

revista de

SERVICIOS SOCIALES

y

Política Social



**ENTREVISTAS
CONSEJEROS**

**DOSSIER
MINUSVALIDOS**

11-12

COMITE EDITORIAL

José Manuel Ramírez,
Balbino Pardávil,
María Dolores Caballero,
Luz Verde, Amelia Sampedro
y Gustavo García

COORDINADOR GENERAL

Balbino Pardávil

COORDINADOR GRAFICO

Alfonso Muñoz

SECRETARIA

Inmaculada

CONSEJO ASESOR

Elvira Cortajarena,
Gregorio Rodríguez, Joan Artells,
Josep Arenas, M.ª Angeles
Campo, Miguel Angel Cabra,
Montserrat Colomer, Rosa
Doménech, Teresa Ordinas,
Ana Díaz, J. M. García Madarí
y Luis Valenciano

EDITA

Consejo General de Colegios
Oficiales de Diplomados en
Trabajo Social y
Asistentes Sociales

**El Comité Editorial no
se identifica,
necesariamente, con el
contenido de los artículos
publicados**

**ADMINISTRACION,
REDACCION Y
SUSCRIPCIONES**

Doctor Cortezo, 11 - 2.º
28012 Madrid. Tel. 468 37 06
Horario: martes y jueves
de 9 a 12 horas

REALIZA

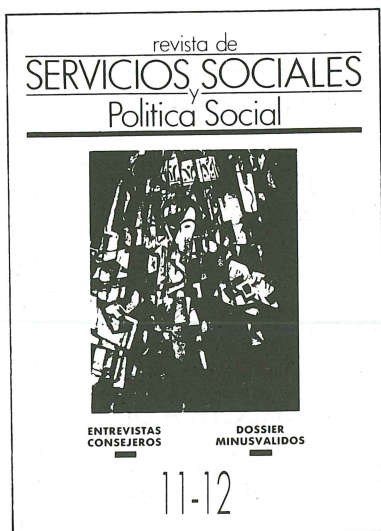
Consultores Editoriales, S.A.L.
Lagasca, 71. Tels. 431 13 36
y 431 14 59. 28001 Madrid

IMPRIME

Grefol, S.A.

Depósito legal: M-16020-1984

S U M A R I O



SALVADOR DALÍ
Autorretrato cubista (1923)
Guache sobre cartón

EDITORIAL	5
ENTREVISTA REALIZADA AL EXCMO. SR. CONSEJERO DE TRABAJO Y BIENESTAR SOCIAL DE LA JUNTA DE GALICIA, DON MIGUEL MARTINEZ LOSADA. <i>Por Luz Verde</i>	6
ENTREVISTA A DON MIGUEL ANGEL POLO CORTES, GERENTE DEL INSTITUTO ANDALUZ DE SERVICIOS SOCIALES. <i>Por M.º Dolores Caballero</i>	14
ENTREVISTA CON EL CONSEJERO DE CULTURA Y BIENESTAR SOCIAL DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEON, D. FRANCISCO JAVIER LEON DE LA RIVA (AP)	18
DOSSIER MINUSVALIDOS	
LA POLITICA SOCIAL DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS Y LAS PERSONAS CON MINUSVALIA. <i>Por Pedro Luis Gomis Díaz</i>	26
UNA NUEVA ETAPA HACIA LA INTEGRACION Y UNA VIDA AUTONOMA DE LAS PERSONAS MINUSVALIDAS EN LA COMUNIDAD EUROPEA. LA ADOPCION DEL 2.º PROGRAMA DE ACCION COMUNITARIA EN FAVOR DE LAS PERSONAS MINUSVALIDAS (1988-1991)	40
LA ENCUESTA SOBRE DISCAPACIDADES, DEFICIENCIAS Y MINUSVALIAS. ALGUNOS DATOS SOBRE SU METODOLOGIA Y CIFRAS BASICAS	48
LEY 13/82 DE LA INTEGRACION SOCIAL DE LOS MINUSVALIDOS. <i>Por Francisco Cortalí</i>	80
PRESTACIONES ECONOMICAS PARA PERSONAS CON MINUSVALIAS EN EL ESTADO ESPAÑOL. <i>Por M.ª José Larrainzar</i>	90
PERFIL DE LOS BENEFICIARIOS DE LA PRESTACION POR MINUSVALIAS	100

DIRECTORIO DE ENTIDADES DE AMBITO ESTATAL DE ACTUACION EN EL SECTOR DE LOS MINUSVALIDOS	104
UN ANALISIS DE LAS CARACTERISTICAS DE LOS CENTROS BASE DE MINUSVALIDOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES. <i>Por Jaime Ponte Mitelbrunm</i>	106
LA ESCUELA INFANTIL ABIERTA A LA DIVERSIDAD. <i>Por M.^a Teresa Pérez Llorente, M.^a Dolores Ortiz García, Guadalupe Soriano Navarro y Montserrat Coll Porta</i>	110
TRES AÑOS DEL PLAN DE INTEGRACION. DATOS DE LA ENCUESTA LLEVADA A CABO POR LA DIRECCION GENERAL DE RENOVACION PEDAGOGICA DEL MINISTERIO DE EDUCACION	118
RECOMENDACIONES DE LA CONFERENCIA DE LA LIGA INTERNACIONAL DE ASOCIACIONES EN FAVOR DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL (Madrid XI-1984)	122
PLAN DE CREACION DE EMPLEO ELABORADO POR LA JUNTA DIRECTIVA DE LA COCEMFE	126
LOS CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO ANTE EL FUTURO. <i>Por Mario Grande Esteban</i>	134
TRABAJO SOCIAL EN LA ASOCIACION DE SORDOS DE NAVARRA. <i>Por Edurne Urrea López</i>	136
LEGISLACION SOBRE MINUSVALIDOS. <i>Por José Perdomo Cejudo</i>	142
LA GUINDILLA. <i>Por Cyrano</i>	156
INFORME SOBRE LA CELEBRACION DE LAS III JORNADAS DE SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL. TRUJILLO-OCTUBRE DE 1988	158
LIBROS	166
EL CONSEJO INFORMA. CAMBIOS EN EL ORGANIGRAMA DE LA REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES Y POLITICA SOCIAL. <i>Por Balbino Pardávila</i>	170

El presente número de la **Revista de Servicios Sociales y Política Social** aborda de manera, casi monográfica, el tema de la protección social y los servicios sociales para el sector de población minusválida. El interés del asunto nos ha inducido a publicar un número doble de la Revista, que permitiera recoger el mayor número de aportaciones y materiales posibles.

Podemos dividir el Dossier en cuatro bloques diferenciados, según el contenido de sus artículos. El primer bloque consiste en la descripción del colectivo de población minusválida española a través de la Encuesta de Población con minusvalías, realizada por el Instituto Nacional de Estadística en el año 1986. Un segundo bloque lo configuran diversos artículos orientados a explicar la evolución y situación de la protección social y las prestaciones sociales y económicas para los minusválidos tanto en la C.E.E. como en el Estado español. La exposición, desde el punto de vista de diversas asociaciones de afectados, de las principales problemáticas que afectan al colectivo de población minusválida conforma el tercer grupo de artículos. Por último, diversos artículos se orientan a aportar documentación legislativa y bibliográfica.

Este número doble, se abre con sendas entrevistas al Consejero de Trabajo y Bienestar Social de la Xunta de Galicia; al Consejero de Cultura y Bienestar Social de la Comunidad de Castilla y León; y al Gerente del Instituto Andaluz de Servicios Sociales. Pensamos que su lectura permitirá a nuestros lectores profundizar en el conocimiento de la política de Servicios Sociales realizada en cada una de dichas Comunidades Autónomas.

ENTREVISTA REALIZADA AL EXCMO. SR. CONSEJERO DE TRABAJO Y BIENESTAR SOCIAL DE LA JUNTA DE GALICIA, DON MIGUEL MARTINEZ LOSADA

Y en segundo lugar, o en otro bloque, tratar de potenciar, facilitar, mediante la incentivación económica, la creación de Servicios Sociales Municipales, nótese que digo Servicios Sociales Municipales y no servicios comunitarios de base o términos semejantes.

Don Miguel Martínez Losada es Consejero de Trabajo y Bienestar Social de la Junta de Galicia desde el mes de octubre de 1987, fecha en la que accede al Gobierno Autónomo una coalición de tres partidos (Partido Socialista de Galicia-PSOE, Partido Nacionalista de Galicia y Coalición Galega).

Es militante del Partido Socialista de Galicia-PSOE y ha desempeñado entre otros los cargos de concejal en el Ayuntamiento de La Coruña y el de gobernador civil en Pontevedra.

Ha sido un poco laborioso encontrar un hueco en su agenda por sus múltiples ocupaciones, pero nos ha atendido en su despacho soleado y con la música de J. S. Bach de fondo.

—Por empezar por algo, me gustaría que explicara para la Revista Política Social y Servicios Sociales, ¿cuáles son las líneas de actuación de su Consejería y dentro de qué marco político se inscriben?

—Las líneas generales de actuación en Política Social podemos decir que van dentro de dos gran-

des ejes: el primero de ellos tratar de organizar y normalizar las estructuras tanto materiales y de conceptos como de personal existentes en los Servicios Sociales gallegos y en segundo lugar crear o completar una red pública de Servicios Sociales en algunos campos concretos que entendemos son prioritarios lejos de pretender hacer una acción dispersa. Concretamente, los objetivos son, la red de centros base de minusválidos y la creación de una oferta pública de residencias y hogares de la tercera edad suficiente en número para que la oferta pública pueda equilibrar o alcanzar el porcentaje adecuado con relación a la oferta privada. Y en segundo lugar, o en otro bloque, tratar de potenciar, facilitar, mediante la incentivación económica, la creación de Servicios Sociales municipales, nótese que digo Servicios Sociales Municipales y no servicios comunitarios de base o términos semejantes.

—Dentro de esa política de actuación a la que ha hecho referencia, ¿qué importancia

le conceden a las transferencias de competencias del Instituto Nacional de Servicios Sociales para su ejecución?

—Es absolutamente vital para la realización de una política social por cuanto vertebra en primer lugar recursos, en segundo lugar profesionales, en tercer lugar competencias importantes. Si no se tienen las competencias del INSER-SO difícilmente se puede desarrollar una política social general, sino que hay que realizar cuestiones parciales. Sin embargo la responsabilidad de las transferencias de competencias del INSER-SO también obliga a ser mucho más ajustado en cuanto a las inversiones y a centrarse en los equipamientos públicos en aquéllos que son realmente prioritarios que es lo que estamos tratando de hacer.

P.: En el mes de mayo del pasado año, fue aprobado por el Parlamento de Galicia la Ley de Servicios Sociales, ¿qué realizaciones están llevando a cabo de su contenido?

R.: Yo creo que la ley es un marco social general, global, que tiene un desarrollo largo y complejo. Un primer tema que hemos acometido es el Mapa de Servicios Sociales que está prácticamente terminado y a punto de entrar en imprenta y de la redacción definitiva de sus conclusiones. Al mismo tiempo, estamos preparando la publicación del Decreto de creación del Consejo Gallego de Servicios Sociales, donde la gran dificultad es la representatividad, evidentemente la potenciación del asociacionismo no ha funcionado todo lo adecuadamente que sería conveniente, en ese sentido, hemos hecho últimamente elecciones

en los centros de la tercera edad, pero el Consejo de Servicios Sociales tendrá que tener necesariamente una representatividad variable, es decir, que permita o que obligue a los colectivos a organizarse. La realidad es que en estos momentos hay dificultades en cuanto a su organización.

Y en cuanto al Instituto Gallego de Servicios Sociales que es el tercer tema, tenemos que su elaboración o puesta en marcha es posterior a la política de ordenación y saneamiento que en estos momentos estamos haciendo dentro de los Servicios Sociales. No sería adecuado crear el Instituto mientras toda la estructura de personal no se aclarase. Hasta este momento el personal se encontraba deslocalizado, con contratos provisionales, fuera de sus lugares de contratación. Se ha hecho un esfuerzo por la clarificación de todas las condiciones contractuales y de ubicación del personal y ahora podemos decir que ya está aclarada y regulada, ésta es una cuestión previa a la formulación de un Instituto, porque un Instituto no es un órgano representativo como será el Consejo, sino un órgano de gestión administrativa, en consecuencia, podría ser suicida el ponerlo en marcha y transferible el desorden. Vale la pena ordenar primero y poder ponerlo en marcha cuando realmente exista un orden.

Hay otras cosas más que están en este momento en vías de modificación como es la estructuración del conjunto de los llamados Centros Sociales cuya rentabilidad es escasa y su definición poco clara. Creemos que no es posible mantener abiertos unos Centros Sociales cuya actuación cara a la sociedad es escasa o prácticamen-

Estamos preparando la publicación del Decreto de creación del Consejo Gallego de Servicios Sociales, donde la gran dificultad es la representatividad.

te nula, ya que consideramos como concepto básico que el coste social tiene que rentabilizarse. Entonces todo este proceso de saneamiento está en marcha y bastante avanzado, quedan algunas cosas por hacer, y todo ello es un poco consecuencia de la filosofía global de la Ley de Servicios Sociales.

—¿Qué medidas están impulsando desde la Consejería que tengan incidencia municipal?

—La idea clave es que los Servicios Sociales son competencia compartida entre la Comunidad Autónoma y los Municipios. Concretamente la Ley de Régimen Local así define la competencia de los municipios en materia social y especifica que los Ayuntamientos de más de veinte mil habitantes tienen que tener determinados servicios. La realidad es que en Galicia las actividades sociales, de Servicios Sociales, de los Ayuntamientos es escasa, tanto en los Ayuntamientos de más de veinte mil habitantes donde suelen tener unos servicios más bien administrativos o de gestión y ayuda, pero no equipamientos, como en los Ayuntamientos de menos de veinte mil habitantes. Los equipamientos asistenciales en los municipios de las ciudades y villas gallegas tienen que ser municipales, por propia competencia, propias instalaciones municipales, no sólo de servicios permanentes sino también acogidas, etc., y esto no sucede así.

Por otra parte los Ayuntamientos pequeños, es un tema debatible, deberían ser las Diputaciones las que financiesen los Servicios Sociales que los Ayuntamientos de menos de veinte mil habitantes no tienen obligación de crear, pero sí

son competencia municipal. La razón de existir de las Diputaciones es la de dar a los ciudadanos aquellos servicios del régimen local que los Ayuntamientos no están obligados o no pueden prestar. Como esta situación, en Galicia no se da, nos estamos limitando, hasta este momento, a la creación de servicios municipales directos de prestación o de información y de colaboración en cuestión de prestaciones. Entonces esto tiene que irse resolviendo y modificando mediante la existencia de Centros Sociales, unos de la Comunidad Autónoma y otros de los Ayuntamientos, Mancomunidades de Municipios o como sea, pero que tengan vocación comarcal.

Evidentemente, mientras en Galicia el debate sobre la comarcalización no se resuelva es problemático la definición de las comarcas, aparte de que es por todos conocido las tremendas tensiones que genera en todas las comarcas la definición de cabecera. La solución la estamos tratando con el Mapa de Servicios Sociales y con esta reformulación de los Centros Sociales en centros de carácter comarcal para aquellos colectivos que realmente lo demandan.

Creemos que no es procedente crear actividades o líneas de trabajo en temas que no son demandados socialmente o que no son prioridades sociales, mientras que en otros que sí existen prioridades sociales no se ejerce trabajo.

En este momento vamos a hacer alguna experiencia, estamos haciendo una experiencia, en una comarca —As Nogais—, una zona de montaña complicada, de un

Los equipamientos asistenciales en los municipios de las ciudades y villas gallegas tienen que ser municipales, por propia competencia, propias instalaciones municipales, no sólo de servicios permanentes sino también acogidas, etc., y esto no sucede así.

Centro Social de este tipo, va a comenzar a construirse ahora con un diseño nuevo, un poco como experiencia de cómo a través de la Comunidad Autónoma en una zona donde los Ayuntamientos tienen una escasa capacidad económica no podrían abordar su construcción en este caso, lo abordaría la Comunidad Autónoma. En el resto de los casos y volviendo al tema inicial, la línea de subvenciones, en este año vamos a poder disponer de una masa económica de cerca de quinientos millones de pesetas, entre los trescientos cincuenta de la Comunidad Autónoma y la previsión del Plan Concertado, podemos andar por esa cantidad. Se trata de derivar la mayor cantidad posible a equipamientos, es decir, a capítulo siete. Tratamos de reducir lo que venía siendo financiación incondicional a actividades municipales, para este año centrar la Orden de convocatoria de subvenciones a Ayuntamientos en la creación de equipamientos. Somos conscientes de que los Ayuntamientos son reacios, por cuestiones económicas, a la creación de equipamientos, de ahí la incenti- vación económica que vamos a hacer este año para tratar de cubrir los huecos importantes de equipamientos públicos municipales a través de la subvención y en el caso de los Ayuntamientos medianos, mediante el concierto o compromiso de mantenimiento de subvención durante un período determinado, no así en el caso de los grandes.

—Hay mucha legislación sobre Acción Social, muchas definiciones de competencias pero ¿qué pasa, hay pocos fondos, poca armonía entre las administraciones implica-

das en su aplicación? ¿Cuál es su opinión?

—Sí, sí. Efectivamente existe mucha legislación general, conceptual que es la fácil, la bonita de hacer, es mucho más agradable hacer un texto legal genérico que hacer un decreto regulador. Nosotros acabamos de hacer un Decreto del Menor y huimos en él de cualquier planteamiento global genérico como han hecho otras Comunidades Autónomas, para hacer un decreto básicamente operativo para la gestión, porque entendemos que en este momento en el tema del Menor, eso es lo que hace falta, definir el procedimiento de gestión día a día más que crear conceptos que existen en la legislación genérica.

Yo creo que el mayor problema de los Servicios Sociales es la precariedad permanente con que las diversas administraciones suelen acometer sus iniciativas. Hay una enorme cantidad de iniciativas en régimen precario, es decir, de servicios sin consolidar que al cabo del tiempo o en cuanto varían las circunstancias, son servicios que se desmoronan, yo creo que existe una escasa patrimonialización de los Servicios Sociales, pocas instalaciones fijas, pocos servicios, poco personal cualificado fijo, adecuadamente formado y remunerado y demasiadas actividades sociales que se realizan al amparo de programas permanentes, contratos parciales, colaboraciones, etc. Nosotros lo que estamos tratando es de regular las estructuras permanentes, tanto en los Ayuntamientos como en la propia Comunidad Autónoma, por eso tratamos de eliminar para 1989 toda la precariedad de contratos del personal como proceso de consolidación de los servicios. Ese

Efectivamente existe mucha legislación general, conceptual que es la fácil, la bonita de hacer, es mucho más agradable hacer un texto legal genérico que hacer un decreto regulador.

es un poco el miedo que tiene la sociedad, la administración de acometer y afrontar de verdad programas de Servicios Sociales. De ahí que primaremos la subvención a capítulo siete más que a capítulo cuarto en los Ayuntamientos y las reducciones en las subvenciones a temas como la promoción de actividades y semejantes que hasta ahora, venían absorbiendo importantes recursos

y que creemos que no son prioritarios.

—¿De lo que está exponiendo se podría deducir que están trabajando en la línea de creación y consolidación de un Sistema Público de Servicios Sociales con unos equipamientos básicos que respondan a las necesidades sociales existentes actualmente?



Miguel Martínez Losada, Conselleiro de Traballo e Benestar Social de la Xunta de Galicia.

—Efectivamente, y que permita unos servicios permanentes que no puedan venirse abajo con el devenir de los tiempos y de los presupuestos de las diversas instituciones. La realidad es que tenemos pocas instalaciones, pocos equipamientos y sin embargo tenemos muchos miniequipamientos de muy dudosa o escasa rentabilidad.

—La creación del Ministerio de Asuntos Sociales es una novedad en España, ¿considera Vd. que su creación beneficiará e impulsará las políticas de las Comunidades Autónomas? ¿Cómo se establecerán las relaciones entre las Autonomías con esa estructura ministerial nueva?

—Su creación responde al impulso del Gobierno de la nación de incrementar y potenciar su actividad en el campo social, lo cual sí es positivo, puede crear algunos problemas en cuanto a relaciones competenciales porque el Ministerio puede tener la tendencia de invadir competencias de las Comunidades Autónomas. Pero no vamos a entrar de momento en ese tema, y recalco lo de momento, porque próximamente habrá que afrontarlo con rigor. En principio vamos a considerarlo como un tema positivo, un esfuerzo importante y que tiene mucho trabajo que armonizar. Sin embargo, no podemos olvidar que se trata de un campo transferido y por tanto, todo deberá hacerse concertadamente con las Comunidades Autónomas en cuanto a Servicios Sociales nos referimos. Hemos tenido ya diversas reuniones con la ministra, con la cual mantenemos unas relaciones fluidas a nivel personal y me consta que está en esa línea. Posiblemente po-

dríamos plantearnos el futuro del Ministerio de Asuntos Sociales en un tema más amplio, y es una opinión personal, lejos de considerar la actividad social o los asuntos sociales exclusivamente como Servicios Sociales, hay otro tipo de afinidades, como planificación sanitaria, y otras, que a medida que las transferencias del INSALUD, por ejemplo vayan recayendo en las Comunidades Autónomas posiblemente el Ministerio de Asuntos Sociales vaya redondeando su actividad. Yo no lo considero un Ministerio de Servicios Sociales, si así fuera no sería suficiente, sino como una línea de trabajo en asuntos sociales dentro de una voluntad de unificar y potenciar iniciativas y trabajos en el campo social que son muchos más que los propios Servicios Sociales.

—Dado que la Revista Política Social y Servicios Sociales es el órgano de expresión del colectivo profesional de asistentes sociales y diplomados en trabajo social, me gustaría que nos diese su opinión sobre su figura profesional, si es conocida y valorada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia y también acerca de la formación y el perfil profesional que se exige hoy a los Trabajadores Sociales.

R.: Los Trabajadores Sociales son hoy una profesión consolidada tanto en la sociedad como en la Administración. Después de un nacimiento un tanto dudoso con otro tipo de perspectivas, ha habido una evolución hacia un campo más amplio, en dos sentidos: en primer lugar, de capacidad de gestión, el futuro de los Servicios Sociales, lejos de la acción personal exclusivamente, tiene que ir

Yo no lo considero un Ministerio de Servicios Sociales, si así fuera no sería suficiente, sino como una línea de trabajo en asuntos sociales dentro de una voluntad de unificar y potenciar iniciativas y trabajos en el campo social que son muchos más que los propios Servicios Sociales.

avanzando en la gestión de los equipamientos. En este momento creo que hay una carencia de profesionales capacitados en gestión personalizada de centros, residencias, etc., etc., por ello, sería bueno un complemento, un reciclaje profesional en ese campo.

En segundo lugar, en los Trabajadores Sociales, lo más importante es la apertura a todo, la falta de dogmatismo, y la creatividad, lejos de repetir miméticamente experiencias que se realizan en otros sitios, que son simplemente individuales o ejemplares, pero difícilmente trasplantables al conjunto de la sociedad, lo que se trata es de convertir esas experiencias dentro de lo posible en un servicio genérico, y en ese sentido, además de la capacidad de gestión económica, jurídica, etc. hace falta avanzar en la apertura, es decir, no considerar el modelo de asistente social como cerrado, sino abierto a las nuevas necesidades de Trabajo Social. Yo creo que las épocas del voluntarismo tienen que desaparecer, ningún grupo profesional funciona con voluntarismo y con exceso de celo y posiblemente a los asistentes sociales se os ha venido pidiendo hasta ahora un voluntarismo y un exceso de celo que ninguna profesión puede mantener permanentemente y por lo tanto, una evolución hacia una mayor capacidad de gestión será una evolución positiva.

En España tenemos la tendencia a centrar la formación en actividades técnicas concretas, olvidándose que los técnicos de cualquier ramo, además de sus conocimientos específicos, precisan conocimientos de organización, planificación y de gestión, éste no es sólo un problema de los

asistentes sociales sino de otras muchas profesiones.

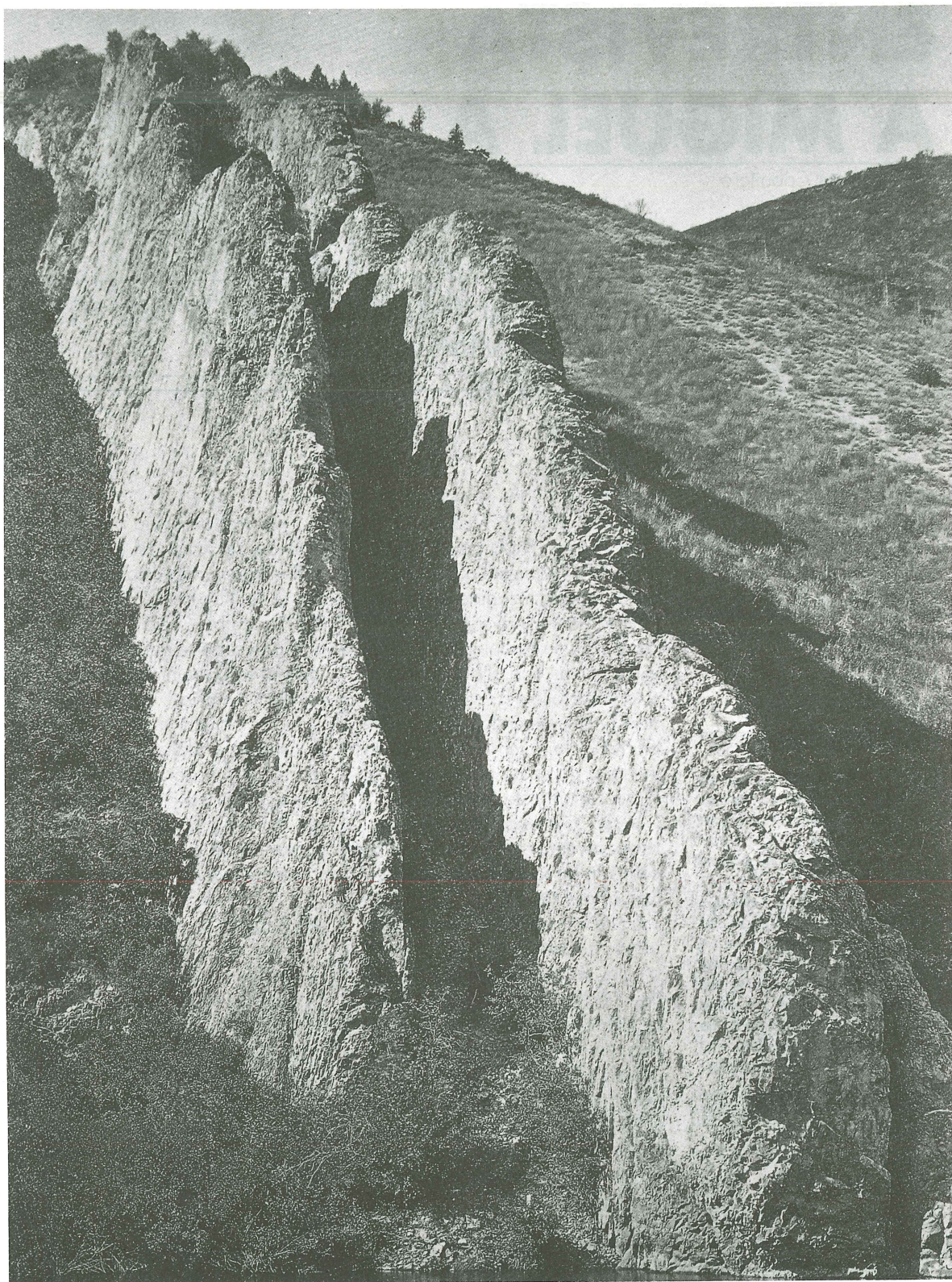
—¿El Gobierno Vasco ha aprobado recientemente la creación de un Subsidio de Ingresos Mínimos para familias carentes de recursos, ¿podemos esperar aquí una medida de este tipo?

—No. Conceptualmente no estoy de acuerdo como consecuencia de la concepción autonómica. Evidentemente pueden generarse desigualdades entre poblaciones y la profundización de éstas entre poblaciones ricas y poblaciones pobres.

Aparte de esto, nosotros creemos que en principio para Galicia es mejor dedicar todos los esfuerzos a equipamientos porque no hay una oferta pública que permita hacer frente a los niveles elementales de acogimiento de personas en necesidad tanto menores, como ancianos, como mujeres. Entendemos que no es el momento de una medida generalizada de este tipo, sino de crear esa oferta pública, pues de lo contrario, podría pasar en Galicia la privatización absoluta de este tipo de servicios, nosotros no apostamos por ello aunque respetamos las iniciativas en algunos campos, por ejemplo, los minusválidos psíquicos, pero en otros campos los poderes públicos tenemos la obligación de generar una red pública por ser ésta todavía deficitaria y que tardará unos cuatro o cinco años en alcanzar los niveles adecuados, la privatización de los Servicios Sociales como alternativa no la contemplamos y por lo tanto, una línea de subvención individual como ésta tampoco.

Cte. Editorial de la Revista de SS.SS. y Política Social.

En los Trabajadores Sociales, lo más importante es la apertura a todo, la falta de dogmatismo, y la creatividad, lejos de repetir miméticamente experiencias que se realizan en otros sitios.



El tobogán de diablo, Utah (Weber Canyon).

Slabaz dshliq weun

ENTREVISTA A MIGUEL A. POLO

M.^a Dolores Caballero

ENTREVISTA A DON MIGUEL ANGEL POLO CORTES. GERENTE DEL INSTITUTO ANDALUZ DE SERVICIOS SOCIALES

Es, por tanto, en 1984 cuando la Junta de Andalucía puede plantearse el abordar una actuación global y operativa en el campo de los Servicios Sociales, al poder contar con la totalidad de los instrumentos de gestión, que en este campo tenía la Administración del Estado.

El Decreto 252/1988 de 12 de julio (BOJA n.º 64) publica la Estructura Organizativa del I.A.S.S. según queda recogido en la disposición adicional segunda de la Ley de S.S. de Andalucía. Ante las expectativas que ello suscita para el desarrollo del sistema público de S.S. Hemos creído importante mantener una entrevista con la persona que está al frente de la Gerencia de este Instituto.

—Sr. Gerente quisiera comenzar esta entrevista con la opinión suya sobre la Política Social del Gobierno Andaluz.

—En mi opinión el concepto de estado de bienestar social empieza a calar en los ciudadanos, lo que lleva implícito el que los poderes públicos asuman la responsabilidad de ir a la consecución de aquél. Un dato objetivo de la preocupación del Gobierno Andaluz podría estar en el presupuesto previsto para el 89, que ha supuesto un incremento de un 33% aproximadamente con respecto al año anterior.

—¿Qué supone la transferencia del INSERSO para la nueva política social?

—La transferencia de las funciones y servicios del INSERSO a la Junta de Andalucía, efectuada por el Real Decreto 279/1984, de 23 de octubre, vino a completar el cuadro de competencias a asumir por la Comunidad Autónoma en esta materia.

Es, por tanto, en 1984 cuando la Junta de Andalucía puede plantearse el abordar una actuación global y operativa en el campo de los Servicios Sociales, al poder contar con la totalidad de los instrumentos de gestión, que en este campo tenía la Administración del Estado.

En cuanto a la parte de los Presupuestos de la Junta de Andalucía de Servicios Sociales correspondiente a transferencias de la Seguridad Social, en el año 1988, de un presupuesto de 36.042 millones, correspondieron a transferencias del INSERSO 7.438 millones. Para el ejercicio presupuestario de 1989, de un montante global de 47.675 millones, 8.425 millones provienen de los Presupuestos de la Seguridad Social.

Como ya he comentado, aún cuando cuantitativamente los por-

centajes de las transferencias de la Seguridad Social en el total del Presupuesto de Servicios Sociales no es muy notable, cualitativamente son esenciales al financiar, en una mayor parte los centros y prestaciones en materia de tercera edad y minusválidos.

—Como ya ha explicado anteriormente, Andalucía tiene asumida las competencias en materia de S.S.; ahora quisiera entrar en el tema de la situación de los S.S.

¿Qué déficits más significativos encuentra en los Servicios Sociales de Andalucía?

—Tenemos que reconocer el esfuerzo de las Instituciones Públicas, Ayuntamientos, Diputaciones y Junta de Andalucía y también el de la iniciativa social para atender a los sectores sociales más desprotegidos y marginados, habiéndose sentado ya las bases para el establecimiento de una red de servicios sociales comunitarios que dé respuestas desde los ser-

vicios sociales a la situación descrita.

Sin embargo, esto no justifica la autocomplacencia porque es mucho todavía el camino que nos queda por recorrer y mucho lo que tiene que mejorarse y ampliarse desde la perspectiva de una política social de bienestar para todos.

Queda dicho, pues, que en los servicios sociales comunitarios es donde encontramos los déficits más significativos. Ampliar por tanto, la red de servicios sociales comunitarios para que los ciudadanos andaluces que lo necesiten tengan acceso a más prestaciones sociales básicas, es un objetivo fundamental en la política del I.A.S.S.

En cuanto a los servicios sociales especializados, estimamos que hay dos sectores que precisan una atención preferente. Me estoy refiriendo a aquellos ancianos que no se valen por sí mismos y a los deficientes profundos. La construcción y mantenimiento de centros



Edvar Munch. "Muerte de un bohemio" (1917-18).

destinados a atender a estos dos colectivos es igualmente otro objetivo a cumplir, y concertación en su caso con las entidades colaboradoras.

—La aprobación de la Ley de Servicios Sociales ¿qué puede suponer para los Servicios Sociales de Andalucía?

—El Parlamento Andalúz aprobó la Ley 2/1988, de 4 de abril de Servicios Sociales de Andalucía. La aprobación de esta Ley puede considerarse como un hito dentro de la breve etapa autonómica de nuestra Comunidad, al garantizarse a nivel legal, por primera vez, la existencia de un sistema público de Servicios Sociales y reconocer el derecho de los ciudadanos a prestaciones y acciones eficaces en esta materia, tradicionalmente inspirada en criterios benéfico-caritativos.

Esta Ley, por otro lado, establece con claridad las obligaciones de las distintas Administraciones Públicas en la materia, así como la necesidad de colaborar con la iniciativa social, de innegable importancia en este campo.

Otra importante novedad de la Ley reside en contemplar de forma expresa la necesidad de elaboración de un Plan Regional de Servicios Sociales, como instrumento básico de racionalización y planificación en este sector. La concreción de este Plan, actualmente en elaboración por la Dirección General de Servicios Sociales ha levantado grandes expectativas que habrán de verse satisfechas con la aprobación por el Parlamento de dicho Plan. Es este momento cuando se conocerán con claridad y previsión las necesidades sociales reales de Andalucía, y los recursos existentes

para superarlas, así como las líneas y criterios de actuación que los organismos públicos de gestión como el I.A.S.S., las Diputaciones, Ayuntamientos habrán de seguir en materia de Servicios Sociales.

Puede considerar, en definitiva, que la aprobación de la Ley de Servicios Sociales de Andalucía ha supuesto el punto de partida para conseguir una elevación real del nivel de bienestar social de los ciudadanos andaluces, comenzando por los sectores más marginados y desprotegidos socialmente.

—Anteriormente ha explicado que se está elaborando el Plan Regional de S.S. y que a través de él se conocerán y preverán las necesidades reales de Andalucía y los criterios para la intervención. Independiente de ello, quisiera que nos explicara qué medidas concretas en materia de acción municipal va a impulsar el I.A.S.S.

—Con la aprobación de la Ley de Servicios Sociales de Andalucía esta colaboración institucional se establece ya de una forma estable y definitiva, distribuyendo las competencias entre Administraciones Autonómicas, Diputaciones y Ayuntamientos.

Este reconocimiento a nivel legal de una forma clara y concreta de la distribución de las competencias de gestión de los Servicios Sociales, además de ser la primera norma autonómica de rango legal en que así se contempla con tanta precisión, consagra un nuevo modelo de gestión de los Servicios Sociales, que persigue un acercamiento de éstos a los ciudadanos.

De un modo más concreto la colaboración Junta de Andalucía,

Otra importante novedad de la Ley reside en contemplar de forma expresa la necesidad de elaboración de un Plan Regional de Servicios Sociales, como instrumento básico de racionalización y planificación en este sector.

Diputaciones y Ayuntamientos se ha concretado en 1988, en la transferencia de más de mil millones a estas Corporaciones, que está previsto considerar detalladamente para 1989.

Durante 1989 trataremos de consolidar esta colaboración con las Entidades Locales, así como racionalizar los recursos y estructuras transferibles, de manera que se pueda operar una delegación inmediata de competencia, una vez se llegue a los correspondientes acuerdos en las comisiones mixtas de transferencias que habrán de constituirse a estos efectos, de acuerdo con lo previsto en la Ley de Servicios Sociales y en la denominada Ley de Diputaciones.

En fecha 20 de julio del 88 el Real Decreto 79 (B.O.E. 23/7/88), determina la estructura orgánica inicial del Ministerio de Asuntos Sociales, ¿qué opina de su creación y de su contenido?

En mi opinión es importante la creación del Ministerio en cuanto supone un Organismo que integra todos los instrumentos de política social.

En cualquier caso al existir en Andalucía una Consejería que aglutina la política de Servicios Sociales, Droga, Consumo, etc., estamos en la vía integradora que requiere toda la política social.

—¿Cómo compararía el Sistema de Servicios Sociales con otros Sistemas Públicos de Protección Oficial ya configurados?

—Evidentemente, comparar el sistema público de servicios sociales —que todavía no ha cumplido un año de vida, con otros sistemas ya consolidados como pueden ser, a título de ejemplo, el sis-

tema sanitario o educativo, es casi como jugar una partida con las cartas marcadas. Lo cierto es que tanto el sistema sanitario como el educativo —por seguir con el mismo ejemplo— han seguido un proceso largo y lento para consolidarse como sistemas, sin embargo, los Servicios Sociales han pasado en un corto período de tiempo de la beneficencia y filantropía a configurarse como un sistema público de prestaciones sociales.

—Y por último, quisiera preguntarle qué cree han supuesto los A.S. en la política social.

—Pero, qué duda cabe, que el elemento más importante —después de los beneficiarios— viene constituido por los profesionales que prestan sus servicios en la Administración Social. Y de entre los profesionales de los Servicios Sociales, destacan por su número e importancia los Asistentes Sociales. Esto no lo decimos en razón de quienes nos hacen la entrevista, sino que no es más que la constatación de una realidad.

Quiero, por último, además de resaltar el papel que han jugado los Asistentes Sociales en la política social, destacar el papel que deben cumplir estos profesionales en la construcción de la política de bienestar social que estamos realizando al convertirse en elemento esencial e indispensable del trabajo social a desarrollar.

Aunque, aún quedan temas y preguntas la entrevista hay que terminarla y ya sólo me queda decirle: muchas gracias señor Gerente.

(Miembro del Cte. Editorial de la Revista de SS.SS. y Política Social).

Quiero, por último, además de resaltar el papel que han jugado los Asistentes Sociales en la política social, destacar el papel que deben cumplir estos profesionales en la construcción de la política de bienestar social que estamos realizando al convertirse en elemento esencial e indispensable del trabajo social a desarrollar.

ENTREVISTA CON EL CONSEJERO DE CULTURA Y BIENESTAR SOCIAL DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN, D. FRANCISCO JAVIER LEÓN DE LA RIVA (A.P.)

—Sr. consejero, ¿nos podría comentar las grandes líneas de actuación de su Consejería en materia de Política Social?

—Yo comenzaría diciendo que la política social es uno de los aspectos prioritarios para el gobierno autónomo de la Comunidad, en estos momentos. Y prueba de ello, es el impulso que se ha dado a los servicios sociales en un año. Quizá pueda sonar a presuntuoso pero está en los papeles y absolutamente constatable con documentos; ha sido superior al que habían recibido hasta la fecha.

Las líneas de actuación en política social van presididas, en primer lugar, por la coordinación con otras administraciones, tanto central como las administraciones locales. Cualquiera que se mueva en el ambiente de los servicios sociales, sabe que hay una descoordinación absoluta, una duplicidad de actuaciones en determinadas zonas, y por el contrario una falta de servicios sociales en otras. Nosotros pensamos que hay que

empezar por ordenar y coordinar las distintas administraciones que tienen algo que decir al respecto.

Y en segundo lugar, en íntima relación con esta primera línea de actuación, está la de descentralización. Nosotros pensamos que los servicios sociales son servicios que han de estar, por definición, lo más próximo posible a los ciudadanos, y es evidente que la administración más próxima al ciudadano es la administración local. Entonces, todo aquello que pueda hacer la administración local no debe hacerlo la autonómica; de la misma forma que lo que pueda hacer la autonómica, no debe hacerlo la central. En este sentido, nuestro propósito es que todo lo que son servicios sociales básicos, sean realizados directamente por los Ayuntamientos, cuando tengan entidad suficiente, o tutelados por las diputaciones, en los casos de ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes, que evidentemente no tienen una estructura suficiente, salvo honrosas excepciones.

Digamos que esas serían un

Cualquiera que se mueva en el ambiente de los servicios sociales, sabe que hay una descoordinación absoluta, una duplicidad de actuaciones en determinadas zonas, y por el contrario una falta de servicios sociales en otras.



poco las líneas prioritarias: Coordinación y desconcentración en Política Social.

—**En la actualidad se está debatiendo en las Cortes de Castilla y León el proyecto de Ley de Acción Social.**

—**¿Nos podría hacer una valoración de sus principios inspiradores y de lo que esta ley puede suponer en el mejoramiento de los servicios sociales en la Autonomía?**

—Efectivamente se está debatiendo la Ley de Acción Social y es previsible que el dictamen de la comisión esté terminado justamente mañana viernes (dos de diciembre), con lo que hay posibilidades de que en los plenos que se celebren en el día 15 ó 16 de diciembre se apruebe definitivamente la Ley de Acción Social en la Comunidad.

Los principios inspiradores de la Ley de Acción Social están en íntima relación con lo que he contestado en la pregunta anterior: Coordinación entre las distintas administraciones y desconcentra-

ción por transferencia o por delegación de las acciones o de las actuaciones en materia social en las administraciones más próximas al ciudadano, que insisto son lógicamente las administraciones locales.

Hemos consultado todas las leyes de Servicios Sociales que había hasta la fecha vigentes en las distintas comunidades autónomas. Y creo que este proyecto de ley sensiblemente mejora, cualquiera de las que en el momento actual están en vigor en las comunidades autónomas. Se ha utilizado también legislaciones comparadas de otros países, evidentemente las enmiendas siempre mejoran, porque cuatro ojos ven más que dos y cuatro cerebros piensan más que dos.

Sustancialmente, no hay ninguna enmienda que se haya introducido. Porque a pesar, ya digo, de la descalificación, que era más política que técnica en su momento, las enmiendas que hemos entendido que efectivamente mejoraban el texto, y así lo anuncié yo

en mi comparecencia en las Cortes, iban a ser asumidas. E incluso, para evitar situaciones más incómodas, hemos admitido hasta que el nombre del proyecto socialista, se incorpore y se hable de Ley de Acción Social y de Servicios Sociales. A mí personalmente me parece una redundancia. Es bastante más amplio el concepto de Acción Social, y además dicen los técnicos que los servicios sociales están incluidos dentro de la acción social.

Una de las novedades más importantes de la ley es que se regulan los Consejos Sociales, tanto rurales como los Consejos Sociales de barrio, en los que se da una participación activa a los ciudadanos, en la programación de los servicios sociales.

—En el momento presente existe en la Comunidad de Castilla y León servicios y prestaciones gestionados por las distintas administraciones, con la consiguiente dispersión de recursos y solapamiento de los mismos. Esta situación conduce a la duplicidad de los recursos y a la desorientación de los usuarios de cara a su utilización.

Ante esta dispersión de esfuerzos, ¿cuál cree que sería la solución en aras de una mayor eficacia en la utilización de los recursos?

—Una vez más reincidimos en el mismo tema: Falta de coordinación, la dependencia de múltiples administraciones y el descontento del ciudadano; como se plantea en la pregunta, y que nosotros asumimos. De tal forma lo asumimos, que justamente hace unos días, acabamos de publicar un documento, que es el primero de una serie de tres, que se lla-

ma «La Acción Social en Castilla y León» en el que entre otras cosas se explica a los ciudadanos, cuáles son las administraciones competentes, a qué organismos deben dirigirse en función de los problemas que se les plantean y dónde está recogida toda la legislación que desde la existencia de esta Comunidad Autónoma se ha ido promulgando para regular los servicios sociales.

De otra parte, nosotros que estamos dispuestos a transferir y/o delegar en las administraciones locales muchas de las competencias que actualmente ejerce directamente la Consejería, estamos reivindicando también la transferencia de los servicios sociales que actualmente todavía mantiene la Administración Central, por un problema de pura coherencia. Si nosotros estamos dispuestos a admitir que hay cosas que se deben hacer y se pueden hacer mejor desde los Ayuntamientos que desde las Comunidades Autónomas, el Gobierno Central debería admitir que hay muchas cosas que haríamos mejor que desde Madrid. Entonces, en este sentido, estamos confeccionando un mapa de acción social, en el que estamos estudiando una por una, todas las provincias. Hemos presentado este proyecto de zonificación o, como dicen los técnicos, lamapificación (a mí no me gusta esta palabra) a las Diputaciones para que lo estudien. Es decir, que el proyecto de la distribución de los Servicios Sociales en las provincias, lo van a hacer más que nosotros, las Diputaciones. En último término, la firma que aparecerá será la de la Junta, y es porque nos reservamos un poco, la tutela, quizás por la falta de experiencia que en algunas de las

Una de las novedades más importantes de la ley es que se regulan los Consejos Sociales, tanto rurales como los Consejos Sociales de barrio, en las que se da una participación activa a los ciudadanos, en la programación de los servicios sociales.

Diputaciones existe en este tema, y por qué no decirlo, por qué podría ocurrir, por razones no técnicas sino políticas, en el sentido peor de la expresión, que no se hiciera una zonificación razonable.

—Las transferencias del INSERSO se han realizado de diferentes formas, según las autonomías. En unas ha quedado como parte de la propia administración autónoma y en otras se ha vaciado de contenido en favor de las diputaciones.

¿Cuál piensa Vd. que va a ser la fórmula que se empleará en nuestra autonomía, el día que se transfiera dicho organismo?

¿Cuál podría ser la fecha posible de transferencia? ¿Es algo inmediato o aún permanece sin determinar?

Y cuando esta transferencia se realice, ¿qué podría significar en la Acción Social de Castilla y León la aportación de un organismo como el INSERSO de larga experiencia en Servicios Sociales?

—Bueno, las dos primeras partes de la pregunta, son de difícil respuesta por parte del consejero, porque yo diría que al ser una negociación que hay que establecer con el Gobierno central, no estoy en condiciones de decir cuál es la fórmula, porque la fórmula habrá que pactarla y de igual forma habrá que pactar la fecha.

Yo diría, transferencias del INSERSO, cuanto antes. No es una transferencia difícil de asumir por la Comunidad Autónoma; no es tan compleja como pueda ser, la de la sanidad o educación, que son reivindicaciones permanentes que estamos manteniendo.

Entonces las transferencias del INSERSO, diríamos cuanto antes, mediante una fórmula pactada con el Gobierno Central y la Comunidad Autónoma. Y luego, la Comunidad Autónoma, se reservaría para sí, algunas actuaciones, y otras, en virtud de lo dispuesto en la propia Ley de Acción Social, será transferido a las Diputaciones o a los Ayuntamientos. Es pura coherencia.

¿Qué va a aportar la transferencia del INSERSO a la Comunidad? Evitar esa dispersión, esa duplicidad y esa falta de coordinación a la que ha hecho referencia en la primera parte de la entrevista. Y va a aportar una serie de medios personales, materiales y financieros muy importantes para los servicios sociales.

Hay que reconocer que el INSERSO tiene una tradición y un personal cualificado en los Servicios Sociales que todavía en la Comunidad Autónoma existe pero en una proporción muy inferior, y que incluso en los Ayuntamientos o en las Diputaciones. Es decir, todos serían beneficios, en último término, para los ciudadanos de la Comunidad que son a los que tanto el Gobierno Central como nosotros o los Ayuntamientos estamos obligados a servir.

—Los Centros de Acción Social, conocidos como las CEAS, están dotados en su mayoría de un solo profesional Asistente Social, en comunidades locales sin recursos propios, ni técnicos, ni materiales.

¿Tiene previsto su Consejería adoptar algún tipo de medidas tendentes a dinamizar la acción social en estos centros, como el dotarlos de otros profesionales, reforzarlos con

¿Qué va a aportar la transferencia del INSERSO a la Comunidad? Evitar esa dispersión, esa duplicidad y esa falta de coordinación a la que ha hecho referencia en la primera parte de la entrevista.

la creación de otros servicios, aportar mayor apoyo económico, coordinarlos en proyectos concretos y viables...?

—En el tema de los Centros de Acción Social, hay que reconocer que este Gobierno ha hecho un esfuerzo absolutamente inédito en la historia de la Comunidad Autónoma. Cuando yo asumí la Consejería de Cultura y Bienestar Social, entonces se llamaban Unidades Básicas de Acción Social, las célebres UBAS, en esta Comunidad Autónoma funcionaban 37 UBAS, y en el momento actual están funcionando 117 CEAS, con lo cual demostramos que lo que anunciamos en el programa de investidura del presidente, no era una declaración para la galería, sino que era un programa absolutamente meditado.

Hay que decir que de esas 117 CEAS, están subvencionadas por la Junta en un 75 por 100 cada una de ellas, con lo cual el esfuerzo económico que se realiza es bastante notable. Y en este sentido, hay una compenetración absoluta, hasta el momento, con lo que era antes la Dirección General de Acción Social o del Ministerio, la que llevaba Patrocinio de las Heras y esperamos que esa línea de colaboración que teníamos con la Dirección General anterior, se mantenga con la nueva ministra de Asuntos Sociales o de Bienestar Social del Gobierno de la Nación.

Somos conscientes de que las CEAS hay que potenciarlas, pero tampoco podemos pasar del cero al infinito en veinticuatro horas. Yo creo que pasar de 37 a 117 centros es un esfuerzo notable. Lo que pretendemos es rodar estos centros en los que existe un trabajador social y un animador en

algunos (y está previsto que exista en todos). Y luego en función del campo de actuación que tengan, de la población dependiente y de las necesidades, habrá que ir reforzando y completando los equipos.

Pero entendemos que lo más básico es, primero, crear una red básica, valga la redundancia, de CEAS en toda la Comunidad, para después irlos potenciando. Es preferible esto, pensamos, que haber puesto 10 ó 12 centros muy bien equipados y, sin embargo, tener abandonada la población. Si tenemos en cuenta la enorme dispersión geográfica de esta Comunidad y la enorme cantidad de pequeños núcleos rurales, entendemos que es más importante hacer una red tupida, aunque sea mínima, en cuanto al equipamiento de cada uno de los Centros de Acción Social, y posteriormente ir dándoles contenido, actividades y por tanto personal.

—La mayoría de los Ayuntamientos castellano-leoneses son de tamaño pequeño y mediano, muy dispersos entre sí, con escasos recursos económicos y sin ninguna tradición en temas de acción social.

Ante esta situación ¿qué sistemas de financiación va a establecer o tiene establecido su Consejería en materia de Servicios Sociales, de forma que pueda ser realidad la acción social en estos municipios?

—Justamente a ello hacía referencia ahora mismo, en la anterior pregunta. Hay 12 municipios con más de 20.000 habitantes en la Comunidad y todos los demás con menos de 20.000 habitantes.

En estos municipios menores,

Cuando yo asumí la Consejería de Cultura y Bienestar Social, entonces se llamaban Unidades Básicas de Acción Social, las célebres UBAS, en esta Comunidad Autónoma funcionaban 37 UBAS, y en el momento actual están funcionando 117 CEAS.

pensamos, y la ley de Bases de Régimen Local así lo establece, que deben ser tutelados de alguna manera por las Diputaciones. No se puede pretender que un Ayuntamiento con 600 habitantes tenga una dotación, una infraestructura en Servicios Sociales, porque no podría mantenerla. Sería absurdo.

En la actualidad, estamos financiando el 75 por 100 de las CEAS en todos los municipios grandes y en los pequeños, y lo que nosotros quisiéramos es que las Diputaciones a través del Fondo de Cooperación Local, también pusieran su granito de arena.

En los presupuestos del 88, el Fondo de Cooperación Local se multiplicó prácticamente por cuatro. En los presupuestos del 87 no llegaba, creo recordar estoy hablando un poco de memoria, a 200 millones y el año pasado superó los 3.000 millones. Son fondos que antes estaban en Comunidad Autónoma y que hemos transferido para que lo administren las Diputaciones. La distribución de estos fondos se hace en el Consejo de Provincias, y luego dentro de cada Diputación hacen de su capa un sayo, manejando su dinero en función de su autonomía.

Este incremento que se hizo del Fondo de Cooperación Local, se hizo muy fundamentalmente a expensas de los presupuestos de esta Consejería, que por su amplitud y por ser una Consejería de servicios, tenía capítulos importantes previstos para actuación en Servicios Sociales, salud y deportes; y, sin embargo, eso se transfirió al fondo.

Yo pretendí, ingenuamente, que esos fondos que se transferían desde mi Consejería a las Dipu-

taciones fueran condicionados en el sentido siguiente: Si yo he transferido 600 millones al Fondo de Provincias que proceden de Servicios Sociales, que las Diputaciones los utilicen en Servicios Sociales, y los que procedan de deportes a deportes...

La realidad es que se me advirtió que con la ley en la mano, ello no era posible, que las Diputaciones podrían hacer de esos millones lo que quisieran. A pesar de ello, yo me permití escribir una carta a los nueve presidentes de Diputación, recordándoles que del dinero que llevaba su Diputación procedente del Fondo: tanto procedía de deportes, tanto de servicios sociales o tanto de salud. Y que les rogaba, en la medida de lo posible y de las necesidades de la provincia, se dedicaran a esos capítulos, en la ubicación geográfica que yo no les cuestionaba, pero sí en la ubicación de extracción política de donde procedían las perras.

La realidad fue que, salvo excepciones, las Diputaciones hicieron caso omiso. Yo entiendo que en una Diputación puede ser prioritario hacer un ayuntamiento o hacer una carretera; pero eso condiciona, lo que realmente luego se invirtió en este sentido.

Este año, voy a procurar estar un poco más pendiente del tema. Pero en cualquier caso las Diputaciones o los Ayuntamientos en su caso, del Fondo que les llega desde la Junta, hacen lo que creen que es más prioritario.

—Recientemente y por primera vez se ha constituido en el Estado Español, un Ministerio de Asuntos Sociales.

¿Nos podría dar su opinión sobre la creación de este nuevo Ministerio? ¿Se ha creado

No se puede pretender que un Ayuntamiento con 600 habitantes tenga una dotación, una infraestructura en Servicios Sociales, porque no podría mantenerla. Sería absurdo.

algún tipo de expectativas en nuestra Comunidad y considere válida esta fórmula para adoptarla en la Autonomía de Castilla y León?

—Como habrán visto hasta el momento no he hecho manifestación partidista en ningún momento, pero ante esta pregunta no tengo más remedio que hacerlo.

Al Ministerio de Asuntos Sociales, se le han adjudicado una serie de competencias residuales, y que además a medida que se siga transfiriendo se va a quedar sin contenido.

El Ministerio de Asuntos Sociales, es un Ministerio de imagen, un Ministerio para cubrir la cuota del 25 por 100, junto con el Ministerio de la portavoz del Gobierno. No tengo nada contra ninguna de las dos ministras, pero creo sinceramente que la creación del Ministerio ha sido un barniz de imagen para tener dos mujeres en el Gobierno.

Nosotros funcionábamos perfectamente bien con la Dirección General de Acción Social anterior del Ministerio de Trabajo. Creo honradamente que es un Ministerio absolutamente innecesario. No estoy criticando la relación con el Ministerio porque, la relación era cordial con la Dirección General anterior, pero me parece que es absurdo, cuando se está transfiriendo todo, en materia de acción social. Otra cosa es, una trampa que empieza a circular por ahí como rumor, que ahora se pretende mediante una nueva ley, recuperar por el Gobierno Central determinadas competencias que están transferidas a las Comunidades Autónomas.

Entonces nos escucharán a los consejeros, no de Gobiernos de un determinado color político, si-

no a los 17 consejeros que nos pondremos de acuerdo para decir que no vale, que esto es «Santa Rita, Rita, Rita, lo que se da, no se quita».

No se pueden transferir cosas y ahora pensar que se deben devolver al Gobierno Central, máxime cuando no demuestra que se hagan mejor las cosas en el Gobierno Central que desde los Gobiernos Autónomos. En definitiva, yo creo que el Ministerio de Asuntos Sociales era absolutamente innecesario, que con la Dirección General que había antes, era más que suficiente, y lo que se ha venido a cubrir es simplemente una faceta más de imagen y de ministra-cuota en el Gobierno de Felipe González.

—Tendríamos interés en conocer su opinión acerca de los asistentes sociales a los que fundamentalmente va dirigida esta publicación.

Vd. sabe que es la profesión mayoritaria y más antigua dentro de los Servicios Sociales.

¿Cómo considera Vd. el papel que desempeña este profesional en la Comunidad? ¿Cree Vd. que está suficientemente valorada?

¿De cara a sus proyectos inmediatos en la acción social, piensa Vd. que podría desempeñar funciones de tipo organizativo, de programación o incluso de dirección?

—La pregunta se presta a una demagogia fácil. Yo podría decir que los asistentes sociales es lo más importante que hay en el país, y sin ellos el mundo se hundiría.

Dicho esto, hay que aclarar mi opinión personal, sincera, sobre el tema de los asistentes sociales.

En definitiva, yo creo que el Ministerio de Asuntos Sociales era absolutamente innecesario, que con la Dirección General que había antes, era más que suficiente, y lo que se ha venido a cubrir es simplemente una faceta más de imagen y de ministra-cuota en el Gobierno de Felipe González.

Creo que es una profesión absolutamente necesaria, y progresivamente más necesaria todavía. Entre otras razones y en una Comunidad como la nuestra donde hay un grado de envejecimiento notable, todavía existe más labor específica para los trabajadores sociales.

Su papel, ¿cómo está considerado?, pues, yo creo que está infravalorado en el momento actual. La gente en términos generales, no valora el papel de los servicios sociales, y para muchos son más considerados casi, y lo voy a decir sin paliativos, como agentes políticos, que como agentes sociales. De hecho, algunas veces se hace crítica con absoluta razón. Me explico.

Cuando un médico hace una fechoría en un quirófano, enseguida se dice: «los médicos son unos tales», lo cual es incorrecto. Entonces, cuando una asistente social, se dedica a hacer campaña política abierta y descarada, especialmente en período electoral (podría dar nombre y apellidos, lugares y fechas), se dice que los asistentes sociales son un cuerpo profesional dedicado a la propaganda política en determinados momentos. Y esto, desde luego, en sectores de centro-derecha del país, lo lleva bastante mal y hay que decirlo así de claro.

Yo personalmente creo que los asistentes sociales son cada día más profesionales y que efectivamente si ha habido algún desvío, han sido siempre desvíos aislados, pero lo que pasa es que se aplican siempre a colectivos.

Por lo tanto, yo pienso que el papel de los asistentes sociales es fundamental. De hecho nosotros hemos ampliado la plantilla de asistentes sociales que existían en

la Junta de Castilla y León. Son profesionales que tienen una labor importante que hacer y nosotros estamos colaborando con ellos en tareas formativas y de programación de actividades.

Si analizamos el número de trabajadores que en el campo del bienestar social fueron transferidos por el Gobierno Central a la Comunidad Autónoma en su momento (y hablo del Gobierno Autónomo anterior) y lo que yo me encontré cuando accedí a la Consejería, veríamos que aproximadamente las dos terceras partes habían desaparecido. Unos porque siendo trabajadores de este campo se habían marchado a otros, y las plazas no se han cubierto, sino que se han amortizado y las de otros porque las han reconvertido directamente.

Justamente por eso, nosotros nos hemos encontrado en una situación bastante difícil en la Dirección General de Servicios Sociales, para atender los Servicios Sociales. Tenemos contratados una serie de profesionales con carácter laboral-temporal, en definitiva personal eventual, para atender a los menores (como consecuencia de la adjudicación a las Comunidades Autónomas de todo lo referente a menores por la ley 21, Ley de Enjuiciamiento Civil). Necesitábamos unos equipos que entrevistaran a las familias y estudiaran los casos de cada uno de los menores. Como no teníamos para ello, hemos tenido que ir a la contratación temporal, en la que han colaborado los propios Colegios de Asistentes Sociales de la Comunidad.

Yo personalmente creo que los asistentes sociales son cada día más profesionales. Por lo tanto, yo pienso que el papel de los asistentes sociales es fundamental.

(1) Comité Editorial de la Revista de Servicios Sociales y Política Social.

C.E.E. Y MINUSVALIAS

Pedro Luis Gomis Díaz (*)

LA POLITICA SOCIAL DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS Y LAS PERSONAS CON MINUSVALIA *

En primer lugar, porque las personas minusválidas tienen los mismos derechos que cualesquiera otras personas y también deben tener las mismas oportunidades.

En los doce países que integran las Comunidades Europeas hay aproximadamente 30 millones de minusválidos de un total de más de 320 millones de habitantes. Es obvio que ni la Comunidad ni los Estados miembros —España incluida— pueden desconocer las necesidades específicas de tan importante colectivo. Su atención es obligada por múltiples razones.

En primer lugar, porque las personas minusválidas tienen los mismos derechos que cualesquiera otras personas y también deben tener las mismas oportunidades. En la actualidad los derechos están reconocidos y garantizados no sólo nacional, sino internacionalmente, pero todavía hoy, cuando las Comunidades Europeas están estudiando un proyecto de recomendación sobre el empleo de las personas minusválidas, reconocen que queda mucho por hacer y «deben definirse en el conjunto de la Comunidad, políticas de empleo positivas y coherentes en favor de los minusválidos».

Surge la pregunta ¿qué ha hecho y qué está haciendo Europa,

y más concretamente las Comunidades Europeas, en favor de estos 30 millones de personas? La respuesta la podemos encontrar en esta investigación, realizada por el Equipo Eurosociol, sobre la política social de las Comunidades Europeas y las personas con minusvalía. Estas líneas pretenden ser una apretada síntesis de las más de 350 páginas de que consta.

PRESENTACION

En 1985, el Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes encargó al Equipo Eurosociol, bajo la dirección de Josiane Balestreri Maier, una investigación cuyo objetivo era analizar, en todas sus dimensiones, las consecuencias que tenía para el colectivo de los minusválidos la adhesión de España a las Comunidades Europeas. Las «utilidades» pretendidas eran múltiples. Se trataba de disponer de una información puntual y actualizada sobre

las actividades de las Comunidades para la atención de las personas minusválidas, pero, ante todo, debería servir para que los propios minusválidos pudieran beneficiarse de las ayudas del Fondo Social Europeo y de las demás fuentes de financiación comunitarias. Por otra parte, su contenido tenía que permitir a los centros y organismos, tanto públicos como privados, así como a las asociaciones, «conectar» con sus homólogos europeos en igualdad de condiciones, por ser ya España, desde el 1 de enero de 1986, un miembro más de la Europa comunitaria.

Creemos que estos objetivos se han conseguido, aun cuando la «integración» en ésta, como en cualquier otra materia, no es cosa de un día para otro.

Para los escépticos —«europeos simistas» incluidos— ver que se pueden escribir tantas páginas sobre esta temática puede constituir una sorpresa. Por su parte, los «eurooptimistas» tendrían que moderar su entusiasmo al entrar en el contenido real de esta política.

El análisis muestra que «se han hecho cosas» pero que queda mucho por hacer, máxime si pensamos que se trata de las condiciones de vida y de trabajo de tantas personas; condiciones que deben mejorarse de forma urgente, sea cual sea el color de los Gobiernos en ejercicio. Siempre he pensado que si hay políticas de Estado también hay políticas de sociedad que exigen igual consenso.

Pero una vez manifestado este deseo si no utópico, al menos ucrónico en los tiempos que vivimos, hay que entrar en materia.

¿POR QUE LAS COMUNIDADES EUROPEAS INTERVIENEN EN FAVOR DE LOS MINUSVALIDOS?

Esta es la primera pregunta que nos podemos formular y que, por supuesto, se plantea la investigación que comentamos. La respuesta es doble.

Por una parte, formalmente, los Tratados fundamentan —aunque muy limitadamente— las actividades comunitarias en favor de los minusválidos. Por otra, realmente, las Comunidades aducen «cuatro fundadas razones» para esta actuación. Vale la pena el citarlas:

1.^a La unión entre los pueblos europeos a la que se refiere el preámbulo del Tratado de Roma «implica una lucha contra los factores de desigualdad entre los ciudadanos». Ello hace que la Comunidad deba actuar para «mejorar las condiciones de los grupos menos favorecidos (y los minusválidos constituyen uno de estos grupos)».

2.^a «Los problemas de los minusválidos se sitúan en la intersección de casi todos los sectores de la política social comunitaria: empleo y formación profesional, seguridad social, salud, asistencia, etc. Afrontar correctamente estos problemas constituye, pues, una necesidad interna de esta política.»

3.^a «El aumento de personas inactivas tiene repercusiones económicas y la Comunidad no puede disociar su política social y su política económica.»

4.^a Finalmente, «hay una serie de acciones necesarias que sólo pueden encontrar su eficacia a

Los problemas de los minusválidos se sitúan en la intersección de casi todos los sectores de la política social comunitaria: empleo y formación profesional, seguridad social, salud, asistencia, etc.

nivel comunitario»; las enfermedades más graves no son frecuentes pero algunos medios son muy costosos y ciertas experiencias merecen ser conocidas y utilizadas en todo el espacio europeo.

Hasta aquí las razones reales, porque lo cierto es que ninguno de los Tratados [Comunidad Europea del Carbón y del Acero (CECA) —del 51—, Comunidad Económica Europea (CEE) y Comunidad Europea para la Energía Atómica (EURATOM) —del 57—] hace referencia expresa a los minusválidos. No obstante, existen distintos artículos en los Tratados mencionados, y especialmente en el Tratado CEE, en los que se fundamenta la política social comunitaria, y de ahí parte el fundamento jurídico para la atención social de este colectivo. Se trata de los arts. 100, 117, 118, 122 y 235.

Precisamente fue el Parlamento Europeo el que solicitó al Consejo la utilización de este último artículo para así poder desarrollar la política social referida a los

minusválidos. Este art. 235 establece que:

«Cuando una acción de la Comunidad parezca necesaria para lograr, en el funcionamiento del mercado común, uno de los objetivos de la Comunidad sin que el presente Tratado hubiese previsto los poderes de acción requeridos a tal fin, el Consejo, por unanimidad y a propuesta de la Comisión, y previa consulta a la Asamblea, adoptará las disposiciones pertinentes.»

Cabría añadir que la reforma actual del Tratado, pese a modificar el art. 118 sobre las funciones de la Comisión en el terreno social, no introduce nada nuevo a los efectos de atención de colectivos desahogados y/o marginados. Esta reforma se analiza en la investigación, así como la correspondencia lógica entre el desarrollo de la política social comunitaria y el desarrollo específico en favor de los minusválidos, ambas desde los Tratados hasta la actualidad.



Fernand Léger. "Los discos de la ciudad" (1920).

La conclusión es que, en esta materia, y por utilizar palabras del propio Parlamento Europeo en 1984, «la soberanía social de los Estados miembros sigue estando intacta». La ausencia de mandato expreso en los Tratados y el nivel no vinculante —como veremos a continuación— de la normativa comunitaria existente, avalan esta conclusión. Los Estados miembros tienen, al menos hasta ahora, plena competencia para desarrollar la política social en favor de los minusválidos. Sólo si se aprobara el proyecto de Tratado de la Unión elaborado por el Parlamento Europeo en 1984, la situación podría cambiar al establecerse la competencia concurrente entre los Estados y la Unión en materia de política social.

EL DOBLE MARCO DE LAS ACCIONES COMUNITARIAS EN FAVOR DE LOS MINUSVALIDOS: LOS PROGRAMAS GENERALES DE ACCION SOCIAL Y LOS PROGRAMAS ESPECIFICOS DE READAPTACION PROFESIONAL Y DE INTEGRACION SOCIAL

Señalados los fundamentos jurídicos y reales de la política comunitaria en este campo, la segunda parte de la investigación discurre por el análisis de los «marcos» en los que se van a desarrollar las acciones concretas. Se trata, por una parte, de los Pro-

gramas de Acción Social de 1974 y 1984 y, por otra, de los programas específicos en favor de los minusválidos. El primero de readaptación profesional de 1974 y el segundo centrado en la integración social ya en 1981.

Para ambos tipos de programas, el punto de partida es la «cumbre» de París de 1972, en la que el que luego se llamará Consejo Europeo (reunión de Jefes de Estado y de Gobierno en los países miembros) da un giro a la que entonces se empezaba a llamar la «Europa de los mercaderes». Este giro se había producido en 1969 —cumbre de La Haya— en lo político y en el 72 se va a producir en lo social: «la expansión económica no es un fin en sí misma y debe, prioritariamente, permitir atenuar las disparidades de las condiciones de vida». Los Jefes de Estado y de Gobierno «invitan a las instituciones a establecer, antes de enero de 1974, previa consulta con los interlocutores sociales, un programa de acción que prevea medidas concretas, así como los medios correspondientes en el marco del fondo social».

Fruto de ese mandato va a ser el primer Programa de Acción Social aprobado por el Consejo el 21 de enero de 1974. De él va a salir, entre otros, un Programa para la Reintegración Profesional y Social de los Minusválidos, así como la primera intervención del Fondo Social Europeo (en adelante FSE) en favor de este colectivo. A partir de este momento, la actividad comunitaria se centrará fundamentalmente en la readaptación profesional: «El fin específico del programa es mejorar las posibilidades de readaptación profesional que se ofrecen a los minusválidos en la Comunidad». Cinco

El fin específico del programa es mejorar las posibilidades de readaptación profesional que se ofrecen a los minusválidos en la Comunidad.

son las acciones concretas que en él se incluyen:

1.ª La cooperación entre los órganos de readaptación y de formación, lo que va a permitir formar la red europea de centros de readaptación que va a seleccionar la Comisión.

2.ª Acciones temporales con un fin de demostración para mejorar la calidad de los medios de readaptación profesional, estableciéndose criterios para seleccionar estas acciones.

3.ª Acciones a largo plazo para asegurar a los minusválidos «un páso gradual y bien controlado, desde el estadio de la orientación profesional hasta la colocación y la adaptación en el nuevo medio, pasando por la formación profesional».

4.ª Coordinación de iniciativas de estudio e investigación en el campo de la readaptación, de forma que la Comisión intente conseguir una mejor prevención médica y social.

5.ª Acciones informativas destinadas a la opinión pública y que tengan como objeto la integración social de los minusválidos. Para ello, la Comisión deberá apoyarse en las propias asociaciones de minusválidos.

Como se puede ver por el contenido, el Programa no responde a las amplias expectativas que el «giro» del 72 había producido en el campo social. Ya en 1974 los efectos de la crisis económica se hacían sentir en toda Europa. El Programa, además, se aprueba mediante una recomendación que no es norma vinculante para los Estados (a diferencia de los Reglamentos, Decisiones o Directivas, que sí lo son). A partir de este momento hay que esperar a 1981 para ver un nuevo «impulso» en

la materia, precisamente con ocasión de la declaración de dicho año por las Naciones Unidas (ONU) como el Año Internacional de los Minusválidos.

El Parlamento Europeo es el primero en reaccionar, pidiendo a las instituciones comunitarias que hagan «algo significativo» en este tema. Una Resolución del mes de marzo hace un amplio repaso a la problemática de los minusválidos en la Comunidad en 45 puntos y llega a pedir que la Comisión subvencione, con sus propios fondos, las organizaciones de minusválidos.

A esta Resolución le sigue un informe del Comité Económico y Social y una comunicación de la Comisión «sobre las líneas directrices de una acción comunitaria respecto a la inserción social de los minusválidos», que sirven de base para la Resolución del Consejo por la que se aprueba el nuevo Programa de Integración Social.

En el anterior Programa de 1974 se podían distinguir los objetivos de las acciones, pero en este caso unos y otras se tratan al mismo tiempo, ya que la diferencia que se establece es en cuanto a medidas que han de llevar a cabo los Estados miembros respecto a las desarrolladas por la Comisión.

A los Estados miembros se les recomienda:

1.º Asegurar políticas que tengan en cuenta el medio ambiente de los minusválidos, incluyendo aquí la supresión de obstáculos a la participación plena de estas personas en la sociedad.

2.º Coordinar y fomentar la cooperación entre los diferentes organismos y servicios que se refieren a los minusválidos, inclui-

Asegurar políticas que tengan en cuenta el medio ambiente de los minusválidos, incluyendo aquí la supresión de obstáculos a la participación plena de estas personas en la sociedad.

das las propias asociaciones, a los diferentes niveles nacional, regional y local.

3.º Promover la participación de los minusválidos, de sus organizaciones representativas y de sus familias en las medidas que les afectan directamente.

4.º Garantizar a los minusválidos una vida tan independiente como sea posible.

5.º Asegurar que no soporten de manera desigual las consecuencias derivadas de las dificultades económicas, especialmente en el campo del empleo.

6.º Promover medidas que preparen a los minusválidos para la vida activa, integrándoles en la medida de lo posible en los sistemas de educación y formación normales.

7.º Desarrollar medidas que se refieran a las viviendas y a la movilidad de los minusválidos, a la mejora del acceso a los edificios y a los transportes públicos, así como a otros servicios públicos.

8.º Promover las actividades de información, tanto dirigidas a la opinión pública como a los propios minusválidos.

9.º Desarrollar la disponibilidad de las ayudas técnicas, así como el intercambio de informaciones y experiencias en la materia.

Por su parte, la Comisión debe:

1.º Establecer una red de acciones de desarrollo a nivel local de 1983 a 1986 (red de proyectos de distrito).

2.º Reforzar la red de los centros de readaptación.

3.º Promover proyectos piloto sobre viviendas, y

4.º Centralizar la información y asegurar un intercambio de in-

formaciones entre los servicios nacionales. Para desarrollar este objetivo se pondrá en marcha el proyecto Handynet.

Hasta aquí unas breves notas sobre el contenido de los programas específicos de la Comunidad en favor de los minusválidos.

Junto a una valoración de los mismos, la investigación completa esta parte con una referencia al nuevo Programa de Acción Social a Medio Plazo (de 1984), en el que se aborda el espacio social europeo como una nueva «dimensión» de la política social comunitaria. Finalmente se hace también referencia a los informes sobre la Europa de los ciudadanos, que, ya en 1985, recogen algunos aspectos de la problemática de grupos desfavorecidos. Así, el punto 7 del Informe final (junio) recomienda a los ministros de Sanidad y a las instituciones comunitarias que examinen, con una visión a medio plazo, «un refuerzo de la cooperación para la mejora de las condiciones de vida de los minusválidos». A partir de este momento, señalados tanto los fundamentos como los marcos en los que se desenvuelven las distintas actividades comunitarias en favor de las personas minusválidas, la investigación trata más en detalle las políticas concretas y sectoriales.

LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACION, LA FORMACION PROFESIONAL Y EL EMPLEO

Tan sólo en 1976, diecinueve años después de la firma de los Tratados de Roma, la Comunidad

Promover medidas que preparen a los minusválidos para la vida activa, integrándoles en la medida de lo posible en los sistemas de educación y formación normales.

aprueba su primer Programa de Acción en Materia Educativa. Entre sus objetivos se incluye la igualdad de oportunidades en el acceso a todas las formas de enseñanza, dedicando especial atención a los jóvenes, a los hijos de emigrantes y a los minusválidos. A partir de este momento, la política comunitaria en materia educativa considera este colectivo como de atención especial.

Con no pocas dificultades, por la reticencia de algunos Estados a desarrollar a nivel comunitario esta política, el 4 de junio de 1984 el Consejo y los Ministros de Educación reunidos en su seno, aprueban unas conclusiones para impulsar la cooperación comunitaria en el campo de la educación y estudian cinco temas. El último de ellos es el que se refiere a la integración escolar de los minusválidos. El Consejo recomienda esta integración en la enseñanza normal, principalmente a través de los proyectos de distrito sobre integración social.

En cuanto a la orientación profesional, la investigación analiza la única norma comunitaria existente en la materia, la Recomendación de 18 de julio de 1966 sobre el desarrollo de la orientación profesional y en la que se menciona la atención especial hacia las personas que necesitan una readaptación o aspiran a una promoción, incluidos los minusválidos.

Más importante, sin duda alguna, es lo referido tanto a la formación profesional como al empleo.

El art. 118 del Tratado CEE señalaba cómo el Consejo debería fijar los principios generales para el establecimiento de una política común de formación profesio-

nal, principios que se aprobarán el 2 de abril de 1963.

En una segunda fase, el 26 de julio de 1971, el Consejo aprobará las orientaciones generales para la elaboración de un Programa de Actividades a nivel comunitario en esta materia, y en un tercer momento, en 1983, se fijarán los objetivos de formación profesional para los años ochenta concretando las medidas.

La propia terminología es expresiva de la evolución, aunque por lo que se refiere a los minusválidos, lo más importante se recoge en el Programa de 1974, sobre la readaptación profesional que permitirá el desarrollo de la red de centros.

Cabe también tener en cuenta que en 1975 se crea en Berlín el nuevo Centro Europeo para el Desarrollo de la Formación Profesional (CEDEFOP), que desde entonces ha ido recogiendo información sobre la FP de los minusválidos en los diferentes Estados. En su programa de trabajo para 1985 puede verse cómo este organismo ha concedido «una nueva prioridad a la FP de los minusválidos físicos o mentales, reforzando así el Programa de la Comisión sobre la integración social de los minusválidos».

La referencia más actual en esta materia comenta el Programa COMETT sobre cooperación entre Universidad y Empresa, que también permitirá desarrollar algunas experiencias de FP en beneficio de los minusválidos.

Y tras la FP, la investigación entra en el capítulo del empleo. Nuevamente aquí, como en cada materia, hay un «repaso» de toda la normativa comunitaria existente, comentando aquella que incluye referencias al empleo de los mi-

La integración escolar de los minusválidos. El Consejo recomienda esta integración en la enseñanza normal, principalmente a través de los proyectos de distrito sobre integración social.



Fernand Léger.

"Los constructores" (1950).

minusválidos, llegando a la Resolución del Parlamento Europeo de 16 de abril de 1985, sobre un Plan Europeo de Empleo en la que se deploran los efectos desfavorables de la crisis actual sobre los parados, los «nuevos pobres» y otros grupos socialmente vulnerables que incluyen los jóvenes, las mujeres, los minusválidos y los trabajadores emigrantes».

Los autores no ocultan su decepción por cómo la Comunidad ha abordado hasta la actualidad esta problemática fundamental del empleo de los minusválidos. En realidad, aparte de los ayudas del FSE, a las que luego nos referiremos, todo lo que hay son informes y estudios, pero ahí queda todo. Se citan los de Rouault y Mangin de 1978 y 1981, respectivamente; los de Vogel-Polsky y Croxen en 1982 y 1983 y, sobre todo, el más reciente —y sin duda el más importante—, conocido como Informe Albada de 1985, en razón del nombre de su autor, ex ministro de Asuntos Sociales de los Países Bajos.

La importancia de este último Informe estriba no sólo en el análisis más actual de esta problemática sino, sobre todo, en las propuestas que incluye para que exista una norma comunitaria en la materia. Albada propone que sea una Directiva para que vincule a los Estados miembros, pero a principios de 1986 la Comisión va a proponer que tal norma adopte la forma de una Recomendación, que, como indicamos, no constituye una norma de aplicación directa para los Estados miembros.

El Informe Albada propone, en todo caso, que la norma en cuestión establezca una especie de garantía social para todos los minusválidos al modo que ya se ha hecho para los jóvenes, permitiendo un sistema de renta garantizada toda vez que se ha comprobado que «las rentas de las personas minusválidas están por debajo de la media existente en la Comunidad Europea». Más allá del empleo, las propuestas del Informe Albada apuntan a la necesaria reforma de las ayudas del Fondo

Social Europeo para que puedan alcanzar a los empleos en talleres protegidos —cosa que no sucede en la actualidad— y cubran los gastos de rehabilitación médica.

Se me permitirá el comentario de que este Informe, junto a la Recomendación n.º 168 de la OIT (de 1963) sobre la readaptación profesional y el empleo de las personas minusválidas, constituyen hoy los programas más ambiciosos, concretos y detallados sobre esta problemática. Respecto a ellos podrían establecerse los indicadores de la política de cualquier Estado para la eficaz garantía de los derechos de los minusválidos, su igualdad de oportunidades y, en definitiva, su integración social.

Respecto a ellos podrían establecerse los indicadores de la política de cualquier Estado para la eficaz garantía de los derechos de los minusválidos, su igualdad de oportunidades y, en definitiva, su integración social.

LA POLITICA COMUNITARIA RESPECTO A LAS PERSONAS MINUSVALIDAS POR «PROGRAMAS SECTORIALES»

Este capítulo constituye uno de los más sugestivos, por cuanto recoge los campos de actividad menos conocidos de las Comunidades en favor de las personas minusválidas.

Desde que en mayo de 1982 la Comisión creó en la Dirección General de Asuntos Sociales una Oficina para la Acción en Favor de los Minusválidos, se propuso como objetivo, especialmente tras la Resolución del Consejo de 21 de diciembre de 1981 (Programa de Integración Social), desarrollar una política que pudiera evaluarse

según diferentes programas y que cubriese los aspectos sectoriales de la atención a ese colectivo.

Dejando aparte el programa de financiación que supone el FSE y las materias ya mencionadas de educación, formación profesional y empleo, la investigación analiza uno por uno los siguientes:

1.º La red comunitaria de centros de readaptación, hoy compuesta por 31 centros con competencias específicas en la FP de los minusválidos, incluyendo centros post-hospitalarios de readaptación.

2.º El Programa de proyectos de distrito para 1984-1987, que ya cuenta con 16 proyectos-piloto desde su iniciación en 1981.

3.º El Programa de transportes, evaluado en 1986 en una conferencia celebrada en Munich el mes de enero. Incluye desde los transportes puerta a puerta («dial-a-ride») hasta los proyectos de la Comisión sobre una Recomendación para el acceso a los edificios.

4.º El Programa de viviendas. La Comisión financió 90 proyectos entre 1976 y 1983, desde que en 1975 presentara su Comunicación «sobre los problemas de acceso a los edificios públicos» y empezara, a continuación, a financiar «proyectos piloto destinados a mejorar la vivienda de los trabajadores minusválidos a fin de facilitarles su integración social».

5.º La Red de Información Handynet. Este proyecto pretende establecer una red informatizada de intercambio de informaciones multidisciplinares entre las instituciones, grupos profesionales y asociaciones voluntarias que participan en la integración social de los minusválidos, así como la creación de servicios en línea.

Como programa integrado de

servicios (en relación con otros programas, como Esprit e Insis) ha desarrollado un Tesauro multilingüe (Handyvoc), un conjunto de módulos de información para ayudas técnicas (Handytec) y a partir de este año —1986— un módulo Handy aids. La red prepara, en colaboración con el Consejo de Europa, los módulos Handylex y establece servicios en línea que incluyen diccionarios de traducción en siete lenguas comunitarias, así como un periódico electrónico (Handynews), correo electrónico (Handymail) y sistemas de teleconferencia.

6.º Otros programas de información. Concretamente se mencionan la Videoteca Europea de París, el proyecto Cassette Europa, iniciado en 1985 en Bruselas con la colaboración de la Liga Braille de Bélgica y el Videobanco Europeo de Lenguaje por Signos para Sordos, creado recientemente en Bristol.

7.º El Programa de Franquicias de Aduanas y Tasa sobre el Valor Añadido (TVA). En este caso se detalla la normativa por la que los minusválidos pueden importar con franquicia de aduanas los artículos específicos —principalmente prótesis— que necesitan, siempre que las hagan los propios minusválidos y para su uso personal. La franquicia no rige para las firmas comerciales. Por otra parte, la exención de la TVA exige que no exista comercial, según una Directiva vigente de 1983.

8.º El Programa de encuentros de jóvenes minusválidos. Desarrollado por la Comisión, en coordinación con Mobility International a raíz de las propuestas del Parlamento Europeo en 1981.

9.º El Programa de investiga-

ción médica. Aunque se remonta a 1977, los problemas financieros de la asistencia sanitaria en todos los países dificultan su desarrollo como parte del «Espacio Social Europeo» en lo referente a la mejora de la protección social.

10.º Finalmente se incluye el Programa de subvenciones a Organismos, especialmente a las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), para subvencionar encuentros, seminarios y proyectos correctos, como los «Juegos Europeos para los Minusválidos Físicos y Mentales».

Los programas mencionados tienen diferente entidad, pero desde 1981-1982 se desarrollan a través de una política concertada, habida cuenta la asistencia a la Comisión de una serie de grupos de trabajo (siete en total), en los que participan los propios minusválidos y sus asociaciones.

OTROS PROGRAMAS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE INTERES PARA LOS MINUSVALIDOS

En la investigación, el análisis concreto de los programas dirigidos a los minusválidos se complementa con algunas consideraciones sobre la libre circulación que, obviamente, pueden ejercer las personas minusválidas, en su caso como trabajadores. Esta libertad de circulación lleva aparejada una normativa de Seguridad Social; pero, sin duda, el mayor interés de estas páginas es que recogen lo negociado por España en estos temas tal y como refleja el Tratado de Adhesión de España a las Comunidades Europeas, lo

Los programas mencionados tienen diferente entidad, pero desde 1981-1982 se desarrollan a través de una política concertada, habida cuenta la asistencia a la Comisión de una serie de grupos de trabajo (siete en total), en los que participan los propios minusválidos y sus asociaciones.

cual justifica la nota de actualidad anteriormente señalada.

Igualmente, junto a otra referencia sobre las normas existentes en materia de seguridad e higiene en el trabajo, se incluyen los Programas de Lucha contra la Pobreza por la relación existente entre la situación de algunas personas minusválidas y las medidas de la Comunidad en este campo. El Programa vigente —aprobado en 1984 hasta 1988— ofrece una financiación de 25 millones de ECUs y proyectos como el de creación de una Oficina Europea de lucha contra la pobreza, que enlaza con lo antes señalado en el Informe Albeda para el reconocimiento futuro del «derecho a una renta mínima garantizada» a todos los ciudadanos comunitarios.

Llegamos ya así a la última parte de la investigación, centrada en la financiación de las ayudas para los minusválidos, distinguiendo la principal fuente financiera, el Fondo Social Europeo de las demás fuentes de financiación.

EL FONDO SOCIAL EUROPEO: ESPECIAL CONSIDERACION DE LAS AYUDAS A LAS PERSONAS MINUSVALIDAS

Es éste un extenso apartado en el que se hace la historia del FSE y de las reformas que ha ido experimentando a partir de 1971. Pero más importante es, por supuesto, el análisis de las ayudas específicas para minusválidos que comenzaron en 1974 y que se evaluaban económicamente hasta 1985, inclusive.

El FSE tiene como misión «promover en el interior de la Comunidad las facilidades de empleo, así como la movilidad geográfica y profesional de los trabajadores». Hoy es, sin duda, el principal instrumento financiero para combatir el desempleo en la Comunidad.

La normativa vigente, que se explica minuciosamente en la investigación, data de 1983 y se refiere a los tipos de ayudas, a los gastos que cubren dichas ayudas, las personas que se pueden beneficiar de las mismas, las normas procedimentales y las orientaciones prioritarias de la Comunidad para 1986-1988.

Según el art. 4.2 de la Decisión 83/516, «las personas minusválidas susceptibles de insertarse en el mercado de empleo mayores de veinticinco años, pueden solicitar las ayudas del Fondo», pero las orientaciones prioritarias para 1986-1988 han extendido esta prioridad a todos los minusválidos, al incluir como acciones prioritarias sin requisito de edad las realizadas «en beneficio de personas minusválidas que puedan incorporarse al mercado libre de trabajo; de formación profesional en beneficio de personas minusválidas, combinada con una amplia adaptación de los puestos de trabajo» (punto 4.9 de las Orientaciones).

Además, los jóvenes minusválidos, por su condición de jóvenes, tienen también prioridad para la concesión de estas ayudas si ven reducidas sus posibilidades de empleo por falta de cualificación profesional, por inadecuación de la misma o por el hecho de encontrarse en desempleo durante largo tiempo.

Junto a la normativa comunitaria se detalla también la espa-

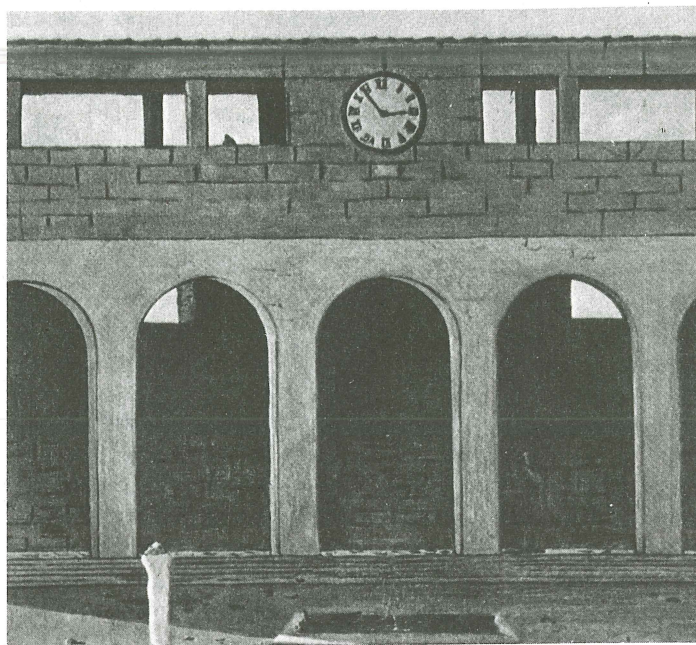
Además, los jóvenes minusválidos, por su condición de jóvenes, tienen también prioridad para la concesión de estas ayudas si ven reducidas sus posibilidades de empleo por falta de cualificación profesional.

ñola y concretamente el Real Decreto 2404/1985, de 27 de diciembre, «por el que se dictan normas en relación con el FSE», transformándose el antiguo Fondo de Solidaridad —creado en desarrollo del AES— en Unidad Administradora del FSE. Tales normas explican también las modificaciones aplicables a España en cuanto a los requisitos que deben cumplir determinadas acciones de formación profesional susceptibles de recibir ayudas, así como las regiones de prioridad absoluta en razón de su situación socioeconómica.

Es importante señalar que la investigación se acompaña de una Guía Práctica para que las personas minusválidas puedan conocer las ayudas e incluso tramitarlas adecuadamente. Un avance de la misma permitió el mes de enero que algunos organismos, tanto públicos como privados, solicitaran ya para 1986 las primeras ayudas, a pesar del escaso tiempo disponible.

Para darse una idea del alcance de estas ayudas, el último informe presentado por la Comisión sobre las actividades del FSE en 1984 (publicado el 17 de octubre de 1985) señala que en dicho año se presentaron 248 solicitudes de ayudas, por una cuantía de 183,31 millones de ECUs; 137 eran para jóvenes menores de veinticinco años y de los 85,13 millones solicitados se concedieron 54,35 millones (el 63% de las solicitudes). El 29,13% para Irlanda, el 21,71 para Italia, el 16,36 para el Reino Unido y el 12,28% para Bélgica.

En cuanto a los minusválidos adultos se presentaron 111 solicitudes de ayuda, por una cuantía total de 95,71 millones de ECUs, de los que se concedieron 49,90



*"El enigma de la hora".
Giorgio de Chirico.*

millones. Irlanda se benefició en un 43,8%, y el Reino Unido, en un 26,7%.

Según el Informe de la Comisión, la mayor parte de las concesiones de ayudas en 1984 para los minusválidos por parte del FSE se referían a las solicitudes presentadas por los poderes públicos y, en menor medida, a organismos privados, incluidos los de carácter benéfico.

OTRAS FUENTES DE FINANCIACION DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Para completar lo ya señalado respecto al FSE, la investigación concluye con un análisis más general de las demás fuentes de financiación que existen en las Comunidades Europeas.

Concretamente se analizan los siguientes instrumentos financie-

ros en los que aquí no vamos a entrar:

1.º El Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER);

2.º El Fondo Europeo de Orientación y de Garantía Agrícola (FEOGA, Sección Orientación);

3.º Ayudas para la mejora de la estructura de pesca;

4.º Préstamos y ayudas CECA, incluida la investigación social;

5.º Préstamos del Banco Europeo de Inversiones (BEI);

6.º Préstamos del Nuevo Instrumento Comunitario (NIC);

7.º Ayudas financieras por sectores y, en concreto, energía, medio ambiente e infraestructuras de transportes;

8.º Ayudas para la investigación y la innovación.

En cada caso se detallan las ayudas, préstamos y subvenciones, así como la forma de solicitarlas, teniendo en cuenta las aportaciones que deben hacer por su parte los Estados miembros.

ANEXOS

La investigación termina con Anexos que incluyen datos estadísticos, la normativa vigente y un Anexo Informativo en el que se recogen los servicios de interés de la organización interna de las Comunidades, con sus direcciones, y una relación de organismos públicos e instituciones públicas y privadas que se ocupan de los minusválidos en los países CEE. La utilidad de la investigación permite, como decíamos al principio de estas líneas, que los organismos españoles puedan «conectar» con sus homólogos de los demás países europeos.

Quisiera terminar esta síntesis, en primer lugar, disculpándome con los autores, porque esta rápida síntesis deja en el tintero hasta referencias a algún capítulo concreto —como el segundo, referido a organismos internacionales: ONU, OIT y Consejo de Europa— que no se han recogido. No es fácil resumir en veinte folios lo que aportan cuatrocientos, por ello he pretendido solamente llamar la atención sobre el interés de esta investigación, así como sobre algunos de sus aspectos prácticos.

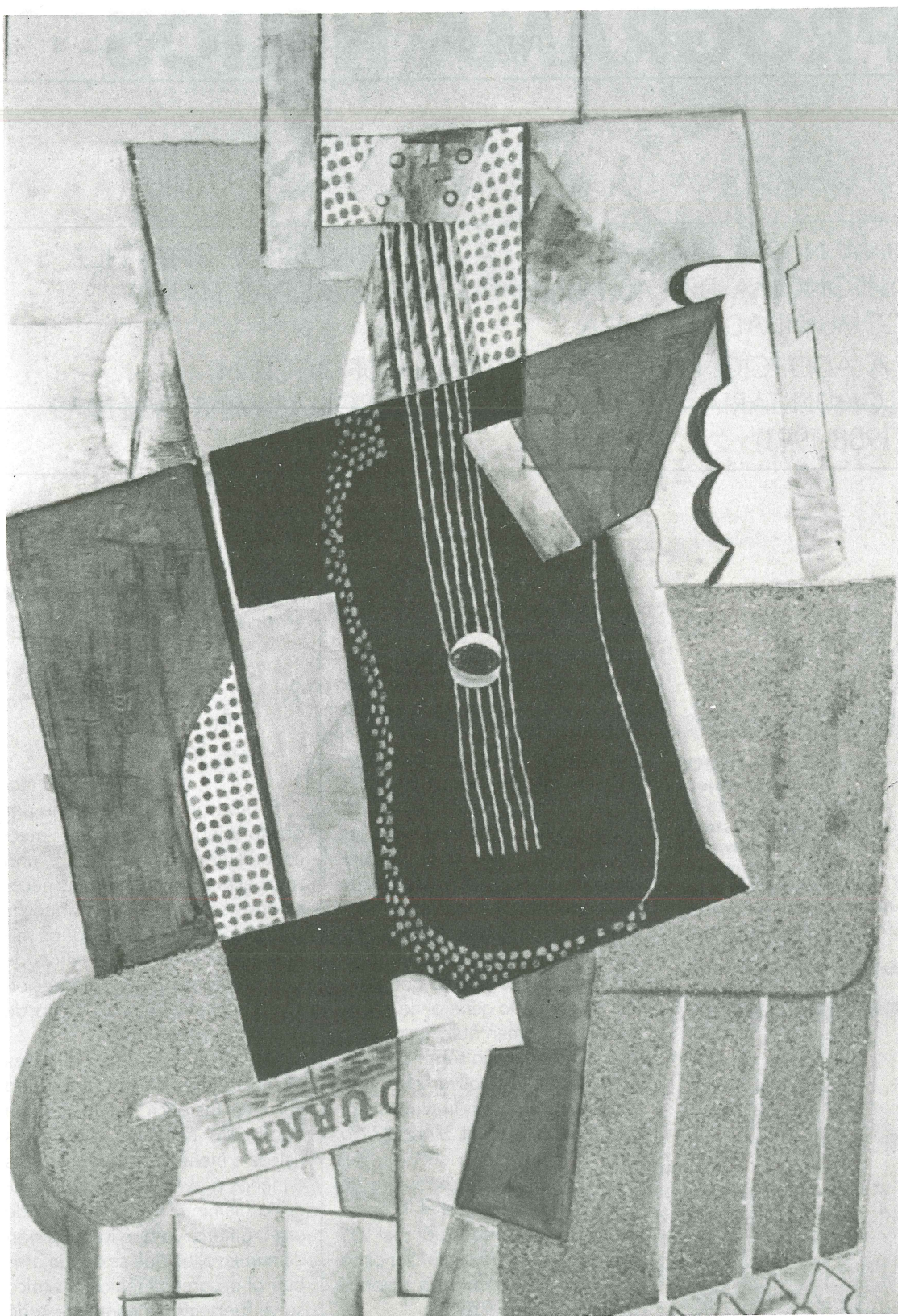
En segundo lugar, agradeciendo al Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes su iniciativa para llevar a cabo esta investigación precisamente en el «umbral» de nuestra integración. Con quince años de experiencia en este campo, he de decir que las obras existentes en España sobre los asuntos sociales europeos se cuentan con los dedos de la mano. Bien es cierto que su realización no es tan sencilla como parece. Pero sentada esta investigación, que no dudo en calificar de básica, su actualización requiere obviamente menores esfuerzos.

Los minusválidos españoles serán los primeros agradecidos por esta iniciativa tan oportuna.

(*) *Oficina de Relaciones Internacionales. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.*

(*) *Este artículo constituye una síntesis del trabajo que con el mismo título elaboró el Equipo Eurosocietal y ha sido publicado recientemente por el Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes en la Serie Documentos.*

La investigación termina con Anexos que incluyen datos estadísticos, la normativa vigente y un Anexo Informativo en el que se recogen los servicios de interés de la organización interna de las Comunidades.



Pablo Picasso. "Guitarra con periódico y sillón" (1915).

PROGRAMA HELIOS

UNA NUEVA ETAPA HACIA LA INTEGRACION Y UNA VIDA AUTONOMA DE LAS PERSONAS MINUSVALIDAS EN LA COMUNIDAD EUROPEA

LA ADOPCION DEL 2.º PROGRAMA DE ACCION COMUNITARIA EN FAVOR DE LAS PERSONAS MINUSVALIDAS (1988-1991)

El programa HELIOS tiene por objeto brindar, dentro de un marco presupuestario limitado, una respuesta pragmática a las necesidades crecientes y a las nuevas aspiraciones de las personas minusválidas.

1. LAS DIFICULTADES DE LA ADOPCION

La propuesta de la Comisión, sometida al Consejo el 24 de julio de 1987, fue acogida de forma sumamente favorable en el Parlamento Europeo y en el Comité Económico y Social. En el mes de diciembre de 1987, se obtuvo un acuerdo unánime de todos los Estados miembros en las instancias del Consejo sobre los problemas políticos y jurídicos fundamentales, con excepción de un aspecto financiero de carácter general relacionado con la adopción del presupuesto general de la Comunidad. Lamentablemente, esta reserva provocó la ruptura de las actividades al finalizar el primer programa de acción cuatrienal que llegó a su fin el 31/12/87. Ya que, a pesar de la decisión del Consejo del 22 de diciembre de 1987 que prorrogaba el 1.º programa hasta la adopción del 2.º, la continuidad no se llevó a cabo sin problemas debido a razones jurídicas y financieras.

El programa HELIOS fue finalmente aprobado por el Consejo el 18 de abril de 1988.

2. EL SIGNIFICADO DEL PROGRAMA HELIOS

El programa HELIOS tiene por objeto brindar, dentro de un marco presupuestario limitado, una respuesta pragmática a las necesidades crecientes y a las nuevas aspiraciones de las personas minusválidas con la perspectiva de una promoción de la integración social y económica así como de una vida autónoma.

De hecho, más de 30 millones de nacionales de la Comunidad Europea (es decir, un 10% de la población) padecen minusvalías físicas o mentales duraderas más o menos graves. No se prevé ninguna disminución importante de este número, ya que la reducción de minusvalías que se puede atribuir al progreso médico y técnico se ve fuertemente contrarrestada

por numerosos factores tales como el alto índice de accidentes, la disminución de la mortalidad infantil y la prolongación de la esperanza de vida.

Además, las necesidades y el potencial de la población minusválida se modifican cada vez más. Se multiplican las medidas nacionales encaminadas a estimular a aquéllos que viven en establecimientos residenciales para que se integren en la sociedad. Asimismo, las organizaciones creadas por iniciativa privada se desarrollan rápidamente con el fin de ayudar a las personas minusválidas a lograr su autonomía. Por último, las nuevas tecnologías ofrecen posibilidades y un potencial aún poco conocido y explotado para el aprendizaje, la movilidad, la comunicación y la adaptación del medio ambiente.

Desde hace muchos años, los Estados miembros han puesto en pie estructuras de apoyo para las acciones en favor de las personas minusválidas. No obstante, las realizaciones prácticas tropiezan con presiones económicas relacionadas con la crisis persistente que azota el mercado del empleo. Hoy día, se revelan necesarias nuevas medidas de orden material para evitar que dicho fenómeno termine, en el futuro, en una degradación de la situación de las personas minusválidas en lugar de una realización progresiva de la integración, considerada como principio rector por todas las políticas nacionales en este ámbito.

En el transcurso de la aplicación del primer programa de acción de 1984 a 1987, la contribución de la Comunidad Europea a estos esfuerzos nacionales se centró especialmente sobre:

- La puesta en práctica del in-

tercambio de experiencias entre los Estados miembros.

- El apoyo a las actividades nacionales por expertos internacionales en forma de recomendaciones técnicas y motivadoras.

- La coordinación y evaluación de las actividades.

Las actividades desarrolladas por la Comunidad confirieron una dimensión europea a las acciones emprendidas en los Estados miembros. Además, los frecuentes intercambios de experiencias permitieron contribuir a obtener resultados más económicos y pragmáticos con la perspectiva de una vida más activa e independiente para un gran número de personas minusválidas en la Comunidad.

No obstante, la experiencia adquirida, los resultados de los estudios, los seminarios y conferencias así como la información obtenida por medio del diálogo con las «personas que trabajan sobre el terreno» revelaron que la Comunidad no podrá avanzar en esta dirección sin una orientación más política apoyada por una legislación específica y apremiante a escala comunitaria. Dicha necesidad se ha manifestado sobre todo en los ámbitos siguientes:

- Movilidad y transporte.
- Accesibilidad de los edificios públicos.
- Empleo y alojamiento adaptados.
- Integración escolar.
- Impacto de las nuevas tecnologías en las personas minusválidas.

3. ORIENTACION POLITICA

Por consiguiente, el programa HELIOS no tiene solamente por

La Comunidad no podrá avanzar en esta dirección sin una orientación más política apoyada por una legislación específica y apremiante a escala comunitaria.

objetivo proseguir y ampliar las actividades emprendidas en el transcurso de los últimos cuatro años, ya que su objetivo principal es más bien establecer la base y el marco de una política coherente y global de la Comunidad Europea en favor de las personas minusválidas. En esta óptica, tendrá en cuenta en gran medida las estructuras y realizaciones nacionales.

Esta evolución hacia una legislación comunitaria con miras a valorizar mejor los esfuerzos y las realizaciones a escala nacional tendrá una importancia capital para todas las personas minusválidas en la Comunidad. Por otra parte, dicha política coherente y global en favor de las personas minusválidas no tiene equivalente comparable en otra región del mundo.

El segundo objetivo del programa HELIOS es reforzar la cooperación técnica y mejorar la coordinación de las diferentes actividades a escala comunitaria.

4. COOPERACION TECNICA

El segundo objetivo del programa HELIOS es reforzar la cooperación técnica y mejorar la coordinación de las diferentes actividades a escala comunitaria.

Esta actividad apunta esencialmente a promover la innovación, facilitar los intercambios de experiencias e intensificar la difusión de las experiencias logradas.

a) La red comunitaria de centros y experiencias de formación o de rehabilitación profesional

La red de los centros profesionales de rehabilitación, que exis-

te desde 1975, ha demostrado la importancia de su labor en el proceso de rehabilitación y ha obtenido resultados considerables. La rehabilitación es un proceso complejo que evoluciona con el tiempo y comprende varias fases y tratamientos imbricados: médico, funcional, profesional y social. Cada etapa requiere un enfoque pluridisciplinario que debe ser tratado por especialistas profesionales. En el marco del programa HELIOS se establecieron dos prioridades para la reestructuración de la red.

aa) Una representación más equitativa:

— De las principales categorías de minusválías y sobre todo de la deficiencia psiquiátrica y sensorial.

— De las principales fases de rehabilitación.

— De las diferentes regiones y de las zonas (ciudad, zona rural, industrial, en declive, etc.) en cada Estado miembro.

bb) La obligación para cada Centro autorizado de cooperar eficazmente con otros Centros orgánicamente vinculados con cada Centro o que trabajan en ámbitos semejantes (red exterior).

La Comisión invitará a los gobiernos de los Estados miembros a proponer diversos Centros con miras a la creación de la futura red.

El programa de actividad de la nueva red tiende a valorizar aún más, en una dimensión europea, las experiencias nacionales y a promover la transferencia de las experiencias logradas en otras regiones de la Comunidad. Para alcanzar este objetivo se prevén los siguientes medios: visitas de estudio de grupo, cursillo de formación, seminarios y conferencias.

b) Las redes de actividades modelo locales

Los 19 proyectos de Distrito en los 12 Estados miembros finalizaron al concluir el 1.º programa, el 31 de diciembre de 1987. En general, revelaron ser un gran éxito al aportar soluciones pragmáticas para los problemas locales. Los expertos de INTERACT contractualmente vinculados a la Comisión contribuyeron en gran medida, gracias a su animación y recomendaciones, y en el marco de las estructuras sugeridas a desarrollar frecuentes transferencias de experiencias acertadas entre los Estados miembros.

El programa HELIOS confirma la importancia de las innovaciones locales y los intercambios de experiencias a escala europea.

Con miras a intensificar el desarrollo de las actividades modelo locales y centrarlas mejor en las tareas principales, se establecerán tres redes comunitarias con 80 actividades en total en los siguientes ámbitos:

aa) Empleo, formación y rehabilitación profesionales.

bb) Integración social, medio ambiente para una vida autónoma.

cc) Integración escolar.

Se invitará a los gobiernos de los Estados miembros a proponer a la Comisión actividades modelo locales que deberán seleccionarse para establecer las 3 redes. Durante la selección se tendrá principalmente en cuenta la representación de las diferentes categorías de minusválidas, de las diversas regiones de cada Estado miembro así como las peculiaridades locales.

Las actividades previstas por el

programa HELIOS en las 3 redes son sobre todo un intercambio de experiencias, visitas de estudio, seminarios para los jefes de proyecto, conferencias europeas, medidas de información y documentación. Un equipo de expertos internacionales destinados a ayudar a la Comisión en la aplicación del programa HELIOS pondrán a la disposición de las actividades locales su gran experiencia, sus consejos, su motivación así como también su capacidad para evaluar las acciones.

c) Subvención para actividades exteriores de cooperación europea en las Organizaciones no gubernamentales (ONG)

La actividad de las miles de ONG que existen en la Comunidad, a menudo administradas por personas benévolas, ha adquirido en el transcurso de estos últimos años una importancia creciente. Por consiguiente, el programa HELIOS le ofrece el mismo apoyo. No obstante, la Comisión dará la preferencia a las ONG con la vocación europea y que fomentan la participación activa de las personas minusválidas. Esta medida debería permitir que se coordinaran mejor las actividades en los diversos ámbitos, primero a escala nacional y, luego, dirigir las con mayor eficacia hacia soluciones con una dimensión europea.

d) Acción positiva para promover una vida autónoma

Tomando como base el 1.º pro-

La actividad de las miles de ONG que existen en la Comunidad, a menudo administradas por personas benévolas, ha adquirido en el transcurso de estos últimos años una importancia creciente.

grama de acción, la Comisión subvencionó ciertos proyectos-piloto referentes al alojamiento adaptado de las personas minusválidas «con miras a identificar las experiencias que conviene aplicar en la Comunidad». A pesar de la escasez de los recursos financieros disponibles, los proyectos subvencionados han revelado las medidas y las necesidades relativas a la construcción de alojamientos que permitan a las personas minusválidas vivir en un medio ambiente adaptado lo más independiente posible. La Comisión reunió simultáneamente una amplia gama de elementos necesarios para la elaboración de una iniciativa política en este ámbito. Esta iniciativa se fundará en un conjunto de estudios de experiencias acertadas que abarquen la mayor parte de las necesidades y los diferentes enfoques, así como en los resultados de los seminarios y conferencias celebrados al efecto.

La cristalización de este objetivo y las presiones presupuestarias obligan a la Comisión a dirigir mejor las subvenciones. Tomando en cuenta que la responsabilidad principal respecto a la integración social y la promoción de una forma de vida autónoma incumben a los Estados miembros, la labor de la Comisión consiste esencialmente en asistir a los Estados miembros en la cooperación a escala comunitaria para mejorar la eficacia de las medidas adoptadas por ellos en este ámbito.

Esta es la razón por la cual el programa HELIOS se centra, en el marco de sus límites presupuestarios, en la promoción de algunos proyectos modelos en los ámbitos de la movilidad y el transporte, el acceso a los edificios pú-

blicos así como al alojamiento adaptado.

Además, la Comisión dirige de ahora en adelante sus subvenciones en este ámbito hacia actividades cuyo objetivo sea el dar a conocer en los medios interesados de la Comunidad ciertas realizaciones con carácter de modelo en relación con el alojamiento adaptado. Un jurado internacional se encargará de seleccionar las más interesantes entre las propuestas presentadas por los Estados miembros. Cada año, la Comisión otorgará a los ganadores cierto número de premios con motivo de una conferencia-exposición organizada a escala comunitaria.

5. INFORMACION Y DOCUMENTACION

En el transcurso de los últimos años, la Comisión emprendió el desarrollo de un sistema de información llamado HANDYNET. Este sistema tiene por objeto poner a disposición de los interesados, en todas las lenguas comunitarias, informaciones relativas a un gran número de problemas de las personas minusválidas.

El programa HELIOS prevé la prosecución del desarrollo de este sistema centrándose, no obstante, hasta 1989 sobre el desarrollo del módulo «HANDYAIDS».

Tomando como base un informe de la Comisión sobre la evolución del módulo «Handyaids», el Consejo estatuirá antes del 1 de enero de 1990 sobre la continuación del sistema HANDYNET después de esta fecha.

Además, en el marco del equipo de expertos que asistan al servicio competente de la Comisión en la aplicación del programa HE-

En el transcurso de los últimos años, la Comisión emprendió el desarrollo de un sistema de información llamado HANDYNET. Este sistema tiene por objeto poner a disposición de los interesados, en todas las lenguas comunitarias, informaciones relativas a un gran número de problemas de las personas minusválidas.

LIOS, se creará un sector de documentación e información. Dicho sector se encargará de mejorar la circulación de la información en este ámbito y de satisfacer las necesidades de información obvias.

Una revista única informará a los medios interesados acerca de las diferentes actividades en los Estados miembros y a escala comunitaria. Un comité de redacción integrado por los especialistas en la materia proseguirá el objetivo de asegurar una elevada calidad de la información. La revista se publicará cuatro veces al año con un tiraje de 100.000 ejemplares en las 9 lenguas comunitarias.

Esta publicación reemplazará el «Periódico de los centros de readaptación» así como las «Interact-News».

La documentación se ampliará considerablemente para satisfacer las crecientes necesidades de información que se han comprobado en el transcurso de los últimos años. Este sector asumirá sobre todo la tarea de difundir mejor los resultados de los estudios, los seminarios, conferencias y congresos.

6. PARTICIPACION EN LA TOMA DE DECISIONES

La Comisión otorga una gran importancia a la participación en la toma de decisiones de las personas directamente interesadas, y sobre todo de los representantes de las personas minusválidas o de sus familias. Es la razón por la que, en su propuesta inicial, preveía que le ayudase en el cumplimiento de sus tareas para la aplicación del programa HELIOS, un Comité consultivo integrado por:

- Expertos gubernamentales.
- Representantes de las personas minusválidas.
- Representantes de los interlocutores sociales.

Se modificó esta propuesta de la Comisión en las instancias del Consejo y el programa HELIOS prevé actualmente:

- Un Comité consultivo únicamente integrado por expertos gubernamentales.
- Precedido por un grupo de enlace integrado por:
 - 2 expertos gubernamentales por cada Estado miembro.
 - 9 representantes de las personas minusválidas.
 - 2 representantes de los interlocutores sociales.

Estos dos organismos desempeñan una función consultiva respecto a las acciones específicas que hay que emprender en el marco del programa HELIOS.

7. CONCLUSION

El programa HELIOS tiene por objeto principal proporcionar el marco para establecer a escala de la Comunidad Europea una política de integración económica y social en favor de las personas minusválidas. Sobre esta base, la Comisión emprenderá iniciativas políticas, en especial sometiendo propuestas legislativas referentes a las medidas destinadas a compensar las minusvalías en:

- La movilidad.
- El acceso a los edificios.
- El empleo.
- La integración escolar.

La puesta en práctica de estas medidas podría contribuir de una manera considerable a mejorar las condiciones del medio ambiente de las personas minusválidas en

El programa HELIOS tiene por objeto principal proporcionar el marco para establecer a escala de la Comunidad Europea una política de integración económica y social en favor de las personas minusválidas.

el camino de la vida autónoma. Además, deberían emprenderse actividades importantes en el ámbito del desarrollo de las nuevas tecnologías que permitan compensar técnicamente diferentes minusvalías.

Sin embargo, la política de integración de las personas minusválidas sólo progresará en la medida en que se deje de ver el lado negativo de la minusvalía. Es la razón por la que una sensibilización de la opinión pública que subraye el valor y las capacidades particulares de la persona minusválida se vuelve indispensable.

Sin embargo, la política de integración de las personas minusválidas sólo progresará en la medida en que se deje de ver el lado negativo de la minusvalía.

Composición del Grupo de Enlace y del Comité Consultivo

La Comisión Europea, que otorga suma importancia a la participación en la toma de decisiones de las personas directamente concernidas por estos problemas, por ejemplo, representantes de las personas minusválidas o de sus familias, previó contar, para llevar a bien su objetivo en este ámbito, con la ayuda de dos organismos cuya función sería consultiva:

En primer lugar, un Comité Consultivo, integrado únicamente por expertos gubernamentales; y luego, un Grupo de Enlace, integrado por dos expertos gubernamentales del Comité Consultivo, por 9 representantes de las personas minusválidas y dos representantes de los interlocutores sociales.

Objetivos del programa HELIOS

El objetivo del programa HELIOS es ante todo establecer una política europea, coherente y global, a favor de las personas minusválidas. Esto permitirá, en efecto, valorar mejor los esfuerzos desplegados a escala local y nacional, reforzar la cooperación técnica y mejorar la coordinación de las actividades y de las experiencias entre los Estados miembros. Es preciso evitar que la situación de las personas minusválidas en la sociedad continúe deteriorándose. Este deterioro se debe, por ejemplo, a las presiones económicas ligadas a la persistente crisis del empleo. Es la razón por la que la Comisión establecerá diferentes redes de actividades locales (centros de rehabilitación y de formación profesional - integración escolar - vida autónoma - coordinación local - Handynet) mediante las cuales desea hacer hincapié en las situaciones positivas en los Estados miembros.

Sistema de información informatizado: HANDYNET

Además, el programa HELIOS asegura el desarrollo de un sistema informatizado de información, denominado HANDYNET. El interés de dicho sistema estriba en que pone a la disposición de todos los interesados, en todas las lenguas oficiales de la Comunidad, una serie de bancos de datos y de servicios de información que van abarcando progresivamente todos los sectores de la in-

tegración social y económica de las personas minusválidas.

Prioridad al sistema HANDYNET: la información relativa a las ayudas técnicas

El primer módulo del sistema HANDYNET trata de las ayudas técnicas. Comprende tres bases de datos, a saber: — un repertorio de las ayudas disponibles en el mercado europeo; — un repertorio de los organismos públicos o privados que se encargan de la producción, financiación, distribución, evaluación, investigación y el asesoramiento en este ámbito; — síntesis de las disposiciones legislativas y de los sistemas de financiación relativos a las mismas.

Desarrollo del sistema HANDYNET

El programa HELIOS prevé la concentración del desarrollo del sistema HANDYNET hasta 1989 en el desarrollo del módulo sobre las ayudas técnicas. De esta manera, gracias a una reestructuración del servicio concernido y a una focalización en las tareas prioritarias, se llevó a cabo una demostración operacional de este módulo el 24 de junio de 1988 en Bruselas. Antes del 1 de enero de 1990, el Consejo de las Comunidades Europeas estatuirá, tomando como base un informe de la Comisión relativo a los avances del módulo referentes a las ayudas técnicas, acerca de las modalidades de continuación del sistema HANDYNET después de esta fecha.

El Consejo de Ministros de la Comunidad Europea adoptó el 18 de abril de 1988 el Segundo Programa de Acción Comunitaria en favor de las personas minusválidas. Dicho programa, denominado HELIOS (Handicapped People in the European Community Living Independently in an Open Society), tiene esencialmente como finalidad la integración económica y social así como la promoción de una vida autónoma para las personas minusválidas. Conciene a más de 30 millones de naturales de la Comunidad Europea (es decir, ¡el 10% de su población!) que padecen minusvalías físicas o mentales duraderas y graves. Para este efecto se afectó un importe de 19 millones de ECU para el período de 1988 a 1991. Dentro de este marco se celebró en Bruselas, los días 23 y 24 de junio de 1988, la primera reunión del Grupo de Enlace y del Comité Consultivo.

en el caso de discapacidad de la vista se ha hecho una salvedad por considerar que el uso de gafas o lentillas está muy generalizado. Por tanto, en este caso, se han recogido únicamente, las discapacidades que subsisten con el uso de gafas o lentillas.

Se considera que una actividad está limitada gravemente cuando así lo estima el propio sujeto; es decir, se trata de cuantificar las discapacidades «percibidas» por la población española.

Una limitación se considera como permanente cuando la naturaleza de la misma lleva implícito este carácter, como es el caso de las limitaciones que provienen de un retraso mental, o cuando la suma del tiempo que se lleva padeciendo y el tiempo que se espera padecer sea igual o superior al año.

Para cada persona entrevistada se han recogido todas las discapacidades que padece, ya sean independientes o no entre sí.

A efectos de poder analizar claramente los resultados, se han considerado tres grupos de edades. El primero para los comprendidos entre los 0 y 5 años; el segundo para los comprendidos entre los 6 y 64 años y el tercero para los que tienen 65 y más años.

Para el primer grupo, es decir, para los menores de 6 años se ha realizado un estudio de las deficiencias que les han sido detectadas, tanto en el caso de que ya hayan dado lugar a alguna discapacidad como en el caso de que, no habiéndose manifestado aún, se tenga la certeza de que van a traducirse en futuras limitaciones, pero se ha prescindido del estudio pormenorizado de estas discapacidades, así como de las minusvalías, dada la dificultad que tiene su detección. No obstante, la explotación de las deficiencias de este colectivo deberá interpretarse con cautela sobre todo en el grupo de deficiencias psíquicas dado que este tipo de problemas no se puede diagnosticar con gran seguridad en los primeros años de vida.

Respecto al grupo de mayores de 64 años, teniendo en cuenta que existen muchas limitaciones que son inherentes a la edad, se ha efectuado una explotación completa de todas las variables que se analizan en la encuesta, igual que para el grupo central (de 6 a 64 años), pero en tablas independientes con el fin de que los datos sean homogéneos.

3. FASES DE LA ENCUESTA

Definido ya el concepto de discapacidad que es el punto de partida de la investigación y establecido el criterio de cuáles son las discapacidades que interesa detectar, el estudio se ha realizado en dos fases que se identifican con dos cuestionarios, un cuestionario de hogar y un cuestionario individual.

3.1. Primera fase. Detección de personas con discapacidades en los hogares

En ella, se ha intentado captar a todos los miembros del hogar entrevistado que padecían alguna discapacidad. Para ello, se pasó al ama de casa, o en su defecto a la persona que en el momento de la entrevista estuviese en el hogar y fuese capaz de responder, una batería de preguntas donde las distintas discapacidades se enumeraban en términos comprensibles para personas de cualquier nivel cultural.

En esta primera fase se solicitaba también información sobre el tamaño del hogar, la edad y el sexo de cada uno de sus miembros, la categoría socioeconómica y el nivel de estudios de la persona principal y el nivel de ingresos del hogar.

Se ha considerado como **vivienda familiar** a toda habitación o conjunto de habitaciones y sus dependencias que ocupan un edificio o una parte estructuralmente separada del mismo y que, por la forma en que han sido construidas, reconstruidas o transformadas, están destinadas a ser habitadas por una o varias personas, no utilizándose totalmente para otros fines. Se han incluido los alojamientos fijos.

Una vivienda familiar se considera **principal** cuando es utilizada toda o la mayor parte del año como residencia habitual de una o más personas.

Se define el **hogar** como la persona o grupo de personas vinculadas generalmente por parentesco que hacen vida en común, ocupando toda o parte de una vivienda familiar principal y que consumen habitualmente alimentos con cargo a un mismo presupuesto. Se incluyen en esta defi-

nición los hogares privados que radican en viviendas colectivas siempre que tengan autonomía de gastos respecto al hogar colectivo.

Son **miembros del hogar**, las personas que, vinculadas generalmente por parentesco, hacen vida en común ocupando toda o parte de una vivienda y consumen alimentos con cargo a un mismo presupuesto, entendiendo como presupuesto común aquél al que contribuyen todos los miembros del hogar excepto los huéspedes y el servicio doméstico.

Dentro de este amplio concepto están incluidos los huéspedes a los que se cede el uso de una o más habitaciones de la vivienda y otros usos como el del teléfono, baño, etc., y a los que se les presta además generalmente servicios de limpieza, lavado de ropa, comida u otros a cambio de una contraprestación monetaria previamente estipulada.

Se incluyen también las personas del servicio doméstico que pernoctan habitualmente en la vivienda, prestando al hogar o a alguno de sus miembros algún servicio de carácter doméstico, a cambio de una remuneración en dinero y/o en especie.

Se incluyen asimismo, las personas que pertenecen al hogar aunque estén temporalmente ausentes, como estudiantes, personas en hospitales, cumpliendo el servicio militar, etc.

De acuerdo con todo lo anterior, el criterio que se ha seguido para decidir cuando una persona es miembro del hogar, es el de la residencia habitual porque la tenga fijada en la vivienda y, por tanto, no pueda adscribirse a otra vivienda de tipo familiar. En este sentido, las personas que accidentalmente se encontraban en una vivienda en condición de invitados, no han sido consideradas miembros de ese hogar.

3.2. Segunda fase. Investigación de las deficiencias y minusvalías de personas con discapacidades

En esta segunda etapa se trató de entrevistar directamente a las personas que padecían alguna discapacidad. En los casos de menores o en los que la afección padecida impedía contestar a la persona objeto de estudio, lo hacía el padre, la madre u otra persona del hogar suficien-

temente informada. En primer lugar, se le preguntaba por la deficiencia que había originado cada una de las discapacidades manifestadas. Para cada discapacidad sólo se considera una deficiencia. Por tanto, cuando una misma discapacidad había podido ser originada por más de una deficiencia, se ha recogido aquella que la persona entrevistada consideraba como causa fundamental de la misma y en el caso de desconocerse se optó por la que se llevase padeciendo más tiempo.

Teniendo en cuenta que en ocasiones podía resultar difícil al informante conocer el verdadero origen de su discapacidad, se han seguido las siguientes pautas:

1. Cuando la discapacidad padecida obedece a una enfermedad que ya está superada o que no evoluciona pero que ha dejado alguna secuela, se ha considerado como deficiencia la del órgano, sistema o aparato en que se ha producido tal secuela. Por ejemplo, una discapacidad para oír producida por una meningitis ya curada obedece a una deficiencia de la audición y una discapacidad para andar producida por una poliomielitis ya curada, se considera que procede de una deficiencia del aparato locomotor.

2. Cuando la discapacidad es la consecuencia de una enfermedad degenerativa y progresiva (y por tanto no superada y en evolución) la deficiencia considerada es la del aparato o sistema enfermo, con independencia de las secuelas que esté produciendo en algún órgano. Por ejemplo, una discapacidad para ver producida por una diabetes, se considera debida a una deficiencia endocrino-metabólica y una discapacidad para andar originada por la enfermedad de Parkinson, será debida a una deficiencia del sistema nervioso.

3. Existe un tercer caso en que una discapacidad puede ser producida por una enfermedad larga pero curable, de forma que al mismo tiempo que la enfermedad está incidiendo directamente sobre un órgano, aparato o sistema, se han dejado ver las secuelas de dicha enfermedad. En general estas secuelas afectan al mismo órgano sobre el que incide la enfermedad y por tanto los dos caminos llevan a la misma deficiencia.

Por ejemplo, la discapacidad para correr producida por una tuberculosis pulmonar se consi-

dera debida a una deficiencia del aparato respiratorio, tanto en el caso de que se esté padeciendo la enfermedad como en el caso de que esté curada pero haya dejado una fibrosis pulmonar que impida correr.

Una vez determinadas para cada persona todas las discapacidades causadas por una misma deficiencia y partiendo ya de ésta, se preguntaba el origen de la misma, la edad que tenía su madre en el momento del parto y el orden de nacimiento que le correspondía, teniendo para ello en cuenta no el número de hijos vivos sino el número de embarazos con más de 6 meses de gestación que tuvo la madre antes de nacer la persona encuestada.

Se recogió información de las personas afectadas sobre el tiempo en años y meses que llevaban padeciendo la deficiencia y los que esperaban que aún durase esta situación. También se les preguntaba si recibían o no rehabilitación y en caso de recibirla o haberla recibido anteriormente, sobre el tipo de la misma y el lugar donde la llevaban o habían llevado a cabo. Se investigó también si habían tenido o tenían algún tipo de prestación monetaria y si la deficiencia padecida les producía algún tipo de minusvalía.

Por último, para analizar cuál es el grado de integración social que este colectivo llega a alcanzar en nuestro país, se solicitó información sobre el nivel de estudios alcanzado, el estado civil y la categoría socioeconómica a la que pertenecía.

4. OBJETIVOS

Con esta investigación se han pretendido cubrir los siguientes objetivos:

- 1.º Alcanzar una estimación del total de personas que padecen alguna discapacidad en la población española y saber cuáles son estas discapacidades, tal y como se especifica en la clasificación y definición de las mismas.
- 2.º Conocer la entidad de los distintos tipos de deficiencias que dan lugar a dichas discapacidades al nivel que figuran en la clasificación de este proyecto.
- 3.º Iniciar una aproximación al conocimiento de las causas que hayan podido generar dichas deficiencias.

- 4.º Estimar el número de personas que, como consecuencia de padecer una deficiencia, sufren alguna minusvalía y analizar cuáles son estas últimas según se establece en apartados posteriores.

5. CLASIFICACION Y DEFINICION DE VARIABLES

Seguidamente se ofrecen las clasificaciones de las variables utilizadas en este estudio, así como la definición de aquellos conceptos que no tienen un carácter evidente.

5.1. Discapacidades

1. Ver

Incluye las discapacidades graves de visión, ya sea de lejos o de cerca. A diferencia de todos los demás casos de discapacidades, dentro de los que son subsanables por medio de instrumentos, este grupo sólo recoge aquellas limitaciones importantes que no han sido superadas mediante el uso de gafas o lentillas sea cual fuere la causa.

1.1. **Ciego total:** Recoge a las personas que padecen ceguera total en ambos ojos.

1.2. **Ciego de un ojo:** Recoge a las personas que padecen ceguera total en un solo ojo.

1.3. **Mala visión:** Recoge a las personas que, aún con gafas o lentillas, son incapaces o tienen una dificultad grave para distinguir las imágenes del televisor a una distancia de dos metros, o bien son incapaces o tienen una dificultad grave para leer el periódico, coser o ver la hora en un reloj de pulsera a una distancia normal. Las personas ciegas de un solo ojo y con mala visión en el otro están incluidas en el apartado anterior y en éste, es decir, padecen dos discapacidades para ver. Sin embargo los ciegos no están incluidos en este apartado.

2. Oír

2.1. **Sordo total:** Incluye a las personas que padecen sordera total en ambos oídos.

2.2. **Sordo de un oído:** Incluye a las personas que padecen sordera total en un solo oído.

2.3. **Mala audición:** Incluye a las personas que sin ayuda de aparato no pueden seguir una conversación en tono normal o tienen una grave dificultad para hacerlo. Las personas sordas de un solo oído y con mala audición en el otro están incluidas en el apartado anterior y en éste, es decir, padecen dos discapacidades para oír. Los sordos totales no se incluyen en esta discapacidad.

3. Hablar

3.1. **Mudo:** Incluye a las personas que no pueden articular palabra alguna.

3.2. **Tartamudez grave:** Incluye a las personas que tienen una dificultad grave para expresarse oralmente a causa de su tartamudez.

3.3. **Lenguaje incomprensible:** Incluye a las personas que están operadas de laringe (laringotraqueotomía) y a las que son incapaces o tienen una dificultad grave para hablar de forma comprensible para los demás.

4. Otras de la comunicación

Incluye tanto la discapacidad para escribir o para leer como la discapacidad para comunicarse por medio de signos, símbolos o gestos.

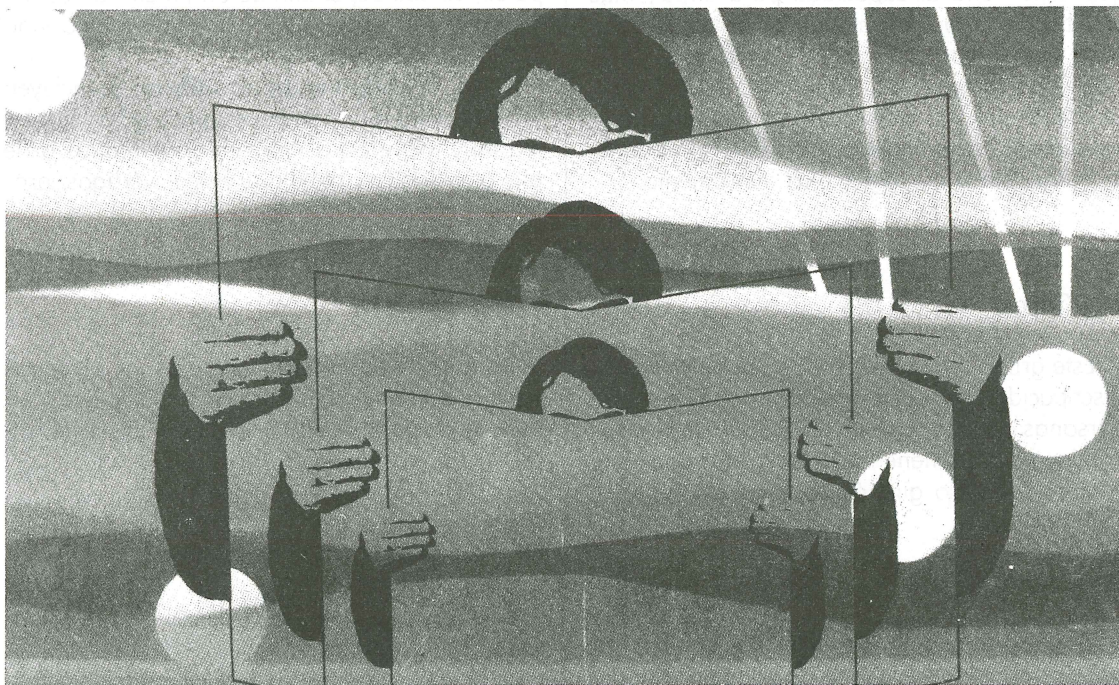
4.1. **Para escribir o para leer:** Incluye a las personas que padecen una pérdida total o una restricción grave de la capacidad para leer o para escribir, es decir, de traducir las palabras al lenguaje escrito.

4.2. **Hacer o entender signos gráficos:** Incluye a las personas que tienen una pérdida total o una restricción grave para hacer o entender signos gráficos o símbolos convencionales como semáforos, señales de tráfico, etc.

Es preciso aclarar que en ninguno de los dos apartados se han considerado las personas que no pueden realizar las actividades citadas en los mismos por no haber recibido la instrucción necesaria para ello.

5. Cuidado personal

Incluye a las personas que necesitan la ayuda de otra o de algún mecanismo externo para rea-



Françoise Jaquelin.

lizar sus actividades fisiológicas básicas, tales como la excreción, la alimentación, el cuidado propio, la higiene y el vestido.

6. Andar

6.1. **Necesita silla de ruedas:** Incluye a las personas que sólo pueden desplazarse en una silla de ruedas.

6.2. **Necesita alguna ayuda:** Recoge a las personas que padecen una restricción grave de la capacidad para desplazarse de forma que necesitan la ayuda de otra persona o de algún instrumento o prótesis. Sin embargo, no se han contabilizado los ancianos que se apoyan en un bastón sólo por motivos de seguridad, ni las personas que usan provisionalmente muletas por una fractura reciente, (véase definición de discapacidad) ni las que cojean visiblemente, pero que caminan siempre sin ayuda alguna.

7. Subir escaleras

Este grupo comprende a todas las personas que tienen una discapacidad para andar, más aquellas otras que no teniendo un problema grave para andar, son incapaces o tienen una limitación importante para subir un tramo de escaleras de 10 peldaños de forma continuada, aunque no necesariamente deprisa, sin la ayuda de la barandilla o de algún otro instrumento.

8. Correr

Este grupo recoge a todos los que tienen una discapacidad para subir escaleras, más aquellas personas que, no teniendo el problema anterior, son incapaces o tienen una limitación grave para correr a paso gimnástico unos 50 metros.

9. Salir de casa

Este grupo recoge a todas las personas que no pueden salir de casa si no es acompañadas de otra persona.

10. Actividades de la vida cotidiana

10.1. **Para abrir y cerrar:** Recoge a las personas que padecen una pérdida total o una restricción grave para realizar actividades propias de la vida cotidiana, tales como abrir y cerrar puertas, ventanas, grifos, pestillos, etc. Se incluye siempre a las personas a las que les falta una mano.

10.2. **Para estirarse o agacharse:** Incluye a las personas que padecen una pérdida total o una restricción grave para realizar actividades tales como alcanzar objetos, agarrarlos, estirarse o agacharse para recogerlos o cualquier otra actividad que, de no poder hacerse, limite de forma equivalente a la persona.

11. Dependencia y resistencia

11.1. **De algún aparato:** Este grupo recoge a las personas que dependen para mantenerse con vida de aparatos, equipos o instrumentos como marcapasos, válvulas mitrales, riñón artificial, respiradores artificiales, etc.

11.2. **De una dieta estricta:** Se recogen las personas que dependen de una dieta tan estricta o especial que no pueden realizar una vida normal.

11.3. **Problemas de equilibrio:** Se incluyen las personas que tienen incapacidad o problema muy grave para mantenerse sentadas o de pie, bien sea por debilidad física, vértigos, problemas circulatorios, etc.

12. Ambiental

En este grupo quedan incluidas las personas que padecen una sensibilización muy grave a algún elemento del medio ambiente, como el ruido, la luz, la temperatura, el polvo, etc.

13. Conducta con uno mismo

Este grupo comprende a las personas que padecen una grave perturbación de la conciencia o de la capacidad para conducirse en las actividades de la vida diaria.

13.1. Dificultad para identificar o comprender: Incluye a las personas que padecen una incapacidad o dificultad grave para identificar personas, objetos o acontecimientos que les son conocidos o para comprender situaciones o aprender, como consecuencia de falta de riego en el cerebro, enfermedad mental, retraso mental, etc.

13.2. Dificultad para evitar riesgos: Incluye a aquellas personas que siguen habitualmente una conducta que pone en peligro su propia integridad, debido a una incapacidad grave o absoluta para evitar riesgos.

14. Conducta con los demás

Este grupo comprende a las personas que padecen una grave perturbación de la capacidad para relacionarse con los demás.

14.1. Drogadicción o alcoholismo: Incluye a las personas que sufren un problema de inadaptación a causa de alcoholismo o drogadicción.

14.2. Agresividad: Incluye a las personas que son incapaces de relacionarse con otras debido a una agresividad o falta de respeto notoria y sistemática.

14.3. Automarginación: Se incluyen las personas que son incapaces de participar en la vida colectiva por problemas de depresión o automarginación, debido a algún problema psíquico o físico.

15. Posibles discapacidades futuras

En este grupo se recogen los menores de 6 años que padecen alguna deficiencia que se supone puede dar lugar en un futuro a alguna de las discapacidades anteriormente descritas, pero que en la actualidad no se manifiestan debido a la edad.

A efectos de tabulación de resultados este desarrollo exhaustivo de la variable discapacidad sólo se utiliza como cruce con las variables sexo y edad. En otros cursos se ha utilizado la clasificación a un dígito.

5.2. Deficiencias

1. Psíquicas

1.1. Retraso mental.

1.1.1. Profundo y severo: Incluye a las personas con un coeficiente intelectual (C.I.) menor o igual a 34.

En caso de desconocerse:

- a) Para menores de 6 años: Incluye a los niños que a los 3 años no han aprendido todavía a andar, no hablan o se comunican sólo por medio de gestos y sonidos inarticulados. Únicamente demuestran conocer a los familiares más próximos.
- b) Para mayores de 6 años: Incluye a las personas que son incapaces para valerse por sí misma en lo que concierne a la alimentación, excreción, higiene o vestido y precisan constantemente de otra persona para su asistencia y protección. En edad adulta son incapaces de desempeñar tareas laborales.

1.1.2. Medio: Incluye a las personas con un C.I. de 35 a 49.

En caso de desconocerse:

- a) Para menores de 6 años: Incluye a los niños que durante el período preescolar pueden aprender a hablar pero llevan un retraso de más de tres años respecto a los niños de su misma edad.
- b) Para mayores de 6 años: Incluye a las personas que durante la etapa escolar pueden aprovechar el entrenamiento en habilidades sociales y ocupacionales, pero resulta improbable que progresen más allá del segundo curso de E.G.B. en lo relacionado a temas académicos. Pueden aprender a viajar solos en los lugares que les son más familiares. En la adolescencia pueden beneficiarse del entrenamiento laboral siendo capaces de contribuir a su propio mantenimiento realizando un trabajo semiespecializado o sin especializar, bajo una estrecha supervisión en talleres protegidos.

1.1.3. Ligero: Incluye a las personas con un C.I. de 50 a 70.

En caso de desconocerse:

- a) y b) Los adolescentes que padecen este ti-

po de retraso pueden aprender habilidades académicas hasta el nivel de sexto curso de E.G.B. y, durante la etapa adulta, pueden adquirir fácilmente habilidades sociales y laborales adecuadas para una independencia mínima.

1.2. Enfermedades mentales: Este grupo recoge todas aquellas personas que padecen alguna discapacidad como consecuencia de algún trastorno de la mente como neurosis, psicosis, histeria, hipocondría, neurastenia, demencia paranoica, esquizofrenia, parafrenia, autismo, etc.

1.3. Otras: Dentro de esta rúbrica se incluyen aquellas personas que padecen alguna discapacidad como consecuencia de dislexias, discalculias, trastornos lectoescritores, inadaptaciones sociales, desviaciones sexuales, etc.

2. Sensoriales

2.1. De la audición

2.1.1. Sordera total: Incluye a las personas cuya deficiencia en ambos oídos es tan severa que no pueden beneficiarse de ninguna ampliación.

2.1.2. Sordera de un oído: Incluye a las personas con la misma deficiencia que en el grupo anterior, pero referida sólo a un oído.

2.1.3. Mala audición: Incluye a las personas que sin el uso de algún aparato no pueden mantener una conversación breve en tono normal, exceptuando a las que están incluidas en sordera total.

2.2. De la vista.

2.2.1. Ceguera total: Incluye a las personas que no tienen percepción de la luz en ninguno de los dos ojos.

2.2.2. Ceguera de un ojo: Incluye a las personas que no tienen percepción de la luz en uno de los dos ojos.

2.2.3. Mala visión: Incluye a las personas que, aún con el uso de gafas o lentillas, tienen una discapacidad grave de la vista y que no están incluidas en ceguera total.

2.3. Del lenguaje: Incluye a las personas que padecen una deficiencia del lenguaje que da lugar a una discapacidad grave para hablar.

2.4. Otras: Incluye a las personas que padecen alguna discapacidad originada por una deficiencia sensorial que no está incluida en apar-

tados anteriores como vértigos, pérdida frecuente del equilibrio, dificultad para mantenerse en pie, y en general, todas aquellas deficiencias de los órganos de los sentidos que dan lugar a discapacidades ambientales como intolerancias al ruido, a la luz, a la temperatura, al polvo, etc.

3. Físicas.

3.1. Aparato circulatorio: En este grupo están incluidas todas las personas que dependen de algún aparato o equipo que actúe sobre algún órgano o función del sistema circulatorio para poder mantenerse con vida. Por tanto, comprende las personas que dependen de válvulas mitrales, marcapasos, etc. Incluye también a las personas que padecen alguna discapacidad originada por una deficiencia circulatoria, como disnea, soplo cardíaco, arritmia, bloqueo cardíaco, palpitación, taquicardia, lesiones valvulares, comunicación interventricular, etc.

3.2. Aparato respiratorio: Comprende a las personas que dependen de aparatos o equipos que actúen sobre el sistema respiratorio para poderse mantener con vida, como respiradores artificiales, etc.

Recoge también a las personas que han manifestado alguna discapacidad originada por una deficiencia respiratoria, como insuficiencia o alteraciones en la respiración, ruidos anormales en el pecho al respirar, defecto del pulmón o del árbol traqueobronquial, etc.

Incluye a las personas a las que se ha practicado una laringotraqueotomía o una traqueotomía.

3.3. Aparato digestivo: Recoge todas las deficiencias del aparato digestivo que dan lugar a discapacidades como ocurre en algunos casos de vómitos, náuseas, diarreas, cólicos intestinales o biliares, hemorroides, colon irritable, úlceras, dificultades graves para masticar o tragar, obstrucción esofágica, gástrica o intestinal o cualquier otro defecto en el esófago, estómago, intestino, recto, vesícula, hígado o bazo, etc.

Están comprendidas las personas con orificios artificiales como consecuencia de alguna intervención quirúrgica.

3.4. Aparato génito-urinario: Recoge a las personas que dependen de aparatos como el ri-

ñón artificial, sondas permanentes u otras ayudas técnicas, así como las que padecen una discapacidad que tiene origen en alguna deficiencia, como insuficiencia renal, cólico renal, incontinencia urinaria, micción demasiado frecuente, retención urinaria, defecto del riñón o de la vejiga, etc.

3.5. Sistema nervioso: Recoge a las personas con deficiencias en el sistema nervioso que les produce alguna limitación importante en su vida, como pueden ser la epilepsia, temblor, incoordinación de movimientos, ciertos vértigos de origen nervioso, movimientos involuntarios, parkinson, esclerosis múltiples, etc.

3.6. Endocrino-metabólicas: Incluye todas aquellas personas que manifiestan alguna discapacidad originada por una deficiencia del metabolismo o de las glándulas endocrinas, como diabetes, obesidad, enanismo, gigantismo, desviaciones sexuales de origen orgánico, etc.

3.7. Aparato locomotor.

3.7.1. Cabeza y tronco: Comprende a las personas con deformaciones de las mandíbulas, de la cara, del cuello, desviación y/o deformación de la columna, deficiencia en las vértebras, cáncer de labio operado, malformaciones del paladar, etc., en tal grado que les haya producido alguna discapacidad.

3.7.2. En las extremidades.

3.7.2.1. En la superiores: De las dos: Recoge a las personas que manifiestan alguna discapacidad causada por pérdida de movimiento, articulaciones defectuosas, desviaciones, deformaciones, rigideces, dislocaciones, etc., en dedos, manos o brazos, siempre que sea en ambas extremidades superiores.

De una: Este grupo recoge a las personas que padecen algún problema de los citados en el grupo anterior pero sólo en una extremidad superior.

3.7.2.2. De las inferiores: De las dos: Recoge a las personas que han declarado padecer alguna discapacidad por causa de pérdida de movimiento, articulaciones defectuosas, desviaciones, deformaciones, rigideces, dislocaciones, etc., en dedos de los pies, pies o piernas siempre que sea en ambas extremidades inferiores.

De una: Este grupo recoge a las personas que padecen algún problema de los citados en el grupo anterior pero sólo en una extremidad inferior.

3.7.3. Carencia de extremidades.

3.7.3.1. De las superiores. De las dos: Este grupo recoge a las personas que les falta una mano y cualquier parte de la otra extremidad superior y aquellos que reconocen tener alguna discapacidad como consecuencia de que les falta parte de ambas extremidades superiores.

De una: Este grupo recoge a las personas que les falta una mano y a las que sufren alguna discapacidad a causa de fallarles parte de una extremidad superior.

3.7.3.2. De las inferiores: De las dos: Este grupo recoge a las personas con alguna discapacidad producida por la carencia de parte de ambas extremidades inferiores.

De una: Recoge a las personas que sufren alguna discapacidad por carecer de toda o parte de una extremidad inferior.

3.8. Otras: Recoge a las personas que manifiestan alguna discapacidad como consecuencia de alguna deficiencia física que no esté incluida en apartados anteriores.

4. Mixtas

4.1. Parálisis cerebral: Recoge a las personas que padecen una lesión cerebral permanente y no progresiva que se manifiesta por trastornos motóricos como moverse con dificultad, descoordinación de movimientos y que puede ir asociada con trastornos del lenguaje, problemas de audición o de vista, que son de origen central.

4.2. Otras: Este grupo recoge a las personas que han declarado padecer alguna discapacidad que tienen su origen en una deficiencia de tipo mixto distinta de la parálisis cerebral como microcefalia, trastornos psicomotóricos, etc.

5. Ninguna en especial

Recoge a las personas que dicen padecer alguna discapacidad que no tiene su origen en ninguna deficiencia de las anteriormente descritas. Este es el caso de la discapacidad para correr o para salir de casa en algunas personas de edad avanzada.

Esta clasificación de deficiencias es la más uti-

lizada a efectos de tabulación. Cuando esta variable aparece combinada con otras, se ha reducido su desarrollo hasta el nivel de uno o dos dígitos.

5.3. Minusvalías: Como ya se ha dicho anteriormente una minusvalía es la desventaja social y en relación a su entorno, que padece una persona como consecuencia de alguna discapacidad que le limita gravemente o le impide el desempeño de la actividad que le es normal, en función de su edad, sexo y factores socio-culturales. Por tanto sólo se recogen las minusvalías que tienen su origen en una deficiencia que a su vez ha dado lugar a alguna discapacidad.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que una persona que tenga una o varias discapacidades puede no padecer ninguna minusvalía porque ha solucionado su problema psicológicamente y/o mediante algún mecanismo o simplemente porque la discapacidad que padece por su propia naturaleza no da lugar a ninguna minusvalía.

1. De Orientación. Orientación es la capacidad del sujeto para recibir las señales procedentes del entorno. Para asimilar dichas señales por la mente y para dar respuesta a las mismas.

Incluye aquellas personas que necesitan la ayuda de otra para orientarse y no pueden valerse por sí mismas ni aún con la ayuda de algún instrumento como consecuencia de alguna discapacidad de la vista, oído, olfato, tacto o bien por problemas de vértigos, intolerancia al ruido, etc., o por problemas de la conducta.

2. De Independencia física. La independencia física es la capacidad de la persona para llevar habitualmente una existencia independiente.

Incluye aquellas personas que ni siquiera con la ayuda de algún instrumento, prótesis o ayuda técnica, se valen por sí solas para realizar las actividades relativas al cuidado personal ni para efectuar las actividades propias de la vida cotidiana, sino que necesitan de la ayuda de otra persona.

3. De Movilidad. Movilidad es la capacidad de la persona para desplazarse en su entorno.

Incluye aquellas personas que ni aun con la ayuda de algún instrumento o prótesis pueden salir de casa y las que tengan que hacerlo con la ayuda de otra persona.

4. De Ocupación. Ocupación es la capaci-

dad de la persona para emplear su tiempo en la forma normal que corresponde a su sexo, edad y cultura.

Incluye aquellas personas que no son capaces de dedicarse al estudio, al trabajo, al deporte, a la diversión, etc., en las condiciones que son normales para su edad, sexo y cultura.

5. De Integración social. Integración social es la capacidad de la persona para entablar y conservar relaciones sociales.

Incluye las personas que no tienen relaciones fuera de su entorno familiar, excluyendo aquellas que por vivir necesariamente aisladas no tienen contacto con otras personas.

6. De Insuficiencia económica. Insuficiencia económica es la incapacidad de la persona para mantener una independencia económica normal.

Se incluyen las personas cuyas rentas patrimoniales, ingresos por trabajo o jubilación y subvenciones o ayudas de otras personas o de la comunidad a las que tienen derecho no son suficientes para cubrir sus necesidades económicas y que, por tanto, tienen solicitada o están recibiendo una ayuda gratuita.

5.4. Características de las discapacidades.

5.4.1. Número.

1. Sólo una.
2. Además una de otro tipo.
3. Además dos o más de otro tipo.

5.4.2. Discapacidades superadas.

1. De visión. Recoge a las personas que tienen problemas de visión, pero que los tienen superados con el uso de gafas o lentillas.

2. De audición. Recoge a las personas que tienen superada su limitación para seguir una conversación en tono normal con el uso de algún aparato.

3. De tartamudez. Recoge a las personas que tienen superado su problema de expresión oral debido a una tartamudez grave con el uso de algún aparato.

4. De cuidado personal. Recoge a las personas que mediante la ayuda de algún mecanismo externo tienen superada su limitación para realizar sus actividades personales básicas.

5. De locomoción. Recoge a las personas que mediante algún instrumento o prótesis han superado su dificultad para desplazarse. Quedan

excluidas las que necesitan silla de ruedas.

6. Para abrir y cerrar. Recoge a aquellas personas que con la ayuda de algún instrumento o prótesis han superado su dificultad para abrir y cerrar puertas, ventanas, pestillos, etc.

7. Para estirarse. Incluye a los que tienen superado con un instrumento o prótesis su problema para alcanzar objetos, estirarse o agacharse para cogerlos.

5.5. Características de las deficiencias.

5.5.1. Número.

1. Sólo una.
2. Además una de otro tipo.
3. Además dos o más de otro tipo.

5.5.2. Origen.

1. Congénito. Incluye todas aquellas deficiencias que son de tipo genético, tales como el mongolismo, hidrocefalia, etc., y las que se producen en el período gestacional como consecuencia de toxemias del embarazo, infecciones del embarazo, enfermedad crónica de la madre, factor RH, etc.

2. Problemas del parto. Incluye todas aquellas deficiencias que son debidas a traumatismos a que el niño fue sometido en el momento del parto, como utilización de fórceps o ventosa, parto prolongado, etc.

3. Enfermedad común.

4. Enfermedad profesional. Este concepto se entiende en sentido amplio sin tener en cuenta lo establecido en la legislación laboral. Se incluyen tanto aquellos casos en que la profesión ha sido el origen de la deficiencia como los casos en que ha sido el motivo de que una deficiencia se agravara.

5. Accidente de tráfico. Se incluyen los accidentes de tráfico producidos en el trabajo o al ir y al volver del mismo aunque hayan sido considerados por la legislación laboral como accidentes de trabajo.

6. Accidentes de trabajo. No se incluyen los producidos en accidente de tráfico.

7. Otros accidentes.

8. Guerras y acciones terroristas.

9. Senilidad. Se incluyen todas aquellas causas que no tienen el origen en una enfermedad sino que son debidas a procesos degenerativos en los que la edad de la persona influye decisivamente.

10. Intoxicación alimentaria. Se incluyen to-

das aquellas deficiencias que tienen su origen en un accidente tóxico que surge como consecuencia de la ingestión de alimentos.

11. Iatrogenia. Recoge todas aquellas deficiencias que tienen su origen en los efectos adversos, tanto físicos como psíquicos, que se pueden derivar del uso correcto de fármacos, procedimientos quirúrgicos, procedimientos diagnósticos, avances técnicos médico-quirúrgico, etc.; es decir que surgen como resultado de la actividad de los médicos o de la medicina.

12. Otras causas. Se incluyen todas aquellas causas que no se han recogido en apartados anteriores tales como las debidas a actos violentos contra uno mismo o contra otras personas (intentos de suicidio o de homicidio, etc.).

5.5.3. Tiempo que se lleva padeciendo la deficiencia.

1. Deficiencias permanentes. Este grupo recoge todas aquellas deficiencias cuya naturaleza lleva implícito el carácter de permanente más aquellas otras en que la suma del tiempo que se llevan padeciendo y el que se espera vayan a durar sea igual o superior a un año.

1.1. Menos de 1 año.

1.2. De 1 a 3 años.

1.3. De 4 a 9 años.

1.4. De 10 a 29 años.

1.5. 30 años o más.

2. Deficiencias no permanentes. Recoge todas aquellas deficiencias que no cumplen los requisitos anteriores.

2.1. Menos de 1 año.

2.2. De 1 a 3 años.

2.3. Más de 3 años.

5.5.4. Tiempo que se espera padecer la deficiencia.

Esta variable está definida únicamente para las deficiencias no permanentes.

1. Menos de 1 año.

2. De 1 a 3 años.

3. Más de 3 años.

5.6. Características de las minusvalías.

5.6.1. Número.

1. Sólo una.
2. Además una de otro tipo.
3. Además dos o más de otro tipo.
4. Ninguna.

5.7. Rehabilitación y variables relacionadas.

5.7.1. Rehabilitación. Se considera rehabilitación cualquier tipo de terapia que recibe la persona encaminada a subsanar en mayor o menor medida la deficiencia que se padece. Por tanto son rehabilitación las técnicas ortopédicas, incluidas las intervenciones quirúrgicas, los yesos correctores, los ejercicios de marcha y de movimiento de las extremidades, la cinesiterapia, la reeducación del lenguaje, de reconocimiento del entorno en ciegos, etc.

1. Nunca han recibido. Recoge este grupo todas aquellas deficiencias por las que las personas que las padecen no han recibido nunca ningún tipo de rehabilitación.

2. La han interrumpido indefinidamente. Se incluyen en este grupo las deficiencias para las cuales las personas que las padecen han interrumpido su rehabilitación antes de cumplir el período que se les ha prescrito.

3. La han concluido. Incluye las deficiencias por las que las personas que la padecen han sido dadas de alta en el centro donde recibían su rehabilitación o para las que se ha cumplido todo el período que les habían prescrito, con independencia de que hayan llegado o no al máximo de posibilidades de recuperación.

4. La reciben actualmente. Recoge todas aquellas deficiencias para las que las personas que las padecen están recibiendo rehabilitación.

La variable rehabilitación va siempre referida a las deficiencias excepto en aquellas tablas en que expresamente se indica que son las personas las que se clasifican de acuerdo con dicha característica. Cada deficiencia padecida por una misma persona sólo está incluida en uno de los grupos anteriores siguiendo un orden de prioridad inverso al que figura en la clasificación, es decir de 4 a 1.

5.7.2. Tipo de rehabilitación. Esta variable va siempre referida a las deficiencias incluidas en alguno de los grupos 2, 3 ó 4 de la variable anterior. Para cada deficiencia incluida en alguno de estos grupos se ha admitido un máximo de tres tipos de rehabilitación de acuerdo con la siguiente clasificación:

1. Rehabilitación médico-funcional. Tiene por objeto la aplicación de tratamientos dirigidos bien a evitar un proceso degenerativo o bien a conseguir la recuperación física, psíquica o sensorial de la persona con alguna discapacidad.

Están incluidas en este grupo las deficiencias por las que las personas que las padecen han recibido tratamiento de:

- Fisioterapia (cinesiterapia, hidroterapia, termoterapia, electroterapia).
- Medicina ortopédica (aplicación de yesos correctores o prótesis).
- Cirugía ortopédica.
- Terapia del lenguaje.
- Psicomotricidad.

2. Educación especial. Es un proceso integral, flexible y dinámico que se concibe para su aplicación personalizada y comprende los diferentes niveles y grados de enseñanza, particularmente los considerados obligatorios y gratuitos encaminados a conseguir la total integración social de la persona con discapacidades.

Se imparte de forma transitoria o definitiva a aquellas personas a las que resulta imposible, a consecuencia de la discapacidad que padecen, la integración en el sistema educativo ordinario.

Están incluidas todas aquellas deficiencias por las que las personas que las padecen reciben o han recibido educación en un centro especial o en una unidad de educación especial en centros docentes en régimen ordinario.

3. Recuperación profesional. Comprende:
- a) Orientación profesional.
 - b) Formación, readaptación o reeducación profesional.

La orientación profesional tiene por objeto el determinar cuáles son las actividades laborales más adecuadas para la persona que padece alguna discapacidad, teniendo en cuenta sus capacidades reales. Para ello se tiene en cuenta la educación escolar recibida y por recibir, los deseos de promoción social, las motivaciones, aptitudes, preferencias y las posibilidades de empleo existentes en cada caso.

La formación profesional comprende un conjunto de actividades formativas que tienen por objeto desde el adiestramiento para el desempeño de un puesto de trabajo hasta el impartir enseñanzas para el desarrollo de una profesión o empleo. Puede comprender una preformación general básica cuando sea necesario.

La readaptación profesional consiste en la aplicación de medidas dirigidas a la reincorporación de la persona con discapacidades al puesto de

trabajo, oficio o profesión que hubiera desempeñado con anterioridad.

La reeducación profesional comprende las medidas formativas descritas anteriormente, dirigidas a la incorporación de la persona con discapacidades a un oficio o profesión diferente del que hubiera desempeñado con anterioridad.

Por tanto, están incluidas en este grupo todas las deficiencias, como consecuencia de las cuales, las personas que las padecen han recibido o reciben una orientación profesional o una formación, readaptación o reeducación profesional.

4. Integración laboral. Incluye aquellas deficiencias por las que las personas que las padecen han tenido que ser integradas en el sistema ordinario de trabajo, o al menos, incorporadas al sistema productivo mediante la fórmula especial de trabajo protegido (Centros Especiales de Empleo o Centros Ocupacionales).

Como medidas para la incorporación de las personas que padecen discapacidades al sistema ordinario de trabajo, se pueden citar:

- Reserva de puestos de trabajo para minusválidos en Empresas Públicas o Privadas.
- Subvenciones o préstamos para adaptación

de puestos de trabajo, pagos de las cuotas de la Seguridad Social, etc...

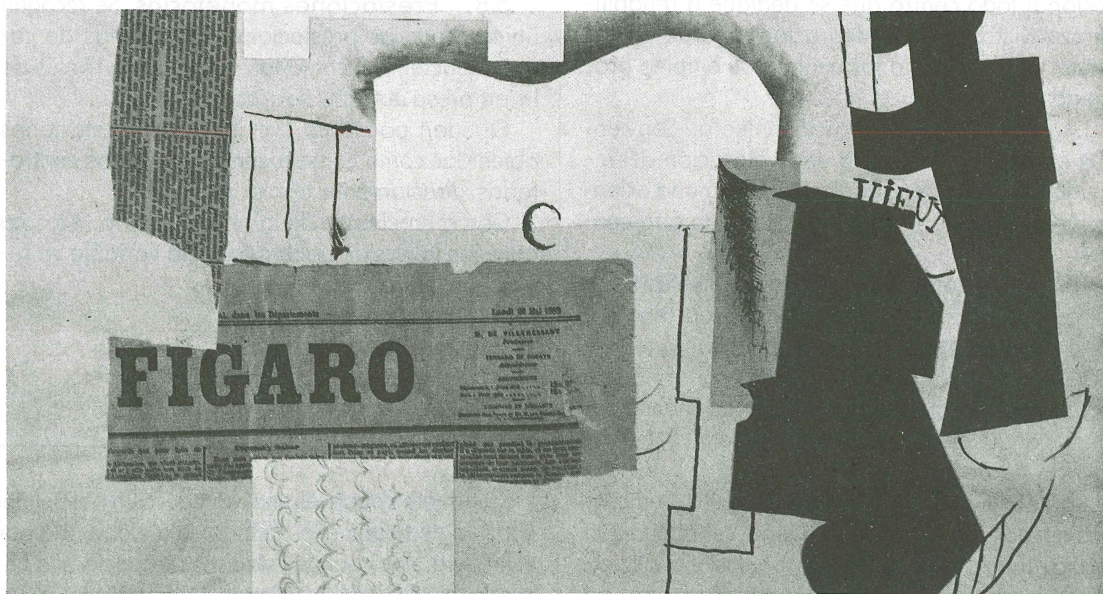
5. Integración social. Incluye aquellas deficiencias por las que aquellos que las padecen han recibido alguna ayuda a nivel personal para su posible integración en la vida cotidiana.

Comprende prestaciones para:

- Eliminación de barreras o adaptaciones en su propio domicilio.
- Adaptación de útiles en el hogar.
- Movilidad y gastos de transporte.
- Asistencia domiciliaria de tercera persona (prestación de servicios personales: aseo, limpieza, etc.).
- Actividades socio-culturales.

6. Otras. Incluye aquellas deficiencias por las que reciben o han recibido quienes las padecen, algún tipo de rehabilitación que no es recogido por los grupos anteriores.

5.7.3. Régimen económico. Como se ha dicho anteriormente, cada deficiencia rehabilitada ha podido recibir o estar recibiendo uno, dos o tres tipos de rehabilitación diferentes que a su vez se han recibido en el mismo o en distinto régimen económico, de acuerdo con la siguiente clasificación:



Pablo Picasso. "Botella de Vieux Marc, vaso, guitarra y periódico" (1913).

1. De forma totalmente gratuita. Este grupo recoge las deficiencias para las que los pacientes reciben de forma totalmente gratuita su rehabilitación, bien porque se les presta el servicio sin ningún tipo de contraprestación o bien porque se les paga el coste íntegro del mismo.

2. De forma parcialmente gratuita. Incluye las deficiencias para las que los pacientes reciben parte del coste de su rehabilitación ya sea en términos monetarios o de prestación del servicio.

3. De forma particular. En este tercer grupo se incluyen las deficiencias para las que los pacientes se costean ellos mismos su rehabilitación, bien directamente o bien a través de alguna póliza concertada con el seguro libre.

5.7.4. Centros en que se recibe la rehabilitación.

1. En régimen de internado.

1.1. En Centro Sanitario.

1.2. En Centro de Educación Especial. Son centros en los que se imparte una rehabilitación de educación especial de acuerdo con la descripción que se hace de este concepto en las definiciones de tipo de rehabilitación.

1.3. En Centro Laboral Especial u Ocupacional. Se considera Centro Laboral Especial u Ocupacional todo centro que se dedique a rehabilitar con vistas a una integración laboral. Se excluyen de este grupo los centros de empleo protegido.

1.4. En Centro de Atención Integral. Son centros en los que se realiza una valoración del individuo con discapacidades y se le da una orientación aunque la atención la reciba en otro centro.

1.5. En Centro de Recuperación Profesional. Son centros en los que se imparte una rehabilitación de recuperación profesional con o sin rehabilitación médico-funcional. Los conceptos de recuperación profesional y rehabilitación médico-funcional quedan descritos en las definiciones de tipo de rehabilitación.

1.6. En Centro de Grandes Inválidos. Son centros en los que se imparte una rehabilitación médico-funcional y de integración social a las personas que no se pueden valer por sí mismas, no tienen quién les atienda y no se les puede solucionar su problema con una atención a domici-

lio. Es el caso, por ejemplo, del parálítico cerebral sin familia.

1.7. En Centro de Atención a Subnormales. Son centros equivalentes a los de grandes inválidos, pero dirigidos a los problemas de subnormalidad.

1.8. En Centro Normalizado. Son aquellos destinados a enseñanza o formación profesional de personas con deficiencias.

1.9. En Residencias Asistidas de Ancianos. Son aquellas residencias destinadas a ancianos que necesitan una asistencia especializada.

2. En Régimen de ambulatorio.

2.1. En centro sanitario.

2.2. En centro de educación especial.

2.3. En centro laboral especial u ocupacional.

2.4. En centro de recuperación profesional.

2.5. En centro normalizado.

3. Rehabilitación en su propio domicilio. En este grupo se incluyen las deficiencias que los pacientes rehabilitan en su propio domicilio a través de ejercicios físicos, intelectuales, de psicomotricidad, etc., con o sin la presencia de un profesional pero siempre que se sigan pautas establecidas y con revisiones periódicas. El resto de los casos se excluyen.

4. Otros.

5.8. **Prestaciones monetarias.** Se recogen únicamente las prestaciones monetarias de carácter social, así como las obtenidas a través de la empresa en que se trabaja.

Quedan por tanto excluidas las prestaciones obtenidas como consecuencia de seguros contratados directamente por el paciente.

Como en el caso de la rehabilitación, excepto para las tablas de población, esta variable va referida a las deficiencias.

1. Ninguna prestación.

2. alguna prestación.

Nota:

El presente trabajo es una reproducción parcial del capítulo dedicado a la Metodología elaborada por el Instituto Nacional de Estadística respecto a la Encuesta de Minusvalía realizada durante el año 1986. Los cuadros de estadística pertenecen igualmente al mismo trabajo.

DOSSIER MINUSVALIDOS

TABLA 01.A.- PERSONAS MENORES DE 6 AÑOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD
SEGUN EL TIPO DE LIMITACION QUE PADECEN Y LA EDAD.

	TOTAL	E D A D	
		Menores de 3 años	De 3 a 5 años
TOTAL	43047	13708	29339
DISCAPACIDADES			

VER	3083	937	2146
Ciego total	111	18	92
Ciego de un ojo	553	440	113
Mala vision	2420	479	1941
OIR	3332	524	2809
Sordo total	1078	288	790
Sordo de un oido	1065	235	830
Mala audicion	1539	235	1304
HABLAR	5054	401	4653
Mudo	611	288	322
Tartamudez grave	675		675
Lenguaje incomprensible	3924	113	3812
OTRAS DE LA COMUNICACION	2988	113	2875
Para escribir o para leer	2988	113	2875
Hacer/entender signos graficos	2819	113	2706
CUIDADO PERSONAL	4590	91	4499
ANDAR	5307	1586	3721
Necesita silla de ruedas	2674	626	2048
Necesita alguna ayuda	2664	960	1704
SUBIR LAS ESCALERAS	7308	2493	4815
CORRER	9706	3614	6091
SALIR DE CASA	4512	539	3974
ACTIVIDADES VIDA COTIDIANA	3246	491	2754
Para abrir y cerrar	1975	246	1729
Para estirarse o agacharse	2655	491	2163
DEPENDENCIA Y RESISTENCIA	4149	887	3262
De algun aparato	408	-	408
De una dieta estricta	1745	189	1556
Problemas del equilibrio	2100	698	1402
AMBIENTAL	7939	1465	6474
CONDUCTA CON UNO MISMO	6003	1722	4280
Dific. identificar/comprender	5162	1722	3440
Dificultad para evitar riesgo	3520	393	3127
CONDUCTA CON LOS DEMAS	715	-	715
Drogadiccion o alcoholismo			
Agresividad	470	-	470
Automarginacion	245	-	245
POSIBLES DISCAPACIDADES FUTURAS	20949	7526	13423

DOSSIER MINUSVALIDOS

TABLA 02.A.- PERSONAS MENORES DE 6 AÑOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD
SEGUN LA DEFICIENCIA QUE LA HA ORIGINADO Y LA EDAD.

	TOTAL	E D A D	
		Menores de 3 años	De 3 a 5 años
TOTAL	43047	13708	29339
DEFICIENCIAS			
PSIQUICAS	8250	3200	5050
RETRASO MENTAL	6059	2252	3807
Profundo y severo	1643	776	867
Medio	2360	1169	1191
Ligero	2056	307	1749
ENFERMEDADES MENTALES	1450	755	695
OTRAS	741	193	548
SENSORIALES	14058	2831	11227
DE LA AUDICION	3441	524	2917
Sordera total	815	288	527
Sordera de un oido	653	235	418
Mala audicion	2322	235	2087
DE LA VISTA	3364	1180	2184
Ceguera total	111	18	92
Ceguera de un ojo	622	509	113
Mala vision	2631	652	1979
DEL LENGUAJE	3106	255	2852
OTRAS	4810	1127	3683
FISICAS	20052	7386	12666
APARATO CIRCULATORIO	2051	1302	750
APARATO RESPIRATORIO	4813	859	3955
APARATO DIGESTIVO	695	170	525
APARATO GENITO-URINARIO	730	275	455
SISTEMA NERVIOSO	2483	866	1617
ENDOCRINO-METABOLICAS	1567	191	1376
APARATO LOCOMOTOR	7476	3506	3970
Defic. en la cabeza y tronco	1059	166	893
Deficiencias en extremidades	6171	3094	3077
En las superiores	1588	334	1254
De las dos	353	-	353
De una	1235	334	901
En las inferiores	5138	2760	2378
De las dos	3681	1864	1817
De una	1457	896	561
Carencia de extremidades	246	246	-
De las superiores	246	246	-
De las dos	-	-	-
De una	246	246	-
De las inferiores	-	-	-
De las dos	-	-	-
De una	-	-	-
Otras	611	216	394
MIXTAS	2192	607	1585
PARALISIS CEREBRAL	1304	308	996
OTRAS	888	299	589
NINGUNA EN ESPECIAL	-	-	-
NO CONSTA	449	449	-

Nota: Algunas rubricas aparecen sobrevaloradas respecto a las discapacidades, debido a que en los menores no se conoce que tipo de limitaciones pueden producir en el futuro las deficiencias padecidas (posibles discapacidades futuras)

DOSSIER MINUSVALIDOS

TABLA 08.-PERSONAS MENORES DE 6 AÑOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD SEGUN LA DEFICIENCIA QUE LA HA ORIGINADO Y EL TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA.

	TOTAL	TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA			
		De hasta 10000 habitantes	De 10001 a 50000 habitantes	De 50001 a 500000 habitantes	De mas de 500000 habitantes
TOTAL	43047	9124	11679	15541	6702
DEFICIENCIAS					
PSIQUICAS	8250	1033	1973	2561	2683
RETRASO MENTAL	6059	1033	1973	1555	1498
Profundo y severo	1643	241	895	507	-
Medio	2360	792	711	495	362
Ligero	2056	-	367	553	1136
ENFERMEDADES MENTALES	1450	-	-	728	722
OTRAS	741	-	-	278	463
SENSORIALES	14058	2647	3593	5781	2036
DE LA AUDICION	3441	795	790	1610	246
Sordera total	815	-	600	215	-
Sordera de un oido	653	-	-	653	-
Mala audicion	2322	795	190	1091	246
DE LA VISTA	3364	867	963	1263	270
Ceguera total	111	-	-	111	-
Ceguera de un ojo	622	69	227	326	-
Mala vision	2631	867	737	827	270
DEL LENGUAJE	3106	794	859	962	491
OTRAS	4810	466	1235	2079	1030
FISICAS	20052	5185	5640	7201	2026
APARATO CIRCULATORIO	2051	1112	572	181	186
APARATO RESPIRATORIO	4813	767	1335	2504	207
APARATO DIGESTIVO	695	-	310	385	-
APARATO GENITO-URINARIO	730	-	150	311	270
SISTEMA NERVIOSO	2483	1155	736	592	-
ENDOCRINO-METABOLICAS	1567	274	823	471	-
APARATO LOCOMOTOR	7476	1727	1563	2798	1388
Defic. en la cabeza y tronco	1059	208	307	545	-
Deficiencias en extremidades	6171	1520	1256	2253	1142
En las superiores	1588	371	386	831	-
De las dos	353	168	184	-	-
De una	1235	203	202	831	-
En las inferiores	5138	1520	1054	1422	1142
De las dos	3681	936	899	704	1142
De una	1457	584	155	718	-
Carencia de extremidades	246	-	-	-	246
De las superiores	246	-	-	-	246
De las dos	-	-	-	-	-
De una	246	-	-	-	246
De las inferiores	-	-	-	-	-
De las dos	-	-	-	-	-
De una	-	-	-	-	-
Otras	611	149	152	65	246
MIXTAS	2192	463	626	857	246
PARALISIS CEREBRAL	1304	131	221	706	246
OTRAS	888	332	405	151	-
NINGUNA EN ESPECIAL	-	-	-	-	-
NO CONSTA	449	-	-	-	449

DOSSIER MINUSVALIDOS

TABLA 01.A.- PERSONAS DE 6 A 64 AÑOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD
SEGUN EL TIPO DE LIMITACION QUE PADECEN Y LA EDAD.

	TOTAL	E D A D					
		De 6 a 14 años	De 15 a 24 años	De 25 a 34 años	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años
TOTAL	2804837	157836	215072	211094	282681	647841	1290313
DISCAPACIDADES							
VER	319139	14821	26239	20796	33761	72834	150688
Ciego total	17907	869	2469	1495	1721	4086	7268
Ciego de un ojo	165850	5178	13797	12182	19281	40547	74864
Mala vision	168281	9858	11275	7969	14954	35933	88291
OIR	400443	21694	32782	30797	44079	91714	179377
Sordo total	49255	5803	7708	5489	5847	7601	16807
Sordo de un oido	195034	6706	14123	15288	23336	47131	88451
Mala audicion	192284	11212	12861	11749	18625	45159	92679
HABLAR	136992	24540	29354	21500	15325	19992	26281
Mudo	30827	4952	6856	4945	5076	3608	5391
Tartamudez grave	25506	3720	6473	5957	3129	4313	1914
Lenguaje incomprensible	84321	16007	17435	11224	7119	12843	19693
OTRAS DE LA COMUNICACION	170628	39499	45939	32099	19388	18484	15219
Para escribir o para leer	163029	38387	43082	31240	18435	17656	14230
Hacer/entender signos graficos	127180	28787	34560	23647	15953	13449	10786
CUIDADO PERSONAL	143031	17837	21210	16750	13153	23222	50860
ANDAR	243790	11657	15144	19365	19870	50514	127240
Necesita silla de ruedas	38696	6045	5056	4886	4250	5069	13391
Necesita alguna ayuda	207616	5871	10508	15015	15621	45904	114697
SUBIR LAS ESCALERAS	889535	18265	28038	39717	61789	208628	533098
CORRER	1508030	27138	43192	62892	104330	354729	915750
SALIR DE CASA	216347	22851	28607	22135	19749	37374	85631
ACTIVIDADES VIDA COTIDIANA	402881	14888	18746	21166	33777	99683	214621
Para abrir y cerrar	130203	10866	13201	10140	12740	28363	54893
Para estirarse o agacharse	343930	9484	13308	17023	27887	85070	191157
DEPENDENCIA Y RESISTENCIA	704198	14637	20543	36592	75611	190373	366442
De algun aparato	58001	1604	2750	5376	10680	14366	23225
De una dieta estricta	378225	8405	10925	17417	33144	104838	203495
Problemas del equilibrio	372720	5351	7989	19261	42155	98885	199081
AMBIENTAL	220763	42946	38050	21604	24632	40862	52668
CONDUCTA CON UNO MISMO	223132	35404	49192	40487	29802	30181	38067
Dific. identificar/comprender	192379	32263	45443	36583	24859	23653	29579
Dificultad para evitar riesgo	102718	16637	22116	17510	13630	14737	18089
CONDUCTA CON LOS DEMAS	237845	8761	36128	43067	38548	54105	57236
Drogadiccion o alcoholismo	39781	-	7312	8270	6044	9755	8400
Agresividad	45637	2166	9921	9306	7849	7194	9201
Automarginacion	193535	7519	26689	35089	33540	44381	46317

DOSSIER MINUSVALIDOS

TABLA 02.A.- PERSONAS DE 6 A 64 AÑOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD
SEGUN LA DEFICIENCIA QUE LA HA ORIGINADO Y LA EDAD.

	E D A D						
	TOTAL	De 6 a 14 años	De 15 a 24 años	De 25 a 34 años	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años
TOTAL	2804837	157836	215072	211094	282681	647841	1290313
DEFICIENCIAS							
PSIQUICAS	359047	45264	70791	66128	52423	61066	63376
RETRASO MENTAL	164281	35580	48576	33818	20316	16220	9771
Profundo y severo	42828	7594	12370	10297	6319	3353	2895
Medio	69844	13218	20287	14444	8925	9238	3732
Ligero	51609	14768	15919	9077	5072	3630	3144
ENFERMEDADES MENTALES	127482	3214	12395	21985	23567	28993	37328
OTRAS	68124	6554	9820	10325	8999	16066	16360
SENSORIALES	859164	72873	88216	65355	96963	191160	344597
DE LA AUDICION	388504	19833	31508	28285	43257	90226	175395
Sordera total	44511	4993	7372	4574	5166	7010	15395
Sordera de un oido	188672	6706	14058	14898	22466	45567	84977
Malta audicion	185025	10160	11743	9303	18984	44746	90088
DE LA VISTA	307179	14406	24555	19879	32765	70816	144758
Ceguera total	17355	739	2192	1495	1721	3919	7289
Ceguera de un ojo	161540	5078	12996	11840	18935	39905	72786
Malta vision	156886	8852	10609	7395	14006	34345	81681
DEL LENGUAJE	59741	10178	10130	7121	7407	11104	13800
OTRAS	155735	33111	27107	14475	18633	28211	34199
FISICAS	1790667	42364	63482	89151	157281	468437	969951
APARATO CIRCULATORIO	411987	4337	5890	11865	41253	113317	235323
APARATO RESPIRATORIO	204707	11646	11322	9074	14613	42575	115476
APARATO DIGESTIVO	106173	1717	3230	5426	9924	33476	52400
APARATO GENITO-URINARIO	38754	1145	1306	3419	5359	10719	16806
SISTEMA NERVIOSO	68418	2391	5677	6853	12227	16985	24286
ENDOCRINO-METABOLICAS	181728	6211	7823	7901	15820	49250	94723
APARATO LOCOMOTOR	945341	15265	29426	46714	69340	241292	543304
Defic. en la cabeza y tronco	274176	2697	5062	8952	23897	79242	154327
Deficiencias en extremidades	676932	11501	23955	36876	45286	164480	394834
En las superiores	77353	2992	4654	3977	6448	19533	39749
De las dos	31739	331	941	1876	2681	7952	17959
De una	45753	2661	3713	2101	3767	11582	21929
En las inferiores	631704	8611	20347	34758	40979	152156	374852
De las dos	440159	4274	10984	16586	24031	102454	281829
De una	191694	4337	9363	18172	16949	49702	93172
Carencia de extremidades	20818	1234	713	1101	1656	5235	10880
De las superiores	10160	937	500	625	954	2684	4460
De las dos	411	126	-	-	223	-	63
De una	9749	814	500	625	732	2684	4398
De las inferiores	10658	298	212	476	702	2551	6419
De las dos	1883	-	-	132	-	481	1269
De una	8776	298	212	344	702	2070	5150
Otras	15095	650	340	869	1264	4868	7103
MIXTAS	16921	3657	3862	2231	1602	1009	4561
PARALISIS CEREBRAL	11917	2802	2903	1629	841	557	3184
OTRAS	5004	854	959	601	761	453	1377
NINGUNA EN ESPECIAL	116552	1568	1504	1561	1559	8327	102031
NO CONSTA	843	-	-	320	-	258	265

DOSSIER MINUSVALIDOS

TABLA 19.-PERSONAS DE 6 A 64 AÑOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD SEGUN LA DEFICIENCIA QUE LA HA ORIGINADO Y EL TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA.

	TOTAL	TAMAÑO DEL MUNICIPIO DE RESIDENCIA			
		De hasta 10000 habitantes	De 10001 a 50000 habitantes	De 50001 a 500000 habitantes	De mas de 500000 habitantes
TOTAL	2804637	846140	576127	823800	558771
DEFICIENCIAS					
PSIQUICAS	359047	107693	70093	110295	70966
RETRASO MENTAL	164281	54667	32993	49984	26637
Profundo y severo	42828	14134	9251	12128	7315
Medio	69844	25737	12814	22123	9169
Ligero	51609	14795	10929	15732	10154
ENFERMEDADES MENTALES	127482	36221	28062	37888	25311
OTRAS	68124	17008	9136	22963	19018
SENSORIALES	859164	236384	168445	277588	176748
DE LA AUDICION	388504	109653	74525	121080	83246
Sordera total	44511	13702	8943	14585	7281
Sordera de un oído	188672	52201	36752	56863	42856
Mala audicion	185025	50318	35762	59292	39653
DE LA VISTA	307179	88054	61868	101307	55950
Ceguera total	17355	3821	3140	7301	3092
Ceguera de un ojo	161540	44476	31552	56241	29271
Mala vision	156886	47113	33322	48383	28069
DEL LENGUAJE	59741	18543	11163	15339	14696
OTRAS	155735	37231	31396	54204	32904
FISICAS	1790667	567409	376655	499915	346688
APARATO CIRCULATORIO	411987	120506	78135	112542	100804
APARATO RESPIRATORIO	204707	59674	47806	62269	34957
APARATO DIGESTIVO	106173	34982	26511	27913	16767
APARATO GENITO-URINARIO	38754	11768	6839	14075	6073
SISTEMA NERVIOSO	68418	19030	16276	21475	11638
ENDOCRINO-METABOLICAS	181728	54260	40818	50030	36620
APARATO LOCOMOTOR	945341	317924	199951	258891	168575
Defic. en la cabeza y tronco	274176	97014	55568	71090	50504
Deficiencias en extremidades	676932	221104	147470	187742	120616
En las superiores	77353	24715	16853	20832	14952
De las dos	31739	8940	6778	9978	6042
De una	45753	15775	10214	10854	8911
En las inferiores	631704	205123	138705	174736	113139
De las dos	440159	140702	97565	121805	80087
De una	191694	64571	41140	52931	33052
Carencia de extremidades	20818	6958	3205	7498	3157
De las superiores	10160	3911	1454	3437	1358
De las dos	411	-	348	63	-
De una	9749	3911	1106	3375	1358
De las inferiores	10658	3048	1750	4061	1799
De las dos	1883	419	474	744	246
De una	8776	2629	1276	3317	1554
Otras	15095	4558	2077	4714	3746
MIXTAS	16921	3994	4223	5046	3658
PARALISIS CEREBRAL	11917	2543	2765	3947	2661
OTRAS	5004	1451	1458	1099	997
NINGUNA EN ESPECIAL	116552	39453	18887	25372	32839
NO CONSTA	843	271	261	104	207

DOSSIER MINUSVALIDOS

TABLA 01.A.- PERSONAS DE 65 Y MAS AÑOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD
SEGUN EL TIPO DE LIMITACION QUE PADECEN Y LA EDAD.

	E D A D					
	TOTAL	De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 y mas años
TOTAL	2895407	667417	748396	663038	489801	326755
DISCAPACIDADES						
VER	495210	95818	120665	109559	96887	72282
Ciego total	40398	4839	7736	7486	6659	13678
Ciego de un ojo	195212	42123	55069	44161	33312	20547
Mala vision	314736	59032	72519	71823	66316	45046
OIR	507939	100924	113872	114908	99684	78552
Sordo total	66444	10998	11704	13024	14162	16556
Sordo de un oido	162897	43244	48080	36580	24040	10953
Mala audicion	328251	55984	67792	79177	70319	54979
HABLAR	52277	13157	13022	13129	9480	3489
Mudo	8058	1957	2569	1549	1778	206
Tartamudez grave	5280	844	1199	1327	1557	353
Lenguaje incomprensible	39370	10356	9499	10333	6251	2930
OTRAS DE LA COMUNICACION	46441	9423	9878	9391	8688	9060
Para escribir o para leer	40777	8724	8706	8641	7897	6808
Hacer/entender signos graficos	32637	6882	7295	6066	5348	7046
CUIDADO PERSONAL	292782	34458	46161	56338	70499	85325
ANDAR	608740	80556	119600	135117	145020	128446
Necesita silla de ruedas	69798	7038	12723	11714	17653	20671
Necesita alguna ayuda	542024	73519	107653	124317	128183	108352
SUBIR LAS ESCALERAS	1632206	308774	371805	373961	326980	250686
CORRER	2514063	528872	633162	584753	454996	312281
SALIR DE CASA	591236	59079	93971	118103	156549	163535
ACTIVIDADES VIDA COTIDIANA	486881	97970	110176	97027	98664	83044
Para abrir y cerrar	175835	26699	33286	36291	37560	42000
Para estirarse o agacharse	444241	88509	100946	86540	92339	75907
DEPENDENCIA Y RESISTENCIA	625578	166280	166462	134046	94996	63793
De algun aparato	42111	8596	10535	10388	8385	4206
De una dieta estricta	303582	93855	87240	68904	34729	18853
Problemas del equilibrio	380813	93582	92159	79940	66121	49011
AMBIENTAL	47023	15803	13621	9874	5189	2536
CONDUCTA CON UNO MISMO	157981	22877	31073	31284	34271	38476
Dific. identificar/comprender	120590	18114	21073	25761	27239	28402
Dificultad para evitar riesgo	77406	9908	17094	12556	15588	22259
CONDUCTA CON LOS DEMAS	58256	21180	17723	9798	5666	3888
Drogadiccion o alcoholismo	3258	1508	1387	363	-	-
Agresividad	8110	3529	2329	890	686	677
Automarginacion	53184	19136	15930	9101	5307	3710

DOSSIER MINUSVALIDOS

TABLA 02.A.- PERSONAS DE 65 Y MAS AÑOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD
SEGUN LA DEFICIENCIA QUE LA HA ORIGINADO Y LA EDAD.

	TOTAL	E D A D				
		De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 y mas años
TOTAL	2895407	667417	748396	663038	489801	326755
DEFICIENCIAS						
PSIQUICAS	79731	23907	18495	16377	12749	8202
RETRASO MENTAL	9424	4235	2299	1761	987	142
Profundo y severo	1368	530	460	378	-	-
Medio	5040	2640	795	1042	563	-
Ligero	3017	1065	1045	340	424	142
ENFERMEDADES MENTALES	52073	15259	12626	9248	8558	6382
OTRAS	18837	4810	3570	5368	3411	1678
SENSORIALES	861680	189631	217627	194398	157642	102382
DE LA AUDICION	444648	95626	105604	104720	81746	56952
Sordera total	55777	9461	11584	10249	11572	12911
Sordera de un oido	148174	40647	43201	34666	20408	9252
Mal audicion	280620	52808	62149	71027	56791	37844
DE LA VISTA	452294	90268	114889	99850	87063	60224
Ceguera total	38709	4818	7945	6977	6045	12923
Ceguera de un ojo	187733	40859	53365	42200	32562	18748
Mal vision	271467	52569	66833	62072	56318	33675
DEL LENGUAJE	30729	7798	8343	7422	5681	1485
OTRAS	29744	11747	8481	4455	3836	1224
FISICAS	1645442	463417	446879	369979	237012	128154
APARATO CIRCULATORIO	437571	113835	124282	98817	67506	33131
APARATO RESPIRATORIO	149609	53648	43478	33071	14399	5012
APARATO DIGESTIVO	69665	23338	17096	15529	8771	4931
APARATO GENITO-URINARIO	24937	6016	5039	6374	4594	2914
SISTEMA NERVIOSO	43507	12092	11921	8392	8298	2805
ENDOCRINO-METABOLICAS	139077	46479	42770	32006	12581	5242
APARATO LOCOMOTOR	977301	261988	258620	221920	147071	87703
Defic. en la cabeza y tronco	167975	56884	48692	29633	22527	10239
Deficiencias en extremidades	816471	209703	209651	193180	125992	77946
En las superiores	82562	20358	19245	19689	12436	10834
De las dos	43210	8825	10565	9570	7530	6720
De una	39352	11533	8680	10120	4906	4114
En las inferiores	787940	199481	203646	185573	124041	75199
De las dos	621348	153716	157678	145418	101431	63106
De una	166811	45810	45968	40156	22610	12266
Carencia de extremidades	15610	2709	5159	3976	2161	1604
De las superiores	2223	309	1157	522	130	106
De las dos	711	-	503	138	-	69
De una	1512	309	654	384	130	36
De las inferiores	13387	2401	4001	3454	2032	1498
De las dos	2480	193	496	749	481	562
De una	10906	2208	3506	2705	1551	936
Otras	14834	3880	2184	2804	2247	3718
MIXTAS	9584	1920	3602	1208	1636	1218
PARALISIS CEREBRAL	7240	1223	2622	1175	1001	1218
OTRAS	2344	697	980	32	635	-
NINGUNA EN ESPECIAL	1075757	131454	240065	261025	243104	200108
NO CONSTA	771	280	277	163	51	-

DOSSIER MINUSVALIDOS

TABLA 03.- PERSONAS DE 65 Y MAS AÑOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD
SEGUN LAS MINUSVALIAS A QUE HAN DADO ORIGEN Y LA EDAD.

	TOTAL	E D A D				
		De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 y mas años
TOTAL	2895407	667417	748396	663038	489801	326755
MINUSVALIAS						
De orientacion	299791	32596	54810	64238	70238	77908
De independencia fisica	393406	50175	69201	79973	92024	102032
De movilidad	646036	74940	107086	133103	162986	167919
De ocupacion	754949	164744	175996	160225	136967	117017
De integracion social	296102	45502	55596	64004	62489	68510
De insuficiencia economica	193797	55037	41850	37140	29720	30050
Ninguna	1804543	451595	514573	432161	275870	130344
No consta	12872	2167	4072	2853	2744	1036
MINUSVALIAS						
TOTAL VARONES	1093207	271723	297433	253086	174411	96553
De orientacion	98030	12012	23216	20840	22459	19504
De independencia fisica	138447	23092	32150	29730	29265	24211
De movilidad	179767	25460	35838	36969	42965	38536
De ocupacion	284569	74161	75594	57000	43381	34433
De integracion social	108217	20720	24784	24654	18662	19397
De insuficiencia economica	75456	28178	17622	13966	8667	7023
Ninguna	707430	174278	200588	175066	110578	46920
No consta	4849	550	2412	1005	675	207
MINUSVALIAS						
TOTAL MUJERES	1802200	395694	450962	409952	315390	230202
De orientacion	201761	20584	31595	43398	47779	58405
De independencia fisica	254959	27083	37051	50244	62759	77822
De movilidad	466269	49480	71249	96135	120022	129384
De ocupacion	470379	90582	100402	103225	93586	82584
De integracion social	187885	24782	30812	39350	43828	49113
De insuficiencia economica	118341	26859	24228	23174	21053	23026
Ninguna	1097113	277317	313985	257095	165292	83424
No consta	8023	1617	1660	1849	2068	829

PROTECCION SOCIAL

Carlos Castaño y Fátima Mínguez (*)

LA PROTECCION SOCIAL AL MINUSVALIDO EN ESPAÑA: ORIGEN Y ACTUALIDAD (1960-1988)

La Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social de Naciones Unidas de 1969, contempla como uno de los objetivos primordiales, la provisión de sistemas de servicios y seguros sociales para todos aquellos impedidos que no puedan garantizarse el debido nivel de vida por sus propios medios.

La Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social de Naciones Unidas de 1969, contempla como uno de los objetivos primordiales, la provisión de sistemas de servicios y seguros sociales para todos aquellos impedidos que no puedan garantizarse el debido nivel de vida por sus propios medios. Asimismo se hace mención de la necesidad de instaurar medidas apropiadas para la rehabilitación de las personas mental o físicamente impedidas a fin de permitirles en la mayor medida de lo posible ser miembros útiles de la sociedad, y la creación de condiciones sociales en las que los impedidos no sean objeto de discriminación debida a sus incapacidades.

Los últimos datos con los que contamos sobre las minusvalías en España son los que ofrece la **Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías**, publicada por el Instituto Nacional de Estadística en 1987.

De estos datos se obtiene que cerca de un 15% de la población española sufre alguna limitación

para el desarrollo de alguna actividad. Las tasas de personas con minusvalías crecen ininterrumpidamente a medida que aumenta la edad. Hay que tener en cuenta que las deficiencias que más minusvalías provocan son las del aparato locomotor, el aparato circulatorio y las deficiencias representativas de estados seniles. Estos tres tipos de deficiencias aparecen a menudo simultáneamente en las mismas personas. La deficiencia más frecuente es la que provoca en la persona la incapacidad para emplear su tiempo en la forma normal que corresponde a su sexo, edad y cultura (el 30% de las deficiencias da lugar a este tipo de minusvalía). Otro dato interesante de esta encuesta es que parece ser que las deficiencias se dan en los estratos más bajos de la población en mucho mayor grado que en los estratos más acomodados.

Aunque no podemos hablar de un plan formalizado de prestaciones económicas para minusválidos en nuestro país hasta la formulación reciente de la LISMI, regula-

da por un conjunto de normativas que abarcan desde el año 1984 hasta 1986 (1), si encontramos una serie de precedentes: algunos en la frontera entre un sistema de protección al trabajador y un sistema de protección a la necesidad (en la frontera entre lo contributivo y lo asistencial), otros con un carácter complementario al sistema de la Seguridad Social y otros que sí son prestaciones o ayudas económicas propiamente dichas.

De la diversificación legislativa e institucional de la época en la que podemos situar estos precedentes, es decir, desde los años 60 hasta principios de los 80, donde se ramifican prestaciones y atención a los minusválidos, encontramos el primer eslabón de esta cadena de acciones progresivas dirigidas al colectivo de minusválidos. Se trata del **Servicio Común de Subnormales**, regulado a partir del Decreto 2421/1968, de 20 de septiembre, y del Decreto 1076/1970 de 9 de abril.

Una Orden de 8 de mayo de 1970 refunde ambos Decretos y regula la «concesión de una aportación económica de 1.500 pesetas mensuales para contribuir al sostenimiento de los gastos que la educación, instrucción y recuperación de los subnormales origina a las familias que los tengan a su cargo». Cuando en esta prestación se habla de subnormales, está referido tanto a minusválidas físicas, como psíquicas y sensoriales, ya que se incluyen entre los beneficiarios a ciegos, sordos, sordomudos, pérdida de miembros, parapléjicos, hemipléjicos, tetrapléjicos, oligofrénicos y parálisis cerebrales.

Al estar adscrito el servicio común de subnormales al Instituto

Nacional de Previsión, esta prestación se considera parte de la política de protección a la familia (2).

A partir de 1980 la cuantía de esta prestación asciende a 3.000 pesetas mensuales, y es esta cantidad la que se concede en la actualidad.

La evolución anual del número de beneficiarios de altas y del gasto dedicado a esta prestación queda reflejado en la Tabla I.

Por Real Decreto 348/1986 de 10 de febrero, el término subnormalidad se sustituye por el de minusvalía, por lo que desde entonces la prestación recibe el nombre de «Prestación por Minusvalía de la Seguridad Social».

A pesar de que la prestación por minusvalía se concede a trabajadores beneficiarios del sistema de Seguridad Social, la incluimos por tratarse de una prestación de carácter obligatorio, de derecho, y por ser un antecedente o un inicio de la atención al minusválido en España.

También el Fondo de Asistencia Social (FAS), antiguo FNAS, desde 1962, es decir, dos años después de su creación otorga una prestación económica a la que pueden acceder los minusválidos, por considerarse a éstos como trabajadores incapacitados (3).

Esta prestación se ha incrementado en las fechas y cuantías que se muestran en la Tabla II.

En el año 1972, el SEREM (Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos), que había sido creado en 1970, inicia sus actividades y con ello comienza en España lo que podríamos llamar la historia de la institucionalización del tratamiento de las minusválidas. El SEREM nace como ser-

En el año 1972, el SEREM (Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos), que había sido creado en 1970, inicia sus actividades y con ello comienza en España lo que podríamos llamar la historia de la institucionalización del tratamiento de las minusválidas.

Tabla I

PRESTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR SUBNORMALIDAD *

N.º BENEFICIARIOS (a 31 diciembre)	ALTAS DURANTE EL AÑO	CUANTIA MENSUAL	CUANTIA ANUAL (en miles de ptas.)
71 96.665	—	1.500	144.982
72 115.898	—	1.500	173.847
73 133.294	—	1.500	194.941
74 143.385	—	1.500	215.077
75 152.741	—	1.500	1.374.150
76 159.513	—	1.500	2.525.718
77 165.850	—	1.500	3.156.652
78 170.391	—	1.500	—
79 174.663	—	1.500	—
80 179.200	—	3.000	6.371.934
81 183.420	9.359	3.000	6.525.423
82 188.318	11.749	3.000	6.725.271
83 194.432	12.525	3.000	7.071.756
84 198.335	11.186	3.000	7.081.274
85 198.680	10.628	3.000	7.155.522
86 201.948	11.293	3.000	7.223.196

Fuente: Memorias INP 1971-1979

Memorias INSERSO 1980-1986

* Por minusvalía desde 1986.

Tabla II

DESDE	HASTA	IMPORTE
1962	31-12-1972	320 ptas. mensuales
1-1-1973	31-12-1973	1.000 ptas. mensuales
1-1-1974	31-12-1977	1.500 ptas. mensuales
1-1-1978	31-12-1978	3.000 ptas. mensuales
1-1-1979	31-12-1980	4.000 ptas. mensuales
1-1-1981	31-12-1981	5.000 ptas. mensuales
1-1-1982	30- 4-1984	5.500 ptas. mensuales
1-5-1983	31-12-1983	8.000 ptas. mensuales
1-1-1984	31-12-1984	10.000 ptas. mensuales
1-1-1985	31- 7-1985	11.000 ptas. mensuales
1-8-1985	31-12-1985	12.000 ptas. mensuales
1-1-1986	31-12-1986	14.000 ptas. mensuales
1-1-1987	31-12-1987	15.120 ptas. mensuales
1-1-1988		17.200 ptas. mensuales

vicio común de la Seguridad Social para beneficiarios de ésta, aunque desde la misma norma de creación se deja la puerta abierta a minusválidos no beneficiarios de la Seguridad Social.

A partir del año 1973 el SEREM cuenta con Planes anuales de Asistencia y Prevención a la subnormalidad, a través de los cuales se cubrieron buena parte de las necesidades de los minusválidos. En estos planes se incluían ayudas individuales, ayuda de formación, de empleo, de asistencia, etc. En 1979 se crea el INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales), que sigue aplicando estos planes de ayuda a disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales. Los planes abarcan una gran variedad de prestaciones de asistencia técnica (no económicas): enseñanza, rehabilitación, transporte, etc.

En 1975 con la firma de los Planes de Ayudas para la Asistencia a Minusválidos Físicos (PAAMF) y de Ayudas para la Asistencia a Minusválidos Psíquicos (PAMPS) se intenta erradicar todo el repertorio de ayudas que pudiesen confundirse con la mera beneficencia. Este va a resultar un paso fundamental para la filosofía futura de las prestaciones del SEREM.

Cuando se crea el INSERSO (4), al menos se ha superado el mero concepto asistencial puntual que tiene la ayuda de carácter graciable gracias a los distintos planes de ayudas a minusválidos físicos y psíquicos.

El plan de ayuda a disminuidos, que tiene su origen en los primeros planes del SEREM, continúa vigente en la actualidad y se convoca anualmente por Orden Ministerial. En 1981 y por R.D. 620/81 las ayudas públicas des-

tinadas a minusválidos se unifican.

Por lo que se refiere a los tipos de minusválías a las que van destinados, la Resolución 26-2-1980 diversifica por primera vez la prestación para el caso de minusvalía física, psíquica y sensorial. Estas prestaciones pueden ser de carácter individual y también pueden ser canalizadas mediante un régimen de colaboración con diversas entidades públicas y privadas sin fin de lucro. A partir de 1984, el plan, vuelve a unificar las prestaciones para minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales. Esta prestación tiene la consideración de complementaria al sistema de Seguridad Social, y por tanto no se puede considerar como prestación no contributiva en sentido puro. Así como la prestación por subnormalidad es de derecho, los planes de ayuda a disminuidos tienen carácter discrecional y son fundados en derecho subjetivo. Abarcan una gran variedad de prestaciones de asistencia técnica (no económicas): enseñanza, rehabilitación, transporte, movilidad, etc.

Prevención de las deficiencias

La ley 13/1982 de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) aborda por vez primera en nuestro país de modo completo y sistemático la problemática de la prevención de las minusválías. De esta ley se deduce la realización por el gobierno de planes cuatrienales nacionales de prevención, y la previsión de elaborar un proyecto de ley sobre prevención de minusválías. Dicha prevención se incluye ya en parte en la Ley Ge-

Cuando se crea el INSERSO al menos se ha superado el mero concepto asistencial puntual que tiene la ayuda de carácter graciable gracias a los distintos planes de ayudas a minusválidos físicos y psíquicos.

neral de Sanidad de 1986 donde se dice que las administraciones públicas, a través de sus servicios de salud deberán desarrollar «programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias tanto congénitas como adquiridas».

En cuanto a los planes cuatrienales de prevención de las minusvalías, el Plan Nacional de Prevención de las Minusvalías de la LISMI ha quedado incorporado a los planes de salud de la Ley General de Sanidad.

La LISMI prevé también la creación de equipos multiprofesionales para la valoración diagnóstica de las minusvalías, si bien estas previsiones no están suficientemente desarrolladas.

Sistema Educativo

Por lo que se refiere a la educación especial, la Ley General de Educación de 1970 contempló aspectos innovadores como la **integración**, al establecer unidades de educación especial en centros docentes de régimen ordinario para los deficientes leves. Con la creación en 1975 del Instituto Nacional de Educación Especial se impulsó la elaboración de un Plan Nacional de Educación Especial. La LISMI formula el principio básico de la integración de los minusválidos en el sistema escolar normalizado, garantiza el derecho a la obligatoriedad y gratuidad de la Educación Especial. Este aspecto está siendo desarrollado, pero aún falta profundizar en la aplicación práctica de las normas.

Rehabilitación

Aunque la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 calificó los servicios rehabilitadores como uno de los ejes fundamentales, hasta la LISMI no se produce un enfoque global del tema. La rehabilitación comprende: atención médico-funcional, tratamiento y orientación psicológica, educación general y especial y recuperación profesional. La LISMI se decanta a favor del empleo ordinario frente al empleo especial. Por ello se establecen diversas medidas como la reserva de puestos de trabajo (2% en empresas de más de 50 trabajadores), fomento de la contratación de trabajadores minusválidos mediante subvenciones y ayudas, etc.

En caso de problemas para la integración laboral, se prevé la existencia de un sector de trabajo protegido para minusválidos a través de los Centros Especiales de Empleo.

La LISMI contempla además actuaciones para eliminar obstáculos arquitectónicos, garantizar la accesibilidad de los minusválidos, reserva de viviendas adaptadas y accesibles para minusválidos, adaptaciones para los transportes públicos, medidas específicas para estacionamiento de vehículos de minusválidos, etc. La mayor parte de estas actuaciones ha de ser desarrollada por las Comunidades Autónomas.

Podemos decir, según nuestros datos, que el mayor porcentaje de deficiencias se ha rehabilitado o se rehabilita de forma totalmente gratuita, si bien las deficiencias físicas son rehabilitadas gratuitamente en mayor medida que las psíquicas.

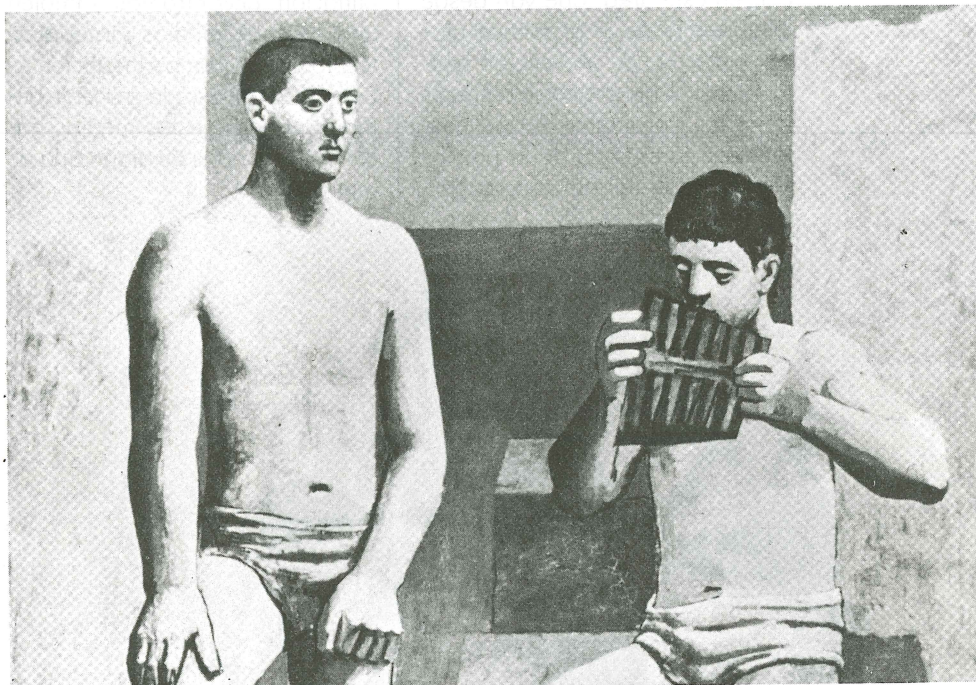
La LISMI prevé también la creación de equipos multiprofesionales para la valoración diagnóstica de las minusvalías, si bien estas previsiones no están suficientemente desarrolladas.

Prestaciones sociales y económicas

El número de beneficiarios y la cuantía de las prestaciones LISMI de 1985 a septiembre de 1987 ha sido el siguiente:

A nivel de coordinación insti-

tucional se ha llevado a cabo un avance considerable desde la dispersión original de servicios y organismos para la atención a los minusválidos hasta la unificación a través del Real Patronato de Educación Especial, que tiene encomendada la acción coordinadora en este área, y que ha iniciado



Pablo Picasso. "Flautas de pan" (1923).

Tabla III

	1985		1986		1987 (2)	
	N.º BENEFICIARIOS	CUANTIA (miles ptas.)	N.º BENEFICIARIOS	CUANTIA (miles ptas.)	N.º BENEFICIARIOS	CUANTIA (miles ptas.)
S.G.I.M.	5.167	112.318	15.622	198.802	32.667	446.710
S.A.T.P.	2.458	29.140	6.921	48.410	14.378	108.643
S.M.G.T.	2.123	6.369	7.245	25.351	10.959	41.422
A.S.	1.152	—	5.846	—	10.990	—
TOTAL	7.026 (1)	147.827	23.594 (1)	272.563	46.897 (1)	596.784

Fuente: INSERSO

- (1) Al no ser incompatibles entre sí estas prestaciones el número total de beneficiarios no coincide con la suma de los beneficiarios de las cuatro prestaciones.
 (2) Sólo se reflejan datos hasta agosto de 1987 (inclusive).

una vía de colaboración con las Comunidades Autónomas mediante la suscripción de convenios para la cooperación y el intercambio recíproco en materia de prevención de las deficiencias y de atención a los minusválidos.

A pesar de ello, aún persisten en nuestro país grandes deficiencias en este área, que van desde la ausencia de una política global y efectiva de prevención hasta un nivel de prestaciones económicas claramente insuficiente tanto en la cuantía de la prestación como en el índice de cober-

tura de la misma, pasando por una política de integración educativa del minusválido aún embrionaria, que al contar con infraestructuras deficientes puede generar efectos no queridos que sólo podrán ser evaluados a largo plazo.

Con respecto al área de rehabilitación encontramos también una serie de medios materiales, técnicos y humanos insuficientes para hacer frente a la creciente demanda que de estos medios hacen los afectados de algún tipo de minusvalía.



Gaudí (Chimeneas).

Por otra parte, sería necesario disponer de información individualizada sobre la población minusválida en nuestro país, que nos permita conocer con exactitud las necesidades y demandas de este colectivo.

Esperamos que esta carencia sea solventada con el futuro Censo de Minusválidos, actualmente en realización por el INSERSO y la D.G.A.S.

Para ajustar las prestaciones a la demanda no sólo es necesario contar con la información que nos facilitará este censo, sino que habrá que garantizar el acceso a la información sobre prestaciones y servicios a la población afectada.

Otros problemas que quedan al margen de la protección social, pero que inciden en el bienestar social de los minusválidos tienen que ser tomados en cuenta a la hora de planificar una política de normalización de la vida social del minusválido:

- Imagen social del minusválido: prejuicios, estereotipos, etc.
- Barreras arquitectónicas.
- Necesidad de profundizar en la figura, competencias y cualificaciones de educadores de ciertos tipos de minusválidos psíquicos difícilmente integrables a través del sistema educativo normalizado.

BIBLIOGRAFIA

INP. *Memorias de actividades.* 1971-1979.

INSERSO. *Memorias de actividades.* 1980-1986.

INSERSO. *10 años de servicio social de minusválidos.* 1972-1982. Madrid. INSERSO, 1983.

INSERSO. *Prestaciones de la Ley de Integración Social de Minusválidos. Previsión matemática.* 1986 y 1987. Madrid. INSERSO, 1986.

INSERSO. *Informe de situación del INSERSO a 30 de junio de 1987.* Madrid. INSERSO, 1987.

PEREDA, Alberto de. *Los servicios comunes de la Seguridad Social.* Madrid. Ministerio de Trabajo. INP, 1972.

REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALIAS. *Informe sobre el grado de aplicación y desarrollo de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, en sus cinco primeros años de vigencia.* Madrid.

Notas:

(*) Sociólogos.

(1) R.D. 383/84 de 1 de febrero; O.M. de 13 de marzo de 1984; R.D. 2620/86 de 24 de diciembre; Resolución de 6 de agosto de 1986.

(2) De hecho, se considera que es una prestación para trabajadores afiliados al sistema de la Seguridad Social, pensionistas y otros que tengan a su cargo hijos, descendientes o hermanos afectados de distintas minusvalías.

(3) Esta prestación es incompatible con la recepción de una pensión LISMI.

(4) La reforma de la gestión institucional de la Seguridad Social por R.D. Ley 36/1978, de 6 de noviembre, junto con R.D. 1856/1979 de 30 de julio, crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).

Esperamos que esta carencia sea solventada con el futuro Censo de Minusválidos, actualmente en realización por el INSERSO y la D.G.A.S.

concreta en la Ley en el desarrollo de la prevención, dispensa de cuidados médicos y psicológicos, educación, rehabilitación, orientación, integración laboral, garantía de unos derechos económicos, otorgamiento de la seguridad social y el establecimiento de programas de mentalización social.

Por otro lado, marca esta Ley que la consecución de esos objetivos deberá llevarse a cabo por parte de todas las Administraciones públicas: estatal, autonómica y local, de los sindicatos, entidades, y especialmente con el concurso de las Asociaciones promovidas por los mismos minusválidos.

Es importante señalar que beneficiarios de esta Ley van a ser tanto los minusválidos de hecho, como aquellas personas que tengan lesiones o disminuciones funcionales que puedan derivar en su día en minusvalías estables.

Vamos, a continuación, a analizar cómo está diseñado en el texto legal la consecución de cada uno de los objetivos que en ella se dictaminan.

Prevención de la Minusvalía

La prevención se entiende dentro de un marco general de salud y de la dispensa de servicios sociales a todos los ciudadanos. Por tanto en el espíritu de la Ley está, por encima de una prevención específica, una prevención genérica que atienda la salud en toda su realidad.

De un modo específico, no obstante, se señalan dos actuaciones: la redacción de una Ley de prevención de las minusvalías, por un lado, y la ejecución de Planes cua-

trienales que se presentarán a las Cortes Generales y de cuyo desarrollo se informará anualmente a las mismas.

Diagnóstico y valoración

Uno de los problemas más largamente señalados por los minusválidos y sus familiares ha sido la disparidad diagnóstica y la diversidad de graduación de valoraciones que los diferentes especialistas realizan de una misma deficiencia. Por ello, se marca en la presente Ley la unificación de criterios en la creación de los equipos multiprofesionales que, a la par que unifican los criterios diagnósticos y valorativos, inciden en una visión global de la personalidad del minusválido.

Por otro lado, cabe señalar cómo el mandato legal establece la orientación terapéutica, determinando las necesidades, aptitudes y posibilidades de recuperación, así como el seguimiento y revisión correspondientes.

Sistema de prestaciones sociales y económicas

Como señala el texto legal y en tanto no entren en vigor las previsiones en materia de prestaciones reguladas en el Art. 41 de la Constitución, se establece un sistema especial de prestaciones que comprende las siguientes:

ASISTENCIA SANITARIA Y FARMACEUTICA: Que pretende la cobertura sanitaria de todas aquellas personas con minusvalía que no tengan derecho a ella por cualquier otro sistema o régimen. En esta asistencia y en virtud del desarrollo normativo pos-

Es importante señalar que beneficiarios de esta Ley van a ser tanto los minusválidos de hecho, como aquellas personas que tengan lesiones o disminuciones funcionales que puedan derivar en su día en minusvalías estables.

terior se establece una atención farmacéutica totalmente gratuita.

SUBSIDIO DE GARANTIA DE INGRESOS MINIMOS:

Que tiene como finalidad permitir al minusválido la percepción de unas cantidades mínimas con las que hacer frente a sus necesidades básicas, si por causa de su minusvalía, carece o tiene muy mermodas sus posibilidades laborales.

SUBSIDIO DE ASISTENCIA DE TERCERA PERSONA:

Se establece este Subsidio independientemente de la capacidad laboral del minusválido y para aquellas personas que requieren de la ayuda de otra para subvenir sus necesidades de la vida diaria, como vestirse, desplazarse, comer u otros.

SUBSIDIO DE MOVILIDAD Y COMPENSACION PARA GASTOS DE TRANSPORTE:

La finalidad que tiene este subsidio es ayudar a aquellos minusválidos que presentan graves dificultades de movilidad en el costo adicional que les supone utilizar medios de transporte especiales.

Estos cuatro subsidios son los que actualmente están en vigor y que son gestionados por el **IN-SERVO** en todo el territorio del Estado español. Sus cuantías son determinadas anualmente y los requisitos han sido fijados normativamente.

La cobertura actual es muy amplia para aquellos minusválidos gravemente afectados y que no tengan recursos personales, y ha venido a paliar una situación de indigencia en algunos casos y de falta de capacidad personal económica en otros.

Del mismo modo se establecen otros dos subsidios que hasta el presente no han entrado en vigor

y que se refieren a la recuperación profesional y la rehabilitación médico-funcional.

Se entiende por rehabilitación el proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo nivel de desarrollo personal y su integración social, fundamentalmente a través de la obtención de un empleo adecuado, reza la Ley. La rehabilitación así concebida incluye la denominada rehabilitación médico-funcional, el tratamiento y orientación psicológica, la educación general y especial y la recuperación profesional.

La educación

Uno de los hechos más patentes de marginación de los minusválidos era, como se ha señalado anteriormente, su segregación del sistema escolar normalizado. La **Ley de Integración Social de los Minusválidos** propugna una real y auténtica integración del niño con discapacidad en todo el proceso educativo a través de los mismos recursos educativos con los que cuenta el niño no discapacitado. Así se establece que el minusválido se integrará en el sistema ordinario de educación general, recibiendo, en su caso, los programas de apoyo y recursos que la presente Ley reconoce.

En ella se establece que la educación especial se llevará a cabo a ser posible, en centros ordinarios y sólo se efectuará en centros específicos cuando la profundidad de la minusvalía lo haga necesario.

Todo lo referente a la educación del minusválido ha sido regulado normativamente con posterioridad a la entrada en vigor de la ley, fijándose un plazo de ocho años

Se entiende por rehabilitación el proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo nivel de desarrollo personal y su integración social, fundamentalmente a través de la obtención de un empleo adecuado, reza la Ley.

para llegar a conseguir la total integración en Centros ordinarios de aquellos niños que puedan hacerlo.

Se contempla también en la Ley y en su desarrollo posterior la importancia del personal especializado, su interdisciplinariedad y su coordinación, teniendo como meta la total integración del niño desde la consideración de sus aptitudes personales y sociales.

La recuperación profesional

También se regula la recuperación profesional como instrumento de reinserción en el tejido social de aquellas personas que han adquirido algún tipo de incapacidad por nacimiento o por el devenir de su vida, siempre que presenten capacidades residuales suficientes como para acceder al mundo laboral en alguna de sus modalidades. Analizaremos este aspecto más adelante.

La integración laboral

Respecto al derecho de los minusválidos al trabajo, la Ley señala fehacientemente la obligatoriedad de todas las empresas y administraciones públicas de reservar el 2% total de los puestos de la plantilla cuando exceda de 50 trabajadores. Se prevén asimismo, subvenciones para el fomento de este tipo de empleo, exenciones de cuotas de Seguridad Social, etc. También se señala la reserva de puestos en los procesos de selección que realicen las propias administraciones públicas.

Por otro lado hay que manifestar que como medio de incorporación del minusválido al mundo

laboral se crean los Centros Especiales de Empleo cuyo objetivo principal es participar regularmente en el proceso productivo y asegurar un empleo remunerado y servicios de ajuste personal a los trabajadores en minusvalía.

Los Servicios Sociales

En la Ley se regula además, la prestación de unos Servicios Sociales que garanticen al minusválido el logro de adecuados niveles de desarrollo personal y de integración en la comunidad, así como la superación de las discriminaciones adicionales padecidas por los minusválidos que residan en zonas rurales.

Estos servicios sociales se concretan en la orientación familiar, la información, atención domiciliaria, servicio de residencias y hogares comunitarios, actividades culturales, deportivas, ocupación del tiempo libre y del ocio.

Movilidad y barreras arquitectónicas

Finalmente y dentro de las medidas de integración social del minusválido en la sociedad, esta Ley prevé la supresión de las barreras arquitectónicas de un modo progresivo y con un compromiso de todos los sectores implicados tanto de iniciativa privada como de iniciativa pública. Así se señala que todas las nuevas actuaciones en materia urbanística, nuevos edificios y nuevas viviendas acogidas deberán contar en sus proyectos con medidas de supresión de barreras arquitectónicas. Por otro lado se tenderá a la adaptación progresiva de los medios de

En la Ley se regula además, la prestación de unos Servicios Sociales que garanticen al minusválido el logro de adecuados niveles de desarrollo personal y de integración en la comunidad, así como la superación de las discriminaciones adicionales padecidas por los minusválidos que residan en zonas rurales.

transporte público y se adoptarán medidas adecuadas para facilitar el estacionamiento de vehículos de los minusválidos.

REFLEXIONES SOBRE LA L.I.S.M.I.

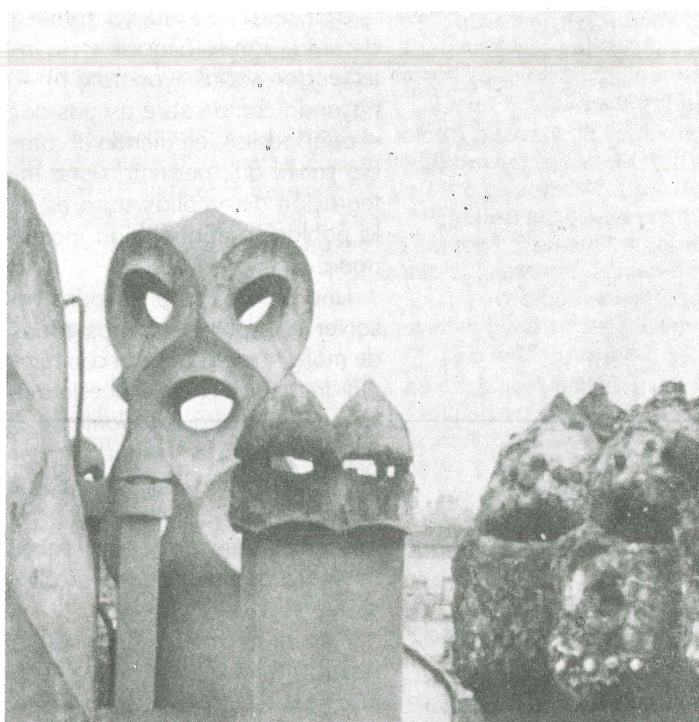
Una vez expresados telegráficamente los antecedentes y contenidos de la Ley 13/82, conviene reflexionar brevemente sobre su propia intencionalidad.

En principio, tendremos que estar de acuerdo en que se recoge en su articulado la mayor parte de las reivindicaciones manifestadas por el sector en la década de los 70.

Un primer e importante factor a tener en cuenta es pues, que la L.I.S.M.I. fue concebida fundamentalmente para satisfacer la demanda existente. Y esto es, a mi entender, una de las características que van a condicionarla, privándola de un contenido más amplio y profundo.

Creo que una Ley que pretendía ser básica para el desarrollo de los Servicios Sociales de los minusválidos, nunca debió concebirse como respuesta puntual a exigencias también puntuales, porque la respuesta a las demandas nos conduce únicamente a reparar desigualdades individuales; debería pues haberse concebido como una Ley analizadora de las necesidades sociales del sector, que ineludiblemente obliga a intervenir en las condiciones sociales que generan y mantienen dichas desigualdades individuales.

Las razones que obligaron a los legisladores a elegir esta vía fácil de «demanda-respuesta» fueron fundamentalmente por ser con-



Gaudí (Chimenea).

gruentes con la característica básica de su elaboración: ser una Ley consensuada.

El consenso, esa unión de voluntades, impidió que la Ley fuera amplia, política, ideológica y que fuera contra la propia raíz de la desigualdad, y por todo esto surgió una Ley eminentemente economicista que no iba contra nada ni contra nadie, que a nadie molestó y que nada estructural cambió.

Porque si reflexionamos sobre las situaciones de marginación como situaciones límite de la estructura social, se nos presentan dos vías de acceso para incorporar al sujeto marginado a la estructura comunitaria:

a) Variar esa estructura comunitaria para que las zonas marginales sean mínimas.

b) Intervenir en el sujeto marginado para incorporarlo a la estructura comunitaria.

La Ley 13/82, la ya famosa L.I.S.M.I., tan sólo incide en la intervención social —aparato b)—, pasando como sobre ascuas por el apartado a), eludiendo el cambio social que permitiría una integración de amplios sectores de la población minusválida marginada.

Una praxis completa para resolver el problema de las zonas de marginación, deberá contemplar la ambivalencia expuesta que se complementa mutuamente y que permite, por un lado hacer una sociedad más solidaria, y por el otro, hacer la incorporación a la sociedad más fácil para aquellas personas que tienen problemas.

Pero el hecho de que pudiera haber sido otra Ley y de que jurídicamente sea una Ley con evidentes lagunas y desaciertos, en absoluto la deslegitima, ni desvirtúa los logros objetivos que ha conseguido.

A través de esta Ley, más de 110.000 minusválidos han logrado acceder a algún tipo de prestación económica estable.

Han accedido a la Asistencia Sanitaria y Farmacéutica del Sistema de la Seguridad Social más de 30.000 minusválidos y no hay que olvidar que ésta era una de las principales reivindicaciones del sector.

El desarrollo normativo necesario la puesta en marcha de la Ley no ha caído en la tentación de cerrar restrictivamente las posibilidades de la misma; más bien debemos afirmar que las promulgaciones posteriores han servido fundamentalmente para aumentar el número de beneficiarios, para ampliar la cuantía de los subsidios y para aplicar conceptos de rentas personales.

Es necesario precisar que en este año 89 se pone en marcha la recuperación profesional contenida en la Sección IV de la Ley, siendo a mi juicio una de las medidas fundamentales para la consecución de la integración social.

El esfuerzo presupuestario y organizativo que imponen todas estas medidas es muy importante y su valoración necesariamente tiene que ser positiva. Los recursos que las Administraciones públicas aplican a la integración social de minusválidos eran impensables hace sólo 5 años. Hay que reconocer que el motivo fundamental de ello se debe a la existencia de una voluntad política tendente a superar las desigualdades con una más justa redistribución de la riqueza, pero también y de alguna forma, la L.I.S.M.I. ha influido para que ello sea así.

Es de suponer que la Ley 13/82 se integre en la futura **Ley de Pensiones no contributivas**, completando así los 3 estadios de Seguridad Social:

— **NO CONTRIBUTIVA:** L.I.S.M.I., Complementos de Mínimos, F.A.S., S.O.V.I., etc.).

— **CONTRIBUTIVA:** Accediendo a través del trabajo (sistema actual).

— **COMPLEMENTARIA:** Fondos de Pensiones.

Habrá dejado así la Ley de tener vigencia, la voluntad de destrucción contenida en su propio articulado así lo establecía; habrá contribuido durante su existencia a elevar el nivel de vida de muchos minusválidos; habrá constituido el puente de enlace necesario con la Ley de Prestaciones No Contributivas, y aun sin cambiar estructuras sociales, habrá sido una buena arma laboral para los trabajadores sociales.

La Ley 13/82, la ya famosa L.I.S.M.I., tan sólo incide en la intervención social, eludiendo el cambio social que permitiría una integración de amplios sectores de la población minusválida marginada.

Tipos de centros	¿Qué son?	¿Quiénes pueden ser los usuarios?	¿Qué servicios se pueden recibir?	¿Con qué medios cuentan?	¿Dónde se solicita su ingreso?
Centros Base	Son centros de día, dependientes de la Seguridad Social en los que se prestan servicios de información, valoración, diagnóstico, orientación y tratamientos de rehabilitación, a las personas afectadas por cualquier minusvalía.	Cualquier persona, sin límite de edad, esté o no afiliada al sistema de Seguridad Social, que tenga una minusvalía tanto física como psíquica o sensorial.	<ul style="list-style-type: none"> — Información general y asesoramiento. — Diagnóstico y valoración. — Orientación. — Tratamientos de: logopedia, psicomotricidad y fisioterapia. — Atención precoz. — Recuperación profesional. — Obtención del certificado de minusvalía. 	<ul style="list-style-type: none"> Equipos multiprofesionales compuestos por: <ul style="list-style-type: none"> — Médico rehabilitador. — Psicólogos. — Pedagogos. — Asistentes sociales. — Monitores ocupacionales. — Logopedas. — Psicomotricistas. — Fisioterapeutas. 	<ul style="list-style-type: none"> — En la Dirección Provincial del INSERSO correspondiente al domicilio habitual del interesado. — En cualquiera de los centros del INSERSO. — En los Servicios Centrales del INSERSO. — En los organismos designados por las Comunidades Autónomas que han adquirido competencias del INSERSO, cuando se trate de solicitantes con domicilio en dichas comunidades.
Centros de Atención a Minusválidos Psíquicos (C.A.M.P.)	Son instituciones que ofrecen servicios para la asistencia básica y el desarrollo integral de las personas con deficiencia mental grave y que funcionan en régimen de internado o media pensión.	Aquellos personas afectadas por una minusvalía profunda o severa, o media con deficiencias físicas o sensoriales asociadas con carácter grave.	<ul style="list-style-type: none"> — Atención integral y personalizada. — Servicio de habilitación personal y social. — Servicio de atención psicosocial. — Servicio de atención médica. — Pretalleres. — Servicio residencial. 	<ul style="list-style-type: none"> Medios humanos: Dirección, administración, equipos multiprofesionales, y personal de apoyo. Medios materiales: Salas de estar para la convivencia, salón polivalente para actividades, peluquería, cafetería, sala fisioterapia, pretalleres, zona ajardinada. Medios económicos para el desarrollo de los programas de actividades, alojamiento, manutención. 	<ul style="list-style-type: none"> — En la Dirección Provincial del INSERSO correspondiente al domicilio habitual del interesado. — En cualquiera de los centros del INSERSO. — En los Servicios Centrales del INSERSO. — En los organismos designados por las Comunidades Autónomas que han adquirido competencias del INSERSO, cuando se trate de solicitantes con domicilio en dichas comunidades.

Tipos de centros	¿Qué son?	¿Quiénes pueden ser los usuarios?	¿Qué servicios se pueden recibir?	¿Con qué medios cuentan?	¿Dónde se solicita su ingreso?
Centros de Atención a Minusválidos Físicos (C.A.M.F.)	Son instituciones que ofrecen atención integral a las personas con minusvalía física grave, que careciendo de posibilidades de recuperación profesional e integración laboral, encuentran graves dificultades para ser atendidos en su entorno familiar y social. Funcionan en régimen de internado o ambulatorio.	Aquellas personas afectadas por una disminución física a consecuencia de la cual precise de atención de otra persona para las actividades esenciales de la vida diaria, no debiendo padecer trastornos mentales graves que puedan alterar la normal convivencia del centro.	<ul style="list-style-type: none"> Atención integral y personalizada. Servicio de atención médica. Servicio de atención psicológica. Servicio de asistencia social. Talleres ocupacionales. Actividades de ocio y tiempo libre. Servicio residencial. 	<ul style="list-style-type: none"> Medios humanos: Dirección, administración, equipo multifuncional y personal de apoyo. Medios materiales: Salas de estar, sala de fisioterapia, cocina, zona ajardinada, piscina y salón. Medios económicos para el desarrollo de los programas de alojamiento, manutención y de todas las actividades que conlleva el funcionamiento del centro. 	<ul style="list-style-type: none"> En la Dirección Provincial del INSERSO correspondiente al domicilio habitual del interesado. En cualquiera de los centros del INSERSO. En los Servicios Centrales del INSERSO. En los organismos designados por las Comunidades Autónomas que han adquirido competencias del INSERSO, cuando se trate de solicitarles con domicilio en dichas comunidades.
Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos (C.R.M.F.)	Son establecimientos que disponen de un conjunto de instalaciones idóneas para el desarrollo de cuantas actividades sean necesarias para conseguir la recuperación de los minusválidos físicos y sensoriales, en régimen de internado, externado o ambulatorio.	Aquellas personas que tengan reconocida la condición de minusválido/a y que habiendo cumplido los dieciséis años (excepcionalmente antes), necesiten de los servicios de recuperación y rehabilitación, los cuales serán dictaminados por los equipos de orientación y valoración del INSERSO.	<ul style="list-style-type: none"> Rehabilitación médico-funcional. Rehabilitación psicosocial. Recuperación profesional. Nivelación cultural. Servicio de Dirección y Administración. Servicio de residencias. 	<ul style="list-style-type: none"> Instalaciones idóneas: Residencia, comedor, sala de fisioterapia, y logoterapia, talleres profesionales, biblioteca, piscina, aulas... Profesionales adecuados en todos los servicios: profesorado especializado, psicólogo, asistente social, médico rehabilitador, fisioterapeuta, logopeda, ATS... 	<ul style="list-style-type: none"> En la Dirección Provincial del INSERSO correspondiente al domicilio habitual del interesado. En cualquiera de los centros del INSERSO. En los Servicios Centrales del INSERSO. En los organismos designados por las Comunidades Autónomas que han asumido competencias del INSERSO, cuando se trate de solicitarles con domicilio en dichas comunidades.

Tipos de centros	¿Qué son?	¿Quiénes pueden ser los usuarios?	¿Qué servicios se pueden recibir?	¿Con qué medios cuentan?	¿Dónde se solicita su ingreso?
Residencias asistidas	Son centros que ofrecen atención integral a personas incapacitadas mayores de 60 años que no pueden valerse por sí mismos, y que por su problemática familiar, social y/o económica no pueden ser atendidas en sus propios domicilios.	Aquellos pensionistas de la Seguridad Social, mayores de 60 años, que no pueden valerse por sí mismos. También podrá ingresar el cónyuge del pensionista o familiar hasta el 2.º grado de consanguinidad. En ningún caso, podrá padecer enfermedad contagiosa, ni enfermedad crónica en estado terminal.	<ul style="list-style-type: none"> — Dirección. — Administración. — Recepción. — Asistencia social. — Asistencia médica. — Asistencia psicológica. — Alojamiento y manutención. 	<ul style="list-style-type: none"> — Medios humanos: Dirección, administración, equipo multifuncional y personal de apoyo. — Medios materiales: salas de estar, peluquería, sala de fisioterapia, zona ajardinada y de recreo. — Medios económicos: Existen consignaciones económicas con cargo a los presupuestos del INSERSO para el desarrollo de los distintos programas 	<ul style="list-style-type: none"> — En la Dirección Provincial del INSERSO correspondiente al domicilio habitual del interesado. — En cualquiera de los centros del INSERSO. — En los Servicios Centrales del INSERSO. — En los organismos designados por las Comunidades Autónomas que han asumido competencias del INSERSO, cuando se trate de solicitarles con domicilio en dichas comunidades.
Centros Ocupacionales (C.O.)	Son establecimientos que tienen como finalidad la rehabilitación profesional de personas con una acusada minusvalía que les impide integrarse profesional o definitivamente en un Centro Especial de Empleo o en una empresa ordinaria, mediante la realización de trabajos en un régimen lo más parecido posible al normal, pero sin fines lucrativos y mediante la aplicación de los tratamientos especializados que su minusvalía demande.	Aquellos personas con minusvalía psíquica ligera o media que se encuentren en edad laboral. En régimen de internado o externado.	Servicio de: <ul style="list-style-type: none"> — Dirección. — Administración. — Terapia ocupacional. — Ajuste personal y social. — Servicio de residencia. — Talleres ocupacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> — Medios humanos: Dirección, administración, psicólogo, asistente social, maestros de taller, monitores, personal de apoyo. — Medios materiales: Talleres, salas de recreo, zonas ajardinadas, salas psicoterapia y logopedia... — Medios económicos para llevar a cabo los distintos programas. 	<ul style="list-style-type: none"> — En la Dirección Provincial del INSERSO correspondiente al domicilio habitual del interesado. — En cualquiera de los centros del INSERSO. — En los Servicios Centrales del INSERSO. — En los organismos designados por las Comunidades Autónomas que han asumido competencias del INSERSO, cuando se trate de solicitarles con domicilio en dichas comunidades.

PRESTACIONES

M.^a José Larraínzar (*)

PRESTACIONES ECONOMICAS PARA PERSONAS CON MINUSVALIA EN EL ESTADO ESPAÑOL

Las Prestaciones Económicas del Sector Público para aquellas personas que padecen una minusvalía física, psíquica o sensorial, tienen en nuestro país un marco normativo definido, principalmente, por la Ley de Integración Social del Minusválido, por un lado y por el Régimen Unificado de Ayudas públicas a Disminuidos, por otro.

Fue en el año 1984 cuando se reguló el sistema de prestaciones sociales y económicas previsto en la L.I.S.M.I. Posteriormente, en el año 1986, se produce un cambio sustancial en las condiciones económicas a reunir por los solicitantes para tener derecho a la percepción del Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos y por Ayuda a Tercera Persona. Este cambio consiste, en que los ingresos mínimos a tener en cuenta ya no serán los correspondientes a toda la unidad familiar, sino los personales, es decir, los que reflejen la situación económica del propio minusválido, que no deberán ser superiores al 70% del Salario Mínimo Interprofesional vigente.

En cuanto al Régimen Unificado de Ayudas Públicas a Disminuidos, supone una unificación en la convocatoria a efectos de clarificar la distribución de competencias de los distintos Organismos públicos del Estado y de la Seguridad Social, que inciden en el sector de las minusvalías con distintos tipos de ayudas, becas o subvenciones. Se pretende de esta forma, evitar duplicidades y lagunas, en un intento de clasificación de las diferentes modalidades de prestaciones y

de las competencias de cada uno de los Organismos públicos interesados. Las ayudas reguladas mediante este régimen tienen un carácter graciable y su cuantía está sujeta al número de solicitudes efectuadas y a la dotación presupuestaria disponible en cada ejercicio económico. Es preciso aclarar que la cuantía que se especifica a continuación para cada una de las modalidades, es la cuantía máxima que se puede obtener por el concepto al que haga referencia y las cantidades corresponden a las consignadas en la convocatoria anual para 1988.

Para cualquiera de las prestaciones económicas individuales el interesado deberá acreditar su condición de disminuido mediante el Certificado Oficial que refleje la calificación interdisciplinar de su minusvalía. Este se obtiene en las Direcciones Provinciales del INSERSO o en las Consejerías competentes de las Comunidades Autónomas con gestión transferida (Andalucía, Canarias, Cataluña, Galicia, Valencia y País Vasco).

Las ayudas institucionales podrán ser solicitadas por Entidades públicas o privadas, personas físicas o jurídicas, Asociaciones y Sociedades Cooperativas de nacionalidad española que, sin ser Organismos del Estado ni de la Seguridad Social, puedan crear o poner en funcionamiento, sin fin de lucro, servicios o actividades para disminuidos.

(*) *Diplomada en Trabajo Social*

1. PRESTACIONES SOCIALES Y ECONOMICAS DERIVADAS DE LA LEY DE INTEGRACION SOCIAL DE LOS MINUSVALIDOS (L.I.S.M.I.)

PRESTACION	FINALIDAD	CUANTIA	REQUISITOS	SE SOLICITA EN
<ul style="list-style-type: none"> Asistencia Sanitaria y Farmacéutica. 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar los servicios conducentes a conservar la salud de los beneficiarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporciona la misma cobertura que la facilitada por la Seguridad Social en los casos de enfermedad común, accidente no laboral y maternidad. Los medicamentos podrán ser adquiridos por el beneficiario de forma gratuita. 	<ul style="list-style-type: none"> Estar afectado por una disminución física, psíquica o sensorial en grado igual o superior al 33%. No tener derecho por cualquier título, obligatorio o como mejora voluntaria, a la asistencia sanitaria y farmacéutica del Régimen General o de Régimenes Especiales de la Seguridad Social u otro Organismo Público. 	<ul style="list-style-type: none"> Las Direcciones Provinciales del INSERSO o en las Consejerías competentes de las C.C.A.A. de gestión transferida (Andalucía, Canarias, Cataluña, Galicia, Valencia y País Vasco).
<ul style="list-style-type: none"> Subsidio de garantía de ingresos mínimos. 	<ul style="list-style-type: none"> Subvenir las necesidades básicas de quienes carezcan de los medios necesarios para la subsistencia y no estén en condiciones de obtenerlos por razón de su minusvalía. 	<ul style="list-style-type: none"> Su importe es en 1988 de 17.200 ptas. al mes, con dos pagas extras; una en julio y otra en diciembre. Los minusválidos atendidos en centros perciben el 10, 25 ó 50% de este subsidio, según estén en régimen de internado o de media pensión y según sean centros financiados total o parcialmente con fondos públicos. En caso de que los minusválidos perciban prestación de analogía naturaleza y finalidad, pero de menor cuantía, tendría derecho a percibir la diferencia entre una y otra. 	<ul style="list-style-type: none"> Ser mayor de 18 años. Estar afectado por una minusvalía física, psíquica o sensorial, en grado igual o superior al 65%. No ser beneficiario o no tener derecho a prestación o ayuda de analogía naturaleza o finalidad y, en su caso de igual o superior cuantía, otorgada por otro Organismo Público. Tener ingresos personales inferior al 70% del salario mínimo interprofesional vigente, incrementado en un 10% por cada una de las personas a su cargo. No estar comprendido en el campo de aplicación del Sistema de la Seguridad Social, por no desarrollar una actividad laboral. Hallarse imposibilitado de obtener un empleo adecuado por causa de su minusvalía. 	<ul style="list-style-type: none"> Las Direcciones Provinciales del INSERSO o en las Consejerías competentes de las C.C.A.A. de gestión transferida.

PRESTACION	FINALIDAD	CUANTIA	REQUISITOS	SE SOLICITA EN
<ul style="list-style-type: none"> • Subsidio por ayuda de tercera persona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir a financiar los gastos de aquellas personas cuya minusvalía, bien por pérdidas anatómicas o de tipo funcional, les hace necesitar la asistencia de otra persona para las actividades de la vida diaria, tales como vestirse, desplazarse, comer... 	<ul style="list-style-type: none"> • En 1988 es de 7.865 ptas. en catorce mensualidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los mismos que para el Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos, excepto el grado de minusvalía que será igual o superior al 75% y no podrán acceder a él los minusválidos atendidos en centros en régimen de internado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las Direcciones Provinciales del INSERSO o en las Consejerías competentes de los C.C.A.A. de gestión transferida.
<ul style="list-style-type: none"> • Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atender los gastos de desplazamiento fuera del domicilio para aquellas personas cuya minusvalía les ocasiona graves dificultades para la utilización de medios de transporte colectivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • En 1988 es de 3.935 ptas. mensuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • No tener derecho a prestación o ayuda de análogo naturaleza o finalidad, de igual o superior cuantía, otorgada por otro Organismo Público. • No estar comprendido en el campo de aplicación del Sistema de Seguridad Social, por no desarrollar una actividad laboral. • Ingresos familiares no superiores al 70% del salario mínimo interprofesional vigente. • Ser mayor de tres años. • Tener una minusvalía igual o superior al 33%. • Tener graves dificultades, por su disminución, para utilizar transportes colectivos. • No encontrarse imposibilitado para efectuar desplazamientos fuera de su domicilio habitual, por su estado de salud, prescripción médica u otras causas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las Direcciones Provinciales del INSERSO o en las Consejerías competentes de los C.C.A.A. de gestión transferida.

2. PRESTACION ECONOMICA POR MINUSVALIA

NORMATIVA	CUANTIA	REQUISITOS	SE SOLICITA EN
<ul style="list-style-type: none"> • O. Ministerial de 8 de mayo de 1970. • O.M. de 10 de junio de 1970. • Decreto 2741/1972, de 15 de septiembre. • O.M. de 19 de febrero de 1973. • R.D. 1723/1981, de 24 de julio, sobre reconocimiento, declaración y calificación de las condiciones de subnormal y minusvalido. • O.M. de 5 de enero de 1982, por la que se establecen normas para la aplicación del R.D. 1723. • O.M. de 18 de octubre de 1985, por la que se considera en situación asilada al alta a trabajadores en desempleo. • R.D. 348/1986, de 10 de febrero, que sustituye los términos «subnormalidad» y «subnormal» por los de «minusvalía» y «persona con minusvalía». 	<ul style="list-style-type: none"> • Asciende a una cantidad de 3.000 ptas. mensuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estar afiliado al sistema de la Seguridad Social, en alta o en situación asilada. • Tener a su cargo hijos, otros descendientes o hermanos suyos o de su cónyuge que estén afectados por: <ul style="list-style-type: none"> — Pérdida total o en parte esencial de las dos extremidades superiores o inferiores, o de una extremidad inferior y otra superior. — Parálisis cerebral. — Oligofrenia valorada en un coeficiente intelectual inferior a 50. — Paraplejía, hemiplejía o tetraplejía. — Ceguera, con una visión menor de 20/20 en ambos ojos después de la oportuna corrección. — Sordomudez y sordera con pérdida de agudeza auditiva de más de 75 decibelios. • El beneficiario se ha de hallar entre los 0 y los 45 años en el momento de la solicitud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las Direcciones Provinciales del INSERSO o en las Consejerías competentes de las C.C.A.A. de gestión transferida.

3. AYUDAS PUBLICAS A DISMINUIDOS

3.1. Ayudas individuales

CONCEPTO	COMPRENDE	CUANTIA	REQUISITOS	SE SOLICITA EN
• Educación.	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de: <ul style="list-style-type: none"> — Enseñanza. — Reeducación pedagógica y reeducación del lenguaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • 65.000 ptas. por curso escolar. • Para el curso 88/89, la cuantía y condiciones que determine el Ministerio de Educación y Ciencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estar en edad escolar, reduciéndose hasta los 2 años para niños escolarizados en preescolar y ampliándose hasta los 21 para los alumnos de Formación Profesional o Bachillerato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las Direcciones Provinciales del Ministerio de Educación y Ciencia y en las Consejerías con competencias en materia de Educación (Andalucía, Cataluña, País Vasco).

CONCEPTO	COMPRENDE	CUANTIA	REQUISITOS	SE SOLICITA EN
			<ul style="list-style-type: none"> • Para ayudas de enseñanza especial, estar escolarizado en Instituciones educativas donde la enseñanza impartida no lo sea por profesores especializados ni esté totalmente subvencionada o incluida en régimen de convenio. • Para ayudas de reeducación pedagógica y de lenguaje, estar integrado en el sistema educativo ordinario y precisar servicios de apoyo en este área a juicio del equipo multiprofesional. • No superar el umbral de renta familiar per cápita resultante de aplicar el incremento oficialmente determinado, que experimente el índice de precios al consumo en 1987 a los umbrales fijados por la convocatoria general de becas en el curso 87-88, consistentes en 360.000 ptas. per cápita para familias de hasta 4 miembros más 216.000 ptas. por cada uno que exceda de 4. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiarios de la Seguridad Social: En las Direcciones Provinciales del IN-SERVO y en las Consejerías competentes de las C.C.A.A. de gestión transferida. • No beneficiarios de la Seguridad Social: En las Consejerías competentes en materia de Acción Social.
• Rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de: <ul style="list-style-type: none"> — Estimulación precoz. — Recuperación médico-funcional: fisioterapia, psicomotricidad, medicina ortopédica. — Tratamientos psicoterapéuticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • 12.000 ptas. mensuales por cada tratamiento. • 30.000 ptas./mes por el conjunto de tratamientos. • 12.000 ptas./mes por cada tratamiento. • 30.000 ptas./mes por el conjunto de tratamientos. • 12.000 ptas./mes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para obtener la cuantía máxima, no tener ingresos familiares per cápita superiores al 70% del S.M.I. • Para Estimulación Precoz, que el beneficiario no supere los 5 años. • Para el resto, se exige la acreditación de la necesidad mediante dictamen de los equipos multiprofesionales, sin límite de edad para el solicitante. 	

CONCEPTO	COMPRENDE	CUANTIA	REQUISITOS	SE SOLICITA EN
<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia Especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia Personas: <ul style="list-style-type: none"> — de manutención. — desenvolvimiento personal: adquisición y renovación de prótesis y órtesis, útiles y material fungible, que facilite el desarrollo de las actividades de la vida diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • 78.000 ptas. anuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • No tener ingresos familiares per cápita superiores al 70% del S.M.I. y acreditarlo debidamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los Servicios Territoriales de las Consejerías competentes en Acción Social.
		<ul style="list-style-type: none"> • El coste real. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditar su necesidad mediante dictamen del equipo multiprofesional. • No tener ingresos familiares per cápita superiores al 70% del S.M.I., para la obtención de la cuantía máxima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiarios de la Seguridad Social: En las Direcciones Provinciales del IN-SERVO y en las Consejerías competentes de gestión transferida. • No beneficiarios de la Seguridad Social: En las Consejerías competentes en Acción Social.
	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia Domiciliaria: <ul style="list-style-type: none"> — Prestación temporal de servicios. — Permanente. — Adaptación del hogar: compra, instalación y adaptación de útiles. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1.200 ptas. diarias. • 312.000 ptas. anuales. • 400.000 ptas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditar su necesidad mediante dictamen del equipo multiprofesional. • Poseer graves dificultades de desenvolvimiento personal. • No tener ingresos familiares per cápita superiores al 70% del S.M.I. para la cuantía máxima. • La afiliación y el alta en el Régimen Especial de empleados de hogar de las personas que prestan los servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiarios de la Seguridad Social: En las Direcciones Provinciales del IN-SERVO y en las Consejerías competentes de gestión transferida. • No beneficiarios de la Seguridad Social: En las Consejerías competentes en Acción Social.
	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia Institucionalizada: <ul style="list-style-type: none"> a) Prórroga de becas reconocidas en 1987 <ul style="list-style-type: none"> — en Centros privados reconocidos por el Estado. — en Centros dependientes del antiguo INAS o de la Admón. Institucional de Sanidad Nacional. — en Centros reconocidos por el Estado y dependientes de las Diputaciones Provinciales. 	<ul style="list-style-type: none"> • 8.000 ptas. mensuales en régimen de internado. • 7.000 ptas./mes en media pensión. 		
		<ul style="list-style-type: none"> • 5.000 ptas./mes en régimen de internado. • 4.000 ptas./mes en media pensión. • 3.500 ptas./mes en internado. • 3.000 ptas./mes en media pensión. 		

CONCEPTO	COMPRENDE	CUANTIA	REQUISITOS	SE SOLICITA EN
	b) En residencias de adultos.	<ul style="list-style-type: none"> • 20.000 ptas./mes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser mayor de 16 años. • Carecer de domicilio particular o familiar. • Residir en un Centro o tener concedida o solicitada la admisión en él. • Estar en condiciones de realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiarios de la Seguridad Social: En las Direcciones Provinciales del IN-SERSE y en las Consejerías competentes de las C.C.A.A. de gestión transferida. • No beneficiarios de la Seguridad Social: En las Consejerías competentes en Acción Social.
	c) En Centros de atención ocupacional.	<ul style="list-style-type: none"> • 10.000 ptas./mes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener edad laboral. • Estar recibiendo atención especializada en un C.O. 	
	• Asistencia Institucionalizada en Instituciones de atención especializada.	<ul style="list-style-type: none"> • 50.000 ptas./mes en régimen de internado. • 25.000 ptas./mes en media pensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sufrir una deficiencia de carácter profundo, gran invalidez o una asociación de disminuciones. • Estar internado o tener solicitado el ingreso en un Centro adecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem anterior.
	• Movilidad y Comunicación. a) Aumento de la capacidad de desplazamiento: — Adquisición de sillas de ruedas. — Obtención de permiso de conducir. — Adquisición de vehículo a motor. — Adaptación de vehículo. b) Eliminación de barreras arquitectónicas. c) Potenciación de las relaciones con el entorno; adquisición de ayudas técnicas.	<ul style="list-style-type: none"> • 40.000 ptas. • 30.000 ptas. • 300.000 ptas. • 100.000 ptas. • 400.000 ptas. • coste real. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dictamen del equipo multiprofesional sobre la minusvalía padecida. • Para permiso de conducir y vehículos a motor, que la minusvalía padecida le impida la utilización de otros medios de transporte y garantizar, mediante declaración jurada, el destino del vehículo al transporte personal y privado del disminuido solicitante. • No tener ingresos familiares per cápita superiores al 70% del salario mínimo interprofesional, para el límite máximo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiarios de la Seguridad Social: En las Direcciones Provinciales del IN-SERSE y en las Consejerías competentes de las C.C.A.A. de gestión transferida. • No beneficiarios de la Seguridad Social: En las Consejerías competentes en materia de Acción Social.

CONCEPTO	COMPRENDE	CUANTIA	REQUISITOS	SE SOLICITA EN
• Ayudas complementarias.	<ul style="list-style-type: none"> • Transportes: <ul style="list-style-type: none"> — Transporte escolar. — Transporte para traslado de fin de semana de alumnos internos en Centros de educación especial. — Transporte para rehabilitación y asistencia especializada. — Transporte especial. • Comedor: <ul style="list-style-type: none"> — Ayudas generales para comedor en Centros. — Ayudas individuales para comidas en casos específicos. • Residencia: <ul style="list-style-type: none"> — Ayudas para residencia en Centros incluido comedor. — Ayudas para residencia en casos individuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • 42.000 ptas. por curso. • 20.000 ptas. • 6.000 ptas./mes. • 15.000 ptas./mes. • 35.000 ptas. anuales o por curso, según los casos. • 6.000 ptas./mes. • 95.000 ptas. por curso. • 7.000 ptas./mes. 	<ul style="list-style-type: none"> • El interesado deberá reunir en cada caso los requisitos necesarios para solicitar la ayuda básica a la que ésta complementa. • Que la aplicación sea simultánea a la básica. • Para transporte del acompañante o especial del minusválido gravemente afectado, dictamen del equipo multiprofesional. • Para comedor, que exista dicho servicio en el Centro o Institución y que éste no sea gratuito. • Para residencias, que la prestación básica no pueda recibirse en la localidad del domicilio del disminuido, y que la distancia geográfica no permita el desplazamiento diario del interesado. 	<ul style="list-style-type: none"> • En los mismos Organismos en que se solicitaron las ayudas básicas.

3.2. Ayudas para actividades profesionales y laborales

CONCEPTO	COMPRENDE	CUANTIA	REQUISITOS	SE SOLICITA EN
• Promoción Profesional.	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperación Profesional. 	— 25.000 ptas./mes.	<ul style="list-style-type: none"> • Ser mayor de 16 años. • Necesitar actividad formativa y de apoyo, según el dictamen del equipo multiprofesional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiarios de la S.S. En las D.P. del INSERSO y en las Consejerías competentes de las C.C.A.A. de gestión transferida. • No beneficiarios de la Seguridad Social: En las Consejerías competentes en materia de Acción Social.

CONCEPTO	COMPRENDE	CUANTIA	REQUISITOS	SE SOLICITA EN
Integración Laboral.	Trabajo por cuenta ajena en Empresas Ordinarias y Cooperativas de trabajo asociado: <ul style="list-style-type: none"> Subvención por cada contrato de trabajo indefinido a trabajadores minusválidos. Bonificación de la empresarial de la Seguridad Social. 	<ul style="list-style-type: none"> 500.000 ptas. Por cada trabajador minusválido de menos de 45 años el 70%. Por cada uno mayor de 45 años el 90%. 	<ul style="list-style-type: none"> Proyecto y Memoria de la empresa con detalle del proceso productivo, plantilla de trabajadores y porcentaje de minusválidos, que no podrán exceder del 51%. Informe de la Dirección Provincial de Trabajo sobre la viabilidad económica y técnica del proyecto o empresa si ésta es de nueva creación. Dictamen del equipo multiprofesional sobre la adecuación del puesto de trabajo a la minusvalía de los trabajadores disminuidos inscritos en la Oficina de Empleo. Para bonificación de cuota, certificado de la afiliación del trabajador a la Seguridad Social. 	<ul style="list-style-type: none"> En las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de Empleo (INEM).
	Trabajo en Centros Especiales de Empleo: <ol style="list-style-type: none"> Acciones que ayuden a poner en marcha proyectos generadores de empleo: 	<ul style="list-style-type: none"> Subvenciones para asistencia técnica Subvención parcial de los intereses de los préstamos. Subvención en casos de proyectos de reconocido interés social. <p>El total de las tres subvenciones no superará los 2.000.000 ptas. por puesto de trabajo creado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Los proyectos han de tener viabilidad técnica, económica y financiera. Han de suponer la creación de empleo estable. Los Centros Especiales de Empleo han de estar al corriente en el pago de sus obligaciones con la Seguridad Social, salvo que tengan concedido aplazamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Direcciones Provinciales del INEM.
	<ol style="list-style-type: none"> Acciones destinadas al mantenimiento de puestos de trabajo: 	<ul style="list-style-type: none"> El 50% del S.M.I. como subvención del coste salarial del puesto de trabajo ocupado por un minusválido. El 100% de bonificación de la cuota empresarial a la S.S. 300.000 ptas. por puesto de trabajo para adaptación del mismo y eliminación de barreras arquitectónicas. Subvención destinada a sanear el 	<ul style="list-style-type: none"> Que la plantilla esté constituida en su totalidad por minusválidos, con el mínimo imprescindible de personal no minusválido. Que el Centro esté estructurado sobre una actividad productiva, una participación regular en operaciones de mercado y un empleo remunerado. 	<ul style="list-style-type: none"> Idem anterior.

CONCEPTO	COMPRENDE	CUANTIA	REQUISITOS	SE SOLICITA EN
		C.E.E. financieramente, se concede por una sola vez. — Subvención dirigida a equilibrar el presupuesto de aquellos C.E.E. que carezcan de ánimo de lucro y sean de utilidad pública. — Asistencia técnica.		
	c) Trabajo Autónomo:	— Subvención parcial de los intereses de los préstamos. — Subvención de hasta 400.000 ptas. para inversión en capital fijo.	<ul style="list-style-type: none"> • Ser mayor de edad. • Hallarse en desempleo y acreditarlo documentalmente. • Poseer una capacitación profesional adecuada a la actividad de que se trate. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idem anterior.

3.3. Ayudas Institucionales

CONCEPTO	CUANTIA	SE SOLICITA EN
1. Creación, ampliación y mejora de Centros y Servicios de carácter asistencial.	<ul style="list-style-type: none"> • No podrá exceder del importe calculado con arreglo a los módulos aprobados para servicios estatales de la misma naturaleza. Se fijará atendiendo al coste total de los obras, adquisiciones o servicios, a la importancia de las necesidades atendidas en el Centro o Servicio y al número y cuantía de las peticiones recibidas, con la limitación del montante total de los créditos presupuestarios disponibles a estos efectos. No superará el 75% del presupuesto. 	<ul style="list-style-type: none"> • En los Servicios Territoriales de las Consejerías competentes en materia de Acción Social.
2. Mantenimiento de Centros y Servicios: — Funcionamiento. — Perfeccionamiento del personal.	<ul style="list-style-type: none"> • Se fijará para cada caso dentro del límite de la dotación presupuestaria. • Puede cubrir hasta el 100% de los gastos ocasionados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para Centros que atiendan a beneficiarios de la Seguridad Social: En las Direcciones Provinciales del INSERSO o en las Consejerías competentes de las C.C.A.A. de gestión transferida. • Para los que atienden a no beneficiarios de la Seguridad Social: En las Consejerías competentes en A.S.
3. Promoción y sostenimiento de actividades científicas, técnicas, asociativas y comunitarias.	<ul style="list-style-type: none"> • Se fijará para cada caso dentro del límite de la dotación presupuestaria, atendiendo al coste de la actividad, a la importancia de las necesidades y al número y cuantía de las peticiones recibidas con la limitación. • Puede cubrir hasta el 100% de los gastos ocasionados. 	<ul style="list-style-type: none"> • En las Direcciones Provinciales del INSERSO y Consejerías competentes de las C.C.A.A. de gestión transferida.

PRESTACION POR MINUSVALIA

PERFIL DE LOS BENEFICIARIOS DE LA PRESTACION POR MINUSVALIA

La Prestación por Minusvalía está regulada por Orden Ministerial de 8 de mayo de 1970, tiene carácter de reglamentaria de derecho, de periodicidad mensual y cuantía fija (actualmente 3.000 ptas./mes).

Su financiación corre a cargo del presupuesto de la Seguridad Social y son beneficiarios las personas incluidas en el campo de aplicación del Sistema de la Seguridad Social cualificadas como minusválidas y que cumplan las condiciones exigidas por la normativa vigente.

1. BENEFICIARIOS Y DISTRIBUCION TERRITORIAL

En junio de 1988 el número de beneficiarios de la prestación por minusvalía es de 204.756.

La media nacional de beneficiarios por 1.000 habitantes es de 5,32. Si nos referimos a la población minusválida estimada (1) el número de beneficiarios por cada 1.000 personas con minusvalía es de 161.

De los 204.756 beneficiarios el 60,71% (124.298) pertenece a las Comunidades Autónomas con gestión transferida y el 39,29% a las Comunidades Autónomas cuya gestión realiza directamente el INSERSO.

De las 17 Comunidades Autónomas existentes, siete (Aragón, Baleares, Cataluña, Madrid,

Navarra, País Vasco y Rioja) no alcanzan la media nacional de beneficiarios por 1.000 habitantes (5,32).

Las Comunidades Autónomas con un mayor número de beneficiarios de la prestación por minusvalía por 1.000 habitantes son: Canarias (6,52), Andalucía (6,18), Castilla-La Mancha (6,14), Murcia (6,12), Extremadura (6,08) y Castilla y León (6,04).

Entre las provincias, cuya gestión es realizada directamente por el INSERSO, destacan con mayor número relativo de beneficiarios las siguientes: Avila (con 7,09 beneficiarios por 1.000 habitantes), Albacete (6,97), León (6,45), Ciudad Real (6,24), Badajoz (6,20), Segovia (6,15), Salamanca (6,04) y Zamora (6,02). En cambio, las provincias con menor número de beneficiarios por 1.000 habitantes son: Baleares (4,22), Madrid (4,21), Zaragoza (4,43), Huesca (4,53), Teruel (4,64) y Rioja (4,77).

En la Tabla 1 se recoge la distribución territorial de los beneficiarios de la prestación por minusvalía.

2. PERFIL DE LOS BENEFICIARIOS

Conocido el número y distribución geográfica de los beneficiarios de la prestación por minusvalía, parece oportuno preguntarse por las ca-

TABLA 1
BENEFICIARIOS DE LA PRESTACION POR MINUSVALIA
(GESTION DIRECTA)

	NUMERO	% SOBRE TOTAL	POR 1.000 HAB.
ARAGON	5.376	2,63	4,47
Huesca	975	0,48	4,53
Teruel	714	0,35	4,64
Zaragoza	3.687	1,80	4,43
ASTURIAS	6.282	3,07	5,54
BALEARES	2.816	1,38	4,22
CANTABRIA	2.865	1,40	5,49
CASTILLA-LA MANCHA	10.164	4,96	6,14
Albacete	2.381	1,16	6,97
Ciudad Real	2.979	1,45	6,24
Cuenca	1.264	0,62	5,82
Guadalajara	749	0,37	5,24
Toledo	2.791	1,36	5,86
CASTILLA Y LEON	15.529	7,58	6,04
Avila	1.300	0,63	7,09
Burgos	1.981	0,97	5,50
León	3.376	1,65	6,45
Palencia	1.089	0,53	5,86
Salamanca	2.189	1,07	6,04
Segovia	917	0,45	6,15
Soria	575	0,28	5,75
Valladolid	2.731	1,33	5,69
Zamora	1.371	0,67	6,02
EXTREMADURA	6.542	3,20	6,08
Badajoz	4.030	1,97	6,20
Cáceres	2.512	1,23	5,91
MADRID	20.408	9,97	4,21
MURCIA	6.118	2,99	6,12
NAVARRA	2.702	1,32	5,25
RIOJA, LA	1.231	0,60	4,77
Ceuta	164	0,08	2,52
Melilla	261	0,13	5,02
Total gestión directa	80.458	39,29	5,17

racterísticas que tienen tales beneficiarios: ¿Cuál es el tipo de minusvalía que padecen? ¿Qué edad tienen? ¿Cuál es su sexo?

2.1. Beneficiarios por tipo de minusvalía

La Orden del 8 de mayo de 1970, que regula la prestación por minusvalía, limita a cuatro ti-

pos fundamentales de minusválidos la concesión de la prestación:

- Minusválidos físicos.
- Minusválidos psíquicos.
- Minusválidos sensoriales.
- Parálíticos cerebrales.

Entre las Comunidades Autónomas de gestión directa y aquellas otras de gestión transferida, no se aprecian en general diferencias significativas en cuanto a los tipos de minusvalía se refiere. Cabe destacar, sin embargo, el caso de los parálíticos cerebrales, que mientras en las primeras (CC.AA. de gestión directa) alcanzan un porcentaje del 12,52% sobre el total de los beneficiarios, en las segundas (CC.AA. de gestión transferida) sólo llegan al 8,51%, situándose a nivel nacional en el 10,08%.

De los datos reflejados en el cuadro cabe destacar que más de la mitad de los beneficiarios (59,89%) son minusválidos psíquicos, y de ellos el 45,51% padecen una deficiencia mental media (CI 36-49).

Entre los minusválidos físicos, los parapléjicos constituyen un 47,36% sobre el total, y respecto a los minusválidos sensoriales son los sordomudos los que representan casi la mitad de los beneficiarios.

Respecto a la distribución de los beneficiarios según el tipo de minusvalía en las provincias de gestión directa no existen, salvo en casos excep-

TABLA 1 (CONTINUACION)
BENEFICIARIOS DE LA PRESTACION POR MINUSVALIA
(GESTION TRANSFERIDA)

	NUMERO	% SOBRE TOTAL	POR 1.000 HAB.
ANDALUCIA	41.238	20,14	6,18
CANARIAS	9.305	4,54	6,52
CATALUÑA	26.918	13,15	4,48
C. VALENCIANA	20.350	9,94	5,41
GALICIA	16.219	7,92	5,69
PAIS VASCO*	10.268	5,01	4,76
Total gestión transferida ...	124.298	60,71	5,43
Total nacional	204.756	100,00	5,32

* Los datos para el País Vasco se refieren a mayo de 1988.

Según esta clasificación, la distribución de los beneficiarios de la Prestación por Minusvalía en abril de 1988 es la siguiente:

MINUSVALIA	NUMERO	PORCENTAJES	
Minusválidos físicos motóricos	33.428	16,33	100,00
Pérdida de miembros	4.663		13,95
Parapléjico	15.832		47,36
Hemipléjico	8.048		24,08
Tetrapléjico	4.885		14,61
Minusválidos psíquicos	122.632	59,89	100,00
CI 0-20	13.129		10,71
CI 21-35	22.760		18,56
CI 36-49	55.809		45,51
CI > 49	30.934		25,23
Minusválidos sensoriales ...	28.049	13,70	100,00
Ciegos	7.488		26,70
Sordos	7.949		28,34
Sordomudos	12.612		44,96
Paralíticos cerebrales	20.647	10,08	100,00
Total	204.756	100,00	

EDAD	NUMERO	AMBOS SEXOS	VARONES	MUJERES
		%	%	%
0-4	3.686	1,90	57,57	42,43
5-9	12.297	6,32	58,58	41,42
10-14	19.800	10,18	58,91	41,09
15-19	25.242	12,98	58,62	41,38
20-24	28.012	14,40	57,54	42,46
25-29	28.312	14,56	56,62	43,38
30-34	23.529	12,10	54,33	45,67
35-39	17.603	9,05	51,38	48,62
40-44	13.830	7,11	47,90	52,10
45-49	9.192	4,73	44,98	55,02
50-54	7.486	3,85	44,32	55,68
55-59	5.035	2,59	45,30	54,70
60 y más	464	0,24	48,06	51,94
Total	194.488	100,00	54,68	45,32

cionales, variaciones significativas. Cabe destacar Madrid con un alto porcentaje de paralíticos cerebrales (19,02%), en beneficio de los minusválidos psíquicos, cuyo porcentaje (49,94%) es inferior a la media nacional (57,77%). Por el con-

trario, en Murcia se observa una baja incidencia en los paralíticos cerebrales (5,41%).

En la Tabla 2 se refleja la distribución territorial de los beneficiarios por tipo de minusvalía.

2.2. BENEFICIARIOS POR EDAD Y SEXO

Además de conocer el tipo de minusvalía de los beneficiarios de una prestación, es interesante conocer también otras características tan importantes como la edad y el sexo.

Entre los 15 y 35 años están comprendidos más de la mitad de los beneficiarios (54,04%). Los menores de 15 años constituyen un 18,40% y las personas de 60 y más años no alcanzan el 1%.

Por grupos quinquenales de edad, el colectivo que alcanza mayor porcentaje es el comprendido entre 25-29 años (14,56) seguido muy de cerca de los beneficiarios entre 20-24 años (14,40%).

El número total de beneficiarios varones es superior en más de un 9% al de mujeres. Hasta los 40 años de edad, en todos los grupos quinquenales es mayor el número de beneficiarios varones que el de mujeres. A partir de los 40 años se invierte la tendencia, siendo mayor el número de mujeres que el de varones en todos los grupos quinquenales de edad, lo que viene a confirmar que también en el colectivo de minusválidos la esperanza de vida es mayor para las mujeres que para los varones.

A continuación en la tabla 2 se refleja la distribución estadística de los beneficiarios de la Prestación por Minusvalía, según la edad y el sexo (Estos datos no incluyen información referida al País Vasco).

(1) Serafín García: *Análisis de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías realizada por el INE (Fotocopiado).*

TABLA 2
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS BENEFICIARIOS POR TIPO DE LA MINUSVALIA

	TOTAL BENEFICIARIOS	M. FISICOS (%)	M. PSIQUICOS (%)	M. SENSORIALES (%)	PARALITICOS CEREBRALES (%)
Gestión directa					
ARAGON	5.376	15,09	66,46	9,90	8,56
Huesca	975	14,87	60,82	11,79	12,51
Teruel	714	16,25	67,23	10,08	6,44
Zaragoza	3.687	14,92	67,81	9,36	7,92
ASTURIAS	6.282	19,10	56,03	13,67	11,19
BALEARES	2.816	13,96	62,29	12,46	11,29
CANTABRIA	2.865	16,93	58,88	12,50	11,69
CASTILLA-LA MANCHA	10.164	15,51	61,52	12,79	10,18
Albacete	2.381	19,45	59,47	16,13	4,96
Ciudad Real	2.979	11,28	65,36	11,98	11,38
Cuenca	1.264	17,80	57,83	13,45	10,92
Guadalajara	749	15,35	64,22	11,88	8,54
Toledo	2.791	15,66	60,12	10,75	13,47
CASTILLA Y LEON	15.529	15,44	61,21	13,10	10,25
Avila	1.300	22,00	53,08	14,85	10,08
Burgos	1.981	12,52	67,44	11,56	8,48
León	3.376	14,63	60,19	13,33	11,85
Palencia	1.089	22,31	57,76	13,68	6,24
Salamanca	2.189	12,52	65,28	13,84	8,36
Segovia	917	14,61	61,07	11,56	12,76
Soria	575	17,22	62,61	9,91	10,26
Valladolid	2.731	14,87	59,58	14,28	11,28
Zamora	1.371	15,54	61,49	11,52	11,45
EXTREMADURA	6.542	18,68	54,78	12,17	14,37
Badajoz	4.030	22,46	51,29	11,34	14,91
Cáceres	2.512	12,62	60,39	13,50	13,50
MADRID	20.408	16,76	49,94	14,29	19,02
MURCIA	6.118	19,12	61,46	14,01	5,41
NAVARRA	2.702	13,40	62,29	11,21	13,10
RIOJA, LA	1.231	18,12	61,49	12,19	8,20
Ceuta	164	25,00	58,54	7,93	8,54
Melilla	261	32,18	44,06	19,54	4,21
Total gestión directa	80.458	16,63	57,77	13,08	12,52
Gestión transferida					
ANDALUCIA	41.238	18,87	58,47	14,67	7,99
CANARIAS	9.305	14,34	60,12	12,87	12,67
CATALUÑA	26.918	13,67	62,80	13,54	9,98
COMUNIDAD VALENCIANA	20.350	16,88	62,56	14,10	6,46
GALICIA	16.219	14,98	63,93	14,85	6,25
PAIS VASCO*	10.268	13,47	62,74	13,22	10,58
Total gestión transferida	124.298	16,13	61,27	14,10	8,51
Total nacional	204.756	16,33	59,89	13,70	10,08

Nota: Este informe fue publicado en el n.º 9 del Boletín Bienes (INSERSO).

DIRECTORIO DE ENTIDADES

DIRECTORIO DE ENTIDADES DE AMBITO ESTATAL DE ACTUACION EN EL SECTOR DE LOS MINUSVALIDOS

BARCELONA

Asociación Nacional de Conductores Minusválidos.
Avda. Meridiana, 208-210. Barcelona.

GRANADA

Asociación de Padres de Espina Bífida. Santa Catalina Baja, 3. Granada.

MADRID

Asociación Española de Laringectomizados y mutilados de la voz. Madrid.

Federación ibérica de Asociaciones de Padres y Amigos de los Sordos. Madrid.

AEDES-Asociación para la Educación Especial. Oria, 3. Madrid.

AFAMER-Asociación de familias y mujeres del medio rural. Serrano, 19 - 4.º izda. Madrid.

ALIND-Asociación pro-lucha para la integración del niño distinto. Paseo de las Delicias, 31 - 7. Madrid.

ALPE-Asociación Española de lucha contra la poliomielitis. Casarrubuelos, 5. Madrid.

ANDE-Asociación Nacional del Deporte Especial. Ronda de Toledo, 16 - 2.º. Madrid.

Asociación Ayuda al Deficiente Mental. General Yagüe, 62. Madrid.

Asociación de empleados de Iberia Padres de disminuidos. Madrid.

Asociación de familias y amigos del deficiente. Avda. Monforte de Lemos, 115. Madrid.

Asociación de Padres de niños autistas. Navaleño, 9. Madrid.

Asociación de trabajadores y pensionistas de Standard Eléctrica con disminuidos físicos y psíquicos. Delicias, 34 - 2.º dcha. Madrid.

Asociación Española de Ataxias hereditarias. Oquendo, 23. Madrid.

Asociación Española de Enfermedades musculares. Lagasca, 14 - 5.º dcha. Madrid.

Asociación iberoamericana de rehabilitación de inválidos. Orense, 26 - 7 I. Madrid.

Asociación para la investigación y estudio de la Deficiencia mental. Avda. Victoria, 63. Madrid.

ASPACEN-Asociación de padres de las Instituciones educativas y Centros de trabajo para artes y oficios del Centro "Ángel de la Guarda". Arturo Soria, 12. Madrid.

ATAM-Asociación Telefónica para la asistencia a minusválidos. Madrid.

Coordinadora Estatal de minusválidos físicos de España. Eugenio Salazar, 2. Madrid.

ECODA-Asociación Enseñanza Común Oral a niños deficientes auditivos. Madrid.

FEAPS-Confederación Española de Federaciones y Asociaciones pro-personas deficientes mentales. General Perón, 32 - 1.º A. Madrid.

Federación de Entidades colaboradoras con el minusvalido-ECOM. Lagasca, 121. Madrid.

Federación Española de Asociaciones de espina bífida e hidrocefala. Dr. Castelo, 48 - 1.º. Madrid.

Federación Española de Asociaciones Protectoras de Subnormales. Avda. General Perón, 32. Madrid.

Federación Española del Deporte para minusválidos. Ferraz, 16. Madrid.

Federación Nacional de Sordos de España. Fuenca-
rral, 58. Madrid.

FRATER-Fraternidad de Enfermos y minusválidos. Montserrat, 30. Madrid.

Fundación Ciegos de la Purísima Concepción. Avda. Ciudad de Barcelona. Madrid.

Fundación Raoul Follereau, Asociación Amigos de los leprosos. Marqués de Santa Ana, 20. Madrid.

Instituto Internacional para la investigación y asesoramiento sobre la deficiencia mental. Almagro, 38 - 1.º. Madrid.

ONCE-Secretaría General. Prado, 24. Madrid.

PROAS-Asociación promoción y asistencia a Sordos. Núñez de Balboa, 3 - 1.º. Madrid.

MURCIA

APANDA-Asociación de Padres de niños con deficiencias auditivas. Ronda del Ferrol, s/n. Murcia.

Asociación Nacional Crecer. Pol. San Juan, Ed. Santa Mónica. Murcia.

NAVARRA

Federación Española de Ayuda a la parálisis cerebral. Camino de Santiago, 9 - 1.º. Pamplona.

SANTA CRUZ DE TENERIFE

Unión Radioaficionados minusválidos de España. Parque Viera y Clavijo, 30. Santa Cruz de Tenerife.

TOLEDO

ASPAYM-Asociación Nacional de parapléjicos y grandes minusválidos. Duque de Ahumada, 1 - 3. Toledo.

VALENCIA

Coordinadora de Disminuidos Físicos. Avda. Tres Cruces, 8. Valencia.

FEAFES-Federación Estatal de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos. Salvador, 25. Valencia.



Sonia Delaunay.

CENTROS BASE, SER O NO SER

Jaime Ponte Mitelbrunm (*)

UN ANALISIS DE LAS CARACTERISTICAS DE LOS CENTROS BASE DE MINUSVALIDOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES

Los Centros Base del INSERSO fueron concebidos y puestos en funcionamiento en su día con unos cometidos y finalidades cuantitativa y cualitativamente distintos de los que en la actualidad tienen encomendados.

El Centro Base fue, durante mucho tiempo, el medio fundamental de la estructura periférica de un Servicio Social de Minusválidos integrado, a su vez, en un Instituto Nacional de Servicios Sociales limitado a la gestión y organización asistencial de éstos en materia de Minusválidos y Tercera Edad.

En sus orígenes los Centros Base fueron intento de «globalizar» la atención a las minusválidos a través de un Equipo Multidisciplinario que realizaba funciones de valoración, calificación, orientación y tratamiento en el orden médico-funcional, psicológico, social, pedagógico y laboral.

Desde entonces se han producido importantes acontecimientos, de todo orden, que varían sustancialmente la situación y perspectivas de la atención a Minusválidos y las propias funciones de los Centros, que se han modificado de manera notable:

1. El desarrollo legislativo y normativo ha conferido a los CB, específicamente a sus Equipos de Valoración y Orientación, la misión de emitir los dictámenes preceptivos y determinar los

grados y baremos exigibles para la concesión de las prestaciones derivadas del sistema especial de la Ley de Integración Social Minusválidos (LISMI), tarea que, establecida como prioritaria por la Administración, ha supuesto una notable reconversión de las funciones de valoración y, secundariamente del resto de los cometidos de los Equipos Multiprofesionales de los Centros.

A lo largo de los últimos años las prestaciones económicas de la LISMI se han ido extendiendo de manera «natural» hacia la población anciana la cual, en considerabilísimo número reúne los requisitos de grado y baremo exigidos. Así mientras que en 1987 la media de solicitudes de personas mayores de 65 años era alrededor de un 10% sobre el total, en la actualidad se sitúa en cifras cercanas al 35%.

De forma similar ha variado la propia tipología de los demandantes, por lo que se refiere a las causas de Minusvalía alegadas, predominando, cada vez más las enfermedades crónicas, de tipo «reumático», respiratorias, mentales e incluso terminales.

Pero además de esta extensión natural del campo de aplicación de la LISMI, se ha producido la quiebra del sistema de baremación de las prestaciones como consecuencia de la intensidad de las situaciones de marginación de los demandantes, que ejerce una lógica influencia sobre los Equipos de Valoración.

La prestación de Asistencia Sanitaria y Farmacéutica (ASMF) de la Seguridad Social se ha convertido así en la vía de acceso de toda la población marginada, discapacitada o no, hacia el sistema citado, y en definitiva en el instrumento de normalización y universalización de la asistencia sanitaria.

La flexibilidad utilizada para el acceso al sistema sanitario se ha extendido, aunque ciertamente de forma más lenta (por sus implicaciones económicas), progresivamente hacia la calificación de los subsidios de garantía de ingresos mínimos (SGIM), de ayuda de tercera persona (SATP) y de movilidad y gastos de transporte (SMGT), convirtiendo a estas prestaciones en el antecedente inmediato del sistema de Pensiones No Contributivas. El reconocimiento de la «condición» de minusválido ha sido, en los dos casos, ASMF y pensiones, la herramienta para «ir filtrando» el acceso hacia ambos sistemas.

Extraordinaria influencia en este proceso ha tenido la extensión paulatina, pero continua, de los servicios sociales primarios o de base, y el incremento del peso de los Trabajadores Sociales en la red de Servicios Sociales y en los propios Equipos de Valoración «rompiendo» el «monopolio» médico sobre las calificaciones y llevando la discapacidad a su auténtico terreno, el contexto real del individuo, en vez de deformarla con la aplicación de un sistema de baremos alejado de la realidad, cuando no profundamente discriminatorio.

2. En segundo lugar las competencias en Servicios Sociales han sido transferidas, o están en proceso de serlo, a las Comunidades Autónomas, las cuales han elaborado sus propias Leyes de Servicios Sociales, inequívocas en cuanto a la necesidad de dotarse de unos servicios sociales de carácter comunitario y polivalente cuya finalidad, mejor o peor recogida en cada Ley, es la atención a las situaciones de marginación social, **cualquiera que sea la causa**, en el marco de actividad familiar/residencial/comunitario y con una orientación integradora, de forma que, **sólo de manera excepcional**, debería recurrirse a instituciones específicas.

3. La promulgación de la LISMI, de la Ley General de Sanidad, la LODE y la Ordenación de Educación Especial son reflejo, también, de este intento por aplicar el principio de normalización

de los Servicios al marco sanitario y educativo. Su aplicación consecuente debería conducir a la desaparición de los tratamientos de corte sanitario o pedagógico del área de los Servicios Sociales.

4. En lo que se refiere al marco laboral queda pendiente un importantísimo capítulo de la LISMI cual es el de la Orientación y Recuperación Profesional y la Integración Laboral. Aún existiendo ya una amplia normativa, como el RD 1451, 2273..., en la realidad, aparte del plan FIP y de actuaciones más o menos dispersas en materia de promoción de empleo, la situación es de gran precariedad de medios y de ausencia de clarificación y coordinación de competencias y normativas.

Resumiendo, en la estructura institucional actual, carece de sentido mantener (mucho menos potenciar) centros o servicios con pretensiones totalizadoras para los sectores discriminados en la organización social, puesto que ello conduciría a perpetuar su marginación.

En todo caso parece claro que, si se siguiera el mismo proceso de normalización de los servicios públicos debería tenderse a crear Servicios de Valoración e Integración Laboral, fuera del marco de los Servicios Sociales y en estrecha relación con la salud laboral y el Empleo (INEM).

Estos servicios atenderían, lógicamente, a toda la población en edad laboral, discapacitada o no, en situación de marginación de esta actividad, y deberían tender, también, a una política de promoción, prevención y defensa del empleo. Es posible que sea ese «peligro» de fiscalización activa del mercado de trabajo lo que dificulte la puesta en funcionamiento de este tipo de servicios públicos.

Resumiendo, en la estructura institucional actual, carece de sentido mantener (mucho menos

potenciar) centros o servicios con pretensiones totalizadoras para los sectores discriminados en la organización social, puesto que ello conduciría a perpetuar su marginación.

Por otro lado los Servicios Sociales, si bien históricamente fueron creados para «aliviar» o «beneficiar» las situaciones de marginación derivadas de la discriminación laboral, educativa o comunitaria, han experimentado un desarrollo histórico que los lleva a ocuparse, prioritariamente, de las situaciones de marginación comunitaria.

En el momento actual parece conveniente profundizar en esta dirección diferenciando este marco de actividad del educativo y el laboral, puesto que, aún siendo determinante la integración laboral o la suficiencia económica (o la pertenencia a la correspondiente unidad familiar) para tener la posibilidad de ejercer dignamente los derechos ciudadanos, no es menos cierto que los problemas de integración en el medio social no laboral presentan aspectos distintos.

Desgraciadamente, el salto cualitativo que, al menos conceptualmente, supone este cambio de enfoque sobre el papel de un sistema de Servicios Sociales no ha llegado todavía a calar en estructuras de indudable peso e influencia política y social como el propio INSERSO, las Asociaciones «Específicas» de «Afectados» y los propios dirigentes políticos que deberían ser, en teoría, los primeros impulsores de sus propias leyes.

A pesar de que parece indudable que, antes o después, habrá que reorganizar los servicios sociales conforme a la normativa legal, creando una estructura normalizada de servicios polivalentes en la que, por pura lógica, no tendrán cabida Centros Específicos de Atención «Global a Minusválidos» (como ya hoy resultaría absurdo crear Centros Específicos de Atención a los Gitanos), los condicionantes antes apuntados podrían retrasar y hasta vaciar de contenido la normativa legal.

En este sentido resulta sintomático el absurdo empeño por preservar la estructura y funciones actuales de los Centros Base, los cuales por su configuración arquitectónica y medios personales responden más a las características de un Centro de Rehabilitación Sanitario, o el creciente impulso a la creación de enormes centros residenciales de perfiles asilares.

MINUSVALIDOS O MARGINADOS

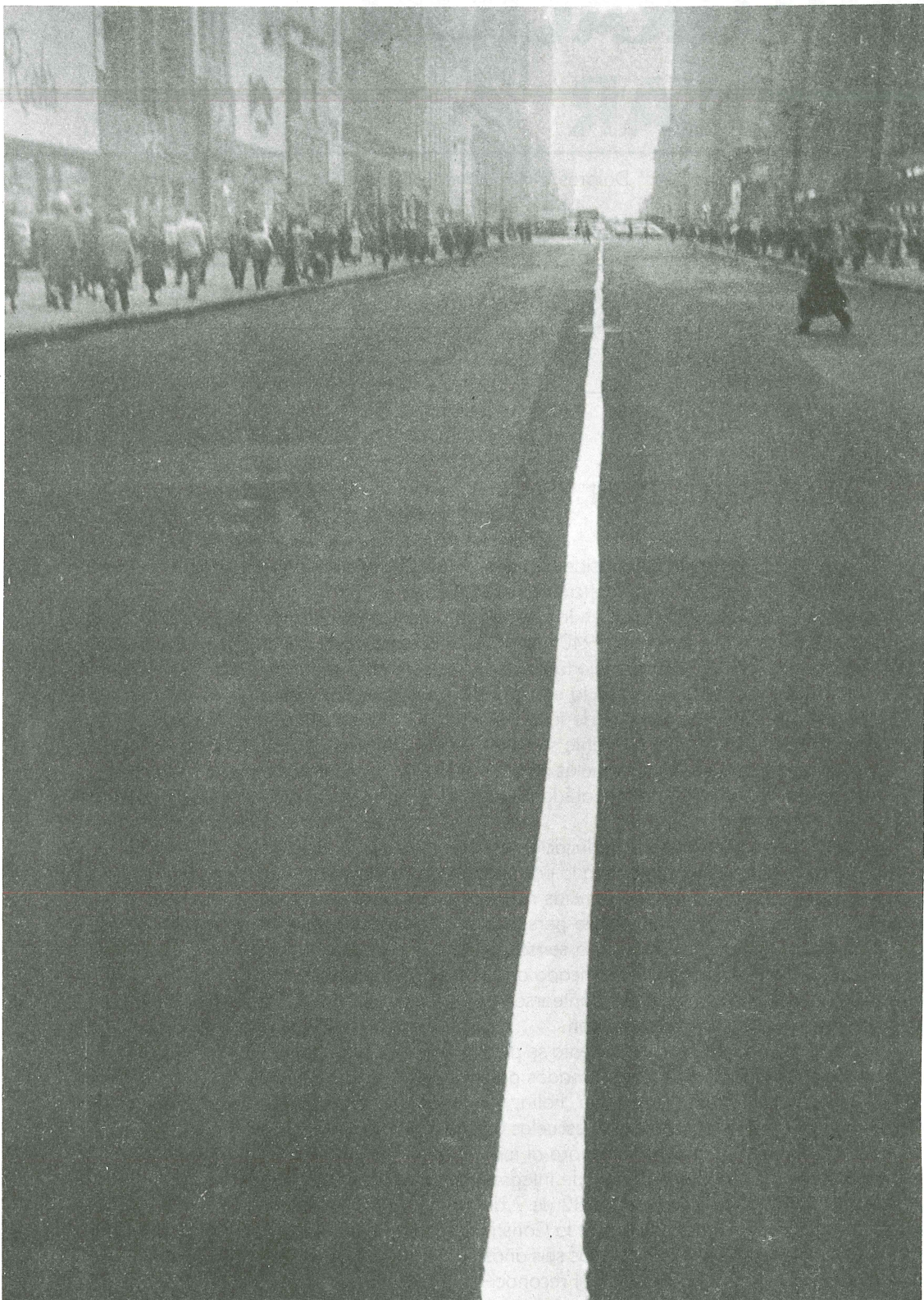
Minusválidos o marginados

Una reflexión final sobre el término Minusvalía. A mi juicio no existen hoy razones de peso para seguir sustentando un concepto equívoco y, lo que es peor, que soporta una tremenda carga de discriminación social. La propia palabra minusvalía refleja, por oposición a plusvalía, la relación de las personas discapacitadas con los niveles de rendimiento/rentabilidad «esperables» de un adulto en edad laboral pero, al propio tiempo, es una forma sutil de enmascarar la situación de marginación que, en mi opinión, es lo verdaderamente relevante. La denominación minusvalía tiene la «virtud» de **atribuir a la persona con una discapacidad** la responsabilidad de su posible marginación y facilita la organización social de la discriminación.

Pienso que, así como la supresión legal del término «subnormal» está significando un gran paso adelante en la consideración social de muchas personas, sería de gran utilidad la eliminación del concepto minusválido, al menos desde el punto de vista legal. De esta forma se aclararía un campo de actuación de los Servicios Sociales «la integración de los marginados por...» (de forma parecida a como en las referencias de salud se dice «está enfermo de...») y se situarían los problemas de las personas con discapacidades desde otra perspectiva, ya que discapacidad no es sinónimo de marginación.

Subrayo «**un campo de actuación**» porque, al igual que en el campo sanitario se ha girado hacia los planteamientos preventivos y de promoción de la salud, los Servicios Sociales deberían dirigir su atención hacia los aspectos positivos y de promoción del bienestar social luchando por erradicar las causas de la marginación.

(*) Médico rehabilitador del Centro Base de Minusválidos de El Ferrol



INTEGRACION ESCOLAR

M.^a Teresa Pérez Llorente, M.^a Dolores Ortiz García, Guadalupe Soriano Navarro y Montserrat Coll Porta (*)

LA ESCUELA INFANTIL ABIERTA A LA DIVERSIDAD

INTRODUCCION

En la mayoría de los países se consideraba que la mejor forma de atender a los deficientes era separarlos del resto de la sociedad en instituciones aisladas, pero fue a partir de 1940 cuando estas residencias fueron desapareciendo como consecuencia del reconocimiento de la educabilidad de toda persona y el derecho de todo ciudadano a la educación. Posteriormente se sustituyeron por centros específicos o escuelas de educación especial donde sólo tenían cabida niños deficientes mayores de seis años.

La concepción medicalista de la educación especial en la que el niño era categorizado por medio de etiquetas ha tenido consecuencias negativas en la educación y desarrollo de personas con disminuciones físicas, psíquicas o sensoriales, ya que se ha encasillado y clasificado a los niños según etiologías en lugar de plantearse las necesidades educativas que requieren.

Durante la década de los años sesenta se produce en Estados Unidos y en determinados países de Europa como Suecia, Noruega, Italia, un amplio movimiento de rechazo de las escuelas de educación especial. España se incorpora al movimiento integrador mediante la Ley de Integración Social del Minusválido (Ley 13/82 de 7 de abril) que desarrolla el artículo 49 de la Constitución Española de 1978. Transcurridos seis años desde entonces, es ya una realidad el reconocimiento del derecho a la diferencia que constitu-

ye la premisa esencial en el planteamiento y en la estrategia de integración de cualquier persona deficiente, esto conduce a la modificación de las estructuras organizativas y de actitudes personales.

Las directrices acordes con las tendencias actuales en esta problemática se concretan en los siguientes cuatro principios reguladores de la educación de las personas con deficiencias:

- **Normalización.** No significa convertir en normal a una persona deficiente, sino reconocerle los mismos derechos fundamentales que a los demás ciudadanos del mismo país y de la misma edad. Implica aceptar al deficiente tal como es, con sus características diferenciales proporcionándole los mismos servicios de la comunidad para que pueda desarrollar al máximo sus posibilidades y vivir una vida lo más normal posible.
- **Individualización.** Supone que a cada individuo se le exija según sus capacidades y se le respete su ritmo de aprendizaje. No se trata, pues, de exigir el mismo rendimiento académico a todos los alumnos sino mediante una atención personalizada se pretenderá que el niño alcance un máximo desarrollo.
- **Sectorización.** Recurso por el que todo sujeto tiene derecho a recibir las atenciones que precise dentro de su entorno. Permite el uso y aprovechamiento de los servicios propios de la zona.

Esta concepción crea la necesidad de la interdisciplinariedad profesional debido a la complejidad de funciones que inciden en el sector.

- **Integración.** El grupo primario en el que niño va a vivir las primeras experiencias y donde se configurará la estructura básica de su personalidad es la familia. Los padres son los responsables de ofrecer a su hijo un ambiente lo más normalizado posible, facilitándole la accesibilidad al entorno escolar y social. Para conseguir estas metas es primordial la aceptación del niño dentro del marco familiar.

La integración escolar debe empezar lo más tempranamente posible porque amplía el campo de experiencias favorecedoras del desarrollo del niño, éstas no sustituyen a las vividas en la familia, sino que las apoyan y complementan. Ambos medios, familia y centro educativo, comparten los objetivos de guiar y estimular el desarrollo psicológico del niño (Proyecto para la reforma de la enseñanza, 1987).

Actualmente la integración en la escuela implica que todos los niños, en la medida de lo posible, asistan a centros ordinarios de enseñanza, conllevando un cambio en el planteamiento del sistema educativo. Este proceso de mejora de la calidad de la educación para todos los alumnos requiere una escuela abierta que admita las diferencias individuales, que sea menos competitiva y más centrada en las posibilidades y logros individuales.

La puesta en marcha del principio de normalización llevará necesariamente a la integración social de los niños y adultos con diferencias. Esta significa la aceptación del disminuido en la vida social con los demás miembros, utilizando como un ciudadano más, los recursos sociales de los que dispone la comunidad.

De todo ello se deduce que la integración familiar, escolar y social no son niveles separados, en los que el individuo pasa de una etapa a otra una vez conseguida la anterior, sino que se dan al unísono, aunque en determinados momentos de su evolución sean más prioritarios unos u otros

en función del propio desarrollo de la persona.

En definitiva, el problema de la integración es un problema social que ha de afrontarse desde todos los niveles sociales (familia, escuela, barrio, comunidad...).

ATENCION TEMPRANA, PRIMER PASO HACIA LA NORMALIZACION

Los niños que nacen y se desarrollan de forma normal y dentro de un grupo familiar adecuado, reciben una atención y estimulación natural, suficiente para garantizar su desarrollo.

Los sujetos deficientes además del retraso que presentan tienen una relación distorsionada con el mundo que les rodea debido al impacto emocional que se produce en la familia, de aquí la necesidad de la atención temprana.

**La integración escolar
debe empezar lo más
tempranamente posible
porque amplía el campo
de experiencias
favorecedoras del
desarrollo del niño, éstas
no sustituyen a las
vividas en la familia,
sino que las apoyan y
complementan.**

La Estimulación Precoz es una intervención que se realiza durante los primeros años de vida con el fin de proporcionar al niño experiencias de aprendizaje para favorecer su desarrollo mental y social, así como para interrumpir o corregir los defectos que traban el aprendizaje. Esta acción se lleva a cabo a través de una programación sistemática. Mediante la evaluación y refuerzo de las conductas del niño se pretende que éste alcance en lo posible patrones normales de crecimiento en las habilidades motoras, cognitivas, de lenguaje y sociales.

c) Dificultades a nivel social

La comunidad carecía de Escuelas Infantiles suficientes para atender a la población de cero a seis años, siendo la mayoría privadas y costosas. Esta circunstancia que aunque en menor medida sigue produciéndose, dificultaba la integración de los niños deficientes, añadiéndose además, el desconocimiento y la marginación de estos colectivos.

1.º Intervención

Ante las dificultades detectadas fue preciso plantear una estrategia capaz de dar respuesta a la problemática presentada, siendo dirigida hacia dos direcciones:

1.1. Campaña de información y sensibilización en la propia Escuela Infantil, en donde habían sido admitidos niños con algún tipo de déficit, en las que de alguna forma se estaba llevando a cabo el proceso de integración. Se proporcionó información, material de documentación, orientaciones y programas a través de contactos periódicos. A este modo de intervención parecieron responder en mayor número los centros privados, incorporándose progresivamente los laborales y los dependientes de la Consejería de Trabajo y Seguridad Social de la Junta de Andalucía.

1.2. Actuación directa con las directoras de las Escuelas Infantiles de la Consejería de Trabajo (antiguo INAS), convocándose en febrero de 1985 unas Jornadas sobre integración del niño deficiente, dando como resultado un mayor número de admisiones de estos niños en dichos centros y un incremento de cursos y actividades relacionados con el tema, siendo organizados en algunos casos por el personal de esta Consejería de forma independiente y sin la intervención del Centro Base.

2.º Organización

Para atender adecuadamente a todos los centros industriales en donde se realizaba el proce-

so de integración fue preciso sectorizar Sevilla capital y su provincia, dividiéndose la zona urbana en los diez distritos municipales que la configuran actualmente, distribuyéndose éstos en áreas de actuación por cada dos terapeutas que se desplazaban una vez por semana. Esta actuación fue seguida tanto para los distritos municipales como para los municipios de la provincia.

Se establece un sistema de ficheros que contienen carpetas con información de todos los centros en donde están integrados niños y hojas de control de seguimiento de cada caso. Además anualmente se confecciona un listado de todas las Escuelas Infantiles existentes en Sevilla capital y su provincia.

3.º Primera experiencia de integración

A finales del año 1984 se inició la primera experiencia planteada bajo unas bases más estructuradas. Se puso en marcha una Escuela Infantil dependiente de la Consejería de Trabajo de creación reciente, ubicada en el extrarradio de la capital, con una capacidad de doscientos niños de cero a seis años.

**Para atender
adecuadamente a todos los
centros industriales en
donde se realizaba el
proceso de integración fue
preciso sectorizar Sevilla
capital y su provincia,
dividiéndose la zona urbana
en los diez distritos
municipales que la
configuran actualmente,
distribuyéndose éstos en
áreas de actuación por cada
dos terapeutas que se
desplazaban una vez
por semana.**

El centro contaba con veintiuna personas, un A.T.S., ocho auxiliares de puericultura, siete limpiadoras, un mantenedor, un guarda, dos coci-

neros y la directora, que trabajaban en horario ininterrumpido de nueve de la mañana a cinco de la tarde.

Cuando se empezaron los primeros contactos con el centro, éste ya tenía seis niños con déficits de entre tres y cuatro años. Tres de ellos estaban diagnosticados de parálisis cerebral, dos de síndrome convulsivo y uno de retraso de lenguaje.

El hecho de que hubiesen admitido a estos niños mostraba una actitud positiva ante la integración tanto a nivel de la dirección como del resto del personal, aunque eran conscientes de que su preparación era insuficiente.

3.1. Fases de actuación

- Información y orientación en cuanto a temas de interés general sobre el tipo de minusvalías ya detectadas en el centro educativo.
- Entrevistas con los padres de los niños, para que éstos pudieran ser reconocidos por el Equipo de Valoración y Orientación del Centro Base, así como, dieran su conformidad y colaboración en la aplicación del programa que iba a llevarse a cabo. Gracias a la ayuda y buena relación de la directora del centro infantil con los padres se logró su actitud positiva y activa, haciéndoles partícipes del programa.
- Recogida de datos de la observación de cada niño en su grupo de clase y de los facilitados por las puericultoras.
- Reconocimiento de los niños por el E.V.O. y el logopeda en los casos que se hizo preciso.
- Diagnóstico y orientaciones para todos los niños, así como tratamiento de logopedia en el caso del niño que presentaba retraso del lenguaje por estar afecto de hipoacusia.
- Programación de objetivos (control de esfínteres, hábitos alimenticios...) en actividades específicas en dos casos que fue necesario.
- Hojas de registro. Estas eran cumplimentadas por las puericultoras a cargo de los niños con el fin de evaluar los progresos.
- Contactos de las educadoras con los padres para la realización en casa del pro-

grama específico en las actuaciones que lo requerían.

- Encuentros periódicos de las terapeutas de estimulación y logopeda del Centro Base con las educadoras y directora del centro infantil, así como con los padres cuando lo solicitaban.
- Soporte bibliográfico.

Como resultado de las experiencias anteriores se hace evidente la necesidad de una coordinación entre la Escuela Infantil y el Equipo de Atención Temprana.

Posteriormente, los niños remitidos por el Centro Base o detectados en dicho centro fueron y son atendidos de igual forma.

En la actualidad el grupo de niños con el que se inició la experiencia están integrados en sus respectivos centros de E.G.B.

Como resultado de las experiencias anteriores se hace evidente la necesidad de una coordinación entre la Escuela Infantil y el Equipo de Atención Temprana. Esta se concreta en los siguientes aspectos:

- a) Participación en las comisiones de admisión de niños en guarderías dependientes de la Consejería de Trabajo y Seguridad Social de la Junta de Andalucía, cuidando que se respete el cinco por ciento de reserva de plazas para niños con deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, según se recoge en la circular del 11/9/85 de dicha Consejería.
- b) Detección de casos. Se efectúa al estudiar las características de los niños que solicitan su admisión en la guardería y que pueden resultar de alto riesgo por sus condiciones físicas, psíquicas o ambientales.

La detección de los niños con problemas también se realiza en los posteriores contactos que se siguen en dichos centros.

- c) Apoyo técnico. Partimos de la base de que en las guarderías no encontramos personal formado en educación especial, ni pretendemos que lo sean, tampoco intentamos que el educador deje de lado su clase y se dedique a aplicar un programa específico al niño deficiente que tiene en su grupo. Por el contrario, orientamos sobre las adaptaciones a realizar en cada caso tomando como base la programación global y objetivos que se pretenden con el resto de los niños.

También se informa sobre qué es un retraso del desarrollo, qué se entiende por tratamiento de Estimulación Precoz y cuál es el papel de los educadores en este tema. Al mismo tiempo se asesora en relación al niño que se va a integrar, se comenta su diagnóstico, nivel de desarrollo, tratamiento actual, qué ventajas encontramos en la integración de este niño y qué tipo de ayuda podemos ofrecerle.

Creemos que es fundamental una mayor coordinación de todos los profesionales implicados en la atención a la infancia a través de programas integrales que aborden simultáneamente todas las necesidades y problemas que presenta el niño.

Posteriormente se efectúa un seguimiento a lo largo del curso escolar asesorando sobre problemas concretos que puedan surgir o dificultades generales con respecto al grupo clase.

Nos planteamos que con una intervención global en la guardería y no sólo teniendo en cuenta al niño integrado se podría avanzar hacia una mejor calidad pedagógica, con lo cual nos resultaría más fácil incorporar al niño deficiente en el proceso educativo, además de prevenir posibles déficits que puedan surgir.

CONCLUSIONES

Se ha producido un cambio de actitudes a nivel de la familia, escuela y sociedad. La integra-

ción favorece a los niños con necesidades educativas especiales porque inician su proceso de normalización y a los otros niños se les enseña desde edades tempranas a convivir con la diferencia y, sobre todo, a respetarla.

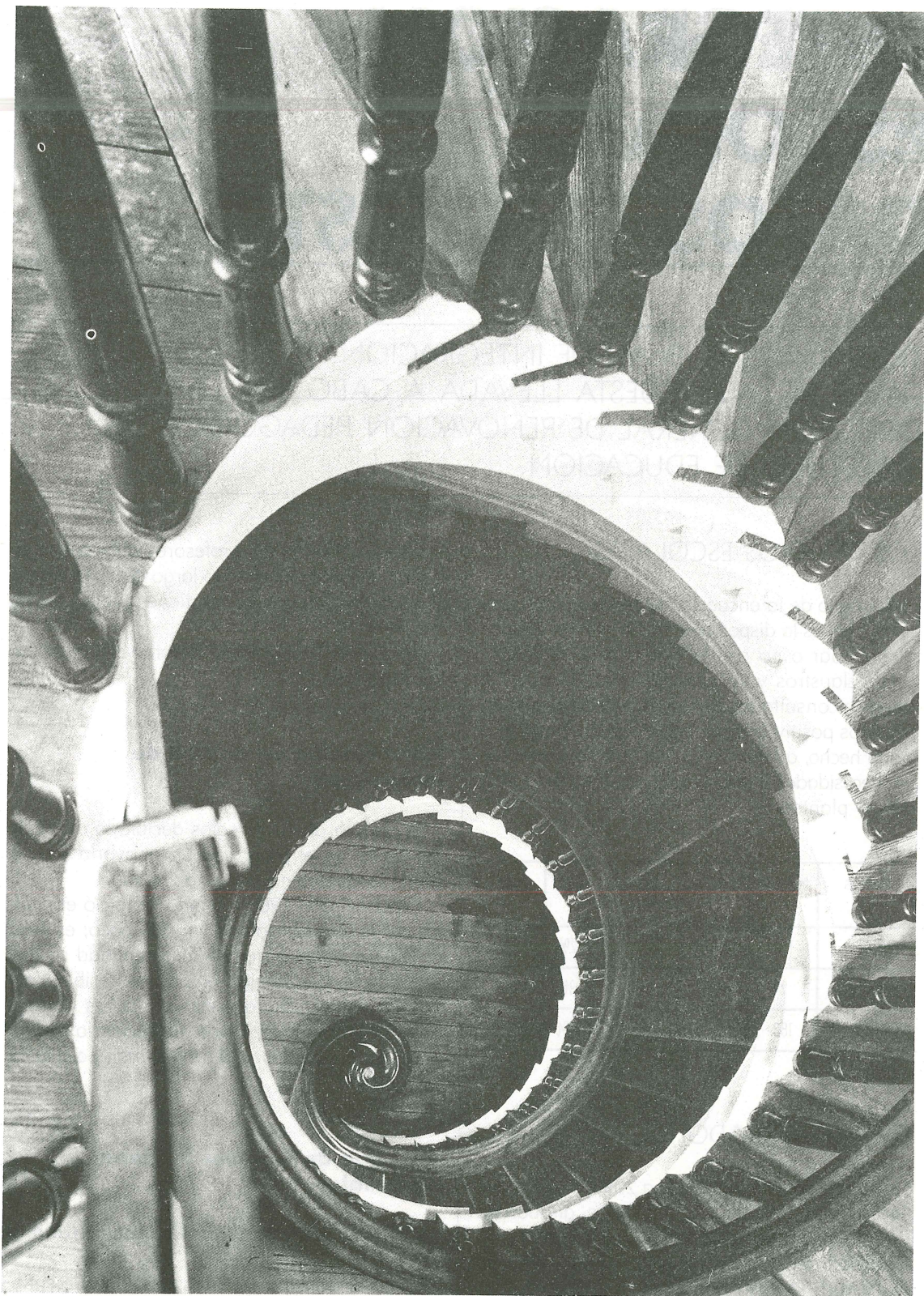
Desde que se inició en Sevilla el proceso de integración se ha observado un considerable aumento del número de niños deficientes escolarizados en centros infantiles; sin embargo seguimos pensando que es necesario una mejora de la calidad educativa, que incida principalmente en la tarea preventiva.

Creemos que es fundamental una mayor coordinación de todos los profesionales implicados en la atención a la infancia a través de programas integrales que aborden simultáneamente todas las necesidades y problemas que presenta el niño.

BIBLIOGRAFIA

- Cabrera, M. C. y Sánchez, C. (1982). La estimulación precoz: un enfoque práctico. Pablo del Río Editor, Madrid.
- Colección Seminarios y Cursos (1986). Integración en E.G.B.: Una nueva escuela. Fundación Banco Exterior, Madrid.
- Cuadernos de Pedagogía (1984). De la Educación Especial a la Integración Escolar, diciembre, 120.
- Cuartas Jornadas de Educación Especial de Escuelas Universitarias del Profesorado de E.G.B. (1984). La integración del niño disminuido en la escuela ordinaria. C.E.P.E., Madrid.
- Giné, C. (1987). El retraso en el desarrollo: una respuesta educativa. Infancia y Aprendizaje, 39-40, 83-94.
- Ministerio de Educación y Ciencia (1987). Proyecto para la reforma de la enseñanza. Educación infantil, primaria, secundaria y profesional. Propuesta para debate. Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia, Madrid.

(*) Centro Base de Minusválidos de ASERSASS de Sevilla.



La espiral magnífica, número 7.

INTEGRACION ESCOLAR. DATOS ENCUESTA

TRES AÑOS DEL PLAN DE INTEGRACION.
DATOS DE LA ENCUESTA LLEVADA A CABO POR LA
DIRECCION GENERAL DE RENOVACION PEDAGOGICA DEL
MINISTERIO DE EDUCACION

LOS CENTROS ESCOLARES

El objeto de la encuesta era, en este caso, conocer cuál es la disposición de los centros de cara a continuar o no con la experiencia iniciada.

Los claustros y los consejos escolares de los colegios consultados han puesto de relieve tanto aspectos positivos como negativos del programa y han hecho, además, algunas observaciones sobre necesidades que la puesta en práctica del programa plantea.

Centros	Número	Contestan	No Contestan	Sí	No
Públicos	154	98,70%	1,30%	93,42%	6,58%
Concertados	29	96,55%	3,45%	100%	
TOTALES	183	98,36%	1,64%	94,44%	5,56%

EL PROFESORADO

Las cuestiones planteadas a 2.193 docentes, de 146 centros públicos y concertados, giraban en torno a la actitud a favor o en contra de la continuación del proyecto y de la opinión sobre su viabilidad. El 90% de los encuestados respondió afirmativamente.

Sólo un 9% de los profesores afirma que su actitud «ha empeorado a lo largo del programa». El resto asegura que se mantiene igual o que ha mejorado.

Otras opiniones giraban en torno a los siguientes aspectos:

Participación en el plan de integración

El 50,5% de los colegios decidió la inclusión del centro en el programa por mayoría y en el 38% se determinó por unanimidad.

Desde el año 1985, cuando se inició el plan, los datos al respecto han variado poco; es más, el 24% considera que en la actualidad se han reducido los porcentajes. Una de las posibles causas apuntadas para que esto sea así es «la falta de recursos administrativos y la ausencia de programas de formación del profesorado para la integración».

Dotación de recursos humanos y materiales

a) Docentes y personal especializado

El 65% de las respuestas señalan que el Ministerio ha cumplido en cuanto a recursos huma-

nos previstos en el programa. En general, las opiniones son favorables en relación con los profesores de apoyo, los especialistas, los equipos multiprofesionales y sobre la labor que todos ellos desempeñan.

No obstante, se detecta cierta desconexión entre los equipos y los profesores del aula ordinaria de los centros, que se pone de manifiesto en el hecho de que el 37,6% de los encuestados respondió en el apartado «no sabe/no contesta» a la pregunta: «¿Qué actividades desempeña el equipo multiprofesional?».

Igualmente, ha quedado patente el descontento general sobre la contribución del Ministerio a la formación y perfeccionamiento del profesorado. Un 80% de las respuestas destacan este hecho y el 52% de los profesores estiman que su formación no es adecuada. Sin embargo, pese a esta falta de ayuda ministerial, consideran que la integración, en líneas generales, ha tenido efectos positivos sobre la formación y perfeccionamiento profesional.

Son los profesores de centros urbanos, de centros concertados, de los que han tomado parte en la Evaluación del Programa de Integración (EPI), junto con los especialistas y profesores de apoyo, los que piensan que el programa ha sido más beneficioso para ellos y que su formación es adecuada.

La casi totalidad de los docentes encuestados (94,5%) cree que es necesario garantizar la estabilidad del profesorado en los centros para poder desarrollar eficazmente los programas de integración.

El conjunto de los resultados pone de relieve que los profesores, en su mayoría, trabajan de forma coordinada en los centros en los que se lleva a cabo el proyecto, tanto en lo que se refiere a la programación en general como en el análisis de la problemática de los alumnos con necesidades educativas especiales.

b) Material didáctico y equipamiento técnico

El 77% de los encuestados considera que los recursos materiales facilitados por el Ministerio son adecuados, pero la mayoría cree que son insuficientes y que no han llegado a tiempo. Este

descontento es mayor en los centros concertados, de tamaño medio, en los no incluidos en la Evaluación del Programa de Integración y entre los especialistas.

El 74% de las respuestas denota que la mayoría de los docentes piensa que la integración ha contribuido a un mejor aprovechamiento y uso de los recursos existentes.

Contenidos educativos y evaluación escolar

El 79% del profesorado estima como efecto beneficioso de la integración la modificación del currículum escolar, citando como cambios más frecuentes aquéllos que afectan a contenidos, objetivos y, en menor medida, a la metodología. Estos cambios se han apuntado, sobre todo, desde los centros pequeños y medios. En los centros rurales grandes y entre los profesores del EPI aparecen diferencias únicamente para las modificaciones de objetivos.

Por lo que se refiere a la incidencia del programa sobre el estilo de enseñanza, aproximadamente la mitad de las respuestas indican que la dinámica del aula ha mejorado. Esta opinión está más extendida entre los profesores de centros urbanos, centros pequeños y medios, del EPI y entre el profesorado de apoyo.

Un alto porcentaje asegura que los alumnos integrados han avanzado de acuerdo con los objetivos educativos programados.

En cuanto a la evaluación de los niños integrados, el 92% de los profesores afirma evaluar con respecto al propio sujeto. Lo más frecuente es que la evaluación la realice el profesor-tutor junto con el profesor de apoyo, aunque un 37% responde que la llevan a cabo todos los profesores implicados. Este porcentaje se eleva en los centros concertados, urbanos y del EPI.

Raramente los profesores utilizan como criterio de promoción la media, siendo la promoción automática el criterio señalado como de uso más frecuente.

Hay que destacar que el 70% de los docentes opina que la integración ha ayudado a la innovación del centro y a la mejora de la calidad de enseñanza.

Socialización y relaciones comunicativas

Son pocos los profesores de aula que han contestado a las cuestiones que se hacían sobre este apartado; sin embargo, las opiniones de los profesores en contacto con niños de integración son muy favorables.

Más del 90% considera que el proceso de socialización de los alumnos ha mejorado y el 99% opina que los niños integrados se encuentran agusto en el centro. Los problemas de adaptación se detectaron a comienzos del curso, siendo mínimos y desapareciendo posteriormente.

El 68% de los encuestados que responden atestiguan que los cambios observados en el centro se han generalizado de forma favorable al ambiente extraescolar —familiar y social— Parece que los niños han mejorado en todos los aspectos desde el comienzo del programa.

De las respuestas de los profesores se puede inferir que la actitud de los padres de los niños integrados es propicia al desarrollo del programa y que sus expectativas de éxito han mejorado.

Sobre las campañas sociales llevadas a cabo por el Ministerio, el 47,5% estima que su influencia ha sido positiva. El grupo de «especialistas»

es el que más frecuentemente opina que esta influencia ha sido negativa. No se conoce el porqué de estas respuestas.

Mejoras que se estiman oportunas

Las mejoras que se consideran necesarias apuntan en dos sentidos: el propio centro y el programa en general.

a) El centro escolar

Las categorías más señaladas fueron: la mejora de los recursos humanos, apuntada por el 69%, y de recursos materiales, destacada por el 50%. Ambos cambios son los requeridos con más frecuencia por los profesores de los centros concertados.

b) El programa en general

Alrededor de un 60% de las respuestas demanda cambios en lo referente a acciones de la Administración, cumplimiento de compromisos y formación del profesorado.

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA: PREVISIONES Y MEJORAS EN EL CURSO 88-89

CENTROS ESCOLARES	PROFESORADO Y PERSONAL ESPECIALIZADO	RATIOS	CONTENIDO EDUCAT. Y RECURSOS DIDACT.
<p>116 nuevos centros se incluirán en el programa de integración de alumnos de Educación Especial.</p> <p>De ellos, serán centros preferentemente de interpretación de niños sordos.</p> <p>Los centros seleccionados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> — 106, colegios públicos y — 10, colegios concertados. <p>Se ha dado prioridad a aquellos colegios que están ubicados en sectores de la población en los que hay una menor oferta educativa de integración y, entre éstos, a los que albergan escuelas infantiles de integración. En zonas de población rural y diseminada podrán seleccionarse proyectos de integración en los que participen dos o más centros de forma conjunta y coordinada. En los sectores en los que se de-</p>	<p>Las nuevas dotaciones previstas fijan, tanto para centros públicos como concertados, un profesor de apoyo por cada dos unidades de Educación Preescolar y ocho de EGB. (Entre los centros concertados hay variaciones según la modalidad de concierto establecido con el MEC.)</p> <p>El personal encargado de las unidades será cualificado y estará en posesión de la titulación adecuada de acuerdo con las funciones que deba desarrollar.</p> <p>Se prevé un incremento del personal cualificado en el siguiente número:</p> <ul style="list-style-type: none"> — 151, profesores de apoyo. <p>El número total de profesionales especializados será de 1.294. De ellos, el 70,6% serán profesores de apoyo y el 20,4%, logopedas.</p> <p>Se estima conveniente que la mayoría del claus-</p>	<p>Se modifica el número de alumnos en cada una de las unidades de Educación Preescolar y Primer Curso de EGB, que se deberá situar progresivamente entre 20 y 25 alumnos por unidad. No siendo nunca este número superior a veinticinco, incluidos los propios alumnos con necesidades especiales.</p> <p>El número de alumnos con necesidades especiales en cada unidad será de dos niños.</p>	<p>Se contempla el impulso de los cambios metodológicos necesarios para que las adaptaciones curriculares sean viables, así como las modificaciones organizativas, tanto en el aula y en el ciclo como en el centro, en su conjunto.</p> <p>Con ello se pretende una mayor flexibilidad en los agrupamientos de los alumnos y un mayor aprovechamiento en el uso de los apoyos y recursos.</p>

CENTROS ESCOLARES	PROFESORADO Y PERSONAL ESPECIALIZADO	RATIOS	CONTENIDO EDUCAT. Y RECURSOS DIDACT.
<p>tecte un número suficiente de alumnos con una determinada deficiencia, podrán autorizarse centros de integración que, preferentemente, escolaricen a estos alumnos.</p> <p>El número total de centros que forman parte del programa de integración es de 559. De ellos, 491 son colegios públicos y 68, concertados. De todos ellos, 32 serán centros preferentemente de integración de niños sordos.</p> <p>A estos colegios hay que añadir los de seis Comunidades Autónomas con competencias plenas en educación.</p> <p>Los centros incluidos en el proyecto tendrán preferencia para recibir la atención de los Equipos Psicopedagógicos del MEC.</p> <p>El ministerio podrá acordar la finalización de la experimentación en los centros seleccionados que, en el desarrollo de ésta, no se adecúen a los objetivos señalados.</p>	<p>tro de profesores de los centros seleccionados tenga destino definitivo en el centro o que, al menos, se garantice su estabilidad en él durante tres cursos.</p> <p>Los docentes, incluidos en el Plan de Integración, participarán en cursos y seminarios con el fin de facilitar su formación profesional cuando sea necesario.</p>		

ESTADO DEL PROGRAMA DE INTEGRACION

Cursos	Centros Públicos	Centros Concert.	Total de Centros	Profes. de Apoyo	Logopedas
1985-86	152	29	181	341	146
1986-87	146	24	170	267	147
1987-88	87	5	92	155	87
1988-89	106	10	116	151	—
TOTALES	491	68	559	914	380

UNAS RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES DE LA CONFERENCIA DE LA LIGA INTERNACIONAL DE ASOCIACIONES EN FAVOR DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL (Madrid, XI-1984)

1. DERECHOS

Las personas con deficiencia profunda merecen respeto y dignidad. El valor de un ser humano es independiente de la naturaleza y gravedad de sus disminuciones. Por tanto, las personas con deficiencia profunda deberían ser ayudadas, en la medida de lo posible, a ser más independientes en la toma de decisiones sobre sus vidas diarias y desarrollo futuro.

2. PREVENCIÓN

En muchos casos, la deficiencia mental profunda puede prevenirse. La Liga debe recoger información sobre las posibilidades de prevención primaria. Hay que hacer todo lo posible, de acuerdo con los recursos y posibilidades de cada país o región concretos, para tomar medidas que puedan prevenir o reducir la frecuencia de la deficiencia mental profunda. Además, los países más desarrollados deben de hacer todo lo que esté a su alcance para ayudar a

los que lo son menos, por ejemplo en reducir la incidencia y efectos de la desnutrición grave.

3. INFORMACIÓN, ACTITUDES Y ACEPTACIÓN

La Liga debe aumentar sus esfuerzos para reunir información que ayude a los gobiernos y otras organizaciones a fomentar una actitud más positiva ante las personas con deficiencia mental por parte de los políticos y a fin de asegurar que puedan ocupar su lugar adecuado en la sociedad.

4. LA ASISTENCIA ESPECIAL PARA SITUACIONES CONCRETAS DE VIDA

Los padres que se enfrentan al nacimiento de un hijo con deficiencia profunda necesitan una

Hay que hacer todo lo posible, de acuerdo con los recursos y posibilidades de cada país o región concretos, para tomar medidas que puedan prevenir o reducir la frecuencia de la deficiencia mental profunda.

ayuda particular. Algunos de los miembros de la Liga han podido proporcionar una ayuda de enorme valor a estas familias, por ejemplo por medio de los programas de apoyo entre familias. La Liga debería difundir información sobre este tema e intentar convencer a los gobiernos que se necesita ayuda de esta naturaleza y que merece su pleno apoyo económico.

5. INTERVENCION TEMPRANA

Todos los especialistas afirman unánimemente que es de gran valor la intervención temprana para ayudar a los niños con deficiencias profundas. La Liga debería difundir información sobre las posibilidades de progreso. Se pide a la Liga que convoque una conferencia sobre este tema específico del cuidado e intervención temprana a favor de niños con deficiencias profundas.

6. SERVICIOS INSTITUCIONALES

En las discusiones sobre este tema surgió una gama muy amplia de actitudes y opiniones sobre el mismo. Se expresaron diferentes opiniones sobre la posible contribución que pueden efectuar las instituciones residenciales. No obstante, se acordó por unanimidad que incluso las personas con deficiencia mental profunda pueden y deben ser ayudadas para llevar el tipo de vida más normal posible. En algunos países concretamente (Suecia, Dinamarca, el Reino Unido y Norteamérica), se

está reduciendo gradualmente el número de personas internadas en grandes instituciones y, en muchos casos, se ha programado la desaparición total de esos grandes centros. En otros países, sin embargo, se está precisamente en el proceso de montar estas instituciones a fin de proporcionar una mejor calidad de vida para las personas con deficiencia profunda (por ejemplo, algunos países asiáticos). La Liga debería pues hacer todo lo posible, ser medio de contactos con sus asociaciones miembros, para difundir información sobre los modelos de provisión de servicios en diferentes países. Conviene hacer el máximo para proporcionar información sobre las maneras en que puede mejorarse la calidad de vida de las instituciones existentes a fin de que los residentes puedan llevar el tipo de vida más normal posible.

7. MEDIDAS EN CUANTO AL ALOJAMIENTO

Conviene apoyar el desarrollo de un amplio abanico de tipos diferentes de alojamiento para personas con deficiencia profunda. La Liga debería estimular el intercambio de información sobre la gama de posibles servicios. Por ejemplo, debe compartirse información sobre las maneras en que unas familias sustitutas pueden ayudar a los padres a proporcionar alojamiento alternativo en viviendas ordinarias para aliviarles un poco, al tiempo que se proporciona a la persona con deficiencia profunda la experiencia de vivir en otro entorno. Debería dis-

Conviene apoyar el desarrollo de un amplio abanico de tipos diferentes de alojamiento para personas con deficiencia profunda.

ponerse de una serie de viviendas diferentes en las que pudieran alojarse niños y adultos durante períodos de pocas semanas.

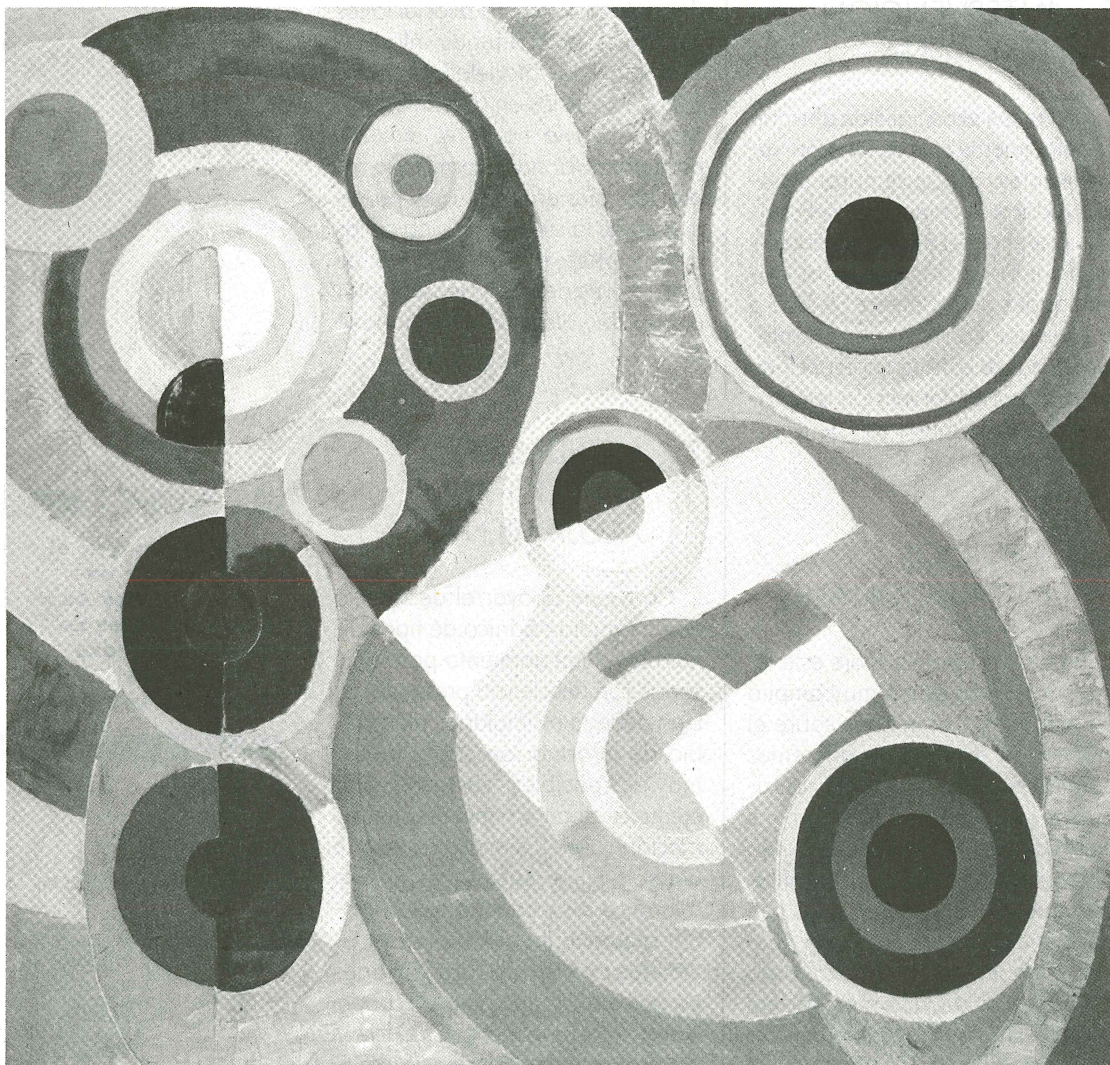
8. EDUCACION

Cada persona es capaz de cierto grado de aprendizaje, sea cual fuere su edad o su grado de deficiencia. Es pues fundamental desarrollar adecuadas oportunida-

des para el aprendizaje tanto dentro como fuera de la escuela.

9 ESCOLARIZACION

Los niños con deficiencia mental profunda deben tener acceso a todos los servicios educativos que están a disposición de los demás niños. Por ejemplo, las escuelas deberían ampliar la gama de oportunidades de aprendizaje dis-



Robert Delaunay. "Alegria de vivir" (1930).

ponibles para todos los niños y tender al máximo grado de integración entre niños deficientes y no deficientes que se considere adecuado, teniendo en cuenta las circunstancias locales.

10. TRABAJO Y OCUPACION

Todas las personas con deficiencia mental, independientemente de la naturaleza y gravedad de sus alteraciones, deberían disponer de algún tipo de ocupación que tenga algún significado.

11. LA NECESIDAD DE ASISTENCIA Y SERVICIOS CUANDO LOS PADRES NO PUEDEN YA CUIDAR A SU HIJO

La Liga debe proporcionar ejemplos de prácticas adecuadas sobre los modos en que se ha enfocado esta difícil cuestión. Las medidas que se tomen para personas con deficiencia mental profunda una vez que sus padres no puedan ya cuidarlas deben ser aceptables tanto para la familia como para la persona interesada.

12. COLABORACION ENTRE PADRES Y PROFESIONALES

Los padres y profesionales deben trabajar juntos como equipo,

a fin de luchar por el aprendizaje y desarrollo de la persona con deficiencias. La Liga, como representante de los padres, debe hacer todo lo que esté a su alcance para fomentar esta colaboración.

13. COLABORACION MULTIDISCIPLINARIA ENTRE PROFESIONALES

Los especialistas interesados por diferentes aspectos de la incapacidad deben tener al menos cierto grado de formación conjunta. Cada profesional debe saber algo sobre los conocimientos y capacidades de los demás profesionales.

14. FORMACION DEL PERSONAL

El personal que trabaja con personas con deficiencia profunda debe ser entrenado al más alto nivel posible. La mesa redonda sobre formación de familias, organizada por la ILSMH en Hong Kong, ha demostrado que en un período tan breve como el de una semana se puede intercambiar una cantidad notable de información y conseguir un elevado grado de desarrollo. Por encima de cualquier aptitud técnica que posea el personal, conviene que no se olviden las aptitudes más cualitativas y humanas que necesita.

Para ayudar a la formación del personal, debe animarse el intercambio de información y persona entre países. La Feria del Compañerismo de la Liga es un primer paso en la dirección correcta.

Todas las personas con deficiencia mental, independientemente de la naturaleza y gravedad de sus alteraciones, deberían disponer de algún tipo de ocupación que tenga algún significado.

EMPLEO Y COCEMFE

PLAN DE CREACION DE EMPLEO ELABORADO POR LA JUNTA DIRECTIVA DE LA COCEMFE

La situación de desempleo que afecta al colectivo de personas minusválidas, es uno de los problemas más graves y prioritarios a afrontar por la Junta Directiva de la COCEMFE en este mandato.

La situación de desempleo que afecta al colectivo de personas minusválidas, es uno de los problemas más graves y prioritarios a afrontar por la Junta Directiva de la COCEMFE en este mandato. Este problema, consecuencia de la limitación e insuficiencia del tejido económico en un mercado de trabajo presidido por los problemas derivados de la reconversión y el aumento de desempleo, constituye un reto que exige de los Organos de Gobierno de la COCEMFE y de las Federaciones de Asociaciones de Minusválidos que forman parte de ella todo el esfuerzo y colaboración para hacer del colectivo un grupo de personas integradas laboralmente que resuelva el problema de aislamiento y marginación en el que están inmersos.

Si a estos hechos objetivos añadimos las nuevas tendencias de los grupos políticos que están especialmente sensibilizados ante el problema del paro juvenil y de la integración de la mujer, resulta un panorama desolador para la integración laboral de las personas

minusválidas que incide fuertemente en la responsabilidad que todos debemos asumir en resolver el desempleo de nuestro colectivo.

Frente a esta realidad, y en cumplimiento de las resoluciones de la Comisión de Trabajo del III Congreso de la CEMFE, es por lo que la Junta Directiva ha elaborado un plan de empleo de personas minusválidas, en cuyo desarrollo están inmersas todas las Federaciones de Asociaciones de Minusválidos.

I. PROPUESTAS REIVINDICATIVAS

1. COOPERATIVAS. Que la Administración defina claramente y amplíe a los socios fundadores las bonificaciones en las cuotas de la Seguridad Social, lo que es posible realizar, tanto a nivel de los Programas de Fomento de Empleo como al amparo del Real Decreto 1451/83 de 11 de mayo.

2. AUTONOMOS. Establecer un sistema de reducción en la cuo-

ta de cotización a la Seguridad Social dentro del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos. Esta reducción estaría enmarcada dentro de los límites establecidos por los programas de fomento de empleo.

Ampliar la subvención de 400.000 pesetas para aquellos minusválidos que se den de alta en Licencia Fiscal de actividades profesionales y que no puedan encuadrarse dentro del Régimen especial de los Trabajadores Autónomos.

Supresión del requisito «... no percibir por ningún concepto cantidad igual o superior al Salario Mínimo Interprofesional» en la solicitud de subvención de 400.000 pesetas.

Estas primeras líneas reivindicativas deben ser asumidas por la Junta Directiva de la COCEMFE, al corresponder la competencia, por razón de la materia, a la Administración Central, a través del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

3. ACCESO AL EMPLEO PÚBLICO. La adaptación de la prueba debe interpretarse en sentido amplio, entendiéndose que se deben realizar en locales adaptados e incluso con personal de apoyo, para que las barreras arquitectónicas o de otra índole no supongan un obstáculo a su realización.

Debe entenderse que el órgano competente para emitir el certificado sobre compatibilidad al puesto de trabajo es el del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en cumplimiento del Artículo 38-3 de la Ley de Integración Social del Minusválido, y nunca los Organos de la Administración Sanitaria, a los que otorgan competencia los distintos Reales Decre-

tos que aprueban la Oferta de Empleo Público.

Establecimiento de cupo de reserva para personal funcionario, al entender que no existen razones de peso que lo imposibiliten.

Aumento de los cupos de reserva para personal laboral entre un 3% y un 7%, según las recomendaciones de la Comunidad Europea.

4. EMPLEO ORDINARIO. Exigir el cumplimiento estricto de la reserva legal obligatoria del 2%, tanto en la empresa ordinaria como en la Administración Pública. Exigir el cumplimiento del artículo 5 del Real Decreto 1451/83, en el que las empresas están obligadas a enviar al INEM relación detallada de los puestos de trabajo ocupados por trabajadores minusválidos y de aquéllos que por sus características puedan ser reservados a los mismos.

Estas últimas líneas reivindicativas deberán ser asumidas por todos los órganos directivos de las Federaciones y de la COCEMFE, que velarán por el cumplimiento de las medidas compensatorias de las diversas ofertas de empleo público que se elaboren tanto por la Administración central como autonómica y local, lo que exige estar presentes e informar a los distintos responsables de las Administraciones para que cumplan tanto la reserva del 2% como las restantes medidas.

En lo referente al empleo por cuenta ajena en empresa ordinaria, deberán abrirse canales de diálogo directos y permanentes, tanto con la Administración (INEM) como con las organizaciones empresariales, C.E.O.E., CEPYME u otras implantadas en la demarcación territorial de competencia exclusiva de las Federaciones.

En lo referente al empleo por cuenta ajena en empresa ordinaria, deberán abrirse canales de diálogo directos y permanentes, tanto con la Administración (INEM) como con las organizaciones empresariales, C.E.O.E., CEPYME u otras implantadas en la demarcación territorial de competencia exclusiva de las Federaciones.

blecidas, como desarrollo de la LISMI, ofrecen unas expectativas importantes a la hora de crear o ampliar CEE, Cooperativas, SAL y autónomos.

La creación de estas empresas estará condicionada por la capacidad del tejido productivo de la demarcación territorial en el que se implanten, por lo que la negociación con el mundo empresarial toma un especial relieve para constatar qué procesos productivos pueden ser asumidos por las nuevas empresas y que puedan tener viabilidad económica a través de la subcontratación dentro de una actividad económica más amplia.

Aquí cobra especial importancia la formación profesional, que tendrá que tener muy en cuenta la introducción de nuevas tecnologías en los procesos productivos que aparecen como un factor clave para la supervivencia de las empresas y, por tanto, para el mantenimiento y creación de puestos de trabajo.

Asimismo es fundamental la creación de una mentalidad empresarial y cooperativista entre nuestros asociados que evite unir a los problemas económicos de supervivencia de las empresas los problemas humanos que a veces han hecho fracasar estas iniciativas.

6. ASESORAMIENTO Y APOYO. La COCEMFE aportará, a través de sus equipos técnicos, el asesoramiento y apoyo necesarios, tanto en la creación de empresas como en las demás líneas contempladas en otras capitales, canalizando una información correcta sobre ayudas y subvenciones, de forma que resulten conocidos y transparentes para cualquier interesado.

Todo lo enumerado anteriormente exige un esfuerzo conjunto de las Asociaciones y Federaciones, debiéndose establecer una comisión de seguimiento que vele por el cumplimiento del plan y analice su evolución.

Esta comisión estará compuesta por un representante de cada Comunidad Autónoma, debiéndose establecer en una primera reunión las normas de actuación.

Ya es un lugar común entre los expertos hablar de la dualización de la sociedad o de la sociedad dual. Con este término se expresa la transformación social consistente en la formación de un mercado central de trabajo altamente cualificado y bien retribuido y un mercado periférico de trabajo sin cualificación, mal retribuido e inestable. La dualización de la sociedad se produce, entre otros factores, porque la política seguida para superar la crisis económica se desarrolla reduciendo el número de personas implicadas directamente en la actividad productiva, gracias a la revolución tecnológica.

Esto provoca la aparición de grandes bolsas de marginación social, pues el crecimiento del número de desempleados se produce cuando el sistema de seguridad vigente está concebido como mecanismo protector de los que trabajan.

Paralelamente a esta profunda mutación social, asistimos a otras transformaciones culturales como, por ejemplo, la actitud ante el trabajo. Hasta ahora vivimos en una «cultura del trabajo», y ya no sucede así porque el trabajo está dejando de ser el mecanismo universal de integración social. Aparecen nuevas manifestaciones culturales correspondientes al lugar

Es fundamental la creación de una mentalidad empresarial y cooperativista entre nuestros asociados que evite unir a los problemas económicos de supervivencia de las empresas los problemas humanos que a veces han hecho fracasar estas iniciativas.

que se ocupa en la sociedad dual a que antes se hacía referencia.

Desde el punto de vista del empleo, estos grandes cambios sociales en curso afectan particularmente al colectivo de minusválidos físicos. Por una parte, somos un colectivo cuyo acceso al empleo es relativamente reciente y ocupamos una posición precaria en el mercado de trabajo. Por la otra, nuestra cualificación profesional es insuficiente ante los cambios tecnológicos. Es decir, en la sociedad dual nos encontramos en el mercado periférico de trabajo.

Ante esta situación, la política de las administraciones públicas ha obviado la reforma del sistema de seguridad social en el sentido de su universalización. El único intento importante fue en 1978 con ocasión de los Pactos de la Moncloa, y su alcance y resultados son pobres. Con posterioridad ha habido un desarrollo legislativo (LISMI, 1982), más medidas especiales de fomento de empleo y el Plan FIP. A pesar de no haberse abordado la reforma del sistema de seguridad social, este conjunto de políticas han creado un clima favorable para el crecimiento del empleo en el colectivo de minusválidos, especialmente en las administraciones públicas (funcionarios y personal laboral) y en el denominado autoempleo (Centros Especiales de Empleo, autónomos).

Las expectativas favorables en principio no se han traducido en frutos palpables. La incorporación a la empresa ordinaria torpiza con el problema del paro y, esto es importante, nuestra baja cualificación profesional. En las ofertas de empleo público accedemos sólo a puestos de baja cualificación. Los Centros Especiales de

Empleo ven amenazada su supervivencia por agobios financieros que impiden su desarrollo como empresas rentables y competitivas. Algo parecido puede decirse de los autónomos.

Dicho de otra forma, las medidas especiales de fomento de empleo para el colectivo de minusválidos pueden acabar convirtiéndose en «política social», en una forma encubierta de subsidio de desempleo, semejantes en cierta forma al sistema de pensiones y ayudas de la LISMI, pero con las agravantes de su temporalidad y las estrecheces presupuestarias, además de los larguísimos plazos que se concede la Administración para la concesión de las subvenciones.

Se corre el peligro de que se desvirtúe la naturaleza de esta llamada política de empleo. Pero no debemos quedarnos en la simple crítica. De ella sólo podría salir, en el mejor de los casos, un debate a ultranza de la llamada política de empleo con la coletilla socorrida de «lo que pasa es que no se utiliza».

Hemos de plantear una alternativa a la Administración: que enfoque la política de empleo como asunto económico, medible con términos de rentabilidad y competitividad empresarial, y no como un asunto social. Esto quiere decir que la Administración debe buscar un interlocutor en el propio colectivo de minusválidos y negociar un acuerdo global sobre empleo en el que se incluye, principalmente, la financiación de iniciativas empresariales (infraestructura, producción, plantilla y comercialización) según criterios de racionalidad económica y la adecuación y agilización del plan de formación profesional.

Hemos de plantear una alternativa a la Administración: que enfoque la política de empleo como asunto económico, medible con términos de rentabilidad y competitividad empresarial, y no como un asunto social.

Este acuerdo global sobre empleo debe tener ámbito nacional y duración determinada.

Por este camino puede abrirse paso una política realista de em-

pleo para el colectivo de minusválidos.

RESOLUCION FINAL DEL 2.º CONCURSO DE LA FIMITIC SOBRE EMPRESAS PROTEGIDAS PARA MINUSVALIDOS

**GLATTBRUGG BEI ZÜRICH,
SUIZA, 7 DE MAYO, 1988**

Las empresas protegidas para minusválidos son instituciones de rehabilitación. Deben capacitarlas, si es posible integrarlas en el mercado ordinario de trabajo.

Los participantes del 2.º Congreso de la FIMITIC sobre «Empresas Protegidas para Minusválidos: ¿alternativa para Trabajadores Minusválidos?», reunidos entre el 5 y 8 de mayo de 1988 en Glattbrugg bei Zürich, han resuelto lo siguiente:

1. Las empresas protegidas para minusválidos son instituciones de rehabilitación. Deben capacitarlas, si es posible integrarlas en el mercado ordinario de trabajo.

2. Las empresas protegidas, para aquellos minusválidos cuyo tipo o gravedad de afectación excluye la integración en el mercado ordinario de trabajo, deben concebirse como una oferta de las mejores posibilidades de trabajo según su capacidad. Debe evitarse cualquier cambio en la administración, por ejemplo una privatización, o cualquier cambio en la estructura en detrimento de los minusválidos gravemente afectados.

3. Las empresas para minusválidos (además de proporcionar

una oportunidad para trabajar) deberían ofrecer asistencia para el desarrollo de la personalidad y la integración social de los minusválidos.

4. Las empresas para minusválidos deben hacer esfuerzos continuos para adaptar el tipo y las condiciones de trabajo que ofrecen según los cambios del mercado de trabajo y los avances tecnológicos.

5. Las empresas para minusválidos deben incrementar la promoción y comercialización propias para depender menos del mercado libre, según las condiciones concretas de cada país.

6. Los salarios de las empresas para minusválidos deben equipararse con los principios del mercado ordinario de trabajo.

7. Las posibilidades de cogería de los trabajadores minusválidos en las empresas protegidas deben institucionalizarse, y las normas laborales deben ser aplicadas según la finalidad de estas empresas.

EL TRANSPORTE PARA PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA

PRIMERAS JORNADAS DE ESTUDIO

CONCLUSIONES:

1. Exigencia del cumplimiento del artículo 59 de la LISMI, mediante la puesta en vigor de un Derecho de movilidad, que adapte al máximo posible los sistemas de transportes actuales.
2. Las acciones que sobre el transporte se realicen en su mejora responden a un derecho de actuación para personas con movilidad reducida. Por ello el campo de actuación no debe dejar olvidado a sectores de población como la tercera edad y otros.
3. Instar a la Federación Española de Municipios y Provincias para que sus miembros adopten las modificaciones dentro de sus ordenanzas municipales relativas a la reserva de plazas de estacionamiento para personas con movilidad reducida, mediante la inclusión del término «una por cada X o fracción».
4. De igual modo, instar a esta Federación para la creación de un modelo de tarjeta única de estacionamiento, expedida por cada municipio, válida en todo el término nacional y en el menor plazo posible.
5. Homologación de las señales de estacionamiento reservado a través del símbolo internacional de discapacitado.
6. Campaña publicitaria para la concienciación cívica en el respecto de los vados y de los estacionamientos reservados en nuestras ciudades.
7. Instar al Ministerio del Interior a través de la Dirección General de Tráfico, para que controle la existencia en todas y cada una de las provincias de autoescuelas con vehículos de enseñanza adaptados, para que cualquier persona con movilidad reducida tenga opción al aprendizaje y obtención del carnet de conducir en su área geográfica de residencia.
8. Instar al Ministerio de Hacienda para que estudie la modificación del requisito necesario, la posesión de carnet de conducir, para la reducción del tipo impositivo en la adquisición de vehículos. Es decir, para aquellas personas que por su grave afectación motórica no pueden utilizar sistemas de transporte público y necesitan de otra persona en sus desplazamientos.
9. Petición a este mismo Ministerio de eliminar el tope de 12 c.v. fiscales como requisito para la imposición del tipo ordinario del IVA (12%).
10. Puesta en marcha de oficinas de Información en los servicios de transporte con sistemas accesibles de comunicación para minusválidos sensoriales.
11. El coste económico de las adaptaciones en los sistemas de transportes no es justificación válida para eludir el cumplimiento de la ley.

Madrid, junio de 1988

¿GHETTO O INTEGRACION?

Mario Grande Esteban

LOS CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO ANTE EL FUTURO

De hecho, entre las diferentes vías de integración laboral, los Centros Especiales de Empleo se consignan como aquella que más posibilidades brinda.

El empleo protegido para las personas con discapacidad está necesitado de un impulso en el que deben participar tanto las Administraciones Públicas como las asociaciones de nuestro colectivo y otros agentes sociales (patronales y sindicatos, especialmente). Ello es así porque el mercado general de trabajo ofrece serias resistencias a la incorporación de trabajadores con algún tipo de discapacidad (física, psíquica, sensorial); y también porque las medidas especiales de fomento de empleo deben enmarcarse en una verdadera política de empleo con participación mayor de todos los agentes sociales antes mencionados.

De hecho, entre las diferentes vías de integración laboral, los Centros Especiales de Empleo se consignan como aquella que más posibilidades brinda. Sin embargo, los Centros Especiales de Empleo no deben ser «estacionamientos» de mano de obra barata, mal cualificada y sin alicientes. El riesgo existe desde el momento en que al loable propósito

de crear empleo no se le acompaña de objetivos empresariales que tengan en cuenta las necesidades del mercado de bienes y servicios y se creen empleos atractivos. Es decir, los Centros Especiales de Empleo, para ser realmente una alternativa de integración laboral, deben ser empresas rentables y competitivas, que operen en líneas de producción con posibilidades de futuro y que estén gestionadas democrática y empresarialmente.

Con este objetivo de rentabilidad y competitividad mediante empleos atractivos, nació el pasado verano la Asociación Empresarial de Centros Especiales de Empleo/MP Asociados, que agrupa a 50 centros de toda España con un total de 1.500 trabajadores.

Nuestra Asociación se propone incidir sobre todo en tres frentes: adaptación de las estructuras actuales de los centros a las necesidades del mercado; formación de directivos y trabajadores; negociaciones con los agentes sociales para lograr una mayor impli-

cación en la fijación de una política de creación de empleo para personas con discapacidad.

Estas negociaciones, fundamentalmente con el Ministerio de Trabajo, pretenden, por una parte, la adecuación de los planes de formación profesional, una utilización más generosa de la asistencia técnica y una participación financiera de la Administración extendida a capítulos como infraestructura y comercialización.

Crear empleo es, ante todo, gestionar fondos de inversión con objetivos claros. Para ello es necesario contar también con el concurso de otros agentes sociales. MP Asociados mantiene en este sentido una política común con la Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de

España (COCEMFE) con el fin de lograr acuerdos a varias bandas para la gestión de fondos de inversión y la puesta en marcha de proyectos concertados de creación de empleo. En otras instancias, MP Asociados no ha encontrado aún la comprensión esperada.

En todo caso, se trata de un proceso que acaba de empezar y en el que hay que negociar pausadamente los objetivos de una auténtica política de empleo para que los Centros Especiales de Empleo no acaben siendo un ghetto. Por nuestra parte, estamos abiertos desde MP Asociados a cualquier fórmula razonable de entendimiento.

Mario Grande Esteban
Vicepresidente de MP Asociados

Paul Cezanne. "Grupo de siete bañistas" (hacia 1900).



EXPERIENCIA CON PERSONAS SORDAS

Eduarne Urrea López (*)

TRABAJO SOCIAL EN LA ASOCIACION DE SORDOS DE NAVARRA

I. INTRODUCCION

El trabajo social en la Asociación de Sordos no se inicia cuando yo empecé a trabajar, sino que, ya tiene una transcendencia de años atrás. En la cual esta Asociación siempre contó con un trabajador social.

En el trabajo social con personas sordas es de resaltar, la importancia que recobra el conocimiento de la mímica a la hora de comunicarse con estas personas.

Lenguaje éste que nunca se acaba de asimilar es necesario ir introduciendo nuevos gestos a nuevas palabras y significados tratando de enriquecerlo y completarlo con el fin de adecuarlo también a la evolución de los tiempos.

También trata de reflejar, la importancia que adquiere para ellos el movimiento asociativo o lo que la Asociación, Federación o Confederación es para ellos. Aquel espacio físico donde hacen realidad tantos y tantos hechos, situaciones que en núcleos de oyentes no lo pueden satisfacer debido a sus limitaciones y también porque el oyente a veces no responde a sus necesidades.

Aquí es donde surge la pregunta sobre el tema tan oído como es el de la integración, integración ¿de quién?, ¿cómo?, ¿dónde?... etc.

II. HISTORIA DE LA ASOCIACION

Voy a presentar un rápido recorrido de la historia de la Asociación de Sordos de Navarra.

La Asociación de Sordos de Navarra, comienza a funcionar en Pamplona a nivel de Navarra en el año 1957. Año en el que se le aprobaron los estatutos, concretamente en fecha del 6-2-1957.

Es una entidad sin ánimo de lucro. Económicamente depende de las subvenciones recibidas de organismos oficiales.

Es una Asociación que siempre ha contado con un asistente social para sus gestiones y asesoramiento.

Objetivo

La Asociación, su primordial objetivo es la unión y promoción de las personas sordas a nivel familiar, educativo, cultural, deportivo, social, laboral, etc.

Organigrama

La Asociación de Sordos de Navarra funciona

a través de la Junta Directiva elegida en asamblea general ordinaria cada dos años.

La Junta Directiva está compuesta por el presidente, vicepresidente, tesorero, secretario, contador, delegados: de cultura, deportes, actividades recreativas, vocales, asesora general, y vicesecretaria.

Los delegados funcionan a través de sus propias Juntas de Organización y programación de actividades.

Los programas de las diferentes delegaciones se presentan en Junta Directiva para su posterior aprobación y colaboración.

Nivel Asociativo

La Asociación está integrada en la Confederación Nacional de Asociaciones de Sordos, a su vez en la Federación de Asociaciones de Sordos del País Vasco Navarro.

Participa en actividades que se organizan a nivel nacional e internacional en calidad de componente organizativo y participativo.

Por otro lado la sección de deportes funciona como Federación de deportes en el organigrama Deportivo de Navarra. Asimismo está integrada en el «Comité Español de Deportes Silenciosos de España». Máximo órgano de deporte de sordos en España. Participando en competiciones interprovinciales, nacionales e internacionales entre el colectivo sordo.

Socios

Actualmente la Asociación cuenta con un total de 138 socios. En edades comprendidas de 18 hasta sin límite de edad.

La edad media es de 34 años.

III. SITUACIONES-PROBLEMA MAS RELEVANTES EN LA PERSONA SORDA

La reflexión en este punto lo he centrado a partir del principio de integración.

El principio de integración ha sido y está sien-

do el más explícitamente promovido en la política social y en la legislación de nuestro país.

De hecho la más importante disposición legal acerca de los minusválidos se llama: «Ley para la integración de los minusválidos».

El principio de integración señala sencillamente una orientación en la que el punto más firme o quizá el único, sea las prácticas de marginación y de discriminación de que hasta ahora han sido objeto estas personas.

Me ha parecido importante centrarme en los

La integración, adaptación y aceptación del niño sordo en el entorno familiar, su hábitat natural, va a ser vital de cara a una futura integración en otros sectores sociales de mayor complejidad.

siguientes campos donde se hace patente y realidad en la vida la integración de una persona con minusvalía.

Integración: — familiar
— escolar
— laboral
— social

1.ª Integración familiar: la importancia de la detección y estimulación precoz

La integración en su globalidad es evidente que se cuestiona en el seno de una familia en el momento que se le ha diagnosticado a su hijo una determinada minusvalía.

Es justo entonces cuando surge en la familia una necesidad de información, orientación y asesoramiento sobre los aspectos a tener en cuenta en relación con la minusvalía de su hijo.

La integración, adaptación y aceptación del niño sordo en el entorno familiar, su hábitat natural, va a ser vital de cara a una futura integración en otros sectores sociales de mayor complejidad.

Es necesario implicar a la familia hacia una atención temprana. Pues, favorece el desarrollo afectivo del niño haciendo más fácilmente superable su situación.

Un diagnóstico precoz que determine fiablemente el tipo y grado de minusvalía, por otro las pautas y orientaciones apropiadas para iniciar un tratamiento temprano, es como se puede lograr un considerable avance en la rehabilitación que tendrá sin duda una influencia positiva en su posterior evolución.

Es de interés reflejar que, el Departamento de Salud en Navarra va a regular las actividades encaminadas a prevenir y disminuir la incidencia de las minusvalías psíquicas que, con fecha de septiembre del presente año ha sido publicada en el BON, la aprobación de una orden foral donde se pone en marcha un Programa de Prevención de Minusvalías en Navarra.

2.ª Integración escolar

Los planes de integración escolar, hoy en día sólo regulan los dedicados a la Educación General Básica. Presentando secuelas importantes en la Educación de Formación Profesional, BUP, COU, Universidad.

Respecto a la integración laboral sí que ha sido una clara discriminación hacia las personas con minusvalía quedando siempre relegados a un segundo plano.

A parte a pesar de esto es necesario incidir en la falta de recursos a nivel de EGB. Recursos personales, materiales, metodológicos y una escasa información por parte de la mayoría de padres y maestros en general, principalmente en zonas rurales.

Hoy en día en colegios públicos, la integra-

ción suele solventarse forzando la adaptación del niño a la escuela cuando uno de los principios básicos y teóricos de la integración es la adaptación de la escuela a las necesidades especiales de la diversidad de todos y cada uno de los niños que acoge.

Por otro lado es triste constatar, y mi experiencia con jóvenes sordos me lo confirma que, una mayoría que han terminado la EGB, no muestran deseos de seguir estudiando. A la pregunta del por qué, contestan que es debido a que no les entendían bien a los profesores o sentían que, los mismos profesores no les comprendían.

Realmente es notable el hecho de que no ha habido un disfrute en sus aprendizajes y los abandonan o les cuesta continuar.

Es evidente una vez más la traba que supone el saber comunicarse bien a través de la mímica, donde la comprensión por ambos se haga patente.

3.ª Integración laboral

Respecto a la integración laboral sí que ha sido una clara discriminación hacia las personas con minusvalía quedando siempre relegados a un segundo plano.

Generalmente el 3% que, cada empresa tiene la obligación de cubrirlo con personas minusválidas, está cubierto evidentemente sí. Pero, con personas que, de una u otra forma fueron víctimas de accidentes sufridos en su trabajo. Y te dan la información de que sus cupos están completos.

Ante esto las alternativas laborales que se crean son a través de los propios afectados organizando cooperativas, o en centros de trabajo protegido.

Es de destacar que actualmente en convocatorias públicas de acceso a nuevos puestos de trabajo se incluyen la posibilidad de presentación a las mismas de personas con minusvalía. Adaptándoles según a sus necesidades, bien a través de intérpretes para sordos, u otro tipo de adaptación según la minusvalía que se trate.

Es importante también que una vez en el trabajo se siga teniendo en cuenta el tipo de adaptación necesario que precise la persona para su desarrollo del trabajo.

4.ª Integración social: Importancia de las barreras de la comunicación del sordo

Es importante incidir en el tema de las barreras con las que, el sordo en su vida diaria ha de enfrentarse de cara a una adecuada integración social.

Esta ha sido una larga trayectoria de reivindicación que la Asociación de Sordos conjuntamente con la Coordinadora de Disminuidos Físicos ya desde años atrás están con el tema.

En el año 85 se elaboró un proyecto-ley sobre barreras físicas y sensoriales para presentarlo al Parlamento del Gobierno de Navarra.

Tras varias reuniones, ruedas de prensa, campañas de sensibilización e información a la población propuestas al Gobierno de Navarra para su aprobación; ha sido reconocida y aprobada en el BON, en julio del 88. Aunque no cabe duda y los afectados son conscientes de ello, que la aprobación es un paso importante pero no el último. Ya que, es necesario su cumplimiento real y auténtico.

Donde tanto Ayuntamientos, Concejos, la reconozcan en sus ordenanzas municipales, como organismos oficiales, profesionales de la construcción la tengan en cuenta en sus nuevas adquisiciones, etc.

Requiere de un largo camino estar presentes en el seguimiento de la misma, siendo protagonistas en cada momento de que dicha ley se vaya reconociendo en su integridad.

IV. TRABAJO SOCIAL CON LA ASOCIACION DE SORDOS DE NAVARRA

El ámbito de actuación es la Asociación. Lo cual no quiere decir que, mi atención se centre únicamente a las personas socias o aquéllas que acuden a la misma: se extiende a toda persona afectada que requiera asesoramiento.

Tres son los niveles en que quedaría resumido mi trabajo llevado actualmente en la Asociación.

- 1.ª Una atención cualificada a la Asociación como entidad.
- 2.ª Apoyo a iniciativas que surjan bien indi-

vidualmente, grupal o del colectivo en general.

- 3.ª Asesoramiento a demandas concretas del colectivo sordo en su totalidad.

Voy a pasar ahora a explicar más detenidamente objetivos y actividades de cada nivel básico que conjuntamente los tres, configuran el trabajo social en la Asociación.

1.ª Una atención cualificada a la Asociación como entidad

Objetivo

Asesorar y gestionar acciones relacionadas con el funcionamiento interno de la Asociación.

Actividades

Se centran básicamente en la gestión de subvenciones necesarias para el desarrollo global de las actividades que se vienen organizando en la Asociación bien a un nivel local, regional o nacional.

Es importante incidir en el tema de las barreras con las que, el sordo en su vida diaria ha de enfrentarse de cara a una adecuada integración social.

2.ª Apoyo a iniciativas que surjan bien individualmente, grupal o del colectivo en general

Objetivo

Estimular y potenciar cualquier iniciativa que surja individual, grupal o referidas al colectivo en su totalidad.

La atención engloba a todos y cada uno de los sectores de población en pro de una integración familiar, escolar, laboral, sociocultural, etc.

Actividades

- Apoyo a iniciativas que, han surgido sobre actividades culturales integradas en el programa de actividades culturales en convenio con organismos oficiales a nivel local.
- Potenciación de iniciativas grupales en la organización de cursos, como: el del «Lenguaje y apoyo formativo para jóvenes y adultos sordos».
- Puesta en marcha de cursos de iniciación y profundización del lenguaje mímico, en respuesta a demandas presentadas de profesionales implicados en la problemática del sordo.

- Servicio del «Cuerpo de Intérpretes» para sordos.

Actualmente está en trámites de ser gestionado y ofertado a organismos oficiales de la Comunidad de Navarra.

Es un servicio social para facilitar a los sordos su desenvolvimiento diario con sus instituciones y entidades privadas.

Es importante destacar que ya, en otras comunidades, ha sido aprobado; como son en las de: Madrid, País Vasco, Castilla y León, Cataluña.

- Creación de una coordinadora formada por padres de niños sordos principalmente, jóvenes adultos sordos, profesionales de la Educación Especial con el objetivo de cubrir sectores de población que la Asociación por sus características no cubre como es el sector de la infancia y adolescencia.

Esta coordinadora entre otras actividades se ocupa de:

- Ir elaborando el censo de personas sordas de Navarra y actualizarlo.
- Investiga sobre la integración escolar en ciclos de EGB, formación profesional, BUP, COU.
- Incide en aspectos de mentalización social a través de la organización y preparación de encuentros, debates sobre la integración a todos los niveles.

3.ª Asesoramiento a demandas concretas del colectivo sordo en su totalidad

Objetivo

Informar, orientar y asesorar de los recursos existentes a la vez de generar recursos nuevos frente a demandas que surgen.

Dichas demandas se canalizan a través del servicio de permanencia dedicado exclusivamente para ello.

Actividades

- Reuniones de coordinación con otras profesionales y colectivos de diferentes minusvalías de cara a llevar acciones conjuntas con el fin de aunar esfuerzos.

- Reuniones con los organismos oficiales. Donde acuden representantes de cada minusvalía.

Dichos organismos oficiales son: INSERSO, a través del Consejo Rector Provincial del Servicio Social de Minusvalías; Gobierno de Navarra, a través del Consejo Navarro de Bienestar Social; MEC, a través de los Equipos de Orientación Psicopedagógicos.

Mi función entre otras y principalmente es de intérprete para la persona representante de sordos.

- Asistencia a cursos, seminarios, congresos.

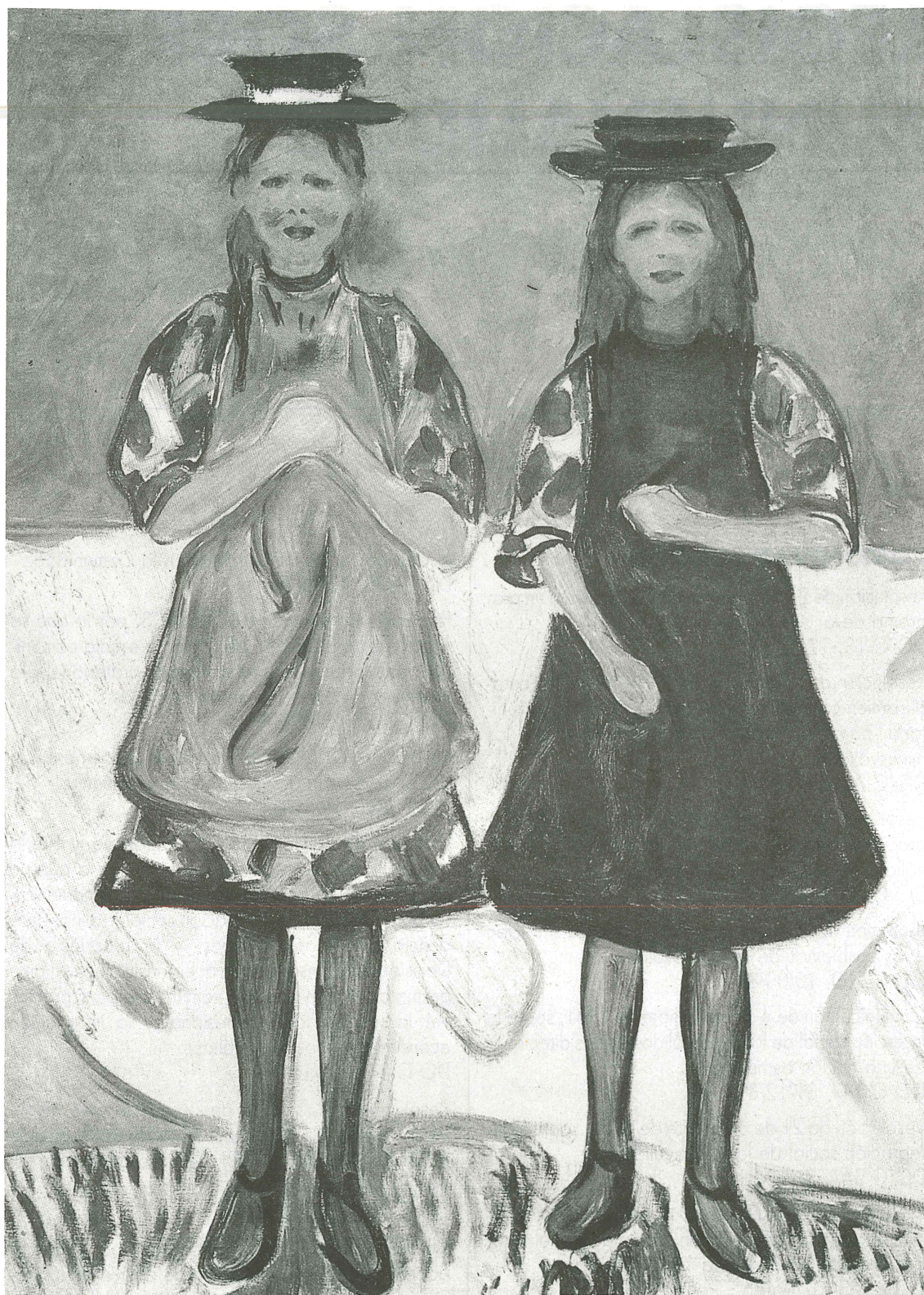
Con esta exposición es como queda reflejado en pequeñas pinceladas la historia de la Asociación, las actividades que en ella desarrollan, situaciones-problemas más relevantes actualmente, y por último el trabajo social desarrollado.

BIBLIOGRAFIA

Revista: *Faro del silencio*, n.º 92.

Borrador, "Proyecto-ley sobre las Barreras físicas y sensoriales".

(*) *Diplomado en Trabajo Social*



Edvar Munch. "Dos niñas con delantales azules".

LEGISLACION SOBRE MINUSVALIDOS

José Perdomo Cejudo

COMUNIDAD EUROPEA

Resolución de 21 de enero de 1974, relativa a un programa de acción social.

DO C 13, 12/02/74

Resolución de 27 de junio de 1974, relativa al establecimiento del primer programa de acción comunitaria para la readaptación profesional de los minusválidos.

DO C 80, 09/07/74

Resolución de 11 de marzo de 1981, sobre la integración económica, social y profesional de los minusválidos de la Comunidad Europea.

DO C 77, 06/04/81

Dictamen de 2 de julio de 1981, sobre la situación y los problemas de los minusválidos.

DO C 230, 10/09/81

Comunicación de 4 de noviembre de 1981, sobre la inserción social de los minusválidos: líneas directrices de una acción comunitaria.

DO C 347, 31/12/81

Resolución de 21 de diciembre de 1981, sobre la integración social de los minusválidos.

DO C 347, 31/12/81

Decisión 86/221/CEE, de 30 de abril, relativa a las orientaciones para la gestión del Fondo Social Europeo durante los ejercicios 1987 a 1989.

DO L 153, 07/06/86

Recomendación 86/379/CEE, de 24 de julio, sobre

el empleo de los minusválidos en la Comunidad.

DO L 225, 12/08/86

Propuesta de decisión 87/C 257/03, por la que se establece un programa de acción a escala comunitaria para promover la rehabilitación profesional y la integración económica de minusválidos.

DO C 257, 28/09/87

Resolución A 2-112/1987, de 16 de septiembre, sobre el transporte de minusválidos y ancianos.

DO C 281, 19/10/87

Dictamen 87/C 347/04, de 21 de octubre, sobre la propuesta de Decisión del Consejo por la que se adopta un programa de acción a escala comunitaria para promover la integración social y la independencia de los minusválidos, y la propuesta de Decisión del Consejo por la que se establece un programa de acción a escala comunitaria para promover la rehabilitación profesional y la integración económica de los minusválidos.

DO C 347, 22/12/87

Resolución 87/C 354/01, de 22 de diciembre, relativa a la prórroga de la aplicación de la Resolución de 21 de diciembre de 1981 sobre la integración social de los minusválidos.

DO C 354, 31/12/87

Decisión 88/231/CEE, de 18 de abril, por la que se adopta un segundo programa de acción de la Comunidad en favor de los minusválidos (HELIOS).

DO L 104, 23/04/88

Resolución A 2-302/87, de 17 de junio, sobre lenguajes gestuales para sordos.
DO C 187, 18/07/88

JEFATURA DEL ESTADO

Ley 13/82, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos.
BOE 103, 30/04/82

Ley 23/1988, de 28 de julio, de modificación de la Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública.
BOE 181, 29/07/88

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES

Real Decreto 727/1988, de 11 de julio, de Reestructuración de Departamentos Ministeriales.
BOE 166, 12/07/88

Real Decreto 791/1988, de 20 de julio, por el que se determina la estructura orgánica inicial del Ministerio de Asuntos Sociales.
BOE 176, 23/07/88

Orden de 2 de enero de 1989, por la que se regula el régimen general de subvenciones concedidas por el Ministerio de Asuntos Sociales y los organismos adscritos.
BOE 9, 11/01/89

Dirección General de Acción Social

Resolución de 29 de mayo de 1984, por la que se establece el modelo oficial a que se refiere el artículo 2.º, 2, de la Orden de 13 de marzo de 1984, para la solicitud de prestaciones sociales y económicas para minusválidos, reguladas por el Real Decreto 383/84, de 1 de febrero.
BOE 70, 22/03/84

Resolución de 22 de febrero de 1985, por la que se especifican las condiciones de abono de las prestaciones extraordinarias correspondientes a los subsidios del Real Decreto 383/84, de 1 de febrero.
BOE 62, 13/03/85

Resolución de 22 de diciembre de 1987, por la que se convoca la concesión de prórroga para 1988 de las becas otorgadas en 1987 con cargo al crédito para becas de asistencia en Instituciones especiali-

zadas a personas con minusvalía y cuyos representantes legales residan en Ceuta y Melilla.
BOE 27, 01/02/88

Orden de 29 de enero de 1987, por la que se regula el régimen y convocatoria de subvenciones a conceder por la Dirección General de Acción Social para la cooperación social de ámbito estatal e internacional en materia de acción social.
BOE 33, 07/02/87

Orden de 23 de diciembre de 1987, por la que se regula y convoca la concesión de subvenciones institucionales destinadas a la atención de ancianos, de marginados, de toxicómanos y de la primera infancia, así como de las ayudas individualizadas no periódicas a personas en estado de necesidad para Centros o beneficiarios residentes en Ceuta y Melilla.
BOE 4, 05/01/88

Orden de 23 de diciembre de 1987, por la que se regula el Régimen y Convocatoria de Subvenciones a conceder por la Dirección General de Acción Social para la Cooperación Social de ámbito estatal en materia de Acción Social.
BOE 4, 05/01/88

Instituto Nacional de Servicios Sociales

Real Decreto 1856/79, de 30 de julio, por el que se regula la estructura y competencias del Instituto Nacional de Servicios Sociales.
BOE 182, 31/07/79

Orden de 8 de marzo de 1984, por la que se establece el baremo para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto 383/84, de 1 de febrero.
BOE 65, 16/03/84

Orden de 13 de noviembre de 1984, por la que se regulan la naturaleza, objetivos y ámbito de actuación de los Centros de Asistencia a Minusválidos Físicos de la Seguridad Social y se constituyen como tales determinados centros.
BOE 277, 19/11/84

Real Decreto 1433/85, de 1 de agosto, por el que se modifica la redacción de determinados artículos del Real Decreto 1856/79, de 30 de julio, regulador

Educación Especial, se establecen las proporciones de personal/alumnos en esta modalidad educativa. BOE 30, 04/02/86

Real Decreto 969/86, de 11 de abril, por el que se crea el Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial.

BOE 121, 21/05/86

Orden de 14 de mayo de 1986, por la que se revisa y corrige la de 30 de enero, que en cumplimiento de la disposición final primera del Real Decreto 334/85, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial, se establecen las proporciones del personal/alumnos en esta modalidad educativa.

BOE 128, 29/05/86

Orden de 16 de enero de 1987, sobre planificación de la Educación Especial y ampliación de la experimentación de la integración en el curso 1987/88.

BOE 18, 21/01/87

Orden de 9 de marzo de 1988, por la que se convoca concurso para Centros Públicos de Educación General Básica, Educación Especial, Bachillerato, Formación Profesional, Enseñanzas Integradas y Educación Permanente de Adultos, que deseen participar en el Proyecto Mercurio, en el curso 1988/89.

BOE 69, 21/03/88

Resolución de 3 de mayo de 1988, por la que se convocan ayudas de Educación Preescolar para el curso 1988/89.

BOE 131 01/06/88

Orden de 25 de febrero de 1988, por la que se convocan, para el curso 1988/1989, con carácter experimental, Proyectos de Apoyo Psicopedagógico y Orientación Educativa en Centros de Educación General Básica.

BOE 54, 03/03/88

Orden de 25 de febrero de 1988, sobre planificación de la Educación Especial y ampliación del Programa de Integración en el curso 1988/89.

BOE 54, 03/03/88

Orden de 9 de marzo de 1988, por la que se convoca concurso para Centros públicos de Educación General Básica, Educación Especial, Bachillerato, Formación Profesional, Enseñanzas Integradas y Educación Permanente de Adultos, que deseen participar en el Proyecto Atenea, en el curso 1988/89.

BOE 69, 21/03/88

MINISTERIO DE RELACIONES CON LAS CORTES

Real Decreto 620/81, de 5 de febrero, sobre régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos (Presidencia).

BOE 82, 05/02/81

Orden de 22 de enero de 1987, por la que se abre el plazo para la presentación de solicitudes de ayudas públicas a disminuidos para el ejercicio de 1987 y se determinan los límites de ingresos y los tipos y cuantías de los mismos.

BOE 20, 23/01/87

Orden de 2 de junio de 1987, por la que se convoca el "Premio Reina Sofía 1988" de investigación sobre prevención de las deficiencias.

BOE 138, 10/06/87

Orden de 19 de enero de 1988, por la que se abre el plazo para la presentación de solicitudes de ayudas públicas a disminuidos para el ejercicio de 1988 y se determinan los límites de ingresos y los tipos y cuantías de las mismas.

BOE 17, 20/01/88

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Ley 14/86, de 25 de abril, general de sanidad.

BOE 102, 29/04/86

ADMINISTRACION AUTONOMICA

Comunidad Autónoma de Andalucía

Orden de 27 de diciembre de 1985, sobre supresión de barreras arquitectónicas en los edificios escolares públicos.

BOJA 5, 21/01/86

Resolución de 30 de diciembre de 1985, que desarrolla la Orden de 27 de diciembre de 1985, sobre supresión de barreras arquitectónicas en los edificios escolares públicos.

BOJA 5, 21/01/86

Acuerdo de 25 de febrero de 1987, por el que se autoriza al Consejero de Trabajo y Bienestar Social a suscribir un convenio con el Gobierno de la Nación y el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías, para la cooperación y el

intercambio recíproco en materia de prevención de las deficiencias y de atención a las personas con minusvalía.

BOJA 23, 20/03/87

Orden de 21 de diciembre de 1987, por la que se regula la convocatoria de ayudas públicas en materia de servicios sociales para el ejercicio 1988.

BOJA 108, 30/12/87

Orden de 27 de abril de 1987, sobre planificación de la educación especial y ampliación de la experimentación en materia de integración en la Comunidad Autónoma de Andalucía para el curso 87/88.

BOJA 45, 26/05/87

Orden de 3 de junio de 1987, por la que se reserva una vivienda, con destino a minusválidos, del grupo en construcción en Rociana del Condado (Huelva).

BOJA 52, 16/06/87

Orden de 18 de abril de 1988, por la que se regula la convocatoria de prórroga para 1988 de las becas otorgadas con cargo al crédito destinado a la asistencia social a favor de minusválidos atendidos en centros especializados en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

BOJA 36, 06/05/88

Comunidad Autónoma de Aragón

Decreto 33/83, de 21 de marzo, por el que se crea la Comisión Territorial del Plan Nacional de Prevención de la subnormalidad.

BOA 11, 07/04/83

Orden de 22 de junio de 1987, por la que se aprueban las normas de funcionamiento interno de la Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Toxicómanos "El Frago".

BOA 79, 08/07/87

Orden de 28 de diciembre de 1987, por la que se hace pública la convocatoria de subvenciones en materia de acción social para 1988.

BOA 2, 11/01/88

Comunidad Autónoma de Asturias

Resolución de 11 de mayo de 1986, por la que se establecen normas para la solicitud de ayudas públicas a disminuidos.

BOPA 119, 23/05/86

Resolución de 17 de noviembre de 1986, por la que se da publicidad al Convenio entre el Ministerio de Educación y Ciencia y la Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Principado de Asturias.

BOE 289, 03/12/86

Resolución de 20 de marzo de 1987, por la que se hace pública la convocatoria anual de subvenciones a Corporaciones locales, asociaciones e instituciones sin fin de lucro, para Servicios Sociales Especializados ubicados en el Principado de Asturias.

BOPA 73, 30/03/87

Resolución de 24 de marzo de 1988, por la que se aprueba la convocatoria relativa a la concesión de prórroga de becas a favor de minusválidos atendidos en centros especializados y cuyos representantes legales residen en el territorio del Principado de Asturias.

BOPA 88, 16/04/88

Comunidad Autónoma de Baleares

Orden de 11 de noviembre de 1985, por la que se crea el Consejo Asesor sobre la prevención de la subnormalidad.

BOCAIB 37, 20/12/85

Resolución de 12 de febrero de 1986, por la que se da publicidad al Convenio del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares para la coordinación de la política de empleo.

BOE 55, 05/03/86

Decreto 32/1988, de 24 de marzo, por el que se convocan prórrogas de ayudas individualizadas y periódicas a disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales, atendidos en centros especializados.

BOCAIB 43, 09/04/88

Decreto 26/87, de 23 de abril, por el que se convocan las ayudas institucionales que desarrolla el Real Decreto 620/81, de la Administración Central, sobre régimen unificado de ayudas a disminuidos.

BOCAIB 21, 14/05/87

Decreto 55/1988, de 26 de mayo, por el que se convocan ayudas para diversas medidas de protección a Sectores de Minusválidos, ancianos, marginados, infancia, toxicómanos y personas en estado de necesidad.

BOCAIB 71, 14/06/88

Comunidad Autónoma de Canarias

Decreto 79/86, de 9 de mayo, por el que se crea el Registro de Centros especiales de empleo y se establecen normas de calificación e inscripción para el acceso de dichos centros al referido registro.
BOCa 61, 26/05/86

Decreto 157/86, de 24 de octubre, de ordenación de la pedagogía terapéutica en un sistema integrador.
BOCa 136, 12/11/86

Decreto 168/86, de 21 de diciembre, sobre medidas de prevención de la subnormalidad.
BOCa 154, 24/12/86

Orden de 26 de enero de 1987, por la que se establecen medidas de apoyo a la creación de empleo a través de cooperativas, sociedades laborales, cofradías de pescadores y centros especiales de empleo.
BOCa 16, 06/02/87

Orden de 5 de febrero de 1987, por la que se fijan los módulos de funcionamiento de centros específicos de pedagogía, terapéutica, equipos psicopedagógicos y equipos de apoyo.
BOCa 26, 02/03/87

Orden de 15 de febrero de 1987, por la que se convocan subvenciones en el área de bienestar social, en el año 1987.
BOCa 27, 04/03/87

Orden de 23 de febrero de 1987, sobre la planificación del proceso de integración de alumnos inadaptados o afectados por deficiencias, durante el curso escolar 1987/88, en la Comunidad Autónoma de Canarias.
BOCa 30, 11/03/87

Orden de 12 de junio de 1987, por la que se dispone la publicación del Convenio suscrito entre el Gobierno de la Nación, el Gobierno de Canarias y el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías, para la cooperación y el intercambio recíprocos en materia de prevención de las deficiencias y de atención a las personas con minusvalías.
BOCa 82, 24/06/87

Decreto 113/1988, de 8 de julio, por el que se regulan los Centros Ocupacionales para Minusválidos.
BOCa 93, 22/07/88

Comunidad Autónoma de Cantabria

Resolución de 24 de febrero de 1987, por la que se convoca y regula la concesión de prórroga de becas a favor de minusválidos atendidos en centros especializados y cuyos representantes legales residen en Cantabria.
BOC 49, 10/03/87

Orden de 6 de abril de 1987, por la que se abre el plazo y se establece el procedimiento de solicitud, tramitación y concesión de subvenciones institucionales en materia de bienestar social.
BOC 84, 28/04/87

Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha

Decreto 71/85, de 9 de julio, sobre eliminación de barreras arquitectónicas.
DOCM 28, 16/07/85

Orden de 7 de abril de 1986, por la que se desarrolla el Decreto 71/85, de 9 de julio, sobre la eliminación de barreras arquitectónicas.
DOCM 23, 10/06/86

Decreto 110/86, de 27 de octubre, por el que se crea el centro regional para minusválidos psíquicos profundos "La Atalaya".
DOCM 46, 04/11/86

Resolución de 16 de diciembre de 1986, por la que se da publicidad al Convenio entre el Ministerio de Educación y Ciencia, la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, el Ayuntamiento de Albacete sobre colaboración en el campo de la educación infantil y la integración del niño con minusvalías.
BOE 5, 06/01/87

Decreto 3/87, de 13 de enero, sobre convocatoria de prestaciones y subvenciones con cargo al Fondo Regional para el bienestar social.
DOCM 4, 23/01/87

Decreto 17/87, de 24 de febrero, por el que se crea el Centro ocupacional para minusválidos psíquicos y la unidad residencial y rehabilitadora de enfermos psíquicos de Guadalajara.
DOCM 12, 10/03/87

Decreto 21/1988, de 23 de febrero, por el que se regula el Régimen Jurídico de las Prestaciones Económicas Individuales, de las subvenciones, convenios

y conciertos en materia de Bienestar Social.
DOCM 9, 01/03/88

Orden de 23 de febrero de 1988, de convocatoria de prestaciones económicas individuales, subvenciones, convenios y conciertos en materia de Bienestar Social para 1988.
DOCM 9, 01/03/88

Comunidad Autónoma de Castilla y León

Decreto 22/84, de 22 de marzo, por el que se regula el sistema de subvenciones en materia de servicios sociales.
BOCL 13, 30/03/84

Decreto 10/87, de 22 de enero, por el que se modifica el sistema de subvenciones en materia de servicios sociales regulado por Decreto 22/84, de 22 de marzo.
BOCL 13, 30/01/87

Resolución de 30 de enero de 1987, por la que se hace pública la convocatoria de subvenciones para mantenimiento y actividades en materia de servicios sociales.
BOCL 17, 06/02/87

Resolución de 25 de febrero de 1987, por la que se hace pública la convocatoria de prórroga de becas para minusválidos atendidos en centros especializados.
BOCL 28, 04/03/87

Resolución de 1 de febrero de 1988, por la que se hace pública la convocatoria de prórroga de becas para minusválidos atendidos en centros especializados.
BOCL 27, 10/02/88

Resolución de 1 de abril de 1987, por la que se da publicidad al Convenio entre el Ministerio de Educación y Ciencia, la Junta de Castilla-León, la Diputación Provincial y el Ayuntamiento de Valladolid, para comenzar el programa de actuación temprana e integración en centros de educación infantil de niños con alguna deficiencia.
BOE 89, 14/04/87

Orden de 6 de mayo de 1987, por la que se convocan subvenciones entre municipios de la provincia de Zamora para programas de promoción y protección de la salud y de servicios sociales con cargo al Fon-

do de Cooperación Local de la Comunidad de Castilla y León para 1987.
BOCL 68, 18/05/87

Decreto 287/1987, de 10 de diciembre, por el que se aprueba el Plan Regional de Acción Social y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.
BOCL 222, 24/12/87

Orden de 8 de marzo de 1988, por la que se convocan ayudas individualizadas con cargo al ejercicio de 1988.
BOCL 49, 11/03/88

Decreto 83/1988, de 5 de mayo, por el que se establecen las nuevas tarifas aplicables para los clubs de ancianos, las guarderías infantiles y centros para personas con deficiencia mental dependientes de la Consejería de Cultura y Bienestar Social.
BOCL 89, 10/05/88

Comunidad Autónoma de Cataluña

Orden de 15 de noviembre de 1982, por la que se unifican las competencias y facultades para el reconocimiento de los derechos privados de la condición de disminuidos.
DOGC 279, 26/11/82

Orden de 16 de noviembre de 1982, por la que se regula la reserva de puestos de trabajo para personas disminuidas en las pruebas selectivas para el ingreso en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social dependientes del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
DOGC 287, 22/12/82

Orden de 20 de mayo de 1983, por la que se regula la intervención psicopedagógica en los centros escolares y se crean los equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica.
DOGC 344, 13/07/83

Decreto 72/84, de 15 de marzo, sobre integración laboral de los disminuidos en los órganos dependientes de la Administración de la Generalidad de Cataluña.
DOGC 425, 13/04/84

Decreto 100/84, de 10 de abril, sobre supresión de barreras arquitectónicas.
DOGC 427, 18/04/84

Decreto 117/84, de 17 de abril, sobre ordenación de la educación especial para su integración en el sistema educativo ordinario.

DOGC 435, 18/05/84

Resolución de 14 de agosto de 1985, por la que se delega la resolución de los expedientes de ayudas individuales a personas disminuidas.

DOGC 590, 20/09/85

Orden de 5 de noviembre de 1985, sobre modificación de las dimensiones de las cabinas de ascensores en los itinerarios practicables para los disminuidos.

DOGC 629, 23/12/85

Decreto 95/86, de 20 de marzo, sobre normas y criterios básicos para la supresión de barreras arquitectónicas.

DOGC 685, 14/05/86

Orden de 18 de agosto de 1986, por la que se convoca concurso público para el otorgamiento de subvenciones a instituciones sin finalidad de lucro que presten servicios técnicos complementarios en la educación especial de disminuidos físicos, psíquicos o sensoriales.

DOGC 738, 10/09/86

Decreto 27/87, de 29 de enero, sobre ordenación de los servicios sociales de Cataluña.

DOGC 801, 09/02/87

Decreto 28/87, de 29 de enero, sobre convocatoria pública para la concesión de subvenciones de mantenimiento de servicios sociales y de prestaciones ocasionales individualizadas.

DOGC 801, 09/02/87

Orden de 28 de enero de 1987, sobre dotación y puesta en marcha del V Plan de ocupación juvenil de la Generalidad de Cataluña.

DOGC 805, 18/02/87

Resolución de 25 de junio de 1987, por la que se delega la resolución de expedientes de ayudas individuales excepcionales a personas disminuidas.

DOGC 864, 15/07/87

Decreto 238/1987, de 20 de julio por el que se desarrolla el Capítulo X del Título IV de la Ley 17/1985, de 23 de julio, de la Función Pública de la Administración de la Generalidad, y se fomentan otros caminos que ayuden a la integración laboral de las personas disminuidas.

DOGC 872, 03/08/87



Paul Cézanne. "Castaños en el Jas de Bouffan" (1885-87).

Decreto 279/1987, de 27 de agosto, por el que se regulan los Centros Ocupacionales para disminuidos. DOGC 889, 14/09/87

Orden de 20 de noviembre de 1987, por la que se convoca concurso público para otorgar subvenciones a Instituciones sin finalidad de lucro que lleven a término actividades en favor de escolares con necesidades educativas especiales. DOGC 923, 04/12/87

Decreto 39/1988, de 11 de febrero, por el que se regula la promoción, la financiación y las prestaciones económicas de los servicios sociales. DOGC 957, 24/02/88

Orden de 14 de marzo de 1988, por la que se convoca concurso público para otorgar subvenciones a instituciones sin fines lucrativos que lleven a cabo actividades en favor de escolares con necesidades educativas especiales. DOGC 969, 23/03/88

Orden de 17 de marzo de 1988, por la que se adapta la composición de la Junta de Promoción Educativa de Escuelas de Acción Especial de Cataluña a la actual estructura del Departament d'Ensenyament. DOGC 972, 30/03/88

Orden de 18 de abril de 1988, por la que se fijan los módulos económicos para la concertación de comedores sociales y residencias de atención a la vejez y a personas disminuidas para 1988. DOGC 986, 02/05/88

Resolución de 26 de mayo de 1988, de nombramiento de los miembros del Consejo asesor sobre la utilización terapéutica de la hormona del crecimiento y sustancias relacionadas. DOGC 1002, 08/06/88

Orden de 23 de junio de 1988, de creación de la Comisión asesora del Comité directivo del Programa sectorial de estimulación precoz. DOGC 1017, 13/07/88

Comunidad Autónoma de Extremadura

Resolución de 2 de febrero de 1987, por la que se convoca el plan de subvenciones públicas de 1987, del sector minusválidos en Extremadura. DOE 11, 10/02/87

Orden de 10 de febrero de 1988, por la que se con-

voca la Concesión de Prórrogas de Becas a favor de Minusválidos atendidos en Centros Especializados y cuyos representantes legales residan en Extremadura. DOE 14, 18/02/88

Resolución de 17 de marzo de 1987, por la que se da publicidad al Convenio entre el Ministerio de Educación y Ciencia y la Consejería de Emigración y Acción Social de la Junta de Extremadura en el campo de la Educación Infantil y la integración de niños con minusvalías. BOE 80, 03/04/87

Orden de 20 de enero de 1988, por la que se convoca el Plan de Subvenciones Públicas de 1988 para Entidades Públicas y Privadas sin ánimo de lucro en materia de Servicios Sociales en Extremadura. DOE 9, 02/02/88

Comunidad Autónoma de Galicia

Orden de 30 de marzo de 1985, por la que se desarrolla el fomento de la integración laboral del minusválido en Galicia. DOG 81, 27/04/85

Orden de 5 de agosto de 1985, por la que se regulan los equipos psicopedagógicos de apoyo en la Comunidad Autónoma de Galicia. DOG 168, 03/09/85

Orden de 1 de septiembre de 1986, por la que se regulan las ayudas a la contratación de jóvenes minusválidos menores de 25 años, a tiempo parcial, cofinanciados por el Fondo Social Europeo y la Junta de Galicia. DOG 183, 22/09/86

Orden de 2 de febrero de 1987, de aplicación de las prestaciones sociales y económicas de la Ley 13/82, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. DOG 37, 24/02/87

Orden de 30 de enero de 1987, por la que se convocan ayudas individuales en materia de minusválidos. DOG 48, 11/03/87

Orden de 22 de marzo de 1988, por la que se convocan ayudas institucionales para gastos de inversión, mantenimiento y promoción de actividades destinadas a los servicios sociales comunitarios y especializados. DOG 73, 19/04/88

Decreto 71/87, de 26 de marzo, sobre movilidad y accesibilidad de los minusválidos en los edificios dependientes de la Junta de Galicia.

DOG 70, 13/04/87

Orden de 6 de marzo de 1987, por la que se convocan ayudas para mantenimiento de centros y servicios sociales especializados en las áreas de infancia y juventud, tercera edad, minusválidos y situaciones de marginación y emergencia social.

DOG 76, 23/04/87

Orden de 4 de febrero de 1987, por la que se convocan ayudas para el desarrollo de programas de servicios sociales de ayuda a domicilio.

DOG 78, 27/04/87

Orden de 9 de abril de 1987, por la que se convocan ayudas institucionales para gastos de inversión de servicios sociales comunitarios y especializados en las áreas de infancia y juventud, tercera edad, minusválidos y situaciones de marginación y emergencia social.

DOG 87, 11/05/87

Orden de 25 de mayo de 1987, por la que se regulan las obligaciones y se determina el procedimiento que se ha de seguir para la concesión de ayudas institucionales para la creación, ampliación y mejora de centros y servicios de Educación Especial.

DOG 129, 09/07/87

Orden de 25 de junio de 1987, mediante la que se constituye la comisión asesora sobre Minusvalía Psíquica en Galicia.

DOG 175, 11/09/87

Orden de 24 de marzo de 1988, por la que se convocan ayudas individuales, no periódicas, para minusválidos, tercera edad y personas que se encuentran en situación de emergencia social.

DOG 74, 20/04/88

Orden de 28 de marzo de 1988, por la que se convoca un "Premio de estudio e investigación sobre las personas minusválidas".

DOG 77, 25/04/88

Comunidad Autónoma de Madrid

Decreto 31/86, de 20 de marzo, por el que se crea el Fondo Regional de Bienestar Social.

BOCM 74, 29/03/86

Orden de 22 de mayo de 1986, sobre planificación

y ayudas para la integración de niños con deficiencias en guarderías y escuelas infantiles en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

BOCM 121, 23/05/86

Orden de 19 de mayo de 1986, por la que se desarrolla el Decreto 31/86, de 23 de marzo, de creación del Fondo Regional de Bienestar Social.

BOCM 129, 02/06/86

Resolución de 17 de diciembre de 1987, por la que se hace pública la convocatoria de ayudas individualizadas directas a minusválidos, prórrogas de ayudas individualizadas periódicas a minusválidos atendidos en centros especializados, ayudas para transporte en taxi para minusválidos y ayudas de emergencia social.

BOCM 307, 28/12/87

Resolución de 4 de enero de 1988, por la que se hace pública la convocatoria anual de subvenciones a Corporaciones Locales e Instituciones sin fin de lucro.

BOCM 17, 21/01/88

Comunidad Autónoma de Murcia

Resolución de 29 de agosto de 1986, por la que se da publicidad al Convenio de colaboración entre el Ministerio de Educación y Ciencia y la Corporación Autónoma de Murcia y el Ayuntamiento de Murcia.

BOE 230, 25/09/86

Orden de 4 de febrero de 1987, por la que se dispone la convocatoria para el reconocimiento de becas (prórrogas), durante el ejercicio 1987, a favor de minusválidos atendidos en centros especializados.

BORM 45, 24/02/87

Orden de 5 de febrero de 1987, por la que se convocan ayudas públicas para mantenimiento de centros de atención a disminuidos psíquicos y sensoriales de la Región de Murcia.

BORM 45, 24/02/87

Orden de 6 de febrero de 1987, por la que se convocan ayudas públicas individualizadas e institucionales, para disminuidos psíquicos, físicos y sensoriales en el ámbito de la Región de Murcia.

BORM 45, 24/02/87

Orden de 4 de mayo de 1987, por la que se convocan ayudas públicas institucionales para mantenimiento de centros de atención a disminuidos psíquicos y sensoriales de la Región de Murcia.

BORM 120, 27/05/87

Decreto 39/1987, de 4 de junio, sobre supresión de barreras arquitectónicas.

BORM 185, 14/08/87

Orden de 5 de febrero de 1988, por la que se establecen normas reguladoras de los criterios de otorgamiento de determinadas subvenciones del Programa 412 D "Salud Mental" de 1988.

BORM 38, 16/02/88

Orden de 30 de marzo de 1988, por la que se dispone la convocatoria para el reconocimiento de becas (prórrogas) durante el ejercicio 1988, por la atención de minusválidos en centros especializados.

BORM 90, 20/04/88

Orden de 14 de abril de 1988, de convocatoria de ayudas para la construcción, remodelación y equipamiento de centros de tercera edad y de centros de atención a minusválidos psíquicos.

BORM 98, 29/04/88

Orden de 31 de mayo de 1988, por la que se regula la concesión de ayudas individualizadas a minusválidos.

BORM 135, 14/06/88

Comunidad Autónoma de Navarra

Ley Foral 6/85, de 30 de abril, por la que se regulan las ayudas a la creación de puestos de trabajo.

BON 57, 10/05/85

Ley Foral 15/86, de 17 de noviembre, reguladora de las ayudas al fomento del empleo.

BON 143, 21/11/86

Decreto Foral 253/86, de 28 de noviembre, por el que se aprueba el reglamento de las ayudas al fomento de empleo.

BON 151, 10/12/86

Decreto Foral 257/86, de 5 de diciembre, por el que se actualizan las tasas y precios de los centros para minusválidos propios del Servicio Regional de Bienestar Social y de los gestionados por concierto con otras entidades públicas y privadas.

BON 154, 17/12/86

Convocatoria de 4 de marzo de 1987, de ayudas en favor de los centros públicos y privados concertados de EGB, que integran en las aulas alumnos de educación especial.

BON 30, 11/03/87



Paul Cezanne. "Alrededores de Jas de Bouffan" (1880).

Decreto Foral 74/1987, de 26 de marzo, sobre eliminación de barreras arquitectónicas en obras y construcciones propias o subvencionadas por la Administración de la Comunidad Foral.
BON 42, 08/04/87

Orden Foral de 2 de marzo de 1988, por la que se establecen criterios para la concesión de ayudas económicas gestionadas por el Servicio Regional de Bienestar Social.
BON 32, 11/03/88

Decreto Foral 91/1988, de 10 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de ayudas económicas para la atención de ancianos, minusválidos y menores en Residencias y Centros.
BON 38, 25/03/88

Ley Foral 4/1988, de 11 de julio, sobre barreras físicas y sensoriales.
BON 86, 15/07/88

Convocatoria de 6 de julio de 1988, de ayudas y subvenciones del Servicio Regional de Bienestar Social.
BON 92, 29/07/88

Comunidad Autónoma de La Rioja

Resolución de 12 de noviembre de 1986, por la que se da publicidad al Convenio entre el Ministerio de Educación y Ciencia y la Comunidad Autónoma de La Rioja, para comenzar el programa de atención temprana e integración en centros de educación infantil de niños con alguna deficiencia.
BOE 284, 27/11/86

Orden de 29 de marzo de 1988, por la que se regulan las prórrogas de becas para minusválidos atendidos en Centros Especializados.
BOR 40, 02/04/88

Orden de 7 de marzo de 1988, por la que se convocan subvenciones y acuerdos de colaboración con Asociaciones e Instituciones sin fines de lucro en materia de servicios sociales para 1988.
BOR 35, 22/03/88

Orden de 10 de marzo de 1988, por la que se convocan subvenciones y acuerdos de colaboración con los municipios de La Rioja en materia de Servicios Sociales.
BOR 40, 02/04/88

Comunidad Autónoma de Valencia

Decreto 136/84, de 10 de diciembre, por el que se crean los servicios psicopedagógicos escolares en la Consejería de Cultura, Educación y Ciencia.
DOGV 217, 10/01/85

Orden de 24 de enero de 1986, por la que se dictan normas de funcionamiento de los servicios psicopedagógicos escolares.
DOGV 340, 12/02/86

Orden de 10 de abril de 1986, por la que se crea el Registro de centros especiales de empleo de minusválidos de la Comunidad Valenciana.
DOGV 376, 14/05/86

Orden de 2 de marzo de 1987, sobre planificación de la educación especial y ampliación de la experimentación de la integración educativa en los centros escolares del sistema ordinario para el curso 87/88 en el ámbito de la Comunidad Valenciana.
DOGV 564, 09/04/87

Resolución de 8 de junio de 1987, por la que se autoriza a Centros de Educación Básica y Preescolar para realizar la experimentación de la integración de alumnos de Educación Especial y se dan instrucciones para su funcionamiento.
DOGV 631, 17/07/87

Orden de 2 de diciembre de 1987, por la que se convoca el sistema de ayudas en materia de Servicios Sociales para el año 1988.
DOGV 727, 21/12/87

Orden de 18 de abril de 1988, por la que se convocan ayudas para la integración laboral del minusválido.
DOGV 813, 28/04/88

Orden de 3 de mayo de 1988, por la que se instrumentan medidas para el fomento del empleo de personas con dificultades subjetivas de contratación.
DOGV 825, 16/05/88

Orden de 12 de marzo de 1988, sobre planificación de la Educación Especial y ampliación de la experimentación de la Integración Educativa en los Centros Escolares del sistema ordinario para el curso 88/89 en el ámbito de la Comunidad Valenciana.
DOGV 828, 19/05/88

Orden de 1 de marzo de 1988, por la que se convoca concurso público para la concesión de ayudas a



Paul Cezanne. "Paisaje del Jas de Bouffan" (1885-87).

los ayuntamientos que mantienen Gabinetes Psicopedagógicos Escolares municipales o mancomunados, homologados o autorizados.

DOGV 828, 19/05/88

Orden de 24 de mayo de 1988, por la que se autoriza nuevo plazo, para presentación de solicitudes de Ayuda en materia de Servicios Sociales Generales y especializados.

DOGV 848, 17/06/88

Orden de 30 de mayo de 1988, por la que se convocan ayudas para construcción, adquisición de inmuebles, reforma con cambio de uso de inmuebles en materia de Servicios Sociales para el año 1988.

DOGV 848, 17/06/88

Decreto 93/1988, de 4 de julio, por el que se acepta la cesión, a título gratuito, de un inmueble sito en Villena, Partida de "El Pinar", realizada por la Asociación para la Promoción de los Deficientes.

DOGV 864, 08/07/88

Comunidad Autónoma del País Vasco

Decreto 318/84, de 25 de septiembre, por el que se crean tres centros de recursos para la integración escolar de niños invidentes y amblíopes.

BOPV 161, 04/10/84

Decreto 65/86, de 18 de febrero, por el que se con-

vocan ayudas para el desarrollo de actividades relacionadas con la atención e integración social de ancianos, minusválidos y grupos marginados.

BOPV 55, 20/03/86

Decreto 67/86, de 4 de marzo, por el que se articulan las medidas de promoción al empleo del Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco.

BOPV 56, 21/03/86

Decreto 257/86, de 18 de noviembre, sobre servicios sociales para minusválidos.

BOPV 237, 01/12/86

Decreto 289/86, de 30 de diciembre, sobre prórroga de la vigencia de disposiciones normativas que afectan a áreas de actuación del Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.

BOPV 258, 31/12/86

Orden de 14 de marzo de 1988, por la que se establecen las subvenciones y ayudas a conceder por el Departamento de Trabajo y Seguridad Social durante la prórroga presupuestaria del año 1988, así como los plazos y lugares de presentación de las instancias.

BOPV 58, 23/03/88

Decreto 154/1988, de 14 de junio, por el que se regula la creación y funcionamiento de los Centros de Orientación Pedagógica.

BOPV 122, 24/06/88

LA GUINDILLA

Cyrano

CENICIENTA DE TRUJILLO

Fue como un cuento; las más de 300 asistentes sociales, que llenaban el medieval y espléndido aposento, miraron instintivamente sus pies, y por un momento volvieron a sus más ocultas ilusiones infantiles; algo, muy dentro de sí, les envolvió en un mundo mágico de madrastras, hadas madrinas, bailes de salón, calabazas encantadas, vestidos de ensueño y, ¡cómo no!, de príncipes azules.

Ignoro, o no recuerdo, ni quie-

ro recordar, para no romper el encanto, qué hora era, —¡fatalidad de las doce...!—. Poco importa, tampoco, que el pregonero real que buscaba una doncella a la que calzar perdiera el zapato extraviado en su precipitación, no fuera el criado a caballo que los cuentos relatan, sino el mando con el micró.

Ni que el zapato extraviado no lo fuera en palaciego festejo y romántico baile, en la acelerada huida, sino más bien motivado por



la necesidad de comprar calzado adecuado al sinuoso trazado de las calles medioevales, y del despiste de vendedora y compradora.

Porque, querido lector-a, así fue como en Trujillo revivimos la romántica historia de «Cenicienta»; una colega, olvidadiza ella, compró zapatos adecuados para las calles de Trujillo; pero una vez adquiridos y alejada de la tienda, la dependienta se percató de que la compradora había llevado dos zapatos del mismo par; honestidad de comerciante y buena hospitalidad obliga, para que la tal vendedora se dirigiera a los organizadores de las Jornadas de Servicios Sociales en el medio rural, y que éstos, como pregoneros de este nuevo cuento, montados en las modernas técnicas del micrófono, preguntaran por la dueña del zapato.

Y como todo buen cuento, quiero imaginar un final feliz como merece; sé, porque así me lo contaron, que tras el primer momento de hilaridad y sorpresa, la «afortunada» cayó en la cuenta de que ella era «Cenicienta»; no la vi, ni la conozco; pero en mis sueños la imagino vaporosa y frágil, ágil y rodeada de pajaritos, sobrevolando las cúpulas trujillanas en mágica calabaza, arrastrada por caballos-ratones encantados... Y yo, como todos, queríamos ser príncipe azul en aquellas tardes-noche de octubre.

Y quien sabe si no fue el hada madrina, que lejos no andaría, digo yo, quien con su varita mágica hizo que, como en el cuento, también las Jornadas de Trujillo tuviesen un desarrollo y un final feliz.

Y es que en Trujillo, como en los cuentos, cada uno supo estar en su papel; que veamos muchas

Jornadas como éstas y que el hada madrina conserve a los compañeros y compañeras extremeños y a todos quienes con ellos colaboraron en la organización y el desarrollo de las Jornadas, su buen carácter y su saber hacer las cosas bien hechas y agradables. Falta hace, y obligado es reconocer las cosas, también cuando salen bien.

Muchas otras cosas, bien es cierto, podríamos relatar sobre lo acaecido en esas Jornadas: desde la animada visita nocturna a la bella ciudad de Cáceres, hasta las apuestas cruzadas con niñas petitorias del Domund y altas autoridades de por medio. Pero en terrenos que despierten suspicacias, más vale ni meterse, por lo que pasar pueda.

Pero quisiera terminar mi crónica, con una reflexión que me atormentó a lo largo de esos días de octubre: ¿Adónde nos van a llevar con este tipo de Jornadas rurales...?

¿Que por qué me lo pregunto, y por qué estoy preocupado? Vean si no tengo motivos suficientes:

1.ª Jornadas: Daroca (Zaragoza), diciembre de 1985. Lugar de celebrar: un **BAR** en la carretera («El Legido», para más señas).

2.ª Jornadas: Carmona (Sevilla), marzo de 1987. Lugar de celebración: un **INSTITUTO** de enseñanza.

3.ª Jornadas: Trujillo (Cáceres), octubre de 1988. Lugar de celebración: una **IGLESIA** («de Santa María»).

Del bar al instituto y del instituto a la iglesia... Y desde la iglesia, ¿a dónde?, ¿dónde iremos a celebrar las cuartas Jornadas? ¡Dónde!

Es la duda para la que no tiene respuesta.

Del bar al instituto y del instituto a la iglesia... Y desde la iglesia, ¿a dónde?, ¿dónde iremos a celebrar las cuartas Jornadas? ¡Dónde! Es la duda para la que no tiene respuesta.

JORNADAS MEDIO RURAL

* Manuel Martínez Domene

INFORME SOBRE LA CELEBRACION DE LAS III JORNADAS DE SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL. TRUJILLO-OCTUBRE 1988

Durante los días 20, 21 y 22 de octubre pasado se celebraron en Trujillo (Cáceres) las III JORNADAS DE SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL, organizadas por el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y A.A.S.S. en colaboración con la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Asuntos Sociales y la Consejería de Emigración y Acción Social de la Junta de Extremadura.

Quisiera iniciar este artículo con las palabras de presentación de las III Jornadas ya que en ellas se pone de manifiesto cuál es el objetivo de las mismas y las pretensiones del Consejo General con su programación y desarrollo:

«La característica organización social de las poblaciones rurales, sumada a la especificidad de las demarcaciones regionales, ha obligado a un planteamiento de las Estructuras Básicas de Servicios Sociales diferenciado de los medios urbanos o mixtos. Fruto de esta exigencia fue la realización por parte del Consejo General de Colegios Oficiales de D.T.S. y A.A.S.S. de las I y II Jornadas de Servicios Sociales en el Medio Rural que han supuesto un importante avance en el diseño teórico-conceptual de las redes de Servicios Sociales que se vienen implantando en nuestros municipios.

Así, siguiendo esta línea presentamos estas III Jornadas con el OBJETIVO de profundizar tanto en los modelos de Servicios Sociales como en la metodología del Trabajo Social en este medio.

Comienza a convertirse en una tradición que la ubicación de estos encuentros sea cambiante dentro de la geografía rural.

Hemos pasado por Aragón y Andalucía, este año el Consejo General de Asistentes Sociales en colaboración con la Dirección General de Acción Social y la Junta de Extremadura propone Trujillo como punto de encuentro.»

Es de destacar fundamentalmente, la gran participación de profesionales, que después de los Congresos de la profesión, se han convertido en los últimos tres años, en los encuentros que mayor número de participantes han reunido en torno a un foro de debate, trascendiendo de nuestro propio entorno profesional para interesar a otros técnicos y responsables municipales en el más alto nivel en lo que a Servicios Sociales se refiere.

Pretendemos recoger en este texto las aportaciones y valoraciones que han efectuado, durante los tres días de las Jornadas, ponentes, comité organizador y técnico y participantes; pensamos ofrecer con el mismo cumplida información sobre la preparación, desarrollo y contenido de las III Jornadas de Servicios Sociales en el Medio Rural.

Antes de entrar en materia quisiera hacer mención a tres cuestiones organizativas previas a la celebración de las Jornadas:

1. El cómo del Comité Técnico.

2. El porqué el Comité Técnico eligió los temas debatidos en Trujillo.
3. Metodología de trabajo utilizada en la elaboración de contenidos.
1. El Consejo General comunica a todos los colegiados que deseen participar, envíen curriculum y que éste sea positivamente informado por el Colegio Profesional al que corresponde.

Una vez recibidas las solicitudes se hace la selección y cita a todos los profesionales a la 1.ª reunión del Seminario Permanente donde queda constituido el Comité Técnico.

2. En las I y II Jornadas de Servicios Sociales en el Medio Rural, celebradas en Daroca y Carmóna respectivamente, se debatieron y plantearon fundamentalmente contenidos de:

- Organización de Servicios Sociales de Base.
- Condicionantes del Medio Rural.
- Coordinación entre Servicios Sociales y otras áreas.
- Etc.

Por tanto, creímos correspondía profundizar en los contenidos y prestaciones Básicas de Servicios Sociales, que desde un punto de vista técnico, pueden ser gestionados desde el ámbito local. Se trabajó por tanto en el desarrollo teórico de las prestaciones:

- Información, valoración y orientación.
- Apoyo a la familia:
 - a) Ayuda a domicilio.
 - b) Alojamiento alternativo.

Sin olvidar, por supuesto, cómo son, se organizan y estructuran las Redes de Solidaridad Social en el Medio Rural y cómo influyen éstas en el desarrollo de las prestaciones de Servicios Sociales.

Interesaba también lanzar a debate contenidos iniciales sobre «Procesos de Marginación y Desarraigo en el Medio Rural».

Para configurar estructuralmente lo anterior mencionado se da forma a una Ponencia Marco sobre la «Estructura y Organización como Sistema Integrado de los Servicios Sociales en el Medio Rural».

3. La metodología utilizada para la elaboración de contenidos fue:

- Selección de ponencias por el Comité Técnico.
- Distribución de ponencias.
- Los responsables elaboran un borrador de la misma.
- Se programa un Seminario en Alcázar de San Juan durante los días 7, 8 y 9 de julio, donde el Equipo Técnico discute el borrador presentado.

A partir de este Seminario se abre el plazo para la presentación de Comunicaciones y se estudia la metodología y programa a seguir en Trujillo, quedando el trabajo dividido en plenarios durante la mañana, con exposición de ponencias y debate de las mismas, y talleres, como aprendizaje de una técnica concreta, por las tardes.

ASPECTOS MAS SIGNIFICATIVOS DE LAS PONENCIAS PRESENTADAS

Organización y funcionamiento de las estructuras básicas de Servicios Sociales en el Medio Rural

Los Servicios Sociales de Base en el último decenio suponen un importante instrumento del Sistema Público a partir de la década de los 80 y un paso adelante tanto en el plano de la «Legislación Específica» como en el de responsabilidad pública e inicio de un proceso de descentralización.

Por otra parte, de los datos recopilados, por los ponentes en las distintas C.C.A.A. se concluye la progresiva consolidación de los Servicios Sociales de Base en España con un papel cada vez más asumido por los municipios y valoración de conjunto positiva aunque la financiación de los S.S. sea todavía un problema de soluciones estables, existan lagunas todavía en la coordinación y los equipamientos sean mínimos, precisándose con urgencia una red de Centros de Servicios Sociales adecuadamente dotados de material y técnicamente para que en un ámbito territorial determinado a través de un «**Plan Integral de Acción Social**», donde puedan abordarse las intervenciones en la zona.

Los Centros de Servicios Sociales, todavía inexistentes en la práctica totalidad de las Autonomías, y que sería preciso comenzar a planificar si se quiere consolidar el objetivo de un «Sistema Público-Integrado de Servicios Sociales». Asimismo comparando los datos de la realidad de las diferentes C.C.A.A. se comprueba que no existen en el fondo diferencias importantes sobre las funciones asignadas a esos servicios y las prestaciones básicas que gestionan, si bien en este sentido se apunta el todavía carácter residual, sectorial y asistencial de las mismas, sin que se articule hasta el momento una posible respuesta integral a las necesidades de la población.

En cuanto a la situación de los profesionales, tipología de contratación y condiciones de trabajo, llegamos a la conclusión que es un tema problemático que urge afrontar. Todo ello para deducir que los Asistentes Sociales de Base, no sin numerosas dificultades, van avanzando y articulándose lentamente, y a pesar de su corto período de experiencia deben redefinirse y reorganizarse para dar respuesta a un concepto de necesidad más amplio, evitando caer en la burocratización, en la copia de parámetros urbanos y en el vacío de contenidos, pues el momento histórico actual es tal vez irrepetible cara a la consolidación de un Sistema Público de Servicios Sociales Integrado.

Finalmente, en los últimos aspectos desarrollados en esta ponencia, partiendo de los datos de la realidad y los fines últimos de los S.S. de Base, se plantean algunos puntos en un intento de redefinición de estos servicios más acorde con las necesidades rurales. En este sentido se apunta la urgencia de introducir elementos de estabilidad, cuantificación y rigor tanto en la planificación y organización como en la gestión de estos servicios que han de garantizar unos contenidos e intervención más acorde con la estructuración de un sistema plenamente integrado que no puede ser residual.

Urge, asimismo, descentralizar y estabilizar las partidas presupuestarias y avanzar en una concepción operativa de Servicios Sociales totalmente descentralizados para mejor rentabilidad social y económica de los mismos.

Como parte básica de un posible modelo alternativo se propone la creación de una Red Integrada de Centros de Servicios Sociales y la con-

figuración de un Sistema de Prestaciones Básicas, que intenta definirse en sus características esenciales por los ponentes cara a una intervención más integral y globalizadora tendente a mejorar la calidad de vida de la población. Para esta meta se considera imprescindible la coordinación de servicios y sistemas tanto en el plano vertical como horizontal.

Los Servicios de Orientación e Información en el Medio Rural

La puerta de acceso al Sistema Público Integrado de Servicios Sociales es el Servicio de Orientación e Información, ofrecido éste como Prestación Básica a todos los ciudadanos, posibilitando así el principio de igualdad de oportunidades.

En el análisis de la realidad constatamos que el Servicio de Orientación e Información en el Medio Rural, se convierte en «Informador de otros Sistemas Públicos», atendiendo las demandas correspondientes de los mismos, quedando, de esta manera en un servicio «residual».

La práctica demuestra la escasísima existencia de coordinación profesional y especialmente institucional, por lo que se continúa dando multiplicidad en las intervenciones.

La vía para el desarrollo de un pueblo es el trabajo interdisciplinar y multivariable integrado, articulando las tareas y funciones de los profesionales y enfocada a promover planes de acción, tendentes a aliviar, reducir o prevenir la existencia de situaciones sociales indeseables como la pobreza, marginación, ...

Los Servicios de Apoyo a la Familia en el Medio Rural. Ayuda a Domicilio

La Ayuda a Domicilio actualmente está considerada por los profesionales del Trabajo Social como una Prestación Básica, de carácter Comunitario, a la cual todos los ciudadanos por el hecho de serlo tienen derecho. A pesar de todo, se observa que en la actualidad esta prestación se ofrece de manera muy marginal ya que no atiende a toda la población que necesita del servicio, y en muy pocas zonas abarca todas las prestacio-

nes que debería ofrecer: Asistenciales, Económicas y Técnicas.

Cabe señalar que, aunque se ha avanzado en el tema de la coordinación, aún nos queda mucho camino por recorrer para llegar a establecer una verdadera coordinación con todos los profesionales que intervienen en la A.D.

Tenemos que ser conscientes que en un futuro inmediato, la A.D. tendría que adquirir un carácter prioritario de desarrollo por parte de las Administraciones Públicas puesto que el cambio estructural que se está produciendo en la actualidad en nuestra sociedad, así lo exige (cambio de estructura familiar, aumento de la población anciana necesitada, mayor conciencia de que las personas permanezcan en su entorno socio-familiar y mayor demanda de la intervención del Estado en los problemas sociales).

Por todo lo dicho, sería necesario crear un Sistema Integrado de Servicios de Ayuda a la Familia, que permitiera ofrecer unas prestaciones más coherentes con los objetivos que se marca la A.D. (prevenir, educar y/o asistir por un período de tiempo concreto).

Por ello es necesario ofrecer unas prestaciones técnicas en coherencia con las necesidades reales de la población, unas prestaciones económicas que ayuden al usuario a superar su situación conflictiva y no sigan siendo, lo que hasta el momento, puras prestaciones asistenciales. Tal vez para ello sea necesario establecer convenios con otros organismos de la Administración, como el Ministerio o Consejería de Trabajo, Vivienda, Instituto Nacional de Empleo,... y por último unas prestaciones asistenciales que ofrezcan una verdadera ayuda y soporte para que los beneficiarios puedan superar su situación de necesidad psico-física.

Evidentemente, para poder desarrollar todo este programa es necesario que las Administraciones dediquen un mayor presupuesto económico del que se ha venido utilizando hasta el momento en materia de Servicios Sociales.

Alojamiento alternativo en el Medio Rural

Una breve reflexión histórica sobre esta prestación básica de Convivencia y Alojamiento nos lleva a diferenciar dos etapas:

- Antes de la democracia, caracterizada por una política centralista, con una ubicación de Servicios en las grandes ciudades, descoordinación administrativa y la potenciación de Servicios e Instituciones Benéficas.
- En el período democrático; consideración de los Servicios Sociales como Sistema Público, como todo derecho del ciudadano, con la descentralización política y administrativa además de la elaboración de normativas referentes a Servicios Sociales y la aparición de los Servicios Sociales de Atención Primaria en el Medio Rural.

Todo este proceso lleva implícito una progresiva puesta en funcionamiento de experiencias de nuevos servicios de Alojamiento y Convivencia; aún cuando todavía no hayan conseguido superar un modelo estable y adecuado, y sin embargo ahora, y desde la promulgación de Leyes Autonómicas se empieza a dar el tratamiento de Prestaciones Básicas a este Servicio Social.

Tiene por objeto ofrecer alternativas a los individuos y grupos carentes de ambiente familiar adecuado para su desarrollo. A partir de estas respuestas de alojamiento hemos de lograr:

- 1.º Prevenir situaciones de desestructuración familiar y social.
- 2.º Posibilitar recursos para la integración del individuo o grupo en la Comunidad.
- 3.º Promover alternativas dentro del marco Comunitario.

Todo ello teniendo en cuenta que los equipamientos deben adaptarse a las características y necesidades del Medio Rural, su planificación ha de ser coherente con los recursos de los Municipios Rurales.

La financiación de estos servicios debe corresponder a la Administración Pública.

Los procesos de desarraigo y marginación en el Medio Rural

El pueblo como Medio Rural está marginado, no su población por sectores. Los rasgos que lo demuestran son:

- Empobrecimiento en el sector rural.
- Despoblamiento.
- Insuficiencia de Servicios.
- Futuro incierto.

- Complejos de inferioridad.
- Olvidados por la sociedad, sin fuerzas para defenderse (apatía).

En este sentido hay que actuar fundamentalmente en una mayor y mejor protección social, sanidad, educación, desempleo, pensiones, viviendas, etc. Hemos de tender hacia una Acción Integral y Globalizadora (Equipos Interdisciplinares) atendiendo fundamentalmente, las causas y en último caso las manifestaciones. Es claro que la programación de los Servicios Sociales de Base debe estar en consonancia con las necesidades y no con los sectores de población.

La línea a seguir debe ser preventiva y normalizadora, sin olvidar nunca el sentimiento comunitario de la población rural y su propio protagonismo.

La solidaridad social en el Medio Rural

Hablar de «Solidaridad Social en el Medio Rural» es hablar de sentimiento comunitario, de pertenencia al medio, de ecología, de redes de relación, organización e integración.

Sabido es que en el Medio Rural mantienen gran importancia las fórmulas de agrupaciones informales y no permanentes, siendo las redes de solidaridad mayores que en las Zonas Urbanas.

La poca o nula existencia de asociaciones legalmente constituidas hace pensar a muchos técnicos y profesionales, cuando inician su labor en el Medio Rural, que es un espacio sin participación. De ahí, que muchos de nosotros queramos legalizar y constituir rápidamente los pocos grupos organizados o semiorganizados en asociaciones formales, sin saber que en ocasiones podríamos romper el equilibrio ecológico de la propia comunidad rural y deteriorar su tejido social.

Sin embargo es necesaria una línea de acción de solidaridad desde las Estructuras Básicas de Servicios Sociales; «Sin duda cualquier política global y ambiciosa de Servicios Sociales necesita de una cooperación social fuerte que promueva y canalice las relaciones solidarias, a través de la participación ciudadana...» (1).

En este sentido es necesario el fomento del Tra-

bajo Social hacia un estudio y programación de formas organizadas de Ayuda Mutua, Voluntariado con esquemas propios rurales, y acciones de cooperación. Entendemos que es sin duda necesario, en este sentido, pasar de una dimensión individualizada de las necesidades a una colectiva.

Las diferentes formas de manifestación de la solidaridad pueden posibilitar medidas preventivas de la marginación, así como recuperar el carácter comunitario y sentido de pertenencia al medio. Aquí es importante resaltar el papel del profesional en Trabajo Social como facilitador de la información, motivador y Técnico en la organización de estos procesos.

ASPECTOS MAS SIGNIFICATIVOS DE LOS TALLERES

El diseño de Talleres se planificó de forma que se impartieran durante las tres tardes de las Jornadas. La programación de los mismos, en un principio, fue mayor en cuanto al número se refiere, no obstante se redujo dado que no era rentable mantener algunos por las escasas solicitudes recibidas para participar en los mismos. Otros, sin embargo, hubieron de desdoblarse ya que las solicitudes de participación eran masivas.

Durante las Jornadas se trabajó en los talleres que a continuación se especifican:

- Expresión oral para los profesionales del Medio Rural.
- Iniciación a la dinámica de grupos en el Ambito Rural.
- Organización del voluntariado (X).
- La entrevista y la observación en Trabajo Familiar.
- Planificación y programación (X).
- Medios de comunicación en el Area Rural.
- Los Servicios Sociales Comunitarios como Alternativa de Generación de Empleo (X).
- Procedimiento Administrativo en la Administración Local.
- La Informática como Instrumento del Trabajo Social.

- Evaluación. Aplicación Práctica a las Estructuras Básicas de Servicios Sociales.
- Documentación en Trabajo Social.

Más adelante tendremos ocasión de observar las opiniones que los asistentes, en la encuesta de Evaluación Final, aportaban en relación al contenido, material entregado y metodología de exposición.

En términos generales los talleres han sido bastante interesantes para los asistentes si tenemos en cuenta que:

- El n.º de personas asistentes no ha sufrido oscilaciones los dos primeros días.
- Gran n.º de intervenciones y participación de los inscritos al taller.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS ASISTENTES AL FINALIZAR LAS JORNADAS (2)

De los 450 participantes inscritos en las III Jornadas de Servicios Sociales en el Medio Rural, contestan la encuesta 177 personas, lo que supone el 39,3% del total.

La distribución de estos porcentajes según los talleres en los que ha participado es la siguiente:

	N.º	%
Medios de Comunicación	13	7,3
Planificación y Programación	19	10,7
Evaluación	15	8,4
Expresión Oral en el Medio Rural	13	7,3
Los Servicios Sociales Comunitarios como Alternativa a la Generación de Empleo	19	10,7
Entrevista y Observación en Trabajo Familia	15	8,7
Voluntariado	22	12,4
Dinámica de Grupos	11	6,2
Documentación	18	10,1
Procedimiento Administrativo	9	5,0
No contestan o no participan en ninguno de los talleres	23	12,9
TOTAL	177	100

La encuesta recogía tres temas de interés referente a Ponencias, Talleres y Metodología. Un cuarto apartado recogía observaciones referentes a Organización, infraestructura, lugar elegido, etc.

TABULACION PORCENTAJES ABSOLUTOS Y RELATIVOS

Ponencias

Absolutos:	M.M.	M.	R.	B.	M.B.	N.C.
Temas	2	9	41	118	6	1
Contenidos	3	24	76	37	4	33
Relativos:						
Temas	1,16%	5%	23,9%	69%	3,5%	0,5%
Contenidos	1,7%	14%	44%	21,6%	2,3%	16,6%

M.M. = Muy Mala; M. = Mala; R. = Regular; B. = Buena; M.B. = Muy Buena; N.C. = No Const.

A la pregunta, señala tu opinión sobre las ponencias, referente a temas elegidos y contenidos de los mismos, los asistentes consideran, mayoritariamente que los temas son buenos, entendiendo, sin embargo que hay que mejorar los contenidos técnicos.

Talleres:

Absolutos	N.	P.	A.	B.	M.	N.C.
Adecuados	9	23	37	68	25	15
Util para el trabajo	7	30	41	59	29	11
Relativos:						
Adecuado	5,2%	13,4%	21,6%	39,7%	14,6%	8,4%
Útiles para el trabajo	4,0%	17,5%	23,9%	34,5%	16,9%	6,2%

N. = Nada; P. = Poco; A. = Algo; B. = Bastante; M. = Mucho; N.C. = No Const.

Los resultados que se ofrecen en esta Tabla responde a la pregunta «¿Cómo cree el participante que ha sido el Taller en relación a su contenido?».

La mayoría considera que ha sido adecuado (bastante-mucho); en estas Jornadas, siendo útil para su trabajo (bastante-mucho) en un 50% de los que responden a la encuesta.

En cuanto al «material entregado en el Taller» los encuestados responden de la siguiente manera:

Absoluta:	N.	P.	A.	B.	M.	N.C.
Adecuado	9	31	40	50	21	26
Util para el trabajo	6	27	45	46	17	36
Relativa:						
Adecuada	5,2%	18,12 %	23,3%	29,3%	12,2%	14,6%
Util para el trabajo	3,5%	15,7%	26,3%	26,9%	9,9%	20,3%

N. = Nada; P. = Poco; A. = Algo; B. = Bastante; M. = Mucho; N.C. = No Const.

Metodología

A la pregunta «¿La metodología utilizada en el Taller y Jornadas ha sido adecuada?, los participantes contestan tal y como se refleja en el siguiente cuadro:

	N.	P.	A.	B.	M.	N.C.
Taller	20	24	30	61	27	15
	11,6%	14,5%	17,5%	35,6%	15,7%	8,4%
Jornadas	7	23	59	76	3	9
	4,09%	13,4%	34,5%	44,47%	1,75%	5,08%

N. = Nada; P. = Poco; A. = Algo; B. = Bastante; M. = Mucho; N.C. = No Const.

A la pregunta «Ponencia que te ha resultado de más interés», los encuestados contestan:

	N.º	%
Organización y Funcionamiento de las Estructuras Básicas en S.S. en el Medio Rural	40	22,5
Ayuda a Domicilio en el Medio Rural	39	22,0
Alojamiento Alternativo en el M.R.	7	3,9
Servicios S. orientación e Informat.	15	8,4
Desarraigo y Marginación en el M.R.	9	5,0
La Solidaridad Social en el M.R.	23	12,9
Ninguna	4	2,5
No contestan	40	22,5
TOTAL	177	100

A la pregunta «Taller que elegirías en las próximas Jornadas» los participantes responden (se hacen constar los más significativos):

	N.º	%
Planificación y Programación	30	16,9
Evaluación	15	8,4
Generación de empleo	10	5,6
Informática	11	6,2
Dinámica de grupos	25	14,1
Medios de Comunicación	8	4,5
Voluntariado-Organización	8	4,5
Entrevista y Observación	5	2,8
Resto de Talleres (sin significación)	65	36,7
TOTAL	177	100

Es necesario en este sentido hacer un llamamiento desde estas líneas, a los Colegios Profesionales, a las Escuelas de Trabajo Social y la Administración en general para que orienten y den más relevancia a la formación para el Aprendizaje de Técnicos de Trabajo Social (programación, evaluación, dinámica de grupos, voluntariado, informática, etc.).

En el apartado de OBSERVACIONES se pedían fundamentalmente opiniones en cuanto a organización, difusión de las jornadas, infraestructura, documentación, etc.

Los encuestados responden en un 90% que la organización ha sido buena o muy buena, aunque consideran estos encuentros muy masificados, esto repercute en la baja participación demostrada en los debates. Por otra parte la gran mayoría considera que es necesario tener, previo a las Jornadas, la documentación que se va a exponer en las mismas, así como articular medidas para poder acceder al resto de documentación de talleres.

La infraestructura y el lugar elegido es del agrado de la mayoría, aunque con deficiencia de servicios (sobre todo hoteles).

La difusión de las Jornadas ha sido buena por parte del Consejo General, única vía por la que ha llegado a la mayoría de los participantes.

VALORACION GLOBAL DE LAS JORNADAS

Como cooordinador de contenidos de estas III Jornadas de Servicios Sociales en el Medio Rural quiero transmitir como reto y al mismo tiempo como resumen general de estos tres días de trabajo tres ideas fundamentales:

1. Es necesario reconocer la validez de la

práctica generada en la implantación de Servicios Sociales en el Medio Rural, en la que se constata un gran nivel de homogeneidad en el conjunto de las Comunidades Autónomas, a pesar de no existir elementos estatales de referencia para ello.

Los Servicios Sociales de Base son sin duda el referente más significativo de esta práctica, cuya aportación en el Medio Rural hay que resaltar en dos aspectos fundamentales:

- El haber acercado a la población rural la oferta de Servicios Sociales a través de la difusión de la información.
- Los dinanismos sociales que han generado en las poblaciones rurales.

2. Con ser importante constatar estos resultados, no lo es menos reconocer que hoy nos encontramos con las propias limitaciones de este modelo de Servicios Sociales, las cuales hemos de trascender, procurando la dotación de recursos estables que garanticen de manera efectiva, las prestaciones que a través de los Servicios Sociales de Base hemos venido anunciando hasta ahora.

Así, es necesario garantizar recursos que procuren:

- La estabilidad en el empleo de los profesionales.
- La suficiencia y estabilidad presupuestaria.
- Las adecuadas dotaciones físicas.

Estamos queriendo decir que es necesario trascender el modelo que representan los Servicios Sociales de Base, insertando estas estructuras tan básicas en los Centros de Servicios Sociales que garanticen realmente a los habitantes del Medio Rural las prestaciones básicas que este nascente Sistema Público ha de procurar con toda efectividad.

3. Siendo importante enunciar estas ideas, no lo es menos insistir en que no puede quedar en puros enunciados teóricos, que cada uno de nosotros tenemos que asumir plenamente nuestra responsabilidad para hacerla realidad. Desde las Instituciones Públicas asumiendo una política social, como la que estamos demandando, con sus correspondientes dotaciones presupuestarias que la hagan posible. Esto pasa por procurar la más estrecha cola-

boración de todas las Administraciones Públicas, Estatal, Autonómica y Local, para dotar a esta última de forma que asuma el protagonismo que por tradición, por ley y por razón está llamada a asumir.

Constatamos la importancia que en esta línea tiene, como instrumento de cooperación efectiva entre la Administración Estatal y de las Comunidades Autónomas, el denominado Plan Concertado de Prestaciones Básicas, a través del cual se quiere garantizar a las Entidades Locales apoyos económicos y técnicos para hacer posible esta política de Servicios Sociales a través de los instrumentos adecuados. Esperamos que las dotaciones económicas y técnicas de este Plan sean las suficientes para no frustrar las expectativas generadas.

En este capítulo de retos, y quisiera que ello fuera el resumen de las Jornadas, quiero lanzar a todos los Colegas Asistentes Sociales y a los demás Profesionales que nos han acompañado, la necesidad de asumir unos niveles de Formación y Cualificación Técnica adecuados a las exigencias que estamos planteando a las Instituciones.

Estos son los retos que en estas III Jornadas celebradas en Trujillo se han manifestado. Confiamos que en las IV Jornadas de Servicios Sociales en el Medio Rural, donde quiera que se celebren, podamos constatar que los Servicios Sociales en el Medio Rural siguen vivos frente a los intentos de retornar a paternalismos de cualquier tipo.

Porque los habitantes del Medio Rural son, en definitiva, ciudadanos a los que nadie puede privar de sus derechos por haber decidido mantenerse en sus pueblos.

NOTAS

(1) Voluntariado y Comunidad. Servicios Sociales Comunitarios y Voluntariado. Francisco Ber-nardo Corral, Revista de Servicios Sociales y Política Social n.º 10.

(X) Talleres que fueron desdoblados.

(2) Ver modelo de encuesta.

(*) Coordinador de Contenidos Técnicos. III Jornadas de Servicios Sociales en el Medio Rural.

COLECCION FRONTISSA DE LIBROS EN CATALAN

En la actual etapa de los servicios sociales, los profesionales que intervienen en ellos, sienten la necesidad de responder con una práctica de calidad al reto que representa acercarse diariamente a la compleja problemática social de nuestro país. Conscientes de la atadura entre la mejora de la tarea profesional y la formación permanente, reclaman esta formación así como un material bibliográfico que la complemente. FRONTISSA aspira a contribuir a este proceso con una colección de libros que aporta nuevos elementos teóricos para la reflexión, nuevos instrumentos para el trabajo cotidiano y nuevos temas para el debate:

A mitad del camino entre el tratado voluminoso y el documento breve, FRONTISSA ofrece libros ágiles sobre temas varios, algunos de ellos todavía no expuestos en nuestro idioma. Constituida por obras originales y por traducciones, la colección FRONTISSA pretende también colaborar en la normalización del catalán en el ámbito de los servicios sociales y del trabajo social, presentando un repertorio de títulos de interés para los profesionales, para los dirigentes de los servicios sociales, así como para los estudiantes y los estudiosos de estos campos.

Con esta aportación INTRESS y EDITORIAL PORTIC, quieren, además, contribuir a la divulgación del conocimiento de los servicios sociales y a su desarrollo, finalidades todas ellas dirigidas al objetivo general de conseguir el más

elevado grado posible de bienestar social para todos los ciudadanos.

N.º 1

METODO DE TRABAJO EN EQUIPO (1987)

Autora: *Claudine Plenchette-Brissonnet*

En esta obra la autora analiza el instrumento «trabajo en equipo» y constituye un marco metodológico coherente y riguroso que permite desarrollar la eficacia.

Concebido especialmente para los educadores y los trabajadores sociales, este método de trabajo en equipo ha sido experimentado en Francia en numerosos ciclos de formación. La obra consta de una parte técnico-práctica y de seis casos-ejercicio.

N.º 2

EL MALTRATO DE LOS NIÑOS. PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL PROBLEMA (1987)

Autores: *David N. Jones y otros*

Obra básica sobre el problema del maltrato de los niños, desgraciadamente de gran actuali-

dad en nuestro país. Este libro, dirigido a los profesionales de los servicios sociales, es también de interés para los que trabajan en la sanidad y en la enseñanza. La atención a los niños, el trabajo con las familias, los aspectos médicos, psicológicos, culturales y sociales, entre otros temas, son tratados con profundidad.

N.º 3

TRABAJO DE COMUNIDAD (1988)

Autor: Alan Twelvetress

El autor, profesor de trabajo de comunidad, expone en este volumen cómo iniciar, desarrollar y trabajar con grupos de la comunidad. Diseñado como manual práctico para el trabajo en los barrios, el libro presenta, además, un resumen de los debates actuales sobre temas teóricos y políticos relacionados con el trabajo de comunidad. Otras cuestiones tratadas son: los roles de los trabajadores de comunidad, la estrategia del trabajo de comunidad, el stress de los profesionales, etc.

N.º 4

LA ACOGIDA FAMILIAR (1988)

Autores: A. Ripoll-Millett y G. Rubiol

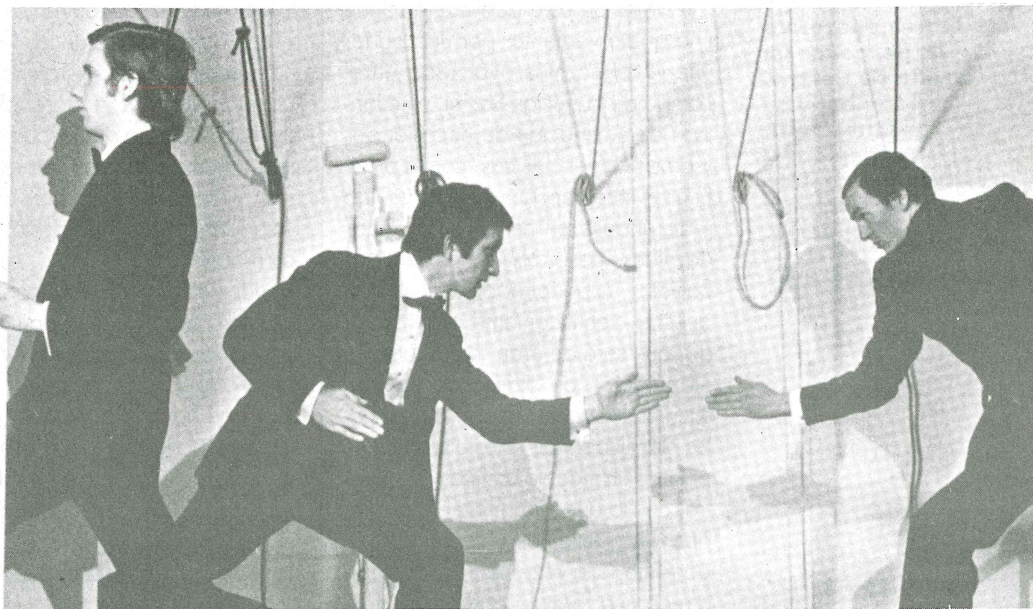
El libro contiene una panorámica de la acogida familiar para niños en Europa y en los Estados Unidos, así como una descripción de su situación en España. La obra trata, además, las acogidas familiares para otros colectivos (ancianos, adolescentes con problemas, disminuidos, etc.) y ofrece un modelo de acogida familiar «ecológico» que respeta y aprovecha los mecanismos de ayuda mutua y solidaridad entre las familias.

N.º 5

TRABAJO DE GRUPO

Autor: Allan Brown

Obra de introducción al trabajo social de grupo, de utilidad para los profesionales y para los estudiantes de esta técnica. Se exponen entre otros los temas siguientes: conceptos básicos sobre grupos y sobre trabajo de grupo, diferentes clases de trabajo de grupo; composición de los grupos; preparación del trabajo de grupo; programas y procesos; evaluación del trabajo realizado.



LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES CONCEPTUALIZACION Y DESARROLLO OPERATIVO GUSTAVO GARCIA. SIGLO XXI. 1.900 PTAS.

Su objetivo operativo es proponer un diseño de Centro, definiendo su organigrama, programas y prestaciones, ámbito de actuación y presupuesto.

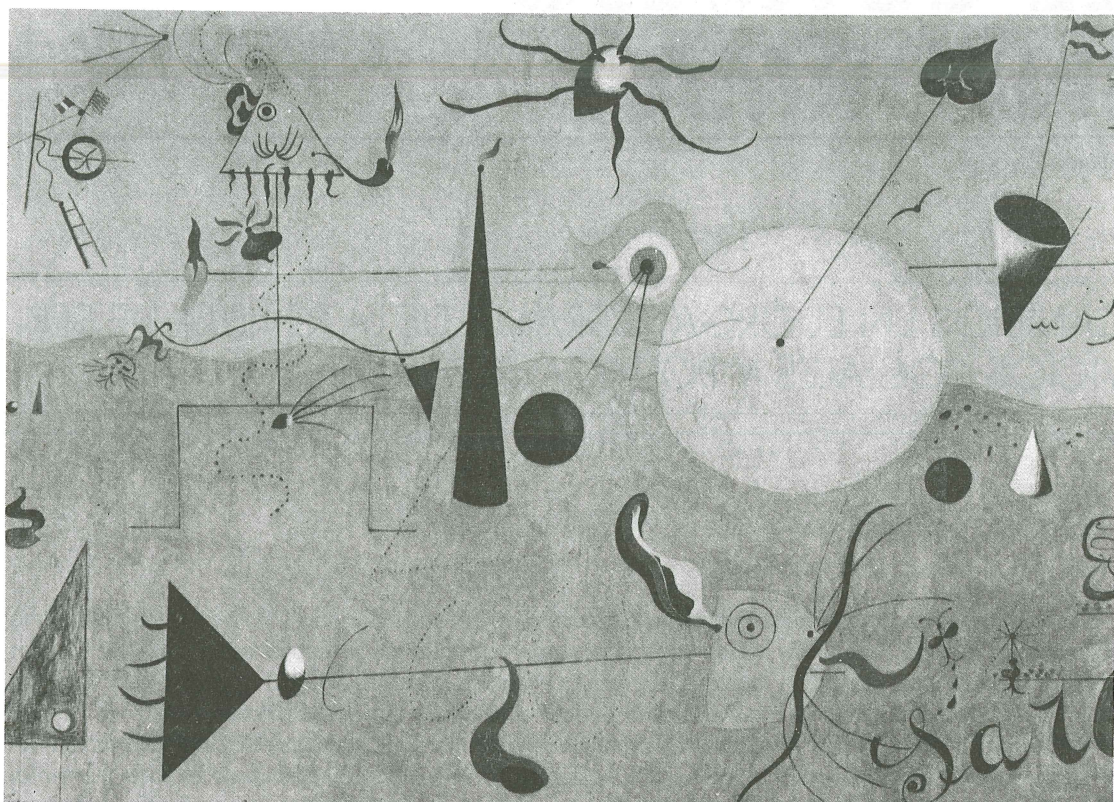
El libro que tenemos en nuestras manos se propone, como objetivo general, **"Definir, dentro de la Red de Equipamientos del Sistema Público de Servicios Sociales, los Centros de Servicios Sociales"**. Y concretando más, explica que su objetivo operativo es proponer un diseño de Centro, definiendo su organigrama, programas y prestaciones, ámbito de actuación y presupuesto.

El valor de esta publicación tiene una doble vertiente: por una parte, une la teoría más avanzada en el campo de la Acción Social, en cuanto a determinación de necesidades y prestaciones básicas, con la práctica de intervención que ha venido realizándose en estos últimos años de intenso desarrollo de los Servicios Sociales. Y, por otra, ofrece una propuesta, científicamente argumentada, que será de gran ayuda para la elaboración de planes de equipamientos desde las instancias regionales planificadoras. En este sentido, se plantea un modelo concreto de Centro, con lo que se cumple el objetivo operativo del autor, y como dato importante, a la vez que novedoso, se ofrece una fórmula para calcular el

coste de este equipamiento, en función del número de habitantes de su ámbito de actuación. Es éste un aspecto básico, ya que todos conocemos el estrepitoso fracaso de todos aquellos planes o programas que no han tenido en cuenta sus costes, con lo que finalmente han resultado de difícil ejecución, cuando no inviables.

En cuanto a ese valor de unión entre teoría y práctica, que antes señalábamos, nos encontramos con un diseño de estructura de los Centros, incluyendo cuatro Programas de actuación que van a garantizar las prestaciones para dar respuesta a las necesidades básicas de los ciudadanos, y definiendo ampliamente las Unidades gestoras de cada uno de los Programas.

Todos estos aspectos, hacen que este libro sea considerado como de gran utilidad para todos los implicados en la Acción Social y en los Servicios Sociales: políticos, planificadores, gestores y trabajadores sociales. Su forma de exposición pedagógica, hace que tenga, asimismo, un interés especial como libro de texto para las Escuelas de Trabajo Social.



SUMARIO

Introducción

Fundamentos

Objetivos

Metodología

Sistema público de Servicios Sociales

Referencia conceptual

Red de atención

Centros de Servicios Sociales

Primera parte:

Situación en red de atención. Funcionalidad.

Segunda parte:

Estructura de los Centros de Servicios Sociales.

Tercera parte:

Análisis de funciones de las unidades del organigrama: Unidades de Trabajo Social de Zona.

Cuarta parte:

Análisis de funciones de las unidades del organigrama: programas para la gestión de prestaciones.

Quinta parte:

Análisis de funciones de las unidades del organigrama: dirección, asistencia técnica y administración de los Centros de Servicios Sociales.

Sexta parte:

Referencia territorial-poblacional de los Centros de Servicios Sociales.

Séptima parte:

Análisis de los costos de los Centros de Servicios Sociales.

Octava parte:

Aplicación de resultados por comunidades autónomas y por intervalos de población.

Diseños prácticos

Organización de las plantillas

Instalaciones físicas

Desarrollo de los programas

Evaluación. Documentación

EL CONSEJO INFORMA

Balbino Pardávila

CAMBIOS EN EL ORGANIGRAMA DE LA REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL

Con la publicación de este número doble de la Revista de Servicios Sociales y Política Social, dedicado básicamente al tema de los minusválidos acaba mi responsabilidad como Coordinador General. Motivos de índole personal, por un lado, y la necesaria renovación en las tareas de dirección y gestión de los medios de comunicación, por otro, me han inducido a ofrecer el testigo a otro compañero.

Desde estas páginas de la Revista quiero agradecer a los miembros de las Juntas de Gobierno del Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, el apoyo brindado en todo momento. Especialmente quisiera señalar los esfuerzos de Elvira Cortajarena, Elena Peláez, Teresa Aldasoro, Rosario del Amo y José Manuel Domínguez, por intentar lograr una publicación de calidad, al servicio de la profesión, el trabajo social, los servicios sociales y la sociedad española.

Resulta indispensable subrayar el papel desempeñado por las personas, que en diferentes períodos, han formado parte del Comité Editorial de la Revista, sin cuyo trabajo continuo y desinteresado, la publicación no hubiese sido posible. Además de Elena Peláez y Rosario del Amo, debemos citar la labor efectuada por Gloria Rubiol, María Dolores Caballero, Luz Verde, Amelia Sampedro, Gustavo García y José Manuel Ramírez, estos cinco últimos, miembros del Comité Editorial actual.

Gloria Rubiol, entrañable compañera, debido a razones personales, decidió dejar el Comité Editorial de la Revista, una vez editado su número diez.

Fuencisla del Amo, Alfredo Fernández y Alfonso Muñoz, consecutivamente enriquecieron con sus capacidades artísticas el diseño, y las a veces controvertidas ilustraciones de la Revista. Gracias a ellos por el interés mostrado en el desempeño de su labor.

El equipo humano de Consultores Editoriales, con Paloma Salafranca al frente, ha hecho posible, con el cariño que siempre han mostrado por la Revista de Servicios Sociales y Política Social su correcta realización y edición material.

No podemos dejar de nombrar al centenar largo de colaboradores que durante estos años, con sus artículos y sugerencias han llenado de contenido los diferentes números publicados.

Por último, quiero agradecer personalmente a los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, los suscriptores y lectores de la Revista su continuo apoyo y la benevolencia mostrada ante los posibles fallos acontecidos durante este período.

Buenos vientos y próspera navegación a todos.

COLECCION TRABAJO SOCIAL

Serie Libros

1. Introducción al Bienestar Social (6.ª ed.), 292 pp. Patrocinio de las Heras/Elvira Cortajarena.
2. Política social y crisis económica. Aproximación a la experiencia española, 216 pp. Ignacio Cruz Roche/Aurelio Desdentado Bonete/Gregorio Rodríguez Cabrero.
3. Los Servicios Sociales desde una perspectiva internacional. El sexto sistema de protección social, 544 pp. A. J. Kahn/S. B. Kamerman.
4. Los Servicios Sociales I. Organización y funcionamiento en Gran Bretaña, Yugoslavia, Israel y los Países Bajos, 292 pp. Gloria Rubiol.
5. Los Servicios Sociales II. Leyes de Servicios Sociales en Europa, 424 pp. Gloria Rubiol.

Serie Textos Universitarios

1. Centros de Servicios Sociales. Conceptualización y desarrollo operativo. Gustavo García Herrero.

COLECCION TRABAJO SOCIAL

Serie Documentos

1. Dos documentos básicos en Trabajo Social (2.ª ed.), 64 pp.
2. De la beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de Acción Social. Seminario de Historia de la Acción Social (2.ª edición), 416 pp.
3. Primeras Jornadas Europeas de Servicios Sociales, 84 pp.
4. Un modelo de ficha social. 152 pp.
5. Servicio Social de Ayuda a Domicilio. Primeras Jornadas Internacionales, 120 pp.
6. Los Servicios Sociales Comunitarios (2.ª edición), 112 pp.
7. Los Servicios Sociales en el medio rural, 136 pp.
8. Encuentro sobre Servicios Sociales Comunitarios. Madrid, mayo, 1986, 236 pp.
9. Seguimiento de la gestión de los Servicios Sociales Comunitarios, 144 pp.

Serie Cuadernos

1. Relación entre Servicios Sociales y Sanitarios, 76 pp.

SUSCRIBASE A

TARIFAS UN AÑO (4 números)

Estudiantes o colegiados..... 1.500 Ptas.
 Resto..... 1.800 Ptas.
 Extranjero..... 1.800 Ptas.
 Números sueltos..... 500 Ptas.
 N.º 0, 1 y 4..... agotados

revista de **SERVICIOS SOCIALES** y **Política Social**

Doctor Cortezo, 11, 2.º 28012 Madrid

NOMBRE

DIRECCION

POBLACION

C.P.

PROVINCIA

TELEFONO

Es colegiado o estudiante SI ☐ NO ☐

El importe de la suscripción lo haré efectivo:

☐ Recibo domiciliado en Banco o Caja de Ahorros sita en España (en este caso, rellenar el boletín adjunto).

☐ Adjunto cheque bancario n.º

SR. DIRECTOR DEL BANCO (o CAJA DE AHORROS)

Domicilio de la Agencia

Población

Titular de la cuenta

Número de la cuenta

Sírvase tomar nota de atender hasta nuevo aviso, con cargo a mi cuenta, los recibos que a mi nombre le sean presentados para su cobro por la Revista de Servicios Sociales y Política Social.

Fecha

Atentamente
 (firma)

Envíennos también este boletín a la redacción. Nosotros nos ocuparemos de hacerlo llegar a su Banco.



Silo (Tulia-Texas).

