en Lanbide incorporadas a un puesto de trabajo en 2022 | 63,6% |

- *Programas integrales de empleo-formación*

A.Nuevos proyectos territoriales para el reequilibrio y la equidad. Colectivos especialmente vulnerables

Estos proyectos se enmarcan en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, financiado por la Unión Europea-NextGeneration EU y consisten en la atención personalizada a personas desempleadas mayores de 45 años y a personas en situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión. Dicha atención se realizará mediante el desarrollo de itinerarios individualizados que combinen acciones de diferente naturaleza, tales como orientación laboral y asesoramiento, formación y adquisición de competencias profesionales, inserción laboral y generación de empleo a través de contratos de trabajo de carácter temporal a tiempo parcial, fortaleciendo la igualdad efectiva y la no discriminación en el acceso al empleo.

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Fecha inicio | 2022 |
| Presupuesto 2021-2023 | 14.000.000 € |
| Nº personas beneficiarias (2023) | 440 |

B.Proyectos singulares

Son aquellos impulsados por una o varias instituciones públicas o pri-vadas y que coordinan distintos tipos de intervención, de formación, de orientación, de empleo u otras, o proyectos innovadores y/o de experimentación; con el fin de favorecer reforzar la emplea-bilidad y las competencias personales y profesionales de las personas participantes.

| | |
|---|------------|
| Fecha inicio | 2016 |
| Presupuesto 2021-2023 | 5.000.000€ |
| Nº personas atendidas en los proyectos (2023) | 1.400 |
| Nº personas participantes en acciones formativas (2023) | 3.500 |

3. Programas experimentales

- *Proyectos experimentales en itinerarios mixtos*

Desde 2022 Lanbide viene impulsando una línea de trabajo con relación a la definición y experimentación de procesos de acompañamiento en itinerarios mixtos, esto es, itinerarios que ofrezcan una atención intersectorial, coordinada o en red entre distintos sistemas del Estado de Bienestar, dirigidos a personas que se encuentran en una situación de riesgo o exclusión sociolaboral, entendida como la relación de interdependencia entre la exclusión laboral (es decir, la imposibilidad o limitación importante para acceder a un empleo digno) y otras dimensiones de la exclusión (factores sociales, educativos, sanitarios, etc.).

Estos proyectos se definen desde la comprensión de la importancia que adquiere la interdisciplinariedad y el trabajo en coordinación desde los diferentes ámbitos vitales para lograr una plena inclusión de estas personas. Los procesos de inclusión requieren de una acción integrada y coordinada entre diferentes sistemas (servicios sociales, salud, empleo, vivienda), niveles (de acción local, autonómica y nacional) y sectores (público, privada y Tercer Sector). En decir, un modelo de gobernanza interorganizacional: multidimensional, multinivel y multiagente (Heidenreich, M. & Rice, D., 2016, cit por SIIS, 2022).

En el marco de esta línea de trabajo, se ha desarrollado una escala básica de empleo e inclusión (EBEI) para realizar una valoración inicial de empleabilidad (entendida esta desde una concepción amplia y multidimensional), en el marco del proceso de acogida en Lanbide. Esta herramienta permitirá identificar los factores principales que dificultan el acceso al empleo, tanto los laborales, como los no laborales, como es en el caso que nos ocupa, la salud, lo cual permitirá elaborar itinerarios más personalizados.

Asimismo, se ha elaborado un marco conceptual, metodológico y operativo, que sienta las bases para el desarrollo de proyectos experimentales de acompañamiento en los itinerarios mixtos. En dicho marco se establecen los principios rectores en los que se basa la construcción de los itinerarios mixtos: el modelo de activación inclusiva, el acompañamiento individualizado y la atención personalizada, la coordinación centrada en la persona, el modelo de calidad de vida y de apoyos, el enfoque comunitario de ámbito local, la responsabilidad pública, la transversalidad, interinstitucionalidad e intersectorialidad, el enfoque de derechos, el empoderamiento, perspectiva de género e interseccionalidad y la práctica basada en el conocimiento.

En base a las necesidades concretas detectadas en las personas usuarias, se han establecido tres tipos de itinerarios mixtos diferentes: laborales y sociales, laborales y educativos y laborales y de salud. Serán estos últimos en los que nos centraremos aquí.

En la intervención con personas con problemas de salud mental, el logro de actuaciones eficaces y de calidad, pasa por tener en cuenta los diferentes aspectos que influyen en su situación, asegurando una continuidad en la atención. De hecho, las necesidades que se presentan pueden corresponder a diferentes áreas, lo que supone para una cobertura eficaz de las mismas, ofrecer una acción basada en el trabajo coordinado, con el fin de lograr una red que sostenga la atención integral entre diferentes profesionales, instituciones y sectores, tal y como se señala en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el período 2022-2026. En ese mismo sentido, se pronuncia el Marco Estratégico 2021-2024 del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, en el que se señala la intención de activar una estrategia interinstitucional en el ámbito de la salud mental y el Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025 en virtud del que se debe potenciar la corresponsabilidad, la participación y la coordinación.

En estos itinerarios las profesionales referentes llevarán a cabo una gestión de caso compartida, para lo que harán uso de Programas Integrados y Personales de Inclusión, que integrarán un Plan Personal de Empleo y

el Diagnóstico de Salud, de forma que se ofrecerán servicios que formen parte de las carteras de ambos sistemas.

De ese modo, la atención a las personas con problemas de salud mental se llevará a cabo teniendo en cuenta de forma constante los dos ámbitos en los que se reflejan las vulnerabilidades de las personas destinatarias. Así, habrá un profesional técnico de orientación o formación para el empleo, que trabajará junto con un profesional del ámbito de la salud, de modo que la persona atendida contará con dos profesionales referentes que trabajarán de forma coordinada en la gestión de su caso. A su vez, en caso de ser necesario, se podrían coordinar con profesionales pertenecientes a otros sistemas (educación, vivienda, servicios sociales), quienes realizarán un seguimiento del plan de cara a adaptarlo al objeto de conseguir unos objetivos satisfactorios.

Es interesante señalar que esta experimentación en itinerarios mixtos se define por su carácter abierto, lo cual permite una mayor y mejor adaptación a cada caso y se materializa en un desarrollo de los proyectos que nace desde la colaboración entre los agentes locales con la transferencia posterior de buenas prácticas tanto a otros contextos como a una unidad territorial mayor.

Durante todo el proceso, se desarrollará un espacio destinado a la puesta en común y aprendizaje mutuo de los diferentes pilotajes realizados, contando con todos los agentes implicados. Asimismo, se realizará una evaluación en términos de la mejora de la empleabilidad e inserción laboral, la calidad de vida y las dinámicas de coordinación e integración entre sistemas, de la que se extraerán las conclusiones necesarias al objeto de valorar el éxito de los proyectos de cara a su transferibilidad y escalabilidad.

Desde un punto de vista más práctico, se exponen a continuación dos de los proyectos que se han presentado y que darán comienzo en septiembre de este mismo año:

- El primero es un proyecto dirigido a 40 personas atendidas por la Red de Salud Mental Araba de Osakidetza, prioritariamente mayores de 30 años y/o sin certificado de discapacidad y mujeres. Los gestores de caso serán un trabajador social de Osakidetza y un profesional especializado en el ámbito del empleo de la Fundación Sartu Álava. Ambos se coordinarán de forma constante a lo largo de todo el itinerario, que tendrá una duración de 12 meses.
- Por su parte, el segundo proyecto se desarrollará entre Gizakia (Proyecto Hombre) y el sistema de empleo con el objetivo de crear itinerarios coordinados para personas en riesgo o exclusión socio laboral con una problemática de adicciones, que permitan de manera personalizada abordar de manera integral las necesidades detectadas en cada una de las áreas (física, psíquica, social y formativo laboral) para promover su activación laboral y mejorar su calidad de vida e inclusión social. En concreto, se incluirán a 25 participantes a lo largo de 12 meses. Los gestores de caso serán una persona orientadora de Lanbide y una psicóloga de Gizakia.

3 Conclusiones

El trabajo con personas pertenecientes a colectivos de atención prioritaria ha mostrado la necesidad de llevar a cabo actuaciones para mejorar su empleabilidad, con los beneficios que ello reporta en todos y cada uno de los ámbitos vitales.

Concretamente, en el caso de las personas con problemas de salud mental, Lanbide – Servicio Vasco de Empleo, ha ido innovando en la oferta de los diferentes servicios que aseguran una atención personalizada y ágil al objeto de lograr su inserción sociolaboral.

También es destacable, la implicación que las diferentes instituciones vascas han tenido a la hora de gestionar las necesidades que muestran estas personas, buscando una atención intersectorial y coordinada que permita mejorar la atención que se les ofrece.

En general, podemos señalar que los datos obtenidos de los diferentes programas que se están desarrollando muestran que las personas con problemas de salud mental hacen uso de los diferentes recursos de los ofrecidos desde Lanbide y que los resultados obtenidos son óptimos, por una parte, respecto a la inserción laboral, ya que más de la mitad han logrado incorporarse al mundo laboral en el último año; y, por otra parte, porque la mayoría de los sistemas integrados en proyectos de estas características se muestran implicados con este colectivo.

Así, visto los buenos datos y la excelente acogida por parte del resto de las instituciones con personas que tienen problemas de salud mental, nuestro reto a partir de ahora será conseguir mayores ratios de empleabilidad a través de servicios, programas y recursos más orientados a este colectivo desde la atención intersectorial que garantice llegar a todas las áreas en las que exista una necesidad. En definitiva, conseguir unas políticas activas de empleo innovadoras, coherentes e inclusivas en el ámbito de la salud mental.

Referencias bibliográficas

- Carmona, M. Fernández, R.D., Homet, G. (2020): Calidad de vida e inserción laboral de personas con trastorno mental grave, Revista puertorriqueña de psicología, V. 31, No. 2, PP. 342 – 355.
- DECRETO 168/2019, de 29 de octubre, por el que se regulan los programas y servicios relacionados con la empleabilidad de las personas con discapacidad de la Comunidad Autónoma de Euskadi y el Registro Vasco de centros especiales de empleo. Boletín Oficial del País Vasco, núm. 227, de 28 de noviembre de 2019.
<https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2019/11/1905502a.pdf>
- Departamento de Salud Gobierno Vasco (2020): Marco Estratégico 2021-2024.
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/marco_estrategico_2021_2024/es_def/adjuntos/Marco-Estrategico-Departamento-Salud-2021-2024.pdf
- EHLABE (2020): Servicios de empleabilidad. Modelo vasco de inclusión sociolaboral.
- EHLABE (2022): Balance de datos 2022.
- European Social Network (2019). Tools for inclusive activation. Improving the social inclusion of people furthest from the labour market. Brussels: European Social Network
- Ley 14/2022, de 22 de diciembre, del Sistema Vasco de Garantía de Ingresos y para la Inclusión.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-1405>
- Ley 3/2023, de 28 de febrero, de Empleo. Boletín Oficial del Estado, núm. 51, de 1 de marzo de 2023.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-5365>
- Ministerio de Sanidad (2022): Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026.
https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
- Osakidetza (2023): Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2024.
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_planes_programas/es_def/adjuntos/osakidetza-plan-estrategico-23-25_es.pdf

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, núm. 289, de 3 de diciembre de 2013. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-12632>

SIIS Servicio de Información e Investigación Social y Lanbide – Servicio Vasco de Empleo (2022): Marco para el desarrollo de proyectos experimentales de acompañamiento en itinerarios mixtos.

Universidad de Deusto y Lanbide – Servicio Vasco de Empleo (2022): Marco conceptual y operativo de la herramienta de triaje.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La inclusión sociolaboral de personas con problemas de salud mental desde la experiencia del movimiento asociativo Salud Mental en Castilla y León

Noelia Cabrera Carraco, Federación Salud Mental Castilla y León

Jesús Sánchez San José, Federación Salud Mental Castilla y León



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La Federación Salud Mental Castilla y León es una entidad formada por 11 asociaciones (una en cada capital de provincia más Aranda de Duero y Miranda de Ebro) y 21 delegaciones rurales.

Desde 1993 trabajamos por la mejora de la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y sus familias, fomentando, entre otras, acciones de formación y empleo para fortalecer su empleabilidad.

Siendo conscientes de las bajas tasas de empleo y actividad, y de la estigmatización de nuestro colectivo implementamos un **modelo de inclusión laboral coordinado**, que genera sinergias entre todas las entidades de la Federación Salud Mental Castilla y León, y **fomenta la empleabilidad, facilitando los apoyos** necesarios a cada proyecto de vida de las personas participantes.

Los principales resultados en 2022 son:

- 1255 itinerarios de empleo (188 son jóvenes).
- 1222 contratos para 540 personas, 37% en Empresa Ordinaria (E.O), 54% en Centro Especial de Empleo (CEE) y 9% en la Administración Pública), resultando una tasa de empleo del 44%.
- 648 participantes en 149 acciones formativas.
- 37 prácticas formativas (38% en E.O, 48% en CEE y 14% en la Administración Pública).
- 790 empresas y 352 recursos contactados.

Palabras clave

Inclusión, coordinación, trabajo en red, sinergias

1 Introducción

1.1 Origen de recurso

Las personas con discapacidad (en adelante PcD) presentan unas tasas de actividad claramente más bajas que las del conjunto de la población, y ratios de desempleo más elevados. En 2021, últimos datos del Empleo de las PcD, la tasa de actividad de las personas jóvenes con discapacidad (entre 16 y 24 años) fue del 19,7 %, frente al 35,5 % de las personas sin discapacidad.

Dentro del colectivo de la discapacidad que tiene una tasa de actividad del 34,6 %, este valor es menor para las personas con discapacidad psicosocial, 29,0 %, y su tasa de empleo del 17,7 %. Estos valores contrastan con los obtenidos para el colectivo de personas sin discapacidad, 77,7 % y 66,3 % respectivamente.

Las personas con problemas de salud mental son el colectivo más vulnerable en el mercado laboral. Su elevado índice de inactividad no es comparable con ningún otro colectivo en edad activa. Sus niveles de paro también son muy superiores y, por consiguiente, las aspiraciones de autonomía y reconocimiento social se ven muy limitadas.

La situación de las personas jóvenes con discapacidad por problemas de salud es aún más preocupante a nivel laboral, porque la enfermedad suele desencadenarse en la etapa de la primera juventud, cuando la persona se forma y se prepara en competencias profesionales para el desempeño de un futuro trabajo, limitando mucho su posterior inserción laboral.

Por otro lado, las características de la población de Castilla y León (con baja densidad de población, concentración en núcleos urbanos y la consiguiente despoblación del ámbito rural), ha planteado la necesidad de crear prestaciones y recursos adecuados a la demanda de las PcD que viven en zonas rurales dispersas. De hecho, cerca de la mitad de las PcD viven en entornos rurales (el 44,4 %).

Por ello desde la Federación SALUD MENTAL Castilla y León y sus 11 entidades miembro, trabajamos desde 1993 para dotar de los apoyos necesarios a estas personas, para que potencien sus capacidades tanto personales como profesionales, rompan con el estigma y se muestren como personas activas en todos los ámbitos.

Tenemos una dilatada experiencia en la gestión y ejecución de programas de apoyo a la inclusión sociolaboral de PcD. Somos entidad gestora de los Programas de Itinerarios Personalizados de Inserción Sociolaboral para PcD (FSE), así como el dirigido a Jóvenes con Discapacidad (YEI), vinculados ambos al Programa Operativo 2014-2020 (con ejecución desde el año 2015 al 2022) financiados por el Fondo Social Europeo, La Iniciativa de Empleo Juvenil y la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, a través de un trabajo coordinado de casi 80 profesionales en cada capital de provincia, Miranda de Ebro, Aranda de Duero y 21 Delegaciones Rurales.

2 Metodología

2.1 Coordinación horizontal de recurso: servicios sociales, empleo, salud mental y otras áreas

La experiencia mencionada en la realización de itinerarios personalizados de inclusión sociolaboral demuestra que la mejora de la empleabilidad de las PcD precisa de un abordaje integral, con acciones que incidan directamente en su desarrollo personal y laboral, así como otras destinadas a la promoción de sus relaciones interpersonales, al bienestar físico y emocional, y a la integración en la comunidad, de acuerdo con su proyecto de vida.

La coordinación con recursos y organizaciones, tanto de la Administración Pública, como de otras entidades de diferentes ámbitos, favorece un mayor impacto y eficiencia de los proyectos e intervenciones, una atención integral, la optimización de los recursos y la creación de sinergias.

2.2 Composición de los equipos de trabajo (perfiles profesionales) y relación habitual con otros equipos de trabajo.

Las personas adscritas a los programas son mayoritariamente profesionales de Inclusión sociolaboral, destacando fundamentalmente tres perfiles, necesarios y complementarios para la puesta en marcha de las actuaciones programadas:

Orientadores/as: Se encargan de captar y acoger a las personas participantes; realizar los itinerarios personalizados de inserción, orientación y asesoramiento; coordinarse con profesionales y entidades vinculadas en los diferentes programas de empleo, y el seguimiento de participantes.

Prospectores/as: Su labor se centra en captar ofertas de empleo; buscar alianzas con empresas; asesorar al tejido empresarial sobre las ventajas de la contratación de PcD y sensibilizar sobre la responsabilidad de las empresas en la inclusión sociolaboral.

Insertores/as: Apoyan y orientan a la persona durante y tras la incorporación laboral. Trabajan de forma transversal y coordinada con el resto de profesionales de cada entidad (trabajadores/as sociales, psicólogos/as, educadores/as, etc.) y de otros recursos comunitarios, facilitando una intervención multidisciplinar en cada área de vida de las personas y sus necesidades.

2.3 Ratio profesional / usuario y ratio coste / plaza.

La cuantía máxima de la subvención está vinculada al perfil del itinerario (coste hora/usuario) desarrollado dentro del programa:

- Para el contrato de formación en alternancia, la cuantía máxima por participante serán 3.500 euros.
- Para los itinerarios de hasta 200 horas/año, la cuantía máxima por participante será de 1.800 euros por año o la parte proporcional según el número de horas.
- Para los itinerarios de hasta 180 horas/año, la cuantía máxima por participante será de 1.620 euros por año o la parte proporcional según el número de horas.

Se establece una ratio media de 15 personas usuarias por profesional.

2.4 Tiempo de estancia en el dispositivo (tiempo medio y tiempo máximo).

La duración máxima es de 1 año, salvo programas con financiación bianual, que es de 2. Finalizados los programas desarrollados, y habiendo causado baja previamente, las personas usuarias pueden volver a causar alta en los programas de diferentes periodos subvencionables.

En este supuesto, se encuentran en torno al 50% de las personas, ya que los objetivos y actuaciones establecidos en sus itinerarios personalizados no se completan, y por ello, requieren de más tiempo para alcanzarlos.

Igualmente, hay personas que causan baja antes de que se cumpla el tiempo máximo establecido, por diferentes motivos: Consecución de los objetivos (42%), abandono (2%) u otros motivos (4%) (Fallecimiento, jubilaciones, etc.).

2.5 Criterios de admisión y de exclusión del dispositivo: requisitos de las personas atendidas.

Son fijados por los organismos financiadores:

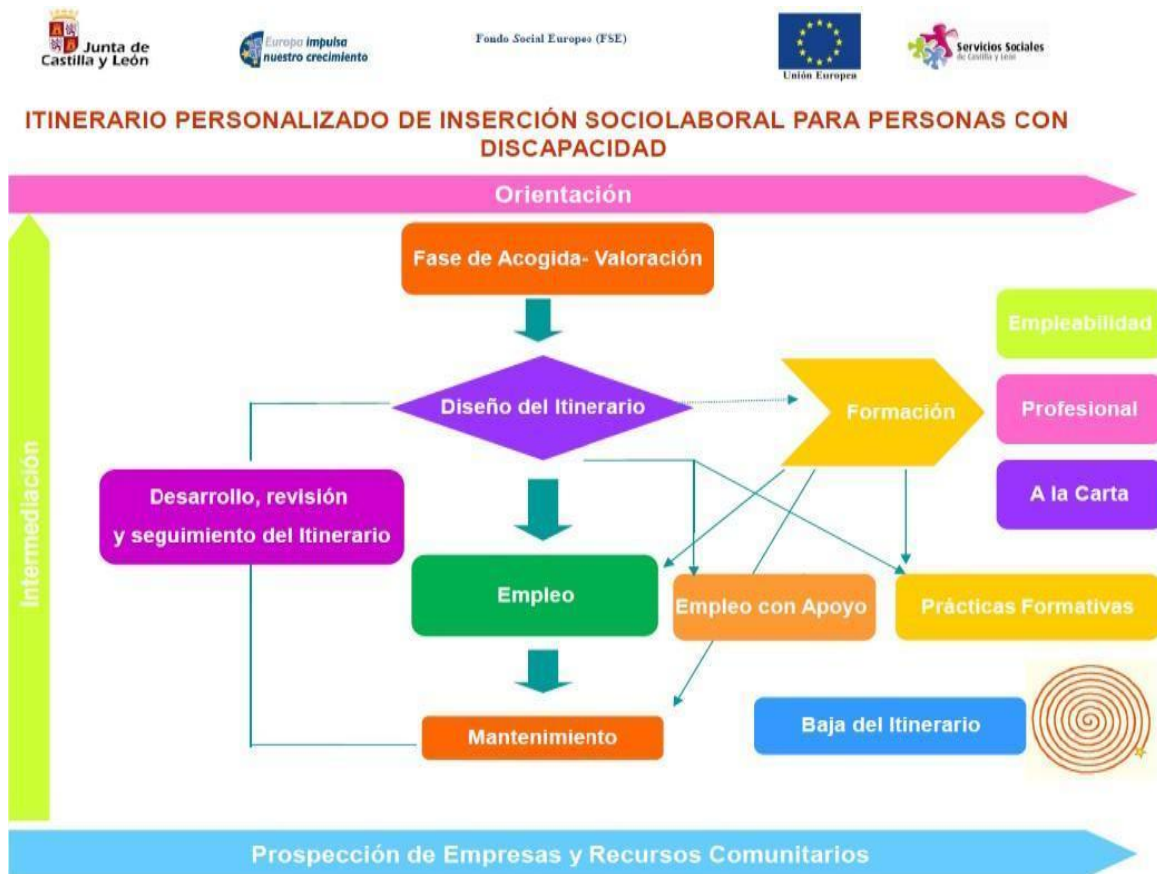
- Itinerarios Personalizados de Inclusión Sociolaboral para PcD (FSE): Dirigidos a personas en edad laboral, con certificado de discapacidad igual o superior al 33%, preferentemente en desempleo, pudiendo estar también inactivas o en mejora de empleo, y que quieran mejorar su capacitación profesional o laboral.
- Itinerarios Personalizados de Inclusión Sociolaboral para Jóvenes con Discapacidad (YEI), dirigidos a jóvenes con discapacidad, con certificado de discapacidad igual o superior al 33%, inscritos en el Fichero del Sistema Nacional de Garantía Juvenil.

Es vital que se encuentren estables en el momento de su incorporación, y que colaboren activamente en el análisis de su situación particular, tanto de sus capacidades como de sus necesidades de apoyo.

2.6 Proceso: fases del itinerario empleadas (secuencia del marco lógico).

El itinerario está diseñado para que las personas puedan recorrer distintas fases en forma articulada pero flexible, siempre atendiendo a su situación de partida pero también conforme a su proyecto de vida y sus necesidades concretas en cada momento y también en sus deseos y aspiraciones laborales. Está estructurado conforme vemos en la Figura 1

Figura 1. *Itinerario personalizado para personas con discapacidad*



El contenido general, en cada una de las etapas establecidas, es:

- *Orientación laboral*: Fase de preparación y de entrenamiento para la búsqueda de empleo y el posterior desempeño profesional. En esta etapa, cobran un papel importante los apoyos que cada persona puede recibir de los dispositivos orientados al desarrollo de competencias personales. Se diseñan planes personalizados de inclusión sociolaboral.
- *Formación orientada al empleo*: Formación adaptada a las capacidades de cada persona, y orientada a aumentar las capacidades de las mismas sobre las decisiones que afectan a su proyecto de vida, así como a la adquisición de competencias personales y profesionales para lograr una mejor inserción en el mercado de trabajo. Se apuesta por la utilización de las nuevas tecnologías, facilitando el acceso a la información y formación de todas las personas, especialmente de aquellas que residen en el ámbito rural. Se incluyen en este apartado las prácticas en empresas como elemento clave en el proceso de capacitación, y como la mejor vía de contactar con la realidad laboral y de acercamiento por parte del empresariado a las capacidades laborales de las personas.
- *Intermediación laboral y la fase de búsqueda activa de empleo*: En este momento, el foco de atención se dirige hacia las empresas, facilitándoles toda la información sobre las capacidades de la persona candidata, además de garantizar la información y la gestión de trámites sobre bonificaciones, ayudas, reserva de puestos y otros mecanismos que les permitan obtener ventajas competitivas.
- *Apoyo en el puesto de trabajo y seguimiento continuo*: La experiencia nos demuestra la enorme trascendencia de un sistema de apoyos planificado, no invasivo, que se despliega en el momento de la integración en la empresa (en el proceso de prácticas o inserción) y se mantiene a lo largo de la relación laboral con la empresa (siempre que sea necesario) con diferentes intensidades y, que pretende el objetivo de lograr una plena integración en la empresa, en la tarea y en el entorno, y así mantener el puesto de trabajo.

2.7 Buenas praxis en su modelo de trabajo en los últimos años.

El movimiento asociativo SALUD MENTAL Castilla y León dispone de una implantación en todo el territorio de Castilla y León y cuenta con profesionales formados/as y especializados/as, garantizando de este modo, una cobertura muy amplia para poder atender las demandas y dar servicio a un elevado número de PcD.

El trabajo en red es una seña de identidad de este proyecto. Se trabaja de manera coordinada entre el movimiento asociativo Salud Mental, el tejido empresarial regional y la sociedad en general. Esta coordinación ha permitido lograr excelentes resultados de integración laboral, así como de sensibilización y de promoción de la empleabilidad de las personas con problemas de salud mental y/o discapacidad psicosocial.

2.8 Seguimiento del empleo creado y mantenimiento del puesto: estrategias empleadas.

Trabajamos no sólo la consecución de empleo, sino también el mantenimiento del puesto de trabajo, la relación con el resto de compañeros y superiores, y sus posibilidades de desarrollo profesional.

En esta fase dentro del itinerario, se comprueba en qué medida se han logrado los objetivos propuestos y qué aspectos se han de modificar.

El seguimiento y apoyo que se realiza durante:

- Inicio de la contratación.
- Seguimiento en el puesto de trabajo.
- Establecimiento de la intensidad de los apoyos en el puesto de trabajo.
- Realización de ajustes personales y laborales.
- Finalización contratación.
- Evaluación de la acción.

De forma permanente se mantiene contacto con los recursos sociosanitarios vinculados a la persona para mantener una acción coordinada.

2.9 Estrategias empleadas en su relación con empresas.

El objetivo es vincular a las personas participantes (en búsqueda activa de empleo, o en procesos formativos) con empresas que ofrezcan oportunidades de trabajo, tendiendo “puentes” entre las mismas, promoviendo la integración laboral de las PcD.

Algunas de las actuaciones que se realizan en relación con la intermediación y prospección empresarial, son:

- Identificar las oportunidades laborales según sectores de actividades emergentes y que generen mayores ofertas de empleo y perfiles de las personas usuarias.
- Visita a las empresas.
- Información del programa-servicio y de las acciones que se ejecutan en el mismo.
- Facilitar asesoramiento y la gestión de trámites sobre subvenciones, normativa, ayudas y ventajas de contratar a una PcD.
- Formalizar vínculo de colaboración con las empresas, y mantenimiento de los mismos.
- Captación y gestión de ofertas.
- Recepción de la oferta.
- Preselección de personas candidatas conforme a los requisitos marcados.
- Apoyo en el proceso de selección según demanda de la empresa.

- Seguimiento del proceso de selección a través de la empresa y el candidato/a.
- Acompañamiento en el proceso de prácticas en empresas e inserción laboral. En caso de inserción, asesoramiento sobre adaptaciones si precisa, y adaptadas a las necesidades de apoyo de cada persona, y seguimiento a través de la empresa y el trabajador/a.

2.10 Principios fundamentales de actuación: modelo centrado en la persona, empleo competitivo.

Los programas están orientados a generar proyectos de vida que incluyan la esfera laboral de las PcD. Se sustenta en la idea de que las personas pueden trabajar si quieren hacerlo y cuentan con los apoyos necesarios.

La inserción laboral de las personas consiste en un proceso individualizado, que se construye a través de las decisiones que toma la persona que lo protagoniza, contando con el soporte de los recursos de su entorno y teniendo en cuenta su situación personal, física, psíquica, social y familiar.

Las preferencias de las propias personas son determinantes a la hora de establecer el tipo de trabajo que se buscará en el mercado y cómo se apoyará la adaptación de cada persona en su nuevo empleo. Si se respetan las preferencias mostradas por las personas participantes, suelen estar más satisfechas y permanecen más tiempo en sus empleos. Asimismo, sus preferencias también deben tomarse en consideración en cuanto al tipo y niveles de intensidad de apoyo.

3 Resultados y conclusiones

3.1 Perfil del empleo creado por el recurso: empleo ordinario - empleo protegido, grupos de edad, género, sectores económicos, etc¹.

Desde el año 2015 1.709 personas han accedido a un empleo (59% hombres y 41% mujeres).

El 18% son jóvenes (entre 16 y 29 años) con discapacidad, y el 82% PcD entre 30 y 65 años.

Se han logrado 5.726 contratos, de los cuales 3.105 (54%) han sido en CEE, 1.939 (34%) en Empresa Ordinaria y 682 (12%) en la Administración.

Los sectores de las empresas contratantes más representados son: Limpieza, Hostelería, Servicios, Logística de Almacenamiento y Reparto, Mantenimiento, Industria y Producción.

3.2 Dotación y estabilidad presupuestaria del recurso (subvención, contrato, convenio, etc.): presupuesto anual y periodicidad de renovación de dicha dotación presupuestaria.

Hemos contado con una dotación económica total desde 2015 en de 7.306.150,18 €, pasando de 718.944,06 € en el año 2015 a 1.351.071,00 € en 2022, muestra de los buenos resultados obtenidos y de los objetivos logrados.

La periodicidad de los programas han sido de carácter anual los años 2015, 2016, 2017 y 2022, y bianual los años 2018-2019 y 2020-2021.

3.3 Evaluación del recurso: indicadores (tasa de inserción, tasa de formación, etc.).

A lo largo del periodo 2015-2022 se han diseñado 3.304 itinerarios personalizados (1.939 son hombres y 1.365 mujeres), de los cuales 779 han sido jóvenes con discapacidad inscritos en el Sistema Nacional de Garantía Juvenil. Además, 767 de estas personas procedían del área rural (343 hombres y 424 mujeres).

¹ Vídeo Balance: <https://www.youtube.com/watch?v=WicBYzCaaXQ&t=55s>
www.revistaalimara.net

De las 3.304 personas participantes, el 52% (1.001 hombres y 708 mujeres) ha conseguido un contrato de trabajo. Es decir, 1 de cada 2 personas que han participado en los programas ha conseguido acceder a un puesto de trabajo”.

Se han conseguido 5.726 contratos, de los cuales el 54% ha sido en CEE; 34% en E.O y el 12% en la Administración Pública.

Se han desarrollado 685 formaciones de las que se han beneficiado el 80% (2.631 personas) del total de personas atendidas; y a ello se suman las 666 prácticas formativas realizadas en entornos reales de trabajo (36% en CEE, 58% en E.O y 6% en la Administración Pública).

Para el desarrollo de todas las acciones, a lo largo de estos años se ha contado con 168 profesionales de apoyo al empleo pertenecientes a todas las entidades del movimiento asociativo Salud Mental Castilla y León.

Se han firmado 395 convenios de colaboración entre las empresas y/o empleadores de la comunidad y el conjunto del movimiento asociativo en Castilla y León. A lo largo de estos siete años, han sido prospectadas-contactadas un total 3.471 empresas y 1.465 recursos comunitarios, sociales, laborales y educativos, y de toda índole, de la comunidad.

En el conjunto de las entidades miembro de SALUD MENTAL CyL, se han recibido un total de 4.491 ofertas de empleo.

Referencias bibliográficas

- Pascual Salgado, Carlos (2019) “Guía para la activación del proyecto de vida para la inclusión social”. <https://serviciossociales.jcyl.es/web/jcyl/binarios/100/855/Guia%20Proyecto%20de%20vida%20Inclusion%20Social%20v2020.2.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true>
- Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España de Fundación ONCE (2021). Informe General de ODISMET. <https://www.odismet.es/sites/default/files/2021-06/INFORME%206%20ODISMET.pdf>
- Federación Salud Mental Castilla y León “Guía de Adaptaciones y Buenas Prácticas “Salud Mental y Bienestar en el Trabajo”. https://saludmentalcyl.org/wpcontent/uploads/2022/06/FSMICYL_GuiaBuenasPracticasSaludMentalBienestarTrabajo_AF-1.pdf



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

El programa de empleo y formación profesional de FAISEM. El modelo de inclusión laboral aplicado en Andalucía

Sergio González Álvarez, Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (sergio.gonzalez.alvarez@juntadeandalucia.es)

Beatriz Suárez Mellado, José Damián González, Susana Ortega Rodríguez
Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Desde su creación, hace ahora 30 años, FAISEM ha promovido programas e iniciativas de diversa índole: residenciales, de soporte diurno y de inclusión laboral, entre otros. En concreto, el programa denominado de Empleo y Formación Profesional viene trabajando por la plena inclusión social a través del empleo de personas con problemas graves de salud mental a través de 3 tipos de iniciativas complementarias:

- A través de la creación de Servicios específicos de apoyo a la inclusión laboral, denominados, Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo, que sirven de conexión con los/as profesionales de referencia de los Servicios de Salud Mental, acogen sus derivaciones y buscan oportunidades de formación y empleo tanto en el mercado protegido como en el ordinario.
- Mediante el desarrollo de proyectos específicos financiados por entidades y organismos externos, y que FAISEM adapta y dirige prioritariamente a las necesidades y características de las personas usuarias de sus Servicios SOAE. Estas intervenciones permiten a estas personas realizar actividades muy diversas con el único objetivo de mejorar sus competencias dirigidas a su inclusión laboral.
- Y, por último, promoviendo y colaborando con el Grupo Empresarial de iniciativa social UNEI, que ofrece oportunidades de empleo real y remunerado en actividades muy diversas, que van desde los servicios a la comunidad hasta el de la logística o el sector tecnológico.

Gracias a estas diferentes opciones, en el año 2022, 3676 personas recibieron algún tipo de atención dirigida a la mejora de su empleabilidad y se generó un volumen total de contratación de 1323 inserciones, 158 de ellas en el sector público, gracias al impulso que ha supuesto la reserva del 1% para personas con enfermedad mental dispuesta en la Ley 4/2017. Además, 75 personas participaron en acciones de formación profesional de la propia fundación y 200 realizaron prácticas en empresa.

Por su parte, el grupo social UNEI cerró 2022 con una plantilla media de 1146 trabajadores/as, un 84% de la cual corresponde a personas con Discapacidad y un 51% a personas con TMG. El grupo desarrolló diferentes actividades entre las que se encuentran la tecnología sociosanitaria, la logística y los servicios integrales.

Palabras clave

Salud Mental, trastorno mental, recuperación, inclusión, empleo.

1 Introducción

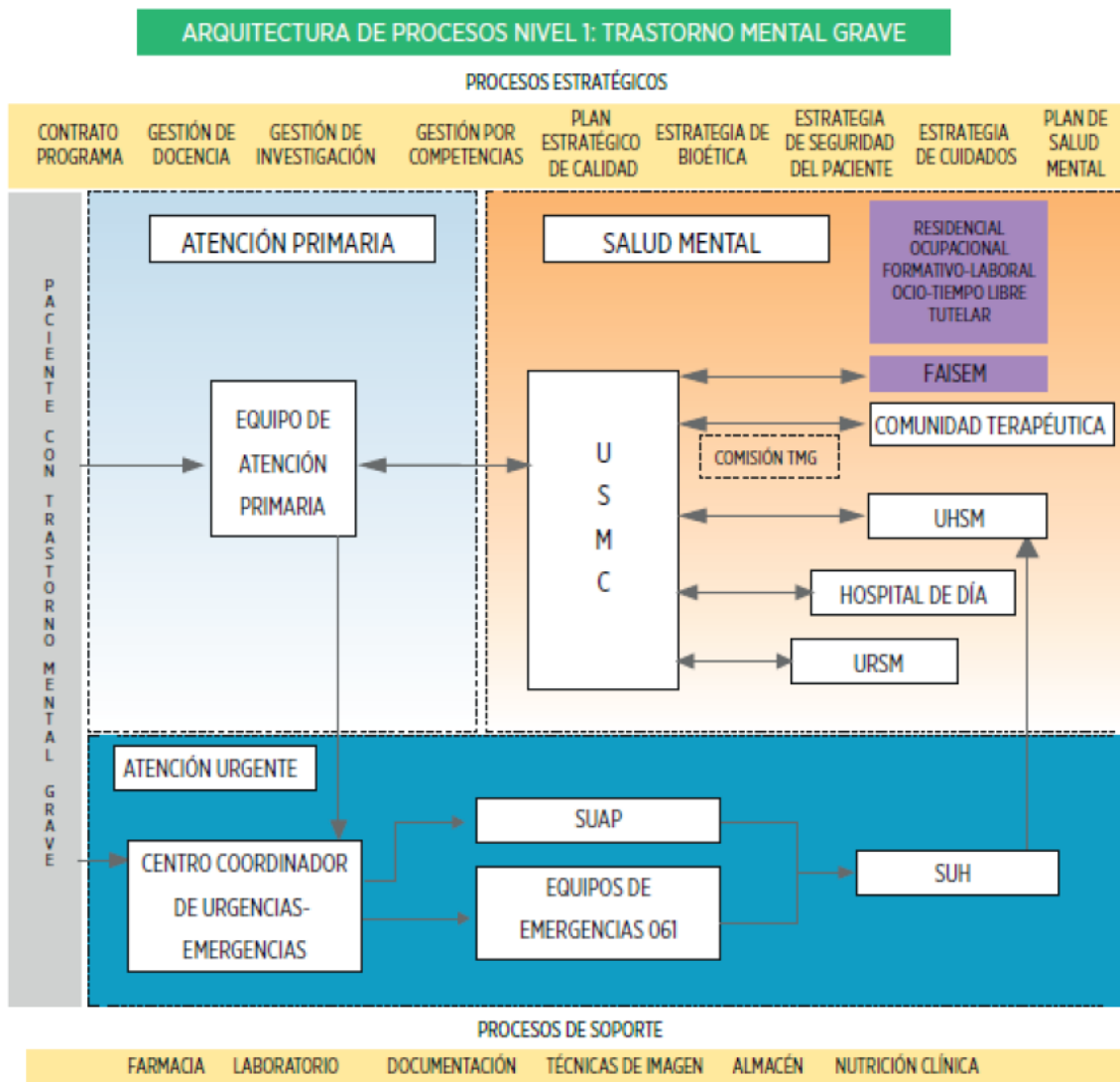
En los años 80' del siglo pasado, se abordó en Andalucía el cierre de los hospitales psiquiátricos públicos y la creación de una red de atención alternativa y con enfoque comunitario. En ese contexto, hace ahora 30 años,

se constituyó FAISEM, por acuerdo unánime de las fuerzas políticas representadas entonces en el Parlamento de Andalucía.

Así, por un lado, la atención sanitaria quedaba reconocida en el marco del Servicio Andaluz de Salud, como cualquier otra patología en los servicios generalistas, como atención primaria y hospitalización general, y desarrollando unos dispositivos de segundo y tercer nivel específicos para la atención de estas enfermedades. Y, de manera complementaria, la fundación pública FAISEM asumía la parcela social, desarrollando toda una serie de programas y recursos de apoyo, que cubrían desde las necesidades de vivienda, especialmente para aquellas personas que salían de los antiguos hospitales psiquiátricos, hasta las de ocupación y empleo, promoviendo incluso un grupo social empresarial que se mantiene hasta nuestros días.

Desde aquellos años, FAISEM ha venido construyendo, en base a los recursos disponibles en cada momento, un programa que aglutina diversas iniciativas complementarias relacionadas todas ellas con la mejora de la empleabilidad de las personas atendidas, a través de programas formativos de diversa intensidad o a través de acciones para consecución de un empleo remunerado o, en caso de tenerlo, para no perderlo

Figura 1. *Arquitectura de Procesos Nivel 1.*



Extraída del Proceso Asistencial Integrado TMG. Servicio Andaluz de Salud, 2020.

Los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo se crearon a partir del año 2002, desarrollando pequeñas estructuras en Cádiz, Jaén, Málaga y Sevilla, que fueron teniendo continuidad e incorporándoseles compañeros/as en el resto de las provincias andaluzas progresivamente. Por su lado, las empresas sociales, por su parte, se crearon a partir de la constitución de la primera de ellas en Sevilla, en el año 1993, sobre el germen de un proyecto enmarcado en la Iniciativa Comunitaria Horizon Marienthal de la Unión Europea.

2 El colectivo de atención

Existe una alta variabilidad en cuanto al colectivo preferente de atención si analizamos la realidad de las entidades que existen en el territorio español dedicadas a esta tarea. Así que merece la pena, clarificar desde el principio cual es el colectivo de atención de FAISEM.

Como su propio nombre indica, FAISEM es la fundación pública andaluza para la integración social de personas con enfermedad mental. Si bien esta denominación es bastante genérica, su colectivo de atención debe ser algo más restringido, tratando de beneficiar a las personas que entendemos más vulnerables dentro de ese grupo. Así, FAISEM atiende en sus programas a personas con trastornos mentales graves derivadas por la red pública sanitaria.

¿Y qué se entiende por trastornos mentales graves en Andalucía? Para delimitar esta cuestión, recurrimos a un procedimiento definido por profesionales tanto del Servicio Andaluz de Salud como de la propia FAISEM y que establece todas las intervenciones indicadas para este colectivo. Es el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave (Consejería de Salud, 2020) que, además, define los criterios de inclusión en el TMG.

Muy por encima, hablamos de trastornos que presentan sintomatología psicótica o pre- psicótica, de evolución prolongada y que requiere de intervenciones complejas. Hablamos de la Esquizofrenia y trastornos asociados, algunos trastornos afectivos con sintomatología psicótica y algunos trastornos de personalidad.

Asumiendo una variabilidad importante entre lo que entendemos en unos contextos y otros por TM o TMG, sí cabe destacar que el trastorno mental, sin mayor especificación, es el colectivo de discapacidad con peor tasa de actividad junto con la discapacidad intelectual según las últimas encuestas de población activa (INE, 2022).

En los últimos años, y ante la evidencia de la oportunidad y beneficios de la atención temprana en trastornos psicóticos, acceden a FAISEM personas jóvenes que aún no tienen la evolución requerida para un diagnóstico con TMG pero que están incluidas en un programa de intervención temprana y son derivadas por un dispositivo de la red sanitaria pública porque entiende que puede beneficiarse de sus intervenciones y programas.

El Servicio SOAE como eje de las intervenciones en empleo.

El Programa de Empleo y Formación Profesional de FAISEM combina diversas iniciativas y acciones que van desde el asesoramiento y la orientación laboral, pasando por la formación compensatoria, específica y profesional, la formación en el puesto de trabajo y las prácticas no laborales, hasta el acompañamiento y el apoyo al empleo.

Como eje vertebrador de todas estas iniciativas, que además pueden financiarse de manera muy diversa, está el SOAE. El Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo de FAISEM nació a principios de los años

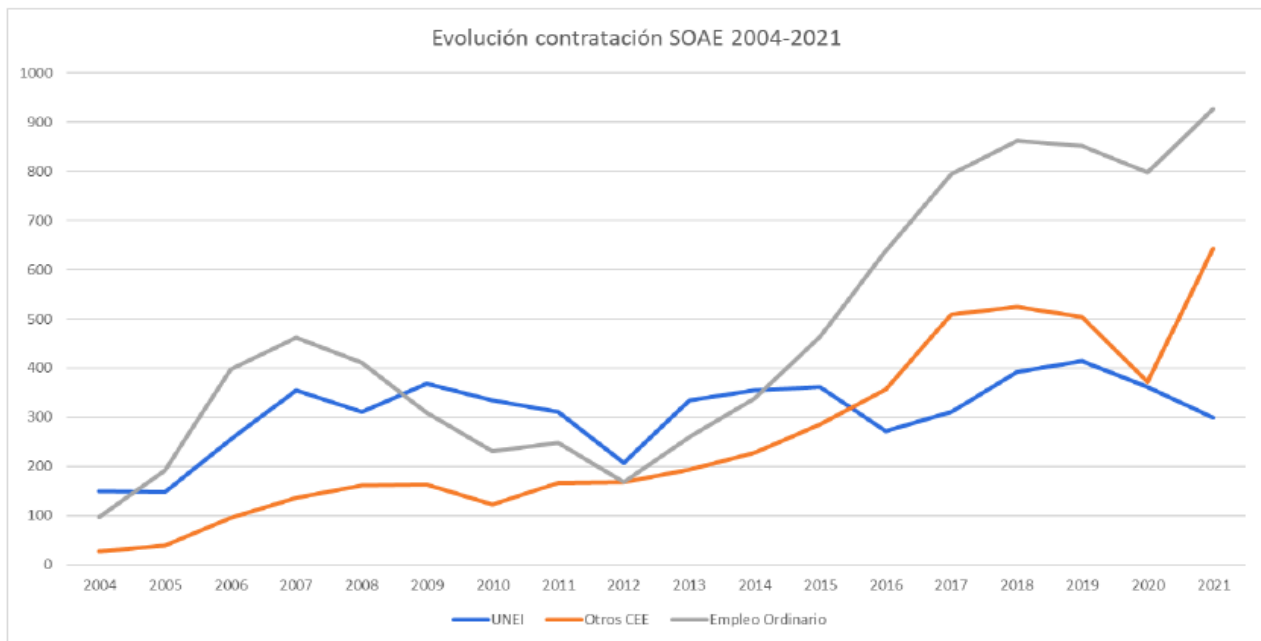
2000 con una fuerte inspiración en los equipos IPS que ya funcionaban con buenos resultados en el ámbito anglosajón.

Se trata de equipos provinciales, compuestos por alrededor de 4 técnicos de inserción, muy coordinados con la red de salud mental, aunque no forman parte de los equipos sanitarios, y volcados en el trabajo con las empresas y con las personas, exclusivamente para su incorporación laboral. No gestionan talleres ocupacionales ni realizan terapia ocupacional de ningún tipo.

Son los encargados de recibir la derivación de los dispositivos de salud mental y diseñar junto con la persona su itinerario personalizado de inserción que puede combinar actuaciones muy diversas.

Con este modelo de intervención, en Andalucía se vienen registrando tasas de atención y de inserción laboral más que relevantes.

Figura 2. Evolución de la Contratación de Personas Atendidas en SOAE (FAISEM, 2022).



El grupo social UNEI. La primera piedra y una referencia en España y Europa.

Cuando aún no se había culminado el proceso de reforma psiquiátrica en Andalucía y FAISEM se encontraba en pañales, ya se estaban sentando las bases del primer proyecto social empresarial para personas con trastorno mental, la empresa Proazimut.

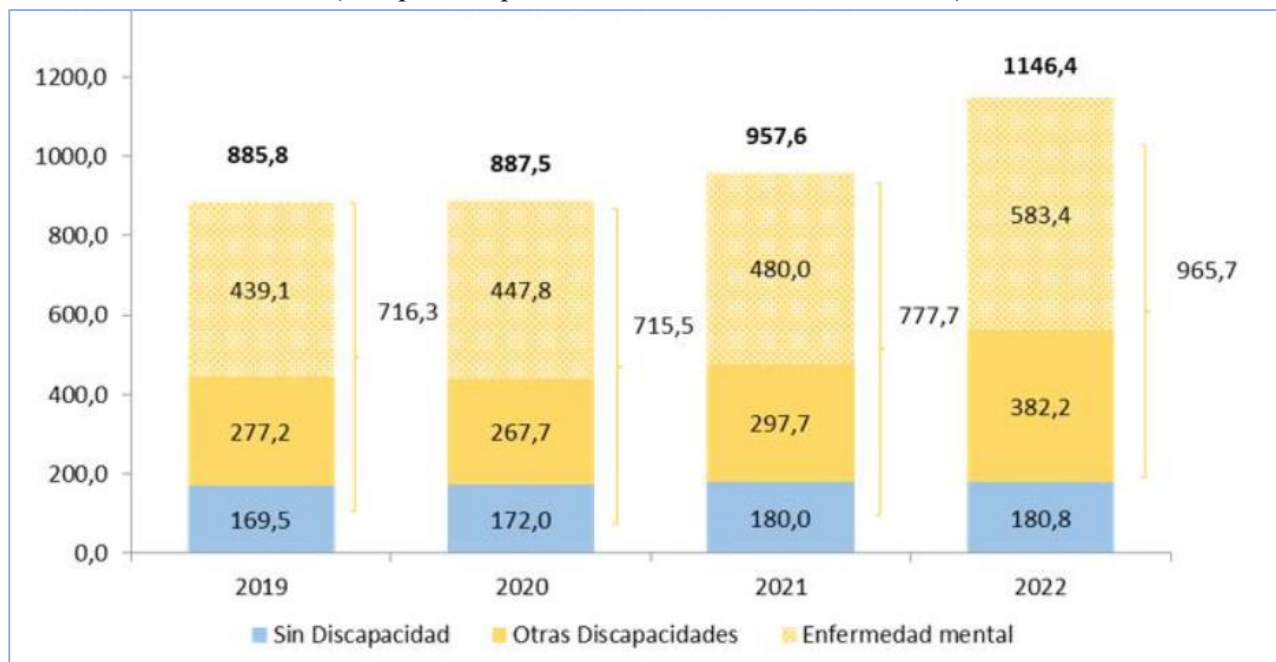
En aquellos años, las empresas tenían más de taller ocupacional, con actividades muy diversas con el objetivo de integrar cuantos más perfiles de personas con TMG, y con profesionales no siempre procedentes del ámbito empresarial sino más bien del sanitario, eso sí, con un alto compromiso y dedicación.

Poco a poco, se fueron desarrollando iniciativas de este tipo en las 8 provincias andaluzas con plantillas que iban desde las apenas 20 personas hasta las más de 100, la mayoría de ellas con trastorno mental.

Este grupo, ha resistido las diferentes crisis económicas, bancarias y pandémicas sucedidas hasta la fecha, y hoy sigue con más fuerza que nunca. En 2020 culminó un proceso de fusión que ha aglutinado a todas las empresas en una única matriz, que ya supera los 1200 trabajadores, siendo el 80% con discapacidad, y el 51% con trastorno mental.

Cuando uno piensa en un centro especial de empleo, siempre caemos en el tópico de la limpieza y la jardinería, actividades muy dignas y necesarias, por cierto. Sin embargo, UNEI, contacto con actividades de ese tipo, es también empresa líder nacional en desarrollo, instalación, mantenimiento y reparación de teleasistencia tanto fija como móvil, gestiona varias instalaciones deportivas y de ocio en Andalucía, tiene varias naves logísticas desde las que gestiona todo tipo de suministros y, por decir algo más y muy querido por nosotros, desarrolló el software de nuestro sistema de información, sin el cual, hoy estaríamos perdidos.

Figura 3. *Evolución Plantilla Grupo Social UNEI*
(Comparativa plantilla media acumulada a diciembre)



3 El empleo público. Una oportunidad abierta de par en par en 2017.

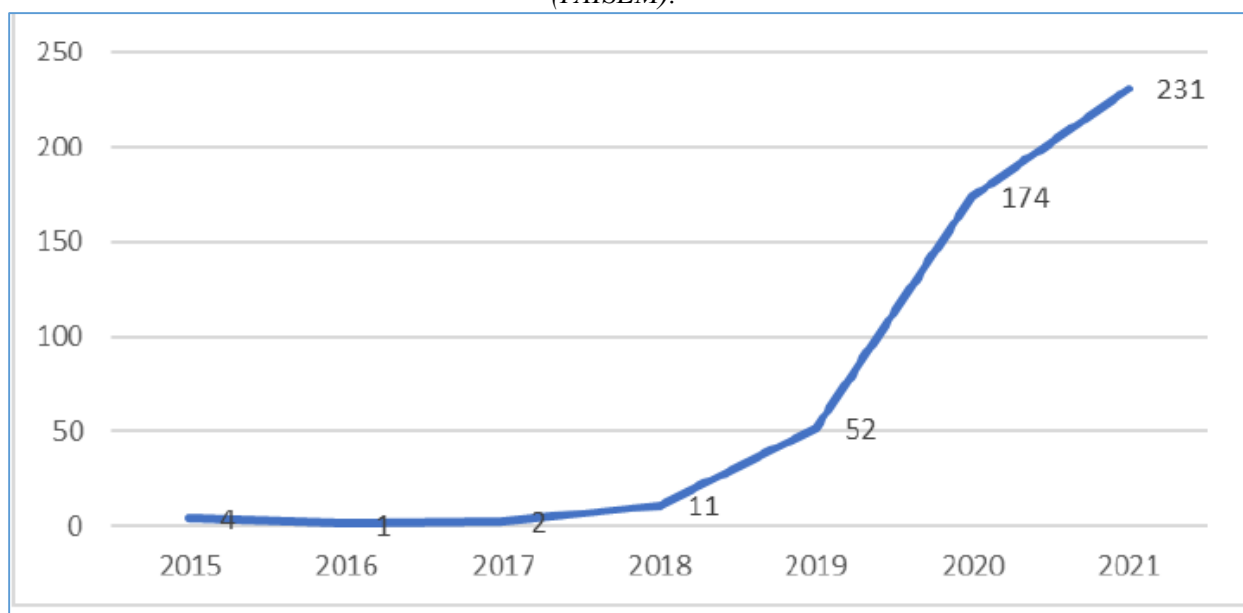
Hasta el año 2017, las oportunidades de empleo para personas con problemas de salud mental atendidas en FAISEM en el sector público eran nulas o casi. Apenas registramos en aquellos años contratos en ese ámbito. Sin embargo, en 2017 se produjo un hito muy destacado, y no fue más que replicar (a la mitad) una medida que ya venía aplicándose con otra discapacidad desde hacía años.

En 2017 se publicó en Andalucía la Ley de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, que reconocía por primera vez en nuestra Comunidad, y además siendo de las primeras en toda España, un porcentaje de plazas reservadas en la Administración y Sector Público para personas con enfermedad mental.

Siendo cierto que se trata solo del 1%, y que es justo la mitad del porcentaje aplicado a otra discapacidad que comparte tasas de actividad y desempleo con el TMG, la discapacidad intelectual, supone una oportunidad magnífica que si se aplicara en su totalidad a toda la oferta pública, multiplicaría nuestros resultados de inserción varias veces y generaría miles de huecos para nuestra gente.

Por ahora, y hace ya casi 6 años de la publicación de la Ley Andaluza, venimos registrando un claro incremento de las contrataciones de personas usuarias de FAISEM en el sector público, aunque son es muy pocas todavía. Desde 2018, hemos venido trabajando en un documento de recomendaciones en materia de convocatoria, pruebas selectivas y adaptaciones del puesto, a las Administraciones que deben reservar las plazas, y hemos puesto a nuestros SOAE a disposición de estas Administraciones para servir de apoyo a las personas que ganen un concurso público y requieran de este apoyo para desempeñar correctamente su puesto de trabajo.

Figura 4. *Evolución de la Contratación en el Sector Público de Personas Atendidas en SOAE (FAISEM).*



Confiamos en que la medida se aplique progresivamente en todo el sector público de la Junta de Andalucía y que sirva de ejemplo a otras Administraciones que operen en nuestro territorio.

4 Conclusiones del modelo y retos para el futuro

Si bien estamos satisfechos en cuanto a lo conseguido en estos años, ni más ni menos, que demostrar que las personas con trastornos mentales graves quieren y pueden trabajar tanto en entornos protegidos como generales u ordinarios, debemos aún analizar algunas dificultades y tratar de mejorar algunas de las intervenciones, con el objetivo de que más personas con este tipo de circunstancias puedan avanzar en su proceso de recuperación a través del empleo.

Y cuáles son estas cuestiones para resolver...

En primer lugar, revisando los procesos de atención, tomamos conciencia de que los itinerarios de inclusión laboral que venimos acompañando son bastante extensos. A veces, lograr que una persona acceda al mundo laboral puede llevar años, y no pocos. Cabe, por tanto, preguntarnos, ¿es posible acortar el proceso con las máximas garantías? Aunque en los países y regiones de nuestro entorno se viene utilizando un modelo de inclusión laboral paso a paso que hace necesario que la persona vaya superando etapas hasta culminar el proceso. Sin embargo, en otros contextos, se ha puesto a prueba con relativo éxito una metodología de intervención que pone el foco en el empleo y todo lo demás lo pospone, lo reduce o lo elimina, se conoce como

Modelo IPS, por sus siglas en inglés, Individual Placement and Support, (Burns et al., 2007; Christensen et al., 2015)

Actualmente existe una red española de IPS, en la cual FAISEM participa y que pretende poner a prueba ambos modelos con idea de apostar por el más eficiente en el futuro. Debemos ir avanzando, así como lo han hecho las intervenciones sanitarias, hacia la aplicación de técnicas y modelos de intervención basados en la evidencia, dejando de lado otros que se han venido empleando con éxito discreto y sin ningún apoyo científico.

Además del modelo de intervención, cabe reflexionar sobre las personas que atendemos, que son nuestro grupo de interés fundamental, y el contexto de la salud mental en la actualidad (López et al., 2010; 2021). Tras una pandemia que ha dejado a la población general muy afectada en su salud mental, la presión sobre los servicios específicos de salud mental, ya sean del ámbito sanitario como del social o educativo, es mucho mayor que hace, sin ir más lejos, un lustro. Esta circunstancia, entendemos que no debe hacernos perder el foco sobre aquellos grupos más vulnerables y que menos herramientas tienen para afrontar su recuperación. En Andalucía tenemos identificado este colectivo a través de la definición del Trastorno Mental Grave que se incluye en el documento Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave, publicado por el Servicio Andaluz de Salud. En este documento, que es una guía de prácticas eficaces, se especifican todos los criterios de inclusión y exclusión que se aplican en el TMG y nos sirve de referencia para determinar con bastante precisión a qué personas debemos atender en la red.

En relación con esta discusión sobre el colectivo de atención, existe un grupo de especial relevancia para el que conviene flexibilizar o afinar este modelo. Se trata de las personas jóvenes con diagnósticos aplazados, a los cuales no se les diagnostica un trastorno mental grave a la espera de ver su evolución. Para favorecer el que estas personas reciban atención para su inclusión laboral lo antes posible, conviene establecer un marco en que puedan participar.

En tercer lugar, y ante la expansión de lo público como una fuente de contratación muy relevante para el presente y sobre todo para el futuro, cabe preguntarse cómo acompañar este proceso y cómo pueden realizarse las adaptaciones y los acompañamientos personalizados que en algún momento puedan necesitarse.

La inclusión laboral en la Administración es un melón que aún no se ha abierto en muchos territorios y que en otros en los que sí, como Andalucía, aún debemos resolver muchas incógnitas. La definición de reservas específicas y de las características de las personas a las que se reservan las plazas, la definición de los procesos y pruebas selectivas, el diseño de plataformas de registro e inscripción, la definición de las adaptaciones en todo el proceso hasta llegar al puesto de trabajo y los apoyos que las personas necesitarán una vez incorporados, y la coordinación de todas las instituciones y Administraciones que deben intervenir, son cuestiones clave.

Y, por último, la brecha digital. Las personas con discapacidad, en general, y con trastorno mental grave, en particular sufren mayor brecha digital que la población general. Además, gran parte de las intervenciones que se realizan desde servicios especializados de atención a este colectivo no permiten el formato digital, sin embargo, el proceso de digitalización y virtualización es imparable y debemos estar preparados y adaptarnos en lo posible.

Referencias bibliográficas

Burns, T., Catty, J., Becker, D., Drake, R.E., Fioritti, R.E., Knapp, M., Lauber, Ch., Rössler, W., Tomov, T., Van Busschbach, J., White, S., Wiersma, D. (Grupo EQOLISE). (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 370(29), 1146-1152.

- Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2016). III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2016-2020). Sevilla: Consejería de Salud.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2020). Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Sevilla: Consejería de Salud.
- Christensen, Th., Nielsen, I., Stenager, E., Morthorst, B., Lindschou, J., Nordentoft, M., Eplöv, L. (2015). Individual Placement and Support supplemented with cognitive remediation and work-related social skills training in Denmark: study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central*, 16(280).
- Fundación Pública Andaluza para la Integración de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM (2006). Documento de Trabajo nº 3: Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo. Sevilla: FAISEM.
- Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM (2022). Memoria de Actividades 2021. Sevilla: FAISEM.
- Instituto Nacional de Estadística. Gobierno de España (2022). El Empleo de las Personas con Discapacidad. Año 2021. Madrid: Ministerio de Economía, Industria y Competitividad.
- López, M., Laviana, M., González, S. (2010). Rehabilitación laboral y programas de empleo. En Pastor y Blanco (coords.) *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave*. Madrid: Síntesis.
- López, M. González, S., Cía, R. (2021). El empleo como estrategia para la recuperación de personas con trastornos mentales graves. En Rodríguez Pulido y Caballero Estebaranz. *Empleo, recuperación y ciudadanía en las experiencias psicóticas: reorientando los servicios de salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Empleo, empleabilidad, salud mental y bienestar emocional. Visiones alternativas desde una nueva estrategia

Xxxxxx, Universitat xxx (xxx@xxx)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 International de Creative Commons

Resumen

Los diagnósticos por trastornos de ansiedad, por depresión, etc., conviven con una falsa normalidad laboral, que provoca incorporaciones, tras las bajas laborales, abruptas y con bajo seguimiento, e incluso despidos, o bucles de ambos en una misma persona, a lo que suele suceder una situación estigmatizante. Es en la línea de la nueva estrategia de salud mental y bienestar emocional que se está apostando por la atención integral, creando sincronías y fortaleciendo las líneas de coordinación. Con la visión clara de la imposibilidad de parcelar las áreas humanas, y siendo conscientes que solo desde una mirada holística y global podemos acercarnos al bienestar emocional.

Palabras clave

Empleo, salud mental, bienestar emocional, transversalidad

1 Introducción

La frecuencia de los problemas de salud mental en la población, a nivel global y con una visión holística, están relacionados directamente con los problemas sociales y laborales. Los acontecimientos de estos últimos años han aumentado la incidencia de estas problemáticas, y por consiguiente las cifras en relación a los problemas de salud mental, teniendo un mayor impacto.

Esta relación directa entre lo laboral y la salud mental, indica que es preciso un cambio de conceptualización de las políticas de empleo. En relación a los trastornos mentales graves, diversas iniciativas a nivel estatal y comunitario, han tenido un impacto y repercusión fundamentales para la inserción laboral de personas con diagnósticos más severos, como son la puesta en marcha de centros especiales de empleo, los programas de empleo con apoyo, los incentivos a la contratación de personas con discapacidad para las empresas, o el catálogo de formaciones duales, algunas ligadas al acceso directo al empleo. Queda trabajo por hacer y puestos de trabajo por crear, pero el panorama es positivo. Es en los problemas de salud mental menos graves, a priori, y con una incidencia alta en la población, donde tenemos una asignatura pendiente. Los diagnósticos por trastornos de ansiedad, por depresión, etc, conviven con una falsa normalidad laboral, que provoca incorporaciones, tras las bajas laborales, abruptas y con bajo seguimiento, e incluso despidos, o bucles de ambos en una misma persona, a lo que suele suceder una situación estigmatizante. Es en la línea de la nueva estrategia de salud mental y bienestar emocional que se está apostando por la atención integral, creando sincronías y fortaleciendo las líneas de coordinación. Con la visión clara de la imposibilidad de parcelar las áreas humanas, y siendo conscientes que solo desde una mirada holística y global podemos acercarnos al bienestar emocional.

2 Metodología

¿Desde dónde partimos?

Panorama de la atención en salud mental en las Islas Baleares:

En las Islas Baleares hay tres áreas de salud: Ibiza y Formentera, Menorca y Mallorca, y siete sectores sanitarios, sector de sanitario de Ibiza, sector sanitario de Formentera, sector sanitario de Menorca, y los cuatro de la Isla de Mallorca, Ponent, Tramuntana, Llevant, Migjorn.

Cada área cuenta con un servicio de salud mental, que dispone de un conjunto de dispositivos: unidad de hospitalización breve, hospital de día de salud mental, unidad de salud mental, unidad comunitaria de rehabilitación y equipo de seguimiento asertivo comunitario. También hay dos servicios suprasectoriales: el Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (IBSMIA), atiende en la franja de edad de 0 a 18 años, y el antiguo Hospital Psiquiátrico, nuevo Parque Sanitario Buenos Aires, en el que se encuentran situados los recursos suprasectoriales: Unidad de Subagudos, Unidad de patología dual, psicogeriatrico, unidad de media estancia, UPRA.

A todos los recursos públicos de salud mental, es preciso sumar el catálogo de recursos y prestaciones del resto de instituciones públicas y el de las entidades privadas, de tal forma que la visión sea de conjunto y no parcelada.

Esta visión comunitaria nos permite no circunscribir la salud mental a los recursos de esta especialidad. La atención a la salud mental se presta desde la atención especializada de la atención primaria, desde los servicios sociales, desde el ámbito de la educación y desde las entidades y asociaciones.

Esta visión hacia el cambio de modelos se inició hace siete años estableciendo un marco de actuación consensuado entre todas las personas que pueden y deben darle voz a la salud mental. A partir de este marco priorizamos las acciones desde los principios de equidad y dignidad.

De este modo nos propusimos que todos los habitantes de las Islas Baleares tuvieran las mismas posibilidades de atención en materia de salud mental y que ni los espacios ni las formas de atención atentaran contra la dignidad de las personas que sufren un trastorno de salud mental.

Una vez logrados estos primeros objetivos iniciamos el camino hacia la innovación y la excelencia, que incluirá avances necesarios e importantes en todo lo relacionado con la dimensión laboral.

Queda mucho camino por labrar en el cambio de perspectiva de atención en salud mental y la introducción de nuevas visiones. Dentro de los pendientes está, como hemos dicho, todo lo referente a la mejora de los aspectos relacionados con el mundo laboral, ya no solo enfocados hacia la inserción laboral del trastorno mental grave, también a la cobertura de la salud mental para todas las profesionales y los profesionales, traducido en bajas laborales

con incorporaciones progresivas, espacios de protección del bienestar emocional en las instituciones y empresas, etc.

Algunos datos:

En la actualidad, el impacto de la salud mental en el empleo es innegable. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima una prevalencia muy alta de trastornos mentales relacionados con el trabajo, originados por estrés laboral, que desembocan en diagnósticos que se orientan hacia depresión y ansiedad. Afectando directamente al bienestar personal del individuo, e indirectamente a su productividad y desempeño en el trabajo.

España acumuló 573.309 bajas por incapacidad temporal al mes durante 2022, un 34,6% más que el año anterior, hasta un total de 6.879.702.

Los procesos por baja médica acumulan 259 millones de días de baja, equivalentes a la jornada anual de 711.000 trabajadores. El aumento de las bajas mensuales fue 14 veces superior al de afiliados a la Seguridad Social (2,5% en 2022) sin contar los casos de covid.

El 15% de los días de baja registrados en 2021 responden a trastornos mentales, la segunda afección más relevante tras las musculoesqueléticas. Ha habido un aumento de los trastornos psicológicos en los centros de trabajo en los últimos años. Del total de las bajas laborales ocurridas entre 2015 y 2021 el 6,5% del total se deben a afecciones mentales, tras un aumento del 17,36% en ese periodo. La duración media de las bajas se ha situado en casi 98 días (frente a los 67 de 2015), lo que supone un crecimiento cercano al 46% desde el 2015.

Las bajas laborales relacionadas con la salud mental han aumentado un 30,9% en menores de 35 años en el período de entre 2015 y 2021, un 45% más desde 2015.

Si bien la tendencia es al alza para todos los grupos de edad, habiendo experimentado una subida del 17,36%. Sin embargo, el mayor incremento de la incidencia se ha registrado en el rango de edad de menores de 35 años, con ese 30,9% frente al 8,28% en el grupo de edad de más de 49 años y el 14,37% del grupo de edad de 35 a 49 años (Datos del INE, OIT).

La pandemia ha sido un revulsivo para que los problemas de salud mental se visibilicen y también para reflejar la gran incidencia de trastornos como la ansiedad y la depresión en la población. De hecho, España es el mayor consumidor del mundo de ansiolíticos (benzodicepinas como Valium u Orfidal, que el 11% de los españoles toma a diario contra la ansiedad y el insomnio), según la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), dependiente de Naciones Unidas.

Las bajas nos permiten visibilizar la situación, pero son la punta del iceberg del problema, pues hay que considerar que estas llegan al final, cuando las personas no aguantan más y no pueden desarrollar su actividad laboral.

La COVID ha abierto la posibilidad de abordar los problemas de salud mental en el ámbito laboral, ya que hasta entonces nos había pasado más desapercibido, o no se había mirado tan de frente, pese a que ahí estaba la ausencia de medidas encaminadas al bienestar emocional dentro del ámbito laboral, la salud mental se ha convertido en un tema prioritario, la pandemia nos ha demostrado que no estamos preparados para vivir en la adversidad. Se ha abierto un nuevo panorama laboral que ha implicado cambios sustanciales como el teletrabajo, la presión en el puesto de trabajo y la incertidumbre del mercado laboral pueden ser las principales causas de este incremento de las bajas por salud mental.

Un objetivo clave es desestigmatizar los problemas de salud mental en el entorno laboral, con acciones dentro de los planes de salud laboral para prevenir el estrés, el suicidio o la depresión, así como para gestionar la carga laboral, hacer buen uso de la tecnología o frente al acoso.

En un mundo cada vez más competitivo y exigente, donde el estrés y la ansiedad pueden desencadenar graves problemas de salud, es fundamental concienciar sobre la relevancia de cuidar y fomentar la salud mental en el entorno laboral.

Es importante identificar algunos de los factores que afectan la salud mental en el entorno laboral. Entre ellos, destacan:

- a) Carga de trabajo excesiva: La sobrecarga laboral puede generar altos niveles de estrés y ansiedad.
- b) Falta de apoyo y reconocimiento: La falta de apoyo por parte de los superiores y la falta de reconocimiento por el trabajo bien hecho pueden afectar negativamente la autoestima y el bienestar emocional.
- c) Ambiente laboral tóxico: Un entorno de trabajo negativo, con hostilidad, competitividad extrema y falta de compañerismo, puede aumentar el riesgo de trastornos mentales.
- d) Desequilibrio entre vida personal y laboral: La incapacidad para mantener un equilibrio entre la vida personal y el trabajo puede tener graves consecuencias en la salud mental del empleado.

Algunas estrategias para promover la salud mental en el trabajo

- Sensibilización y educación: Crear programas de sensibilización y capacitación sobre salud mental para todos los miembros de la organización.
- Fomentar una cultura de apertura y comunicación: Animar a las personas a hablar sobre sus preocupaciones y desafíos personales sin temor a estigmatización.
- Facilitar el equilibrio entre vida personal y laboral: Promover horarios flexibles y programas de trabajo desde casa para permitir que los empleados gestionen mejor sus responsabilidades personales y profesionales.
- Flexibilidad en el lugar de trabajo: Proporcionar horarios flexibles y opciones de trabajo remoto cuando sea posible, para ayudar a las personas a equilibrar sus responsabilidades laborales con su salud mental.
- Ofrecer programas de apoyo y asistencia: Proporcionar servicios de asesoramiento o acceso a recursos de salud mental.
- Capacitación para la gestión de equipos: Brindar a los líderes las habilidades necesarias para identificar y manejar problemas de salud mental en las personas con las que trabajan de manera compasiva y efectiva.

3 Evaluación y seguimiento

Establecer un sistema de monitoreo y evaluación para medir el progreso y el impacto de las intervenciones implementadas. Realizar ajustes según sea necesario para abordar los desafíos emergentes y las necesidades cambiantes.

- Participación y colaboración:

Involucrar a todas las partes interesadas relevantes, incluyendo instituciones públicas, empresas, sindicatos, profesionales de la salud mental y la sociedad civil. La colaboración entre todos estos actores es fundamental.

Otro aspecto fundamental relacionado con las nuevas perspectivas de atención en salud mental, es lo relacionado con las nuevas tecnologías y las plataformas digitales que permitan la conexión y el intercambio de información.

Específicamente la digitalización en el ámbito de la salud mental y el empleo ha experimentado un crecimiento significativo en los últimos años, y su importancia se ha vuelto aún más evidente en el contexto de la pandemia de COVID-19. La incorporación de la tecnología ha permitido ampliar el acceso a servicios de salud mental, mejorar la eficiencia en la prestación de atención y facilitar la integración de la salud mental en el entorno laboral. Algunos aspectos clave de la digitalización en salud mental y empleo:

1. Acceso a servicios remotos: La digitalización ha facilitado el acceso a servicios de salud mental desde cualquier lugar con conexión a internet. La telemedicina y las plataformas de atención en línea han permitido a las personas acceder a terapias, asesoramiento y apoyo psicológico sin tener que desplazarse físicamente a un centro de salud. Esto es especialmente beneficioso para aquellas personas que viven en áreas remotas o que tienen dificultades para desplazarse.
2. Una propuesta posible son las aplicaciones de bienestar emocional: Han surgido una variedad de aplicaciones móviles diseñadas para promover el bienestar emocional y la salud mental. Estas aplicaciones pueden ofrecer técnicas de relajación, ejercicios de mindfulness, seguimiento del estado de ánimo y herramientas para afrontar el estrés y la ansiedad. (Algunas empresas han comenzado a implementar estas aplicaciones como parte de sus programas de bienestar para empleados)
3. Plataformas de apoyo en el lugar de trabajo: En el ámbito laboral, la digitalización ha permitido la creación de plataformas y programas de apoyo para el bienestar emocional de los empleados. Estos recursos pueden incluir evaluaciones de salud mental, capacitaciones en manejo del estrés, y acceso a recursos para la gestión de problemas de salud mental en el trabajo.
4. Monitoreo y seguimiento: La tecnología también ha posibilitado el monitoreo y seguimiento continuo de la salud mental de los empleados. Mediante encuestas y cuestionarios en línea, las empresas pueden evaluar el bienestar emocional de sus empleados y detectar posibles señales de estrés o ansiedad antes de que se conviertan en problemas más graves.
5. Prevención y detección temprana: La digitalización ha permitido desarrollar herramientas de inteligencia artificial y análisis de datos que pueden ayudar en la identificación temprana de trastornos mentales. Estas tecnologías pueden analizar patrones de comportamiento y lenguaje en línea para detectar posibles signos de depresión o ansiedad.
6. Flexibilidad laboral: La digitalización también ha impulsado la adopción del trabajo remoto, lo que puede tener beneficios significativos para la salud mental de los empleados. Al reducir el estrés relacionado con los desplazamientos y proporcionar mayor flexibilidad en los horarios de trabajo, el trabajo remoto puede contribuir a un mejor equilibrio entre la vida laboral y personal.

Más específicamente desde la Oficina de Salud Mental estamos haciendo una apuesta por la digitalización, que mejorará la coordinación, evitará duplicidades y sobre todo facilitará el flujo de la información, haciendo más accesible el catálogo de recursos, para posibilitar el acceso equitativo a todas las personas, en este caso, con problemas de salud mental, teniendo en cuenta que dentro de las dimensiones que se contemplan con la digitalización, es la perspectiva de la inclusión laboral, y la mejora de las condiciones en los puestos de trabajo.

Con el desarrollo de dicha Plataforma Digital se propone continuar evolucionado en la búsqueda de la coordinación, y un mayor desarrollo de programas multisectoriales de Salud Mental, de forma genérica los objetivos son los siguientes:

- Generar programas de atención integrados y centrados en el paciente, que permitan la gestión integral, multidisciplinar y multisectorial (educativo, social y sanitario), sobre herramientas tecnológicas que faciliten el proceso.
- Generar procesos que faciliten la integración entre los sistemas existentes en los diferentes actores, así como el registro de las interacciones en los casos en que la integración no sea posible.
- Gestionar la asignación de programas y prestaciones sociales relacionadas con los programas definidos, asegurando la trazabilidad de aquellos priorizados dentro de la estrategia de Salud Mental en Baleares.
- Evolución de la herramienta de profesionales para el seguimiento clínico de las actividades de los Programas de Salud.
- Evolucionar las herramientas existentes en IBSalut de forma que se facilite la toma decisiones en la ejecución de los programas de atención priorizados.

Referencias bibliográficas

INE 2021 www.ine.es NIPO 096-20-009-8 ISSN 2255-162X Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>

Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo: Tendencias 2022. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2022 (https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/trends2022/WCMS_848464/lang--es/index.htm, consultado el 26 de agosto de 2022)

Mujeres y hombres en la economía informal: Un panorama estadístico. Tercera Edición Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2018 https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_635149/lang--es/index.htm, consultado el 26 de agosto de 2022

Muñoz, M., Vázquez, C., Vázquez, J. Los límites de la Exclusión. Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Madrid: Tempera; 2003

Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022. Conselleria de Salut i Consum. Govern Balear. <https://www.ibsalut.es/apmallorca/es/profesionales/publicaciones/publicaciones-salud-mental/1815-plan-estrategico-de-salud-mental-de-las-islas-baleares-2016-2022>

Abordaje de los problemas mentales desde el entorno psicosocial: La Depresión. Prevención de riesgos laborales. Fundación Estatal para la Prevención de Riesgos Laborales, F.S.P. Ed. Foment del Treball Nacional. 2017.

Empleo y salud mental - guía3: la depresión en el trabajo. <https://www.empleosaludmental.org/component/edocman/guias-coleccion/guia-3-la-depresion-en-el-trabajo?Itemid=>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La experiencia de la estrategia IPS para la integración del empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave

Nayra Caballero Estebaranz

Franciso Rodríguez Pulido



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

--

Palabras clave

Empleo, integraci3n laboral, trastorno mental, IPS

1 Introducci3n

El empleo es tanto una intervenci3n de salud cr3tica como un resultado significativo para las personas con trastornos mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresi3n (Knapp and Wong, 2020). Mientras que el desempleo est3 claramente vinculado a problemas de salud mental, el empleo puede mejorar la calidad de vida, la salud mental, las redes sociales y la inclusi3n social.

La recuperaci3n personal se ha definido como "un proceso de cambio 3nico y profundamente personal ...una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y contribuyente, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad [y] un proceso que implica el desarrollo de un nuevo significado o prop3sito en la vida" (Anthony, 1993).

La recuperaci3n como un proceso multidimensional y no lineal requiere de varios componentes (Learmy et al.,2011). La recuperaci3n implica mucho m3s que la recuperaci3n de la propia enfermedad. Las personas con trastornos mentales pueden tener que recuperarse del estigma que han incorporado a su propio ser; de los efectos iatrog3nicos de los entornos de tratamiento; de la

falta de oportunidades recientes para la autodeterminaci3n y de los efectos secundarios negativos del desempleo.

El empleo es fundamental para la recuperaci3n de muchas personas con problemas de salud mental; no solo tiene valor econ3mico, sino que confiere beneficios sociales como las redes sociales, el estatus y la autoestima; sin embargo, muy a menudo se enfrentan a enormes desventajas para obtener y conservar un empleo (OCDE,2012). especialmente durante las "crisis" macroecon3micas (Evans-Lacko et al.,2013). En la actualidad, existe mucha evidencia sobre el empleo con apoyo, cuyo modelo m3s conocido es la colocaci3n y el apoyo individual (IPS), que ayuda a las personas a obtener un empleo competitivo lo m3s r3pido posible y proporciona capacitaci3n y apoyo continuos de especialistas en empleo. Se ha demostrado que IPS es eficaz en muchos pa3ses (Bond et al.,2012), y un estudio europeo de seis ciudades demostr3 que es muy rentable en comparaci3n con el apoyo profesional

tradicional en muchos estudios (Knapp et al.,2013). Un riesgo es que los servicios de IPS no se implementen seg3n lo previsto; Puede resultar 3til emplear formadores de IPS para trabajar con profesionales de la salud mental y usuarios de servicios.

Es posible que no todos puedan obtener un empleo remunerado: algunas personas pueden sentir que no lo desean y otras tal vez no puedan lograrlo. Tener una “red de seguridad” econ3mica adecuada es esencial en esas circunstancias, sin embargo, muchas personas con problemas de salud mental no obtienen el apoyo estatal al que tienen derecho, en nuestro pa3s, por el reconocimiento de la discapacidad y/o dependencia. El asesoramiento en materia de bienestar puede aumentar la aceptaci3n y reducir los costos al acortar las estancias hospitalarias, prevenir la falta de vivienda y prevenir las reca3das (Parsonage et al.2013). En otros pa3ses como Uk los servicios de asesoramiento sobre deudas tambi3n pueden ser eficaces y rentables (Pleasance et al.2007:Knapp et al.2011).

El paradigma biom3dico imperante no ha aumentado la tasa de empleo, porque los medicamentos a menudo reducen los s3ntomas sin mejorar el funcionamiento social La gu3a NICE (2015) recomienda la estrategia IPS (Individual Placement and Support) como el modelo l3der para ayudar a las personas con enfermedades mentales a conseguir un empleo competitivo. La evidencia de la efectividad de IPS contin3a creciendo, comenzando con los primeros estudios en los EE. UU y extendi3ndose a los estudios de replicaci3n en Europa con buenos resultados (Fioritti et al. 2014)

La experiencia de IPS en Tenerife

En Tenerife, nuestro grupo (Pulido 2010, 2018,2021) ha desarrollado un trabajo sistem3tico orientado, desde el 2004 hasta la actualidad, en una estrategia de empleabilidad IPS en el marco del desarrollo de unos soportes comunitarios para la recuperaci3n donde el tratamiento asertivo comunitario y el equipo de apoyo individualizado al empleo son apoyos esenciales en una “red de redes”.

El modelo IPS requiere un equipo integrado, bien capacitado y proactivo, que dedica la mayor parte de su tiempo a brindar apoyo personalizado a las personas con trastornos mentales graves para buscar, obtener y mantener un empleo. Es necesario reorientar las competencias de los profesionales de la salud mental (m3dicos, psic3logos, enfermeras y trabajadores sociales) para establecer el empleo como objetivo central de la rehabilitaci3n y evaluar los resultados de forma continua y cr3tica. Los especialistas de empleo ofrecen orientaci3n y asesoramiento, junto con consejos pr3cticos sobre c3mo

encontrar un trabajo y preparaci3n de entrevistas. Tambi3n pueden buscar puestos de trabajo y colaborar con los empleadores directamente en nombre del paciente para identificar los roles muy adecuados - que act3a como un v3nculo crucial entre el paciente, su empleador y equipo comunitario de salud mental.

1.1 Estr3s y empleo

El estr3s parece estar presente en el origen y mantenimiento de diversos trastornos emocionales

El estr3s no solamente se ha relacionado con la enfermedad y los problemas f3sicos, sino tambi3n con los trastornos m3s espec3ficamente psicol3gicos. As3, por ejemplo, es com3nmente aceptado que determinadas patolog3as como la esquizofrenia obedecen a una interacci3n entre factores de predisposici3n personal y factores estresantes.

La Organizaci3n Mundial de la Salud (OMS) defiende el trabajo como parte necesaria para alcanzar la salud mental y considera que la misma abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental.

Los indicadores de una buena salud mental en los puestos de trabajos son: presencia, bienestar y producci3n ((Mental health and work: impact, issues, and good practices, 2000)). Las p3rdidas originadas por el absentismo y el bajo rendimiento creciente, est3 haciendo que las empresas est3n tomando medidas para cuidar la salud personal de sus trabajadores.

El estr3s es uno de los factores que puede llegar a originar numerosas dolencias f3sicas, as3 como problemas de salud mental como la depresi3n y el aumento de las tasas de suicidio. Es un verdadero problema ya que en la Uni3n Europea alcanza tasas de un 28%, mientras que en pa3ses como Jap3n ronda el 60%. Lo preocupante es que en la mayor3a de los pa3ses no existe una legislaci3n espec3fica que aborde el impacto del estr3s en los trabajadores, ya que s3lo cuentan con aspectos centrados en caracter3sticas f3sicas del lugar de trabajo, y no incluyen expl3citamente las caracter3sticas psicol3gicas. La finalidad ser3a crear un lugar de trabajo eficiente y saludable, y que promueva la salud en las condiciones laborales. Para eso se tiene que tener muy en cuenta la opini3n de los trabajadores de la empresa (*Mental health and work: impact, issues, and good practices, 2000*)

Se tiene la creencia que el empleo ordinario, desde el modelo vulnerabilidad- estr3s, en las personas con TMG puede desencadenar reca3das de su enfermedad al estar sometido a un ambiente generador de situaciones estresantes ya sea por las exigencias de su desempe3o como por las relaciones con sus compa3eros. Varios autores proponen que la costumbre de ir a trabajar y participar en el ambiente de trabajo ayuda a combatir los s3ntomas de la enfermedad y que existe un refuerzo positivo cuando se dan oportunidades de desarrollar relaciones sociales alternativas fuera de la comunidad de salud mental sin que este hecho pueda desembocar estr3s. Se sabe que el estr3s y la salud mental est3n estrechamente relacionados. "En principio, el estr3s no tiene por qu3 causar desajustes f3sicos o ps3quicos; as3 se ha podido demostrar que un nivel adecuado de estr3s puede ayudar en la resoluci3n de determinadas tareas mentales. El problema surge cuando el grado de estr3s es elevado o, sin ser elevado, es percibido por el sujeto como nocivo o amenazante

No todos los estudios de IPS publican datos de sus resultados no vocacionales sino que muchos se centran m3s en la parte vocacional del empleo aunque cada vez m3s se est3 teniendo en cuenta c3mo afecta al empleo en la parte no vocacional (Areberg 2013;). Sin embargo, en la actualidad no existe un estudio en profundidad longitudinal que se haya centrado en c3mo afecta el empleo en las personas con esquizofrenia con un an3lisis de su sintomatolog3a, de las hospitalizaciones y reca3das y de los f3rmacos registrados antes y despu3s del empleo.

2 Metodolog3a

– Participantes

Se incluyeron 20 participantes que presentaban los siguientes criterios:

- a. Ten3an como diagn3stico principal esquizofrenia (F20.0)
- b. Edades comprendidas entre los 18 y 65 a3os.
- c. Estaban incluidos dentro de la metodolog3a IPS
- d. No presentaban dependencia activa a sustancias en el momento del estudio

Se excluyeron todas las personas que presentaran otra enfermedad diferente a esquizofrenia como trastorno mental orgánico, trastorno del aprendizaje o trastornos psiquiátricos menores, trastornos de la personalidad etc.

– Medidas:

En la muestra de estudio, se cuantificará el número de hospitalizaciones, recaídas y el registro de fármacos pautados por psiquiatría antes y después del empleo.

Se analizará el coste sanitario directo (fármacos y hospitalizaciones) antes y después del empleo

La hipótesis de partida será que las personas con esquizofrenia después del empleo tendrán menos hospitalizaciones y recaídas y reducirán su medicación y, por tanto, el coste sanitario directo.

3 Resultados

Los datos se analizaron utilizando el programa SPSS. Para las frecuencias se utilizó estadística descriptiva para caracterizar los datos. A la hora de comparar el antes y el después se utilizaron medias y desviaciones típicas.

Se recogieron todos los datos de la medicación antes y después del estudio con una media de 8 años de seguimiento de las personas que se encuentran en el estudio.

La muestra del estudio estaba compuesta por 14 hombres y 6 mujeres con diagnóstico de esquizofrenia. El estado civil de diecisiete de los mismos era soltero/a, dos personas estaban casadas y uno en pareja. La muestra de edad en su mayoría se encontraba entre los 26 y 45 años.

3.1 Consumo de medicación antes y después del empleo

Se analizó el total de medicación oral al día e inyectables por mes que consumía cada una de las personas con diagnóstico de esquizofrenia que componía la muestra de estudio

En total, antes del empleo, había un consumo de medicación oral que alcanzaba un total de 59 dosis de medicación oral y un total de 10 inyectables. Después del empleo el consumo de medicación oral se redujo a 48,5 pastillas y un total de 9 inyectables.

La media de consumo de medicación oral por persona antes del empleo fue de 2,95 y después del empleo fue de 2,42. La media de inyectables por persona antes del empleo se situaba en 0,5 y después del empleo bajó a 0,45.

Del total de la muestra, hubo un cambio de medicación en 9 de ellas, 2 personas se le añadió nueva medicación que no tenían prescrita previamente y en 7 personas se mantuvo la misma medicación.

Tabla 1. Consumo fármacos (orales e inyectables) y coste

| DOSIS MEDICACI3N ORAL ANTES Y COSTE | DOSIS MEDICACI3N ORAL DESPU3S Y COSTE | N3MERO DE INYECTABLES ANTES Y COSTE | NUMERO DE INYECTABLES DESPU3S Y COSTE |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 6 (53,42€) | 4 (36,45€) | 0 | 0 |
| 5 (15,54€) | 4 (15,54€) | 0 | 0 |
| 1 (2,5€) | 1 (2,5€) | 0 | 0 |
| 7 (20,26€) | 6(20,26€) | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 1 (8,26€) | 1(8,26€) |
| 3 (28,13€) | 4 (254,12€) | 1 (201,29€) | 0 |
| 5 (18,56€) | 2 (26,12€) | 0 | 0 |
| 1 (52,89€) | 2 (28,19€) | 1(8,26€) | 1(8,26€) |
| 3,5 (28,26€) | 2 (20,08) | 1 (8,26€) | 1(8,26€) |
| 4 (3,26€) | 0 | 1 (8,26€) | 1 (695,38) |
| 4 (182,58€) | 4 (199,43€) | 0 | 0 |
| 3 (230,02€) | 4 (254,12€) | 0 | 0 |
| 6 (14,63€) | 6 (25,56€) | 0 | 1 (1279,31€) |
| 4 (34,43€) | 3 (31,09€) | 0 | 0 |
| 3 (149,71€) | 1 (52,89€) | 1(345€) | 1(1279,31€) |
| 1(2,01€) | 2(2,5€) | 1(8,26€) | 1(8,26€) |
| 1(15,74€) | 2(59,53€) | 1(172,48€) | 0 |
| 0 | 0 | 1(345€) | 1(345€) |
| 3(85,99€) | 1(82,77€) | 0 | 0 |
| 2(27,16€) | 2(27,16€) | 0 | 0 |
| TOTAL: 965.09€ | TOTAL:1138.31€ | TOTAL:1105.07€ | TOTAL:3632.04 |

3.2 Dosis en miligramos (mg) de fármacos

Por otro lado, se analizó las subidas y bajadas en miligramos de los diferentes tipos de medicaci3n pautaada.

Del total de la muestra, 5 personas tuvieron bajadas se medicaci3n antipsic3tica y el total de mg bajados fue de 212 en medicaci3n oral y 75 mg en inyectable. En cambio, solo se encontr3 dos personas con subidas de medicaci3n antipsic3tica y el total de mg subidos ascendió a 6.

Respecto a la medicaci3n antidepresiva, hubo 70 mg de bajada en antidepresivos en dos personas. En 5 personas se encontr3 bajadas de ansiol3ticos con un total de 38 mg de bajadas. Por 3ltimo, se encontr3 bajadas en medicaci3n anticolin3rgica (9 mg) y en estabilizadores del estado de ánimo (500 mg).

No se encontr3 subidas de mg medicaci3n despu3s del empleo en medicaci3n antidepresiva, ansiol3ticos, anticolin3rgica o en los estabilizadores del estado de 3nimo.

Tabla 2. *Análisis de las subidas y bajadas de fármacos en miligramos*

| Número de personas con bajadas de medicaci3n | Tipo de medicaci3n | MG bajados |
|--|---|------------|
| 4 | ANTIPSI3TICOS orales | 212 |
| 1 | ANTIPSI3TICO INYECTABLE | 75 |
| 2 | ANTIDEPRESIVOS | 70 |
| 5 | ANSIOL3TICOS/BENZODIACEPINAS | 38 |
| 3 | ANTICOLIN3RGICOS | 9 |
| 1 | ANTIEPIL3PTICO/ESTABILIZADOR ESTADO ANIMO | 500 |
| Número de personas con subidas de medicaci3n | Tipo de medicaci3n | MG subidos |
| 2 | ANTIPSI3TICOS | 6 |
| 0 | ANTIDEPRESIVOS | 0 |
| 0 | ANSIOL3TICOS | 0 |
| 0 | ANTICOLIN3RGICOS | 0 |
| 0 | ANTIEPIL3PTICO/ESTABILIZADOR ESTADO 3NIMO | 0 |

Ante la duda de si la bajada de medicaci3n antipsic3tica oral pod3a ser debida a que se aumentara en la misma persona medicaci3n inyectable antipsic3tica, se observ3 específicamente cada caso en el que se mostr3 una disminuci3n de la dosis de mg de antipsic3ticos y se observ3 que en tres de los casos no hab3a pauta de medicaci3n inyectable y en uno s3 que se encontraba pauta, pero se mantuvo igual. En otro de los casos la bajada proven3a de la medicaci3n antipsic3tica inyectada.

Tabla 3. *Bajadas de fármacos antipsic3ticos*

| | Bajada mg | Inyectable |
|--|-----------|--|
| Risperdal | 9 | No |
| Leponex | 100 | No |
| Leponex | 100 | No |
| Risperdal | 3 | Si pero se mantiene clopixol depot 200 |
| Risperdal consta 75c/15 días y pasa a 1 vez al mes | 75 | |

3.3 Coste sanitario directo (f3rmacos)

Se analiz3 el coste sanitario directo en f3rmacos por persona acudiendo a la informaci3n en la p3gina de Sanidad sobre los productos incluidos en la prestaci3n farmac3utica del SNS (dispensables a trav3s de oficinas de farmacia) y analizando el precio registrado de cada medicamento. En el anexo 2 se puede observar el precio registrado por f3rmaco.

La suma total de coste sanitario en f3rmacos antes del empleo fue de 2.070,16€ y la suma total de gasto sanitario despu3s alcanz3 4.770,35€.

Se analiz3 con el SPSS la media y desviaci3n t3pica del coste sanitario en f3rmacos antes y despu3s. Antes del empleo se registr3 una media de 103,51€ con una desviaci3n de 134,27 y despu3s del empleo se registr3 una media de 240,34€ con una desviaci3n de 404,52.

Tabla 4. *Media de coste sanitario directo(f3rmacos) antes y despu3s*

| Estadísticos descriptivos | | | |
|---------------------------|----|--------|------------------|
| | N | Media | Desv. Desviaci3n |
| gastoantes | 20 | 103,51 | 134,274 |
| gastodespues | 20 | 240,34 | 404,822 |
| N v3lido (por lista) | 20 | | |

Se realiz3 una comparaci3n de muestras emparejadas encontrando que tras el an3lisis del valor p, se puede determinar que, en promedio, no ha habido menor gasto despu3s del empleo como se pod3a pensar en la hip3tesis de partida en f3rmacos.

Tabla 5. *Prueba de muestras emparejadas (coste directo f3rmacos antes y despu3s)*

| Prueba de muestras emparejadas | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------|--|----------|---------|----|------------------|
| | | Diferencias emparejadas | | | | | t | gl | Sig. (bilateral) |
| | | Media | Desviaci3n | Desv. Error promedio | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | | | | |
| | | | | | Inferior | Superior | | | |
| Par 1 | gasto antes - gast3 despu3s | - 136,829 | 361,201 | 80,767 | - 305,876 | 32,219 | - 1,694 | 19 | ,107 |
| Tamaños de efecto de muestras emparejadas | | | | | | | | | |
| | | d de Cohen | Standar dizer ^a | Estimaci3n de puntos | Intervalo de confianza al 95% | | | | |
| | | | | | Inferior | Superior | | | |
| Par 1 | gasto antes - gast3 despu3s | | 361,201 | -,379 | -,828 | ,080 | | | |
| | | correcci3n de Hedges | 368,531 | -,371 | -,812 | ,079 | | | |

3.4 Hospitalizaciones y recaídas

Se analiz3 también las hospitalizaciones y recaídas de la muestra antes y despu3 del empleo. Se encontr3 una media de ingresos antes del empleo de 0,85 y despu3 del empleo no se registr3 ning3n ingreso en hospital. La media de recaídas antes del empleo de encuentra en 1,55 y despu3 del empleo se redujo a 0,3.

Tabla 6. Hospitalizaciones y recaídas de la muestra de estudio (antes y despu3) t coste directo hospitalizaci3n

| INGRESO ANTES (total de d3as) | INGRESOS DESPU3 | GASTO POR CAMA Precio:174€ | RECAIDAS ANTES | RECAIDAS DESPU3 |
|-------------------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|-------------------|
| 1 (11) | 0 | 1914 | 2 | 1 |
| 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 1 (10) | 0 | 1740 | 2 | 0 |
| 1(14) | 0 | 2436 | 2 | 0 |
| 1(20) | 0 | 3480 | 1 | 0 |
| 1(10) | 0 | 1740 | 2 | 0 |
| 1 (21) | 0 | 3654 | 1 | 0 |
| 1 (15) | 0 | 2610 | 1 | 0 |
| 1(10) | 0 | 1740 | 0 | 1 |
| 1(4) | 0 | 696 | 2 | 0 |
| 1(27) | 0 | 4698 | 1 | 0 |
| 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 1(10) | 0 | 1740 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 1(18) | 0 | 3132 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 1(12) | 0 | 2088 | 4 | 1 |
| 1(20) | 0 | 3480 | 4 | 0 |
| 1(11) | 0 | 1914 | 1 | 0 |
| 2 (4)(27) | 0 | 696+4698 | 3 | 0 |
| Media:0,85 | 0 | Total: 42.456€ | Media:1,55 | Media: 0,3 |

Tabla 7. Total de costes directos antes y despu3 (hospitalizaciones y f3rmacos)

| Coste f3rmaco antes | Coste f3rmaco despu3 | Coste hospitalizaciones antes | Coste hospitalizaciones despu3 |
|---------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 2.070,16 | 4.770,35 | 42.456€ | 0 |

El coste total de gastos directos de la muestra de estudio antes del empleo se encuentra en 44.526,16€ y el coste directo despu3 se sit3a en 4.770,35€.

4 Conclusiones

Sobre el gasto sanitario directo se refleja un gasto sanitario menor cuando se tiene en cuenta el gasto de fármacos e ingresos hospitalarios, pero no cuando se tiene en cuenta el coste de fármacos solo ya que al cambiar a antipsic3ticos de última generaci3n aumenta el coste de los mismos. El ahorro en pensiones que se sitúa como devoluci3n de la inversi3n por encima del coste hace que merezcan estos datos invertir y apoyar la creaci3n de nuevos equipos de empleo con metodolog3a IPS.

La integraci3n laboral se trata de un nexo en com3n que acentúa la propia integraci3n social, facilitando a la persona la significaci3n en su rol de ciudadano y recobrando su sentido en el proceso terapéutico individual.

Entendiendo que la persona, como adulto, debe tomar sus propias decisiones, ser responsable y asumir las consecuencias de las mismas en igualdad de condiciones con respecto al resto de ciudadanos, hace que el empleo se trate de una de las principales vías de integraci3n social para las personas con trastorno mental grave aparte de que en la muestra de estudio se sitúa como una inversi3n rentable y efectiva.

En la actualidad, se necesita hacer estudios complejos metodol3gicamente para medir los efectos del empleo sobre la recuperaci3n cl3nica y social y estudios de costes-efectividad.

Referencias bibliogr3ficas

- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16, 11-23.
- Areberg, C., & Bejerholm, U. (2013). The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(6), 420-428. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.765911>
- Evans-Lacko, S., Knapp, M., McCrone, P., Thornicroft, G., & Mojtabai, R. (2013). The Mental Health Consequences of the Recession: Economic Hardship and Employment of People with Mental Health Problems in 27 European Countries. e69792.
- Fioritti, A., Burns, T., Hilari3n, P., Van Weeghel, J., Cappa, C. D., Suñol, R., & Otto, E. A. (2014). Individual placement and support in Europe. *Rehabilitation Journal*, 37(2), 123-128. <https://doi.org/10.1037/prj00000650>.
- Knapp, M., & Wong, G. H. (2020). Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry*, 19(1), 3-14.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- OCDE .Organisation for Economic Cooperation and Development. Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work | READ online. (s. f.). [oecd-ilibrary.org. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mental-health-and-work_9789264124523-en](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mental-health-and-work_9789264124523-en)
- Pulido, F (2010). La autonom3a personal en el empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave. Sinpromi ISBN 13: 978-84-614-9795-9

Pulido, F. J., Estebaranz, N. C., Aldana, E. T., Abad, M., lvarez-Sotomayor, M. T., Reig, S. L., De Le3n, P. P., & González-Dávila, E. (2018). Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves. *Gaceta*, 32(6), 513-518. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.007>



COL·LECCIÓ IMAS
Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023
Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)
ISSN: 2659-5273

Empresa social: una serrería que todo lo cura

Arcadia



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El trabajo cumple un papel primordial en nuestra sociedad como medio para alcanzar la plena integración social. La rehabilitación laboral está adquiriendo una importancia creciente dentro del esfuerzo de promover la máxima autonomía, independencia e integración social de las personas con trastorno mental crónico. El trabajo es un elemento de gran valor social que vertebra la vida de las personas. Es un factor de integración y normalización que puede convertir a la persona con enfermedad mental en elemento perteneciente a un grupo dotándolo de iden

tidad ayudando a construir un proyecto de vida.

El objetivo principal de Arcadia es acompañar a personas con alguna enfermedad mental grave en la construcción de nuevos proyectos de vida donde el trabajo se valora como un pilar importante, aunque no el único.

Se ofrece un conjunto de recursos para alcanzar el máximo desarrollo personal y profesional para lograr la inserción sociolaboral de las personas con problemas de enfermedad mental grave. El modelo se basa en recursos flexibles y abiertos, centrados en las necesidades del paciente asegurando una atención integral, desde lo sanitario hasta lo laboral, pasando por lo ocupacional y formativo. Se ofrece cierta especialización laboral como el caso de la serrería, con tarea dedicada al trabajo de la madera y sus derivados, desde la confección de mobiliario a medida, construcción de casas y cubiertas hasta la comercialización de pellets como último.

En el programa laboral de la entidad se atienden a un total de 131 personas, 62% hombres y 38% mujeres, con alguna enfermedad mental grave y edades comprendidas entre los 18 y 65 años. Se presentan dos regímenes, taller ocupacional y, en función de capacidades, motivaciones y necesidades, Centro Especial de Empleo. De esta forma, se asegura un itinerario laboral que es complicado que personas con estas patologías puedan conseguir y mantener en el mercado laboral ordinario.

Palabras clave

Empleo, inclusión, salud mental

1 Introducción

Según la OMS, a escala mundial, la esquizofrenia afecta a aproximadamente a 24 millones de personas, es decir, 1 de cada 300 personas (0,32%). En nuestro país, la psicosis en conjunto afecta al 1,2% de la población (1,4% mujeres, 1,1% hombres), siendo más frecuente la psicosis afectiva con prevalencias del 7,2% (9,6% en mujeres y 4,8% en hombres), que crece con la edad. La esquizofrenia aparece en el 3,7% de la población, 4,5% en hombres y 2,9% en mujeres (OMS 2022; Ministerio de Sanidad 2021).

Sólo el 17,7% de las personas diagnosticadas con algún Trastorno Mental Grave (TMG) en España tiene un empleo, según el Instituto Nacional de Estadística (INE). Además, según los mismos datos, se da la circunstancia de que la discapacidad por enfermedad mental tiene la mayor brecha entre el empleo real del colectivo y los deseos de trabajar de las personas diagnosticadas con trastorno mental grave, ya que la tasa de actividad asciende hasta el 29% (INE 2022).

Con estos datos, se evidencia que la enfermedad mental impacta en la vida laboral de las personas, aunque no se sabía en qué medida. En un estudio publicado recientemente se ponen cifras concretas. Parece que las personas diagnosticadas de TMG trabajan 10,5 años menos en comparación con la población general. Esa es la media de los 24 TMG analizados en un reciente estudio, pero hay trastornos como la esquizofrenia que obtienen cifras de hasta 24 años de vida laboral perdidos. Este hecho se encuentra directamente relacionado con los ingresos económicos que las personas con TMG obtienen, siendo de casi 19.000 euros menos que las personas sin trastorno (Plana-Ripoll O et al., 2023; Christesen, MK et al., 2022). Ya es innegable los efectos beneficiosos del trabajo en la población general y en la población con algún TMG en particular. Se puede considerar el papel del trabajo en personas con TMG en tanto que: *Actividad productiva* que puede implicar un desarrollo cognitivo, elemento organizador de la vida cotidiana, vehículo de relaciones sociales..., convirtiéndose en sí misma en una actividad rehabilitadora. *Actividad retribuida* que permite independencia y un rol social activo. *Actividad socialmente valorada* que aumenta la autoestima, entre otras cosas (FAISEM 2007).

El trabajo cumple un papel primordial en nuestra sociedad como medio para alcanzar la plena integración social. La rehabilitación laboral está adquiriendo una importancia creciente dentro del esfuerzo de promover la máxima autonomía, independencia e integración social de las personas con trastorno mental crónico. El trabajo es un elemento de gran valor social que vertebra la vida de las personas. Es un factor de integración y normalización que puede convertir a la persona con enfermedad mental en elemento perteneciente a un grupo dotándolo de identidad ayudando a construir un proyecto de vida (FAISEM 2007).

La intervención se basa en el modelo de recuperación basado en la persona. Dicho modelo involucra cinco procesos centrales: 1) conectar con otros; 2) tener un sentido de esperanza y optimismo sobre el futuro; 3) tener un sentido positivo de la identidad; 4) otorgar un sentido o significado a la propia vida; y 5) estar empoderado para cuidar y decidir por sí mismo (Leamy M et al., 2011). Es a través del contacto con los demás cuando las personas son capaces de desarrollar o mantener un sentido de esperanza y optimismo en la enfermedad mental. Se busca un sentido positivo de la identidad, otorgar un sentido a la propia vida y convertirse en un ciudadano empoderado capaz de ejercitar el cuidado de sí mismo y actuar por cuenta propia (Davidson L & González-Ibañez A, 2017)

2 Metodología

El programa forma parte del proyecto de Inserción laboral. Se trata de una serie de acciones dirigidas a facilitar el acceso a formación y empleo teniendo en cuenta los intereses, las motivaciones y capacidades de cada persona promoviendo la proactividad hacia el empleo de personas con TMG.

Para cumplir los objetivos se cuenta con una serrería. Una nave de 2.000 metros cuadrados, ubicada el tejido industrial de la ciudad de Huesca. Por filosofía, se valora la importancia de ubicar el recurso en la comunidad.

El perfil de las personas con las que se trabaja están relacionados con la Salud Mental: diagnosticado de TMG; edad entre 18 y 65 años. Como criterios de exclusión serían: presentar un diagnóstico que no cumpla criterios de TMG; tener más de 65 años; o problemas conductuales graves que impidan la adaptación al taller laboral.

No se tienen tiempos que cumplir, convirtiéndose Arcadia en un recurso “finalista”.

Todo paciente que es derivado al taller laboral de serrería cuenta con un Plan Individual de Rehabilitación inicial, que se va revisando en función de las necesidades de la persona. Se traza un itinerario laboral con varios pasos:

- *Derivación*: el proceso lo comienza el médico psiquiatra de referencia de la persona interesada.
- *Acogida*: el equipo técnico (trabajo social y psicología) realizan la primera entrevista donde se recogen los datos de la persona derivada (filiación, datos sanitarios, datos familiares, educación, historia laboral...).
- *Taller prelaboral*: la participación en los talleres prelaborales son la antesala del Centro de Inserción Laboral. Son actividades dirigidas a la adquisición de competencias (comunicación, relaciones sociales, hábitos de trabajo) que facilitarán su incorporación dentro de los talleres de inserción laboral. Está dirigido a aquellas personas que se incorporan por primera vez a los programas de la entidad.
- *Centro de Inserción Laboral*: es el punto de partida del programa laboral. El proceso es un itinerario por niveles. Se basa en una actividad formativa a partir de la participación directa en una actividad productiva. La remuneración mensual, a través de las becas laborales, es un estímulo imprescindible y determinante para conseguir la autonomía económica, una de las bases de la recuperación de la vida social. Las tareas laborales son muy adaptadas a cada individuo, la jornada laboral es de 5 horas y se percibe una beca de 281€. Dicho nivel es el que mantienen todas las personas que comienzan el itinerario laboral.
- *Centro Especial de Empleo*: El acceso al Centro Especial de Empleo supone el acceso a un contrato de trabajo protegido dentro de la Empresa Social (Integración Laboral Arcadia S.L). Son personas que se encuentran en un nivel más avanzado dentro de su proceso de recuperación individualizado. Las personas en este nivel ya trabajan con contrato laboral durante una jornada de 7 horas, con el salario mínimo interprofesional.

Para la supervisión de las personas que trabajan en la serrería Arcadia se cuenta con una monitora (el perfil de los monitores es de auxiliar de enfermería, educador/a social, terapeuta ocupacional) encargada de la supervisión y seguimiento de la situación sociosanitaria y sociolaboral individual de cada persona. Dicha monitora está en contacto directo con el equipo técnico de los servicios laborales de Arcadia (trabajador social, terapeuta ocupacional y psicóloga). Mediante el equipo técnico se proporciona seguimiento tanto psicológico, como social y ocupacional para asegurar la continuidad en el puesto laboral. Dicho equipo técnico es el que se encarga de la coordinación con otros servicios de salud mental del sector, así como con otras instituciones como servicios sociales, instituto de empleo...

La coordinación más estrecha se establece con los servicios de salud mental teniendo una relación directa y fluida en función de las necesidades de los pacientes atendidos. Además, todos los usuarios del taller de serrería tienen a su disposición el resto de servicios que desde Arcadia se proporcionan, estos son: centro de día y servicio residencial, que lo conforman las viviendas tuteladas y los apoyos domiciliarios.

Para las tareas productivas se cuenta con un jefe de taller (carpintero) que es el encargado de supervisar, enseñar y tutorizar todo lo relacionado con las tareas propias de la serrería. Dicho jefe de taller cuenta con dos operarios oficiales de carpintería que apoyan las tareas más productivas, pero también realizan un acompañamiento a las personas atendidas en aspectos formativos.

La actividad principal es la venta directa de productos o servicios a particulares, empresas y administraciones. Todos los productos están realizados de forma artesanal, utilizando madera procedente de bosques sostenibles o madera reciclada, y a través de un diseño personalizado y a medida.

3 Resultados

En total hay 17 personas (13 hombres y 4 mujeres) trabajando en la serrería de Arcadía (*ver tabla 1*) con un diagnóstico en salud mental. La media de edad es de 42,2 años, siendo el rango de edad de 26 años el más joven a 65 años el de mayor edad. El 70% de las personas usuarias tienen un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, con una media de evolución de entre 15 y 20 años.

Tabla 1. *Datos descriptivos*

| | |
|---|---|
| <i>Sexo</i> | 13 (76%) hombres 4 (24%) mujeres |
| <i>Edad</i> | Media: 42,2 años |
| <i>Situación laboral Taller ocupacional</i> <i>Centro Especial de Empleo</i> | 9 (53%) 8 (47%) |
| <i>Diagnóstico</i> <i>Esquizofrenia/Esquizoafectivo Trastorno Bipolar</i> <i>Trastorno personalidad/dual</i> | 12 (70%) 3 (17%) 2 (12%) |
| <i>Estado civil</i> | 88% solteros |
| <i>Nivel educativo Primarios ESO</i> <i>Bachiller</i> <i>Grado medio/superior FP</i> <i>Universitarios</i> | 7 (43%) 2 (12%) 2 (12%) 2 (12%) 2 (12%) 1 (6%) |
| <i>Años en Centro Especial de Empleo Rango</i> | Media 5 años 1 - 10 años |
| <i>Ingresos hospitalarios 5 últimos años</i> | 4 (24%) |

El estado civil más prevalente es soltero, siendo la situación del 88% de las personas que trabajan en la serrería. Respecto al nivel de estudios, casi la mitad (43%) de la población de la serrería tiene únicamente estudios primarios, contando con estudios universitarios únicamente una persona.

A nivel laboral, 9 personas están como Taller Ocupacional y 8 como Centro Especial de Empleo, esto supone que un 50% de trabajadores/as con algún problema de salud mental cuentan con un contrato laboral y cobran el salario mínimo interprofesional. De todas las personas que cuentan con un contrato de CEE, la media de duración de estos contratos está en 5 años, con un rango de tiempo entre 1 y 10 años. Esto supone una permanencia alta, sin contar con mucho absentismo en los puestos de trabajo.

De todos los usuarios pertenecientes a la serrería de Arcadía, tanto en régimen de Taller Ocupacional como en Centro Especial de Empleo, únicamente el 24% ha presentado una recaída que haya supuesto un ingreso hospitalario en los últimos 5 años.

Si observamos los resultados de 5 años atrás, en la Serrería se atendían a 10-12 personas y contaba solo con un técnico especializado y un monitor. La transformación del recurso hacia un modelo más empresarial ha facilitado el aumento el número de procesos de atención, así como aumentar el número de personas con enfermedad mental grave que han podido acceder a un contrato laboral en el Centro Especial de Empleo

En 2017, la Serrería de Arcadia ofrecía productos muy sencillos: pales reciclados, estacas y alguna que otra jardinera. Actualmente ofrece dentro de su modelo empresarial diferentes líneas de negocio: mobiliario a medida para particulares, empresas y eventos, grandes estructuras como casas modulares y cubiertas, pales a medida para el transporte internacional y una línea de producción de pellet.

Este proceso de profesionalización empresarial ha permitido aumentar significativamente la facturación permitiendo que el recurso sea más autosostenible y no tan dependiente de las subvenciones públicas.

En 2018 el volumen total de ingresos para el mantenimiento del servicio provenía en un 20% de la venta de productos mientras que el 80% era proveniente de ayudas públicas. Actualmente, la venta directa representa el 52% y las subvenciones públicas un 48%.

Esta transformación hacia la empresa social se ha hecho siempre intentando mantener el modelo de intervención basado en la persona, manteniendo el equilibrio entre la parte productiva y la parte socioasistencial. Así mismo, el modelo siempre ha implicado que las personas en el itinerario de inserción laboral puedan participar conjuntamente con las personas con contrato en el CEE dentro de las diferentes tareas del proceso productivo. Este hecho es un punto fuerte dentro del modelo de intervención de la entidad ya que se producen sinergias entre las personas en inserción y las personas con CEE. Dichas sinergias producen relaciones sociales y laborales motivantes que se pueden traducir en las reducidas tasas de abandonos y en aprendizaje y trabajo conjunto. Además, un beneficio para las personas en inserción laboral es la inmersión en una actividad económica dando la identidad de un ciudadano más con sus derechos y sus obligaciones.

Así mismo, la profesionalización en el desarrollo de productos con un valor añadido para terceros incide en los procesos de construcción de un sentido positivo de la identidad y en el otorgar un significado y sentido a la propia vida del modelo de recuperación basado en la persona en la que se basa la intervención.

Tabla 2. Datos laborales y productivos

| | 2017 | 2020 | 2023 |
|-----------------------------|--------|---------|-------------------------------|
| <i>Técnico Especialista</i> | 1 | 2 | 3 |
| <i>Monitor/Educador</i> | 1 | 1 | 1 |
| <i>CEE</i> | 3 | 5 | 8 |
| <i>Taller Ocupacional</i> | 8 | 8 | 10 |
| FACTURACIÓN | 72.000 | 170.000 | 230.000 <i>(previsión)</i> |

4 Conclusiones

El taller de la serrería de Arcadia da cabida a 17 personas con Trastorno Mental Grave, en su mayor parte esquizofrenia, y en la mitad de los casos en Centro Especial de Empleo. La media de permanencia es de 5 años con continuidad actual y, en los últimos cinco años han tenido algún tipo de recaída únicamente el 24% de la población del taller. Además, atendiendo a la productividad se puede observar un buen nivel de actividad laboral. Todos estos datos, especialmente los relacionados con la salud y la productividad, evidencian que la rehabilitación psicosocial contribuye al bienestar de las personas con discapacidad mental, así como a sus familias y a la sociedad en general traducándose en una probable menor carga familiar y una disminución de costes intangibles. Esto se puede observar en estudios previos realizados en nuestro país (Rodríguez Pulido F., 2004).

Ya desde la literatura clásica se valora que el valor del trabajo se extiende a ámbitos económicos, sociales y psicológicos, proporcionando estructura básica para una adecuada conducta social. De esta manera, promueve la integración y la normalización haciendo al individuo participe en el entramado social de la comunidad. A nivel económico, el trabajo ofrece un salario proporcionando independencia y contribución económica a la comunidad. A nivel psicológico, el trabajo da identidad, relaciones sociales y estructura (Lieberman RP., 1993; Rodríguez Pulido F., 2004).

Como conclusión, creemos que el éxito, especialmente en la adherencia al empleo y la estabilidad clínica de las personas atendidas, tiene que ver con que, desde Arcadia, la rehabilitación laboral se entiende como una parte de la rehabilitación psicosocial, ofreciendo un tratamiento integral atendiendo a las necesidades individuales de cada persona, desde las más básicas como es la alimentación y el cobijo, hasta las de mayor autorrealización. Esto se consigue con un seguimiento estrecho, basado en las necesidades y en el modelo de recuperación, de todas las áreas vitales de los usuarios atendidos mediante los recursos que desde la organización se ofrecen. En este sentido, el trabajo es un medio más pero no el único para alcanzar la meta (Rodríguez Pulido F., 2004).

Referencias bibliográficas

- Christensen, M.K., McGrath, J.J., Momen, N.C. et al. The cost of mental disorders in Denmark: a register-based study. *npj Mental Health Res* 1, 1 (2022). <https://doi.org/10.1038/s44184-022-00001-y>
- Davidson L & González-Ibañez A. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Tev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 37(131): 189-205 Departamento de programas. Evaluación e Investigación. Los programas e empleo para personas con trastorno mental grave. Una revisión actualizada de los modelos de intervención. FAISEM. 2007
- Instituto Nacional de Estadística. El empleo de las Personas con Discapacidad. Año 2021
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry* 2011; 199: 445–452
- Lieberman RP. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Ed. Martinez Roca 1993.
- Organización Mundial de la Salud. (21 de enero de 2022). Esquizofrenia., [who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia)
- Plana-Ripoll O, Weye N, Knudsen AK, Hakulinen C, Madsen KB, Christensen MK, Agerbo E, Laursen TM, Nordentoft M, Timmermann A, Whiteford H, Øverland S, Iburg KM, McGrath JJ. The association between mental disorders and subsequent years of working life: a Danish population-based cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2023 Jan;10(1):30-39. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00376- 5. Epub 2022 Dec 5. PMID: 36480953.

Rodríguez Pulido F, Rodríguez Díaz M.N & García Ramírez M.C. La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Psiquis*. 2004;25(6):264-281



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

FAISEM-Empleo, 22 años de historia: De la 'endogamia' inicial necesaria con su empresa social a la 'poligamia' actual del mercado laboral abierto

José Damián González, FAISEM



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

--

Palabras clave

Salud mental, empresa social, empleo

1 Antecedentes

Desde antes de la creación de la Fundación Andaluza para la Integración de Personas con Enfermedad Mental. MP (FAISEM) en el 1993 a instancias del Parlamento Andaluz, la preocupación por la integración laboral de las personas con una Trastorno Mental Grave (TMG) entre todo-as lo-as profesionales que estaban empujando la Reforma Psiquiátrica en Andalucía era una evidencia. Prueba de ello es la puesta en marcha casi a la par de FAISEM de las 8 Empresas Sociales Provinciales (ES) que constituyen a fecha de hoy el Grupo UNEI (catalogado como Centro Especial de Empleo) y participado en casi a partes iguales por FAISEM y FUNDOSA. El trabajo como componente fundamental de la rehabilitación estaba en la hoja de ruta desde el primer momento.

Al inicio, las primeras experiencias de inserción laboral de las personas con TMG eran en un entorno bastante “controlado” dado que la ES (ahora UNEI) estaba codirigida por FAISEM. La forma de acceso de las personas que atendía FAISEM a la ES era un tanto particular y variaba según la provincia. Los Talleres-Ocupacionales y Cursos-Formación servían de “observatorios” para captar a posibles trabajador-as. Eran lo-as monitorean lo-as que hacían las propuestas de lo-as candidato-as que optaban a los puestos de trabajo de la ES.

Prácticamente, durante la primera década toda persona valorada como empleable acababa contratada en UNEI y es ese el inicio “endogámico” referido en el título del póster. La ES como única fuente de contratación. El apoyo y compromiso por parte de instituciones públicas para contratar servicios de la ES hizo que el aumento de la plantilla fuese una constante (jardinería, aparcamientos, diseño gráfico, limpieza, cocina y comedor...) y un gran número de personas, dentro de las cifras de personas atendidas que se manejaban en aquella época, acabasen formando parte de la plantilla de la ES. Llegando en alguna provincia a suponer hasta un 70% lo-as trabajadores con un TMG del total de la plantilla.

Pero el porcentaje que la contratación de la ES suponía entre las personas usuarias del SOAE fue siendo cada vez menos significativo tanto por la capacidad limitada de contratación de las ES como la puesta en marcha del SOAE y profesionalización del Programa de Empleo. Entendiendo que la normalización implicaba la integración en cualquier tipo de empresa y que era allí donde estaban las verdaderas posibilidades laborales del colectivo que atendemos.

No es hasta el año 2002 que se comienza a formar el Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE). El Empleo comienza a ser una pata fundamental en los Programas de FAISEM. Lógicamente, el número de personas que se atienden va aumentando cada año conforme los equipos provinciales se van creando. La relación entre el número de técnico- as de empleo y personas que acceden al mercado laboral es clara y directa.

Es interesante el paralelismo entre términos y forma de trabajo a lo largo de los años. De “Enfermo Mental” a “Personas con Enfermedad Mental” (en la propia denominación de FAISEM), de Programa Ocupacional-Formación a Programa de Empleo y SOAE, etc. dan muestra de una evolución en la forma de atender y entender al colectivo.

En 2001 UNEI tenía aproximadamente una plantilla de 155 trabajadore-as, actualmente está algo por encima de las 1300 personas.

Pocas referencias sobre modelos de trabajo en relación a la integración laboral de personas con TMG había allá por los finales de los '90. Italia era pionera y una referencia. Distintos intercambios se hicieron para armar las claves estratégicas de intervención en el Programa de Empleo de FAISEM. Seguro que muchos errores se han cometido por el camino, pero actualmente hay una línea sólida de trabajo.

1.1 Objetivo

Esta presentación tiene por objetivo mostrar como el empleo en personas con un TMG, aspecto muy importante de la rehabilitación para muchas personas, necesita del acompañamiento de profesionales, técnico-as en orientación y apoyo al empleo, sin cuya ayuda se complica mucho, hasta hacerse casi imposible para muchas personas su integración al mercado laboral.

No pocas veces profesionales de la salud mental y familiares pueden sobrevalorar el papel negativo que el estrés ejerce en las personas que padecen un TMG, lo que conlleva a tener unas bajas expectativas sobre sus posibilidades de funcionamiento de cara a un empleo.

La experiencia nos demuestra que muchas personas afectadas por un TMG quieren trabajar, pero, afectadas por la sintomatología negativa, la falta de autoestima, el estigma, etc, no dan autónomamente los pasos necesarios para la búsqueda de empleo.

El desconocimiento entre la compatibilidad de las prestaciones económicas no contributivas, como la PNC, con los salarios, en muchos casos genera un miedo a perder la prestación tanto en la propia persona beneficiaria como en la familia que provocan un rechazo a la integración laboral de la persona con un TMG.

Todos estos obstáculos necesitan de profesionales en la orientación laboral y apoyo en el empleo especializados en colectivos de especial dificultad que faciliten y acerquen el empleo a personas con TMG.

2 Metodología

En Andalucía la atención específica a la Salud Mental está dividida entre la parte Sanitaria que la ejerce el Sistema Andaluz de Salud (SAS) y la parte Social que desarrolla FAISEM, ambas dependientes de la Consejería de Salud y Consumo.

Cualquier intervención en el ámbito Residencial o de Empleo, en nuestro caso, requiere de una estrecha coordinación de las dos instituciones.

En términos generales, y salvo Programas de financiación extraordinaria del Servicio Andaluz de Empleo, la procedencia de las personas usuarias del Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo de FAISEM es vía Protocolo de Derivación por parte de una Unidad de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud. Debiendo

estar afectadas dichas personas por un Diagnóstico compatible con Trastorno Mental Grave (CIE 10-ES4: F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30 (F30.13 y F30.2), F31, F32 (F32.2, F32.3), F33 (F33.2, F33.3), F60 (F60.0, F60.1 y F60.3), según "Proceso Asistencial Integrado-TMG" de la Consejería de Salud y Consumo.

La coordinación entre los profesionales en orientación laboral y el personal sanitario, fundamentalmente Enfermero-as y Trabajadores Sociales es crucial tanto para el acercamiento al mundo laboral como para el mantenimiento en el puesto de trabajo, una vez conseguido un empleo. Mensajes contradictorios entre profesionales sanitarios, de empleo o la familia suelen tener efectos muy adversos, y frecuentemente alejan a la persona del mundo laboral.

Actualmente, el equipo del SOAE está formado por 27 técnicos-as de estructura, más otros tantos según proyectos de financiación extraordinaria aprobados, actualmente se suman 25 técnico-as más de diferentes programas (INSERTA, EPES, ORIENTA). La relación entre el número de profesionales del SOAE y el de personas atendidas con un TMG contratadas es directamente proporcional.

La contratación en las Administraciones, es una línea de trabajo dentro del SOAE que está cogiendo fuerza en los últimos años, pasando de 1 contrato en 2016, a 231 contrataciones en 2021. Para impulsar esta área se han hecho grupos específicos para preparación de oposiciones. Se comparte información sobre temarios, exámenes de preparación, etc.

Dentro del colectivo de personas con trastornos mentales severos, el grupo que plantea verdaderamente el mayor número de dificultades es el de las personas con diagnóstico de esquizofrenia. De hecho, es éste el «subgrupo» más numeroso en términos cuantitativos, así como el que se ve afectado por una mayor prevalencia de problemas de empleo. Dado que cada vez más personas utilizan los servicios de Salud Mental para distintos problemas relacionados con la afectividad y no considerados de trastorno mental grave, ha sido necesario revisar los protocolos de derivación con los servicios de salud mental y reforzar la coordinación para que sean las personas con TMG las usuarias de nuestro servicio. De otra forma, se corre el riesgo de atender a un número ingente de personas con distintas afecciones dentro del ámbito de la salud mental, que no son las que realmente están más necesitadas de apoyo para alcanzar el mercado laboral y para cuyo objetivo de atención se crea FAISEM.

Hasta el año 2013 una parte importante de la actividad del SOAE era la de facilitar a los- as usuarios-as cursos propios del Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo, es decir, organizados por FAISEM. A partir de 2013 se congela la principal fuente de financiación para los cursos de Formación Profesional para Desempleados (Servicio Andaluz de Empleo). Ello creo que marca bastante en la forma de abordar la metodología de trabajo.

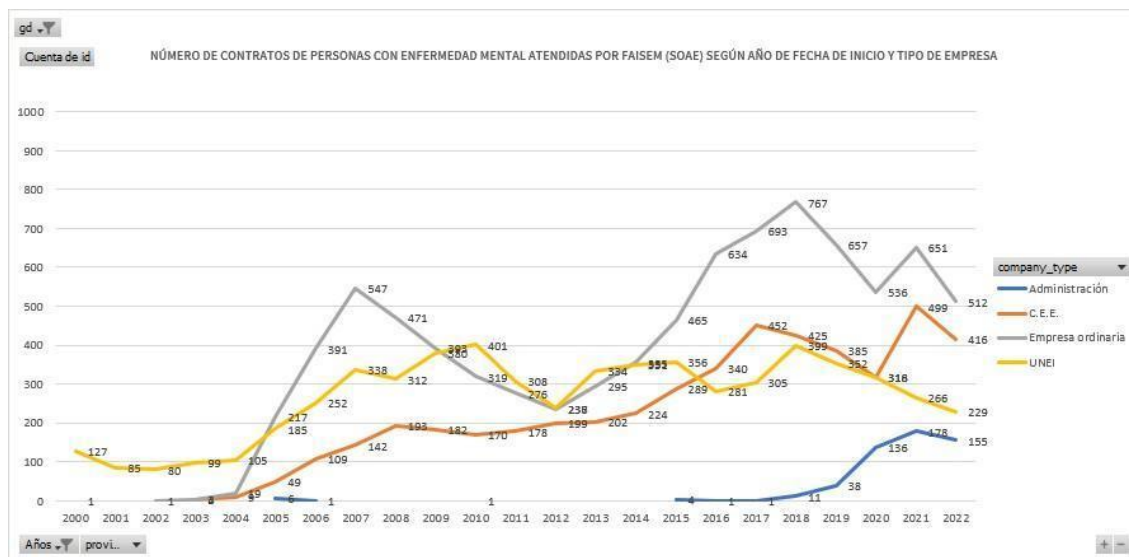
Nuestros procesos de intervención han ido evolucionando desde el enfoque inicial más de entrenamiento vocacional y prelaboral hacia el modelo Apoyo Individualizado al Empleo (*Individual Placement and Support-IPS*), en donde el objetivo es el empleo en el mercado ordinario, según las preferencias de la persona, todas pueden ser atendidas para tratar de conseguir un puesto de trabajo si así lo desean, la coordinación con los servicios de Salud Mental son parte de la ruta, cuando consiguen un empleo el tiempo de apoyo es ilimitado, entre otros aspectos.

La matriz de datos en los que se basa este póster son de registros recogidos a través de la herramienta Access desde el año 2000 en Málaga, incorporándose las distintas provincias a partir del año 2002. A partir del 2020 se dispone de una herramienta de base de datos online unificada para todas las provincias.

3 Resultados

Podemos ver en la gráfica 1, lo comentado inicialmente, como hasta el año 2004 todo el empleo al que se acercaban las personas atendidas en FAISEM era a través de su Empresa Social (UNEI).

Gráfica 1. Número de contratos de personas con enfermedad mental



La Empresa Social, creada “ad-doc” como una semiexternalización del Programa de Empleo de FAISEM para dar trabajo a personas con trastorno mental grave, crecía a buen ritmo y con el limitado personal dedicado específicamente al Empleo y muy mezclado con temas de Talleres Ocupacionales algunos más prelaborales que otros, daba suficiente respuesta a las personas atendidas que mostraban interés por trabajar.

A partir de 2002 se comienzan a crear los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE). Se comienza incorporando 1 o 2 técnico-as de orientación laboral, según tamaño de la provincia, y podemos ver cómo el número de contrataciones van a crecer exponencialmente. También observamos cómo otras empresas distintas de la Empresa Social entran en juego, especialmente la empresa ordinaria.

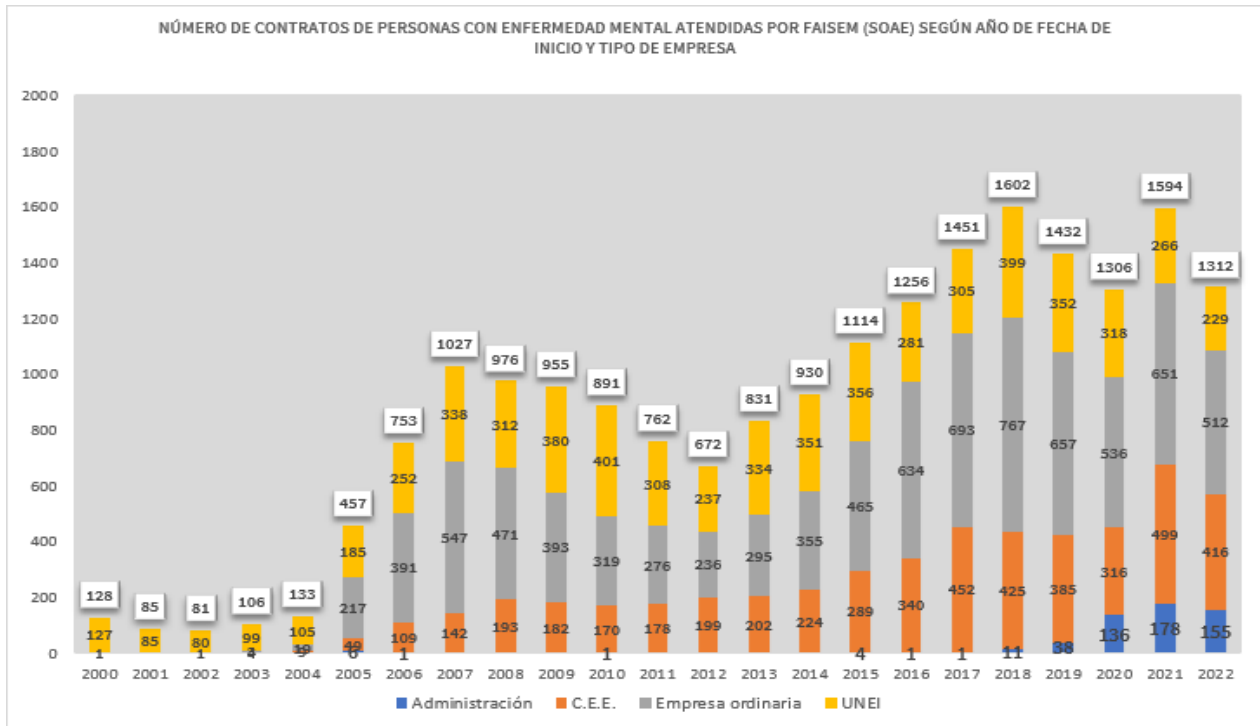
El boom de los Centros Especiales de Empleo que se inicia a partir del primer lustro del 2000, se nota en las contrataciones y comienzan a ser una opción importante con la que contar para la inserción laboral de las personas que atendemos.

La crisis de 2008 se puede ver en la gráfica que castiga principalmente a las empresas ordinarias. La Empresa Social aguanta inicialmente, pero a partir de 2010 tiene un par de años que si bien no tiene que recurrir a despidos ni EREs, crece mucho más lentamente. Sin embargo, los Centros Especiales de Empleo aguantan mejor la crisis y nuestro-as usuario-as se benefician de ello.

Atención especial se le lleva poniendo por parte del Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo desde hace unos 3 años al Empleo Público. Las cuotas de reserva para personas con discapacidad crean oportunidades de empleo de calidad a las que cada vez más personas se orientan y con resultados muy positivos, como se puede apreciar en las gráficas.

En Andalucía, gracias al artículo 28 de la Ley 4/2017, de 25 de septiembre, se reserva un 1% de las plazas ofertadas en la Función Pública de la Administración General de la Junta de Andalucía para personas con enfermedad mental con grado de discapacidad igual o superior al 33 %.

Gráfica 1. Número de contratos de personas con enfermedad mental atendidas por FAISEM



4 Conclusiones

Se ha recorrido un largo y apasionante camino de casi 3 décadas con el objetivo de acercar el empleo a las personas que sufren de un trastorno mental grave. A lo largo de él, seguro que se han cometido muchos errores, pero no ha sido fácil llegar al empleo viniendo de un sistema que institucionalizaba y segregaba socialmente a las personas con trastorno mental grave, no las consideraba válidas y las recluía en muchos casos.

Carecemos de cifras para poder presentar una comparación a nivel poblacional entre el porcentaje de personas con un TMG trabajando a fecha de hoy comparado con el que había a finales de los 90, pero la evidencia de ver colectivos históricamente excluido, ahora en puestos de trabajo de distinta índole nos hace poner en valor el trabajo que se necesita seguir realizando con las personas en riesgo de exclusión social y, en particular, con el nuestro colectivo, para facilitar la integración laboral de estas personas.

El trabajo del personal del SOAE de sensibilización con la empresa ordinaria, las experiencias positivas de éstas una vez que deciden a la contratación de personas con TMG es un trabajo que abre puertas no solo a las personas que atendemos, sino que ayuda a “desestigmatizar” al colectivo de personas con TMG en general y facilitando que otro-as también puedan insertarse por sus propios medios.

Sí creemos que estas gráficas constatan que muchas personas con un TMG que pueden llevar a cabo un trabajo y que gracias a él tienen una calidad de vida mucho mejor a la que tenían, no estarían en esta situación si no se pusieran los medios necesarios para apoyarlas en el camino de la inserción laboral.

Referencias bibliográficas

--



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Abordaje psicosocial a personas con un primer brote psicótico desde FAISEM

Pilar Delgado Maldonado, Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (soae2.granada.faisem@juntaandalucia.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad (FAISEM) se ha marcado un nuevo reto: la atención a jóvenes del PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA EN PSICOSIS, como medida preventiva para evitar que evolucione a un trastorno mental grave.

El Programa de Intervención Temprana en Psicosis (ITP) se puso en marcha en Granada en el equipo de salud mental de Motril en el año 2011, implantándose posteriormente en todos los equipos de salud mental de la provincia. FAISEM se incorpora al programa para dar una respuesta psicosocial en el año 2017, ampliándose el colectivo de atención a personas con Trastorno Mental Grave y personas en el programa de Intervención Temprana en Psicosis.

Para llevar a cabo este proyecto ha sido necesaria la coordinación Intersectorial de todas las Unidades Especializadas: Unidades de Salud Mental-Centro Provincial de Drogodependencias-Fundación Pública Andaluza para la Integración social de Personas con Enfermedad Mental, así como la coordinación con otras instituciones sociales, formativas, laborales y culturales, para la consecución de los objetivos del proyecto.

Partimos de una perspectiva de recuperación y de promoción de la salud del joven, centrándonos en sus potencialidades y fortalezas, prestándoles apoyo tanto desde FAISEM tanto desde el Programa Residencial como el de Empleo.

Palabras clave

Integración social, enfermedad mental

1 Introducción

– La Fundación pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental:

Las personas con trastornos mentales graves necesitan atención en importantes y variadas áreas de su funcionamiento social, personal y familiar. Esto exige un conjunto coordinado de intervenciones sanitarias y de apoyo social que garantice su permanencia en la comunidad y el respeto a la consideración de ciudadanos y ciudadanas.

En Andalucía, la atención a estas personas se lleva a cabo en los servicios sanitarios y sociales, y en una red específica de recursos de apoyo social que gestiona FAISEM.

Creada en 1993, a instancias del Parlamento de Andalucía, FAISEM tiene como objetivo el desarrollo y gestión de recursos de apoyo social para personas con dependencia y discapacidad derivada de padecer trastornos mentales graves.

FAISEM se estructura en tres programas:

1.- Programa Residencial, es uno de los más importantes, recibiendo una gran parte de los recursos y facilitando atención a un número considerable de personas, en un área particularmente relevante para la atención comunitaria.

2.- Programa de Soporte Diurno, en el que articula una red de dispositivos-centros de día, talleres y clubes sociales en los cuales se desarrollan actividades orientadas a la recuperación y el fomento de las relaciones sociales.

3.- Programa de Empleo, es una evidencia que la actividad productiva y el empleo en la comunidad suponen una estrategia clave para promover la recuperación y el logro de la plena ciudadanía entre las personas con enfermedad mental.

Con el objetivo de apoyar el acceso y el mantenimiento en el empleo de las personas con Trastornos Mentales Graves que quieren trabajar, FAISEM desarrolla un programa específico de empleo: Los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE) son los encargados de diseñar y coordinar los Itinerarios Personales de Inserción, ofreciendo orientación profesional, asesoramiento y apoyo.

También aquí, como en el resto de los programas de FAISEM, el acceso al programa se realiza coordinadamente con los Servicios de Salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía, encargados de valorar su conveniencia, trabajar en las fases iniciales de motivación y rehabilitación general, garantizar una atención sanitaria compatible con el Itinerario Personal establecido y mantener una interlocución adecuada con el Servicio de Orientación en las distintas fases del proceso.

2 Programa de intervención temprana en psicosis

En el 2017 el equipo de Salud Mental de Motril demanda atención hacia el colectivo de jóvenes que forman parte del PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS. Son jóvenes con edades comprendidas entre 18 y 30 años que han debutado con un primer brote psicótico.

El Programa de Intervención Temprana en Psicosis utiliza el término “psicosis”, al tener como objetivo adelantarse lo más posible en la evolución del posible trastorno y no esperar el tiempo requerido para diagnósticos concretos. Se debe a que en los primeros años desde la aparición de los síntomas no hay estabilidad diagnóstica (Castagnini,2008). Otra realidad es el deseo de la persona atendida de no ser tratada como casos etiquetados y sujetos pasivos enfermos. Se reclamó por tanto trabajar desde el paradigma de la recuperación y la perspectiva de promoción de la Salud Mental y el bienestar, basadas en el trabajo con fortalezas, empoderando a las personas usuarias y sus familias a pasar de sufrir “problemas”, “trastornos” o “enfermedades mentales”, nombre que se utilizan según el contexto.

Los objetivos de estos programas son (Jackson y McGorry 2009):

- Reducir o prevenir una progresión o empeoramiento de los síntomas o síndromes.
- Reducir o prevenir una progresión o empeoramiento de los cambios neurobiológicos.
- Reducir o prevenir la morbilidad asociada: depresión, ansiedad, suicidio, uso de tóxicos...
- Reducir o prevenir un deterioro significativo en el funcionamiento.
- Reducir o prevenir las experiencias traumáticas y/o estresantes tanto individuales como familiares, como la hospitalización involuntaria.
- Reducir el estigma y proporcionar educación temprana.
- Reducir el coste.

2.1 ¿Por qué un programa de intervención temprana en psicosis?

- En torno al 3 % de la población general presenta un episodio de psicosis alguna vez en su vida.
- El pronóstico, necesidad de consumo de servicios, están en relación directa con el tiempo de psicosis sin tratar y las modalidades de intervención.
- Existe un abanico de tratamientos disponibles con altos niveles de evidencia científica y eficacia demostrada y cuya capacidad de modificar el pronóstico de las psicosis depende en gran parte de lo precoz que sea su aplicación. El período crítico son 5 años desde el inicio de la enfermedad psicótica.
- Los programas de ITP son más efectivos y eficientes respecto a los tratamientos habituales. Suponen un claro ahorro frente a las intervenciones habituales (Phillips,2009: Mc Crone 2009).

Todo ello justifica la existencia de programas de tratamiento biopsicosocial orientados a la recuperación de la vida de los jóvenes afectados y sus familias.

Así lo entiende la Consejería de Salud y el Programa de Salud Mental cuando, en 2010, en el marco del II PISMA, publica el Documento Técnico: “Detección e Intervención Temprana en las Psicosis”, e inicia el pilotaje de estos programas en algunos hospitales de Andalucía.

El programa ITP de Granada comienza en 2011 y tiene como líneas básicas:

- Garantizar la continuidad y equidad en la atención.
- Fundamentarse en las evidencias disponibles, sin obviar nuestra realidad asistencial particular.
- Está orientado a la recuperación personal, implicando a todos aquellos sectores necesarios para evitar el deterioro de la vida social y familiar y facilitar la integración educativa o laboral. FAISEM interviene en esta área tanto a nivel residencial como en el programa de empleo
- Ofrecer una intervención multidisciplinar: Servicio Andaluz de Salud-FAISEM-Centro Provincial de Drogodependencias.
- Facilitar la accesibilidad, y el mantenimiento en el programa con formas flexibles de atención (horarios, lugares, etc.).
- Buscar la detección precoz, reducción de la morbilidad/mortalidad, disminución de la necesidad de hospitalización, y en definitiva mejorar el pronóstico, recuperando la autonomía y mantenimiento de su funcionalidad.

2.2 Cartera de servicios

- Teléfono de apoyo clínico.
- Grupo de información y apoyo para paciente y familiares
- Intervenciones Psicoterapéuticas Específicas para ITP, individual y grupal: apoyo, cognitivo-conductual y dinámica
- Tratamiento farmacológico con criterios según evidencia
- Grupo Multifamiliar
- Plan de Cuidado individualizado de enfermería
- Intervenciones de AYUDA MUTUA.
- Intervenciones psicosociales (asesoramiento laboral / ocupacional - FAISEM)
- Coordinación mensual con otros agentes (CPD, FAISEM, USMIJ,)
- Intervención domiciliaria

- Intervención de Apoyo Mutuo.

2.3 Población a la que va destinada

Criterios de inclusión:

- Edad: desde la adolescencia hasta 30 años.
- Padecer un primer episodio psicótico o estar en el período de menos de 3 años de haberlo padecido.
- Se incluyen psicosis afectivas y tóxicas.

Criterios de exclusión:

- Psicosis orgánica.
- Retraso mental moderado o grave.

3 Metodología de trabajo

3.1 Programa de empleo

Desde el 2017 el Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo de FAISEM (SOAE) se comienza a atender a personas derivadas de salud mental pertenecientes al programa de Intervención Temprana en Psicosis. Nos encontramos con un grupo de jóvenes con las siguientes características:

- Baja cualificación académica debido a que el primer brote suele aparecer en la adolescencia o en la primera juventud, coincidiendo con los años de formación académica.
- Escasa conciencia de auto cuidados, la mayoría tienen problemas de consumo de tóxicos
- Desorientación en todos los ámbitos de su vida.
- Pérdida su red de amigos debido al aislamiento y al ambiente perjudicial por el consumo de tóxicos
- Escaso interés en acudir al Servicio de Orientación Laboral, no ven la necesidad de apoyo para la búsqueda de formación o empleo.
- Perfil de personas que viven en su mayoría en poblaciones aisladas, carentes de recursos formativos y laborales.

Desde el SOAE se realiza una atención totalmente individual y personalizada. Comenzamos con cada persona un *itinerario personalizado de búsqueda de empleo*, llevando a cabo las siguientes acciones de orientación:

- Entrevista de detección de necesidades y análisis de los aspectos sociales y personales que puedan afectar a la búsqueda y mantenimiento del empleo (Ej. Autonomía en el desplazamiento y vida diaria, gestión del tiempo, toma de decisiones, relaciones sociales, etc.)

Características de la Orientación Laboral:

- Gran dedicación a la fase de autoconocimiento y definición del objetivo profesional.
- Entrenamiento en toma de decisiones y en resolución de conflictos.
- Entrenamiento en habilidades sociales y laborales (uso de talleres pre laborales).
- Redefinición frecuente del Itinerario.
- Tutoría de seguimiento: Intensiva y con repases de muchos de los aspectos anteriormente trabajados.
- Seguimiento en acciones formativas externas (coordinación con los tutores/as).
- Seguimiento laboral en el puesto de trabajo.

- Enfoque de recuperación en todo el Itinerario Personalizado.
- Derivación y coordinación con otras entidades que gestionan programas de empleo en Granada (Cruz Roja, Arca Empleo...)

3.2 Programa residencial. Orígenes de la vivienda para las personas en el programa ITP

A partir de 2017, fecha en la que comenzamos a atender a los jóvenes en este programa, detectamos un grupo de ellos que viven en poblaciones con escasos recursos formativo/laborales y sin posibilidad de transporte público que les permitan el desplazamiento hacia esos recursos.

Ante esta situación FAISEM pone en marcha una vivienda en el año 2022 para cubrir las necesidades residenciales de este grupo de personas y facilitar su acceso a estos recursos.

Esta vivienda se gestiona desde el Programa Residencial de FAISEM; se trata de un recurso de cinco plazas de baja supervisión que se encuentra en el centro de Granada, atendido por una monitora de referencia que acude diariamente con el objetivo de organizar, coordinar y supervisar el funcionamiento de este con una participación activa y fundamental de las personas que viven en él.

El objetivo general es favorecer el acceso a los recursos tanto de formación como laborales, la permanencia y participación en la vida social, ofreciéndoles un espacio de convivencia y cobertura de las necesidades básicas, sin obviar la parte educativa de la convivencia, aprendizaje de las actividades de la vida diaria y manejo de los recursos de la comunidad.

Los requisitos para poder acceder a la vivienda son los siguientes:

- Edad comprendida entre los 18 y los 30 años.
- Estar incluido en el Programa de Intervención Temprana en Psicosis en los últimos 5 años.
- Tener un nivel adecuado de autonomía personal.
- Tener unos objetivos concretos formativos, laborales, familiares, y un claro compromiso del joven.
- Tener una previsión máxima de estancia de 2 años, aunque se tengan en cuenta estancias más breves con objetivos previos (curso, trabajo, etc.). En ningún caso se entiende como un recurso residencial al uso.
- Ser usuario del SOAE y tener una valoración previa de la técnica del servicio.
- En caso de consumo de tóxicos, asistir al Centro Provincial de Drogodependencia, previo y durante la estancia.

Destacamos la estrecha coordinación entre el programa residencial y el de empleo de FAISEM. Mantenemos una reunión quincenalmente en el piso los jóvenes, la monitora, la responsable de la vivienda supervisada y la técnica de empleo del SOAE para el seguimiento de los objetivos individualizados marcados con cada uno de ellos/as.

3.3 Coordinación Intersectorial Salud Mental - Centro Provincial de Drogodependencia-FAISEM

Trabajamos en coordinación con las Unidades de Salud Mental a nivel provincial. Esta coordinación se articula a través de la Comisión de Intervención Temprana en Psicosis, que se reúne mensualmente en la Unidad de Salud Mental del Ambulatorio de Zaidín.

Los participantes de la comisión son los siguientes:

- Áreas de Gestión Clínica: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales. Este equipo multidisciplinar trabaja en sesiones individuales y grupales con los participantes.
- Centro Provincial de Drogodependencias: médico y una psicóloga. Intervienen cuando existe un consumo de tóxicos.
- FAISEM: responsable de viviendas supervisadas y dos técnicas del SOAE.

Los objetivos de esta Comisión son:

- Crear un plan individualizado para los participantes del programa.
- Derivar jóvenes a los diferentes grupos de psicoterapia que hay en marcha en la Unidad de Salud Mental del Zaidín.
- Coordinación con Centro Provincial de Drogodependencias: hay una médico y una psicóloga que tratan de manera prioritaria a los jóvenes de este programa.
- Seguimiento del itinerario personalizado de formación o empleo de los jóvenes derivados del Programa.
- Derivar posibles candidatos/as al piso.

4 Resultados y conclusiones

Hasta septiembre del año 2023 hemos atendido en el Servicio de Orientación Laboral a 78 jóvenes, 68 son hombres y 10 mujeres. Actualmente atendemos a un total de 43 personas, 37 son hombres y 6 mujeres. Se ha trabajado de forma individual, desde un enfoque de rehabilitación y recuperación, ofreciéndoles apoyo, no solo a nivel de búsqueda de formación y empleo, sino también en su proyecto vital.

Desde la apertura del piso han pasado un total de 7 personas, de las cuales 3 continúan con nosotros. De las 7 personas 6 han sido hombres y 1 mujer, con edades comprendidas entre los 19 a 28 años. Destaca la baja formación académica de los jóvenes: 4 no tienen formación académica finalizada, 2 con estudios en ESO y 1 con un grado medio. Todos residían en zonas rurales y han sido derivados por 5 Unidades de Salud Mental diferentes.

Desde la puesta en marcha del piso podemos destacar varias dificultades para su funcionamiento: falta de autonomía personal de algunos jóvenes derivados, escasas derivaciones iniciales por parte de las Unidades de Salud Mental, abordaje del consumo de tóxicos y la falta de conciencia de enfermedad, entre otras.

A pesar de ello hacemos una valoración positiva del desarrollo del Proyecto Residencial de personas en Intervención Temprana en Psicosis: en un año se ha conseguido que tres jóvenes que vivían de forma aislada, en pueblos con pocos recursos formativos y laborales, tengan la oportunidad de acceder a tales recursos en Granada.

- Manolo: lleva viviendo en nuestro piso desde octubre de 2022. Está realizando un curso de Formación Profesional para el Empleo de Cocina, conducente a certificado de profesionalidad, en horario de 9-14 horas. Lo compagina con un puesto de trabajo de 6-8 horas semanales como dependiente de un establecimiento de comida rápida.
- Julio: vive en el piso desde junio de 2022. Se matriculó en la Educación Secundaria para Adultos, pero no ha podido seguir el ritmo de clase. Hoy día está llevando a cabo unas Prácticas enmarcadas en 1º Experiencias Profesionales para el Empleo (EPES) subvencionadas por el Servicio Andaluz de Empleo, en una empresa que se ha comprometido a contratarlo en campañas de trabajo.

- Antonio: vive en el piso desde septiembre de 2022. Está trabajando actualmente en el Ayuntamiento de Granada, dentro del Programa Joven, en la categoría de Auxiliar de Mantenimiento.

A modo de resumen los objetivos logrados han sido los siguientes:

- Reducción en el tratamiento farmacológico.
- Mejora en su estado de salud general.
- Aumento de su autonomía personal.
- Aprendizaje de actividades de la vida cotidiana.
- Mayor conciencia de autocuidados.
- Mejora de la empleabilidad.

Esta experiencia nos ha mostrado lo que se puede lograr con los recursos adecuados, atendiendo a las características de cada persona. Se ha convertido en un modelo de intervención a seguir en Andalucía. El objetivo de FAISEM es que se amplíe la cobertura de atención a todas las provincias de Andalucía ante la demanda que está comenzando a darse.

Referencias bibliográficas

Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA. (2010) Detección e Intervención temprana en las psicosis. Servicio Andaluz de Salud.

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/DIT_Psicosis_SAS_2010.pdf

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (2012). Soportes para la ciudadanía. FAISEM Los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves en Andalucía.

<https://faisem.es/wp-content/uploads/2023/05/Soportes-para-la-ciudadania.pdf>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

18 años gestionando programas de rehabilitación laboral para TGM en Extremadura. Fundación Sorapán de Rieros

Aida Pérez Rodríguez.

Carmen Valverde Merino,

Ana I Llorente Llorente,

Marian Fuentes González

(direcció@fundacionsorapan.org)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

El trastorno mental es un problema significativo en nuestra sociedad; el 25% de la población mundial experimenta algún tipo de trastorno en su vida. El estigma que enfrentan estas personas dificulta su integración en la sociedad y el empleo, lo que perpetúa la discriminación y la pobreza, y crea un círculo vicioso con el desempleo.

La inserción laboral es esencial para estas personas y puede mejorar su salud mental. En Extremadura, nuestra Fundación Sorapán de Rieros, gestiona 3 de los 8 programas de inserción laboral para personas con TMG que existen en la región subvencionados por el (SEPAD), organismo dependiente de la Junta de Extremadura.

Los PIL se basan en modelos de recuperación, competencias y empleo con apoyo, centrándose en las fortalezas de los individuos y sus capacidades. Los equipos interdisciplinarios trabajan en fases de acogida, intervención e inserción, incluyendo formación y apoyo digital.

Los resultados muestran una tasa de inserción superior al 65% en empleo ordinario, con sectores variados. Se observa mayor inserción de hombres. Las buenas prácticas incluyen un enfoque colaborativo con las empresas y el uso de prácticas no laborales, desde un nuevo enfoque del “proyecto de vida”.

El seguimiento es crucial para mantener el empleo.

Palabras claves

Inserción laboral, trastorno mental grave, red sociosanitaria

1 Introducción

Las personas con trastorno mental son un colectivo con importante presencia en nuestra sociedad. Un 25% de la población mundial presenta o presentará algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida (*OMS, 2001b*)¹, mientras que estudios realizados en España indican que un 19,5% de la población ha sufrido un trastorno mental a lo largo de su vida, y un 8,4% en el último año (*Haro et al., 2006*)². El estigma que se le impone a estas personas dificulta su participación plena en todos los ámbitos de la sociedad, perpetuando la discriminación, el aislamiento y la pobreza. Esto a su vez profundiza las condiciones de vulnerabilidad a las que están expuestas, produciéndose una relación circular con el desempleo.

Las personas con diagnóstico de enfermedad mental grave son capaces de trabajar y, en su mayoría, con el tratamiento psiquiátrico y seguimiento adecuado, pueden tener una vida de calidad, integrada en la sociedad y en el mercado laboral. Además, el empleo también es beneficioso para su salud mental (*Grove & Membrey, 2005*)³.

Nuestros programas de inserción laboral colaboran de forma directa con la consecución de 2 de los actuales Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030: Objetivo nº 3 – Salud y Bienestar; y Objetivo nº8- Trabajo decente y crecimiento económico; y de forma indirecta con otros 2 ODS: Objetivo nº1- Fin de la pobreza y objetivo nº10- Reducción de las desigualdades.

La inserción laboral debe ser entendida como un proceso que requiere actuaciones previas, simultáneas y posteriores a la contratación, con el fin de garantizar el éxito, tanto para las personas que acceden como para las empresas contratantes y para el contexto social más amplio.

– *Origen del recurso: año de creación, presupuesto inicial y breves notas sociodemográficas, históricas*

Extremadura es una extensa región de 41.635 Km², con una población aproximada de 1.054.000 habitantes (Ha perdido desde la crisis, el 2011 hasta 50 mil hab), siendo la dispersión de la población y la amplitud geográfica barreras que dificultan, en gran manera, no sólo el abordaje de la problemática en salud mental, sino también el acceso del ciudadano a los recursos, la cuantificación de las personas afectadas por un trastorno mental grave y el estudio realista y eficaz sobre sus necesidades.

El Sistema de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), organismo creado en el año 2008 dependiente de la Consejería de Sanidad, es un modelo ordenado y funcional, que pretende ser inclusivo de los modelos de referencia tradicionales (salud mental, comunitario y social), consecuentes al cambio de perspectiva hacia la desinstitucionalización y que controla los diferentes Programas de Inserción Laboral (PIL) para personas con Trastorno Mental Grave (TMG) que forman parte de la red sociosanitaria de Extremadura. Existe un PIL en 7 de las 8 áreas de salud, siendo Coria la única que no tiene, pero por cercanía, los usuarios son derivados al PIL de Plasencia. Nuestra entidad gestiona los PIL de Badajoz (desde 2005), Plasencia (desde 2010), y Cáceres (desde 2021)

2 Metodología

2.1 Principios fundamentales de actuación

Los principios fundamentales que rigen nuestra intervención están basados en los Modelos de Recuperación, Modelo Competencial y el Modelo del Empleo con Apoyo

- *Modelo de Recuperación*

A nivel específico de la rehabilitación, el nuevo paradigma de referencia es la atención orientada a la recuperación del proyecto de vida, una vez han aparecido las consecuencias de la enfermedad. Supone apoyarse en las capacidades y fortalezas de la persona y de su entorno, para conseguir un proyecto rehabilitador que cuente con la participación del afectado y construya un proyecto de vida que no esté definido sólo por los estándares de salud de los profesionales.

- *El Modelo de Competencias*

Parte de los recursos con los que cuenta la persona usuaria para asumir progresivamente nuevos roles, adquirir capacidades y habilidades, es decir, adaptarse mejor a los cambios. Este modelo pone el foco en las cualidades más transversales del individuo que son las que le permitirán adaptarse a diferentes puestos de trabajo, sean ya conocidos o nuevos, a través de la mejora de la capacidad de adaptación, la comunicación o el trabajo en equipo. El Modelo de Competencias tiene especial relevancia en la configuración del mercado de trabajo, es

un modelo que permite identificar y recuperar los propios recursos adquiridos durante la trayectoria vital, así como su transferencia a la acción en diferentes contextos. En este sentido el modelo se basa en los aspectos positivos del desempeño, es decir, lo que una persona es capaz de hacer.

En salud mental, este enfoque surge como respuesta a aquellos modelos basados en los déficits y discapacidades, destacando competencias y habilidades (Alonso S., Bravo O., & Fernández L., 2004)⁴.

El Modelo del Empleo con Apoyo, se basa en las necesidades específicas de las personas y también en sus deseos y aspiraciones laborales. A través de esta metodología se busca promover de forma inmediata la inserción de las personas, para posteriormente facilitarles los apoyos necesarios una vez conseguido el puesto de trabajo (Verdugo & Urríes, 2003)⁵.

- *Coordinación horizontal del recurso: servicios sociales, empleo, salud mental y otras áreas*

El PIL ha establecido un sistema de atención y soporte comunitario cuyos pilares básicos se asientan en la colaboración entre el sistema sanitario, a través de sus equipos de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos, manteniendo reuniones de coordinación para valorar la situación de las personas con enfermedad mental con las que se trabaja en común.

Del mismo modo existe una estrecha relación con el sistema de formación y empleo, con la Universidad Popular, con FUNDOSA-INSERTA (ONCE), con Centros para Adultos, Federación de empresarios, entidades que forman parte de Incorpora, CRR, SEXPE.

Otras entidades públicas con las que habitualmente contactamos son: Ayuntamiento; Concejalía de Servicios Sociales; Concejalía de deportes, inclusión y diversidad; concejalía de igualdad; Policía Local; Protección Civil/Agrupación de Voluntarios; Mancomunidad Valle del Jerte; Ayuntamientos de localidades aledañas.

- *Composición de los equipos de trabajo*

En los PIL, la composición de los equipos es interdisciplinar, combinando profesionales titulados sanitarios con profesionales de atención directa, de formación social, aspecto que permite una visión integrada en el abordaje asistencial.

De los diferentes PIL que gestionamos en la región, el recurso que cuenta con más profesionales se compone de una Técnica de Inserción Laboral, una Prospectora y una Monitora de Taller.

- *Ratio profesional / usuario y ratio coste / plaza*

Salvo el programa de Cáceres, que es el más joven y que solo tiene un profesional, el ratio es de 1/25

Respecto al coste de plaza en el año 2022, en Badajoz es de 807,59€, en Plasencia es de 1203,52 € y en Cáceres, de 517,16 €. Esto es del presupuesto que dedicamos, a cada programa, dividido por el nº de usuarios que se atienden

- *Tiempo de estancia en el dispositivo (tiempo medio y tiempo máximo).*

El tiempo medio de estancia ronda los tres años.

El tiempo máximo llega a los 8 años, pero no de manera continuada, caracterizado por las salidas y retornos.

- *Criterios de admisión y de exclusión del dispositivo: requisitos de las personas atendidas*

- Tener un diagnóstico de Trastorno Mental Grave.
- Ser mayor de edad.
- Presentar una situación psicopatológicamente compensada.

- No presentar consumo de sustancias tóxicas.
 - Presentar déficit en su integración social y laboral.
 - Tener un mínimo nivel de autonomía personal que le permita la participación.
 - Presentar dificultad en alguno de los momentos del proceso de integración, elección del Trabajo, consecución del Trabajo, conservación del trabajo.
 - Residir en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
 - Ser usuario y estar en seguimiento por el equipo de salud mental de referencia.
 - Aceptar voluntariamente las condiciones del recurso y comprometerse con la participación.
- *Dotación y estabilidad presupuestaria del recurso (subvención, contrato, convenio, etc): presupuesto anual y periodicidad de renovación de dicha dotación presupuestaria*
 - Los PIL son programas que se financian a través de subvenciones anuales de concurrencia competitiva desde el año 2005, en el que empezamos a gestionar el primer recurso laboral en Badajoz. La dotación económica era bastante elevada en sus inicios, pero se fue reduciendo hasta llegar prácticamente a la mitad.
 - Lo habitual es que la orden de subvenciones se resuelva a finales del mes de abril, pero hay ocasiones, como este año, que, debido a la modificación del convenio, aún no se ha publicado el nuevo convenio finalmente se publicó a inicios de Julio y se resolvió en septiembre).
 - *Proceso: fases del itinerario empleadas (secuencia del marco lógico)*

El PIL es un recurso especializado destinado a un colectivo específico y al cual se accede a través de otros recursos como son el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), el Equipo de Salud Mental (ESM), el CRR, la Unidad de Hospitalización Breve o la UME, los cuales envían un Informe de Derivación exhaustivo donde se refleja la situación clínica, una valoración funcional (psicosocial y de aspectos relevantes para la rehabilitación laboral), la situación social y familiar así como el nivel de motivación del usuario, elaborado entre la trabajadora social y el especialista correspondiente.

Diferenciamos tres procesos principales con los usuarios:

1. Proceso de acogida-evaluación.
2. Proceso de intervención. Atenciones individuales y talleres en el área de ajuste laboral y de apoyo a la inserción laboral.

Entendiendo que, desde la pandemia, con la digitalización de la vida, ha surgido una nueva causa de discriminación, tenemos talleres específicos de digitalización y redes sociales. Además, utilizamos los medios digitales dentro de nuestros procedimientos de intervención.

3. Proceso de inserción. La *intermediación laboral* es el proceso por el cual nuestra entidad va a ayudar a vincular personas (en búsqueda activa de empleo, o en procesos formativos) con empresas que ofrecen oportunidades de trabajo. Así, la intermediación tiene por objetivo alcanzar el punto de encuentro conveniente para ambas partes (empresas y personas trabajadoras), no sólo en el acceso a un puesto de trabajo sino también en la promoción y el mantenimiento del mismo.

Este proceso se desarrolla a través de diferentes momentos, pudiéndose definir una estructura común a la de inserción laboral de los desempleados del programa.

Otros servicios que se ofrecen desde los CRL son la capacitación profesional, los proyectos formativos, los talleres de inserción.

- *Estrategias empleadas en su relación con empresas*

- Nos centramos en la interacción y el trabajo con las empresas, construyendo así una red de contactos (networking) para obtener información sobre empleo y crear oportunidades de colaboración una vez que conozcamos las necesidades de las mismas. Junto a ellas, también es importante conocer las preferencias y habilidades de las personas con el objetivo de realizar un buen ajuste laboral, que permita la satisfacción de ambas partes.
- Esta perspectiva está centrada en las necesidades de las empresas, y no en las del servicio de inserción exclusivamente, como lo hace el enfoque tradicional de la prospección que busca ofertas de trabajo en el mercado abierto para las personas usuarias. En cambio, los nuevos enfoques se orientan a buscar oportunidades de empleo en el mercado “escondido”, es decir, accediendo a las necesidades de las empresas antes de que se conviertan en ofertas publicadas, y creando nuevos puestos de trabajo para cubrirlas.
- Otro aspecto importante que marca la diferencia es fomentar el desarrollo de prácticas no laborales que permita a la empresa conocer de manera estrecha a nuestros usuarios, lo que ayuda a romper el estigma y facilita la inserción.

3 Resultados y conclusiones

- Perfil del empleo creado por el recurso: empleo ordinario - empleo protegido (porcentaje en cada caso), grupos de edad, género, sectores económicos, etc.

Los empleos conseguidos se sitúan por encima del 65% en el empleo ordinario, siendo en Plasencia donde la tasa es del 90%. La tipología de empleo es de los siguientes sectores:

- Agricultura/ganadería
- Industria
- Servicios
- Otros

En Cáceres además del sector servicios, se ha dado la inserción en el empleo público. En los tres programas la tasa de inserción de hombres duplica a las mujeres. El grupo de edad que más inserciones tiene coincide con el grupo más numeroso en nuestros programas que es el de 31-50

- Evaluación del recurso: indicadores (tasa de inserción, tasa de formación, etc.)

Entre los tres PIL, el año pasado se atendió a 172 personas. Si bien la media de inserción ha sido de 31,5 personas/año (18,31%), en el 2022 se insertaron 56 personas (32,56%), lo que supone un incremento del 14,21%.

Respecto a la Formación, la tasa es variable según la zona, así en Badajoz y Plasencia, la tasa es más baja, con un 10% de media de usuarios que realizan formación, aunque el año pasado, al igual que la tasa de inserción, casi se duplicó llegando a alcanzar el 18%. Sin embargo, en el PIL de Cáceres, la tasa es significativamente mayor, alcanzando al 35% de los usuarios.

- Buenas praxis en su modelo de trabajo en los últimos años

Durante más de un año de trabajo, los equipos de profesionales de FSR que trabajan en programas de inserción laboral, han desarrollado de forma colaborativa y trabajando en equipo, una nueva metodología de intervención para mejorar los procesos de inserción laboral de las personas con enfermedad mental.

Partiendo de un diagnóstico previo de las necesidades de las empresas de la región y de un estudio sobre cuáles son los intereses y motivaciones de nuestras personas usuarias, se ha diseñado una herramienta para crear un itinerario formativo y de asesoramiento personalizado, basado en dichos intereses y motivaciones.

La persona participante en el proceso de inserción laboral, bajo la supervisión y asesoramiento de los profesionales del programa, es la encargada de elaborar su propio Plan.

El proceso de intervención es el siguiente:

Una vez realizado el diagnóstico inicial de la persona, el usuario o usuaria comienza una serie de sesiones formativas relacionadas con la fijación de objetivos SMART. En estas sesiones se le enseña a cómo desarrollar y ejecutar su propio Plan de Inserción.

Una vez que el usuario o la usuaria recibe toda la formación e información necesaria, comienza, él mismo, la elaboración y redacción de su Plan de Inserción Laboral Individualizado (PILI). En este proceso no intervienen los profesionales de FSR, solamente lo acompañan y resuelven dudas. (Para facilitarles el trabajo, se le entrega un Plan en blanco para que ellos cumplimenten los campos)

El PILI comienza fijando un objetivo general SMART relacionado con la inserción laboral y que tiene que estar vinculado necesariamente a las motivaciones e intereses del usuario.

Paralelamente a todo este proceso, el usuario o usuaria tiene a todo un equipo de profesionales y colaboradores a su disposición para mejorar sus competencias, resolver dudas, y acompañarle para que pueda ir consiguiendo, poco a poco, sus metas. Si las personas lo requieren, FSR le facilitan prácticas no laborales en empresas para que ellos puedan tener una primera toma de contacto con ese puesto de trabajo, y puedan decidir si las funciones desarrolladas les motivan y se sienten bien. Este sistema reduce la tasa de abandono, sobre todo en las personas con enfermedad mental grave que se incorporan por primera vez a un puesto de trabajo.

– Seguimiento del empleo creado y mantenimiento del puesto: estrategias empleadas

Las estrategias de seguimiento que favorezcan el mantenimiento en el empleo están directamente relacionadas con las fases de la prospección explicada anteriormente.

Para las personas con enfermedad mental, no solo es difícil la consecución de un empleo, si no también, el mantenimiento en el mismo. Mantener el contacto con los usuarios y con las empresas contratantes, es clave para el mantenimiento en la misma, pudiendo intervenir precozmente en caso de conflicto o ante la aparición de problemas que pongan en peligro su mantenimiento en el puesto.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001 : Salud mental : nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud.
- 2.. Josep M Haro, Concepció Palacín, Gemma Vilagut, Montse Martínez, Mariola Bernal, Inma Luque, Miquel Codony, Montse Dolz, Jordi Alonso. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin. 2006; Vol.126, nº 12:445-51
3. Grove, B., & Membrey, H. (2005). Sheep and goats: New thinking about employability. In B. Grove, J. Secker, & P. Seebohm (Eds.), New thinking about mental health and employment. Oxford: Radcliffe Press.
4. Alonso Suárez M, Bravo Ortiz MF, Fernández Liria (204) Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. Núm. 24(92):3457-83.

5. Verdugo, M. A., y Jordán de Urríes, F. B. (2003). Empleo con apoyo y salud mental. M. A. Verdugo, D. López, A. Gómez, y M. Rodríguez (Coordinadores), Atención comunitaria, rehabilitación y empleo (pp. 153-164). Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Experiència d'acompanyament integral de persones en risc d'exclusió des d'un enfocament eco-social: el model Deixalles (Illes Balears)

Llucia Forteza, Fundació Deixalles

Vanesa Sierra, Fundació Deixalles

Maria Jaume, Fundació Deixalles

Fernanda Caro, Observatori Social Illes Balears (OSIB)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

--

Palabras clave

Acompanyament, vulnerabilitat, exclusió social, integració sociolaboral

1 Introducción

Els itineraris d'inserció soci-laboral s'entenen com un procés d'acompanyament, individualitzat i integral, de persones en situació de vulnerabilitat respecte a les seves possibilitats d'integració en el mercat laboral. L'acompanyament a través dels itineraris individualitzats d'inserció és un procés que inclou diferents accions informatives, de diagnòstic, d'orientació, de suport i de formació, l'objectiu de la qual és aconseguir el màxim grau possible d'integració en l'ocupació normalitzada.

A Illes Balears, el Tercer Sector d'Acció Social apareix com un dels actors més significatius en els processos d'inserció soci-laboral. Una extensa xarxa d'entitats socials que treballen amb diversos col·lectius (persones en situació d'exclusió social, diversitat funcional, salut mental, joves), juntament amb algunes administracions locals, són les responsables dels itineraris individualitzats d'inserció social i laboral dirigits a cadascun dels col·lectius citats.

El Servei d'Ocupació d'Illes Balears (SOIB) és la institució responsable d'aquests processos, que s'organitzen a través de convocatòries públiques anuals, comptant amb la col·laboració del Sistema Públic de Serveis Socials (SPSS), principalment a través dels Serveis Socials Comunitaris (SSC).

Fundació Deixalles és un d'aquests actors amb àmplia tradició i rellevància en el conjunt del territori balear. Deixalles es caracteritza per ser una organització sense afany de lucre que, des de 1986 treballa amb persones i col·lectius en situació de vulnerabilitat social i exclusió des de la perspectiva de la Formació i Educació Ambiental, la Reutilització i el Reciclatge en el marc de l'Economia Solidària i la Sostenibilitat en el territori d'Illes Balears. Deixalles organitza els processos d'inserció soci-laboral en diferents programes (Teràpia ocupacional, pre-laboral, orientació laboral, formació i empreses d'inserció), adaptant-se al perfil de les persones ateses i complint diferents fases que comprenen l'acolliment, el seguiment i l'avaluació.

En la present comunicació es presenta el Model en el qual, des de l'any 2021, treballen Fundació Deixalles i l'Observatori Social d'Illes Balears (OSIB-UIB) des del qual donar a conèixer les característiques de cadascun dels programes desenvolupats, els seus objectius, el perfil de les persones a les quals van dirigits, les vies d'accés, la metodologia utilitzada, les activitats realitzades i els indicadors d'avaluació.

2 Els actors: Fundació Deixalles i Observatori Social de les Illes Balears (OSIB)

La Fundació Deixalles és una entitat sense ànim de lucre constituïda en el 1986. Des del 2010, El Patronat de la Fundació està format per treballadores i treballadors de la Fundació agrupats en l'associació Amics de Deixalles. La Fundació assumeix els principis de l'economia solidària i té com a objectiu contribuir a una societat més justa i sostenible afavorint la inserció sociolaboral de persones en situació o en risc d'exclusió de les Illes Balears, mitjançant activitats relacionades, principalment, amb els residus i la millora del medi ambient. Amb aquesta finalitat desenvolupa a les illes de Mallorca i Eivissa, els següents programes d'itineraris integrals d'inserció: Processos de capacitació i activació sociolaboral anomenats Itineraris Prelaborals, des del 2002, són un conjunt d'accions informatives, d'orientació, d'acompanyament, de suport i de formació en competències transversals dirigides a persones que presenten dificultats per incorporar-se al mercat laboral o als recursos normalitzats d'ocupació; Servei d'orientació laboral que inclou informació, assessorament, orientació laboral per a col·lectiu vulnerables, cofinançat pel SOIB, i FSE, dirigit a la inserció laboral al mercat laboral ordinari. A més, adopta un paper impulsor d'iniciatives immerses dins l'economia social i solidària, generant noves propostes que constitueixen alhora una activitat productiva i un pont cap a la inserció sociolaboral dels col·lectius que ens ocupen. Des de l'any 2011 Fundació Deixalles ha creat 3 empreses d'inserció (EI), Deixalles Serveis Ambientals, EI, SL, que desenvolupa activitats ambientals, principalment dintre del sector de residus i espais naturals, activitats de neteja i manteniment d'edificis; Triamdetot, EI, SL (2017), i DIS, Deixalles Inserció i Triatge, EI, SL (2018). La Fundació Deixalles i les empreses d'inserció són sòcies de REAS (Xarxa d'Economia Solidària de les Illes Balears) assumint els principis de l'economia solidària i tenint com a objectiu contribuir a construir una societat més justa i sostenible; des d'una òptica múltiple: l'econòmica, la social, l'ambiental i la cultural.

L'Observatori Social de les Illes Balears (OSIB) és un organisme vinculat a la Universitat de les Illes Balears. Aquest projecte va néixer a la UIB l'any 2008 com a resultat del conveni de col·laboració entre el Govern Balear i la Universitat de les Illes Balears en matèria de serveis socials. Aquella primera etapa es va desenvolupar entre 2008 i 2012. L'any 2020, en el difícil context sanitària, econòmic i social provocat per la pandèmia Còvid-19, la Universitat de les Illes Balears, a través de la Càtedra d'Innovació Social "la Caixa", dona un nou impuls a l'Observatori Social de les Illes Balears, amb l'objectiu de recollir i generar informació per millorar el coneixement de la situació social de Mallorca, Menorca, Eivissa i Formentera i detectar situacions emergents, punts crítics i respostes innovadores que facilitin la cohesió i la justícia social.

Els principals objectius de l'OSIB són generar debat i informació entorn de les polítiques socials, recollir i generar informació necessària per millorar el coneixement de la situació social i detectar situacions emergents i punts crítics, assessorar en matèria de política social, proposar intervencions per millorar la qualitat de vida de la ciutadania, promoure la difusió de documents tant d'elaboració pròpia com d'altres organismes lligats a problemàtiques socials.

3 Experiències de col·laboració entre Fundació Deixalles i OSIB

Partint d'interessos comuns, l'any 2020, ambdues organitzacions emprenen un treball conjunt d'investigació, que cerca analitzar l'eficàcia dels itineraris d'inserció implementats des de la Fundació Deixalles.

Aquest any es presenta un projecte de recerca a la *Convocatòria de recerca d'impacte social aplicat al desenvolupament humà sostenible en el context de la Covid-19*, finançat per l'Oficina de Cooperació al Desenvolupament i Solidaritat de la UIB (OCDS) i la Direcció General de Cooperació del Govern de les Illes Balears. El projecte, amb el títol *Impacte de la Covid-19 en els Itineraris d'inserció socio laboral dirigits a col·lectius vulnerables: una proposta adaptada a un nou escenari*, identificava dues línies de treball:

Una primera de caire analític amb la finalitat de realitzar un diagnòstic de la situació i una proposta i avaluació d'un itinerari d'inserció sociolaboral adaptat a la nova realitat del Covid-19.

Una segona de caràcter propositiu i executiu que implica la implementació d'un nou model d'intervenció adaptat a les noves necessitats detectades.

Es plantegen, així mateix, quatre objectius: 1) Anàlisi d'itineraris i experiències d'inserció socio-laboral dirigides a persones en situació de vulnerabilitat i exclusió social; 2) Anàlisi de l'impacte de la Covid19 en les persones en situació de vulnerabilitat social usuàries d'un itinerari d'inserció sociolaboral; 3) Disseny i elaboració d'una proposta d'itinerari adaptat a les noves necessitats arrel de la crisi Covid-19; 4) Implementació i anàlisi de l'efectivitat de la proposta d'itinerari en base a la inserció laboral i la qualitat de vida de les persones participants.

El resultat final d'aquest projecte va ser identificar la necessitat de treballar en la definició d'un model d'intervenció que, a partir de les actuacions ja realitzades per la Fundació Deixalles, facilités la comprensió dels processos d'acompanyament per a la inserció desenvolupats. Aquesta proposta es va anomenar Model Deixalles, i es presenta, de manera sintètica, a continuació.

4 L'acompanyament en els itineraris d'inserció social i laboral de col·lectius en situació de vulnerabilitat: El Model Deixalles

4.1 Els itineraris individualitzats d'inserció

Entenem un itinerari com un procés d'acompanyament a la persona, individualitzat i integral. L'itinerari és un conjunt d'accions informatives, de diagnòstic, d'orientació, d'acompanyament, de suport, i de formació. L'objectiu és aconseguir una inserció sociolaboral de les persones en situació de vulnerabilitat. Els itineraris es caracteritzen per: posar en el centre a la persona participant; afavorir l'entrenament en competències laboral, personals i transversals; realitzar un abordatge individual adaptat a les necessitats de la persona; ser integral, englobant totes les àrees que afecten a la persona; facilitar accions encaminades a resoldre problemàtiques situacionals que tenen relació directa amb el context social, laboral i personal de la persona participant on l'abordatge d'aquestes circumstàncies ajudarà a la millora de la seva qualitat de vida.

L'objectiu general és facilitar i capacitar les persones en el màxim d'habilitats socials i laborals necessàries per entrar i mantenir-se al mercat laboral. Les persones participants treballen habilitats que afavoreixen el seu apoderament i autonomia personal, i alhora, adquireixen, mantenen o recuperen competències transversals aplicables a altres àmbits de la seva vida.

4.2 Perfil de persones participants al itineraris del Model Deixalles

Els itineraris de la Fundació Deixalles estan dirigits a col·lectius en risc i/o en situació d'exclusió social que poden presentar una o varies problemàtiques que dificulten la seva integració i/o inserció sociolaboral. Aquestes les podem emmarcar en diferents àmbits.

Tot i que la situació de risc o d'exclusió social es caracteritza per ser multidimensional, alguns dels factors de risc comuns que poden ser el detonant, són els següents: a) Econòmic, manca o insuficiència de recursos econòmics; b) Laboral: manca d'estabilitat en l'ocupació, desocupació, precarietat laboral, manca d'experiència laboral, i altres circumstàncies relacionades amb el mercat de treball; c) Social: absència de vincles socials, familiars i/o de la comunitat, aïllament; d) Personal: incapacitat o dificultat a l'hora de participar en les decisions que afecten a les seves pròpies vides; e) Cultural: patir una situació d'estigmatització o exclusió social severa que inclou l'exclusió residencial i el sensellarisme.

4.3 Serveis de l'itinerari d'acompanyament a la inserció social i laboral

El model Deixalles compta amb diferents serveis per possibilitar la inserció social i laboral de les persones participants: Servei de Teràpia Ocupacional, Servei Prelaboral, Servei d'Orientació Laboral; Formació i Empreses d'Inserció. Cadascun dels programes té definits un objectiu general i específic, el perfil de persones que hi poden accedir, la via d'accés, la metodologia específica d'intervenció i uns indicadors d'avaluació dels resultats i del procés. En aquest text farem referència únicament a les característiques més generals de cada servei.

4.4 Servei de Teràpia Ocupacional

Es tracta d'un itinerari dirigit a persones en situació d'exclusió social, majoritàriament institucionalitzades, que provenen de qualsevol dels Serveis de la Xarxa d'Inclusió Social de l'IMAS. Es promou l'apoderament de les persones i la generació de noves oportunitats d'inserció, mitjançant la dotació d'instruments ocupacionals i laborals, en funció de les capacitats i necessitats de la persona.

La metodologia utilitzada inclou varies fases: la derivació, l'acollida, el seguiment o disseny del procés d'inserció a través d'un treball individual i grupal i amb participació de la persona i l'avaluació que inclou indicadors quantitatius com número de protocols rebuts, persones participants desagregat per sexe, persones que han millorat la seva situació respecte a l'inici del seu itinerari, sessions formatives realitzades per tipologia, sortides didàctiques realitzades i d'activitats de participació a la comunitat.

4.5 Servei Pre-Laboral

Es centra en la realització d'itineraris pre-laborals per a col·lectius en risc o situació d'exclusió social, lligats a activitats de recuperació i reciclatge de residus sòlids urbans. Els tallers de recuperació de residus són l'espai idoni per a posar en pràctica les habilitats socials i laborals de cada persona usuària. Aquests tallers estan supervisats i dirigits per un equip social, compost per monitors/es i tècnic/a social, la qual lidera el pla de feina personal, acompanyant a la persona durant tot el seu itinerari.

Està dirigit a persones en situació o risc d'exclusió en edat laboral, residents a Mallorca i Eivissa, que necessiten treballar o reforçar habilitats socials i laborals, persones amb addiccions reconegudes i que estan en tractament o seguiment per un servei especialitzat, persones amb problemes de salut mental, persones que tinguin un nivell de comprensió mínima de l'idioma (castellà o català), persones amb una discapacitat lleu/greu i persones que no tinguin permís de feina a l'Estat espanyol.

Les fases que inclou aquest servei s'inicia amb la recepció de protocols per part dels serveis derivants,

l'entrevista d'acollida a la qual es realitza un primer diagnòstic, el pla de feina, l'inici del procés i el seguiment que inclourà accions individuals, grupals i comunitàries. L'avaluació incorpora una sèrie d'indicadors quantitatius com el número de protocols rebuts, persones que han participat als itineraris superant els primers 15 dies, persones que han millorat la seva situació respecte a l'inici del seu itinerari, insercions al mercat laboral, persones connectades amb altres recursos, recursos/serveis/entitats connectades, sessions formatives realitzades, sortides didàctiques realitzades i activitats de participació a la comunitat.

4.6 Servei d'Orientació Laboral

Aquest servei està dissenyat per millorar l'ocupació i la integració de persones desocupades que pertanyen al col·lectiu en situació de risc i/o exclusió social i amb dificultats especials d'inserció laboral. Els objectius són desenvolupar itineraris integrals d'inserció que combinin accions de diferent naturalesa, com ara informació, motivació, orientació, acompanyament personalitzat i pràctica laboral, amb la finalitat de definir un projecte professional i aconseguir la inserció laboral de les persones en risc d'exclusió, a la vegada que establir línies de sensibilització i col·laboració conjunta amb el teixit empresarial, per afavorir la inserció laboral de les persones usuàries del servei. Com a objectiu transversal es planteja avançar cap a la igualtat i equitat de gènere i l'apoderament de la dona per afavorir la integració social i laboral d'aquest col·lectiu.

Està dirigit al col·lectiu de persones en risc d'exclusió social i amb dificultats especials d'inserció laboral, concretament perceptores de prestacions socials persones amb conductes addictives que es trobin en procés de rehabilitació o reinserció social, persones procedents de centres d'allotjament alternatiu, persones procedents de països extracomunitaris amb permís de treball.

La metodologia utilitzada reproduceix les fases inicials esmentades al altres serveis com la recepció del protocol de derivació i l'acollida i diagnòstic, incorporant a aquestes la informació, orientació i assessorament per a la recerca de feina des de la doble perspectiva individual i grupal i utilitzant les sessions grupals formatives com un instrument d'assessorament en grup. Aquest servei es planteja també la necessitat de realitzar accions cap a les empreses: captar-les i fidelitzar-les amb la finalitat d'aconseguir la signatura de convenis de col·laboració, espais adequats per a la realització de pràctiques no remunerades, o bé la gestió d'ofertes de feina que facilitin la inserció del col·lectiu objecte d'atenció.

A la fase d'avaluació els indicadors quantitatius proposats són: número de persones ateses al servei segons entitat derivant segregat per sexe, persones inicien itinerari segregat per sexe, sessions grupals per a la recerca de feina i/o en competències transversals realitzades, persones insertades per sexe, sector, durada i tipologia del contracte, empreses fidelitzades que signen un acord de col·laboració per sector, empreses que col·laboren amb les accions del projecte, acords de pràctiques no remunerades signats, per sector, dones i homes que realitzen pràctiques, ofertes de feina captades i cobert.

4.7 Servei de Formació

És el conjunt d'accions formatives que es realitzen per a capacitar a les persones i desenvolupar de manera qualificada les diverses professions. La formació permet accedir a certificats de professional o incorpora a les empreses al seu disseny, en funció de les necessitats d'aquestes.

L'objectiu és millorar l'empleabilitat de les persones a través de la capacitació en les competències professionals i/o competències transversals d'un lloc de feina, per aconseguir la seva inserció laboral.

Està dirigit a persones en situació de risc i/o exclusió sociolaboral, inscrites com a demandants de feina al SOIB i amb permís de feina, i amb interès per fer la formació.

Els indicadors quantitatius incorporats a l'avaluació fan referència al número d'accions formatives realitzades

per tipologia, persones que inicien alguna acció formativa i persones que finalitzen les accions formatives

4.8 Empreses d'Inserció (EI)

Estan regulades per la Llei 44/2007 i descrites al seu article 4:

Tindrà la consideració d'empresa d'inserció aquella societat mercantil o societat cooperativa legalment constituïda que, degudament qualificada pels organismes autonòmics competents en la matèria, realitzi qualsevol activitat econòmica de producció de béns i serveis, l'objecte social dels quals tingui com a fi la integració i formació sociolaboral de persones en situació d'exclusió social com a trànsit a l'ocupació ordinària.

L'objectiu és promoure la integració de les persones al mercat laboral ordinari.

El perfil de les persones ateses està definit a l'article 2 de la citada llei, sent aquets perceptors de rendes mínimes d'inserció, o qualsevol altra prestació d'igual o similar naturalesa, o persones que no puguin accedir a les prestacions a què es fa referència anteriorment; joves majors de divuit anys i menors de trenta, procedents d'institucions de protecció de menors; per amb problemes de drogodependència o altres trastorns addictius que es trobin en procés de rehabilitació o reinserció social; interns de centres penitenciaris la situació penitenciària dels quals els permeti accedir a una ocupació i persones procedents de centres d'allotjament alternatiu.

Referencias bibliográficas

--



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Itinerarios de empleo personalizado en la intervención con personas en situación de sinhogarismo en HOGAR SÍ

Daniel Ferrera López, HOGAR SÍ (daniel.ferrera@hogarsi.org)

Lorena Yusta Pérez, HOGAR SÍ (lorena.yusta@hogarsi.org)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Las personas en situación de sinhogarismo se encuentran en la posición más extrema de pobreza; además, siendo totalmente visibles a nuestros ojos en cada paseo por la ciudad, el conocimiento sobre su problemática es muy escaso. Su estereotipo, fuertemente arraigado en el imaginario de la sociedad, desdibuja la necesidad de dirigir políticas de empleo activas específicas para ellas.

Según la Encuesta sobre personas sin hogar, un 47 % de estas personas realizan búsqueda de empleo y la pérdida de empleo sería la segunda causa del sinhogarismo en España, sólo por detrás de la pérdida de la propia vivienda (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2022). Vivir en la calle agrava los problemas de salud física y mental: el 24,7 % de estas personas han intentado suicidarse y el 45,2 % presentaba riesgo de suicidio (Calvo-García *et al.*, 2016).

La presente comunicación arroja luz sobre la necesidad de aplicar políticas activas de empleo enfocadas hacia las personas sin hogar, reformulándolas hacia un modelo de empleo personalizado que sitúe a la persona en el centro para potenciar su inserción sociolaboral. Itinerarios para la inclusión diseñan e implementa esta metodología poniendo el foco en la evaluación y en la excelencia de una intervención integral en lo referente al empleo.

Palabras clave

Sinhogarismo, empleo personalizado, inclusión, evaluación, autonomía

1 Introducción

En España hay, al menos, 37.000 personas en situación de sinhogarismo. De todas estas, 28.552 acuden a centros de atención (INE, 2022) y más de 8.000 viven de manera estable en la calle (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). Si bien el 78 % considera que tener un empleo solucionaría su situación de sinhogarismo, solamente un 47,7 % se encuentra en búsqueda activa de empleo, mientras que el 42 % no busca por problemas de salud (INE, 2022). Estos datos, que reflejan la dificultad de la intervención en el ámbito de la inclusión sociolaboral de las personas en situación de sinhogarismo, enlazan con unas políticas diseñadas para su implementación genérica con grupos en riesgo de exclusión que no responden a las necesidades específicas de estas personas (Vera Ortiz y Caro Sagüés, 2022).

Políticas como la creación del Ingreso Mínimo Vital (IMV) resultan insuficientes debido a que la situación de las personas sin hogar implica una falta de recursos que deriva en el desconocimiento de si pueden ser o no beneficiarias de este recurso, siendo percibido únicamente por el 34 % de las personas que han realizado la solicitud (HOGAR SÍ, 2021). Por tanto, resulta indispensable apostar por la transformación de los programas de empleo y las metodologías de acompañamiento para la inserción laboral de las personas en situación de sinhogarismo, incidiendo en las políticas públicas, pero realizando también un trabajo conjunto de la mano de todo el tejido económico, favoreciendo el desarrollo de las empresas de inserción (HOGAR SÍ, 2023).

En este contexto y gracias al Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones y a los fondos europeos Next Generation, HOGAR SÍ apuesta por un modelo de empleo personalizado para personas en situación de sinhogarismo con *Itinerarios para la inclusión*, programa que forma parte de los 16 pilotos iniciales ligados al IMV y desarrollados en toda España.

2 Metodología

2.1 Contexto

En un contexto en el que solo un 5,3 % de las personas sin hogar tiene empleo, un 17 % cobra el IMV o una renta mínima, un 30 % no tiene ningún tipo de ingreso y un 27 % manifiesta haber llegado a esta situación tras haber perdido el empleo (INE, 2022), *Itinerarios para la inclusión* surge para evaluar y desarrollar el modelo de empleo personalizado de HOGAR SÍ con la finalidad de ofrecer una solución al sinhogarismo basada en el empleo. A través de un plan alineado con el propósito, la visión y los principios de la entidad, pone el foco en la indagación del talento y en las habilidades y los recursos de la persona, ofreciendo al personal técnico una mayor información sobre las habilidades, capacidades y motivaciones de las personas durante la propia intervención, así como en la negociación con la empresa empleadora, sustituyendo las evaluaciones más tradicionales por las de procesos, permitiendo un seguimiento constante de la intervención y la valoración de herramientas tanto de esta, como de la propia evaluación.

Dirigido a personas en situación de máxima exclusión residencial, prioritariamente en la escala ETHOS 1 y 2 (FEANTSA, 2005) que, además, no tengan empleo estable (en posesión del permiso de trabajo o tarjeta roja de asilo renovable con autorización de trabajo, que no hayan trabajado en el último año más de un 20 % acumulado y sin ingresos económicos regulares en los últimos nueve meses), *Itinerarios para la inclusión* se desarrolla en seis ciudades: A Coruña, Cartagena, Madrid, Murcia, Palma de Mallorca y Valencia. La muestra consta de 344 personas divididas en dos metodologías, cuya entrada fue aleatorizada para poder asegurar que los resultados entre ambos grupos se deben al tipo de intervención. Estos dos grupos son el experimental, que interviene de acuerdo con el modelo de empleo personalizado, y grupo control, con una intervención tradicional. Busca la consecución de tres objetivos: (1) desarrollar un modelo de empleo personalizado en el ámbito del sinhogarismo, que facilite la salida autónoma del sistema de atención especializada, mediante el acceso y la estabilización en el mercado de trabajo; (2) evaluar la eficacia y la eficiencia del modelo en relación con otros modelos tradicionales de empleo basados en el desarrollo de itinerarios de inserción laboral; y (3) fomentar la transferencia del conocimiento al proceso de elaboración de políticas públicas y rendir cuentas sobre sus resultados.

2.2 Metodología de la intervención

Si bien la financiación recibida para el desarrollo de *Itinerarios para la inclusión* se centra en el diseño de un programa de evaluación que compare la metodología de empleo tradicional con la personalizada y desde HOGAR SÍ estamos realizando una evaluación exhaustiva (de impacto, de procesos, de eficiencia económica y de satisfacción), la presente comunicación se centra en desarrollar la metodología de la intervención, enmarcándose dentro del objetivo del fomento de la transferencia de conocimiento, en aras de favorecer la replicabilidad del modelo.

Para garantizar la prestación de un servicio centrado en la persona, la intervención planteada se estructura en torno a cuatro fases que se implementan de forma progresiva, pero cuyos tiempos y linealidad dependerán de las particularidades de cada caso:

1. *Fase de descubrimiento*: cuya finalidad es la de tener un mayor conocimiento sobre la persona y que esta misma aumente su autoconocimiento, reconociendo y determinando sus intereses, talentos y fortalezas. Las estrategias del descubrimiento refuerzan los diagnósticos sobre empleabilidad más

tradicionales y ofrecen a los técnicos información rica y cualitativa, mediante un proceso de escucha activa que va más allá de las entrevistas formales o de completar registros. El proceso de aprendizaje aquí está centrado en la situación personal más que en la laboral, con interés en conocer también el entorno de la persona para detectar agentes facilitadores del empleo dentro de su posible capital social. Se trata de descubrir, no solo de preguntar o ver; es fundamental para identificar la contribución que la persona puede hacer al mercado laboral y generar un plan posterior de búsqueda de empleo, de formación o de identificación de necesidades de apoyo y ajustes razonables. La duración de la fase, el número de sesiones y su periodicidad depende de cada caso, siendo de especial importancia crear el vínculo en las primeras citas, combinar el acompañamiento tanto dentro como fuera de la oficina y basar todos los procesos en la escucha activa, fundamental para la creación y el desarrollo de dicho vínculo. Esta fase finaliza cuando se ha logrado definir el objetivo profesional e identificado las necesidades de apoyo.

2. *Fase de activación:* que comienza con la presentación de la cartera de servicios que permitirá a la persona activar recursos del programa en función de su objetivo y con enfoque a facilitar romper las barreras para alcanzarlo. Utilizando la información obtenida durante el descubrimiento y los servicios que la persona quiera activar, diseñará con apoyo del/la profesional un plan de trabajo que determine los pasos según los objetivos que se marque. Los procesos con personas en situación de sinhogarismo son a menudo inestables e imprevisibles por la cantidad de variables no resueltas derivadas de las circunstancias que impactan inevitablemente en la búsqueda y mantenimiento del empleo, pero es importante marcar unos objetivos genéricos que guíen la intervención en un inicio y permitan redirigir y consensuar más adelante. Esta planificación permite acordar qué recursos y apoyos activar para que la persona logre sus objetivos y será ella la que la construya el plan con el apoyo del programa, controlando así su proceso.
3. *Fase de incorporación:* en la que la persona se encuentra en búsqueda activa de empleo y donde se continuará con el acompañamiento necesario para que la provisión de apoyos aporte las condiciones óptimas que deriven en la consecución de un empleo. Es importante ajustar las expectativas e intereses con las realidades y exigencias de un sistema competitivo, pero sin condicionar los objetivos profesionales. Al acompañamiento que continúa del/la técnico/a de empleo, se suma de manera constante el/la técnico/a especializada en empresas para ir contrastando si las ofertas presentadas responden a los objetivos planteados. Si la persona realiza una búsqueda de empleo autónoma, se impulsará ésta con los apoyos que necesite; si es más activa por parte del programa, se intentará fomentar igualmente esa autonomía. Se debe tener en cuenta además que buscar empleo no es lineal y enfocar los procesos de selección que no deriven en una inserción laboral no como una derrota, si no como un logro obtenido del que aprender. Con la incorporación al empleo se vuelve clave el acompañamiento en los primeros días de la inserción para que se produzca una correcta adaptación al puesto y detectar aspectos que la entorpezcan.
4. *Fase de mantenimiento:* que busca afianzar la presencia en el mercado laboral, por lo que apoyos y acuerdos estarán enfocados a mantener y/o mejorar el empleo y que sea una oportunidad de aprendizaje y desarrollo profesional que permita fomentar la autonomía para afrontar futuros procesos. La clave en cuanto a estos apoyos es su carácter diferencial, ya que no sólo pretenden una inserción laboral, sino también el posterior mantenimiento. Esta fase comienza con la revisión en conjunto el plan de trabajo y los servicios que la persona activó. Se reenfojarán los objetivos necesarios y se determinarán qué servicios son ahora importantes mantener y/o activar y en qué tiempos. El acceso al empleo supone un cambio en la disponibilidad de la persona y el camino hacia su independencia, por lo que debemos explicar lo que persigue ahora el acompañamiento, acordando los momentos y ubicación para continuar la intervención. Tras estas cuatro fases, con la reiterada paulatina de los apoyos, se procederá a la salida del programa,

manteniendo un seguimiento de la persona y pudiendo reactivar la intervención en cualquiera de sus fases en caso de ser necesario.

Durante todo el proceso resultará imprescindible trabajar la intervención en el entorno comunitario, así como las alianzas con empresas, favoreciendo una gestión altamente profesionalizada, la construcción de relaciones estables más allá de acciones puntuales con empresas, que sirvan para fomentar procesos de inserción en los que la empresa sea considerada como una aliada, así como la orientación de todos los procesos para dar respuesta a las expectativas de las empresas. Elementos clave durante todo el proceso, que diferencia al modelo de empleo personalizado del tradicional, son la reducción de la ratio de atención, la inclusión de apoyos económicos y la intervención en todas las áreas que impactan al empleo.

Durante la intervención, y favoreciendo la evaluación transaccional, la metodología de evaluación se compaginará con la metodología de intervención a través de una herramienta de especial importancia en el desarrollo del programa de empleo personalizado: el *Customer Journey* (o viaje de la clientela). Esta herramienta es la representación de la experiencia subjetiva del cliente (o persona participante) en el programa, que comienza desde que este detecta una necesidad o identifica un problema y contacta con la entidad para encontrar una respuesta hasta su salida, una vez cubierta dicha necesidad. Cada persona tiene unas características y necesidades propias, por lo que cada viaje se constituye como una experiencia única, siendo así tanto su duración como las interacciones y las respuestas que se ofrecen diversas y adaptadas. Si bien, para la elaboración del CJ se han tenido en cuenta una serie de cuestiones transversales y comunes (arquetipos de personas que comparten características en su perfil; serie de procesos estándar para abordar la respuesta a las necesidades, basados en principios comunes que responden al modelo de intervención de HOGAR SÍ; momentos de interacción críticos en los que se juega el éxito de la intervención porque se repiten en múltiples personas y procesos), tratando de esta forma de extraer y agrupar elementos fundamentales que generen aprendizajes transferibles y generalizables, al menos en un amplio porcentaje de los casos. La aplicación del CJ permitirá realizar una evaluación transaccional a lo largo de todos los *touch points* del proceso, permitiendo de esta forma detectar las necesidades de la clientela durante el propio desarrollo de la intervención. Asimismo, se pretende identificar cómo se siente la clientela en cada momento del proceso para poder analizar si es necesario realizar modificaciones y/o implementar distintas estrategias.

3 Resultados y conclusiones

A pesar de que el desarrollo del proyecto está en marcha y no ha finalizado el periodo de intervención, podemos extraer ya numerosos aprendizajes que están permitiendo definir la metodología de empleo personalizado adaptándola a la realidad de las personas y del contexto sociolaboral. El foco en el desarrollo e implantación de un modelo metodológico ha permitido generar espacios de trabajo común en los que se ha reflexionado con una mirada crítica y constructiva, buscando extraer procedimientos que permitan llevar a cabo una intervención de calidad, centrada en mejorar las oportunidades de las personas respetando su posición y criterio.

Además, tanto en los espacios que se ha compartido con las personas participantes, como en la información que comparte el equipo de intervención, ya se observa el impacto que una metodología con tiempos de intervención mayores e integrales está teniendo en la mejora de la calidad de vida de los y las participantes. El avance en muchos de los procesos se observa positivo, con casos de éxito que consiguen mantener su empleo, acceder a una vivienda y pensar en un futuro estable. Sin duda alguna, merece destacar también la satisfacción que muestran las personas con el programa, que tanto en casos de consecución de empleo como en los que todavía no se ha logrado, resulta a priori muy positiva; el vínculo que se genera con la metodología personalizada permite una relación horizontal y de confianza, que resulta determinante en un acompañamiento complejo y con circunstancias cambiantes derivadas de la situación de alta

vulnerabilidad. Aunque será la evaluación quien aporte unas conclusiones objetivas, obtener estas primeras impresiones resulta alentador para seguir desarrollando la metodología.

Los resultados cuantitativos observados hasta el momento también van arrojando luz sobre el impacto del empleo personalizado en comparación con el empleo tradicional. La tasa de retención (porcentaje de personas que se mantienen activas en el programa sobre las personas que entraron y que no han salido exitosamente) es mayor cuando se aplica la metodología personalizada (74%) en comparación con los itinerarios tradicionales (66%). Es decir; las personas vinculan en mayor medida al aplicar una intervención personalizada. Por otro lado, los resultados observados en cuanto a la tasa de incorporación laboral (porcentaje de personas con al menos un contrato sobre el número de personas en intervención) son alentadores. Esta tasa en el grupo experimental alcanza un valor de 54.3% mientras que en el grupo control representa el 37.5%. A través del empleo personalizado se logra un número mayor de inserciones laborales en comparación con los itinerarios tradicionales. En la actualidad estamos evaluando el mantenimiento en el tiempo de estas inserciones, un aspecto en el que a través del empleo personalizado se pone mucho foco.

Por último, cabe destacar que los resultados del programa van más allá de la inserción laboral, existen impactos en la situación de vivienda, salud, situación administrativa, salud financiera; en definitiva, en la calidad de vida. En palabras de una persona participante del programa: *«he podido lograr un empleo, un hogar y, por tanto, recuperar mi vida»*. La aplicación de modelos basados en la planificación centrada en la persona son clave para erradicación del sinhogarismo.

Referencias bibliográficas

- Calvo-García, F., Giralt-Vázquez, C., Calvet-Roura, A. y Carbonells-Sánchez, X. (2016). Riesgo de suicidio en población sin hogar. *Clínica y Salud*, 27, 89-96. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.05.002>
- Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con Personas sin Hogar (2005). Tipología europea de sin hogar y exclusión residencial. Recuperado de: https://www.feantsa.org/download/ethos_spain-24518105836657575492.pdf
- HOGAR SÍ (2021). Ingreso Mínimo Vital y sinhogarismo. ¿Una protección estructural para toda la sociedad? Recuperado de: <https://hogarsi.org/wp-content/uploads/2021/12/ingreso-minimo-vital-imv-sinhogarismo.pdf>
- HOGAR SÍ (2023). Una legislatura clave para resolver el sinhogarismo. Propuestas electorales. Recuperado de: https://hogarsi.org/wp-content/uploads/2023/03/VF_PROPUESTAS-ELECTORALES-2023-AMBITO-AUTONOMICO-Y-MUNICIPAL_logo-ministerio.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (2022). Encuesta a las personas sin hogar. Año 2022. Recuperado de: <https://www.ine.es/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020. Aprobada por Acuerdo de Consejo de Ministros de 6 de noviembre de 2015. Recuperado de: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/Personas-sin-hogar/docs/EstrategiaPSH20152020.pdf>
- Vera Ortiz, E. y Caro Sagüés, G. A. (24 de noviembre de 2022). Sinhogarismo e Itinerarios para la Inclusión ligados al IMV: La experiencia de HOGAR SÍ [comunicación]. IV Congreso Internacional ICAAA. Innovación pública, reconstrucción de la democracia y sostenibilidad para un mundo post-COVID. Madrid, España. <https://www.ucm.es/icca/programa-iv-congreso>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

La Formación Profesional Dual de Grado Superior en Andalucía, ¿solución contra el desempleo juvenil?

Carmen María Martín Suárez, Universidad de Granada (cmartins@ugr.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

La Formación Profesional Dual, en adelante FPD, es una modalidad implementada dentro del sistema de Formación Profesional que tiene un carácter relativamente reciente en España. Así, esta política educativa está destinada a fomentar la inclusión laboral de los jóvenes que transitan a la vida adulta favoreciendo la cooperación entre los sectores laboral y educativo y contribuyendo a una renovación de sus habilidades laborales.

Relacionado con esto, presentamos una investigación sobre el Ciclo Formativo de Grado Superior en Educación Infantil, en el que analizamos los relatos de los actores implicados en la implementación de la FPD en Andalucía, a partir del análisis de entrevistas realizadas a miembros de los centros educativos, equipo directivo, tutores de la formación dual, sector empresarial y estudiantado. El resultado de esta investigación es derivado de la primera fase del Proyecto Estatal I+D+I “*Retos y desafíos de la implantación de la formación dual en la Formación Profesional española*” (Ref.RTI2018- 101660-B-100).

Los resultados preliminares indican que el desarrollo de esta política supone un impacto positivo en la mejora de empleabilidad juvenil al posibilitar una formación en la empresa en la que se muestran las competencias profesionales, aunque esta oportunidad es desigual para hombres y mujeres al tratarse de un ámbito profesional feminizado. Si bien la formación práctica es fundamental y está siendo limitada por la COVID-19, necesita de un aprendizaje de conocimientos teóricos previos para esa implementación en la empresa. También es clave el conocimiento de las empresas sobre la FPD para fomentar su implicación y evitar que esta sea considerada como prácticas laborales y no como formación en empresa, e implantar un marco legal definido.

Palabras clave

Formación Profesional Dual, Andalucía, desempleo juvenil

1 Introducción

Desde que acabara la crisis financiera que comenzó en el 2007, en la Unión Europea se ha llevado una campaña en favor de la Formación Profesional Dual (en adelante FPD) con el eslogan de que ésta puede contribuir a reducir las cifras de desempleo juvenil y hacer frente a las necesidades formativas de esta población.

De esta manera, la FPD se ha posicionado como una herramienta para favorecer la inclusión educativa y laboral de la población joven. Una población que tiene que hacer frente a elevadas tasas de desempleo (Šćepanović y Artiles, 2020), consecuencia de una transformación global de las sociedades, caracterizadas por la incertidumbre y el cambio (Martin-Criado, 2014), donde se han modificado las condiciones del mercado de trabajo, y en la que la transición escuela trabajo ha sufrido un proceso de precarización y desestandarización

que ha dejado en peligro de exclusión una gran cantidad de jóvenes, especialmente aquellos con menor nivel educativo (Jacinto y Millenaar, 2009). En España, la FPD, es una política de implantación aparentemente reciente, pues su primera regulación aparece en el año 2012, y su diseño parece responder a ciertos discursos enmarcados en el ámbito europeo que tratan de dar respuesta a los altos niveles de desempleo juvenil (Sanz de Miguel, 2017) y pretenden reducir significativamente la tasa de abandono educativo temprano incrementando las tasas de escolarización en las edades no obligatorias, especialmente en Formación Profesional. (LOMLOE, 2020).

Sin embargo, y dado que las políticas educativas tienen una relevancia que sobrepasa el ámbito puramente legislativo, afectando áreas personales, educacionales o culturales, se hace necesario realizar un análisis de la implantación de la FPD en España que nos permita conocer el impacto de esta política sobre el alumnado que la cursa y en qué medida que está logrando la inclusión laboral de los jóvenes que han optado por esta vía.

2 Metodología

El trabajo que aquí se presenta ha resultado de un estudio de casos con la realización de 28 entrevistas en profundidad divididas en categorías de análisis. Estas entrevistas recogen la valoración de diferentes actores claves directamente implicados en la FPD de varios centros educativos de Andalucía (personal del equipo directivo, profesorado, tutores, personal del sector empresarial y estudiantado).

- Técnicas de recopilación de la información

La herramienta metodológica que se ha empleado en este estudio de casos han sido entrevistas semiestructuradas (Kvale, 2015), realizadas entre enero y junio de 2021. Antes de la realización de las entrevistas, se contaba con un listado de preguntas de recopilación de datos prefijado a modo de guía.

Las entrevistas realizadas se dividen en varias categorías de análisis que facilitan la recogida de información y su posterior interpretación.

Categorías de análisis

Perfil del alumnado que cursa FPD

Acceso a la FPD

El desarrollo de la formación práctica

Inclusión laboral

- Muestra participante

Se han realizado un total de 28 entrevistas. Estas entrevistas se han llevado a cabo con informantes de cinco centros educativos (tres directores de centro, tres coordinadoras de FPD, dos coordinadoras de FCT, dos tutoras de FPD, un tutor de FCT y diez alumnos/as) y de cuatro empresas colaboradoras (un tutor laboral y seis empresarios/as). Todos/as los participantes entrevistados/as son de la comunidad autónoma de Andalucía, por ser la región en la que se desarrolla el estudio.

Asimismo, el resultado de esta investigación es derivado de la primera fase del Proyecto Estatal I+D+I “Retos y desafíos de la implantación de la formación dual en la Formación Profesional española” (Ref.RTI2018-101660-B-100).

3 Resultados

Los resultados de este trabajo se presentan atendiendo a las categorías de análisis anteriormente descritas: perfil del alumnado que cursa FPD, acceso a la FPD, el desarrollo de la formación práctica e inclusión laboral.

3.1 Perfil del alumnado que cursa FPD

El perfil del alumnado y su trayectoria educativa previa dependen del grado de FP en el que se matricula (grado medio o grado superior) y de la familia profesional a la que accede (ciclos feminizados o ciclos masculinizados).

[...] el perfil del estudiantado es distinto dependiendo si es de grado medio o si está matriculado en grado superior; en grado medio suele ser alumnado con un bajo expediente académico previo. (Centro educativo de Sevilla, director, centro privado).

[...] y en cuanto a este perfil del estudiantado quizás se distingue mucho entre una familia profesional y otra [...] en este ciclo formativo, por ejemplo, casi todo el grupo está siempre compuesto por chicas... (Centro educativo de Córdoba, coordinadora FPD, centro público).

3.2 Acceso a la FPD

Existe una clara distinción de criterios de acceso entre los centros públicos y privados, ya que cada centro acuerda sus criterios de selección para acceder a la dualidad. Asimismo, el acceso depende del número de plazas duales que se incluyan en el proyecto.

[...] yo accedí a un centro privado porque en el público no me admitieron, a pesar de que mi nota de bachillerato es bastante buena. En el centro privado, igualmente, el acceso depende de la nota media bachillerato, aunque tienen preferencia los alumnos y alumnas que vienen del grado medio. (Centro educativo de Sevilla, alumnado, centro privado).

[...] nosotras, como no ofertamos todas las plazas en dual, hacemos una selección del alumnado de dual en función de unos criterios: realización una entrevista personal, realización de un test de idoneidad por parte de la orientadora y la realización de un pequeño informe por parte del equipo educativo en la que se tienen en cuenta las notas del primer trimestre. Después de esto hacemos una baremación y de ahí salen los/las alumnos/as seleccionados/as (Centro educativo de Almería, tutora FPD, centro público).

3.3 El desarrollo de la formación práctica

En general, se describen buenas experiencias en las empresas durante el desarrollo de la formación práctica. No obstante, en el momento de la realización de las entrevistas, también se observan algunas limitaciones en el desarrollo de la formación práctica en empresas colaboradoras debido a la COVID-19.

[...] la verdad que mi experiencia en la formación en empresa durante la FPD ha sido muy buena (Centro educativo de Almería, alumnado, centro público).

[...] si que es cierto que, con esto de la COVID19, hemos tenido un par de centros que han reducido su número de alumnado en prácticas y otros que se han negado a participar (Centro educativo de Málaga, tutora prácticas laborales, centro privado).

Asimismo, en cuanto al desarrollo de la FPD en la empresa, también es clave el conocimiento que deben tener las empresas sobre el desarrollo de la FPD en Andalucía y sobre las ventajas que obtienen durante su

participación en esta modalidad. Con ello, se fomenta una mayor implicación de las empresas y se evita que la función del aprendiz dentro de las mismas sea considerada como prácticas y no como formación laboral.

[...] muchísimas empresas todavía no conocen lo que es la dual y por eso no se plantean su participación en la misma... es decir, la dual todavía no está asentada como para las empresas se den cuenta de las ventajas y del potencial que tiene... (Centro educativo de Cádiz, Coordinadora FPD, centro público)

[...] muchas veces las empresas no saben en qué consiste la dual y tenemos que estar repitiéndoles constantemente que no somos alumnado en prácticas, que somos alumnado en formación y que tenemos que desarrollar unas actividades (Centro educativo de Cádiz, alumnado, centro público)

En este sentido, y dado que a nivel autonómico todavía se aprecia una falta de responsabilidad por parte de las administraciones, se hace imprescindible la implantación de un marco legal definido en relación al desarrollo de la FPD andaluza.

[...] hay muchos centros que están haciendo las cosas según les viene porque la dual, al menos en Andalucía, todavía no está del todo estipulada a nivel normativo... La normativa marca unas pautas pero es todo tan general que cada ciclo lo hace como quiere... Por eso pienso que la normativa se debe afinar un poco más... sobre todo en cuanto a la formación en empresas... (Centro educativo de Sevilla, Coordinadora FPD, centro privado).

3.4 Inclusión laboral

Existe una mayor ventaja competitiva con respecto al alumnado de FP tradicional, dado que, al finalizar el ciclo formativo, el alumnado de dual parece estar más preparado a nivel práctico. Esto es debido, entre otras ventajas, a que el alumnado de FPD tiene la posibilidad de aplicar los contenidos teóricos adquiridos, desde el primer momento, en un entorno real de trabajo.

Creo que la modalidad dual puede ofrecer más ventajas que la modalidad tradicional porque, al realizar tantas prácticas, conoces desde el primer año lo que va a ser tu puesto de trabajo y adquieres muchos más conocimientos. Los contenidos teóricos también son importantes pero... tener la posibilidad de aplicarlos a la práctica desde el primer momento... no es lo mismo. Además, pienso que ofrece muchas más oportunidades de acceso al mercado laboral (Centro educativo de Málaga, alumnado, centro privado).

No obstante, en este ciclo formativo, al tratarse de un ámbito tradicionalmente feminizado, esta oportunidad parece desigual para hombres y mujeres.

En mi caso, al ser chico, he recibido cierto rechazo por parte de las propias tutoras laborales... me decían que algunos padres y madres se negaban a que fuese un chico el que cambiase el pañal de sus hijos e hijas, por ejemplo [...] este tipo de limitaciones nos reduce las posibilidades de inserción laboral en muchos centros infantiles por el simple hecho de ser chicos... (Centro educativo de Sevilla, alumnado, centro privado).

4 Conclusiones

Al contrastar la opinión de los actores entrevistados, se resaltan algunas convergencias y mejoras en la FPD.

En primer lugar, los resultados preliminares de esta investigación concluyen que la FPD es una modalidad formativa que contribuye a una mejora de las habilidades laborales de los/as jóvenes andaluces que cursan esta modalidad formativa. Sin embargo, otros resultados manifiestan que la implantación de esta modalidad conlleva ciertas limitaciones que dificultan la cooperación entre los sectores laboral y educativo.

En cuanto al perfil del alumnado que cursa FPD, así como su trayectoria educativa previa, parecen depender, en gran medida, del nivel de Formación Profesional en el que se matricula (grado medio o superior) y del ciclo formativo al que se acceda.

Asimismo, se aprecian diferencias en el proceso de selección para acceder a la dualidad y en el proceso de evaluación del alumnado. Todo ello depende del número de plazas duales que se incluyan en el proyecto de FPD y de la titularidad del centro educativo en el que el alumnado se encuentre matriculado. Dado que los centros de titularidad privada suelen presentar una menor demanda de matriculación, los criterios de selección para el acceso a la modalidad dual parecen ser mucho más flexibles respecto a los centros públicos.

En cuanto al desarrollo de la formación práctica en FPD, se describen buenas experiencias en las empresas durante el desarrollo de la formación práctica, aunque, en el momento de la realización de las entrevistas, se encuentra levemente limitada por la COVID-19. Del mismo modo, atendiendo a las respuestas obtenidas, también se considera fundamental el conocimiento de las empresas sobre el desarrollo de la FPD para fomentar su implicación en esta modalidad y evitar un enfoque inadecuado de las funciones del aprendiz. Para ello, se hace imprescindible la implantación de un marco legal definido en relación al desarrollo de la FPD andaluza.

No obstante, a pesar de los inconvenientes descritos, se refleja una valoración pragmática de la modalidad dual de Formación Profesional, sobre todo, por la importancia de la formación desde la práctica profesional en la empresa. Además, existe una actitud positiva del alumnado ante su proceso formativo en modalidad dual, ya que manifiestan que la duración de las prácticas formativas en FPD les permitirá una mayor inserción laboral. En este sentido, para confirmar esta afirmación, sería necesario un seguimiento de estudiantes egresados de esta modalidad.

Referencias bibliográficas

- Jacinto, C. y Millenaar, V. (2009). Enfoques de programas para la inclusión laboral de los jóvenes pobres: lo institucional como soporte subjetivo. *Última década*, 17(30), 67- 92. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362009000100004>
- Kvale, S. (2015). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Morata.
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 340, 30 de diciembre de 2020, 122868- 122953. <https://www.boe.es/boe/dias/2020/12/30/pdfs/BOE-A-2020-17264.pdf>
- Martín-Criado, E. (2014). Presentación: la clase obrera cambia, sus estigmas persisten. *Revista de la Asociación de Sociología de la Educación*, 72(2), 367-372.
- Šćepanović, V. y Artiles, A. (2020). Dual training in Europe: a policy fad or a policy turn? *Transfer: european review of labour and research*, 26(1), 15-26. <https://doi.org/10.1177/1024258919898317>
- Sanz de Miguel (2017). Gobernanza de la formación profesional dual española entre la descoordinación y la falta de objetivos. *Revista española de educación comparada*, 30, 77-98. <https://doi.org/10.5944/reec.30.2017.18705>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Col·lecció Actes 1/2023

Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social (2023)

ISSN: 2659-5273

Empleo con apoyo para personas con trastorno mental grave: revisión bibliográfica de la evidencia en España

Victor González Ayuso, IMSERSO (victorgonzalez.externo@imserso.es)

Jorge Marredo Rosa, IMSERSO (jorgemarredo.externo@imserso.es)



El contingut de la REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resumen

Los programas de empleo con apoyo buscan mejorar la inclusión laboral de personas con trastorno mental grave (TMG). Esta revisión bibliográfica sintetiza evidencia sobre su implementación en España. Se realizó una búsqueda en bases de datos y otras fuentes para identificar estudios relevantes publicados entre 2013-2022 con los recursos del Centro de Referencia Estatal para personas con Trastorno Mental Grave (Creap) de Valencia dependiente del Imsero. Tras seleccionar 14 artículos enfocados en programas para TMG en España, se analizaron sus resultados por categorías. Varios ensayos controlados y una revisión sistemática indican que la participación en programas como IPS aumenta las tasas de empleo competitivo. Algunos estudios transversales encontraron asociaciones positivas entre empleo con apoyo y funcionamiento cognitivo, habilidades sociales y bienestar psicológico. Las perspectivas de participantes señalan al apoyo social como facilitador clave. Entre las barreras destacan estigma, síntomas persistentes y condiciones desfavorables en los entornos laborales. Se requieren más investigaciones con diseños experimentales, medidas estandarizadas y muestras representativas en España. Las políticas públicas deben reforzar estos programas y abordar reformas para reducir las brechas en inclusión social y laboral.

Palabras clave

Empleo con apoyo, trastorno mental grave, revisión bibliográfica, inclusión laboral

1 Introducción

1.1 Antecedentes y justificación del tema

El empleo es fundamental para la inclusión social y bienestar de personas con trastorno mental grave (TMG) (Gere y Flowers, 2016). Sin embargo, en España solo un 34.5% con discapacidad se encuentra activo laboralmente, una tasa 43 puntos menor que la población general (Gutiérrez-de-Rozas et al., 2022). La tasa de desempleo alcanza el 25.2% y persisten brechas educativas (Instituto Nacional de Estadística, 2019). Esta situación resulta preocupante dado los beneficios del empleo competitivo (Luciano et al., 2014; Van Rijn et al., 2016). Aunque exista motivación, persisten barreras como estigma, síntomas y déficits cognitivos (Charette-Dussault y Corbière, 2019; Saavedra et al., 2016).

Los programas de intervención más frecuentes son el modelo IPS de empleo con apoyo continuo (Burns et al., 2007; Modini et al., 2016), el empleo con apoyo integrado combinando IPS y habilidades sociales (Tsang & Pearson, 2001; Tsang et al., 2009), la rehabilitación vocacional (Kopelowicz et al., 2006), intervenciones cognitivas (Lysaker et al., 2009; Twamley et al., 2017) y entrenamiento con realidad virtual (Smith et al., 2015). Se requiere evaluación individualizada para seleccionar el programa adecuado (Abidin et al., 2021). Si bien hay numerosos estudios sobre IPS, la evidencia enfocada en España es

limitada (Abidin et al., 2021; Modini et al., 2016).

Ante la necesidad de más evidencia en España, esta revisión bibliográfica realizada con los recursos del Centro de Referencia Estatal para personas con Trastorno Mental Grave (Creap) de Valencia dependiente del Imsero, busca sintetizar los hallazgos disponibles sobre programas de empleo con apoyo para personas con trastorno mental grave en el país, considerando su efectividad, impacto en funcionamiento psicosocial, perspectivas de participantes e implicados, y factores contextuales que influyen en la implementación. El objetivo es guiar acciones, investigación y políticas sobre este tema en España. Para ello se planteó la siguiente pregunta: ¿Cuál es la evidencia disponible sobre programas de empleo con apoyo para adultos con trastorno mental grave en España respecto a efectividad, funcionamiento psicosocial, perspectivas de implicados y factores contextuales?

De la pregunta se derivaron el objetivo general y los concretos de la revisión que se exponen a continuación

1.2 Objetivos de la revisión

Objetivo general:

- Sintetizar la evidencia disponible sobre programas de empleo con apoyo en personas con trastorno mental grave en España con relación a su efectividad, funcionamiento psicosocial, perspectivas de los implicados y factores contextuales.

Objetivos específicos:

- Identificar y categorizar los estudios disponibles sobre programas de empleo con apoyo en personas con trastorno mental grave en España.
- Evaluar la evidencia existente sobre la efectividad de los programas de empleo con apoyo en comparación a otros enfoques.
- Explorar la influencia de los programas de empleo con apoyo en medidas de funcionamiento cognitivo, bienestar psicológico y calidad de vida.
- Recopilar las perspectivas y actitudes de participantes y profesionales hacia los programas de empleo con apoyo.
- Determinar los principales facilitadores y barreras contextuales que influyen en la implementación de programas de empleo con apoyo.
- Identificar brechas y áreas que requieren más investigación sobre este tema en el contexto español.

2 Metodología

2.1 Enfoque de la revisión bibliográfica

Esta revisión bibliográfica sigue un enfoque flexible para obtener una visión holística del tema desde múltiples perspectivas. Incluye estudios con diversos diseños sin realizar análisis estadístico, con el fin de identificar tendencias y relaciones conceptuales. Se eligió este enfoque por varias razones: el objetivo es una perspectiva amplia, no una estimación cuantitativa de eficacia; los estudios tienen diseños y medidas heterogéneos; interesaba explorar múltiples dimensiones, no solo efectividad; la evidencia cuantitativa disponible en España es limitada; y el estado actual se beneficia más de un análisis conceptual que identifique áreas clave para investigación en este contexto específico.

2.2 Criterios de inclusión y exclusión

En la Tabla 1 se muestran los criterios de inclusión y exclusión de la revisión.

Tabla 1. *Criterios de inclusión y exclusión de los artículos para la revisión*

| Criterios | Inclusión | Exclusión |
|-----------------------|---|---|
| Población | Adultos con trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor u otros) | Otras condiciones de salud, discapacidad intelectual |
| Intervención | Programas de empleo con apoyo (IPS, empleo con apoyo integrado, etc.) | Intervenciones de rehabilitación no enfocadas al empleo |
| Comparación | Otros enfoques vocacionales, atención estándar, grupo control sin intervención | Ninguna |
| Resultados | Medidas de empleo, funcionamiento cognitivo y psicosocial, percepciones y actitudes | No relacionados a empleo o funcionamiento psicosocial |
| Contexto | Estudios realizados en España | Estudios realizados fuera de España |
| Diseño | Ensayos controlados aleatorizados, estudios observacionales, cualitativos, psicométricos, revisiones sistemáticas | Reportes de caso, revisiones narrativas |
| Idioma | Inglés y español | Otro diferente a inglés o español |
| Rango de fecha | 2012-2022 | Anteriores a 2012 |

2.3 Estrategia de búsqueda

Para la identificación de estudios relevantes, se realizó una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Scopus y Web of Science, acotando el rango de búsqueda al período 2012-2022. Se emplearon términos relacionados a "severe mental illness", "serious mental illness", "supported employment", "assisted employment", "employment support", "vocational rehabilitation" y "Spain", combinados mediante los operadores booleanos AND y OR.

Se empleó la siguiente cadena de búsqueda:

("severe mental illness" OR "serious mental illness") AND ("supported employment" OR "assisted employment" OR "employment support" OR "vocational rehabilitation") AND Spain

Adicionalmente, se complementó la búsqueda con estrategias manuales en Google Scholar, repositorios institucionales y listas de referencias de estudios clave.

2.4 Selección de estudios

Tras la búsqueda en las bases de datos y otras fuentes, se eliminaron los duplicados utilizando el software Mendeley.

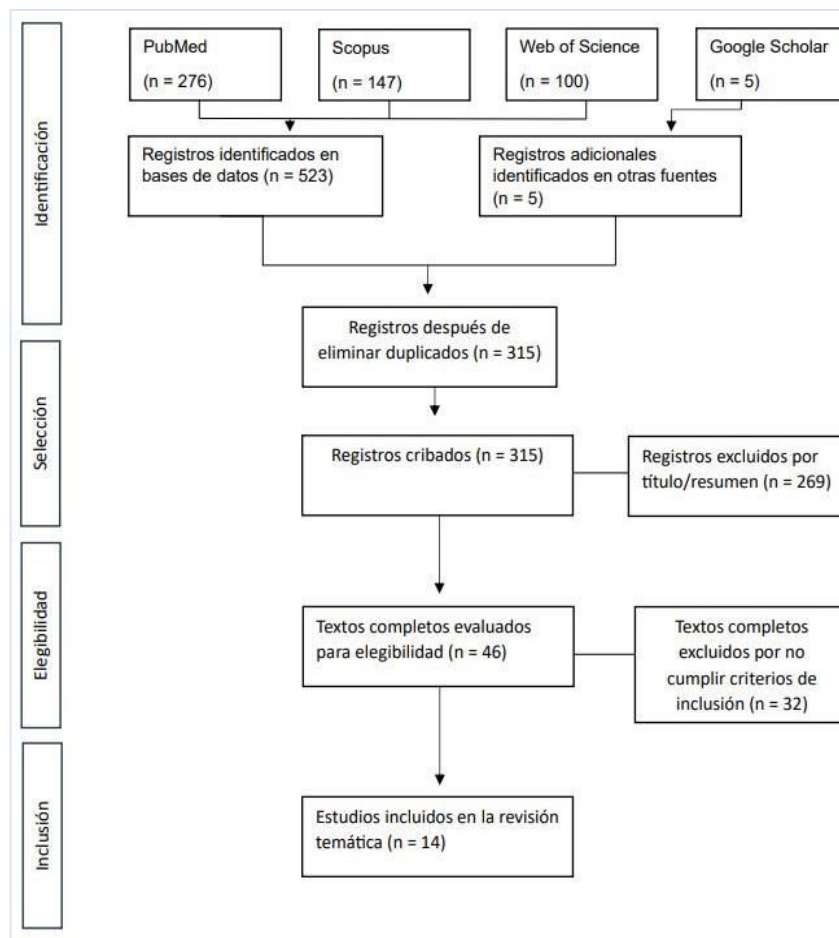
Se realizó una primera selección leyendo los títulos y resúmenes de los estudios recuperados, identificando y eliminando aquellos que claramente no cumplían con los criterios de inclusión:

- Población: adultos con trastorno mental grave
- Intervención: programas de empleo con apoyo
- Comparación: cualquier comparación o sin comparación
- Resultados: medidas de empleo, funcionamiento cognitivo o psicosocial
- Contexto: España

Los textos completos de los estudios potencialmente elegibles se revisaron en detalle para aplicar los criterios de inclusión y exclusión final. Se registró el motivo de exclusión en cada caso.

Dos revisores llevaron a cabo de manera independiente la selección, con un tercer revisor resolviendo cualquier discrepancia. El proceso de selección fue documentado en un diagrama de flujo PRISMA. Los estudios que cumplieron los criterios fueron incluidos para su análisis en la revisión temática. El proceso se detalla en la Figura 1

Figura 1. Diagrama de Flujo PRISMA



Revisando los artículos provistos, después de excluir los que no se enfocan en programas de empleo en personas con trastorno mental grave específicamente en España, quedaron 14 estudios.

2.5 Extracción y categorización de datos

Considerando los 14 estudios restantes que se enfocan en diferentes aspectos de los programas de empleo en personas con trastorno mental grave en España se consideraron las categorías temáticas de análisis que se indican en la Tabla 2.

Tabla 2. *Justificación de las categorías temáticas*

| Categoría Temática | Justificación |
|---|---|
| Efectividad de programas | Estudios que proporcionan evidencia directa sobre los resultados de programas como IPS, empleo con apoyo integrado, etc. en la población objetivo. |
| Funcionamiento psicosocial y perspectivas de participantes e implicados | Trabajos que exploran la relación bidireccional entre el trabajo y constructos como funcionamiento cognitivo, bienestar psicológico, calidad de vida, dado su impacto en la recuperación, así como estudios cualitativos y sobre visiones de participantes y profesionales, aportando una perspectiva subjetiva complementaria sobre el tema. |
| Factores contextuales y socioeconómicos | Cubre investigaciones específicas sobre el contexto laboral que pueden influir en el éxito de los programas de empleo y trabajos poblacionales relevantes a medidas de resultado como ingresos, representatividad de la muestra y equidad. |

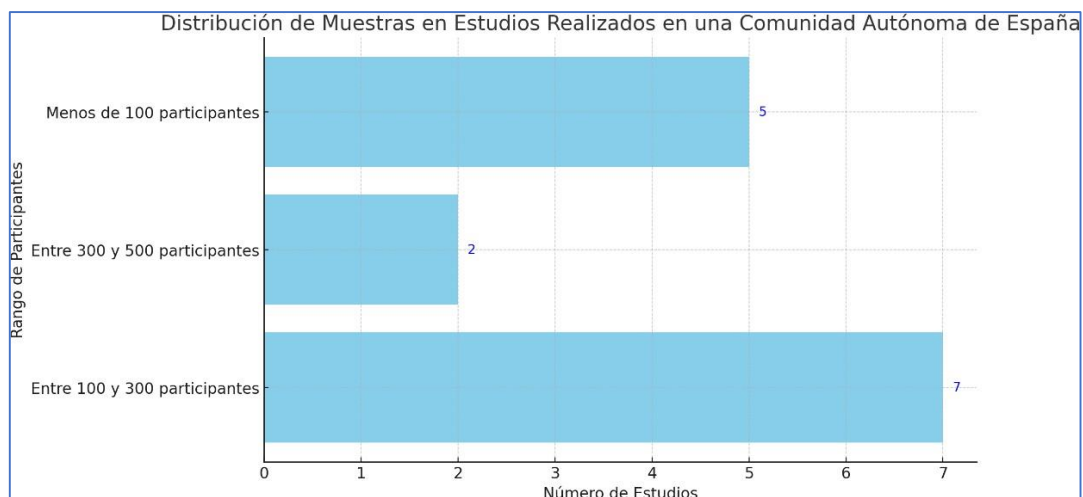
3 Resultados

– Descripción general de los estudios

Los 14 estudios seleccionados fueron publicados entre 2012 y 2022, con la mayoría (9) desde 2016 en adelante.

En la Figura 2. Se muestran el número de participantes de los estudios.

Figura 2. *Distribución de muestras de los estudios*



El tipo de diseño y el número de estudios de cada tipo se indica en la Tabla 3.

Tabla 3. *Tipo de investigación y número de estudio por categoría*

| Tipo de estudio | Total | Referencias |
|-----------------------------------|-------|--|
| Estudios transversales analíticos | 5 | Saavedra et al., 2016; Barbaglia et al., 2012; Ballesteros et al., 2019; Lukas et al., 2018; Oliveros et al., 2022 |
| Ensayos controlados aleatorizados | 2 | Rodríguez Pulido et al., 2021; Rodríguez et al., 2017 |
| Revisiones sistemáticas | 1 | Carmona et al., 2019 |
| Estudios longitudinales mixtos | 1 | Hilarión et al., 2020 |
| Estudios cualitativos | 1 | Lettieri et al., 2022 |
| Estudios correlacionales | 1 | Saiz et al., 2021 |
| Estudios psicométricos | 1 | Echezarraga et al., 2019 |
| Revisión scoping | 1 | Carmona et al., 2019 |

En relación con las muestras, 7 estudios tuvieron entre 100 y 300 participantes, 2 entre 300 y 500, y 5 menos de 100 participantes. La mayoría se realizaron en una sola comunidad autónoma de España.

Respecto a las intervenciones, 5 evaluaron alguna variante de programas de empleo con apoyo, mientras que los otros describieron factores relacionados con el trabajo sin una intervención específica.

Los diagnósticos predominantes en las muestras fueron trastornos psicóticos y trastorno bipolar.

Entre las principales variables resultado se encontraron tasas de empleo competitivo, funcionamiento cognitivo y psicosocial, satisfacción laboral y calidad de vida.

3.1 Análisis por categorías temáticas:

En la tabla 4 se muestran los principales resultados.

Tabla 4. Principales Resultados de los estudios revisados

| Categoría | Estudio | Resultados |
|--|--------------------------------|---|
| | Rodríguez Pulido et al. (2021) | Hallazgos: – Los estudios de Rodríguez Pulido et al. (2021) y Rodríguez et al. (2017) encontraron que los programas de IPS aumentan las tasas de empleo competitivo en comparación a otros enfoques. |
| | Rodríguez Pulido et al. (2017) | |
| Efectividad de programas | Carmona et al. (2019) | – La revisión sistemática de Carmona et al. (2019) concluye que la participación en tratamientos vocacionales como IPS incrementa la probabilidad de obtener trabajo competitivo en esquizofrenia. |
| Funcionamiento psicosocial y perspectivas de participantes e implicados | Saavedra et al. (2016) | Hallazgos: – Los estudios transversales de Saavedra et al. (2016) y Saiz et al. (2021) señalan asociaciones positivas entre participación en programas de empleo con apoyo y medidas de funcionamiento cognitivo, habilidades sociales y bienestar psicológico. – El estudio cualitativo de Lettieri et al. (2022) sugiere que los participantes perciben el apoyo social como un facilitador clave del empleo. – Hilarión et al. (2020) halló en su estudio longitudinal que la implementación de IPS mejoró la calidad del empleo obtenido. |
| | Saiz et al. (2021) | |
| | Hilarión et al. (2020) | |
| | Echezarraga et al. (2019) | |
| | Lettieri et al. (2022) | |
| Factores contextuales y socioeconómicos del empleo | Ballesteros et al. (2019) | Hallazgos: <ul style="list-style-type: none">• Los estudios transversales de Ballesteros et al. (2019) y Lukas et al. (2018) detectaron la presencia de riesgos psicosociales y condiciones desfavorables en los entornos laborales.• Barbaglia et al. (2012) evidenció menores ingresos entre personas con trastorno mental grave en comparación con la población general.• La revisión scoping de Carmona et al. (2019) identificó necesidades de apoyo en aspectos como desarrollo de habilidades y ambiente laboral en programas de IPS. |
| | Lukas et al. (2018) | |
| | Carmona et al. (2019) | |
| | Saavedra et al. (2016) | |
| | Oliveros et al. (2022) | |
| | Barbaglia et al. (2012) | |

4 Conclusiones

Esta revisión bibliográfica encontró que la participación en programas de empleo con apoyo como IPS aumenta la probabilidad de obtener un trabajo competitivo para personas con trastorno mental grave en España (Rodríguez Pulido et al., 2021; Hilarión et al., 2020). Sin embargo, se requiere más investigación con

diseños experimentales sobre modelos específicos para generar evidencia sólida en el contexto español (Carmona et al., 2019).

Algunos estudios transversales señalan asociaciones positivas entre empleo con apoyo y medidas de funcionamiento cognitivo, habilidades sociales y bienestar psicológico (Saavedra et al., 2016; Saiz et al., 2021). Desde la perspectiva de participantes, el apoyo social se percibe como un facilitador clave (Lettieri et al., 2022).

Entre los factores contextuales que influyen, se observan condiciones desfavorables y riesgos psicosociales en los entornos laborales (Ballesteros et al., 2019), así como menores ingresos entre personas con trastorno mental grave (Barbaglia et al., 2012).

Las principales limitaciones encontradas fueron el alcance geográfico acotado, tamaños muestrales pequeños, predominio de diseños transversales, y falta de estandarización de medidas.

En conclusión, si bien los programas de empleo con apoyo muestran impactos positivos potenciales, se requiere expandir la investigación y reforzar políticas públicas que reduzcan las brechas en inclusión laboral y oportunidades para las personas con trastorno mental grave en España.

Referencias bibliográficas

Abidin, M. Z. R. Z., Wan Yunus, F., Mohd Rasdi, H. F., & Kadar, M. (2021).

Employment programmes for schizophrenia and other severe mental illness in psychosocial rehabilitation: A systematic review. *British Journal of Occupational Therapy*, 84(1), 1-15. <https://doi.org/10.1177/0308022620980683>

Ballesteros, F., Vaquero, C., Vitutia, M., Molinero, C., Larios, M., Delgado, V., & Calvo, R. (2019). Análisis de la percepción de riesgos psicosociales en personas con trastorno mental grave en el contexto laboral. *Psychology*, 10(2), e11-1. <https://doi.org/10.5093/cc2019a11>

Barbaglia, G., Vilagut, G., Artazcoz, L. et al. Association between annual earnings and mental disorders in Spain: individual and societal-level estimates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47, 1717–1725 (2012). <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0485-x>

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., Van Busschbach, J., White, S., & Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 370(9593), 1146- 1152. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61516-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61516-5)

Carmona VR, Gómez-Benito J, Rojo-Rodes JE. Employment Support Needs of People with Schizophrenia: A Scoping Study. *J Occup Rehabil*. 2019 Mar;29(1):1-10. doi: 10.1007/s10926-018-9771-0.

Echezarraga, A., Calvete, E., & Las Hayas, C. (2019). Validation of the Spanish version of the Work and Social Adjustment Scale in a sample of individuals with bipolar disorder. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 57(5), 44-51. <https://doi.org/10.3928/02793695-20181128-02>

Hilarión, P., Koatz, D., Bonet, P., Cid, J., Pinar, I., Otín, J. M., Espallargues, M., Molina, C., & Suñol, R. (2020). Implementation of the individual placement and support pilot program in Spain. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(1), 65–71. <https://doi.org/10.1037/prj0000398>

Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 163(3), 424–435. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.424>

Lettieri, A. Análisis de la discriminación laboral de personas con discapacidad por trastornos mentales graves en el empleo ordinario. Diss. Universidad de Salamanca, 2022.

- Lettieri, A., Díez, E., Soto-Pérez, F., & Bernate-Navarro, M. (2022). Employment related barriers and facilitators for people with psychiatric disabilities in Spain. *Work*, 71(4), 901-915. <https://doi.org/10.3233/wor-213642>
- Lukas, J. F., Lizasoain, L., Galarreta, J., & Etxeberria, J. (2018). Job satisfaction among disabled people in the sheltered workshop: Differential analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(6), 1174-1185. <https://doi.org/10.1111/jar.12492>
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Bryson, G. J., & Bell, M. D. (2009). Effects of cognitive behavioral therapy on work outcomes in vocational rehabilitation for participants with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 107(2-3), 186-191. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.10.018>
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M. J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A., & Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14-22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>
- Oliveros, B., Agulló-Tomás, E., & Márquez-Álvarez, L. J. (2022). Risk and protective factors of mental health conditions: impact of employment, deprivation and social relationships. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6781. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116781>
- Rodríguez Pulido F, Caballero Estebaranz N, Tallo Aldana E, et al. Effectiveness of individual supported employment for people with severe mental disorders. *Gaceta Sanitaria*. 2018 Nov - Dec;32(6):513-518. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.007>
- Saavedra, J., López, M., Gonzáles, S., & Cubero, R. (2016). Does employment promote recovery? Meanings from work experience in people diagnosed with serious mental illness. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 40, 507-532. <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9481-4>
- Saavedra, J., López, M., González, S., Arias, S., & Crawford, P. (2016). Cognitive and social functioning correlates of employment among people with severe mental illness. *Community mental health journal*, 52, 851-858. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9874-4>
- Saiz, J., Galilea, M., Molina, A. J., Salazar, M., Barsotti, T. J., Chopra, D., & Mills, P. J. (2021). Spirituality and Employment in Recovery from Severe and Persistent Mental Illness and Psychological Well-Being. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(1), 57. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010057>
- Smith, M. J., Fleming, M. F., Wright, M. A., Roberts, A. G., Humm, L. B., Olsen, D., & Bell, M. D. (2015). Virtual reality job interview training and 6-month employment outcomes for individuals with schizophrenia seeking employment. *Schizophrenia Research*, 166(1-3), 86-91. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.022>
- Tsang, H. W., & Pearson, V. (2001). Work-related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 139-148. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006852>
- Tsang, H. W., Fung, K. M., Leung, A. Y., Li, S. M., & Cheung, W. M. (2010). Three-year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 49-58. <https://doi.org/10.3109/00048670903393613>
- Twamley, E. W., Thomas, K. R., Burton, C. Z., Vella, L., Jeste, D. V., Heaton, R. K., & Bell, M. D. (2017). Compensatory cognitive training for people with severe mental illnesses in supported employment: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 203, 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.005>

