

# 2

DOCUMENTO DE TRABAJO

## Criterios para el desarrollo del Programa Ocupacional-Laboral



Fundación Andaluza para la  
Integración Social del Enfermo Mental

Andalucía  
*al máximo*

Documento de Trabajo N° 2:  
Criterios para el Desarrollo del Programa Ocupacional-Laboral.  
3ª edición.

**Elaboración:**

Departamento de Programas, Evaluación e Investigación, Junio 2005  
©Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

**Edita:**

Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

**Depósito Legal:**

SE-4891-06

**ISBN:**

84-931879-5-X

**Diseño:**

ugeycía

**Impresión:**

Escandón Impresores





## ÍNDICE

Presentación	pág. 7
La especificidad de la integración laboral de personas con problemas mentales graves	pág. 9
Definición del programa	pág. 12
Algunas estimaciones sobre tipología y necesidad de atención	pág. 13
Evolución y situación actual del programa	pág. 14
• Evolución de la tipología de estructuras e intervenciones	pág. 15
• Desarrollo actual	pág. 18
Un modelo teórico razonable	pág. 22
• Intervenciones necesarias	pág. 22
• “Estructuras” y niveles funcionales	pág. 23
Previsiones de desarrollo del programa	pág. 29
• Tipología de dispositivos y actuaciones	pág. 29
• Algunas previsiones concretas	pág. 32
Aspectos funcionales	pág. 33
• Criterios de inclusión en el programa	pág. 33
• Funcionamiento y coordinación interna	pág. 35
• Coordinación con los servicios de salud mental	pág. 36
• Coordinación con otros elementos y programas	pág. 38



## PRESENTACIÓN

El desarrollo de un programa ocupacional-laboral, dentro del marco de los programas dirigidos a favorecer la integración social de personas con graves problemas de salud mental, encuentra su justificación en el papel que la actividad productiva y el empleo juegan en la vida de dichas personas. Así, además de constituir un derecho ciudadano para cuyo ejercicio, estas personas, necesitan distintos tipos de apoyo, el trabajo funciona, en su caso, a la vez como instrumento y como indicador privilegiado de su propio proceso de integración social.

Es en ese sentido en el que se puede afirmar que el trabajo es uno de los polos o ejes, junto a la vivienda y a las relaciones sociales cotidianas, sobre los que se articula el proceso de rehabilitación y mantenimiento en la comunidad de las personas con este tipo de problemas. Afirmación avalada por su creciente papel en la práctica totalidad de los países que cuentan con un buen desarrollo de programas de atención comunitaria, tal y como refleja el número creciente de publicaciones referidas al tema.

Por otra parte y, aunque en sentido estricto puede apoyarse una diferenciación conceptual entre niveles ocupacionales y laborales<sup>1</sup>, y resulta necesario, en lo organizativo, tener un especial cuidado en no confundir uno con otro, parece conveniente considerarlos como espacios integrados en un único programa, abordando el tema de la actividad laboral de manera unitaria. Propuesta que se deriva de dos tipos de consideraciones.

1. Una más bien de tipo teórico, en la medida en que el trabajo, en tanto que actividad productiva que puede tipificarse según distintos niveles de complejidad, cumple múltiples funciones en el proceso de rehabilitación e integración social de este tipo de personas. Funciones que pueden variar considerablemente según los pasos y componentes de dicho proceso, así como afectar de modo variable a cada una de las personas en los diferentes momentos de su evolución<sup>2</sup>. Lo que aconseja disponer de espacios graduados que permitan desarrollar distintas combinaciones de tales funciones, estableciendo a través de ellos itinerarios variables, adaptados a las necesidades-capacidades de cada individuo con problemas.
2. Y otra de índole más práctica, en la medida en que su programación y desarrollo unitarios pueden favorecer algunas características de interés, como son:

---

1

Sin olvidar, de todas formas, las no despreciables dificultades terminológicas que complican el tema. A ese respecto, en el presente Documento, por una parte y dada la inexistencia de otro más general, con el término “*laboral*” nos referimos tanto a un área amplia relacionada con el trabajo en tanto que actividad productiva (“lo laboral”), cuanto, en sentido estricto, a una forma específica de regulación social de dicho tipo de actividad (“contratación laboral”, “nivel laboral”) Por otra, con el término “*ocupacional*” hacemos referencia únicamente a la dimensión que podríamos considerar “laboral” de la actividad ocupacional, dejando de lado otros posibles significados (los relacionados con la expresión “terapia y/o terapia ocupacional”, por ejemplo) y dimensiones de la misma.

2

Sin pretender ser exhaustivo, la actividad puede servir al menos como estímulo al desarrollo cognitivo, elemento organizador de la vida cotidiana, vehículo de relación social, fuente de ingresos, rol social potenciador de la autoestima, etc.

- La redefinición del conjunto de actividades y espacios funcionales, con una mayor orientación hacia los niveles que podemos considerar más “avanzados”<sup>3</sup>.
- El establecimiento de itinerarios individualizados para los pacientes que lo precisen (contemplando, en cada caso, la posibilidad tanto de “avances” como de “retrocesos”)
- La protección frente al riesgo de evolución de los espacios más ocupacionales hacia formas de actividad marginal e insitucionalizadora.
- Y la protección frente al riesgo paralelo de evolución de las actividades empresariales más autónomas hacia alguna forma de “elitismo” y el desentendimiento frente a los pacientes más difíciles.

Concepción, planificación y gestión unitaria, que no tienen por qué implicar confusiones entre los distintos espacios en que el Programa se articula.

Durante estos años, desde la Fundación y, en algunos casos, a través de la Empresa IDEA, se han venido desarrollando diversas actividades que se enmarcan formalmente en este programa, acumulando una considerable experiencia aunque sin conseguir hasta el momento superar algunos problemas tanto de carácter interno como de relación entre sí y con los servicios de salud mental. Por otro lado, a pesar del avance registrado en este tiempo, el conjunto de recursos disponibles en este área sigue presentando una importante dificultad de cobertura, ante la magnitud de las necesidades estimadas en la misma. Situación que, no debemos olvidar, no es específica de Andalucía sino que refleja dificultades generales, comunes a muchos otros lugares, incluso con más experiencia y recursos que nosotros (por no hablar de situaciones, por desgracia más generales, en que las carencias son mucho mayores)

Por todo ello pensamos que sigue vigente el objetivo que llevó a la primera edición (año 2000) de este documento y que no es otro que servir de guía al desarrollo del programa, en sus distintos componentes, ámbitos territoriales y agentes implicados. Desarrollo que se basa en la experiencia acumulada y en el intento permanente por superar los problemas presentados, en un campo que está lejos de haber alcanzado, ni en nuestro caso ni en las referencias internacionales publicadas, un nivel satisfactorio de certidumbre técnica ni de cobertura práctica.

---

<sup>3</sup>

Aquellos que permiten el mayor número de funciones, es decir los ligados a una actividad laboral en sentido estricto –“empleo”. Así, es enfocando este nivel estrictamente “laboral” (con sus posibilidades y requisitos) como pretendemos situarnos a la hora de orientar los restantes, en tanto que pasos que deben permitir el acceso al mismo en el mayor número posible de casos. Lo que no significa dejar de tener en cuenta la utilidad intrínseca de los niveles, que desde este esquema podemos considerar “menos avanzados” (“ocupacionales”, por ejemplo), para quien no pueda llegar al final de la “escala”.



Así, sobre la base del esquema inicial<sup>4</sup>, pero actualizando los aspectos pertinentes (especialmente los derivados de la experiencia acumulada en estos años) pretendemos como entonces establecer una propuesta razonable, que fije, por una parte, las líneas generales para el futuro desarrollo de las intervenciones, incluyendo la reestructuración, orientada a ese nuevo contexto, de los recursos actuales Y que, por otra, establezca previsiones cuantitativas, en aquellos casos en que sea razonable, a medio plazo.

## LA ESPECIFICIDAD DE LA INTEGRACIÓN LABORAL DE PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES GRAVES

El desarrollo de programas de integración laboral, para personas con trastorno mental severo, encuentra su fundamento en un conjunto de consideraciones de diversa índole, que podemos resumir en las cuatro siguientes:

- a) el **derecho al trabajo**, componente básico del derecho de ciudadanía, y del que ninguna persona debería ser privada por el hecho social de estar enferma (más allá de las limitaciones concretas, más o menos temporales, que puedan derivarse de la propia enfermedad)
- b) la **diversidad de funciones** que el trabajo (como actividad y como rol social) juega en su proceso terapéutico y de rehabilitación (condición básica para que el ejercicio del derecho de ciudadanía sea real)
- c) las **dificultades múltiples** con que se encuentran en esta área, de las que son indicativas, como luego veremos, las cifras habituales de desempleo que presentan (en torno al 90% del colectivo), y,
- d) la **factibilidad real** de la integración, en una considerable proporción de casos, si se aseguran determinadas condiciones, sobre las que vamos acumulando progresivamente nuevos conocimientos.

Consideraciones que, en conjunto, sirven de justificación, tanto para la inclusión de estas personas entre los beneficiarios de programas de integración laboral, cuanto para considerar que, si queremos que tengan posibilidades razonables de éxito, es necesario un tratamiento relativamente diferenciado en los programas dirigidos a este colectivo.

---

<sup>4</sup> La primera edición del documento se apoyaba, en sus líneas generales, en las recomendaciones establecidas por el Comité de Expertos de la Fundación, contando con la participación de (por orden alfabético): Arturo Alot Montes, Manuel Borrero Arias, Guillermo Buenestado Lorenzo, Juan Garrido Mesa, Pedro González Aceituno, Ladislao Lara Palma, Margarita Laviana Cuetos, Marcelino López Alvarez, Manuel Mallofret Lanchas y Amalia Tesoro Amate.

El desarrollo práctico de programas de integración laboral de personas con trastorno mental severo en distintos países ha pasado por avatares diversos<sup>5</sup>, permitiendo acumular información útil sobre condiciones de éxito y fracaso de distintos tipos de intervenciones. Como resumen de todo ello, hay que resaltar que un programa que tenga perspectivas razonables de efectividad debe tener en cuenta una idea básica: la de *complejidad*. Complejidad que deriva de otras dos: la *multiplicidad* de factores, momentos e intervenciones, y la *variabilidad* individual de necesidades, ritmos y trayectorias. En conjunto es necesario tomar, al menos, en consideración:

- a) las distintas áreas del funcionamiento personal que suelen estar afectadas (cognitivas, perceptivas, motivacionales y relacionales), con alteraciones múltiples y variables, así como una especial dificultad para generalizar conductas fuera del contexto en que se aprendieron,
- b) los distintos momentos evolutivos por los que pasan dichas personas, con posibilidad de importantes oscilaciones temporales de difícil predicción,
- c) la diversidad de intervenciones que deben ponerse en juego para abordar dichos problemas y que se convierten en componentes necesarios del programa: actividades de selección, orientación vocacional y formación profesional, mecanismos de apoyo en la búsqueda y mantenimiento en el empleo, así como diversas prestaciones auxiliares y complementarias (atención sanitaria y rehabilitación, formación prelaboral y compensatoria, empleo de transición, alternativas ocupacionales, etc.)

Por otra parte, es necesario recordar que en las dificultades que presentan intervienen, en estrecha y variable interrelación, factores derivados de:

- a) la propia enfermedad (con importantes variaciones individuales),
- b) el proceso de tratamiento (porque en muchas ocasiones no se hace bien y/o porque, en bastantes ocasiones, puede tener efectos secundarios inevitables)
- c) el estigma social que sigue determinando actitudes inadecuadas en los distintos agentes implicados (desde el propio individuo afectado y su familia, hasta empresarios y trabajadores, pasando en ocasiones por no pocos de los profesionales que intervienen en su atención)

---

<sup>5</sup>

Desde las primeras formas de Laborterapia Institucional a los Programas de Empleo con Apoyo, pasando por distintas modalidades de Programas Ocupacionales, Empleo Protegido, etc.

Por todo ello, más que actividades separadas (por comodidad o condicionantes de gestión administrativa), hacen falta programas globales, planificados y gestionados de manera unificada, tanto en su nivel más general como en su aplicación a personas concretas. Programas que deben tener en cuenta que:

- a) sus distintos componentes (actividad ocupacional, orientación, formación, empleo de transición, empleo protegido y apoyo al empleo) deben mantenerse unidos y permitir utilizaciones entrelazadas, aunque, en ocasiones, puedan mantener financiaciones distintas así como distintas agencias y mecanismos de gestión,
- b) los tiempos, tanto del conjunto del proceso como de la mayor parte de las actividades que incluye, deben ser generalmente muy largos, contando con la previsión de avances y retrocesos relativamente habituales,
- c) sus relaciones con las intervenciones sanitarias y otros programas de apoyo social deben contemplarse desde el inicio,
- d) incluso los componentes más “técnicos” deben tener en cuenta los aspectos motivacionales y relacionales y desarrollarse en contextos lo más parecidos que sea posible al contexto real de trabajo,
- e) es precisa una infraestructura de coordinación (dispositivo y equipo de trabajo) en ámbitos territoriales manejables (al menos la provincia), y,
- f) la complejidad del programa implica importantes elementos de especificidad que, habitualmente, no se incluyen en las políticas y programas generales de apoyo al empleo de otros colectivos con dificultad, lo que, en ausencia de programas específicos, funciona como una barrera más de cara a la integración laboral de personas con enfermedad mental severa.

Principios sobre los que empieza a haber “evidencia” acumulada en distintas experiencias internacionales y, a una escala más reducida, en las nuestras. Si bien, tanto en el ámbito general como especialmente en nuestro caso, quedan aún muchos aspectos por explorar de cara a una posterior formulación de una política general de empleo para estas personas. Aspectos que obligan a seguir contando con un importante contenido investigador y experimental en una gran parte de las intervenciones.

## DEFINICIÓN DEL PROGRAMA

Como intento de definición general del programa ocupacional-laboral, podemos establecer que con ese nombre hacemos referencia *al conjunto de actividades y recursos orientados a favorecer la permanencia y participación activa en la vida social de personas con discapacidades derivadas del padecimiento de enfermedades mentales, a través del ejercicio de distintos niveles de actividad productiva.*

Para completar la definición hay que especificar dos aspectos. Uno que, como señalamos al principio, incluimos en el programa algunas actividades, como la englobada bajo el término “ocupacional”, que pueden cumplir otro tipo de funciones además de las que se le asignan aquí. Y otro que, por el contrario y aunque, en algunas ocasiones, pueda servir como preparación para el inicio del proceso de integración laboral, no se incluyen actividades más ligadas al manejo de la expresividad, u otras dirigidas simplemente a llenar el tiempo de ocio. Por importantes que esas actividades puedan ser en el campo de la rehabilitación e integración social de estas personas y aunque algunas de ellas tengan también cabida en algunos de los dispositivos incluidos en el programa (como actividad complementaria o como base para otras más específicas), parece que su lugar está más bien en dispositivos tipo “Club social”<sup>6</sup> que en aquellos que se consideran aquí.

Como aspectos a tener en cuenta en la planificación y desarrollo de este tipo de programas y resumiendo algunas de las consideraciones realizadas en el apartado anterior, hay que hacer hincapié en la necesidad de:

- a) Incorporar progresivamente a los mismos el cuerpo creciente de conocimientos y evidencias científico-técnicas mínimamente consistentes en este campo.
- b) Respetar la complejidad de algunas características generales que afectan al papel del trabajo en la integración social de los pacientes (multiplicidad de funciones del trabajo, multiplicidad de factores determinantes de sus dificultades y consecuentemente, necesidad de múltiples intervenciones y dispositivos)
- c) Recordar que el objetivo general no es otro que conseguir el máximo nivel de autonomía personal y funcionalidad social posible en cada caso, lo que tiene algunas repercusiones importantes como son:

---

<sup>6</sup>

Además de su empleo en distintos programas sanitarios

- la necesidad de orientarse hacia la totalidad de las personas con problemas (con las prioridades estratégicas que se establezcan en cada caso) y no solo de las más fáciles y accesibles,
- la asociación entre atención sanitaria (con un fuerte componente de rehabilitación), actividad ocupacional, y actividad productiva, como nudos básicos de una red a través de la cual se establecen las correspondientes rutas individuales,
- y la vigilancia permanente y activa para contrarrestar tendencias hacia la rutina, la marginación y la posible explotación del paciente (riesgos históricos más habituales en este tipo de programas).

## **ALGUNAS ESTIMACIONES SOBRE TIPOLOGÍA Y NECESIDADES DE ATENCIÓN**

La planificación y desarrollo de este tipo de programas se verían favorecidos por estimaciones fiables relativas a cuántas personas podrían beneficiarse ellos y a qué grupos significativos cabría establecer para agruparlas, en términos de perfiles diferenciales de necesidad. Sin embargo los datos disponibles siguen siendo, a este respecto, particularmente escasos e imprecisos, por lo que difícilmente podemos ir más allá de un primer cuadro panorámico de la situación.

En el caso de Andalucía las referencias disponibles son básicamente las siguientes:

- que alrededor de 17.000 personas, con diagnóstico de Psicosis, son atendidos anualmente (datos de 2003) por los servicios de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía,
- que cerca del 90% de los mismos no tienen empleo (resultados obtenidos en estudios puntuales en zonas mayoritariamente urbanas de Sevilla y Málaga, coincidentes además con diversos datos internacionales),
- y que, sin embargo, parece que solamente en torno a un 30% de dichos pacientes no han tenido nunca una experiencia de empleo (misma fuente que el dato anterior)

A partir de tales cifras y de la información de carácter más general de que se dispone en otros lugares, cabe establecer algunos grupos cuyas diferentes necesidades podrían ser objeto de

diferentes estrategias de abordaje. Así, podríamos diferenciar:

1. El grupo de personas que **mantienen su trabajo** a pesar de su enfermedad, probablemente en relación con una mejor situación y/o un menor tiempo de evolución de la misma (podrían estar en torno a los 2.000, si aceptamos las cifras anteriores)
2. El de las personas que **consiguieron empleo pero han terminado perdiéndolo**, probablemente como consecuencia de la evolución de su enfermedad y las carencias de apoyo resultantes de su repercusión sobre un contexto personal, familiar y social no muy favorable; si bien el hecho de haber trabajado previamente, parece indicar, según la literatura científica disponible, un mejor pronóstico en este terreno (unos 10.000, según las estimaciones citadas)
3. Y el de aquellos que **no consiguieron nunca un empleo** (unos 5.000), grupo en el que cabría diferenciar dos subgrupos (para los que no es posible ni siquiera una estimación cuantitativa general):
  - uno con mejor pronóstico en relación con un buen nivel de formación previo, haber recibido o recibir algún tipo de atención rehabilitadora y tener un funcionamiento cognitivo no muy alterado
  - y otro, con peor pronóstico, en función de carecer de estos factores

Factores, estos últimos, que sin duda alguna intervienen también en el pronóstico de los otros dos grupos y a los que habría que añadir el efecto de otros como la ubicación urbano-rural, el nivel de desempleo, etc., en lo que respecta a la zona de residencia, así como otras variables individuales y familiares hoy por hoy difíciles de cuantificar.

## **EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL DEL PROGRAMA**

Desde el inicio de las actividades de FAISEM, los programas y dispositivos incluibles en el marco ocupacional-laboral han registrado un importante crecimiento, mejorando considerablemente una situación inicialmente muy atrasada y modificándose parcialmente sobre la marcha algunos de los planteamientos iniciales. A este respecto hay que señalar, por su especial significación, el papel desempeñado, tanto en el inicio

del proceso como en el desarrollo de algunos de sus principales componentes, por la cooperación internacional en el marco de algunas iniciativas europeas<sup>7</sup>.

## EVOLUCIÓN DE LA TIPOLOGÍA DE ESTRUCTURAS E INTERVENCIONES

En una primera fase y sobre la base de un primer Documento de referencia (elaborado en 1995) se definieron 5 tipos de recursos, como componentes básicos del Programa ocupacional-laboral:

1. **Talleres Polivalentes**, espacio relativamente poco definido, que debería servir de complemento o prolongación de la actividad de los Equipos de Salud Mental, especialmente en Areas rurales<sup>8</sup>, y con posibilidad de desempeñar funciones variables, desde el soporte para intervenciones sanitarias de contenido rehabilitador a la actividad ocupacional propiamente dicha.
2. **Centros Ocupacionales**, más centrados en la actividad productiva, pero sin exigencia de autosuficiencia económica y, por tanto, sin contratación laboral ni retribución de los usuarios.
3. **Cursos de Formación profesional**, con duración relativamente recortada y orientados a ampliar las capacidades de los usuarios, a ser posible con proyección al empleo.
4. **Proyectos de formación orientados a crear empresas**, desarrollados según el modelo de algunos programas europeos y que combinan la formación profesional de especificidad creciente, con actividades dirigidas a la constitución de una empresa social.
5. **Empresas sociales**, como forma particular de integración laboral, basada en el modelo europeo, pero adaptada a los requisitos legales de calificación como Centro Especial de Empleo. Incluye por tanto la contratación laboral y la retribución según normativa legal de los usuarios, que adquieren así el estatuto de trabajadores a todos los efectos.

El desarrollo efectivo del programa durante estos primeros años (1994-1999) introdujo de hecho algunas modificaciones parciales en el esquema, al centrarse básicamente en tres grandes tipos de actuaciones:

- a) la generación de una **red de Talleres y Centros Ocupacionales**, sin una distinción muy clara entre unos y otros

---

7

Alguna de ellas de carácter pionero, como lo fue la participación en AZIMUT (1990), primer proyecto plurinacional, en el ámbito de la Unión Europea, dirigido a favorecer el acceso al empleo de personas con trastorno mental severo, a través de actividades de formación profesional.

8

Con más dificultades de acceso a las Unidades de Rehabilitación, situadas en zonas urbanas.

y con la consiguiente disparidad de orientaciones y resultados; entre estos estaba su papel ocasional como primer paso en el itinerario laboral o como alternativa, temporal o definitiva, ante dificultades encontradas en el proceso de inserción de algunos usuarios,

- b) el desarrollo de **cursos específicos de formación profesional**, en líneas generales adaptados a la oferta general de la entonces Consejería de Trabajo, también de variada tipología, en términos de contenido, duración, adecuación al mercado laboral, calidad y resultados,
- c) y la creación y consolidación de **empresas sociales** como mecanismo específico para la generación de empleo estable para algunos usuarios, a la vez que instrumento para favorecer cambios de mentalidad a más largo plazo en los distintos agentes implicados en este tipo de programas; creación y consolidación en la que, habitualmente, han desempeñado un papel central los *proyectos de formación* desarrollados en el marco de programas europeos (además del ya citado *Azimuth, Integra, Marienthal* y *Creciendo*).

Posteriormente, en el año 2000, con la primera edición de este Documento, se intentaron extraer algunas consecuencias de la experiencia acumulada, empezando por un análisis crítico de las dificultades encontradas y que se pretendían superar, análisis que, pese al tiempo transcurrido y a la superación al menos parcial de algunas de ellas, merece la pena recordar. A ese respecto se hacía hincapié en:

- a) la relativa insuficiencia de medios económicos destinados a este sector,
- b) la rigidez e inadecuación de la normativa legal que regulaba algunas actividades (cursos de formación y los programas europeos, figura legal de “Centro Especial de Empleo”, problema de las pensiones), que solo parcialmente habían podido paliarse desde la Consejería de Trabajo,
- c) la escasa o nula experiencia de trabajo en este campo de la que partíamos (nula en nuestro caso, porque nunca se había hecho, pero escasa en cualquier caso en los entornos profesionales en que podíamos movernos), y,
- d) la escasa atención dedicada a actividades de evaluación e investigación, absorbido el tiempo por el esfuerzo de poner en marcha y mantener los programas de intervención.



Dificultades que se estimaba habían dejado huellas en el trabajo desarrollado, tanto en lo relativo al número y distribución territorial de las actuaciones y recursos generados, cuanto en su funcionamiento habitual. Así, en el primero de estos aspectos se valoraba negativamente:

- a) la relativa escasez de plazas en general, si utilizamos como referente la cifra de potenciales usuarios de estos programas: el conjunto de actividades afectaba entonces a unos 1.500 usuarios, menos del 10 % del total de personas con diagnóstico de Psicosis, en tratamiento en los servicios de salud mental y sin empleo,
- b) el hecho de que dicha escasez afectaba de manera más evidente a los programas de empleo en sentido estricto, limitados además a empresas específicas, con escasas repercusiones constatables sobre el mercado laboral general, y,
- c) las diferencias interprovinciales que todavía subsistían.

Dificultades “cuantitativas” a las que se añadían otras de índole funcional, constatables en la situación, aunque sin un claro perfil cuantitativo al respecto:

- a) las que afectan de manera diferencial a cada uno de los tipos de dispositivos y programas desarrollados, como eran:
  - la disparidad de funcionamiento de los Talleres, cuyo desarrollo práctico ha ido generando, bajo idéntica denominación, espacios muy diferentes, desde el ocio a la actividad ocupacional, pasando por “centros de día”,
  - la, en general, relativamente baja utilidad de los cursos de formación, para impulsar por sí sola el acceso al empleo de sus usuarios; baja utilidad que contrasta con la de lo que hemos denominado “proyectos formativos”, de mayor duración y específicamente orientados a crear empresas sociales,
  - o las dificultades encontradas por bastantes usuarios para, obtenido un empleo en una empresa social, mantenerlo durante un tiempo prolongado (además de las dificultades de supervivencia de las empresas);
- b) las dificultades y carencias de coordinación entre distintas actividades dentro del programa y entre casi todas ellas (en conjunto y por separado) con las intervenciones sanitarias, especialmente las de rehabilitación<sup>9</sup>, y,
- c) la ausencia de estructuras de evaluación, orientación y apoyo.

---

<sup>9</sup>

Aunque todo ello necesitaría una información cuantitativamente más precisa, tenemos la impresión de que se producen, en demasiadas ocasiones, procesos no muy adecuados como son, entre otros, la falta de programas de rehabilitación previos y/o coincidentes con los de integración laboral, o el aislamiento de los usuarios en cada uno de los programas, que funcionan entonces más como “lugar de depósito” que como escalón en un itinerario personal. Sin olvidar las ocasiones en que no ha sido posible completar las plazas disponibles, para un taller o un Curso de Formación profesional, por la escasa o nula derivación de usuarios desde los Servicios de salud mental.

Sin olvidar que, pese a estas carencias, la situación del programa era ya en esa fecha considerablemente mas avanzada que la inicial y que la existente hasta el momento en otros territorios del Estado, la situación aconsejaba un replanteamiento del programa, redefiniendo algunas actividades y enmarcándolas en un diseño general algo diferente, que permitiese optimizar los recursos existentes y la energía potencial de la que ya se empezaba a disponer.

Proceso para el que se definió una tipología de dispositivos e intervenciones algo diferente, diversificando algunos de los anteriormente definidos, abriendo una vía de integración en el denominado “mercado ordinario” e introduciendo una estructura de coordinación, los llamados Servicios Provinciales de Orientación y Apoyo al Empleo (ver más adelante)

## DESARROLLO ACTUAL

Como traducción cuantitativa del desarrollo efectivo de estos años, las Tablas 1-5 nos permiten obtener una visión general de la situación a finales de 2005 de las distintas actividades y estructuras adscritas al mismo. Por su parte la Tabla 6 ofrece, como referencia a efectos comparativos, los datos correspondientes al año 1999, fecha en la que se redactó, como ya hemos señalado, la primera edición de este documento y en la que, por ejemplo, aún no existían Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo.

**Tabla 1. Programa ocupacional-laboral 2005**

<b>Tipos</b>	<b>Nº</b>	<b>Nº de plazas</b>	<b>Plazas /100.000 h.</b>
Talleres Ocupacionales	99	1.869	23,8
Cursos F.P.O.	54	275	3,5
Empresas Sociales	9	213*	2,7
Servicios de Orientación y Apoyo	8	409**	5,2

\* Personas con Trastorno Mental Grave

\*\* Contratos de personas con Trastorno Mental Grave

**Tabla 2. Distribución territorial de talleres y plazas. Diciembre 2005**

<b>Provincia</b>	<b>nº de talleres</b>	<b>Plazas disponibles</b>		<b>ocupacion</b>
		<b>nº de plazas</b>	<b>plazas/ 100.000 h.</b>	
Almería	6	86	14,0	85%
Cádiz	12	178	15,1	52%
Córdoba	9	249	31,7	83%
Granada	11	268	31,1	74%
Huelva	11	143	29,6	84%
Jaén	11	161	24,4	86%
Málaga	16	294	20,2	90%
Sevilla	23	490	27,0	81%
<b>Andalucía</b>	<b>99</b>	<b>1.869</b>	<b>23,8</b>	<b>80%</b>

**Tabla 3. Formación para el empleo. Distribución territorial de actividades y alumnos/as. 2005**

Provincia	nº acciones formativas	Nº alumnos		total
		desempleados/as	empleados/as	
Almería	7	32		32
Cádiz	10	60		60
Córdoba	3	14		14
Granada	8	33	14	47
Huelva	4	18		18
Jaén	8	34	6	40
Málaga	9	16	21	37
Sevilla	5	27		27
<b>Andalucía</b>	<b>54</b>	<b>234</b>	<b>41</b>	<b>275</b>

**Tabla 4. Plantilla media de las empresas sociales. 2005**

Empresa	Personas con problemas de salud mental	Otras discapacidades	No discapacitados/as	Total
Proilabal, S.L.	13	11	8	32
Gesser, S.L.	28	11	11	50
Azahara Sur, S.L.	5	1	2	8
Ajardinamientos Nevada S.L.	20	4	9	33
Indesur, S.L.	8	4	1	13
G.e.s. Jaén, S.L.	17	4	6	27
Multiser, S.L.	61	18	15	94
Proazimut, S.L.	47	42	21	110
Inlacode, S.L.	14	6	7	27
<b>Total</b>	<b>213</b>	<b>101</b>	<b>80</b>	<b>394</b>
<b>% sobre el total</b>	<b>54,1</b>	<b>25,6</b>	<b>20,3</b>	

**Tabla 5. Actividad de los servicios de orientación y apoyo al empleo**

Provincias	Personas atendidas	Nº de contratos			total
		En empresas sociales	En otros C.E.E.	En empresas del mercado abierto	
Almería	138	2	1	6	9
Cádiz	226	20	5	44	69
Córdoba	106	2	7	8	17
Granada	470	3	7	14	24
Huelva	150	23	3	32	58
Jaén	307	19	7	30	56
Málaga	333	70	7	43	120
Sevilla	200	31	9	16	56
<b>Total</b>	<b>1.930</b>	<b>170</b>	<b>46</b>	<b>193</b>	<b>409</b>

**Tabla 6. Actividades del programa. Año 1999**

	Talleres			Cursos*			Empresas Sociales			Totales	
	Asistentes			Alumnos/as			Trabajadores/as con problemas de salud mental			Personas con problemas de salud mental en programas	
	Nº	Nº	Nº/100.000	Nº	Nº	Nº/100.000	Nº	Nº	Nº/100.000	Nº	Nº/100.000
Almería	7	73	14,6	3	26	5,2	1	6	1,2	105	21,0
Cádiz	11	80	7,3	7	74	6,7	1	8	0,7	162	14,7
Córdoba	7	91	12,1	4	32	4,3	1	7	0,9	130	17,3
Granada	11	138	17,2	8	89	11,1	1	8	1,0	235	29,3
Huelva	6	48	10,7	4	39	8,7	1	5	1,1	92	20,5
Jaén	7	79	12,2	7	46	7,1	1	13	2,0	138	21,3
Málaga	13	198	15,8	5	45	3,6	1	53	4,2	296	23,6
Sevilla	20	286	16,3	9	60	3,4	1	35	2,0	381	21,7
<b>Andalucía</b>	<b>82</b>	<b>993</b>	<b>13,7</b>	<b>47</b>	<b>401</b>	<b>5,5</b>	<b>8</b>	<b>136</b>	<b>1,9</b>	<b>1.530</b>	<b>21,1</b>

\* Incluye tanto los cursos específicos como las actividades formativas para desempleados del Programa HORIZON-MARIENTHAL.

## UN MODELO TEÓRICO RAZONABLE

Desde la situación que acabamos de resumir, el desarrollo posterior del programa necesita definir una serie de aspectos como son las intervenciones necesarias y las estructuras, “dispositivos” y/o conjuntos diferenciados de actividades (que pueden agruparse en diferentes “niveles” funcionales”) que, en términos generales, son necesarios para cumplir los objetivos de un programa como éste. En ese sentido parece razonable plantearse un modelo complejo que sirva de referencia al menos teórica para el desarrollo posterior de las actividades concretas del programa.

### INTERVENCIONES NECESARIAS

Si nos situamos en un nivel global, tenemos que señalar que el proceso de incorporación/reincorporación al empleo de personas con graves problemas de salud mental (objetivo máximo del programa que, aunque no sea alcanzable por todos, debería ser la guía general, al menos inicial, de cada programa individualizado), precisa la articulación de, al menos, los siguientes tipos de intervenciones:

1. El correspondiente **Tratamiento sanitario**, orientado no solo a controlar síntomas sino a garantizar en la mayor medida posible la permanencia en la comunidad.
2. Los programas específicos de **Rehabilitación Psicosocial**, que forman (o deberían formar) parte hoy del “tratamiento sanitario” básico de cualquier persona con este tipo de problemas, pero sobre los que queremos hacer hincapié, a riesgo de ser reiterativos, por que deberían ser, además, la base de partida para las intervenciones más específicas en el área laboral.
3. La **Evaluación** de necesidades y posibilidades del usuario en el ámbito de la ocupación y el empleo, teniendo en cuenta su historia previa, situación actual, aspiraciones y deseos, etc. Evaluación que incluye la elaboración de un *itinerario personalizado*.
4. Distintas actividades dirigidas a la **Orientación vocacional** de cada usuario, ayudándole a definir sus posibilidades en el contexto concreto en que se encuentra.
5. Los programas dirigidos a la **Adquisición de hábitos labo-**

**rales básicos**, como requisito previo a su posible integración en actividades laborales.

6. La posibilidad de desarrollar **Actividad ocupacional**, ya sea como escalón previo, como actividad de transición en situaciones de retroceso en el proceso de integración o, en no pocos casos, como actividad prácticamente permanente.<sup>10</sup>
7. Distintas actividades y programas de **Formación básica y compensatoria**, para superar dificultades y lagunas concretas en el proceso de aprendizaje previo de algunos usuarios.
8. Los programas específicos de **Formación profesional** que correspondan en cada caso, de acuerdo al itinerario formativo definido para cada usuario.
9. La posibilidad de desarrollar distintas formas de **Trabajo supervisado**, de carácter temporal, como fase de transición entre el periodo formativo y el de empleo.
10. Distintas actividades de **Orientación y apoyo en la búsqueda de empleo**, incluyendo el desarrollo de las correspondientes habilidades para ello.
11. La disponibilidad de una panoplia, lo más amplia y variada posible, de **Alternativas de empleo**, desde formas con distinto nivel de protección al empleo ordinario.
12. Y, finalmente, distintos mecanismos de **Apoyo en el puesto de trabajo**, con intervenciones potenciales no solo sobre el paciente sino también, y según los casos, el entorno familiar, profesional y laboral.

Conjunto de intervenciones que deberían estar disponibles en ámbitos territoriales razonables, organizadas de manera global y coordinada y siendo accesibles a los distintos usuarios que las precisen, en el marco de programas o itinerarios individualizados.

---

**10**

A pesar de su riesgo de “institucionalismo” y de su menor funcionalidad, la actividad ocupacional puede cumplir funciones importantes en la atención de muchos pacientes, funciones en absoluto despreciables si dicha actividad se organiza debidamente.

## “ESTRUCTURAS” Y NIVELES FUNCIONALES

Para ello son precisos distintos “dispositivos”, estructuras y/o agrupaciones diferenciadas de actividades, que pueden organizarse de diversas maneras funcionales y administrativas. Con el fin de ordenar la exposición de nuestra propuesta para Andalucía, vamos a utilizar un esquema que intenta agruparlos en distintos “niveles organizativos”, algunos de los cuales pueden depender además de estructuras administrativas diferentes.

En este contexto utilizamos la palabra “nivel” para hacer referencia a agrupaciones de intervenciones y dispositivos que tienen características comunes y, en un planteamiento teórico general, deberían escalonar sus actuaciones de acuerdo a un itinerario individualizado para cada usuario. A pesar de algunos defectos, que pueden generar alguna confusión en una primera lectura (los distintos “niveles” no siempre son necesarios ni actúan en el orden aquí definido, y algunos de ellos tienen funciones ajenas a las que justifican su inclusión en el programa laboral), pensamos que puede ser útil para permitir una ordenación global del Programa, como puede verse en las siguientes descripciones.

### **Nivel Sanitario**

#### *Funciones:*

Además de la atención global necesaria en cada caso, incluyendo el seguimiento individualizado a lo largo del proceso de integración laboral, le corresponden algunas funciones formalmente “previas” al mismo:

- Tratamiento comunitario
- Rehabilitación Psicosocial
- Primera orientación vocacional

#### *Dispositivos:*

Variables en cada caso pero entre los que hay que destacar especialmente:

- Equipos de Salud Mental
- Unidades de Rehabilitación



### **Nivel Ocupacional-Prelaboral**

*Funciones:*

Sin perjuicio de otras funciones en el proceso de atención comunitaria de sus usuarios, deben cumplir algunas específicas en el proceso de integración laboral:

- Evaluación y Orientación
- Adquisición de hábitos básicos
- Actividad ocupacional (transitoria y/o alternativa)

*Dispositivos:*

- Talleres polivalentes
- Talleres y centros ocupacionales

### **Nivel Formativo**

*Funciones:*

Sobre la base de un itinerario individualizado y haciendo uso tanto de recursos específicos como “normalizados”, se trata de completar la formación de los usuarios a través de:

- Formación básica y compensatoria
- Formación profesional
- Trabajo supervisado o “en prácticas”

*Dispositivos:*

- Cursos de educación general y compensatoria
- Cursos de Formación profesional
- Proyectos formativos-empresariales

## **Nivel Laboral**

### *Funciones:*

Facilitar oportunidades graduadas de empleo, en sentido estricto, a través de:

- Trabajo de transición
- Trabajos en entornos protegidos
- Trabajo con apoyo

### *Dispositivos:*

- Empresas sociales
- Equipos de Apoyo al Empleo

## **Coordinación territorial (provincial)**

### *Funciones:*

Debe servir tanto para la coordinación del conjunto del programa en niveles territoriales operativos, cuanto para actuar como “filtro” en los flujos entre sus diversos niveles, además de facilitar algunas prestaciones específicas:

- Evaluación y orientación vocacional
- Diseño de itinerarios personalizados
- Coordinación con el nivel sanitario
- Coordinación general y supervisión de los niveles no sanitarios

### *Dispositivos:*

- Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo

### **Coordinación y apoyo a las empresas propias**

*Funciones:*

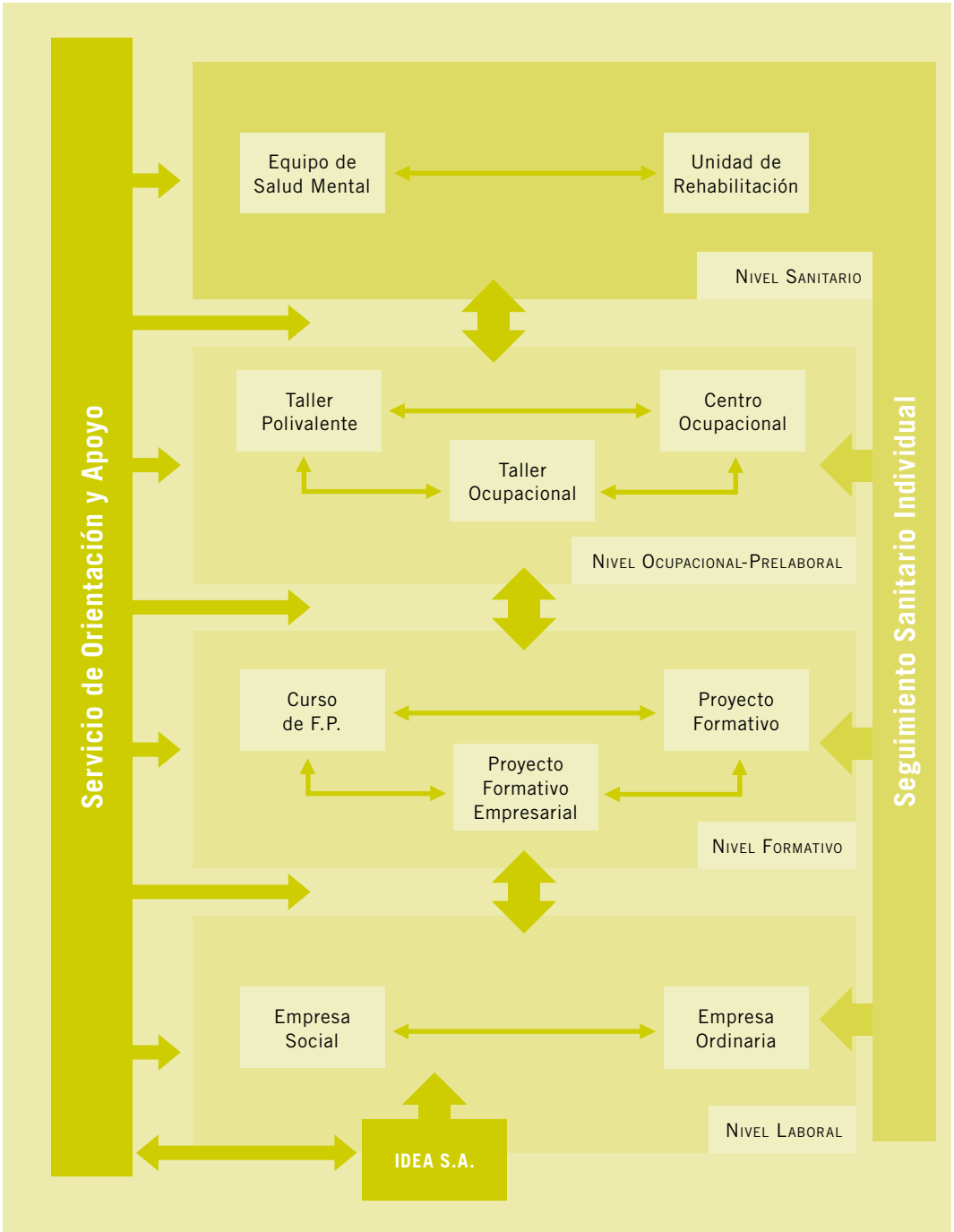
Estructura específica de apoyo a la gestión de las Empresas:

- Iniciativa, orientación y asesoría a Empresas Sociales y de Insección
- Apoyo técnico y supervisión

*Dispositivos:*

- Empresa IDEA S.A.

**Cuadro 1. Diagrama funcional de niveles y dispositivos del programa**



## PREVISIONES DE DESARROLLO DEL PROGRAMA

Si nos situamos ahora en el ámbito de la Fundación, hay que concretar ese modelo teórico en una tipología concreta de dispositivos, estructuras o agrupaciones de actuaciones y establecer algunas previsiones para su desarrollo.

### TIPOLOGÍA DE DISPOSITIVOS Y ACTUACIONES

En una visión teórica, podría ser conveniente contar con el conjunto de dispositivos y subprogramas que reflejaban los distintos niveles funcionales anteriormente expuestos, si bien a la hora de establecer un desarrollo razonable de recursos adscritos al programa, inevitablemente tal perspectiva se reduce, en función de la experiencia acumulada en estos años. No viene mal tener sin embargo la perspectiva más amplia a la hora de orientar el trabajo concreto. Así, sin olvidar por otro lado que, como norma general, no se debería poner en marcha ni se mantener ninguna actividad específica para la que exista alguna alternativa razonable de carácter general, habría que tener en cuenta los siguientes:

1. **Talleres con actividades polivalentes**, con funcionamiento similar al de un “Centro de Día”, estrechamente vinculado a los Equipos de Salud Mental de Distritos preferentemente rurales (alejados de las Unidades de Rehabilitación) y capaces de cumplir varias funciones, en cierta medida “a caballo” entre lo sanitario y lo ocupacional:
  - Organización y desarrollo de actividades de utilización del tiempo libre y manejo y organización de la vida cotidiana
  - Desarrollo de actividades de rehabilitación (por parte de personal del Equipo de Salud Mental)
  - Inicio de actividades ocupacionales (evaluación, hábitos básicos, etc.)
2. **Talleres con actividades ocupacionales específicas**, dirigidos a facilitar el uso del tiempo y la organización de la vida cotidiana de personas con más dificultades de movilización (de distinta temporalidad) a partir de actividades con una cierta orientación productiva. Su riesgo fundamental es la “institucionalización” de los usuarios por lo que precisan medidas preventivas al respecto (rotación

de personal, actividades y usuarios, además de la coordinación desde el correspondiente Servicio Provincial de Orientación y Apoyo al Empleo y la cercanía a/de los servicios de salud mental)

3. **Talleres o centros ocupacionales orientados más claramente a la producción** y si es posible la venta de productos, aunque no permitan la autosuficiencia económica, ni, por lo tanto, la contratación laboral de los usuarios. Tanto por razones económicas como de funcionalidad en la integración, exigirían una mayor conexión con las Empresas Sociales, de cara a permitir la mayor movilidad posible de los usuarios, la continuidad de actividades productivas, así como un contexto de mayor valoración social y atractivo personal para aquellos.

Medida que puede contribuir a contrarrestar el riesgo de “institucionalismo” que conllevan, y que debe ser complementada con el control de un no menos importante riesgo de “explotación” de los usuarios.

4. **Cursos de Formación General y Compensatoria**, dirigidos a compensar las carencias del proceso formativo previo de una parte importante de los usuarios. Actividades que deben basarse en los programas existentes en el ámbito de la administración educativa (educación de adultos, programas de garantía social, etc.), incluyendo medidas preventivas en niños y adolescentes en riesgo, adaptándolos a las peculiaridades de nuestro colectivo.
5. **Cursos de Formación Profesional**, actividades formativas de corta y media duración (inferior al año), que deben dirigirse de manera clara a la capacitación para obtener un empleo, en el sentido de:

- situarse dentro de un itinerario individualizado de formación y empleo, y,
- asegurar un nivel razonable de calidad, adecuándose a las necesidades y posibilidades específicas de los pacientes.

Para ello deben tenerse en cuenta algunas características del proceso de formación en este colectivo como son, además de su complementariedad con otras medidas, las necesidades de:

- periodos habitualmente largos, con una planificación individualizada, lo que restringe la funcionalidad de los “cursos” a la de complemento de otras actividades de formación,

- contextos de formación lo más vinculados que sea posible al trabajo real,
  - metodologías que tengan en cuenta los problemas cognitivos, relacionales y de motivación de los pacientes (papel de las retribuciones, entre otros),
  - énfasis en los aspectos prácticos de la formación (papel del “trabajo en prácticas” como mecanismo de formación)
6. **Proyectos Formativos** (tanto individuales como colectivos), que implican la programación y desarrollo de actividades de formación escalonadas (varios cursos y periodos de prácticas en empresas), establecidos de modo individualizado, orientados a la consecución y/o mantenimiento de un empleo concreto y con seguimiento y control por parte de los servicios de coordinación territorial del programa.
  7. **Proyectos Formativo-Empresariales**, del tipo de los programas desarrollados hasta ahora en el marco de Proyectos Europeos, en los que distintas actividades, entre las que ocupan un lugar destacado las de formación, se orientan a la constitución de una Empresa Social, o a la ampliación de la capacidad productiva y de empleo de alguna de las ya existentes.
  8. **Empresas Sociales**, con las características actualmente contempladas, a la espera de poder modificar algunos aspectos de su estatuto legal,<sup>11</sup> que deben seguir facilitando oportunidades de empleo permanente (ampliando razonablemente su capacidad actual), a la vez que se incrementa, en algunos casos con carácter exploratorio, su utilización complementaria como lugar de:
    - prácticas formativas,
    - empleo de transición,
    - apoyo a Centros Ocupacionales, etc.
  9. **Equipos de Apoyo al Empleo**, dirigidos a facilitar la integración laboral en empresas no específicas, suministrando orientación y apoyo personalizado en los distintos momentos y problemas específicos por los que puede pasar el paciente en dicho proceso:
    - búsqueda de empleo,
    - primeros días de trabajo,
    - posibles crisis personales,
    - dificultades con los compañeros y/o jefes, etc.

E incluyendo también la atención preventiva a pacientes con empleo que pudieran estar en riesgo de perderlo.

---

<sup>11</sup> Fundamentalmente el nombre (eliminando el estigmatizante de “Centro *especial* de empleo”) y la exigencia del 70% de personas con discapacidad.

10. **Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo**, como estructura de regulación y coordinación general del programa en el ámbito provincial. Se trata de un equipo desde el que se debe:
- recibir y evaluar la demanda de acceso a las diferentes actividades del Programa
  - establecer itinerarios personalizados de formación y empleo
  - orientar y apoyar los distintos dispositivos y actividades del Programa:
    - > Talleres y Centros ocupacionales
    - > Actividades de formación
    - > Empresas específicas (en su aspecto de integración)
    - > Equipos de Apoyo
  - Y evaluar periódicamente su funcionamiento
11. **Empresa IDEA, S.A.**, orientando más directamente su actividad actual hacia la dirección de las Empresas sociales, facilitándolas orientación y apoyo técnico, controlando su gestión y, en algunos casos, realizando de modo centralizado algunos aspectos de la misma.

#### ALGUNAS PREVISIONES CONCRETAS

En nuestro contexto concreto tal inventario debería matizarse en los próximos años, tendiendo a:

- a) Reestructurar los actuales Talleres diferenciándolos en las tres estructuras definidas y mejorando su articulación con servicios de salud mental, empresas y Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo.
- b) Diversificar la oferta de posibilidades de formación con cursos, proyectos y, especialmente, facilitando el acceso a actividades externas, no específicas para personas con problemas de salud mental.
- c) Articular un crecimiento moderado y sostenible de las Empresas Sociales, intentando modificar sus constricciones legales y utilizándolas como “escaparate” y “banco de pruebas”, además de cómo solución efectiva para un número creciente de personas.
- d) Ampliar la vía de apoyo al empleo, con equipos de seguimiento articulados desde los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo.



- e) Consolidar la estructura provincial de Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo redefiniendo las funciones de orientación y apoyo específicas de nuestro colectivo y convirtiéndolas en el eje básico de organización y funcionamiento del programa

Algunas de estas líneas son susceptibles de cuantificar pero otras no. Así, el *Plan Integral de Salud Mental* fija un objetivo global de crecimiento de plazas de Talleres, para el periodo 2004-2007 de 800 nuevas plazas, lo que supondría llegar hasta las 2.500 (33 por 100.000 habitantes), a lo que habría que añadir el esfuerzo por mejorar su utilización, diversificando funciones y aumentando la ocupación.

Del mismo modo la estructura provincial de los SOAE debe homogeneizarse, en términos de personal y capacidad de intervención. Pero no parece razonable establecer objetivos precisos para el crecimiento del empleo estable en las Empresas Sociales ni el empleo con apoyo, al ser mucho más difíciles de controlar las variables intervinientes.

Aspectos, por último, que podrán concretarse más tras el análisis de los resultados del estudio de evaluación del programa, financiado por el FIS y que estamos a punto de concluir.

## **ASPECTOS FUNCIONALES**

Aunque los aspectos funcionales y de contenido de los distintos componentes del programa serán objeto de tratamiento más detallado en publicaciones posteriores, vamos a hacer un resumen de algunos de los más significativos a tener en cuenta en un documento como éste, especialmente los que hacen referencia a las relaciones con el “exterior”.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA**

La inclusión de una persona en el programa ocupacional-laboral exige que cumpla una serie de criterios mínimos de carácter general:

- a) padecer algún tipo de problema de salud mental de carácter severo y persistente
- b) haber sido derivado, al programa o a alguno de los dispo-

sitivos concretos del mismo, por los servicios públicos de salud mental de la Comunidad autónoma, tras la correspondiente evaluación, indicación técnica y responsabilización del seguimiento sanitario (plan individualizado),

- c) estar en condiciones de seguir las actuaciones específicas del programa y/o subprogramas específicos que se determinen como más convenientes, lo que significa:
- un mínimo de motivación,
  - la ausencia, o posibilidad razonable de control, de manifestaciones sintomatológicas que dificulten la relación con el personal y/o los compañeros,
  - y una razonable expectativa de desempeño de las actividades correspondientes.

Es evidente que los distintos aspectos que configuran el criterio “c” van a depender de manera muy marcada del nivel concreto del programa que se contemple en cada caso, siendo más complejos a medida que nos acercamos a las actividades más estrictamente laborales. Así, si la participación en algunas actividades de un Taller polivalente no requiere demasiados requisitos en términos de motivación o capacidad, ya que esos son aspectos trabajables a este nivel como prolongación de su programa de rehabilitación, el aprovechamiento de un curso estructurado y, en mayor medida, el acceso al empleo en un medio específico o general, van a exigir una motivación clara y un conjunto de capacidades mínimas mucho mayores, si queremos que el aprendizaje y la integración sean reales.

Por otro lado, la ausencia de manifestaciones sintomatológicas distorsionantes debe verse con carácter relativo, en la medida en que intenta eliminar interferencias en el proceso de aprendizaje o desempeño de la tarea por parte del propio usuario, a la vez que funciona como mecanismo protector de los derechos de los demás participantes. En cualquier caso tiene un carácter estrictamente temporal, implicando lógicamente, un plan individualizado coordinado con el servicio sanitario, para su control.

En resumen, aunque podríamos decir que prácticamente todas las personas con trastorno mental severo serían teóricamente susceptibles de incorporarse a un programa ocupacional-laboral, ello no significa que puedan hacerlo en cualquier momento ni en cualquiera de sus niveles, dispositivos o subprogramas. Precisamente la concepción aquí presentada, que con-

templa una red de servicios y actuaciones, con distintos niveles e itinerarios individuales, pretende servir de base para las distintas evoluciones deseables y posibles de los usuarios. Lo que debe permitir contrapesar dos riesgos simétricos:

- el rechazo de las personas que, por tener más dificultades, más necesitan este tipo de intervenciones y apoyos,
- y la mala utilización de recursos que significa situar en determinados programas a personas que no pueden beneficiarse de ellos, privando de esa posibilidad a quienes si podrían hacerlo.<sup>12</sup>

Todo ello sin olvidar que en la mayor parte de estos aspectos no disponemos todavía de criterios objetivos que permitan predecir de manera rigurosa las evoluciones individuales, lo que obliga a ser cautos y flexibles en la toma de decisiones sobre entradas, tiempos de permanencia, cambios internos y salidas del Programa y de cada uno de sus dispositivos.

---

12

La consecución de un adecuado equilibrio entre ambos riesgos es especialmente compleja en el caso de las personas con trastorno mental severo que tienen un puesto de trabajo en una Empresa social. Algunas de las discusiones que se producen entre Servicios de Salud Mental y Gerentes traducen esa dificultad de integración entre dos lógicas que resulta fácil contraponer: utilidad del puesto de trabajo para el paciente frente a capacidad real de desempeñarlo en una empresa que, por definición, debe ser autosostenible. La tendencia del Gerente a emplear solo personas con buen nivel de funcionamiento, debe ser contrapesada con la conciencia de que su función es gestionar una empresa definida también por su objetivo social de integración de personas con dificultades; pero no .../...

## FUNCIONAMIENTO Y COORDINACIÓN INTERNA

Tanto el conjunto del programa como sus distintos dispositivos y actuaciones deben tener en cuenta los objetivos generales de aquel, en la concreción correspondiente a cada nivel y usuario individual.

En resumen, que de lo que se trata es de conseguir que, en la mayor medida posible:

- a) cada usuario cuente con un itinerario individualizado que, en función de sus intereses y capacidades personales y de las posibilidades razonables del medio, le permita utilizar los recursos disponibles para alcanzar el nivel más adecuado posible de integración a corto, medio y largo plazo,
- b) cada dispositivo y/o subprograma consiga un nivel razonable de funcionamiento, maximizando su capacidad de dar respuesta a las necesidades de sus usuarios, lo que significa siempre algún grado de compromiso en cuanto al número, homogeneidad-heterogeneidad de aquellos y especificidad-polivalencia de las actuaciones; y,
- c) en cada ámbito territorial el conjunto de recursos funcione de manera integrada, cubriendo de la mejor manera posible las distintas necesidades del colectivo con el que trabajamos.

Para ello, además de los mecanismos de formación continuada y apoyo a los profesionales y de la relación con los servicios de salud mental (a la que aludiremos a continuación), es esencial que haya una coordinación estricta entre los distintos componentes del Programa en cada una de las provincias.

A pesar de su limitada experiencia, los Servicios de Orientación y Apoyo al Empleo parecen ser una respuesta razonable a esta necesidad de coordinación, interviniendo tanto sobre el funcionamiento de cada dispositivo, las relaciones entre ellos y con el exterior, como en el seguimiento individualizado de las personas que utilizan el programa.

## COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Es evidente que este Programa, en tanto que dirigido a facilitar la integración social de personas con trastorno mental severo, tiene sentido y posibilidades de éxito únicamente en el marco de un conjunto más amplio de políticas e intervenciones dirigidas a la atención comunitaria a estas personas. Lo que exige una vinculación estricta con los servicios de salud mental, desde la planificación y orientación general del Programa hasta las intervenciones concretas con cada uno de los usuarios incluidos en el mismo.

De manera similar a lo que planteamos con relación al Programa residencial<sup>13</sup> la coordinación:

- a) implica los distintos momentos en que se articula el Programa, incluyendo tanto los aspectos generales de planificación y evaluación periódicas de recursos y actuaciones, cuanto las intervenciones individuales sobre los distintos usuarios, en cada uno de los dispositivos y subprogramas concretos;
- b) y, exige una estructura organizativa clara que la permita, incluyendo el nivel autonómico, el provincial y el de cada dispositivo y usuario.

A este respecto, parecen necesarias algunas precisiones en la medida en que hay diferencias con lo establecido para el Programa residencial, unas en relación con los distintos pasos que requieren coordinación en el seguimiento individualizado de los usuarios, y otras referidas a los mecanismos de coordinación que parece conveniente establecer para ello.

En lo que respecta al primer tema, aunque a lo largo del

---

.../...

a costa de hacer fracasar la empresa como tal, lo que significaría la pérdida de un recurso útil para muchos otras personas. Y, simétricamente, la tendencia de los profesionales sanitarios a forzar la lógica empresarial para apoyar a un paciente con problemas graves debe contrapesarse con la convicción de que disponer de empresas reales, con todas las restricciones que esto implica, tiene una especial relevancia en términos de garantizar una integración real y no el "como sí" de las formas tradicionales de empleo protegido. En definitiva que "debe haber lugares para todos pero no todos los lugares sirven en todo momento para todo el mundo".

**13**

Ver Documento de Trabajo nº 1: "Criterios para el desarrollo del Programa Residencial".

documento hemos ido haciendo referencia a distintos aspectos que tienen que ver con el mismo, podemos resumirlos brevemente como sigue:

- a) son los servicios de salud mental, habitualmente a través de sus Equipos comunitarios y Unidades de Rehabilitación, los que deben establecer la indicación de entrada en el programa, sobre la base de una evaluación inicial y en el marco de una estrategia individualizada de rehabilitación;
- b) también les corresponde a ellos, con las modalidades y mecanismos concretos que se definan en cada caso, asegurar la atención sanitaria individual que corresponda a cada persona;
- c) el itinerario individual previsto para cada usuario debe elaborarse contrastando esa primera indicación con la evaluación del Servicio provincial de Orientación y Apoyo al empleo, que permite, además, la consideración de las posibilidades concretas que ofrecen los recursos disponibles; y,
- d) a lo largo de todo el proceso (que puede incluir el paso por distintos recursos y el escalonamiento de muy diferentes intervenciones) pueden ser necesario reevaluar en más de una ocasión la situación y modificar eventualmente el itinerario previsto, lo que obliga de nuevo a coordinarse para la toma de decisiones y el seguimiento de las intervenciones establecidas.

Finalmente y en relación con los mecanismos de coordinación, es necesario insistir en la conveniencia de:

- a) utilizar la Comisión central de seguimiento para los aspectos generales de coordinación en el nivel autonómico, con la posibilidad de que desde ella se genera alguna comisión técnica para los aspectos más operativos derivados desde las Comisiones provinciales,
- b) utilizar, en el mismo sentido, las Comisiones provinciales, para los aspectos más generales de coordinación en dicho ámbito territorial,<sup>14</sup> previa incorporación a las mismas de algún representante de la consejería de Empleo.
- c) completar la coordinación provincial con dos espacios más:
  - uno de carácter más operativo y de composición representativa entre el Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo y la interlocución que se defina desde cada Área de salud mental<sup>15</sup>
  - y otro más centrado en la discusión y el intercambio de orientaciones y criterios generales y de composi-

---

<sup>14</sup> A este respecto pueden mantenerse reuniones generales y específicas (para temas residenciales y laborales, por ejemplo) con composiciones diferentes.

<sup>15</sup> La representación puede ser diferente según se decida en cada Área de Salud mental, si bien, parece razonable, teniendo en cuenta la actual ordenación de sus servicios, que la interlocución se asumiese desde las unidades de Rehabilitación.

- ción más laxa,<sup>16</sup> (profesionales de ambas redes, Asociación de familiares, y personas interesadas); y
- d) articular para cada dispositivo la coordinación cotidiana necesaria para el desarrollo de sus funciones y el seguimiento individualizado de sus usuarios.

## COORDINACIÓN CON OTROS ELEMENTOS Y PROGRAMAS

En la medida en que las actividades de integración laboral de personas con dificultades están experimentando un importante desarrollo en estos momentos, el programa debe mantener una adecuada interacción con todo ese campo, sin renunciar a contemplar la especificidad de las actuaciones necesarias para el colectivo con el que nos movemos, pero integrándose en un contexto más general.

Así, sin pretender ser exhaustivo, hay que tener en cuenta la necesidad de coordinación con, al menos:

- las distintas estructuras administrativas de apoyo al empleo dependientes de la Consejería de Empleo
- otras dependencias administrativas estatales (INEM)
- organismos donde se definen y/o articulan programas de apoyo al empleo: CERMI, ONCE, ACECA, etc.
- Organizaciones sociales implicadas como Sindicatos y organizaciones empresariales.

Todo ello sin olvidar las necesidades de coordinación con otros programas de integración social dependientes o apoyados desde la Fundación (residencial, ocio, asociacionismo, etc.)

---

<sup>16</sup>

Al estilo de la actual Comisión provincial laboral de Sevilla.



## Documentos de trabajo

El desarrollo de recursos de apoyo social, a personas con trastorno mental severo y persistente, ha experimentado en Andalucía un impulso considerable a partir de la puesta en funcionamiento de la Fundación.

Así en el transcurso de los últimos 11 años y en estrecha colaboración con las administraciones autonómicas de Salud, Igualdad y Bienestar Social y Empleo, se han venido poniendo en marcha estructuras y programas residenciales, ocupacionales y de integración laboral, entre otros, que, junto a los servicios de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía, constituyen una nueva red pública para la atención comunitaria a este tipo de personas.

Todo este conjunto de programas necesita un impulso continuado que permita no solo su incremento cuantitativo sino, sobre todo, su progresiva adecuación, en términos de calidad y coordinación, a la evolución de las necesidades de sus usuarios.

Para ello es necesario mantener abierto un debate multiprofesional y ciudadano con respecto a distintos aspectos que van desde las previsiones de desarrollo y distribución territorial de los distintos tipos de intervenciones y recursos, hasta sus criterios de funcionamiento e interconexión con los distintos componentes de la red, tanto sanitarios como de apoyo social.

Contribuir a ese proceso es el objetivo fundamental de las publicaciones que, bajo el título genérico de “DOCUMENTOS DE TRABAJO”, pretende ir ofreciendo materiales orientativos para el desarrollo de los distintos programas de la Fundación, a modo de guías provisionales que faciliten ese debate y nos ayuden a mejorar de modo continuado nuestras actuaciones.