

LOS SERVICIOS SOCIALES. ALGUNAS EXPERIENCIAS EN ESPAÑA Y EL CONO SUR

ANA MARÍA TALMON*

I. Introducción

El preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos expresa que la dignidad y el derecho a la igualdad constituyen la base de la libertad, la justicia y la paz en el mundo, de las que son acreedores todos los seres humanos.

No obstante, hay millones de personas que parten de una situación deficitaria, que a diario deben enfrentar múltiples barreras físicas, de comunicación o socioeconómicas, que dificultan su participación activa en la sociedad, y por lo tanto su integración social.

Nos estamos refiriendo a las personas con discapacidad y a los Adultos Mayores, cuyo número en América Latina está creciendo rápidamente y no encuentran la protección necesaria de los Estados,

* Abogada, especializada en Seguridad Social; desarrolla su labor en la Secretaría de Seguridad Social, en la que integra el cuerpo permanente técnico-profesional en la materia.

Es además diplomada egresada de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social e investigadora articulista en cuestiones previsionales y de la seguridad social en general; con especialización en la temática integral de la discapacidad, habiendo profundizado estudios a nivel internacional en los “servicios sociales”, cuestión de impacto mundial en la última década.

En los últimos años ha obtenido el título de Master Universitario en Dirección y Gestión de los Servicios Sociales, carrera de la Universidad de Alcalá de Henares (España) y de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).

debido al precario desarrollo económico de la región. Ello torna la situación mucho más problemática y compleja que en los países desarrollados.

Por otra parte, el efecto expulsión que los procesos de readaptación de la seguridad social contributiva están produciendo, al endurecer los requisitos de acceso a los beneficios, aumenta el número de personas que quedan desprotegidas, lo que ha motivado que se reclame una mayor intensidad en la protección de los servicios sociales.

El documento que se pone a consideración pretende brindar, en su primera parte, una visión panorámica de los grupos más vulnerables y, por lo tanto, con dificultades para integrarse socialmente, que requieren del auxilio de los servicios sociales a los efectos de lograr una mejor calidad de vida.

Posteriormente, se analiza la experiencia de España con respecto a la organización y principales prestaciones que brinda.

A continuación, se focaliza la atención en los países del Cono Sur, haciendo hincapié en dos programas novedosos y muy ambiciosos, uno implementado en Brasil, denominado Hambre Cero, y el otro en Argentina, destinado a Jefes y Jefas de Hogar Desocupados. Ambos tienden a universalizar derechos sociales básicos como son la salud, alimentación, educación, capacitación, etc.

Finalmente, abordamos algunas prestaciones de servicios sociales en los hermanos países de Chile y Uruguay.

II. Consideraciones generales

Los servicios sociales son uno de los instrumentos que utilizan los Estados de Bienestar para materializar los derechos sociales de los ciudadanos.

En la práctica, hay resistencia a reconocer estos derechos porque son de difícil concreción y muy costosos.

La primera política social es la política económica, ya que el mero crecimiento económico no conlleva necesariamente menores niveles de pobreza o mayores índices de equidad. Las políticas fiscales por un lado, y el gasto social por otro, son los instrumentos que más condicionan los niveles de igualdad entre los miembros de un Estado. Inmediatamente a continuación vienen las políticas de las clásicas áreas del bienestar en cuanto a la protección social: pensiones, salud y educación. En ese contexto, los Servicios Sociales son llamados por ello “el cuarto pilar”.

La sociedad del siglo veintiuno tiene ante sí un nuevo “escenario” social que plantea a la vez que importantes retos, también enormes oportunidades para el progreso y el desarrollo libre de las personas:

- Cambios en las estructuras familiares y convivenciales, tanto a nivel estructural (reducción del número de personas por unidad familiar, crecimiento del número de familias monoparentales y unipersonales, etc.) como funcional (estructura más democrática dentro de la familia y participación de la mujer en el mundo laboral).
- Crecimiento del número de personas que necesitan mínimos vitales; aumento de los fenómenos de segregación social y espacial con el riesgo de dualización o ruptura de la cohesión social.
- Envejecimiento de la población, con el aumento del gasto social destinado a jubilaciones y el aumento de la longevidad que se relaciona asimismo con la menor natalidad.

Estos cambios están provocando una mayor exigencia ciudadana respecto a sus derechos básicos, una creciente demanda de servicios y prestaciones de apoyo y promoción de la familia, a las personas que requieren mayor solidaridad colectiva y una mayor calidad y transparencia en la gestión y utilidad de los fondos que son públicos. Podemos clasificar la “presión” social que reciben los servicios de protección social en cuatro grandes áreas:

- a) Mínimos vitales garantizados.
- b) Prestaciones ante situaciones de dependencia.
- c) Respuestas eficaces y de calidad que eviten la exclusión.
- d) Promoción de políticas activas de inclusión social.

Esta mayor y más exigente demanda se canaliza, principalmente, hacia los Servicios Sociales, los cuales requieren de más y mejores medios, pero, ante todo, de un nuevo enfoque que movilice e integre recursos de otros sistemas de atención, y que permita activar al máximo las potencialidades de las personas, las familias y la comunidad.

Además, este crecimiento de la demanda de Servicios Sociales básicos, viene en parte incrementado por las insuficientes respuestas de otros sectores más evolucionados del sistema de protección social:

empleo, salud, educación, vivienda y seguridad social, y, asimismo por una mayor exigencia ciudadana respecto de sus derechos sociales más básicos.

De igual manera, este “liderazgo” de los Servicios Sociales necesitará la coordinación de todos los recursos y posibilidades del Tercer Sector, cuya creación y desarrollo debe ser incentivada.

Los Servicios Sociales son un sistema de protección social, en el marco de las Políticas Sociales de los Estados, que atiende necesidades del conjunto de la población, ofreciendo prestaciones concretas a problemas y aspiraciones también concretas, relacionadas con la convivencia y la integración social. Al igual que los Sistemas Educativo, Sanitario o de Seguridad Social, el Sistema Público de Servicios Sociales fundamenta su personalidad en las necesidades específicas que atiende y en las prestaciones básicas que garantiza.

Podemos afirmar que en su recorrido histórico los Servicios Sociales Generales hunden sus raíces en los sistemas de beneficencia, tanto pública como privada, mientras que los Servicios Sociales específicos, especialmente de mayores y discapacitados, van a encontrarlas en los servicios y prestaciones de la Seguridad Social.

Discapacidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó, en 1980, una Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías en la que propuso una visión pluridimensional del fenómeno que ahora consideramos. Esta clasificación de las consecuencias de la enfermedad, se basa esencialmente en la siguiente secuencia:

ENFERMEDAD → DEFICIENCIA → DISCAPACIDAD → MINUSVALÍA

Constituye *deficiencia* toda pérdida sustancial o alteración de una función o estructura psicológica, fisiológica o anatómica.

Constituye *discapacidad* toda reducción, resultante de una deficiencia parcial o total, de la capacidad de realizar una actividad de una forma o dentro de los límites considerados normales para un ser humano.

Constituye *minusvalía* o desventaja social el perjuicio resultante de su deficiencia o discapacidad y que limita o impide el desarrollo de un papel considerado normal teniendo en cuenta la edad, el sexo y los factores socioculturales.

En 2001, la OMS mantiene ese enfoque en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIFDS), que sustituye a la anterior.

Toma como referencia positiva, la capacidad de funcionamiento del cuerpo, de la mente y del propio individuo. Al estado o situación alterada de ese funcionamiento lo denomina discapacidad.

Las dimensiones de la discapacidad son definidas por la CIFDS en estos términos:

- “Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.”
- “Limitaciones en la actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.”
- “Restricciones en la participación son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.”

Veamos cómo se aplican estos conceptos a un caso concreto: Carlos V, en el momento de iniciar su retiro, mediante la abdicación en su hijo Felipe del gobierno de sus Estados de Flandes (Bruselas, 1555), presentaba el siguiente cuadro:

La integridad física y funcional del emperador estaba alterada por varias deficiencias. Padecía de gota, enfermedad metabólica que le producía problemas graves en las articulaciones de las extremidades superiores e inferiores. Padecía de bulimia, lo que contribuiría al padecimiento gotoso. Estaba afectado, asimismo, por una alteración urológica que le dificultaba la micción. Y es posible que no hubiera superado del todo los síntomas depresivos que se le manifestaron agudamente tras los reveses militares de Innsbruck y Metz, en 1552.

Tales deficiencias causaban a Carlos V importantes limitaciones y restricciones en su actividad y su participación en la vida colectiva. La gota le dificultaba y, en los episodios de crisis, le impedía actividades tan básicas como caminar o servirse de sus manos. Su enfermedad urinaria era también un factor limitativo en cuanto que le hacía depender de sondajes –que se practicaba él mismo. En cuanto a las restricciones de su participación, no cabe mayor que la renuncia a sus magistraturas. La conciencia histórica ha venido imputando su jubilación anticipada –55 años– a la gota, pero no debe desdeñarse el papel que pudieron tener en la misma sus deficiencias de origen mental.

Integración social

Las diferencias de moralidad, como también las físicas, y las de inteligencia, y en general todas las que indudablemente hay entre los hombres, son desigualdades entre seres que, no obstante, coinciden en poseer la dignidad de la persona humana y que tienen, por tanto, una profunda igualdad natural.³

El Papa Juan Pablo II, con motivo de la celebración del Año Santo y en una ceremonia por el Jubileo de los Discapacitados, hizo un llamado a los políticos para que defiendan la dignidad de los discapacitados y para que “hagan más” por ellos.

“A los que tienen responsabilidades políticas –dijo en su homilía– quisiera pedirles que operen para que estén aseguradas condiciones de vida y oportunidad tales que la dignidad de los discapacitados sea efectivamente reconocida y protegida.

Es una sociedad rica en conocimientos científicos y técnicos –agregó– es posible y necesario hacer más desde la investigación biomédica para prevenir la discapacidad hasta la terapia, la asistencia, la rehabilitación y la nueva integración social.”⁴

Las políticas sociales deben dirigirse a conseguir la integración plena de las personas con discapacidad en la sociedad, como lograr la participación social y la aceptación de la discapacidad. De igual manera, deben hacer hincapié en la accesibilidad entendida en el sentido más amplio, al medio físico (urbanística y arquitectónica), a las comunicaciones, educación, sanidad, empleo, servicios sociales, vivienda, ocio, etc.

El experto español Miguel Ángel Verdugo Alonso, trabaja con el psicólogo estadounidense Robert Schalock, con quien elaboró un nuevo paradigma o modelo teórico para mejorar la integración de las personas con discapacidad en la sociedad. Este paradigma se conoce como “de los apoyos” y se fundamenta en no atribuir la discapacidad sólo al individuo, sino que debemos tener en cuenta que depende mucho del ambiente. Es decir que a la discapacidad no hay que entenderla como una patología, sino como una limitación que exige modificaciones del medio.

Por eso, muchas de las actuaciones profesionales y de las políticas sociales son modificaciones ambientales. Este es un modelo de

³ Juan Pablo II (1981). Encíclica “Laboren Exersens” documento de la Santa Sede del 4 de marzo de 1981.

⁴ Juan Pablo II, citado en diario *La Nación*, 4 de diciembre de 2000.

intervención interdisciplinar, ya que es necesario que todos los actores sociales defiendan una sociedad accesible para todos. Por ejemplo, es necesario que haya arquitectos que diseñen tanto para una mujer embarazada como para un chico que es ciego; médicos que acepten una terapia no sólo rehabilitadora y educadores que organicen una propuesta escolar para alumnos con capacidades diferentes.

Hay que tener en cuenta todos los ambientes donde se sitúa el individuo: el personal, el organizacional y la macroestructura social. Centrar nuestra mirada en los derechos que tiene la persona a llevar una adecuada calidad de vida, una estructura que va desde lo personal, hacia la organización familiar, educativa, laboral, social, etcétera.

Según el paradigma de apoyos, no es tan importante crear centros y servicios, como sí estructuras de apoyo continuas altamente individualizadas.

Exige trabajar con la comunidad, estudiar a la persona con discapacidad en su medio natural, familiar, laboral y vecinal, y no hacer la intervención desde la escuela integradora o desde el centro terapéutico.

Por ejemplo, un apoyo continuo sería que una persona sorda salga de su casa, vaya a la universidad, a su trabajo y pueda realizar todas sus tareas sin la minusvalía (barreras sociales) que le genera el entorno.

También postula este paradigma que hay que contar con políticas sociales que desarrollen los servicios y que faciliten la formación de los profesionales. Deben apoyar y distribuir recursos de acuerdo con este tipo de principios para que puedan llevarse a cabo. Las políticas son determinantes cuando marcan las orientaciones, las directrices y los modos de entender el trabajo. Hay que aceptar que la escasez de los recursos y su distribución, obligan a modificaciones en su instrumentación.⁵

Familia y Discapacidad

La familia continúa siendo, universalmente, la institución capacitada para contener afectivamente al ser humano y contribuir a su formación y a su desarrollo emocional. Es la mejor escuela de educa-

⁵ Reportaje al Director del Master en Integración de Personas con Discapacidad y del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), ambos de la Universidad de Salamanca, diario *La Nación* 5 de agosto de 2001.

ción y de afecto, el primer lugar donde se enseña a querer, el ámbito en el que se viven las primeras experiencias de amor. Por cierto, esto no significa alentar una concepción puramente idílica: la sustancia de los vínculos familiares reposa muchas veces sobre el dolor, la injusticia, el sufrimiento o la discriminación.

La Constitución Nacional de la República Argentina, en la tercera parte del artículo 14 bis refiere a la protección integral de la familia mediante el acceso “a una vivienda digna”, o a la “compensación económica familiar” que se traduce en el derecho a recibir determinadas prestaciones, que más allá de la retribución por el trabajo, se destinan a sufragar la subsistencia de parientes del trabajador que están a su cargo y para los cuales tiene obligación alimentaria. La forma más común es el salario familiar o asignación familiar; en la actualidad, el correspondiente a hijo con discapacidad duplica el monto en relación con los demás hijos.⁶

La llegada a una familia de un hijo que padece una discapacidad constituye generalmente un golpe duro para la autoestima de los padres, que aspiran –con razón– a ser comunicadores de la vida y a que ésta sea lo más cercana posible a la perfección, anhelo que a veces bordea el narcisismo. Es un golpe duro también para los demás hijos, que afrontan con desconcierto y desconocimiento el advenimiento al hogar de un niño que en principio se presenta como diferente.

Se han hecho progresos en los últimos años en el camino hacia la aceptación y la integración plena del ser humano diferente, tanto en la familia como en la sociedad, pero todavía queda un largo camino por recorrer.

Cuando un ser afectado por discapacidades descubre que es aceptado por su familia y la sociedad, evoluciona favorablemente, cualquiera que sea su disminución.

No hay ninguna duda de que la familia se revoluciona cuando la visita la discapacidad, sea por nacimiento o sobreviniente. Pero esa revolución no es –como podría pensarse– la del rechazo eventual o la del temor, sino la de buscar nuevos caminos para que las personas diferentes sean aceptadas e integradas plenamente en los distintos ámbitos de la comunidad. Es un deber que el cuerpo social no puede ni

⁶ Bidart Campos, Germán. *Manual de la Constitución Reformada*, Buenos Aires, EDIAR, tomo II, pág. 247.

debe eludir. Es necesario fortalecer las instituciones capaces de trabajar positivamente en esa dirección y promover actitudes superadoras de antiguos prejuicios, a fin de que se extienda en la sociedad el reconocimiento de que la diferencia no debe ser vista como un baldón sino como un desafío.⁷

La progresiva superación de los prejuicios, que durante tanto tiempo levantaron barreras psicológicas casi infranqueables entre las personas con alguna discapacidad psíquica o física y el resto de la sociedad, llena uno de los capítulos más fecundos de la lucha que la humanidad ha librado por la consolidación de los derechos humanos. Cuanto se haga para desterrar los resabios de discriminación que todavía subsisten, debe ser celebrado como un paso más hacia la construcción de una sociedad más humana y solidaria.⁸ Enorme contribución han realizado en este sentido los Organismos Internacionales

Disminuidos psíquicos

Durante la realización del 1º Congreso Latinoamericano y Argentino de Discapacidad y Pediatría desarrollado en Buenos Aires en el mes de junio de 2001 se afirmó que: alrededor del 50% de la discapacidad infantil tiene causas genéticas. Hoy se conocen algunos genes, que pueden predisponer para defectos en el cierre del tubo neural (futuro sistema nervioso del bebe), uno de ellos, se vincula con el metabolismo del ácido fólico, por eso la suplementación previene el 50 a 55% de los defectos, pero no la totalidad. Sin embargo, existen otras causas ambientales que pueden desembocar en la misma patología, por ejemplo, inadecuada nutrición, exposición a tóxicos, a infecciones, etc.

La genética, contribuye con mejores tratamientos para discapacidades, porque se conoce como se producen algunas patologías y se puede intervenir con métodos innovadores.

Pero al margen de la genética, igual se puede hacer mucho por la salud de los niños, como por ejemplo, controlar algunos factores que causan discapacidad: los accidentes; las infecciones, que dejan secuelas; una buena atención prenatal y del parto; la vacunación adecuada de la mamá para prevenir el síndrome de rubéola congénita; una alimentación ma-

⁷ Diario *La Nación*, 25 de febrero de 2001.

⁸ Diario *La Nación*, 30 de septiembre de 2001.

terna suficiente para evitar el bajo peso, que es causa de discapacidad. No hay que olvidarse que la minusvalía está definida socialmente, no biológicamente. Las personas con discapacidad nos dicen que sus principales dificultades derivan de las trabas que les pone la sociedad para integrarse. Ahí hay elementos de prevención: promover la aceptación de las diferencias, combatir los prejuicios y la discriminación.⁹

De los aproximadamente tres millones de personas con discapacidad que viven en Argentina, la tercera parte —es decir, un millón— son bebés, niños y adolescentes de hasta 15 años. Pero de esa cifra global, sólo un 10% (es decir 300.000) accede a los servicios especiales de educación y salud.

El abanico de discapacidades es enorme. La nueva clasificación que le reserva la Organización Mundial de la Salud (OMS) supone una larguísima lista en la que el denominador común, y por ende, lo que define una discapacidad, es que esté afectada una función: mental, sensorial, del habla, de los distintos sistemas del organismo, del movimiento, y que eso repercuta desfavorablemente en las actividades cotidianas.

En el área de discapacidad, prácticamente toda la población es insolvente si se tienen en cuenta los recursos que exige y los años de tratamiento. Por eso es fundamental, que las políticas sociales puedan hacerse cargo.

Hay un porcentaje de niños y adultos con discapacidad que no acceden a la atención; en el Congreso Latinoamericano que estamos comentando revelaron un dato que puede ser ilustrativo, únicamente el 4,1% de los hospitales del país tiene servicios de rehabilitación psicofísica. Eso demuestra, la poca trascendencia de la discapacidad dentro del sistema de salud.¹⁰

Sordos

Las personas sordas poseen características propias, que hacen que la experiencia visual desarrolle un papel predominante. Conforman una minoría social que enfrenta múltiples barreras de comuni-

⁹ Entrevista al Dr. Víctor Penchaszadeh – Jefe del Departamento de Genética del Hospital Beth Israel de Nueva York, en el diario *La Nación*, 14 de junio de 2001.

¹⁰ Reportaje a los Secretarios del I Congreso Latinoamericano y Argentino de Discapacidad y Pediatría, diario *La Nación*, 14 de junio de 2001.

cación, lo que ha motivado que desarrollen una lengua propia, la lengua de signos, que tengan una forma especial de relacionarse, al igual que comportamientos y valores culturales que dan lugar a la comunidad sorda.

El inicio de la sordera es una de las variables determinantes, no es lo mismo perder la audición antes que después de haber adquirido la Lengua Oral. De acuerdo a ello, podemos calificarlos en:

- Prelocutivos: Sordera antes de la adquisición del habla.
- Postlocutivos: Sordera después de la adquisición del habla.

Desde un punto de vista educativo, las estrategias ante una persona sorda prelocutiva y postlocutiva varían en algunos aspectos. En el primer caso habrá que poner en marcha un programa para el aprendizaje de la Lengua Oral. En cambio, ante la persona sorda postlocutiva, la intervención se basará en proporcionarle estrategias que le permitan conservar y controlar lo adquirido apoyándose en la lectura, instrumento que enriquecerá su propio Lenguaje, y poniendo especial atención a las repercusiones socio-afectivas que la sordera suponga.

La detección precoz de la sordera es fundamental, por cuanto permite una adaptación protésica temprana, así como una intervención educativa y social basada en los aspectos más significativos del desarrollo de la propia persona sorda.

En el caso de pérdidas leves o moderadas, la detección puede retrasarse incluso hasta la etapa escolar. Este tipo de pérdidas se manifiesta mediante problemas de atención o alteraciones emocionales.

Una observación atenta de las reacciones de los alumnos puede facilitar un mejor conocimiento de éstos, sospechar una sordera y tomar medidas que corrijan a tiempo el riesgo de los problemas escolares.

No es lo mismo quedarse sordo por razones hereditarias que por motivo de la rubéola, meningitis, incompatibilidad del factor Rh, ya que en estos últimos casos puede haber otras deficiencias asociadas: visuales, motoras, cognitivas.

La pérdida auditiva no guarda relación con la deficiencia mental. Al igual que los oyentes, hay personas sordas con inteligencia normal, alta o baja.

Generalmente, para entender las características de las personas sordas se parte de comparaciones entre éstas y las personas oyentes, y las diferencias se interpretan como carencias de las personas sordas.

El niño oyente, cuando nace, adquiere la Lengua Oral de forma natural, pero en el caso de los niños y niñas sordos, este proceso de adquisición natural no se da, sino que es necesario un aprendizaje artificial mediante un proceso de enseñanza sistemática. Sin embargo, sí adquieren la Lengua de Signos de forma natural. Normalmente los niños sordos nacen e inician su desarrollo en un contexto que no está preparado para dar respuesta a sus necesidades (la primera de ellas, adquisición de forma natural de una Lengua para comunicar y relacionarse afectivamente), provocando con ello un retraso en su desarrollo. Si el desarrollo lingüístico se ve alterado, afectará todo el desarrollo de la identidad personal, dificultando la integración en la sociedad y la inserción laboral.

La mayor necesidad de las personas sordas es la ruptura de las barreras de comunicación. El primer paso es una transformación del sistema educativo, adaptándolo a las necesidades reales de las personas sordas, de manera que el centro de atención no está en el aprendizaje del habla. La educación oralista que se ha venido impartiendo ha provocado resultados que van desde la dificultad de adquirir la información necesaria para el desarrollo cognitivo, hasta problemas en el desarrollo emocional y afectivo. A la vez, es necesario informar y sensibilizar al conjunto de la sociedad sobre la problemática de las Barreras de Comunicación con el fin de que reconozca y acepte las características de las personas sordas.

Por ello, es fundamental procurar un acceso eficaz a la información general. En la actualidad los medios de comunicación (televisión, radio, prensa...) son casi inaccesibles para las personas sordas.

Otra necesidad prioritaria es el desarrollo de la autonomía personal, para lo que pueden jugar un importante papel las nuevas tecnologías. Es necesario influir para que en el desarrollo de estas tecnologías se facilite el acceso a ellas de las personas sordas, tanto para ayudar a su integración laboral como para la mejora de su calidad de vida en general.

Por último, como cuestión esencial, está la adaptación de los servicios públicos y/o privados a las necesidades de las personas sordas, con el fin de que éstas mejoren su autonomía personal.

El objetivo primordial de la educación de las personas sordas es la integración social y laboral, que sean felices, que estén ajustados personal y emocionalmente, por lo que adquiere mayor relevancia elegir la opción educativa más adecuada.

Un error frecuente es considerar a la persona sorda como un oyente más. Por muy integrado que esté el niño sordo, inevitablemente, sigue siendo sordo. Padece una carencia informativa que puede hacerse abismal a poco que nos descuidemos, necesita que se le dirija a él la información, necesita que se le expliquen muchos conceptos que el oyente asimila inconscientemente.

Con demasiada frecuencia, el entorno familiar y escolar del niño sordo que acude a la escuela, le obliga a ser “lo menos sordo posible”. La lamentable falta de recursos y la escasa información por parte de la mayoría de los padres y profesores suele suplirse forzando la adaptación del niño a la Escuela, cuando uno de los principios básicos de la integración es la adaptación de la Escuela a las necesidades educativas especiales, a la diversidad de todos y cada uno de los niños que acoge.

El Profesor de Aula ordinaria necesita una preparación mínima con respecto al niño sordo. Necesita saber cómo es, cómo aprende, en qué consisten sus estrategias de aprendizaje, para así poder proporcionarle la atención que precisa.

El niño sordo va a necesitar un doble esfuerzo: trabajo específico de Lenguaje y de los contenidos.

Las personas sordas, por lo general, presentan niveles bajos en Lecto-escritura. También presentan problemas de soledad, aislamiento, falta de experiencias, trastornos de comunicación, pobre conocimiento del mundo que les rodea. Si a las personas sordas se les enseña exclusivamente la Lengua Oral, los resultados son insatisfactorios.

Para la mayoría de las personas sordas la Lengua Oral resulta complicadísima, es para ellos un “idioma extranjero”, añadiendo asimismo las graves dificultades que tienen con los verbos. Efectivamente, no oyendo el Lenguaje, se trata de una tarea más que ardua.

Las personas sordas tienen tendencia a memorizar sin comprender apenas lo que están leyendo. Tienden a reducir letras (una o varias) en una palabra; a veces, les resulta difícil diferenciar entre un verbo y un sustantivo; suprimen conjunciones, preposiciones, artículos, utilizan frases sencillas y breves; su nivel cultural lamentablemente es bajo; se les escapan muchas cosas que deberían saber;

pierden muchísima información que podría ser relevante para su formación; resulta también difícil que una persona sorda exprese sus ideas por escrito así como comprender lo que lee.

La lectura es una de las pocas fuentes de información al alcance de las personas sordas, pero también es uno de los mayores problemas que las afectan. Saben leer, pero una cosa es la lectura mecánica y otra muy diferente la comprensiva. Carecen de la competencia lingüística necesaria para comprender el sentido de cualquier frase.

Las personas sordas conforman un grupo sociocultural con unas actitudes, valores, estructuras sociales y lengua propias. La diferencia entre sordos y oyentes nada tiene que ver con la mejor o peor audición. En este sentido se está empezando a hablar, en determinados países europeos y latinoamericanos, de un movimiento de ruptura entre la educación de las personas sordas y la Educación Especial. Una de las razones es el no reconocimiento de ciertas características particulares, como son la Lengua de Signos, la Cultura Sorda, Identidad Sorda, Comunidad Sorda, etc. Por este motivo, ha surgido una nueva corriente educativa denominada “modalidad bilingüe-bicultural”.

Se dice que una persona sorda es bilingüe si es capaz de utilizar fluidamente la Lengua de Signos, y es capaz de leer y escribir, y, dependiendo de los casos, hablar. La Lengua de Signos es la primera lengua que debe ser adquirida en edades tempranas por los niños y niñas sordos, y la lengua oral debe ser considerada como segunda lengua y aprendida y de más fácil acceso, siempre y cuando se parta de una lengua natural, en este caso, la Lengua de Signos. En este sentido, las opciones bilingües parten de una premisa fundamental: ser competente en una lengua favorece el aprendizaje de otras. Si posibilitamos en el niño sordo el desarrollo de la competencia lingüística, comunicativa y cognitiva, a través de la Lengua de Signos, será más fácil construir sobre esta competencia inicial una segunda competencia lingüística.

El papel de la familia es primordial para el desarrollo posterior del niño sordo. El primer paso y fundamental es la aceptación de la sordera. Los padres y madres deben tomar conciencia de que la sordera es irreversible y que el oído no es algo que se pueda arreglar, y no caer en el error de considerar al niño como un oyente más, y no obligarle a ser lo menos sordo posible.

Es muy importante el apoyo emocional que se puede trabajar en dinámica de grupos y técnicas de asesoramiento a familias; tranquilizar a los padres y madres y transmitirles la sensación de que no están solos y no proporcionarles más información que la que ellos mismos necesitan.

Es fundamental enseñar a los padres y madres diversas estrategias de comunicación visual: cómo llamar la atención de sus hijos e hijas sordos, cómo iniciar y mantener el contacto visual, cómo solventar los problemas de la atención dividida. Por ejemplo:

La llamada directa; la llamada a distancia: golpear el suelo, golpear un mueble, encender y apagar la luz, uso de los reflejos y las sombras, mover las manos; colocarse al mismo nivel del niño; tocar al niño siempre con un propósito.

La carencia auditiva permanente es un serio problema que afecta al menos a un niño entre mil. El test con valoración y medidas de actuación posterior, funciona positivamente si se comienza a hacer en los primeros meses de vida del bebé. Así, tiene la posibilidad de que mejoren mucho la calidad de vida y las oportunidades para estos niños afectados.

En la primera infancia y a lo largo de la edad escolar, es necesario establecer programas de control del estado de audición en el niño, puesto que muchos problemas del habla y del lenguaje, problemas emocionales y de la conducta, problemas de aprendizaje, retraso y fracaso escolar, etc., son atribuidos a muy distintas causas, sin reparar que el origen de los mismos puede radicar en una sordera.

Audífonos y ayudas técnicas especiales para personas sordas

La prótesis auditiva o audífono es una ayuda protésica para las personas sordas. En ningún caso se trata de un elemento que devuelva la audición como por “milagro”, pues simplemente mejora la situación de la persona sorda. Se trata de un recurso primario para el desarrollo del niño sordo, para su formación personal, cultural y profesional, y es un elemento que permite cierto tipo de relaciones comunicativas orales con el entorno.

Las ayudas técnicas resultan necesarias para las personas sordas, ya que resuelven uno de los grandes problemas de comunicación y de acceso a la información. Realizar actividades tan habituales como hablar por teléfono, oír el timbre de la puerta, despertarse a la hora

adecuada, que solían resultarles muy difíciles y problemáticas, ya es posible desarrollarlas gracias a la tecnología moderna. De esta manera, las personas sordas pueden disfrutar de una vida más independiente. Podremos desglosar las Ayudas Técnicas en tres tipos:

- a) Los teléfonos de texto: se trata de una terminal con datos, un teclado y una pantalla, en el que las personas sordas usuarias pueden establecer diálogo mediante los correspondientes textos escritos a través de la red telefónica y que el receptor visualiza en su propia pantalla.

Y como los avances de la tecnología y las telecomunicaciones no parecen tener límites, han ido apareciendo otros medios como la videoconferencia y el videoteléfono, Internet y el correo electrónico.

Las posibilidades de las nuevas tecnologías y la sociedad de la información, seguirán incidiendo positivamente en la supresión de las Barreras de Comunicación de las personas sordas.

- b) Dispositivos visuales: Son medios técnicos que ayudan a las personas sordas a superar las Barreras de Comunicación en diferentes lugares (hogar, escuela, trabajo) y que además contribuyen decisivamente a mejorar su calidad de vida; por ejemplo:

- Timbres luminosos: Se conecta a las luces de la casa de modo que cuando alguien llama, éstas se encienden y se apagan intermitentemente.
- Timbres de teléfono: en el momento que suena el teléfono se enciende la luz especialmente adaptada al efecto.
- Despertadores: Se les adapta un mecanismo especial para despertar a las personas sordas. Son de dos tipos: luminosos y vibratorios.
- Intercomunicadores: Sirven para alertar a las personas sordas sobre hechos que se producen cerca de ella pero fuera del alcance de su vista, por ejemplo, el llanto de un bebé o una persona enferma.

- c) Medios de Comunicación: Televisión y Cine: La emisión de programas subtítulos por el Teletexto de la Televisión, es una fórmula de hacer la televisión accesible a las personas sordas,

aunque no la única, en muchas ocasiones requieren la lengua de signos por su baja comprensión o velocidad en la lectura.

En lo que refiere al empleo, hasta mediados de la década de los noventa, las personas sordas estaban relegadas a ocupar puestos de trabajo en los que primaba la habilidad viso-manual (por ejemplo carpintería, profesiones artísticas, diseño gráfico, etc.) Posiblemente los ámbitos profesionales que más han destacado en la inserción laboral de las personas sordas sean el campo de las Nuevas Tecnologías (fundamentalmente Informática) y en los nuevos yacimientos de empleo ligados al movimiento asociativo de las personas sordas (profesores de Lengua de Signos, asesores Educativos sordos, Investigadores de Lengua de Signos, etc.).

Sin embargo, debido a que el nivel formativo y la calidad educativa sigue teniendo fuertes carencias, las personas sordas siguen desarrollando en su mayoría empleos de baja cualificación.

Ciegos

De acuerdo a datos de la OMS hay en el mundo alrededor de 38 millones de personas con ceguera. La prevalencia global de ceguera en el mundo es del 0.7%, con una variación entre el 0.3%, en las Economías de Mercado Establecidas y las antiguas Economías Socialistas de Europa, y el 1.4%, para el África Subsahariana .

Se ha podido establecer una estimación global de la extensión de la baja visión, situándola en torno a 110 millones de personas (en una relación de tres personas con baja visión por cada persona con ceguera).

En consecuencia, estos datos apuntarían a que actualmente el número de personas en el mundo con problemas graves de visión podría superar los 150 millones.

Para el conjunto de zonas, las “Cataratas” son la principal causa de la ceguera, con un 41.8%; correspondiendo en su mayoría, y con una alta probabilidad, a cataratas susceptibles de intervención y curación. En segundo lugar aparece el “Tracoma”, con aproximadamente el 15.5%, seguido del “Glaucoma” con un 13.5%.

Otras causas son la Retinopatía diabética y la Degeneración macular asociada a la edad.

Las cataratas son resultado del progresivo endurecimiento y opacidad del cristalino, provocando una visión borrosa.

El glaucoma se caracteriza por un aumento de la presión intraocular causada por la acumulación excesiva de humor acuoso en el interior del ojo. Esta presión causa la pérdida de células en el nervio óptico y daños en la retina, afectando a la visión periférica o lateral.

El tracoma consiste en una conjuntivitis crónica provocada por una infección ocular y cuyo resultado final es la destrucción de la córnea.

La degeneración macular asociada a la edad: La mácula, es la parte central de la retina que permite ver los colores y los detalles de los objetos, puede verse sometida a cambios degenerativos asociados al envejecimiento, con la consiguiente pérdida o reducción de la visión central, de la agudeza visual y, en algún grado, de la visión del color.

La retinopatía diabética, es una enfermedad de la retina asociada a la diabetes en su estadio avanzado. En esta fase de la diabetes se producen hemorragias en los vasos sanguíneos de la retina y la formación de nuevos vasos, lo que provoca que el humor vítreo se vuelva turbio o lleno de manchas, con zonas en que la visión queda tapada. La visión se hace borrosa.

Los diferentes estudios realizados desde hace décadas, señalan claramente que el número de personas con problemas visuales aumenta y lo seguirá haciendo durante los próximos años.

Factores tales como el incremento de la población general, principalmente entre los países en vías de desarrollo, el envejecimiento de la población y la dificultad de acceso a los servicios sanitarios están influyendo en esta tendencia, y con seguridad lo harán durante las próximas décadas

No obstante, los avances en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las principales causas de ceguera, son quizás el factor más importante que puede empezar a sugerir una disminución de los problemas graves de visión entre la población de algunas zonas industrializadas.

Algunos de los principales avances que pueden incidir en este sentido son, por ejemplo: La cobertura por los sistemas de salud de las intervenciones en cataratas; la disminución de la retinopatía diabética como resultado de un mejor control de la diabetes; la identificación de genes para ciertos tipos de retinitis pigmentosa, glaucoma,

diabetes juvenil y degeneración macular están facilitando su detección temprana y tratamiento eficaz.¹¹

Las deficiencias en general, y la ceguera en particular, generaron durante mucho tiempo incomprensión, prejuicios, y en forma más o menos patente fueron causa de discriminación social, en ocasiones incluso, de rechazo y abandono.

El estallido de la conciencia social que se produce al terminar la Segunda Guerra Mundial, llevó a la creación, en Estados Unidos primero, y en Europa después, de programas sistematizados de entrenamiento en autonomía personal (movilidad con bastón blanco y habilidades de la vida diaria). Dirigidos en principio a los ex combatientes ciegos, estos programas se extendieron, en los años sesenta, a adultos y niños.

Fundamentalmente entre los años setenta y ochenta, se promueven en diferentes países las leyes de integración de las personas con deficiencias, con una especial repercusión en la educación, donde se incorpora el principio de escolarización de estos alumnos en los centros ordinarios, aunque en un primer momento la integración era segregada, porque se daba fuera del entorno del aula para no interferir con el grupo “normal”.

Desde las perspectivas actuales, las necesidades educativas se conciben como un resultado de la interacción entre variables del propio alumno, el aula, el centro, la familia, la comunidad, etc. y no exclusivamente de su ceguera o deficiencia visual. Con este enfoque, deben ser el currículo, el centro y el aula los que se reestructuren y acomoden para responder a sus necesidades específicas.

Sordoceguera

La sordoceguera es una discapacidad que resulta de la combinación de dos deficiencias sensoriales (visual y auditiva), que genera en las personas que la padecen problemas de comunicación únicos y necesidades especiales derivadas de la dificultad para percibir de manera global, conocer, y por tanto, interesarse y desenvolverse en su entorno.

Algunas personas sordociegas son totalmente sordas y ciegas, mientras que otras tienen restos auditivos y/o visuales. En todo caso, el efecto de incomunicación y desconexión con el mundo que produce la combinación de las dos deficiencias es tal, que la persona sordociega

tiene graves dificultades para acceder a la información, a la educación, a la capacitación profesional, al trabajo, a la vida social y a las actividades culturales.

En el caso de las personas sordociegas de nacimiento, o de las que adquieren la sordoceguera a temprana edad, la situación se complica por el hecho de que pueden darse problemas adicionales que afecten su personalidad o conducta. Tales complicaciones reducen aún más sus posibilidades de aprovechar cualquier resto visual o auditivo.

La población sordociega puede dividirse en cuatro grandes grupos: con sordoceguera congénita; con deficiencia auditiva congénita y una pérdida de visión adquirida; con una deficiencia visual congénita y una pérdida de audición adquirida; nacidas sin deficiencias visuales ni auditivas y que sufren una pérdida de audición y de visión durante el transcurso de la vida.

Cuando es congénita, hay que construir el mundo en la mente del niño. En el caso de la sordoceguera adquirida, la labor es reconstruir de nuevo un mundo ya reconocido, pues han tenido experiencias visuales y/o auditivas y adquirido un bagaje de conocimientos, y tienen una clara conciencia de la pérdida sensorial, ya que han perdido el sentido en el que se estaban apoyando antes, o bien, han perdido ambos a la vez.

La sordoceguera afecta al conocimiento inmediato de lo que ocurre alrededor (no se “ve” el entorno) y limita la interacción emocional, física e intelectual del individuo con su entorno.

A ello debemos añadir que no se capta tampoco “lo que se dice” a nuestro alrededor. Se plantean, pues, barreras de comunicación y de movilidad cuya severidad depende, entre otros factores, del grado de deterioro visual y auditivo.

La mayoría de las personas sordociegas poseen restos sensoriales en al menos uno de los dos sentidos, por lo que pueden aprovechar hábilmente estos restos mediante un buen entrenamiento y la utilización de ayudas ópticas y/o auditivas.

Cuando ya no es posible utilizar ninguno de los dos canales necesitará aprender nuevos sistemas. La alternativa consiste en la utilización de las manos como canal receptivo de los mensajes que le deseamos transmitir. Esta es la clave de su aprendizaje, de la adquisición de conocimientos y del acceso a los demás.

El sentido del tacto, con el soporte de los demás sentidos y los recursos interiores, es el medio para reemplazar la vista y el oído, es

decir, que tiene que aprender a comprender el mundo y adaptarse a él “viendo y oyendo” a través de su sentido del tacto.

El acceso a la cultura queda franqueado por el alfabeto Braille, cuyo importantísimo papel en el aprendizaje de la lectoescritura y el acceso a la información para las personas ciegas todos conocemos.

Aún con el mejor entrenamiento y desarrollo de todas sus habilidades, la persona sordociega sigue viviendo en un mundo que social y culturalmente está fuera de su alcance en muchas situaciones, especialmente cuando el medio no le ofrece la oportunidad de comprenderlo e integrarse en él, cosa que ocurre con frecuencia.

Los sordociegos, para superar estas barreras, necesitan “los ojos y los oídos” de quienes los rodean: los de familiares y amigos desempeñan a veces este papel, pero es muy importante que puedan disponer de personas entrenadas para realizar esta función. De esta necesidad surgen las figuras del mediador y del guía-intérprete, que son el nexo entre la persona sordociega y el contexto. Su papel es muy importante en los programas educativos y de formación para niños y jóvenes y son también, la base de la integración social y cultural de los adultos, permitiéndoles realizar iniciativas y acciones por sí mismos.

Personas mayores

La sociedad romana consideraba que a partir de los sesenta años se accedía a la tercera edad, y que la misma excusaba de ciertos trabajos fuertes. En las sociedades contemporáneas se conviene mayoritariamente en situar esa frontera en los sesenta y cinco años. Es una edad de referencia para la jubilación y para la concesión de diversos honores y privilegios —o discriminaciones positivas, como ahora gusta decir—, por ejemplo, en la prestación farmacéutica de la Seguridad Social, en el acceso a recintos culturales, en las tarifas de ciertos transportes, etc. Cabe asumir que estas medidas de reconocimiento o benevolencia social en favor de las personas mayores se programan teniendo en consideración ciertos datos biográficos: determinada edad y/o la jubilación, lo mismo ocurre en cuanto a ciertas actividades socioculturales (aulas de tercera edad, clubes y hogares, turismo, etc.). Pero el fundamento técnico de las actividades especializadas de servicios sociales no es la edad avanzada en cuanto tal, sino el envejecimiento.

El hombre es un ser evolutivo que se acerca a la decadencia física y psíquica en la etapa del envejecimiento; incluso cuando transcurre con normalidad, la pérdida de facultades físicas es muy evidente. La pérdida de las facultades psíquicas, se enmascara a veces por el rico bagaje de conocimientos y madurez de juicio que se adquieren en el curso de la vida, pero también es evidente la decadencia en esta faceta: fallas en la memoria, declive de la afectividad, debilitamiento de la voluntad y estancamiento de la inteligencia.

La mera pérdida de facultades que lleva consigo el envejecimiento normal llega a producir efectos equivalentes a los de las deficiencias. Así, la debilidad muscular y la cardiorrespiratoria pueden dar lugar a una limitación grave en una actividad tan básica como la ambulatoria. De ella se derivan, a su vez, restricciones en la participación. Es justo decir, en todo caso, que éstas no tendrán un significado tan grave como si ocurren en personas de menor edad, por dos circunstancias: el decaimiento de intereses que es frecuente en los procesos de envejecimiento y la exoneración de obligaciones sociales que confiere el estatus de persona de edad avanzada.

El envejecimiento que cursa de modo normal, va acompañado de un riesgo mayor de ciertas enfermedades y accidentes y, en su caso, de las deficiencias derivadas de ellas. Cuando éstas llegan a producirse, el envejecimiento se acentúa y/o acelera. Sirven como ejemplo elocuente las enfermedades de Parkinson y de Alzheimer.

En ciertos casos, enfermedades y deficiencias envejecedoras se producen –no siempre de manera evidente– antes de la edad umbral de la vejez, en cuyo caso cabe hablar de un envejecimiento prematuro o patológico.

El envejecimiento, como la discapacidad, plantea necesidades y aspiraciones en varios frentes. En el orden de la salud, debemos recordar que la conveniencia de diagnosticar tempranamente las alteraciones, está particularmente indicada en las personas mayores, especialmente para aquellas alteraciones que demoran los síntomas sensibles para el afectado (hipertensión y cáncer, por ejemplo). También es una necesidad específica de la edad avanzada cuidar con criterio de prevención las enfermedades susceptibles de generar crisis graves (infartos, pérdidas de riego sanguíneo en extremidades inferiores que desembocan en su amputación). La función rehabilitadora tiene un papel importante en la edad avanzada y merecen especial mención los recursos ortoprotésicos.

En el orden asistencial, es ocioso ponderar la importancia de los cuidados geriátricos, entre ellos el termalismo, salvo que no es un recurso exclusivamente geriátrico.

El estatus social de las personas mayores comporta usualmente el cese de sus obligaciones educativas y laborales, pero resulta muy indicado posibilitar y promover las actividades culturales, ocupacionales y recreativas de las mismas. Dichas actividades también tienen un sentido preventivo en relación al envejecimiento. Por otra parte, son muy estimables determinados aportes de los mayores en la transferencia de conocimientos, en la integración familiar, en la ayuda mutua, etc.

En cuanto al entorno físico, son bien conocidas las demandas de accesibilidad, supresión de barreras, que plantea la población mayor, por la frecuencia en ella de limitaciones de la movilidad y la comunicación. La accesibilidad debe proveerse mediante adaptaciones en el lugar de residencia (familiar o colectivo) y en los muebles y equipos (teléfono, electrodomésticos, sistemas de seguridad, control a distancia del entorno). Además de la accesibilidad doméstica y residencial, ha de procurarse la accesibilidad en el entorno urbano, en los servicios públicos, en los transportes y en las telecomunicaciones.

En los países más avanzados, la jubilación laboral por cumplimiento de la edad reglamentaria, da lugar a la percepción de haberes que tienen como referencia la subsistencia de una persona que se vale por sí misma. Pero el envejecimiento provoca que muchos jubilados necesiten la ayuda de terceras personas. Para tal situación se precorizan subsidios de dependencia o de autonomía, aparte de las prestaciones técnicas. Cabe mencionar también las medidas fiscales en favor de las personas y familias que se abocan al cuidado de familiares envejecidos.

En los países en desarrollo, se observan profundas desigualdades sociales que afectan especialmente a la población mayor. La insuficiencia en la cobertura de la seguridad social excluye a un amplio número de adultos mayores de vivir una vejez digna, por ello, el Estado, a través de los servicios sociales, debe acudir en su auxilio.

Es objeto de mucho interés y debate, la articulación de las atenciones sanitarias y de servicios sociales en los casos que las precisen simultáneamente de modo continuado. Se trata de conseguir, por una parte, la armonía técnica de ambas clases de actividades y, por otro,

de otorgarlas con los menores costos, e incomodidades que resulte posible al usuario.

Los programas sociosanitarios de larga duración requieren una amplia gama de medios:

- Unidades de internación: es decir, con posibilidades de alojamiento las 24 horas del día, en las especialidades de: convalecencia, cuidados paliativos, larga estancia, acogida polivalente de derivación, emergencias sociales, estancias temporales, residencia asistida, hogares funcionales, demencia, psicogeriatría de larga y corta estancia.
- Unidades funcionales de atención diurna: hospital de día, centro de día, club social, reeducación (rehabilitación).
- Unidades funcionales de atención a domicilio: hospitalización, atención social, atención sanitaria, atención sociosanitaria, servicio dietético.

El problema puede ser abordado por el sector privado sin trabas normativas, puesto que no hay ninguna regla que impida la convergencia de recursos médicos y sociales en un mismo centro o sistema. Pero es difícil que el común de las entidades puedan proveer la amplia gama de medios indicada.

En el sector público, la articulación sociosanitaria choca con el hecho, ya indicado, de que la salud y los servicios sociales son dos ramas de actividad cuya competencia y gestión están encomendadas a diferentes organismos. Situándonos en una provincia, nos encontramos con que las responsabilidades y los presupuestos sanitarios y de servicios sociales están divididos. Por ello, es fundamental tomar algunas iniciativas de articulación de ambos servicios en el área que ahora consideramos y también para la de discapacidad.

La pobreza-marginación

La expresión más visible de la pobreza-marginación son los tradicionales vagabundos, con frecuencia mendicantes, hoy incluidos en la etiqueta “sin techo” (*homeless*). Desde hace siglos, la contrafigura del vagabundo-mendigo es el pobre vergonzante, vale decir, el que vive discretamente su penuria en el propio hogar; por supuesto, esa penuria puede ser económica, de servicios, relaciones sociales, etc.

Entre ambos extremos, se dan muchas y variadas situaciones intermedias.

Las situaciones de pobreza-marginación pueden tener relación con problemas personales (discapacidad, envejecimiento, toxicomanía, ludopatía) o individuales (incultura, indocumentación, obsolescencia profesional, desempleo, etc.). Tales factores demandan intervenciones diversas.

También inciden en las situaciones que estamos considerando problemas de carácter familiar o laboral. La carencia de medio familiar idóneo en los menores, los conflictos conyugales, el maltrato en el seno de la familia, incluyendo el abandono, etc. son problemas que llaman a intervenciones varias: protección de menores, protección de la mujer, apoyo económico y en sus necesidades específicas a la familia, etc. En lo que se refiere a las relaciones laborales, es obvia la necesidad de luchar contra el desempleo, de perseguir los abusos, el subempleo, trabajo informal sin aportes o no registrado y especialmente los de carácter criminal (proxenetismo, subcontratación mafiosa).

Además, las situaciones de pobreza-marginación son tributarias de fallas u obstáculos en el acceso a los bienes sociales: salud, educación, empleo, vivienda, servicios sociales. Muy frecuentemente la pobreza-marginación viene causada o potenciada por problemas exteriores a las ramas de actividades sociales: recesión económica o crisis de ciertos sectores, xenofobia o rechazo social a los ex reclusos. Tales problemas demandan políticas particulares, abordar las carencias mediante atenciones directas de carácter asistencial y de rehabilitación-integración. Aquí tienen su papel preponderante las ayudas económicas o en especie y las actividades de los servicios sociales.

La calidad de vida

La aparición del concepto de *calidad de vida* y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. Comenzó a popularizarse en la década de los sesenta, y en la actualidad se utiliza en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. En el ámbito de la discapacidad se viene empleando desde la década de los ochenta.

Calidad de vida es hoy una expresión de uso común e innegable actualidad, que se encuentra con cierta frecuencia en el marketing comercial, en el lenguaje de los políticos, en el habla coloquial, y, también, en el ámbito científico.

La idea de calidad de vida está asociada por cada individuo a nociones diferentes, pero que tienen en común una evidente carga positiva: vivir bien, estar bien, tener buen nivel de vida, disfrutar de buena salud, estar satisfecho, ser feliz. Durante mucho tiempo, estas nociones no se han considerado motivo de estudio científico, debido a que su carácter subjetivo parecía hacer imposible su análisis riguroso. Sin embargo, con el paso del tiempo, la expresión “calidad de vida” y su complejo y multidimensional significado se han convertido en uno de los conceptos clave para planificar y evaluar los servicios y actuaciones profesionales con personas mayores o con discapacidad, así como con otros grupos de la población.

La calidad de vida es un concepto global. No se asocia solamente con los niveles de protección social, el funcionamiento de los servicios profesionales, o las competencias del individuo, también son importantes otros aspectos, como las personas que rodean al sujeto, las situaciones en las que vive, y sus planes futuros de vida. Tiene que ver con el desarrollo de la vida diaria del individuo, e incluye la percepción de éste sobre su existencia.

En un intento por objetivar el concepto, algunos autores distinguen entre calidad de vida y satisfacción personal con la vida. La calidad de vida se definiría, así, por factores objetivos y sociales, por ejemplo: características de la vivienda, frecuencia de relaciones sociales, utilización de servicios de ocio, acceso a la educación, situación de salud, situación de empleo; mientras que la satisfacción personal se define a través de indicadores psicológicos centrados en las reacciones subjetivas de la persona, las experiencias de la vida, etc.

III. Desarrollo de los servicios sociales en España

De manera relevante en las últimas dos décadas, se ha producido en España un importante desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales. La actuación de las principales instituciones públicas en este campo –Entes Locales, Comunidades Autónomas y Administración General del Estado– ha permitido pasar de una atención basada

en los principios de la beneficencia y la caridad, a un sistema –aún insuficiente pero en pleno despliegue– basado en los principios de derecho universal de acceso y de atención proporcional al grado de necesidad.

Están organizados en dos niveles:

- *Servicios Sociales de atención primaria, generales, comunitarios o básicos*

Se trata de la parte del sistema que recibe en primera instancia a las personas y las familias con necesidades sociales de todo tipo, también la que detecta inicialmente las principales problemáticas comunitarias y sociales de un territorio –pueblo, barrio, ciudad, comarca. Se ha dicho siempre que constituye la “puerta de entrada” del sistema. Es la Atención Social Primaria la base sobre la que puede proyectarse un futuro de mejor personalización e integración funcional del conjunto de servicios sociales y prestaciones básicas.

La responsabilidad de este nivel de atención, salvo excepciones, corresponde a las Administraciones Locales.

- *Servicios Sociales especializados*

Su ámbito de actuación suele ser más amplio que el municipal, siendo éste casi siempre regional o comarcal, aunque en municipios grandes, el ámbito puede ser local. La responsabilidad de este nivel de atención corresponde a la Administración Autonómica y Local.

Dan respuesta a situaciones de especial complejidad, por lo que las prestaciones que ofrecen exigen una mayor concentración y cualificación de los recursos. Esta especialización les hace ser, frecuentemente, de carácter sectorial en cuanto a su organización, atendiendo a las características y necesidades, especiales y comunes, de grupos concretos de población.

En definitiva, atención primaria o secundaria (en función del nivel de atención), generales o sectoriales (en función del tipo de población al que se dirigen) o comunitarios y especializados (en función de las características del servicio).

- Todas las leyes establecen una *Red de Centros* como infraestructura del sistema, considerándose en todas ellas el Centro de Servicios Sociales como equipamiento básico y puerta de entrada al mismo. Aunque alguna Comunidad Autónoma denomina de un modo

distinto este tipo de centro, es común el contenido de estas estructuras básicas.

Con la aprobación de las leyes de Servicios Sociales por las Comunidades Autónomas, se establece un régimen público de Servicios Sociales y se garantiza la correspondiente coordinación de los recursos e iniciativas de carácter público o de iniciativa social.

Las mismas leyes contemplan el derecho a los servicios sociales de todos los españoles residentes en cada territorio de las Comunidades Autónomas, así como de los transeúntes, en las condiciones que reglamentariamente se establezcan. En cuanto a los extranjeros e inmigrantes, se estará a lo dispuesto en los tratados internacionales y las disposiciones vigentes sobre esta materia.

En lo que respecta a la financiación de estos servicios a nivel presupuestario, las aportaciones de los entes locales en la financiación de servicios sociales de atención primaria corresponden a una media del 55% del total, si bien existen amplias diferencias en esta proporción según las comunidades autónomas, oscilando entre un 23% a un 75%.¹²

Prestaciones Básicas de los Servicios Sociales de Atención Primaria

- *Información y Orientación*: Responde a la necesidad de información con el fin de acceder y utilizar los recursos sociales y prevenir las desigualdades. Se dirige a individuos, grupos e instituciones ofreciendo asesoramiento especializado sobre los derechos que pudieran corresponderles y los recursos sociales existentes así como también su canalización, cuando sea necesario, a otros servicios o recursos.

- *Ayuda a domicilio y otros apoyos a la unidad convivencial*: Responde a la necesidad de un entorno de convivencia adecuado y tiene como objetivo la prestación de una serie de atenciones a los individuos y/o familias en su domicilio, cuando se hallan en situaciones en las que no es posible que realicen sus actividades habituales, o en situaciones de conflicto psicofamiliar para alguno de sus miembros: personas mayores, discapacitados, niños, mujeres, etc.

- *Alojamiento alternativo*: Esta prestación da respuesta a la necesidad de todas las personas de disponer de un espacio digno donde alojarse y en el que desarrollar los aspectos más elementales de la convivencia social. Responde a la misma necesidad que la prestación anterior aunque realizada en alojamientos alternativos, ante la carencia o dificultades del hogar propio. Supone una opción distinta, normalmente temporal, para las personas que carecen de un ambiente familiar adecuado.

- *Prevención e Inserción Social*: Responde a la necesidad de adecuación personal al medio social mediante la aceptación e integración en el mismo. Se refiere a intervenciones realizadas por equipos profesionales, dirigidas a las personas y grupos en situación de riesgo o marginación social, con el objeto de prevenir la exclusión y, en su caso, lograr la reinserción familiar y social. En este marco se inscribe el hecho que, en casi todos los casos, se gestione junto a esta prestación el sistema de “rentas mínimas de inserción”.

- *Fomento de la solidaridad, cooperación social*: Los programas que se realizan desde esta prestación tratan de potenciar las expresiones de solidaridad y de fomentar la responsabilidad de la comunidad ante las situaciones de necesidad, haciendo partícipes a los ciudadanos de los problemas y soluciones de su entorno, procurando su identificación con los objetivos de la red básica de servicios sociales para lograr una mayor eficacia.

Responde a necesidades presentes en la sociedad, como la de los ciudadanos de participar en la transformación y mejora de la calidad de vida de la comunidad, complementando las actividades desarrolladas por las Administraciones públicas, e interviniendo en la solución de los problemas que les afecten. También responde a la necesidad de organización y coordinación de la participación de las entidades privadas y las públicas en la resolución de la problemática social.

Equipamientos básicos

- *Centro de servicios sociales*: Son equipamientos de carácter comunitario, dotados de equipos técnicos, incluidas las Unidades de Trabajo Social, y de los medios necesarios para atender a toda la población de la comunidad en la que está ubicado, de forma individual, grupal o colectiva.

Tienen como principales funciones: programar, gestionar, coordinar o dar apoyo a las prestaciones básicas de servicios sociales antes descritas: información y orientación, ayuda a domicilio y otros apoyos a la unidad convivencial, alojamiento alternativo y prevención e inserción social.

Entre estas funciones cabe destacar: la atención directa de la problemática social, tanto a un nivel individual y familiar como de desarrollo comunitario; la derivación de las demandas efectuadas a otros servicios sociales de nivel especializado o a otro tipo de prestaciones, propias de los otros sistemas que conforman la protección social; la coordinación y desarrollo de programas sociales de actuación integral en el territorio.

Como equipamientos complementarios de los Centros de Servicios Sociales, pueden considerarse: comedores sociales; oficinas o servicios de información; centros sociales de estancia diurna; miniresidencias; pisos tutelados.

- *Centros de acogida*: Son centros residenciales destinados a recibir, como medida de urgencia y transitoria, a individuos, familias o grupos en dificultad social. Desarrollan funciones de orientación y valoración, prestando los medios necesarios para normalizar la convivencia social.

- *Albergues*: Son centros destinados a personas sin hogar o a transeúntes en situación de necesidad, para prestarles alimentación y alojamiento durante un período de tiempo determinado, con servicios de información y asesoramiento tendentes a su inserción social.

Las Rentas Mínimas de Inserción

El sistema de pensiones –o rentas– es tradicionalmente considerado como el primer pilar de los sistemas de bienestar social, seguido de la salud y la educación. Cuando hablamos de rentas mínimas estamos en ese primer pilar: no obstante, en la medida que responden a políticas de integración social y de prevención de la marginación, son generalmente asumidos en cuanto a la gestión y al seguimiento por los Servicios Sociales.

La instauración en España de las rentas mínimas, que contemplan aquellas situaciones de grave carencia económica no cubiertas

por otros sistemas de ingresos, se dirige, como es obvio, a las capas más desfavorecidas y necesitadas de la población. Se trata, en definitiva, de atender aquella parte de la población que no tiene acceso a otras prestaciones económicas, bien por no haber contribuido previamente, o por no haberlo hecho de manera suficiente.

La necesidad de un ingreso mínimo que responda con carácter urgente a necesidades de subsistencia fue puesto de manifiesto por el Parlamento Europeo en su Recomendación de 1988, posteriormente ratificada en 1992 por el Consejo en su Recomendación sobre Criterios Comunes Relativos a Recursos y Prestaciones Suficientes en los Sistemas de Protección Social.

Las Rentas Mínimas de Inserción o Integración (salario social) nacieron en España en el contexto del Plan Integral de lucha contra la pobreza aprobado por el Gobierno Vasco en 1989. Así desde esta fecha y en la actualidad, todas las Comunidades Autónomas han promulgado leyes que desarrollan los denominados “Salarios Sociales”.

Las Rentas Mínimas constituyen la última red de seguridad para que ningún ciudadano viva sin un mínimo de recursos económicos. Su aparición, ha supuesto un fuerte impulso de la capacidad protectora de los servicios sociales y de la preocupación e interés por la erradicación de la exclusión social y la pobreza.

Aunque la puesta en marcha de los Salarios Sociales está propiciando la aparición de Planes Integrales de Lucha contra la Pobreza y la aparición de capas de la población que todavía no estaban identificadas por los Servicios Sociales, la heterogeneidad en la cuantía de las prestaciones y en los criterios de adjudicación según la Comunidad Autónoma de la que se trate, plantea la necesidad de definir un sistema de mínimos homogéneo para todo el Estado.

Después de diez años de experiencia, la situación de las Rentas Mínimas de Inserción en España presenta las siguientes características:

- Mientras que el establecimiento de la Renta Mínima ha sido un éxito sin paliativos, la inserción socioeconómica de los beneficiarios es todavía un objetivo no conseguido plenamente (déficit de efectividad de los proyectos de inserción).
- Se debate la conveniencia de Rentas Básicas Ciudadanas no sujetas a contraprestación, lo cual está mermando la capacidad de las instituciones públicas a la hora de solicitar contraprestaciones en los usuarios.

- Los salarios sociales han sido “consumidos” por un conjunto de población muy heterogéneo, provocando en ocasiones un cierto transvase de usuarios entre prestaciones. Así, desde Rentas Mínimas se ha cubierto población discapacitada, enfermos mentales, transeúntes en proceso de sedentarización y personas a las que se les terminaba su prestación de desempleo, por ejemplo.
- Las nuevas normas que regulan los Salarios Sociales en Comunidades Autónomas marcan una diferencia sustancial sobre las primeras: ya no se trata de una prestación discrecional otorgada por la Administración y sujeta a la existencia de presupuesto, sino que se va extendiendo el hecho de reconocerlo como derecho subjetivo, y por lo tanto, de obligado cumplimiento por la administración. Así se refleja en las nuevas normativas de País Vasco o Madrid.

Servicios sociales especializados

Los servicios sociales especializados son los establecidos para la atención específica de grupos o sectores a través del diagnóstico, tratamiento, apoyo y rehabilitación de déficits sociales. Dan respuesta a situaciones de especial complejidad, por lo cual, las prestaciones que ofrecen exigen una mayor concentración y cualificación de recursos materiales y humanos en sus intervenciones.

Sus características más importantes son:

- Se definen por el sector o grupo de población al que atienden, son por tanto de carácter sectorial.
- Sus equipamientos están referidos a un territorio, más amplio, teniendo en cuenta los criterios de cercanía a la población, aunque abarcan zonas geográficas de mayor dimensión.
- Los equipamientos materiales constituyen diversos Centros Especializados, requiriendo por tanto infraestructura técnica con mayor cualificación específica.
- Los equipos de profesionales realizan intervenciones de carácter especializado tratando los problemas que atienden en profundidad.
- Apoyan y complementan la labor iniciada por los Servicios Sociales del primer nivel, coordinándose con los equipos que lo integran.

Algunos de los programas puestos en marcha por la Administración General del Estado son:

- *Plan Gerontológico 2001- 2004*

Pretende la mejora integral en la atención del anciano, con incidencia en programas residenciales, programas de ayuda a domicilio, turismo social y termalismo social.

- *IV Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres y II Plan Integral de Acción contra la violencia.*

Tiene diez grandes objetivos, entre los que destacan la educación, la promoción de la economía y el empleo, la lucha contra la violencia, y la inserción de las mujeres marginadas.

- *Plan de Acción Global para la Juventud 2001 - 2003.*

Comprende una amplia gama de acciones a través de las cuales se da respuesta a los problemas más destacados en las siguientes áreas: Educación, Formación y Empleo; Calidad de vida; Participación y Asociacionismo; Cooperación Internacional.

En el marco del Plan se propicia la coordinación y colaboración de los organismos estatales y autónomos competentes, procurándose además, una estrecha colaboración con las Corporaciones Locales y sus Servicios de Juventud.

- *Política de inmigración.*

El creciente fenómeno inmigratorio en España ha significado la puesta en marcha de tres importantes instrumentos: Observatorio de la Inmigración, como instrumento de información cuantitativa y cualitativa fiable que permita un conocimiento permanente y el consiguiente análisis de situación del fenómeno inmigratorio; Foro de Organizaciones no Gubernamentales de Inmigración, destinado a encauzar y coordinar la colaboración de estas entidades en la política migratoria; Plan para la integración social de los inmigrantes.

- *Plan Integral de Apoyo a la familia*

Aprobado por el Consejo de Ministros el 8 de noviembre de 2001, pretende incrementar la calidad de vida de las familias españolas, fomentando la solidaridad intergeneracional y la atención a las familias más desfavorecidas.

Algunas de sus líneas estratégicas son las siguientes: Política fiscal y de rentas; Mejora de las prestaciones de la seguridad Social por hijo a cargo; Conciliación de la vida familiar y laboral; Política de vivienda; Favorecimiento del acceso de las familias a las nuevas tecnologías; Revisión del derecho de familia; Desarrollo de los servicios de orientación y/o mediación familiar; Apoyo a las familias en situaciones especiales; Fomento de la participación social y cultural; Nueva Ley de protección a las familias numerosas.

- *Programa de Desarrollo Gitano:*

La comunidad gitana española, con una identidad cultural propia, es la minoría étnica mayoritaria en ese país, encontrándose parte de sus miembros en situación de marginación social. Las líneas de actuación en torno a las que se viene trabajando, implican la coordinación y colaboración con los diferentes Departamentos Ministeriales y las Administraciones Autonómica y Local, así como la cooperación financiera y técnica con las Asociaciones e Instituciones privadas sin fines de lucro, integradas por gitanos o promotoras de programas en favor de su desarrollo.

- *Plan Nacional contra las Drogas.*

La lucha contra las drogodependencias se articula a través del Plan Nacional sobre Drogas, mediante el que se ejerce una coordinación de todas las actuaciones públicas y de la iniciativa privada en este terreno.

Actividades especializadas de servicios sociales

Las actividades especializadas de servicios sociales para la discapacidad se concentran en las funciones de rehabilitación-integración y de asistencia

La atención temprana se ubica en la frontera de la prevención y la rehabilitación. Los bebés en los que se observan evidencias o riesgos de deficiencias, tras los oportunos cuidados médicos neonatales que puedan necesitar, deben ser objeto de esta actividad especializada. Su objeto consiste en apoyar el desarrollo del niño afectado o de riesgo. Los medios que se emplean van desde la estimulación de funciones, hasta la optimización de las relaciones de los padres y el menor, pasando por ciertos aprendizajes propios de la primera edad.

Tanto por su objetivo, como por sus medios, la atención temprana es una actividad especializada compartida por las ramas sanitaria educativa y de servicios sociales.

En lo relativo a las prestaciones de servicios sociales, las mismas pueden requerir ayudas tanto en lo más material –como trasladar a los niños en tratamiento a las sesiones–, como en lo más relativo a las mentes –asunción y adaptación de la conducta a la deficiencia o al riesgo de la misma. En estas tareas, sobre todo en la última, pueden jugar, y juegan, un gran papel las asociaciones de padres de afectados. La experiencia de criar a un niño con deficiencia mental, por ejemplo, sólo pueden comunicarla de modo plausible quienes la están viviendo.

La rehabilitación en edades posteriores, con motivo de secuelas de traumatismos o enfermedades sobrevenidas, llama también a la participación de los servicios sociales. Su objeto primero es contribuir a la mejor adaptación del afectado a la condición personal y de vida derivada de sus secuelas. Según la edad, habrá de considerarse aquí la integración en la escuela, en el trabajo, en las actividades de ocio y en las relaciones sociales de toda clase. En el caso de los individuos que viven en familia, también ésta debe recibir la ayuda de los servicios sociales en orden al reajuste de actitudes y conductas. Nuevamente hay que mencionar el papel de las asociaciones al respecto. Muchos jóvenes con lesiones medulares resultantes de accidentes se reintegran rápidamente a la vida social propia de su edad mediante asociaciones de afectados.

Siguiendo con la rehabilitación, es oportuno mencionar ciertos programas y centros que ofrecen a las personas con discapacidad, marginadas de la vida social, la oportunidad de una rehabilitación extemporánea. La línea principal de la acción suele ser educativa-profesional, pero no faltan componentes de tipo más personal. Lo mismo cabe decir desde el punto de vista de la reinserción. Aparte de su papel propio, los servicios sociales juegan no pocas veces en esta tarea un papel suplente de las omisiones de otras ramas.

La función asistencial cuenta con una serie de actividades especializadas de servicios sociales que se vinculan con varios regímenes de vida familiar, habitacional y laboral. Algunas de ellas son:

- Asistentes personales polivalentes: ayuda personal y doméstica en el hogar, transporte a los lugares de estudio, trabajo y cualesquiera otros; Teleasistencia y televideoasistencia; Ayudas básicas a domicilio, principalmente: para el aseo personal y las tareas

domésticas, servicio de comidas “sobre ruedas”, acompañamiento y apoyo emocional; Centros de día ocupacionales y de estancia y cuidados, incluyendo transporte y al menos la comida de mediodía; Centros de estancia temporal de 24 horas, para posibilitar el descanso (“respiro”) de las familias cuidadoras; Pisos tutelados y con asistencia personal para discapacidades graves; Residencia común permanente anexa a centros especiales de empleo; Residencia asistida permanente para personas con discapacidades graves; Tutela jurídica.

Sistemas organizativos de atención para personas con discapacidad visual

En el sistema español, el Estado establece las políticas generales de acción social que aseguren la igualdad de oportunidades y las condiciones de bienestar esencial de los grupos con discapacidad. La prestación directa de los servicios especializados a personas ciegas y deficientes visuales, sin embargo, la ha delegado en el movimiento asociativo de estas personas en España, la Organización Nacional de Ciegos Españoles –ONCE. Dicha delegación presenta la particularidad de no suponer una carga económica para el Estado, dada la capacidad de autofinanciación adquirida por la ONCE a través de la concesión, otorgada por el propio Estado para este fin, del sistema de lotería conocido como cupón pro-ciegos. Los ciegos y deficientes visuales españoles consiguen, así, una participación activa en la planificación y gestión de tales servicios.

Los servicios especializados que brinda la ONCE son los siguientes:

- *Apoyo psicosocial*: entrenamiento para afrontar el estrés, ansiedad, reforzar autoestima, competencia social, etc.
- *Rehabilitación integral*: Desplazarse en forma segura e independiente en el domicilio y exterior; desarrollo de tareas cotidianas, manejo del dinero, etc.
- *Comunicación y acceso a la información*: sistema braille, programas informáticos adaptados.
- *Atención educativa*: apoyo al alumno y al Centro Educativo.
- *Apoyo al empleo*: capacitación y adaptación al puesto para asegurar la igualdad de oportunidades en el mundo laboral y man-

tenimiento o mejora del puesto de trabajo, iniciativas de autoempleo.

- *Promoción recreativa, cultural, artística y deportiva*: motivar a la persona hacia la ocupación creativa y satisfactoria del tiempo libre y el ocio.
- *Apoyo al bienestar social básico*: pensiones, becas, prestaciones económicas, ayuda a domicilio, residencias, salud mental (asesoramiento para la búsqueda, solicitud y recepción).

Actividades especializadas de servicios sociales para personas mayores

Los servicios comunitarios, son aquel conjunto de servicios dirigidos a apoyar un modo de vida independiente de las personas mayores en su domicilio y medio social propio. Las prestaciones ofrecidas son de amplio rango y comprenden apoyos personales, asistencia social y sanitaria, soporte tecnológico en su caso y medios para favorecer la prevención y rehabilitación de la persona mayor que lo necesite.

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) es un servicio de amplio espectro; se trata de un sistema de intervención que es al mismo tiempo asistencial, preventivo e incluso rehabilitador, realizado en el seno del domicilio de la persona mayor atendida y en relación con la ayuda informal de los familiares. Por otra parte, el SAD tiene tres dimensiones, que no necesariamente tienen que coincidir al mismo tiempo, como son la ayuda material o tareas domésticas; el apoyo a las actividades de la vida diaria, como son las de alimentación, movilidad, transporte; facilitar la relación de la persona mayor con el entorno evitando el aislamiento.

El SAD tiene como objetivos básicos el desarrollo de la autonomía de la persona en todos los ámbitos de la vida diaria; facilitar la vida de la persona en su propio medio sociocultural y familiar y evitar la institucionalización o residencialización hasta donde sea posible.

Es un servicio multifuncional de apoyo personal que, al mismo tiempo, se relaciona y coordina con otros servicios de tipo comunitario como son la tele-asistencia o el Centro de Día.

Teleasistencia: Es un soporte de tipo tecnológico dirigido a garantizar la seguridad de las personas mayores que viven en domicilio y

que, en general, viven solas y con algunos riesgos en cuanto a salud o atención personal.

La teleasistencia es, por tanto, un sistema de alarma, de ahí que también se denomine como telealarma, que permite enlazar a un usuario con una central de información que de manera inmediata se pondrá en contacto con el usuario para conocer sus demandas y, en su caso, enviar ayuda urgente.

Centro de Día: Se caracteriza por ser un servicio socio-sanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual.

Es un servicio pensado para personas que empiezan a tener problemas de dependencia o pérdida de capacidades físicas y psíquicas. Tiene un carácter rehabilitador, trata de prevenir la institucionalización y sirve de apoyo a la familia, particularmente a la mujer trabajadora que es cuidadora.

Viviendas adaptadas: Se trata de una prestación técnica cuyo objetivo es garantizar que una vivienda sea accesible, habitable y segura. Es una prestación puntual de carácter monetario o en forma de préstamo, a bajo o sin ningún interés, dirigida a financiar la adaptación de una vivienda a las necesidades de una persona determinada.

Estancias temporales en Residencias: Es una técnica de los servicios sociales que tiene dos posibles objetivos, que pueden ser coincidentes. Se trata de una oferta de residencia por períodos cortos, siempre menos de sesenta días, dirigidas a facilitar la recuperación y rehabilitación de una persona mayor después de un suceso o enfermedad aguda. Para casos de mayor gravedad, existe el hospital de media estancia o centro sociosanitario.

Por otra parte, facilita el “respiro del cuidador” después de una acumulación intensa de trabajo cuidador o bajo una situación de estrés de este último. Permite la recuperación del cuidador garantizando la calidad de vida del mayor afectado.

Otras formas de alojamiento alternativo:

Minirresidencias: de 20 a 25 plazas, donde lo común predomina sobre lo particular, pero bajo un entorno relativamente familiar o comunitario.

Viviendas Tuteladas: compuestas por pequeños grupos de personas mayores bajo la tutela de algún servicio público o privado que se encarga de velar por el bienestar de los residentes.

Departamentos individuales: con servicios comunes de asistencia, seguridad e instrumentales o domésticos.

Acogimiento Familiar: una familia recibe a una persona mayor en su hogar, como otro miembro de la familia, que es compensada económicamente por un programa público de personas mayores o por la persona mayor o, lo que es más corriente, por ambos. En España se inicia en el País Vasco y ha sido estimulado por el Plan Gerontológico Estatal.

Ocio y participación social

Los hogares y clubes, públicos y privados, son centros de encuentro de las personas mayores que facilitan el ocio, la participación social y el aprendizaje cultural. Cumplen funciones lúdicas: actividades festivas, excursiones, concursos; funciones formativas: cursos de formación, conferencias, talleres sociales; funciones instrumentales: servicio de cafetería y restaurante, peluquería; funciones sociosanitarias para personas del centro o del entorno centradas en la rehabilitación, ayudas puntuales, revisiones médicas, terapias físicas y mentales.

Vacaciones de tercera edad: Su objetivo es facilitar, a bajo costo, a la persona mayor, la posibilidad de turnos vacacionales tratando de lograr una mejora de la calidad de vida a través del descanso y la realización de actividades turísticas y culturales. A la vez, se mantiene el empleo en las zonas turísticas durante la temporada baja.

Termalismo social: Es un servicio complementario de las prestaciones de la Seguridad Social, cuyo objetivo es facilitar el uso de centros termales para las personas mayores que lo necesiten bajo prescripción facultativa. Al mismo tiempo, como en el programa de vacaciones, se trata de promover el desarrollo económico y el empleo de las zonas donde están ubicados los centros termales.

La interrelación entre los servicios sociales y la atención informal es crucial ya que la estructura de cuidados es una red de intervenciones con un importante potencial de sinergia. Así, por ejemplo, un Cen-

tro de Día puede y debe ser el lugar de referencia del cuidador informal en el que, además de disfrutar de un tiempo en que su familiar recibe cuidados sustitutivos especializados, él mismo puede disponer de una serie de apoyos que facilitarán su tarea en gran manera y que pueden ser: orientación e información, grupos de apoyo para reducir el estrés del cuidado, grupos de discusión entre familiares y usuarios para evaluar la actividad del centro, formación dirigida al cuidador tanto de tipo técnico (habilidades) como psicológico (como hacer compatible el cuidado con la calidad de vida del cuidador y la persona afectada).

Con este motivo, existen redes sociales proveedoras de apoyo tales como:

- Programas de Voluntariado. Normalmente el voluntariado suele organizarse a través de organizaciones voluntarias que definen el qué y el cómo de los cuidados, ya que siempre debe prevalecer la dignidad y derechos de las personas a las que se presta compañía y ayuda.
- Programas de ayuda mutua o auto-apoyo. Se trata de promover por parte de los propios mayores sus redes de apoyo y de servicios. Esto supone fortalecer la confianza de los propios mayores en sí mismos y en su actividad social que, además, redundará en beneficio de la sociedad.
- Programas intergeneracionales. El intercambio intergeneracional es una fuente de capital social, ya que permite la transmisión de conocimientos entre generaciones, poniendo de manifiesto la función social de la vejez en una sociedad como un activo social. Este intercambio es una fuente de progreso social y de socialización enriquecedora.

Actividades de servicios sociales para causas de Pobreza-Marginalidad

Estos servicios sociales atienden dos clases de circunstancias: 1) las características personales de vulnerabilidad que suelen ser, entre otros, factores y causas de la pobreza-marginalidad (discapacidad, envejecimiento, ludopatía, etc.); 2) las manifestaciones o síntomas específicos de la pobreza-marginalidad (carencia de rentas, hogar, apoyos comunitarios, etc.).

Tales actividades cubren, en primer lugar, las necesidades asistenciales de los afectados, que son urgentes e inexcusables, como por ejemplo:

- Acogida de personas sin hogar ni apoyos comunitarios, a los que se presta orientación, gestión de alojamiento y otros medios de subsistencia y apoyo personal.
- Gestoría de documentación personal o solicitudes de ayudas públicas.
- Provisión de ropa, comedor o dispensario de comida.
- Alojamiento en plazas propias (hogares, pisos) o alquiladas (pensiones).
- Prestaciones higiénicas: lavado de ropa, aseo personal.
- Atención psicológica, individual o mediante grupos de autoayuda.
- Talleres ocupacionales.
- Provisión o gestión de servicios pro inserción (educación, empleo).

Los medios organizativos por los que se realizan estas actividades son de cuatro clases principalmente: oficinas polivalentes para actividades y prestaciones de orientación, gestiones, apoyo personal, etc.; unidades móviles para trabajo en la calle; equipamientos para las prestaciones materiales sin internado (ropero, higiene, talleres ocupacionales, etc.); servicios de pernocta (albergues o casas de acogida, pisos, pensiones, etc). En algunos casos, estos medios organizativos se ofrecen de modo aislado, pero lo más frecuente es que se articulen varios de ellos: un servicio de albergue suele desarrollar actividades de acogida, higiénicas, taller de inserción, etc.

IV. Algunas prestaciones de servicios sociales en el Cono Sur

En general, si comparamos con los países desarrollados, la igualdad de oportunidades, la participación y bienestar social de las personas con discapacidad y de la Tercera Edad en esta zona, es todavía incipiente.

A la hora de formular las políticas, es necesario disponer de estudios estadísticos que reflejen cuál es el número de personas a las que estas políticas van a afectar, proporcionen información exhaustiva acerca de las características del grupo de población sobre el que se va a actuar, y expliciten cuáles son los principales problemas y necesidades con los que se enfrenta el colectivo de personas a las que van dirigidas dichas políticas.

Las Naciones Unidas crearon, en 1988, la Base de Datos sobre Estadísticas de la Discapacidad (DISTAT), que representa el primer

intento serio por identificar y compilar los diferentes datos estadísticos sobre discapacidad existentes a nivel internacional. En sus esfuerzos de búsqueda de colecciones estadísticas para incluir en la DISTAT, los socios del proyecto se encontraron con que tan solo 95 países tenían series estadísticas entre los años 1975 y 1988. A partir de la recopilación de este material se publicó, en 1990, el Compendium de Estadísticas de Discapacidad de Naciones Unidas, con información sobre 55 países. Doce años después, esta base de datos contiene 177 estudios nacionales de 102 países, que actualmente están siendo debidamente tabulados y analizados por la Oficina Estadística de las Naciones Unidas.

Según estimaciones recientes de la Organización Mundial de la Salud, entre el 7% y el 10% de la población mundial tiene algún tipo de discapacidad (esto es, entre 500 y 600 millones de personas). Aproximadamente el 80% de estas personas viven en países en desarrollo, donde sólo entre el 1 y el 2% de la población tiene acceso a los servicios necesarios de rehabilitación. Pero la variabilidad de los datos es demasiado alta como para considerarlos fiables: según el “Compendium de Estadísticas de Discapacidad de Naciones Unidas”, el porcentaje de población discapacitada varía entre el 0,2% y el 20,9% de la población según los países.

En un reciente encuentro del Banco Interamericano de Desarrollo (Chile, 2001), se presentó un exhaustivo estudio sobre la discapacidad en Iberoamérica. La primera dificultad para la recopilación de datos fue la variada metodología usada por las distintas fuentes, que dificulta la comparación de datos entre regiones, por lo que el estudio se limita a ofrecer una recopilación de estadísticas nacionales.

La prevalencia de las discapacidades, según estos datos, es muy variada, con un amplio abanico que va desde el 1,2% estimado para Colombia al 13,1% de la de Perú. Pero la fiabilidad de esta información es muy limitada, y se dan casos de resultados absolutamente dispares para el mismo país cuando se utilizan fuentes distintas: en Colombia por ejemplo, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística calcula que el 1,2% de los colombianos tiene una discapacidad. Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud eleva ese porcentaje al 23,8%.

Por otra parte, la alta esperanza de vida que existe en los países desarrollados determina unas altas tasas de discapacidad, pues la

posibilidad de tener una discapacidad se incrementa con la edad. La población de estos países cuenta con los suficientes recursos económicos y de bienestar para que el acceso a los avances científicos y médicos, que previenen numerosas enfermedades discapacitantes, sean generalizados. Además, estos mismos avances permiten que los discapacitados puedan disfrutar de una mejor calidad de vida y contar con una esperanza de vida más prolongada.

En Estados Unidos, el 22,5% de los estadounidenses de entre 45 y 54 años tienen una discapacidad; el 13,9% tiene una discapacidad severa, y sólo el 3,6% necesita un asistente para poder tener una vida normal. Estos porcentajes se incrementan si observamos la población entre 65 y 69 años, donde el 44,9% tiene una discapacidad, el 30,7% una discapacidad severa, y el 8,1% necesita de alguien para poder realizar una vida cotidiana normalizada. Según los datos de la Oficina del Censo de Estados Unidos para 1997, de un total de 267,7 millones de estadounidenses, el 19,7 por ciento de la población tiene algún nivel de discapacidad, y un 12,3 por ciento tiene una discapacidad severa. El 3,8 por ciento de los norteamericanos, necesita una persona que les ayude a realizar tareas cotidianas para su vida diaria. Porcentajes similares nos encontramos en la mayor parte de las encuestas o estudios realizados en los países occidentales.

En la Unión Europea hay aproximadamente 38 millones de discapacitados, es decir, uno de cada diez europeos tiene algún tipo de discapacidad. En España, una encuesta realizada recientemente muestra que casi un 10% de la población española padece alguna discapacidad.

ARGENTINA

La economía Argentina, durante las décadas anteriores a 1970, mostró una tendencia marcada a ejecutar políticas orientadas a mantener altos niveles de empleo e ingresos. Durante los últimos veinticinco años, se produjo un cambio en las acciones de política, combinadas con un contexto internacional inestable, lo que derivó en una fuerte disminución de la cantidad y calidad de los empleos, y como consecuencia en aumento de la pobreza.

En la década de los noventa se profundizaron las políticas tendientes a instalar una economía abierta de libre mercado, se inició un proceso de intensas reformas, entre ellas, la del sistema previsional,

la desregulación de los mercados y la privatización de la mayoría de las empresas públicas.

En el mercado laboral, el desempleo –rondó el 20% en 2002– y la precariedad del trabajo –40,7% de empleo no registrado en 2002– crecieron sustancialmente. Este deterioro se incrementó hacia fines de la década, impactando en el ingreso de los trabajadores y sus familias, aumentando de manera notable la pobreza y la indigencia. A todo ello, se sumó la degradación del poder de compra de los ingresos, por efecto de la devaluación operada en el mismo año. En relación con el salario de 1980, el de 2002 se redujo el 55%.

A los efectos de señalar la magnitud del incremento de la pobreza, recordemos que en el año 1980 llegaba al 6,2%, alcanzando el 40% en 2002.¹³

Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados – Decreto PEN Nº 565/02

Frente a la crítica situación económica y financiera que atravesó la República Argentina, se declaró la emergencia en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria. Paralelamente, a los efectos de atender los niveles de pobreza extrema que involucra a un importante sector de la población, y el carácter regresivo de la distribución del ingreso, señalada por los participantes de la Mesa de Diálogo Argentino, que fue propiciada por la Iglesia Católica y las Naciones Unidas, se universalizó el Plan Jefes y Jefas de Hogar, con el fin de asegurar un mínimo ingreso mensual a todas las familias de nuestro país con hijos menores de 18 años o discapacitados.

Propicia la protección integral de la familia, instrumenta medidas tendientes a favorecer el acceso de los beneficiarios a la educación formal o la participación en cursos de capacitación que coadyuven a su futura reinserción laboral; garantiza el acceso de los hijos a la educación y al control de la salud; establece una gestión descentralizada, otorga a los gobiernos locales –municipios y comunas– un rol relevante en la administración de proyectos y beneficiarios, así como asegura la accesibilidad al programa y la transparencia en la ejecución. Un importante papel en este sentido lo desarrollan los Consejos Consultivos.

¹³ Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, un año de gestión-Mayo 2002-Mayo 2003. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación Argentina.

Se otorga a todo jefe o jefa de familia desocupado/a con hijos menores de 18 años a cargo o discapacitados sin límite de edad.

- Asiste a 2,3 millones de familias en todo el país.
- Beneficio: 150 pesos mensuales, aproximadamente 50 dólares.
- Es universal, por lo tanto no hay cupos.
- Se gestiona a través de los municipios.
- El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social habilita el pago.

Requisitos:

- Presentación del documento de identidad.
- Acreditar la condición de desocupado mediante declaración jurada.
- Certificado de escolaridad regular de hijos menores.
- Certificado de vacunación de hijos menores.
- Certificado de discapacidad.

El impacto que tiene la implementación del Plan que comentamos, lo podemos reflejar en términos de sus tres variables principales: tasa de actividad, ocupación y desempleo, las que fueron positivas en relación a la Población Económicamente Activa (PEA).

Octubre de 2002, total de aglomerados relevados

	<i>sin PJyJHD</i> (1)	<i>con PJyJHD</i> (2)	<i>diferencia</i> (2) – (1)
<i>Tasas</i>			
Actividad	41,7 %	42,9 %	1,2 %
Empleo	32,7 %	35,3 %	2,6 %
Desempleo	21,8 %	17,8 %	-4 %
<i>Valores absolutos</i>			
PEA	10.064	10.311	247
Ocupados	7.875	8.470	595
Desocupados	2.189	1.841	-348

Fuente: Dirección General de Estudios y Formulación de Políticas de Empleo, en base a Encuesta Permanente de Hogares.

La tasa de desempleo se redujo en 4%, lo que representa 350 mil personas; en cuanto a la disminución de la indigencia y la pobreza es relativamente menor que en relación con la tasa mencionada, dado que el porcentaje de hogares bajo la línea de indigencia se redujo en 24% y el de la pobreza es de 0,5% de hogares. El impacto en término de personas es mayor porque los hogares que modificaron su situación de indigencia están compuestos por mayor número de personas.

Incidencia del PJyJHD en la Pobreza e Indigencia:

Octubre de 2002, total de aglomerados urbanos relevados

	<i>sin PJyJHD</i> (1)	<i>con PJyJHD</i> (2)	<i>diferencia</i> (2) - (1)
Hogares en condición de indigencia	22,2 %	19,7 %	-2,4 %
Hogares en condiciones de pobreza	46,5 %	45,9 %	-0,5 %
Personas en condición de indigencia	30,8 %	27,7 %	-3,1 %
Personas en condición de pobreza	58,3 %	57,7 %	-0,6 %

Fuente: Dirección General de Estudios y Formulación de Políticas de Empleo, en base a Encuesta Permanente de Hogares.

Una de las características sociodemográficas de la población beneficiaria del plan es que son predominantemente jóvenes: el 54,3% tiene hasta 34 años.

Otros datos relevantes del programa son los siguientes: Del total de los incluidos en el plan, el 36% corresponde a varones y el 64% son mujeres, ya sean Jefas de hogar, cónyuges o hijas.

En cuanto a los estudios cursados, 8 de cada 10 beneficiarios no completó el secundario. El 38,2% declara tener estudios primarios completos. Las mujeres manifiestan haber completado estudios secundarios, el 22,3% frente al 16% de los varones.

El 47,8% de los hogares están compuestos por ambos cónyuges; el 31,4% son uniparentales, precedidos por mujeres, lo que expresa un grado mayor de vulnerabilidad.

El tamaño promedio de los hogares es de 4,5 personas, de los cuales el 71,6% tiene entre 1 y 3 hijos menores de 18 años.

Casi el 45% de los beneficiarios cuentan con condiciones sanitarias deficientes.

La principal necesidad insatisfecha en los hogares, reconocida por los interesados, es el trabajo, al que le siguen, en orden de importancia: vivienda, vestimenta y calzado, alimentación, condiciones habitacionales y salud.

El principal destino de la ayuda económica es, en orden de importancia: el 87,3% alimentación, 9% salud, 7,6% educación.

El 74,3% de los beneficiarios realiza algún tipo de contraprestación, la mayoría en proyectos comunitarios, tales como talleres de costura o huertas (26%); actividades desarrolladas en centros comunitarios, ONG o centros vecinales o religiosos (17%), comedores públicos (11%), actividades educativas (10%), construcción (8%).

<i>Tipo de contraprestación</i>		
	<i>Beneficiarios /as</i>	<i>%</i>
Proyecto comunitario	666.207	87,4
Curso de capacitación	53.758	7,1
Asistencia a la escuela	15.294	2,0
Trabajo en una empresa	6.301	0,8
Otro	20.627	2,7
Total	762.187	100

El explosivo aumento de las necesidades sociales, así como la asignación y desembolso en tiempo y forma de los recursos, no pueden ser resueltos desde la administración central, por ello, este programa es atendido en forma descentralizada mediante la gestión de las autoridades municipales y la creación de Consejos Consultivos de tres instancias: Nacional, Provincial y Municipal.

El Consejo Consultivo Nacional lo conforman integrantes del Gobierno Nacional –lo preside el Ministro de Trabajo–, representantes sindicales, confesionales, no gubernamentales y empresariales.

Los provinciales y municipales están constituidos por representantes de la sociedad civil y de los respectivos gobiernos.

La función clave que desempeñan es la de identificar los problemas locales y posibles propuestas de resolución; asimismo, deben establecer los criterios para evaluar y priorizar proyectos de actividades comunitarias; controlar la ejecución del programa y el procedimiento de adjudicación de beneficios; definir o proponer y seleccionar las actividades y tareas de contraprestación que son asignadas a los beneficiarios del ámbito municipal, entre otras.

Este plan está compuesto por Actividades Comunitarias, Productivas, Solidarias, De formación y Materiales.

1. Actividades comunitarias

La contraprestación mencionada debe centrarse en actividades o proyectos tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de la localidad.

Entre otras actividades, podemos mencionar huertas, comedores o roperos comunitarios; atención de niños en guarderías, apoyo escolar, estimulación temprana; recuperación de material bibliográfico y didáctico; actividades de promoción sanitaria, recreativas y culturales; atención de ancianos en hogares o en domicilio; atención a grupos vulnerables tales como discapacitados, ancianos o víctimas de violencia familiar; prevención primaria en salud; construcción, refacción, ampliación y/o mantenimiento de infraestructura de salud, educativa, asistencial, deportiva, cultural y comunitaria; mejoramiento y limpieza de plazas, paseos y parques; desmalezado de baldíos y áreas fiscales; proyectos ambientales, turísticos y de viviendas de interés social.

2. Actividades productivas

Iniciativas autogestionadas para la producción de bienes o servicios de pequeña escala, con perspectivas de inserción en el mercado.

Deben reunir condiciones básicas, tales como ser gestionado por beneficiarios del programa en forma individual o colectiva; prever la existencia de un mercado potencial de clientes, a los efectos de que sea sustentable, y percibir ingresos; disponer de espacio físico para la producción o servicio, propio o cedido; contar con equipamiento, herramientas e insumos.

La Secretaría de Empleo de la Nación se ha comprometido a brindar asesoramiento técnico, y articular la disposición de recursos con organismos públicos y privados.

Se asiste, para la comercialización, a través de la difusión de productos y servicios, incluyendo un registro de emprendimientos y algunas experiencias, en la página web del Ministerio; también para la organización de eventos y estrategias de promoción.

3. Componente solidario de reinserción laboral

A través de este componente, se reinserta laboralmente en el sector privado a los trabajadores desocupados beneficiarios del Programa Jefas y Jefes de Hogar Desocupados. El beneficiario puede incorporarse a una empresa o institución privada por un período de hasta 6 meses y luego tiene oportunidad de formar parte de su personal estable, de acuerdo a la necesidad del empleador.

Las empresas pueden incorporar beneficiarios por ese período, durante el cual sólo abonarán la diferencia de dinero, entre el salario correspondiente según convenio colectivo de trabajo y el monto asignado a cada beneficiario por el programa.

Los beneficiarios interesados en reinsertarse laboralmente deben inscribirse en un Registro de Perfil Laboral que está a su disposición en el municipio, la asociación sindical o las Gerencias de Empleo del Ministerio de Trabajo más cercanas a su domicilio.

El empleador debe suscribir ante la Agencia Territorial del Ministerio de Trabajo un convenio de adhesión, en el que se identifican los beneficiarios seleccionados. Los convenios tienen una duración máxima de seis meses.

4. Componente de Formación

Tomando en consideración que los beneficiarios del Programa no alcanzan niveles educativos medios o superiores, y con el objetivo de lograr la reinserción laboral de los trabajadores desocupados, se puso en marcha el Componente de Formación.

Para lograr dichos objetivos, se ha planteado la necesidad de desarrollar una tarea fuertemente articulada con el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación y con los gobiernos provinciales.

Se evalúa la situación de cada beneficiario, y de acuerdo a ella, se encarán actividades dirigidas a certificar los niveles de educación básica media.

Se ejecutan, también, actividades de capacitación profesional y orientación para potenciar las posibilidades de reinserción laboral de cara a la realidad productiva local y la situación de los beneficiarios.

Se provee o financia el material editorial necesario tanto para los alumnos como para los docentes. En el caso de las provincias que utilizan el material elaborado por el Ministerio de Educación de la Nación, es éste quien provee directamente los manuales, para lo cual convoca a procesos licitatorios que le permiten celebrar contrataciones con las imprentas.

5. Componentes materiales

Es el sistema de ayuda económica que el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social desarrolla para financiar proyectos de infraestructura de utilidad comunitaria, en los que participan los beneficiarios del Programa Jefes de Hogar, como modalidad de contra-prestación.

El aporte económico no reembolsable que se otorga es para la provisión de materiales y mano de obra. Los diversos tipos de proyectos van desde el mejoramiento de la infraestructura sanitaria básica, hasta el desarrollo de huertas y granjas comunitarias, espacios de recreación y acondicionamiento para el turismo.

Con ello, se consigue brindar ocupación transitoria a las personas desocupadas de menores recursos, con baja calificación laboral, perteneciente a los sectores urbanos.

La implementación, gestión y control del Plan requiere de un permanente seguimiento, a los efectos de resguardar la eficiencia y transparencia del mismo.

Desde el comienzo de su ejecución, se recibieron múltiples consultas y gran cúmulo de denuncias, lo que motivó que se creara una Comisión Especial para que les diera tratamiento. Por ello, en primer término, se las clasificó de acuerdo a su tipo, para posteriormente, de corresponder, sancionar administrativamente la conducta o hacer la presentación judicial. A la fecha, el mayor porcentaje de denuncias recibidas están referidas a postulantes o beneficiarios del Plan que no

cumplen los requisitos; le siguen casos de extorsión –cuando una persona exige al postulante o beneficiario una contraprestación no establecida por la normativa del programa, para poder acceder al beneficio o continuar gozándolo, mediante conductas tipificadas en el código penal.

En orden decreciente de importancia podemos mencionar, entre otras, denuncias por inscripción irregular –falta de formularios, discriminación, maltrato, privilegios por parentesco, cierre anticipado de la inscripción, etc.–; y por corrupción, cuando el que requiere una contraprestación ilegal es un funcionario público.

6. Discapacidad

Según la Organización Mundial de la Salud, en los países de realidades sociales y económicas similares a las de la Argentina existen 6000 personas ciegas por cada millón de habitantes. Eso significa que en nuestro país hay cerca de 230.000 ciegos, y de ellos la mitad perdió la visión como consecuencia de las cataratas. Para la oftalmología, esta ceguera es evitable o innecesaria: se puede prevenir.

Recientemente, y por primera vez en este país, se organizó la IV edición del Congreso Panamericano de Prevención de la Ceguera, vinculado con la iniciativa global de la OMS para luchar contra la ceguera evitable en el mundo: el Programa Visión 2020, lanzado en febrero de 1999, que es el primer esfuerzo mundial para combatir el problema. Pretende reunir a organizaciones no gubernamentales, filantrópicas, profesionales de la salud e instituciones, a trabajar en forma mancomunada con los gobiernos nacionales de los países en vías de desarrollo para eliminar la ceguera evitable en el año 2020.

El problema social que genera la ceguera es muy grave. La solución sería sencilla, si pueden resolverse las dificultades que se presentan para la financiación de las intervenciones quirúrgicas; por ello, lo que permitirá esta iniciativa de la OMS es que oftalmólogos y centros de oftalmología públicos y privados de todo el país, reciban recursos para hacer cirugías de cataratas a bajo costo y puedan operarse personas sin cobertura. Esto no excluye que también aporte el Estado y aún el mismo paciente, aunque sea una cifra mínima. El Programa prevé tres años de duración y hay que presentar un plan mínimo de cirugías a realizar durante ese período.

Debido a que los costos de los insumos en Argentina son muy altos, se está intentando que el Programa Visión 2020 provea, en lugar de dinero, lentes intraoculares, colirios, elementos de cirugía, etc. De esta manera, un mayor número de personas podrá ser operado y recuperar así la visión.¹⁴

En lo que respecta a las prestaciones relacionadas con el área de discapacidad, cabe destacar que la Ley N° 24.901 crea el *Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad*.

Tiende a garantizarles, cualquiera sea la naturaleza u origen de la discapacidad, el acceso a la rehabilitación integral, con el fin de lograr su participación más amplia y con la máxima independencia.

Las prestaciones básicas que incorpora son:

Preventivas: Garantiza controles de atención y prevención de la madre y el niño desde la concepción

Estimulación temprana: Tendientes a promover y fortalecer el desarrollo armónico y la integración escolar en establecimientos comunes si es posible.

Rehabilitación: Brinda cobertura integral, por parte de equipos multidisciplinarios, para restaurar o adquirir aptitudes e intereses a nivel psicofísico y social. Pretende recuperar capacidades motoras, sensoriales, mentales o viscerales.

Educativas: Escolaridad básica, capacitación laboral y talleres de formación laboral, mediante un proceso educativo sistemático. Los programas están inscriptos y supervisados por el organismo oficial.

Asistenciales: Cobertura de requerimientos básicos, vivienda, alimentación y atención especializada.

Centros de Día: Para niños, jóvenes y adultos con discapacidad severa o profunda; con el fin de alcanzar las máximas potencialidades.

Sistemas Alternativos del grupo familiar:

Residencias: Para personas con adecuado nivel de autogestión. Integradas por 8 a 10 personas, con una edad entre 18 y 60 años.

Pequeños hogares: A cargo de un grupo familiar. Incorpora desde 12 a 15 niños, con una edad de 3 a 21 años. Se trata de reproducir el ámbito familiar.

¹⁴ Diario *La Nación*, 29 de julio de 2001.

Hogares: Los concurrentes requieren un mayor grado de asistencia y protección. Están integrados por 20 a 70 personas. Con una edad entre 6 y 21 años, y desde 21 a 60 años.

El sistema también prevé, la atención de medicamentos, prestaciones odontológicas y atención psiquiátrica y subsidios por razones extraordinarias.

7. Tercera Edad

El Informe sobre Tercera Edad en la Argentina, confeccionado y publicado por la Secretaría de la Tercera Edad y Acción Social de la Nación, establece que nuestro país figura hoy entre los tres más envejecidos de América Latina, detrás de Uruguay 17,1 por ciento de la población y de Cuba. En la Argentina, los mayores de 60 años constituyen el 13,3 por ciento de la población, distribuyéndose entre 2.800.000 mujeres y 2.100.000 hombres mayores de 59 años.

El 12,32 por ciento de esta población mayor muestra algún tipo de discapacidad, ya sea motora, sensorial o mental.

El proceso de envejecimiento poblacional se está acentuando en la Argentina con el correr de los años, como consecuencia de los cambios en la natalidad, en la mortalidad y en las migraciones.

Durante todo el siglo veinte, la cantidad de nacimientos descendió y menos niños se incorporaron a la sociedad. También bajó el número de muertes, situación traducida en la mayor sobrevivencia de personas en edad avanzada y en una demanda de mejor calidad de vida.

Por último, los migrantes europeos de fines del 1800 y principios del 1900 maduraron, sin ser reemplazados por nuevos contingentes de jóvenes en edad de reproducirse.

Medido por género y por distribución geográfica, el fenómeno incide con mayor crudeza entre las mujeres y sobre las zonas urbanas.

De acuerdo al Estudio sobre "La Situación de los Ancianos en la Argentina", llevado adelante por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y la Subsecretaría de la Tercera Edad, el 86% de las personas encuestadas cuentan con cobertura de Obra Social para la atención de su salud, de los cuales el 61% es afiliada al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI); otras Obras Sociales (28%), Obras Sociales Provinciales (8,9%) y sistemas prepagos (1,8%).

Consultados sobre los principales problemas que los aquejan, el 40% de los encuestados los relacionó con la salud, los de naturaleza económica representan 17,2%. El resto, en mucho menor medida, tienen que ver con los propios de la edad y la vejez, cobertura social, previsional, la soledad, etc.

El nivel de vulnerabilidad está directamente relacionado con el nivel de ingresos, que en el 65% de los casos provienen de una jubilación o pensión, en el 20% sus familiares proveen los recursos. Por último el 12% manifiesta que provienen de su trabajo.

Por otra parte, en lo que respecta al alojamiento, cuatro quintos de la población encuestada habita en una vivienda de su propiedad, el 12% en viviendas familiares y 6% debe pagar alquiler.

El 41,3% de los encuestados reconoce que debe recurrir al Programa Asistencial ASOMA que provee alimentos, medicamentos o ambos a la vez, lo que habla a las claras de la importancia de este tipo de prestaciones de servicios sociales,¹⁵ máxime tomando en consideración que, con la crisis económica actual, estas necesidades se han incrementado sensiblemente.

8. *Plan Mayores*

Tal como explicamos en páginas anteriores, el Plan Jefas y Jefes de Hogar otorga beneficios a 2,3 millones de personas en edades centrales y con hijos a cargo. No obstante, razones de restricciones presupuestarias limitaron la expansión de esos beneficios a los mayores de 70 años.

La situación de crisis por la que atravesó la sociedad argentina, agudizó la demanda social y el número de personas en situación de vulnerabilidad social. A ello se sumó la inflación, principal explicación del incremento de la pobreza en el año 2002, lo que afectó a las personas mayores, debido a la composición de su canasta de consumo, fundamentalmente alimentos y medicamentos. Por ello, se tornó necesario generar una estrategia que permitiera identificar a las provincias donde las necesidades se manifestaron de manera más aguda, para otorgarles cobertura en una primera etapa.

¹⁵ Estudio sobre las expectativas, demandas y satisfacciones de las personas mayores con respecto a las prestaciones médico-sociales. Año 1994 – Realizado sobre una muestra de 6581 personas a partir de los 60 años de edad, residentes en 65 ciudades de todo el país, que no se encuentran institucionalizadas.

Se hizo una estimación de la cantidad de personas mayores de 70 años que no perciben jubilación ni pensión; considerando, además, las personas mayores que viven en hogares que se encuentran por debajo de la línea de pobreza, en el nivel de cada provincia, resaltándose el costo de otorgarles una prestación mensual, equivalente a la prestación del Plan Jefes de Hogar Desocupados.

De esta manera, se pudo establecer que alrededor de 573 mil personas de 70 o más años de edad no perciben ingresos jubilatorios en el país. De ellas, el 18,3% se encuentran en 12 provincias en las que la incidencia de la pobreza es especialmente aguda.

Del total de las personas sin jubilación o pensión mencionadas, el 52% reside en hogares pobres, porcentaje que representa a unas 300 mil personas para el total del país.

El Plan Mayores - Primera Etapa, está dirigido a los mayores de 70 años de edad, sin ingresos fijos suficientes para su sustento, y que reúnan los siguientes requisitos:

- a) tener 70 años de edad o más;
- b) tener residencia permanente en el país;
- c) no ser titular de ningún beneficio asistencial, graciable, no contributivo o previsional, de carácter monetario, incluyéndose entre estos últimos los otorgados por cajas, institutos u organismos tanto nacionales como provinciales o de profesionales;
- d) no percibir ayudas económicas por ninguno de los Componentes del Programa Jefas y Jefes de Hogar Desocupados;
- e) en el caso de encontrarse casado o en concubinato, su cónyuge, concubino o concubina, deberá cumplimentar los requisitos mencionados en los incisos c) y d).

No hay incompatibilidad cuando los cónyuges o concubinos perciben beneficios asistenciales o de la previsión social, cuyos montos no superan el correspondiente a la jubilación mínima nacional.

Las provincias incorporadas al Plan Mayores en ésta, su primera etapa, son: Catamarca, Chaco, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Rioja, Misiones, Salta, San Juan, Santiago del Estero y Tucumán.

BRASIL

La asistencia social es considerada una Política de Seguridad Social, deber del Estado y derecho de los ciudadanos. No tiene carác-

ter contributivo y su objetivo es proveer a los más necesitados la universalización de los derechos sociales y combatir la pobreza. Todo en articulación con las demás políticas sociales.¹⁶

Con este fin, se están desarrollando en el país diversos programas destinados, entre otros, a los discapacitados y a las personas mayores; no obstante, nos limitaremos a mencionar el denominado “Hambre Cero” por el impacto social y la magnitud de personas que abarca el plan.

El Presidente Luiz Inacio da Silva señaló como prioritario, no sólo de su gobierno, sino de la Nación Brasileira, el ataque a la desnutrición infantil y a acabar con la situación de hambre de una gran parte de la población. Para ello creó el Programa HAMBRE CERO que es un programa de gobierno, siendo la transversalidad una de sus más importantes características.

A los efectos de atender sus objetivos, participan activamente, para garantizar la dignidad de la población brasileira, todos los ministerios, empresas públicas y la sociedad civil.

Algunos de los programas que desarrollan los diversos sectores son:

Ministerio de Desarrollo Agrario: asistencia técnica y capacitación a agricultores familiares.

Ministerio de Medio Ambiente: Amazona solidaria.

Ministerio de Salud: Desarrollo e implementación de sistema de vigilancia alimentaria y nutricional.

Ministerio de Comunicación: Implementación de telecentros comunitarios con una computadora con acceso a internet.

Ministerio de Desarrollo, Industria y Comercio Exterior: Apoyo a micro, medias y pequeñas empresas; estructuración de núcleos de producción artesanal.

Ministerio de Justicia: Regularización, demarcación, identificación y fiscalización de tierras indígenas, y revitalización del patrimonio cultural indígena.

Ministerio de Minas y Energía: Programa Luz para todos.

Ministerio de Trabajo: Programa Primer Empleo; combate el trabajo esclavo.

¹⁶ Diseño de instalación y desarrollo del Banco de Información de los Servicios Sociales en los países del Cono Sur. Centro de Acción Regional en Buenos Aires – Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

Ministerio de Turismo: Incentivo a la conservación del conjunto arquitectónico y al turismo rural.

Las fundaciones que participan en el programa atienden el impulso e incentivo a la agricultura y el artesanado; al cooperativismo, exploración de recursos hídricos; educación alimentaria; tabla nutricional por región, entre otros aspectos.

En convergencia con el objetivo fijado, hay 99 empresas y entidades con proyectos de inclusión social que se desarrollarán en los próximos tres años, que también están comprometidos con el mismo.

El Programa “Fome Zero” tiene la intención no sólo de “dar peces sino de enseñar a pescar”. Está conformado por una serie de medidas de emergencia y estructurales de combate al hambre y a sus causas.

Manifestó el primer mandatario, que el gran desafío actual es hacer de la propia inclusión social un factor de desarrollo de Brasil.

En idéntico sentido, durante el lanzamiento del Programa de transferencia de renta Bolsa de Familia,¹⁷ el presidente recordó que hay 50 millones de personas que se encuentran por debajo de la línea de pobreza, que tienen derecho a una vida digna y por lo tanto deben recibir algún apoyo de inmediato.

En este programa, convergen varios tipos de apoyo individual – Bolsa de Escuela, Vales de Gas, Bolsa de Alimentación y Carta de Alimentación–, es un único programa que se dirige a la protección integral de todo el grupo familiar.

Fue lanzado en el mes de octubre de 2003, y en el mes de diciembre del mismo año, ya cubría a 3,6 millones de familias de 5461 municipios.

Afirmó que en el año 2002 se destinaron alrededor de 850 millones de dólares para todos los programas, en el año 2003 se incrementaron las partidas en un 65%, previéndose que en el año 2004 se destinarán más de 1700 millones de dólares al efecto.

Esta política nacional de transferencia de renta cuenta con la participación de los Estados y Municipios que también podrán aportar recursos para que las familias no estén expuestas al riesgo de regresar a la situación anterior.

¹⁷ Discurso del Presidente de la República – Palacio de Planalto, 20 de octubre de 2003.

Este programa, que transfiere rentas a las familias, también establece obligaciones colectivas, para que los propios beneficiados, con su esfuerzo, compromiso y responsabilidad, creen las condiciones para salir de la situación en que viven. Por ejemplo: deberán mantener al día la vacunación de los hijos, comprobar la concurrencia periódicamente a los servicios de salud, participar en actividades de orientación alimentaria y nutricional, tomar parte cuando fuere necesario de cursos de alfabetización, profesionales y otros.

Todo ello es para que no necesiten depender del Estado toda su vida, y con el tiempo puedan obtener su propia renta y se integren al mercado de trabajo.

A medida que consigan esto, podrán acceder a otros beneficios como microcréditos, apoyos a la actividad agrícola familiar, cuenta bancaria simplificada, facilidades para formar cooperativas, entre otros.

Este puente que se construye con las políticas de asistencia social, aproxima solidariamente a los extremos de la sociedad brasileña y da una oportunidad histórica al país.

Principales acciones implementadas por el Programa . Balance del año 2003¹⁸

En la publicación que el gobierno brasileño realizó el 30 de enero de 2004, sobre el balance del Plan que nos ocupa, destaca algunas actividades desarrolladas en las siguientes áreas:

Agricultura Urbana: Se implementan huertas comunitarias en áreas urbanas muy importantes, tanto para la subsistencia como para la generación de rentas alternativas, además de tener una actuación más educativa desde el punto de vista nutricional.

Se firmaron Convenios con seis Municipios y dos gobiernos estatales.

Programa de Adquisición de Alimentos de la Agricultura Familiar: En el sistema de “compra directa” están incorporados 67 municipios, los que son atendidos por 2570 productores. Mediante la “compra anticipada”, se incorpora a 36.816 productores.

¹⁸ Documento extraído de las publicaciones consignadas en la página <http://www.fomezero.gov.br>.

Otro programa es el de “compras locales” con lo que se adquieren productos de agricultores familiares, a los efectos de ser utilizados en las meriendas escolares y reforzar las provisiones de los hospitales.

Finalmente, el “programa de adquisición e incentivo a la distribución de leche” está destinado a pequeños productores de hasta 100 litros/día. La leche se distribuye entre la población en riesgo nutricional, priorizándose los niños de 0-6 años, mujeres embarazadas o en período de amamantamiento, y ancianos de más de 60 años.

Los productores, reciben apoyo en asistencia técnica, vacunación, etc., y se aseguran la venta de su producción.

Por otra parte, se concretaron múltiples convenios con gobiernos estaduales que abarcan temas diversos, tales como la realización de acciones sociales y comunitarias, implementación de políticas estructurales para las comunidades indígenas, distribución de alimentos a comunidades indígenas carecientes, capacitación de agricultores familiares, etc.

CHILE

La mayoría de los programas vinculados con prestaciones de servicios sociales, están organizados para su ejecución en forma descentralizada, esto es, que se gestionan en forma local o regional, aunque hay otros de alcance nacional.

*Fondo Nacional de la Discapacidad*¹⁹

El Fondo Nacional de la Discapacidad (Fonadis) es un servicio descentralizado del Estado, que fue creado en 1994, con el propósito de financiar ayudas técnicas, planes, programas y proyectos en favor de este sector de la población, que en Chile supera el millón cuatrocientas mil personas.

Entre sus tareas principales, está la de financiar proyectos de capacitación e inserción laboral; rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades, los que son ejecutados a través de diferentes tipos de organismos, como municipalidades, servicios de salud, institutos de capacitación, asociaciones de profesionales, etc.; financia también ayudas técnicas, a través de terceros y destinadas prefe-

¹⁹ www.mideplan.cl/fonadis.htm

rentemente a personas de escasos recursos; financia becas para carreras técnicas y apoya a microempresarios con discapacidad.

Por otra parte, tiene en ejecución planes de integración social, que consisten en apoyar técnicamente a municipios para que incorporen la discapacidad en sus políticas comunales, a través de tres acciones básicas: diagnóstico, accesibilidad e integración escolar. Asimismo, el Fonadis desarrolla un programa de difusión y sensibilización, que en lo esencial crea instancias para dar a conocer la realidad de las personas con discapacidad, genera instrumentos informativos y realiza iniciativas que apuntan a un cambio cultural respecto a estas personas, que son ciudadanos como cualquier otro con derechos y deberes.

El Fonadis se ha propuesto dignificar la condición de las personas discapacitadas, validar sus derechos, y exige para ellos el respeto que se merecen para no ser postergados, propone que cada estamento social asuma su responsabilidad y promueve los procesos de integración a nivel local.

Considera que si cada comuna, municipio y comunidad local abre los espacios necesarios para que sus habitantes con discapacidad ocupen su lugar en la familia, educación, trabajo, ámbito deportivo y cultural, y en el quehacer social en general, estarán realmente caminando hacia la modernidad que el país tanto anhela.

*Servicio nacional del Adulto Mayor*²⁰

La ley que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, entró en funciones el 1 de Enero del 2003. Con ella se está dando en Chile un significativo paso en el reconocimiento de las problemáticas relacionadas con las personas mayores como un asunto público, un asunto de Estado que concierne por lo tanto a la sociedad toda.

Considera adulto mayor a toda persona que ha cumplido sesenta años; crea un fondo de financiamiento de iniciativas de apoyo directo al adulto mayor, el cual será provisto con las donaciones y legados en dinero que para él acepte el Servicio y con los recursos que anualmente asigne la ley de Presupuestos; propone las políticas destinadas a lograr la integración familiar y social efectiva del adulto mayor y la solución

²⁰ www.gerontologia.org/html/se_promulga_en_chile_ley_que_cre.htm

de los problemas que lo afectan; crea los Comités Regionales para el Adulto Mayor, encargados de implementar la política nacional del adulto mayor, administrar el Fondo y demás recursos que le sean donados, y asesorar al Intendente en la promoción y aplicación a nivel regional de los planes y programas que beneficien al adulto mayor.

A continuación, mencionaremos algunos de los programas de servicios sociales organizados en este país, con alcance nacional, a los efectos de atender integralmente los estados de necesidad de las personas de la Tercera Edad, Discapacitadas, Desempleadas y en Situación de Pobreza.²¹

Adultos mayores:

- *Atención integral de enfermería*: tiene dos modalidades: a domicilio, que consiste en una evaluación de enfermería, de actividad nutricional, administración de medicamentos, educación sanitaria y para el autocuidado (personal y familiar, etc.), y en Centros del Adulto Mayor, que consiste en una serie de prestaciones que incluyen una consulta médica inicial y controles de enfermería. Los beneficiarios son: pacientes postrados, terminales, oncológicos, con secuelas severas y post-operados que lo requieran.
- *Reembolso por compra de lentes ópticos y audífonos para el adulto mayor*: este programa consiste en que el afiliado compra el audífono o lentes ópticos y presenta la factura o boleta. Se le reembolsa una cantidad determinada. Los beneficiarios son: todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) mayores de 65 años.
- *Prótesis dentales para el adulto mayor*: Se atiende a los adultos mayores beneficiarios del sistema en todo lo que respecta a prótesis dentales. Los beneficiarios son: indigentes y cotizantes de Fonasa, mayores de 65 años.
- *Problemas de salud del adulto*: Está orientado a dar respuesta a problemas de salud que se presentan con gran frecuencia entre los adultos: enfermedades cardiovasculares (hipertensión), diabetes mellitus, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y trastornos mentales. Por la diversidad de los cuadros, las acciones que se desarrollan en esta línea pueden ser ordenadas en cuatro grupos:

²¹ Documentación del Centro Regional en Buenos Aires de la OISS.

En el caso de enfermedades crónicas, se realizan labores de detección, control y estabilización de la enfermedad. En relación a la tuberculosis, se realizan acciones de detección o pesquisa y se ofrece tratamiento orientado a la curación. Los servicios que se ofrecen a usuarios que padecen de enfermedades de transmisión sexual, consisten en impartir educación en el autocuidado de la salud sexual y en la prevención de ETS y el SIDA, especialmente a grupos de riesgo.

En el caso de los trastornos mentales, se proporciona atención, particularmente a mujeres con trastornos emocionales que se atienden en consultorios (incluyendo depresión) y detección de casos de trastornos mentales que requieran atención especializada, los que son enviados al especialista. Los beneficiarios son: población del país de ambos sexos, mayores de 19 años.

- *Programa de vivienda básica:* Consiste en otorgar una vivienda nueva, con terminaciones básicas, con una superficie no inferior a 38 m², o una vivienda usada, recuperada y destinada especialmente a este programa. La vivienda cuenta con conexión a las redes de agua potable, alcantarillado y electricidad. Pueden ser asignadas en comodato o arrendamiento. En ambos casos, el plazo será de 2 años, renovable por períodos iguales. Quienes acceden al comodato están exentos de pago. En el caso de accederse al arrendamiento, el pago corresponde al 10% de la renta. Los beneficiarios son: las personas mayores de 65 años de escasos recursos que vivan en condición de allegados o arrendatarios.
- *Talleres de capacitación turística para el adulto mayor:* Su objetivo es capacitar a monitores turísticos entregando conceptos básicos sobre la actividad turística-recreativa, y cuyos beneficiarios son personas que se encuentran participando en Organizaciones vinculadas al adulto mayor y que puedan, en el futuro, proyectar actividades autogestionadas dentro de su propia organización, utilizando los servicios turísticos y complementarios del país y optimizando el uso del tiempo libre. Los beneficiarios son: personas mayores de 60 años que se encuentren participando en organizaciones de Adultos Mayores o vinculadas al Adulto Mayor.
- *Discapacitados:* Centro de rehabilitación síquica diurna. Atienden a menores y jóvenes con déficit intelectual mayor o profundo y cuyas familias o responsables no presentan las condiciones para

ejercer adecuadamente la tuición del menor. Los beneficiarios son: niños y jóvenes de 3 a 21 años, de uno y otro sexo, con déficit intelectual, cuyas familias o responsables presentan condiciones de riesgo social.

- *Estimulación temprana y evaluación del desarrollo psicomotor:* Su objetivo es disminuir la tasa de prevalencia del déficit del desarrollo psicomotor, que puede presentarse en los niños menores de 6 años, que se controlan en los establecimientos del nivel primario (consultorios y postas) del Servicio Nacional de Salud, y ejecutar acciones que contribuyen a la recuperación de estos niños. Los beneficiarios son: todos los menores de 6 años beneficiarios del sistema público de salud.
- *Rehabilitación y reinserción social del discapacitado:* A través de este programa, se les proporciona a los discapacitados atención con diversos especialistas, de acuerdo a sus necesidades (médicos, kinesiólogos, psicólogos, etc.), para evitar secuelas y complicaciones derivadas de su enfermedad y mejorar las condiciones para su integración a la sociedad. También se realizan actividades de prevención de discapacidades, dirigidas a toda la población.

Para lograr el éxito de las acciones programadas, se realiza un trabajo con otras instituciones u organismos que no son de salud, por ejemplo, Ministerio de Trabajo, Mideplan, Carabineros. Los beneficiarios son: población del país usuaria de los Servicios de Salud del Sector Público, de ambos sexos y todos los grupos de edad.

- *Salud mental:* Detección y tratamiento temprano de algunos problemas de salud mental que producen grandes limitaciones (beber-problema, consumo de drogas, esquizofrenia y trastornos afectivos, violencia y maltrato). Consulta a especialistas en caso de trastornos emocionales y depresiones, detección y derivación oportuna de trastornos mentales severos en niños y adolescentes. Intercambio y trabajo en conjunto con instituciones que no son de salud (escuelas, Municipios, etc.). Se desarrolla, fundamentalmente, a través de los servicios clínicos de psiquiatría y salud mental de adultos y niños, los equipos especializados en salud y violencia, las unidades de tratamiento de adicciones y los centros comunitarios de salud mental y familiar. Los beneficiarios son:

población del país usuaria de los servicios de salud del sector público de ambos sexos y todos los grupos de edad.

- *Tratamiento y rehabilitación de drogadictos:* Brinda atención integral a personas dependientes de drogas ilícitas. Incluye actividades de detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social para la persona dependiente y su familia. La ejecución se realiza a través de una red de servicios de salud, que integran distintos niveles de atención. Además, se lleva adelante el componente comunitario que no sólo asume funciones de apoyo, sino que es donde se desarrollan opciones de tratamiento y rehabilitación. Los beneficiarios son: Hombres y mujeres que presentan dependencia a drogas y que consulten en el sistema de salud, o que sean derivados por otras instituciones del Estado o privadas.

URUGUAY

La planificación y ejecución de los Servicios Sociales está a cargo del Banco de Previsión Social, procura la promoción y desarrollo individual y social de los beneficiarios, de acuerdo a lo previsto en la normativa vigente y disposiciones que adopte el Directorio en la materia.

Complementa la protección básica de la Seguridad Social, mediante el suministro de bienes y servicios a sus afiliados, a través de los programas destinados, entre otros, a personas mayores y discapacitados.

Personas mayores

Se ha creado una red nacional de instituciones sin fines de lucro que reciben asesoramiento y apoyo técnico permanente, así como servicios de capacitación.

Está conformada por Hogares de Ancianos; Asociaciones de Jubilados y Pensionistas; Clubes de Personas Mayores; Centros Diurnos y otros Servicios Externos. Dichas instituciones son previamente relevadas y se incorporan voluntariamente a un Registro Nacional. El área de cobertura abarca todo el país.

Las acciones se desarrollan a través de una planificación técnica regular, apuntando a la coordinación local y regional, para así optimizar el uso de los recursos disponibles en el país.

Entre las prestaciones que otorga a las personas mayores, podemos citar:

- *Apoyos económicos*: Son prestaciones económicas de carácter no contributivo destinadas a promover proyectos de interés social y actividades programadas relacionadas con este sector de la población.²²

- *De capacitación*: Educación no formal, destinada a personas mayores, dirigentes voluntarios, funcionarios de instituciones adheridas y público en general, con el objetivo de orientar, informar, adiestrar y sensibilizar sobre la temática del Adulto Mayor, adaptando cada actividad a las necesidades de cada Institución o población objetivo.

Se dictan jornadas de sensibilización; cursos para voluntarios; cursos de preparación para la jubilación; talleres de relaciones intergeneracionales; charlas educativas; promoción de la salud; taller de expresión corporal.

- *De turismo social*: Estadías vacacionales para jubilados y pensionistas con el fin de promover el desarrollo individual y social del sector en:

Colonia de Vacaciones “Martín O. Machiñena”, en la localidad de Raigón, Dpto. de San José. Centro Vacacional “Las Cañas”, próximo a la ciudad de Fray Bentos, Dpto. de Río Negro. En breve se incorporarán las cabañas del “Parque Andresito” de La Paloma, Dpto. de Rocha, en convenio con la Intendencia Municipal de Rocha. Están destinadas a todas las instituciones adheridas al Programa para Personas Mayores del Banco de Previsión Social, quien tiene a su cargo la inscripción, selección y determinación de las fechas de concurrencia, así como el asesoramiento técnico en el desarrollo de las actividades.

- *De vivienda para jubilados y pensionistas*: Con el objetivo de contribuir al acceso a la vivienda básica y de acuerdo con las normas legales y reglamentarias vigentes en la materia, el Banco de Previsión Social tiene a su cargo la adjudicación y administración de las viviendas para los jubilados y pensionistas que estén amparados por tales disposiciones.

²² Banco de Información de los Servicios Sociales y el “Relevamiento inicial de Servicios Sociales en Brasil, Chile, Uruguay y Paraguay”, elaborado por el Centro de Acción Regional en Buenos Aires, de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

La Repartición de Prestaciones Sociales realiza los llamados a aspirantes en todo el país, y una vez efectuados los puntajes computarizados según edad e ingreso por pasividad (menor a 2 salarios mínimos nacionales), se efectúan los relevamientos socioeconómicos, a efectos de determinar las prioridades que corresponden entre los inscriptos, elevando la nómina de beneficiarios para la aprobación por parte del Directorio.

- *Programas y prestaciones para personas con discapacidad:* Con el objeto de fomentar la mayor intervención posible de las organizaciones vinculadas a esta población y promover la integración social de las personas con discapacidad, se brinda asesoramiento y apoyos técnicos y económicos, de acuerdo a las necesidades, intereses y proyectos.

Se encuentran íntimamente relacionados con las características de la población que atiende y con la realidad socioeconómica en la que se desarrollan.

Con cobertura en todo el país, procura complementar las prestaciones básicas de discapacidad, a cargo del Banco de Previsión Social.

- *Prestaciones de salud:* Asistencia especial, en el Departamento Médico-Quirúrgico. Destinada a beneficiarios de Asignaciones Familiares que presenten malformaciones congénitas o patologías emergentes de riesgos perinatales.

- *Programas de prevención de discapacidad y reubicación laboral:* Desarrollados por el Área de Medicina Laboral, a través de diversos programas para los trabajadores privados, que aportan a los Seguros por Enfermedad. Promueve la prevención de accidentes de trabajo, enfermedades laborales y enfermedades comunes; afecciones osteoarticulares, hipertensión arterial, cáncer de mama, diabetes, alcoholismo, etc.

Brinda educación sanitaria a la población, informando sobre las enfermedades más comunes que pueden ocasionar discapacidad. Realiza la detección precoz de enfermedades inhabilitantes.

Orienta la reubicación laboral en los casos en que la enfermedad haya determinado que la persona se tornó incapaz para el desempeño de su tarea.

En el caso de que el trabajador requiera algún tipo de asistencia, que a juicio del Área de Medicina Laboral contribuya a la recuperación de la capacidad laboral (y siempre que la misma no les sea brindada por la Institución de Asistencia Médica Colectiva), se le otorga

la siguiente cobertura: Contribuciones para lentes; Internaciones psiquiátricas; Prótesis.

El BPS se hace cargo de las mismas, pero no de los gastos de internación e intervención quirúrgica.

- *Prestaciones económicas: Asignación Familiar Doble:* destinada a menores discapacitados de por vida, o hasta que perciba otra prestación económica del B.P.S.

Ayudas Especiales: para beneficiarios de Asignaciones Familiares y/o Pensionistas por Incapacidad, para cubrir el costo de la cuota escolar o locomoción, en caso que asista a Escuela Especial o Instituto de Rehabilitación.

Prestación asistencial no contributiva por invalidez: si la persona discapacitada carece de recursos para subvenir a sus necesidades básicas, se le otorga una pensión por invalidez, dependiendo de los ingresos familiares.

En caso de que la discapacidad sea severa (cuando la persona necesita de otra para cumplir con las actividades básicas de la vida), se otorga la pensión de por vida e independientemente de los ingresos familiares.

Pensiones contributivas por invalidez: si la persona ha trabajado y aportado al B.P.S., y se incapacita en forma absoluta y permanente para todo tipo de trabajo, no teniendo edad para una jubilación común, le corresponde una jubilación por incapacidad total en caso de que cumpla con los requisitos que establece la ley.

Subsidio transitorio por incapacidad parcial: cuando la persona ha trabajado y aportado al B.P.S., y se incapacita en forma absoluta y permanente para el empleo o profesión habitual, se le otorga un subsidio transitorio por incapacidad parcial por un plazo máximo de 3 años, cumplidos los cuales, si la incapacidad deviene absoluta y permanente para todo el trabajo, se transforma en jubilación.

Asimismo, si dentro del plazo del subsidio la persona cumple la edad mínima jubilatoria, aquél también se transforma en jubilación.

La intendencia de Montevideo desarrolló programas para adultos mayores. Algunos de ellos son:

- *Actividades físicas y recreativas:* Las personas mayores tienen a su disposición un servicio gratuito de actividades físicas y recreativas en más de 20 zonas de Montevideo, todos los días de la semana, incluyendo el derecho a utilización de natatorio los días domingo.

Estas actividades, que se llevan a cabo durante los meses de otoño, invierno y primavera, se suman a la intensa actividad generada en todas las playas montevideanas durante el verano. Cuentan con supervisión técnica permanente a cargo de profesores especializados.

Hogares Diurnos: Funcionan en Montevideo dos Hogares Diurnos gratuitos destinados a los adultos mayores: Se trata de espacios acondicionados para actividades socio-culturales y físico-recreativas que se realizan durante el día, las que incluyen manualidades, actividades físicas y paseos.

Están atendidos por técnicos especializados y se destinan a personas mayores con necesidades en aspectos sociales, culturales y recreativos. Cuentan con un ómnibus para traslado de los usuarios.

• *Paseos y excursiones:* Organiza diversos paseos y excursiones destinados a adultos mayores. Los paseos se realizan tanto en Montevideo como en el interior del país, con una bonificación del pasaje. Están a cargo de un guía turístico especializado y pueden abarcar todo el día o media jornada. También se reciben grupos del interior que desean conocer más detalladamente Montevideo.

Tarjeta Mayor: Organizada por la intendencia de Montevideo junto con el Banco de Previsión Social, otorga beneficios a los mayores de 60 años, con descuentos en todos los comercios adheridos al sistema.

A los jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social, la Tarjeta Mayor se les entrega en el propio BPS. Los jubilados y pensionistas de otras Cajas, así como los que no son jubilados ni pensionistas, siempre que tengan más de 60 años, pueden solicitar la Tarjeta Mayor en el Centro Comunal Zonal más próximo al domicilio.

En lo que respecta a discapacitados, podemos mencionar:

• *Servicio de Consulta Psicológica:* Se atiende a personas con discapacidad y su núcleo familiar. Se efectúan diagnósticos, terapias breves y focalizadas. Es un convenio entre la Intendencia y la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

• *Ayudas técnicas:* Consiste en un banco de préstamo de sillas de ruedas y bastones canadienses. Es una respuesta a las demandas de rehabilitación de aquellas personas que por su condición socioeconómica están impedidas de adquirirlo.

• *Pase Libre:* Carné de libre tránsito en el transporte público de la capital, cuyo objetivo es contribuir en el proceso de rehabilitación.

Programa regional de capacitación e intermediación laboral de la población ciega²³

Una experiencia que merece remarcar, es la que se desarrolla simultáneamente, como experiencia piloto, en la Argentina, Chile y Uruguay; para posteriormente extenderse a toda Latinoamérica, con el objeto de contribuir a mejorar las posibilidades de empleo y producción y la inserción laboral del conjunto de personas con discapacidad visual .

El Programa es ejecutado en Argentina, por la Federación Argentina de Instituciones de Ciegos y Amplíopes (FAICA), mediante una cooperación técnica no reembolsable del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), con el apoyo de la Fundación de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) para Latinoamérica (FOAL) y aportaciones del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.

La Fundación ONCE–América Latina es una institución creada por la Organización de Ciegos Españoles con la finalidad de promover distintos programas para el conjunto de personas ciegas en los 19 países de América Latina. Es una decisión de solidaridad que los ciegos españoles vienen efectuando desde el año 1985, primero a través de un fondo de solidaridad integrado en la propia ONCE, y posteriormente, desde el año 1998, a través de la Fundación ONCE para la solidaridad con personas ciegas de Latinoamérica.

Esta Fundación tiene como objetivo fundamental la plena integración de los ciegos americanos en la sociedad, y lo cumple mediante la puesta en marcha de programas específicos en cinco áreas de actuación:

Programas de Promoción de Empleo para personas ciegas; Programas de Formación y Capacitación para el empleo; Programas para el impulso y fortalecimiento de las organizaciones de ciegos en cada país; Programas para el acceso y distribución de material tiflotécnico, en todas las áreas de actividad; Programas de prevención y rehabilitación de la ceguera.²⁴

Es una iniciativa que tiene por finalidad equiparar las oportunidades laborales de las personas con discapacidad visual, con miras a su incorporación a la vida productiva, bajo la premisa de que una verdadera integración se logra con la obtención de un empleo. En tal sen-

²³ www.trabajo.gov.ar/unidades/discapacidad-gv/discapacidad/población.htm

²⁴ Informe FOAL, Febrero/2004; Biblioteca Centro Regional Buenos Aires de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social.

tido, en Argentina, desde febrero de 2001 se han capacitado 700 beneficiarios con acciones de formación que alcanzan a 18 provincias, y por este medio ya han obtenido inserción laboral 118 personas ciegas y con baja visión, en empresas privadas y del sector público, así como mediante microemprendimientos.

Adicionalmente, se está montando una cadena de kioscos en diversas provincias, con la intención de crear 50 puntos de venta atendidos por personas con discapacidad visual.

La capacitación se focaliza en áreas tales como desarrollo prelaboral, informática, telemarketing, microemprendimientos y otras específicas, a efectos de posibilitar la reconversión o ingreso según la demanda del mercado laboral, hasta alcanzar a beneficiar a 1200 personas ciegas y con baja visión en todo el país. Los beneficiarios deben tener entre 18 y 45 años, escuela primaria completa y haber concluido su rehabilitación funcional.

Un aspecto importante de este programa ha sido encontrar nuevas profesiones tales como testeo de perfumes, alimentos y bebidas, el revelado de placas radiográficas y la estenotipia.

En ellas se pueden potenciar las capacidades de este grupo, logrando así que las personas se incorporen a la vida productiva.

Es conocido el caso de telemarketing, por la atención a los cambios e inflexiones de la voz o la mayor concentración que tienen los operadores con discapacidad visual. Pero se han encontrado nuevos trabajos en los que también se aprecia un mejor desempeño de quienes no ven. Este ha sido el caso de testeo de perfumes y bebidas. Luego de 3 meses de capacitación, 30 personas están trabajando para una empresa multinacional como panel experto, testeando diferentes productos de perfumería y limpieza, y tras 6 meses mostraron resultados equivalentes a un panel interno con 10 años de experiencia en el área. Asimismo, se está capacitando a 14 personas ciegas y con baja visión para la conformación de un panel experto en la cata de aceite de oliva, con un fuerte apoyo empresario y de la comunidad local; experiencia inédita a nivel mundial.

Aunque se esté aún en la etapa de capacitación, los resultados son muy positivos.

Nadie mejor que una persona ciega para desempeñarse en un cuarto prácticamente a oscuras, como es el caso del revelado de placas radiográficas.

Dados los excelentes resultados obtenidos en el curso, varios hos-

pitales han mostrado interés en incorporar a personas con discapacidad visual para desempeñarse como cuartoscuristas.

En esta misma línea, se está desarrollando un curso de asistente kinésico dirigido a esta población, adaptando experiencias de nivel internacional y en consideración a las perspectivas de empleo que tienen las personas ciegas en esta área.

Durante el desarrollo del programa, se han detectado pequeños microemprendimientos encabezados por personas con discapacidad visual, a los que se los apoya con asesoramiento, capacitación e incluso equipamiento e insumos. Se requiere que el proyecto beneficie a varias personas con ceguera o baja visión y sea sustentable.

También hay proyectos de panadería en el Gran Buenos Aires, de elaboración de dulces y alfajores artesanales en Misiones y de hilado artesanal de lanas en Trelew, provincia del Chubut.

En el área de capacitación, la totalidad de las personas ciegas de los tres países recibieron, o han tenido la posibilidad de recibir, al menos, un curso de capacitación profesional. Ello ha supuesto un enorme esfuerzo de participación de todo el colectivo de personas ciegas, para lo que ha sido necesario extender la gestión del programa a todo el territorio de los tres países.

Las autoridades de los tres países han reconocido públicamente que este programa ha resultado ser el más exitoso de cuantos se han realizado para la población ciega. Asimismo, el BID menciona en su memoria el éxito y notoriedad de este programa, que casualmente es el primero de este tipo que ha financiado en toda la historia del Banco.

Un aspecto a destacar del programa, es el fortalecimiento de las organizaciones conformadas por el sector de las personas ciegas y con baja visión. A tal efecto, se brindan cursos de gestión social, que otorgan a los actuales y potenciales dirigentes herramientas para mejorar la capacidad de dirección y gestión asociativa.

Se están implementando, asimismo, proyectos productivos sociales que tienden a mejorar la oferta institucional para los socios, y a la vez proporcionarán fondos que permitan sustentar estudios sobre la ceguera y los posibles medios de curarla.

Finalmente, se trata de difundir este tipo de iniciativas a los efectos de que los empresarios tomen conciencia sobre la posibilidad de contratar trabajadores con discapacidad visual, haciendo visible este colectivo para la comunidad en general y los empresarios en particular.

Bibliografía

- Alonso Olea Manuel (1997). *Instituciones de Seguridad Social*, Madrid, Decimoquinta edición, Editorial Civitas S.A.
- Centro de Acción Regional en Buenos Aires de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Diseño de instalación y desarrollo del Banco de Información de los Servicios Sociales en los países del Cono Sur. Año 1998
- Diario *La Nación* de Argentina. Diversas notas publicadas.
- Felice Rey, Manuel (1994). *Derechos de las Minorías y de los Grupos Diferenciados*, Madrid, Escuela Libre Editorial.
- Gómez, María y Eliana Sabeha, *Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*, Universidad de Salamanca.
- Master en Dirección y Gestión de los Servicios Sociales. Universidad Alcalá de Henares – Organización Iberoamericana de la Seguridad Social.
- Mendizábal, Juan Cruz. *Luces y Sombras. El ciego en la literatura hispánica*, Madrid, Escuela Libre Editorial.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación Argentina, Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados – Un año de gestión mayo 2002 – mayo 2003.
- Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad.
- OISS y Subsecretaría de la Tercera Edad. “La situación de los ancianos en la Argentina”, Año 1994.
- Página www.fomezero.gov.br - Publicaciones – Documentos
- Página www.mideplan.cl/fonadis.htm
- Página www.montevideo.gub.uy
- Página www.bps.gub.uy
- Talmón, Ana María. Tesis: “Presente y Futuro de las Prestaciones para Discapacitados en la República Argentina. Servicios Sociales y Previsionales”. Master en Dirección y Gestión de los Servicios Sociales. Universidad Alcalá de Henares – Organización Iberoamericana de la Seguridad Social.