

La acción pública frente al empleo de las personas con enfermedad mental grave: El mapa de la rehabilitación laboral en España. ¿Es posible la construcción de un único modelo?

Segundo Valmorisco Pizarro
Universidad Complutense de Madrid
svalmori@ucm.es

Resumen

La Administración pública tiene un importante papel que cumplir frente a las desigualdades sociales. Más allá del estudio y diagnóstico de los problemas sociales, de la planificación de acciones y la posterior implementación de programas en favor de las personas en riesgo de exclusión social, así como de la evaluación y seguimiento de los mismos, se encuentra la identificación de modelos que demuestren unos ciertos factores de éxito en su implementación y desarrollo. Este artículo, hace un recorrido por las 17 Comunidades Autónomas de España (comparando el modelo de rehabilitación laboral de la Comunidad de Madrid con los recursos ofrecidos por las otras 16 CC.AA), en la búsqueda de un modelo común para trabajar en favor del empleo en las personas con enfermedad mental grave. Dicho recorrido se basa en el análisis de una serie de ítems, tales como: denominación del recurso, desarrollo histórico del mismo, equipo profesional, forma de acceso al recurso, tipología de servicios, características sociodemográficas de las personas atendidas, datos de inserción y existencia de itinerarios. Los resultados, ponen de manifiesto la gran distancia que separa a unas regiones de otras, en cuanto a presupuesto, metodología, coordinación institucional y colaboración público-privada, así como la existencia o no de redes de trabajo. Esa distancia entre los servicios que prestan las diferentes regiones a las personas con enfermedad mental grave, es producto de una ausencia de liderazgo y diálogo social que no favorecen la identificación de aquellos modelos de trabajo que han demostrado con resultados una mejora en la calidad de vida de este colectivo.

Palabras clave: salud mental; rehabilitación; trabajo; planificación.

Abstract:

The public administration has an important role to play in the face of social inequalities. Beyond the study and diagnosis of social problems, the planning of actions and the subsequent implementation of programs in favor of people at risk of social exclusion, as well as the evaluation and monitoring of them, is the identification of models that demonstrate certain success factors in its implementation and development. This article, makes a tour of the 17 Autonomous Communities of Spain (comparing the model of labor rehabilitation of the Community of Madrid with the resources offered by the other 16 Autonomous Communities), in the search for a common model to work in favor of employment in people with severe mental illness. This tour is based on the analysis of a series of items, such as: resource name, historical development, professional team, access to the resource, type of services, sociodemographic characteristics of the people served, insertion and existence data of itineraries. The results show the great distance that separates some regions from others, in terms of budget, methodology, institutional coordination and public-private collaboration, as well as the existence or not of work networks. This distance between the services provided by the different regions to people with severe mental illness is the result of an absence of leadership and social dialogue that does not favor the identification of those work models that have shown an improvement in the quality of life. of this collective.

Key-words: mental health; rehabilitation; job; planning.

Introducción

Antes de desarrollar este capítulo, queremos dejar constancia que es francamente difícil tratar de comparar recursos que poco tienen que ver entre sí, y que difieren en su estructura (CEE, CRL, CRIS, CPRS, etc.), composición (equipos de trabajo que incorporan preparadores laborales y técnicos de apoyo a la inserción laboral a tiempo completo frente a otros que dedican algunas horas semanales a la inserción), formas de financiación (convenios, contratos, subvenciones) y, en definitiva, en sus objetivos (empleo directo frente a itinerarios de inserción laboral).

Son muchas las limitaciones encontradas en la redacción de este capítulo:

- La escasez de información sobre algunas cuestiones (sobre todo en cuanto a datos de inserción laboral, etc.).
- La imposibilidad de poder ofrecer una información uniforme de todas las Comunidades Autónomas a pesar del esfuerzo.
- El abanico de entidades que ofrecen servicios de rehabilitación de muy diferente naturaleza y recursos.
- Las limitaciones económicas propias de una investigación, que no cuenta con recursos económicos propios, para poder hacer un amplio trabajo de campo cuantitativo que nos permita ir más allá de la mera investigación documental en este estudio comparado, más allá de los datos ofrecidos por la Comunidad de Madrid.

A pesar de estas limitaciones, este artículo pretende poner de manifiesto el gran abanico de recursos de rehabilitación laboral existentes en nuestro país, tratando de dar una imagen lo más amplia posible del estado de la cuestión en esta materia, por lo que no queremos renunciar a la oportunidad de reunir en un mismo texto, el análisis de los diferentes recursos ofrecidos por las 17 Comunidades Autónomas, y pretendemos que ello constituya un acerca-

miento a esta realidad de la forma más honesta posible.

Hemos de comenzar diciendo que según el Observatorio español de rehabilitación psicosocial (Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial), solamente 5 CC.AA ofrecen servicios de rehabilitación laboral. Estas Comunidades Autónomas son: Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad de Madrid y Galicia.

Para realizar un mejor análisis de los recursos que ofrecen dichas CCAA, nos centraremos en analizar, en la medida de lo posible, los siguientes aspectos:

- Denominación del recurso
- Desarrollo histórico del mismo
- Equipo profesional
- Forma de acceso al recurso
- Tipología de servicios
- Características sociodemográficas de las personas atendidas
- Datos de inserción
- Existencia de itinerarios

Desarrollo

En primer lugar, analizaremos las 5 CCAA que poseen, según el Observatorio español de rehabilitación psicosocial de FEAFES, centros de rehabilitación laboral, esto es: Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad de Madrid y Galicia:

1. Andalucía

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

El modelo de rehabilitación laboral de la Comunidad Autónoma de Andalucía se desarrolla a través del denominado “Programa ocupacional laboral de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental” (FAISEM).

DESARROLLO HISTÓRICO:

En dicho programa se especifica que:

“En Andalucía, la atención a las personas con trastornos mentales graves se desarrolla en los servicios sanitarios y sociales, de base y orientación comunitaria, y en una red específica de recursos de apoyo social complementarios tanto de los sanitarios como de los servicios sociales generales, de empleo y educación que gestiona la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM). A instancias del Parlamento de Andalucía FAISEM se crea, en 1993. (...)”. (Fondo Social Europeo y Junta de Andalucía, 2007: 155)

FORMA DE ACCESO AL RECURSO:

“El conjunto de actuaciones y servicios se desarrollan en coordinación con las redes generales de servicios sanitarios y sociales, y a ellos se accede a través de los servicios de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía y de los Servicios de Igualdad y Bienestar Social. Uno de los programas que gestiona y desarrolla FAISEM, es el Ocupacional e Inserción laboral” (Fondo Social Europeo y Junta de Andalucía, 2007: 155).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS:

Para la elaboración del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SISMA) elaboró un análisis de datos sobre aquellas personas que cumplían con los criterios diagnósticos de trastorno mental grave y que fueron atendidas en 2006 por los equipos de salud mental (en concreto 29275 personas).

Si nos detenemos en estos datos, que son anteriores a nuestro periodo de estudio (2008-2012), ya que pertenecen a 2006, podremos comprobar las grandes diferencias existentes con los datos analizados obtenidos de las Memorias de todos los CRL, por ejemplo:

- En el caso andaluz, 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), en el caso de las personas de los CRL de la Comunidad de Madrid, este porcentaje es del 52,86% (promedio del total de 16 CRL en el que la situación laboral de la persona es la de “parado/a”).
- 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), siendo en el caso de los CRL en torno al 10% (un 90% si ha tenido alguna experiencia laboral previa antes de ingresar en dicho centro).

TIPOLOGÍA DE CENTROS

Según esta misma fuente, se establecen diferentes recursos según la fase de implementación en la que se encuentre dicho Programa ocupacional-laboral. En una primera fase se definieron 5 tipos de recursos: Talleres Polivalentes, Centros Ocupacionales, Cursos de Formación profesional, Proyectos de formación orientados a crear empresas y Empresas sociales (adaptadas a los requisitos legales de calificación como Centro Especial de Empleo).

DATOS DE INSERCIÓN LABORAL:

Como podemos comprobar, los resultados en cuanto a inserciones laborales totales (sumadas por cuenta propia y por cuenta ajena) nos indica que el modelo CRL de la Comunidad de Madrid ofrece una tasa de inserción de casi 30 puntos superior a la del Modelo FAISEM de la Comunidad. Según datos de FAISEM (2011) se insertan el 30,4% de las personas atendidas.

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

Aun habiendo enriquecido el modelo andaluz su catálogo de propuestas, se echa en falta la existencia de un itinerario que establezca las diferentes fases y los diferentes recursos en cada fase, ya que únicamente se trata de este extremo en el apartado de

“cursos de formación profesional”. Asimismo siguen existiendo riesgos importantes para las personas de dicho programa, como son: la “institucionalización” y dependencia que pudiera ocasionar el recurso de centros ocupacionales, no sólo porque no deberían tener cabida en este catálogo, sino porque no van a significar una emancipación real del colectivo (es muy importante definir la población diana, antes de ofrecer alternativas sin conexión entre ellas).

Es positivo sin embargo, la creación de este dispositivo denominado “servicios de orientación y apoyo al empleo” (SOAE), citado anteriormente, basado en la creación de equipos provinciales y que persigue no sólo establecer itinerarios, sino que trata de recibir y EVALUAR la demanda de acceso, si bien no se especifica la existencia de evaluación en otras fases del recurso, ni los criterios para evaluar esa demanda de acceso.

Otra cuestión, es la presencia del recurso de los Centros Ocupacionales (CO) en el nivel ocupacional-prelaboral. Este recurso, suele ser el canal de entrada a los recursos protegidos de los jóvenes con discapacidad por enfermedad mental, pero debería ser más limitado en el tiempo.

Los CRL salvan este recurso ofreciendo herramientas mejor adaptadas en tiempo y forma, como son los programas específicos y los talleres pre-laborales, que veremos en el capítulo 6. Bien es cierto, que de la investigación cualitativa se desprende que para algunos técnicos de los propios CRL, sería bueno, que en este modelo se crearan algunos Centros Ocupacionales para aquellas personas que son difícilmente empleables, o bien que necesitan de un mayor desarrollo en la etapa pre-laboral.

Del mismo modo ocurre con la presencia de los itinerarios cuando se incluyen solamente en el nivel formativo, como hemos insistido desde el planteamiento del problema de investigación, los itinerarios deberían ser el marco general de todo el proceso.

EQUIPO PROFESIONAL:

En cuanto a los equipos profesionales del Servicio de orientación y apoyo al empleo (SOAE), éstos varían en función de la provincia, desde 3 en Almería hasta 7 técnicos en Sevilla. Se trata de titulados medios o superiores en ciencias sociales (Técnicos de empleo). Dichos equipos trabajan la parte social y no tienen psiquiatras y psicólogos, ya que la atención psiquiátrica se hace a través de salud mental.

2 Castilla- la mancha

DENOMINACION DEL RECURSO:

La Fundación Socio- Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM) es la entidad gestora en dicha Comunidad Autónoma de los denominados Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

DESARROLLO HISTÓRICO:

La denominación de estos centros desde 1999 es Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRSPL), tal y como recoge el Plan de salud mental 2000-2004. Del mismo modo que en la mayoría de CC.AA, las entidades gestoras firman convenios, en este caso con la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

“En mayo de 2001 el Gobierno Regional de Castilla-La Mancha aprobó la creación de la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Sociolaboral del Enfermo Mental (FISLEM)”. (Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010, 2006: 105)

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Según el documento: “Diseño de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral” FISLEM desarrolla una serie de programas dentro de los CRPSL dirigidos a esta población: programas de rehabilitación psicosocial, programas de soporte comunitario y social, programas de rehabilitación laboral, progra-

mas de intervención familiar, programas de apoyo a la integración social y laboral, programas dirigidos al entorno comunitario.

El programa de atención, va dirigido a promover la rehabilitación e integración social y laboral de las personas con enfermedad mental y sus familias. El CRPSL tiene como metas por un lado, el ajuste a la vida diaria de la persona y por otro, la mejora de la calidad de vida, ayudando a los enfermos a asumir las responsabilidades sobre sus vidas y a funcionar tan activa e independientemente como sea posible en sociedad.

Prestaciones

El C.R.P.S.L. trabaja en estrecha coordinación con los servicios de salud mental, con los servicios sociales y con los recursos socio-comunitarios normalizados para favorecer el tratamiento y la integración de las personas atendidas. EL C.R.P.S.L funciona en régimen de atención diurna en jornada de mañana y tarde. Las personas asisten en función de sus objetivos y de acuerdo a su plan de rehabilitación. La duración de la estancia será variable y limitada al cumplimiento de objetivos.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS:

El programa se dirige a las personas de la Comunidad de Castilla-La Mancha que sufren enfermedades mentales graves y que tienen dificultades en su funcionamiento psicosocial y su integración comunitaria que hace necesario el apoyo desde alguno de los recursos del C.R.P.S.L.

Así mismo se dirige a ofrecer el apoyo a las familias que conviven y cuidan de un enfermo mental. Ya en el Plan de Salud Mental 2000–2004 se preveía la puesta en marcha y funcionamiento de 20 CRPSL en toda la región al término de la vigencia del mismo. Actualmente hay en marcha 19 Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL)

EQUIPO PROFESIONAL:

Cada CRPSL contará con 35 a 40 plazas asistenciales a tiempo completo, pudiendo ser mayor el número de personas que asista a tiempo parcial, en función de cada Plan Individualizado de Rehabilitación.

Precisa del siguiente personal:

- psicólogo/a.
- terapeuta ocupacional,
- trabajador social,
- técnico de integración social y laboral
- educadores / monitores
- administrativo.

La dotación en cuanto al número de profesionales y categorías variará en función de las características poblacionales del área en el que esté ubicado el CRPSL.

FORMA DE ACCESO:

La derivación al C.R.P.S.L. se realiza a través de las Unidades de Salud Mental. En los casos en los que la demanda de atención provenga de otra instancia se canalizara de manera coordinada a través de la unidad de Salud Mental.

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

En los CRPSL existen itinerarios en sus Programas individualizados de rehabilitación psicosocial y laboral, cuyas fases son: acogida y trabajo previo, evaluación, plan individualizado de rehabilitación, intervención y seguimiento y apoyo comunitario. Desarrollando más las fases del itinerario básico de inserción sociolaboral, éstas son:

- Valoración de la idoneidad,
- Evaluación y diseño de un PI
- Programas de ajuste laboral
- Selección e integración en un recurso
- Seguimiento

Como podemos observar en la siguiente tabla, los CRPSL sólo se encuentran en los niveles rehabilitador y pre-laboral, echando mano de otros recursos en los niveles más avanzados.

Asimismo, entendemos que se confunde la fase pre-laboral y formativa. En el caso de los CRL, todo el proceso se sigue desde el propio recurso, aunque otros dispositivos, como pueden ser los CEE, pueden ayudar en la inserción laboral de las personas.

De hecho en el modelo castellano-manchego de rehabilitación y reinserción laboral, los CRPSL sólo aparecen en las primeras fases de la inserción junto con los talleres, dejando en manos de otros recursos bien diferentes las fases de formación (Centros de formación y empleo) y de inserción laboral (CEE y Empleo con apoyo).

TABLA 1. NIVELES ORGANIZATIVOS PROPUESTOS PARA LA INSERCIÓN LABORAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

NIVEL	DISPOSITIVO	FUNCIONES
REHABILITADOR	CRPSL	Rehabilitación psicosocial Motivación Orientación vocacional general Seguimiento continuado
PRELABORAL	CRPSL Cursos de Formación y empleo	Entrenamiento en hábitos Orientación específica y búsqueda de empleo Paso previo o temporal
FORMATIVO	Cursos de Formación y empleo	Formación profesional Adquisición de destrezas específicas
LABORAL	Empresa social Empleo con apoyo	Empleo real Productividad Normalización

Fuente: Daniel Navarro (FISLEM)

DATOS DE INSERCIÓN LABORAL:

Según FISLEM, los resultados directos de la rehabilitación laboral con enfermos mentales en Castilla – La Mancha es que consiguen acceso a un empleo el 20% (366 personas de 1.730 atendidos) y consiguen acceso a cursos de formación profesional el 12% (215 personas de 1.730 atendidas).

3 Cataluña

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

Según el Observatorio Español de Rehabilitación Psicosocial (Memoria 2005-2008), en Cataluña existen dos tipos de servicios, por un lado los servicios de rehabilitación comunitaria (con una clara función rehabilitadora) y por otro el Servei prelaboral (con una función laboral).

El Servicio de Rehabilitación Comunitaria es un servicio sanitario destinado a la rehabilitación e inserción de personas que sufren algún trastorno de salud mental. Es un servicio de utilización pública, concertada por el Servicio de Salud y que forma parte de la Red de servicios de salud mental.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA:

Según el Plan Director de Salud Mental de Cataluña (2006), el Servicio de Rehabilitación Comunitaria está orientado a aquellas personas mayores de 18 años con trastornos de salud mental, residentes en Cataluña, que estén en tratamiento psicológico o psiquiátrico y que necesitan soporte y acompañamiento para poder definir y desarrollar un proyecto de futuro.

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

Según esta misma fuente, el Servicio de Rehabilitación Comunitaria ofrece una serie de fases durante el proceso de intervención: acogida, proceso y salida.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Como hemos señalado, se han identificado dos recursos en relación a la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental grave y duradera:

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN COMUNITARIA (centros de día):

“Los centros de día son servicios básicos de atención de día especializados en salud mental, dirigidos a

las personas adultas que presentan problemas psiquiátricos en cualquiera de las etapas evolutivas de la enfermedad y que, por su gravedad o complejidad, no pueden ser atendidas exclusivamente desde los servicios de atención primaria de salud”. (Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010: 104)

SERVEI PRELABORAL

“Servicio social especializado, de intervención en personas con trastorno mental, estabilizados y compensados de su enfermedad, con el fin de conseguir una integración laboral. La red de salud mental está formada por 28 servicios prelaborales en los que se recibe atención relacionada con el trabajo equivalente a 4 medias jornadas a la semana”. (Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010: 166)

EQUIPO PROFESIONAL:

Servicio de rehabilitación comunitaria

“La Comunidad dispone de un equipo de profesionales para la atención de día estructurada formado por 53,21 psicólogos, cerca de 18 auxiliares, cerca de 26 cuidadores, 55 educadores, 26,44 técnicos de integración, 48,61 terapeutas ocupacionales y casi 34 trabajadores sociales, entre otros. Esto equivale aproximadamente a 0,85 psicólogos, 0,28 auxiliares, 0,41 cuidadores, 0,88 educadores, 0,42 técnicos de integración social, 0,78 terapeutas ocupacionales y 0,54 trabajadores sociales por cada 100.000 habitantes”. (Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010: 108)

Servei prelaboral:

“En cuanto a los profesionales, el equipo que dispensa atención especializada en integración laboral está formado por 11,45 educadores, 22,79 psicólogos, 8,91 técnicos de integración, 4,1 terapeutas ocupacionales, 21,37 trabajadores sociales, 35,63 monitores, 4,00 encargados de taller y 6,11 profesores de taller. Esto equivale a 0,19 educadores, 0,37 psicólogos, 0,14 técnicos de integración, 0,07 terapeutas ocupacionales, 0,07 trabajadores sociales y 0,07 profesores de taller”. (Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010: 108)

peutas ocupacionales, 0,35 trabajadores sociales, 0,58 monitores, 0,06 encargados de taller y 0,10 profesores de taller por cada 100.000 habitantes mayores de 18 años". (Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010: 168)

FORMA DE ACCESO AL RECURSO:

En el Servicio de Rehabilitación Comunitaria:

- Las personas son derivadas por los servicios de salud mental de la red de atención pública.
- Con capacidad de poder adquirir un compromiso asistencial basado en la convivencia.
- Estar en tratamiento psicológico o psiquiátrico (en una situación psicopatológica compensada).
- Estar motivado para iniciar un proceso de rehabilitación.
- Presentar la suficiente autonomía personal que le permita activar su proyecto.
- Seguir un tratamiento individual en un CSMA u otros de la red de salud mental.

En el Servei prelaboral:

Los requisitos para acceder a este servicio son los siguientes:

- la acreditación de la situación de necesidad, mediante la resolución emitida por el órgano competente, de acuerdo con el baremo establecido por reglamento;
- la residencia en un municipio de Cataluña;
- para las personas extranjeras, los requisitos establecidos en la normativa vigente de extranjería y de acogida e integración de las personas inmigradas;

- el resto de requisitos de acceso establecidos en el ordenamiento jurídico vigente.

4 Galicia

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

Se trata de una de las 5 regiones en las que existen recursos de rehabilitación específicos de carácter laboral, y junto a Castilla-La Mancha, las 2 CC.AA en que se comparte la denominación "Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral".

Según el artículo 1 de la Orden de 23 de octubre de 1998 de regulación de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral para enfermos mentales crónicos como desarrollo de los dispositivos de apoyo comunitario de la Xunta de Galicia: "Es objeto de la presente orden la regulación de los centros de rehabilitación psicosocial y laboral, públicos y privados, entendidos como tales, aquéllos que prestan una atención diurna, globalizadora y multidisciplinar, dirigida a los enfermos mentales crónicos estables y a sus familiares, con la finalidad de la rehabilitación e integración social y laboral de las personas".

En la Memoria de actividades 2012 de FEAFES-Galicia se amplía esta denominación:

"Los centros de rehabilitación psicosocial y laboral prestan una atención diurna, global y multidisciplinar a las personas con enfermedad mental crónica. Estos centros tienen como objetivo mantener a la persona con enfermedad mental en su ámbito, promoviendo y apoyando su integración psicosocial, para que desarrollen una mayor autonomía". (FEAFES-Galicia, 2012: 8)

El Plan estratégico de salud mental 2006-2011 establece dentro de su catálogo de Programas rehabilitadores, el denominado "Programa de hábitos laborales dirigidos a integración no ámbito laboral".

Según FEAFES-Galicia, el Servicio de inserción laboral "OEDEM" es el único programa de fomen-

to de la inserción laboral de las personas con enfermedad mental existente en Galicia.

DESARROLLO HISTÓRICO:

Está en funcionamiento desde 2002, ofrece información, asesoramiento y apoyo como colaborador del Servicio Público de Empleo de Galicia desde ese año. Para ello, dicho Observatorio de Empleo para Personas con Enfermedad Mental (OEDEM) tiene como misión facilitar la inserción laboral a través de acciones de información, orientación, formación, prospección e intermediación laboral con las empresas y apoyo para la consecución y el mantenimiento del puesto de trabajo.

EQUIPO PROFESIONAL:

Según la Orden de 23 de octubre de 1998 de regulación de los centros de rehabilitación psicosocial y laboral para enfermos mentales crónicos como desarrollo de los dispositivos de apoyo comunitario de la Xunta de Galicia, los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral para enfermos mentales crónicos deberán contar con el siguiente personal:

- Psicóloga /Directora.
- Terapeuta ocupacional,
- monitora taller,
- Educador social,
- 1 Aux. administrativo

FORMA DE ACCESO:

El acceso y atención de las personas a los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral estará condicionado al informe de un médico psiquiatra relativo al grado de estabilidad del enfermo mental crónico y su dificultad en el funcionamiento psicosocial y en la integración laboral.

El centro, considerado como un dispositivo de apoyo comunitario, actuará en coordinación con los servicios de salud mental del área geográfica en la que esté situado, de acuerdo con el siguiente orden de preferencia: unidades de salud mental, unidad hospitalaria de rehabilitación psiquiátrica, hospital

de día psiquiátrico, unidad de hospitalización de corta estancia.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

Según la Memoria anual de FEAFES 2011, el perfil de las 90 personas atendidas es de personas con esquizofrenia en la mayoría de los casos, seguido de trastornos de la personalidad y trastornos depresivos (no se aportan datos específicos).

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Según datos ofrecidos por FEAFES-Galicia en la Memoria de actividades 2012, entre otros servicios ofrecidos destacan:

- 1. Orientación laboral*
- 2. Preparación para el empleo*
 - 2.1 Formación*
 - 2.2 Talleres prelaborales*
 - 2.3 Prácticas no laborales*
- 3. Prospección e intermediación laboral*
- 4. Proyectos y programas*
- 5. Valoración*

(FEAFES-Galicia, 2012: 14-15)

DATOS DE INSERCIÓN:

*“A lo largo de 2012, el equipo de orientación e intermediación laboral logró un resultado de 126 personas contratadas y 190 contratos laborales. Destacamos que predomina el contrato a jornada completa, resultando ser el **48% de los contratos a jornada completa**, el 14% media jornada y el 38% contratos por hora.*

Una vez analizadas en primer lugar las 5 CCAA que poseen, según el Observatorio español de rehabilitación psicosocial de FEAFES, Centros de Rehabilitación Laboral, es momento para analizar las cuestiones más relevantes del resto de CCAA: Estas son: Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-León, Extremadura, Islas Baleares, La Rioja, Murcia, Navarra, País Vasco y Valencia.

5 Aragón

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

Según el Plan estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental de la Comunidad de Aragón, el recurso ofrecido para la rehabilitación de las personas con enfermedad mental grave y duradera son los Centros de Rehabilitación Psicosocial (también conocidos como centros de día), se trata de “dispositivos ambulatorios cuya función fundamental es la rehabilitación activa y reinserción social y que tienen orientación claramente comunitaria. Son recursos básicos destinados a recuperar o mantener habilidades sociales, evitar internamientos y mantener a la persona en su medio sociofamiliar”.

FORMA DE ACCESO AL RECURSO:

“Este dispositivo deberá estar perfectamente coordinado y trabajar en colaboración con la unidad de salud mental y las unidades de media estancia, pues se trata de una estructura reguladora entre los servicios básicos y los dispositivos hospitalarios de rehabilitación”. (Plan estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental de la Comunidad de Aragón, 2003: 49)

EQUIPO PROFESIONAL:

“Deberá disponer de un equipo específico de profesionales de carácter multidisciplinar y su organización y actividades estarán coordinadas por un responsable facultativo con su correspondiente nivel administrativo y complemento retributivo. La plantilla estará compuesta, en un centro tipo de 40 plazas, como mínimo por:

- *Psiquiatra: 1*
- *Psicólogo clínico: 1*
- *ATS/DUE: 1*
- *Trabajador social: 1*
- *Terapeuta ocupacional: 1*
- *Monitores de educación especial: 2*
- *Auxiliar administrativo: 1 por centro con dedicación parcial o completa en función de las necesidades del centro”.*

(Plan estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental de la Comunidad de Aragón, 2003: 49)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA:

“Este recurso está destinado a pacientes graves entre 18 y 65 años con un importante deterioro de sus capacidades funcionales y de su entorno social, pero estabilizados y con un cierto grado de autonomía. Los pacientes sólo podrán ser remitidos desde las unidades de salud mental o desde las unidades de media estancia”. (Plan estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental de la Comunidad de Aragón, 2003: 49)

TIPOLOGÍA DE CENTROS Y SERVICIOS:

Centros de inserción laboral y empleo: El recurso que más tiene que ver con el objeto de este artículo son los Centros de Inserción Laboral y Empleo (Por ejemplo, el de la Fundación Agustín Serrate).

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

Según el portal web de esta Fundación, las personas que se incorporen a este proceso pasarán por tres fases:

- FASE DE RECEPCIÓN.-
- FASE de INTERVENCIÓN.
- FASE DE ALTA.

6 Asturias

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

La unidad de Coordinación de Salud Mental en Servicios Centrales del SESPA (Servicio de salud del principado de Asturias) es el órgano para la cohesión entre las distintas áreas sanitarias, con responsabilidad en materia de apoyo a la reinserción socio-laboral.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

El recurso que más se aproxima a nuestro objeto de estudio en esta Comunidad Autónoma son los denominados Centros de Apoyo a la Integración (CAI). (Plan de Salud Mental del Principado de Asturias (2011-2016), 2011: 52)

7 Canarias

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

“Para atender las necesidades de las personas con un trastorno mental crónico de acuerdo a las medidas contempladas en el Plan de Salud de Canarias (1997-2001) se constituyen por decreto del Gobierno de Canarias los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (C.I.R.P.A.C.)” (Minusval, 2002: 30)

La fórmula jurídica de articular estos recursos en la Comunidad Autónoma Canaria es la de los Convenios de Colaboración Interinstitucional. Una de las novedades de los PIRP es que la administración pública de ámbito insular, a través de un organismo autónomo del mismo, el Instituto de atención Social y Sociosanitaria (IASS), se hace corresponsable de 1/3 de la financiación y de la gestión de los recursos convenidos en el PIRP. Este organismo, para una mayor agilidad y eficacia en la gestión, ha implicado a empresas privadas y organismos no gubernamentales en la gestión indirecta de los recursos. (Minusval, 2002: 31)

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Según datos de julio de 2013, el Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial, los centros de día de Rehabilitación Psicosocial atienden en la actualidad a 349 pacientes en los distintos centros de Genoveva (Afaes), San Francisco I, San Francisco II, Casa del Mar, Maspalomas, Vecindario, Telde, Norte, y Teror.

Asimismo, los equipos de tratamiento asertivo comunitario atienden a 80 pacientes; mientras que 103

pacientes se encuentran ocupando plazas de acceso al empleo ya sea en empleo con apoyo, talleres pre-laborales o mediante cursos de formación, mientras que las residencias acogen a 150 pacientes y otros 131 se alojan en alojamiento alternativo tutelado.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS ATENDIDAS:

Como hemos señalado, según la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, el Plan de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria atiende a 813 enfermos mentales, personas diagnosticadas de patologías graves relacionadas con la salud mental a través de la red de recursos existentes como los de seguimiento en la comunidad a través de los equipos de tratamiento asertivo comunitario, mediante los dispositivos rehabilitadores como los centros de día y otros de apoyo social y comunitarios en las plazas de alojamiento alternativo, plazas de acceso al empleo y las miniresidencias.

Estos recursos tienen su propia finalidad pero todos funcionan de forma integrada y están distribuidos territorialmente por la isla para facilitar su accesibilidad y el contacto con las familias.

8 Cantabria

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

El recurso ofrecido por esta Comunidad Autónoma para la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental grave es el Programa Inicia:

Inicia es un programa destinado a prestar orientación y apoyo a la inserción sociolaboral de personas con Trastorno mental grave. Es un servicio concertado con el Gobierno de Cantabria, que cuenta para su ejecución con tres entidades con experiencia en el tratamiento de personas con enfermedad mental y en el campo de la rehabilitación profesional: AMICA, ASCASAM y CENTRO HOSPITALARIO PADRE MENNI.

Algunas de estas mismas entidades promueven Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) para personas con enfermedad mental de entre 18 y 65 años que presentan déficits de autonomía funcional y social, y que son susceptibles de acudir a un centro de rehabilitación psicosocial y desenvolverse en grupo. Los CRPS son un servicio concertado con el Gobierno de Cantabria que realiza actividades encaminadas a la rehabilitación funcional y a la recuperación de la autonomía de las personas con enfermedad mental, diseñando un plan de rehabilitación específico para cada persona, en el que se incluye atención individual y familiar especializada e integración en actividades grupales. Se trata de actividades orientadas, en definitiva, a mejorar su calidad de vida y la de sus familiares.

DESARROLLO HISTÓRICO:

El Proyecto Inicia comienza su andadura en Cantabria en el año 1998, como ocurre en otras Comunidades Autónomas como Madrid, el origen del mismo parte del programa comunitario HORIZON III en la iniciativa “Empleo y desarrollo de los RR.HH”.

Desde 2007 es la Consejería de Empleo y Bienestar Social la que asume la financiación de dicho Programa.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS ATENDIDAS:

- Personas con enfermedad mental crónica (no trastornos orgánicos cerebrales ni abuso de sustancias activo).
- En edad laboral, entre 18 y 50 años.
- Con motivación suficiente para comenzar su proceso de inserción laboral en el momento de ser derivados.
- En situación de desempleo y con dificultades específicas de acceso o mantenimiento en recursos de formación o empleo normalizados.
- Ausencia de conductas adictivas disruptivas.

- No aspectos susceptibles de rehabilitación psicosocial o en proceso de recuperación.

EQUIPO PROFESIONAL:

- Psiquiatra
- Psicólogos/as
- Técnico de Inserción Laboral
- Terapeutas

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Según las Memorias de actividad correspondientes a los años 2012 y 2013 del Proyecto Inicia, se ofertan los siguientes servicios:

Evaluación, rehabilitación laboral, intervención familiar, orientación, prospección e intermediación laboral y acompañamiento

Respecto a la formación y participación de las familias, como por ejemplo charlas sobre los criterios necesarios para acceder a un empleo, con incidencia en el empleo protegido. Así como acciones concretas formativas ofrecidas desde algunas entidades que componen el proyecto.

DATOS DE INSERCIÓN

Según datos ofrecidos por la Memoria de actividad del Proyecto Inicia (2013) se han atendido a 51 personas, de las que 11 han accedido al mercado laboral, es decir existe una tasa de inserción del 21,57%.

9 Castilla-León

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

“Los Centros de Rehabilitación Psicosocial son dispositivos que ofrecen, en régimen ambulatorio, programas de rehabilitación (Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León 2003-2007, 2003: 67)

FORMAS DE ACCESO AL RECURSO:

(Pliego de prescripciones técnicas para la contratación del centro de rehabilitación psicosocial del área de salud de Zamora, 2003: 3)

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

*“La Historia deberá ser una evaluación funcional para el posterior diseño de un **Plan Individualizado de Rehabilitación (P.I.R.)**, relacionado con las demandas ambientales y las del sujeto y acorde con el principio de la individualización. Este Plan Individualizado de Rehabilitación deberá figurar en la Historia de cada paciente y se efectuará un seguimiento del mismo y su aplicación en el tiempo. Por supuesto, el Centro de Rehabilitación Psicosocial deberá disponer de una cartera de servicios que estará vinculada al Programa Individualizado de Rehabilitación”.* (Pliego de prescripciones técnicas para la contratación del centro de rehabilitación psicosocial del área de salud de Zamora, 2003: 4)

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

“La intervención en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, abarca áreas de entrenamiento y formación que configuran el tratamiento integral de las personas con enfermedad grave y prolongada. Dichas áreas son:

- . Programa de actividades de la vida diaria.*
- . Programa de Rehabilitación de Capacidades Cognitivas*
- . Programa de Habilidades Sociales*
- . Programa de autocontrol emocional / terapia cognitiva*
- . Programa de conciencia y conocimiento de la enfermedad*
- . Programa de psicomotricidad*
- . Programa de asesoramiento y apoyo familiar y de recursos*
- . Programa de ocio y tiempo libre*
- . Programa de Integración Socio-Comunitaria*
- . Programa de rehabilitación laboral*

(Pliego de prescripciones técnicas para la contratación del centro de rehabilitación

psicosocial del área de salud de Zamora, 2003: 5)

10 Extremadura

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

Según el Portal Web del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), el recurso de rehabilitación laboral en esta Comunidad Autónoma son los Dispositivos de Orientación, Rehabilitación e Inserción Laboral están dirigidos a fomentar la integración laboral de las personas con trastorno mental grave.

Tienen el fin de promover la adquisición o recuperación de conocimientos y habilidades necesarias para facilitar el acceso al empleo y a la inserción laboral de estas personas, velando por promover la normalización en la integración, la autonomía y la independencia.

Para ello, fomentarán la utilización de servicios normalizados para la formación, promoción e incorporación laboral, e impulsarán acciones específicas dirigidas a las personas con trastorno mental grave.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Según la misma fuente citada anteriormente, existen dos modalidades principales de estos dispositivos:

- Programa de Orientación e Inserción Laboral:
- Programa de Rehabilitación Laboral:

Pero al mismo tiempo, FEAFES-Extremadura pone en marcha el Programa de Integración Laboral y Ocupacional, en el que se ofrece orientación, información, formación y apoyo en todo el proceso.

En la Comunidad autónoma de Extremadura existen dos centros, uno en Badajoz y otro en Cáceres, ambos disponen de 30 plazas y son de carácter público, dependientes y financiados por el Servicio

Extremeño de salud, pero gestionados por APAFENES (Cáceres) y por Fundación Sorapán de Rieros (Badajoz).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS:

Tener un diagnóstico de trastorno mental grave.

- Presentar déficit en su integración social y laboral.
- Estar en edad laboral.
- Tener un mínimo nivel de autonomía personal que le permita la participación
- Presentar dificultades en alguno de los momentos del proceso de integración.
 - Elección del trabajo.
 - Consecución del trabajo.
 - Conservación del trabajo.
- Residir en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Presentar una situación psicopatológicamente compensada.
- Ser persona y estar en seguimiento por el equipo de salud mental.
- Aceptar voluntariamente las condiciones del recurso.

FORMA DE ACCESO:

El acceso de personas a los Dispositivos de Orientación, Rehabilitación e Inserción Laboral se producirá siempre a través de la derivación realizada por los profesionales de los servicios de salud mental:

- Equipos de Salud Mental del Área
- Centros de Rehabilitación Psicosocial
- Unidades de Rehabilitación Hospitalaria (Únicamente en las áreas que estas existan).

A tal efecto, existirá un informe específico de derivación a los Dispositivos de Orientación, Rehabilitación e Inserción Laboral, que será cumplimentado por el profesional de la red de salud mental. El informe de derivación tiene como objetivo fundamental proporcionar los datos mínimos y suficientes que

permitan al Dispositivo determinar la idoneidad de una persona para su acceso al mismo.

11 Islas Baleares

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

Según la “Guía de recursos y situación de la red de salud mental de las Islas Baleares”, los recursos existentes en esta Comunidad Autónoma son dos:

1. *“Las Unidades Comunitarias de Rehabilitación: Se trata de dispositivos que ofrecen, en régimen ambulatorio, programas de rehabilitación psicosocial a personas con trastorno mental grave y persistente mayores de 18 años con dificultades de integración social, familiar o laboral. (Guía de recursos y situación de la red de salud mental de las Islas Baleares, 2011: 11)*

2. *“Los Servicios de integración e inserción laboral: Son servicios destinados a desarrollar programas para los pacientes con perspectivas de reinserción laboral. Están orientados a favorecer todas las medidas de intervención necesarias para integrar y mantener a los pacientes con alguna enfermedad mental crónica en el entorno laboral. Hay que distinguir distintos niveles, que van desde el taller ocupacional hasta el trabajo normalizado, pasando por centros especiales de trabajo, trabajo protegido y trabajo con apoyo”. (Guía de recursos y situación de la red de salud mental de las Islas Baleares, 2011: 12)*

EQUIPO PROFESIONAL:

Según esta misma fuente, cada equipo está compuesto por: coordinador psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera, trabajador social, terapeuta ocupacional, monitores de rehabilitación y auxiliar administrativo.

Como vemos, estas Unidades comunitarias de rehabilitación son un apoyo a los programas de integración laboral.

12 La Rioja

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

El recurso de rehabilitación psicosocial y/o laboral de la CC.AA de La Rioja es el Centro Ocupacional-Laboral de la Asociación ARFES.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

En el portal web de ARFES se especifica toda la información relativa a las áreas de intervención que se desarrollan para con las personas con enfermedad mental grave, en concreto son dos: rehabilitación laboral y rehabilitación psicosocial:

13 Murcia

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

Para poder hablar del modelo de integración laboral para personas con enfermedad mental en la Región de Murcia, debemos consultar la guía para familiares: “El apoyo familiar para la integración laboral de las personas con enfermedad mental: una nueva forma de prevención en salud mental” elaborada por la Federación murciana de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES).

Según cita la misma guía, dicho modelo es la implantación simultánea de 4 Programas de fomento del empleo en personas con enfermedad mental, que van a perseguir el mismo objetivo “el acceso al mundo laboral de las personas con enfermedad mental, de la manera más integradora y normalizadora posible”.

Los 4 programas a los que hace referencia son: a) Programas de rehabilitación y formación laboral, b) Programas ocupacionales, centrados en los centros ocupacionales (CO) y en los enclaves ocupacionales, c) Centros especiales de empleo (CEE) y d) Programa de inserción laboral.

FORMA DE ACCESO AL RECURSO:

En este modelo no existe derivación por parte de salud mental, no se establece la coordinación estrecha con este recurso.

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

En este modelo murciano se produce la inclusión de la fase de formación junto a la de rehabilitación de manera necesariamente simultánea en el modelo murciano, estando presente en diferentes momentos (al menos en dos) en el modelo de los CRL; primero en el momento de entrada y previo a la evaluación por parte de todo el equipo, y después una vez que se acepta conjuntamente el PIRL y la persona se ha sometido a la fase de orientación vocacional. Por tanto, la formación está presente en gran parte de todo el proceso, al igual que son importantes las preferencias de las personas a la hora de elegir sus deseos hacia desempeñar determinados puestos de trabajo, es importante (sobre todo en este tipo de colectivos) que dado que en muchas ocasiones presentan dificultades de percepción importantes, es recomendable proponer a la persona diferentes tareas y diferente formación, lo cual puede ayudar a identificar un óptimo desempeño ayudados por la mirada objetiva de los profesionales que componen en equipo de trabajo de los CRL y del equipo de salud mental con quienes comparten toda esa información.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

- Los centros ocupacionales (en adelante, CO).
- Centros especiales de empleo (CEE).
- Programa de inserción laboral,
(FEAFES, 2010: 31)

EQUIPO PROFESIONAL:

Dicho proyecto atiende a unas 200 personas con enfermedad mental. El equipo de trabajo está formado por una trabajadora social.

DATOS DE INSERCIÓN:

El análisis de las memorias de actividad (2010, 2011 y 2012) de dicha entidad, nos indica que el modelo de integración laboral para personas con enfermedad mental de FEAFES Región de Murcia, el cual desarrolla el proyecto de inserción laboral de personas con enfermedad mental, presenta unos resultados de inserción son del 10%.

14 Navarra

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

Dentro de la cartera de servicios que el Gobierno de Navarra ofrece a las personas con trastorno mental grave, se encuentra el “Centro ocupacional para personas con enfermedad mental”, cuyo objetivo es prestar un Servicio en un establecimiento específico para ofrecer programas de actividad ocupacional y de desarrollo personal y social a personas con enfermedad mental que no pueden integrarse en una actividad laboral de mercado, sea centro especial de empleo o empresa ordinaria.

Asimismo, la Asociación Navarra para la Salud Mental (ANASAPS), entidad perteneciente a FEAFES, desarrolla un programa de formación prelaboral, siendo este el recurso que más se aproxima al modelo de la Comunidad de Madrid.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Como hemos indicado, uno de los recursos que ofrece el Gobierno de Navarra a las personas con trastorno mental grave, es el “Centro ocupacional para personas con enfermedad mental”.

Pero el recurso que más se aproxima al modelo de la Comunidad de Madrid es el Programa de Formación Prelaboral de la Asociación Navarra para la Salud Mental (ANASAPS), entidad perteneciente a FEAFES.

Tal y como se indica en el portal web de dicha asociación, se trata de un programa diseñado para faci-

litar y promover que las personas con enfermedad mental se incorporen al mercado laboral ordinario, ofreciendo orientación, información y apoyo en el proceso de inserción laboral.

Los servicios ofrecidos en este programa son:

- Bolsa de empleo.
- Taller de Habilidades Prelaborales.
- Entrevistas.
- Club de empleo.

15 País Vasco

DESARROLLO HISTÓRICO:

Según el documento: “Reflexión sobre la inserción laboral de los enfermos mentales en Euskadi” realizado en 2002 por Fundación Eragintza: el origen de la rehabilitación socio-laboral de las personas con enfermedad mental en el País Vasco, hay que situarlo en diciembre de 1991, fecha en que se constituye dicha fundación, para dar respuesta a las necesidades de apoyo de las personas con enfermedad mental severa para su rehabilitación e inserción socio-laboral.

Esto fue posible gracias a la inquietud de sus promotores y al compromiso de Bilbao Bizkaia Kutxa, de la cual Eragintza es Obra Social en colaboración, y de la Diputación Foral de Bizkaia.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

Como podemos observar, el modelo vasco también se nutre de otros recursos para incorporar a su catálogo de servicios. Estos recursos son dos: Los Centros especiales de empleo (CEE) y los Centros ocupacionales (CO). En el caso de la Comunidad de Madrid, los CRL establecen una estrecha colaboración especialmente con los CEE, sin embargo, no forman parte de los servicios propios de los CRL. Si podemos decir que CEE y CRL comparten la misma filosofía de perseguir la inserción socio-laboral del colectivo, en el caso de los CEE, estamos hablando de un recurso finalista (cuya misión principal

es ofrecer un puesto de trabajo, aunque presten atención a otras fases del itinerario, especialmente la formación y el seguimiento) y en el caso de los CRL de un recurso intermedio que centra su atención en los itinerarios y en la propia rehabilitación laboral, la cual culmina en el empleo, pero para ello, debe tratar antes otros muchos aspectos, para conseguir su objetivo. Por el contrario, el caso de los centros ocupacionales (cuya finalidad, según la consejería de asuntos sociales de la Comunidad de Madrid, es el desarrollo de las habilidades profesionales, personales y sociales de las personas cuya discapacidad les impide, de forma provisional o definitiva, integrarse laboralmente), se aleja aún más de este objetivo, ya que su cometido principal es el de constituirse como etapa de tránsito hacia los CEE y en el mejor de los casos, hacia las empresas ordinarias (máxima expresión de la autonomía laboral de las personas con discapacidad). Lamarca, 2009: 36).

Como hemos señalado, de todos los recursos de que dispone esta fundación en su programa de rehabilitación laboral, el Centro de rehabilitación socio-laboral de Bilbao, es, sin duda, el recurso más parecido a los CRL.

Los servicios prestados por dicho centro son: acogida y valoración, apoyo psicológico, formación, apoyo en la búsqueda y mantenimiento del empleo y club de trabajo.

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

Al analizar las diferentes fases que componen su "Programa de rehabilitación laboral", tanto en el informe "Reflexión sobre la inserción laboral de los enfermos mentales en Euskadi" de 2002, como en la información disponible en la actualidad (más de 10 años después), encontramos la inexistencia de la palabra itinerario de inserción socio-laboral.

Según el informe citado de la Fundación Eragintza, estas fases se resumen en:

1. *Fase de acogida y valoración:*
2. *Fase de formación:*
3. *Fase de trabajo protegido:*
4. *Fase de empleo normalizado:*

(Fundación Eragintza, 2002:3-7)

16 Valencia

DENOMINACIÓN DEL RECURSO:

En el modelo valenciano si es posible hablar de centros, en concreto de Centros de Rehabilitación e Integración Social (CRIS).

Según la Orden de 9 de mayo de 2006, de la Consejería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana, estos centros se definen como "*servicios específicos y especializados, en régimen ambulatorio, dirigidos a personas con enfermedad mental crónica, con un deterioro significativo de sus capacidades funcionales, donde se llevarán a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de las personas*". Se trata de centros de servicios sociales especializados, los cuales pertenecen a la Red de Atención a Enfermos Mentales Crónicos de la Consellería de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana. La titularidad de dichos centros suele ser municipal, pero su gestión y dirección está encomendada a diferentes entidades (asociaciones y fundaciones en su mayoría), por la modalidad de convenios.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA:

Sus beneficiarios son personas adultas afectadas por enfermedades mentales graves, que impliquen un deterioro importante de su actividad social y laboral, y de sus capacidades funcionales. La capacidad de estos centros es de entre 50 y 70 plazas.

TIPOLOGÍA DE SERVICIOS Y CENTROS:

En la actualidad existen 10 centros: 4 en valencia (2 en valencia capital, Gandía y pertenecientes a las provincias de Alicante y Castellón son todos de titularidad municipal, a excepción de Castellón (que pertenece a la asamblea de cruz roja de dicho municipio). Por su parte, los 4 de valencia son: 2 del GRUPO EULEN (valencia capital), el de Onteniente pertenece a ADIEM (asociación para la defensa e integración de personas con enfermedad mental) y el de Gandía a la Mancomunidad de municipio de La Safor.

Posiblemente, la existencia de otro recurso en esta Comunidad Valenciana, denominado SIL (Servicio de integración laboral), cuyo objetivo es el de facilitar la inserción laboral de personas con enfermedad mental con dificultad para acceder al mercado de trabajo, pero que cuenten con la motivación y la capacitación mínima necesaria, convierta a los centros de rehabilitación CRIS, en centros de atención más psicosocial que laboral, aunque incluyan en su catálogo de servicios alguno de carácter laboral.

Del mismo modo, revisando las actividades que se realizan en otro de los C.R.I.S de la Generalitat Valenciana, en concreto en Villena (Alicante) podemos comprobar como las actividades se engloban en ocho programas generales, a partir de los cuales se organizan talleres de duración determinada, adaptados a las necesidades del grupo de personas que van a recibirlos.

Los programas generales son: Actividades de la vida diaria, habilidades sociales, entrenamiento cognitivo, educación física, psicomotricidad fina, psicoeducativo personas y familiares e integración en la comunidad

EXISTENCIA DE ITINERARIOS:

La Orden de 3 de febrero de 1997 de la Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Comunidad Valenciana dice acerca de los CRIS que:

“La atención dispensada en este tipo de dispositivos debe ser individualizada. Se intervendrá sobre los problemas y necesidades concretas de cada usuario, que se determinarán tras la evaluación psicosocial, la cual servirá de base para establecer el Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR).”.

FORMA DE ACCESO AL RECURSO:

En cuanto a las derivaciones, las personas de los C.R.I.S de la Generalitat Valenciana, son remitidos, mediante informe razonado, por el psiquiatra de la Unidad de Salud Mental que les corresponda y su acceso a los servicios del centro se tramita a través del Departamento de Servicios Sociales de su municipio.

EQUIPOS PROFESIONALES:

Los equipos profesionales están compuestos generalmente por 7 profesionales (los equipos de los CRL son de 10 profesionales), entre los que se encuentran psicólogos, trabajadora social, técnico de integración social, educadora, monitores y auxiliares administrativas. Los centros cuentan también para sus actividades con el apoyo de los familiares de las personas y de los socios y voluntarios de las diferentes entidades encargadas de la gestión de estos centros. Echamos en falta aquí la figura de los terapeutas ocupacionales y de los maestros de taller.

Conclusiones o consideraciones finales.

Antes de finalizar este capítulo queremos recordar, tal y como señalamos anteriormente, la enorme dificultad existente a la hora de tratar de comparar recursos que poco tienen que ver entre sí, y que difieren en su estructura, composición, formas de financiación y objetivos. No obstante, este artículo pretende incorporar en un mismo documento los elementos más característicos de todos ellos, desde el ámbito documental, tratando de dar una imagen lo más amplia y fiable posible de las enormes discrepancias entre todos los modelos existentes.

Hecha esta importante salvedad, y en función de la disponibilidad de la información, se exponen a continuación los aspectos necesarios para la realización del estudio comparativo:

- Denominación del recurso
- Normativa autonómica
- Equipos de trabajo
- Forma de acceso al recurso
- Tipología de servicios
- Datos de inserción
- Existencia de itinerarios
- Fórmulas de financiación
- Nivel de destrezas alcanzado

Asimismo, en este apartado de conclusiones se plantea el análisis comparativo de los problemas de

partida con los que se encuentran los diferentes modelos, así como el nivel de destrezas alcanzado por las personas atendidas.

1 Denominación del recurso:

El primer hecho que puede llamar nuestra atención es que no existe una denominación única de este tipo de recursos de rehabilitación laboral, algunos se conceptúan como centros, otros como servicios, otros como programas, no todos ofrecen rehabilitación laboral, ya que algunos se quedan en la rehabilitación psicosocial.

Sirva como ejemplo el caso de Murcia, en el que hablamos de programas, tal y como se cita en la guía elaborada por FEAFES:

“La Rehabilitación Laboral no se puede enmarcar dentro de ningún marco legal, por ello no podemos hablar de centros de rehabilitación laboral, sino de programas concretos que ante la ausencia de centros más específicos nos hagan posible llevar a cabo un trabajo previo que incremente las posibilidades de afrontar con éxito la inserción laboral. La característica fundamental de estos programas es que se han de desarrollar en un clima que reproduzca el ambiente laboral (...).

La Rehabilitación laboral debe ser incluida como un servicio necesario para superar las discapacidades o limitaciones que plantea la enfermedad mental. Si no es posible la creación de centros específicos, debemos al menos plantearnos programas de rehabilitación en otros dispositivos, siempre y cuando sean claros y diferenciados del resto de programas”

(FEAFES, 2010: 27).

De modo que en el apartado de denominaciones del recurso, como ya hemos visto en el capítulo 5.4.4, encontramos diferencias conceptuales importantes respecto a los CRL de la Comunidad de Madrid. En esta Comunidad, ámbito de nuestro análisis, existen 21 Centros de rehabilitación laboral (CRL), donde

cada uno de ellos desarrolla al menos 3 programas y un importante número de talleres pre-laborales para el colectivo.

2. Normativa autonómica:

No es posible ofrecer amplia información sobre este aspecto, todas las Comunidades Autónomas presentan normativas propias en cuanto a servicios de salud mental y recursos propios de rehabilitación laboral. Sin embargo, como señalaremos al final de este capítulo en un cuadro comparativo, las Comunidades de: Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Canarias (desde 2010 sin actualizar), Extremadura, Galicia, Islas Baleares, País Vasco y Valencia (más de la mitad) tienen sin actualizar sus planes estratégicos de actuaciones para la rehabilitación del colectivo, lo que da cuenta de una grave carencia en cuanto a la atención prestada para con estas personas.

3. Equipos de trabajo:

TABLA 2. COMPOSICIÓN DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO SEGÚN CC.AA

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PSIQUIA-TRA	PSICÓLOGO/A	TÉCNICO DE INSERCIÓN LABORAL	TERAPEUTA OCUPACIONAL	TRABAJADOR SOCIAL	MAESTROS DE TALLER	PREPARADOR LABORAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
ANDALUCÍA			X	X	X	X		
ARAGÓN		X		X	X	X		
ASTURIAS	SIN DATOS							
CANARIAS	SIN DATOS							
CANTABRIA	X	X	X	X				
CASTILLA – LA MANCHA		X		X	X			X
CASTILLA-LEÓN		X		X	X			X
CATALUÑA		X		X	X	X		
EXTREMADURA		X		X	X			X
GALICIA		X		X		X	X	X
ISLAS BALEARES	X	X		X	X		X	X
LA RIOJA		X		X	X			X
MADRID		X	X	X		X	X	X
MURCIA					X	X		X
NAVARRA	SIN DATOS							
PAÍS VASCO	SIN DATOS							
VALENCIA		X			X			X

A partir de los datos obtenidos, podemos observar que la figura del PSIQUIATRA únicamente está presente en los Unidades de rehabilitación Comunitaria (UCR) de Islas Baleares y en el Programa Inicia de Cantabria, aún partiendo las derivaciones en todos los casos de los Centros de Salud mental.

La figura del PSICÓLOGO/A aparece en todos los modelos de las diferentes CC.AA excepto en el caso de Murcia y de Andalucía.

El perfil de TÉCNICO DE APOYO A LA INSERCIÓN LABORAL (TAIL) es una figura profesional que sólo se da en el caso de los CRL de la Comunidad de Madrid, hemos de especificar en este punto que se trata de un profesional en constante búsqueda de empresas y con un fuerte carácter intermediador con las empresas, probablemente con funciones específicas que ayudan a explicar el alto porcentaje de inserción (cerca al 50%) que se está

produciendo con este modelo. No está de más apuntar que en las inserciones laborales que provocan los CRL no se cuentan las personas que acceden al mercado de trabajo por medio de los CEE (unos 185 en la Comunidad de Madrid). Siendo éste el canal de entrada al mundo laboral más usual en los 17 modelos autonómicos estudiados.

Por su parte, Andalucía emplea a Técnicos de empleo (es la CC.AA que únicamente presenta a esta figura en los equipos de trabajo) y Cantabria, quien incluye a los Técnicos de inserción laboral. En este caso, Andalucía presenta en sus equipos profesionales del Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo (SOAE) variaciones en función de la provincia, desde 3 en Almería hasta 7 técnicos en Sevilla. Se trata de titulados medios o superiores en ciencias sociales (Técnicos de empleo). Dichos equipos trabajan la parte social y no tienen psiquiatras y psicólogos, ya que la atención psiquiátrica se hace a través

de salud mental. En mi opinión este es un error importante ya que en el equipo multidisciplinar no debería haber sólo técnicos de empleo, sino otros profesionales que enriquezcan la atención prestada. En cuanto a la figura de PREPARADOR/A LABORAL, Galicia presenta a los prospectores laborales y a orientadores laborales en sus equipos, así como Islas Baleares en sus Servicios de intermediación e inserción laboral (SIL) y los CRL de la Comunidad de Madrid. Hemos de señalar en este punto, después de las diferentes entrevistas en profundidad realizadas en los años 2013 y 2014 con el Coordinador Técnico del recurso en la Comunidad de Madrid, Abelardo Rodríguez, que esta figura fue incluida por primera vez en los equipos de trabajo en 2003, 12 años después de inaugurarse el primer CRL de la Comunidad de Madrid, en 1991.

Bien es cierto, que el Empleo con apoyo incorpora esta figura, una vez la persona se ha insertado en el mercado laboral, la salvedad que incorpora los CRL, es incluir esta figura en las fases del itinerario inmediatamente anteriores a la inserción, con lo que la persona recibe entrenamiento en habilidades laborales antes de llegar al puesto. La experiencia demostrada en estos años es muy positiva según Abelardo Rodríguez.

La figura de TERAPEUTA OCUPACIONAL aparece en todos los modelos excepto en Valencia y Murcia.

Los TRABAJADORES SOCIALES forman parte de los equipos de trabajo en la práctica totalidad de las CC.AA, excepto en Galicia y Cantabria.

Los MAESTROS DE TALLER es una figura que aparece en prácticamente la mitad de los modelos analizados, de modo que no está incluido en los equipos de Islas Baleares, La Rioja, Cantabria, Castilla-La Mancha, castilla-León, Valencia y Extremadura.

Los AUXILIARES ADMINISTRATIVOS no son incluidos, o al menos no aparecen de forma manifiesta en Andalucía, Aragón, Cantabria y Cataluña.

Por último, las figuras de EDUCADOR SOCIAL aparecen en Galicia y Castilla-La Mancha y los profesionales de la ENFERMERÍA aparecen en Islas Baleares y La Rioja (auxiliares de enfermería).

En definitiva, podemos ver como las figuras de psicólogo, terapeuta ocupacional y trabajador social son las que más se repiten en los diferentes modelos, sin embargo, las figuras de técnico en inserción laboral y preparador laboral las que menos, a pesar de tratarse de recursos que persiguen la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental grave y duradera. En este caso, Madrid es la única CA que ofrece en sus equipos ambas figuras, lo que en gran medida puede explicar sus altas tasas de inserción laboral.

Como habíamos señalado en el marco conceptual, según los últimos datos ofrecidos por la Red de atención social a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid (2013, la plantilla que componen los 20 CRL (todos ellos bajo la fórmula de convenio de colaboración con diferentes instituciones), es de una media de 190 profesionales (plantilla media en 2012, siendo la plantilla habitual por centro la siguiente: Director (psicólogo), 1 psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Técnico de Apoyo a la Integración Laboral, 1 Preparador Laboral, 3 Maestros de Taller, 1 Auxiliar Administrativo, ½ auxiliar de limpieza) quienes atienden a una media de unas 1.300 personas. No existe centro alguno que sea gestión directa por parte de la Comunidad de Madrid.

4. Criterios de acceso (derivaciones):

En la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas, es el servicio de salud mental el que deriva aquellos casos de personas con enfermedad mental crónica con motivaciones hacia el mundo laboral a los diferentes centros de rehabilitación.

Por ejemplo, en el caso de Andalucía:

“El conjunto de actuaciones y servicios se desarrollan en coordinación con las redes generales de servicios sanitarios y sociales, y a ellos se accede a través

de los servicios de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía y de los Servicios de Igualdad y Bienestar Social. Uno de los programas que gestiona y desarrolla FAISEM, es el Ocupacional e Inserción laboral” (FSE y Junta de Andalucía, 2007: 155).

Sin embargo, en el caso del País Vasco, las derivaciones no proceden sólo de salud mental, sino además de otras entidades colaboradoras de la propia fundación: Diputación Foral de Bizkaia, Caja de ahorros BBK, Organización empresarial CEBEK, Asociaciones AVIFES, EGUNABAR y ASVAR y Fundaciones BIZITEGI y ARGIA.

Con todo, uno de los objetivos más importantes señalados por la propia Fundación es el de Coordinar y agilizar los procesos de derivación, difundiendo el protocolo de derivación a Eragintza entre los centros de salud mental, hospitales de día y hospitales psiquiátricos. En este sentido, otro de los objetivos más importantes de la Fundación es Ampliar su red de relaciones con otras entidades que trabajan en la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental severa. De esta forma, se constituye la plataforma ISEM integrada por la Fundación Intras, Fundación Rey Ardid, FAISEM, A.R.A.P.D.I.S., Fundación Argia, Fundación Sorapán de Rieros y Fundación Eragintza.

5. Tipología de servicios y centros:

Existen 4 diferentes denominaciones para el abanico de recursos que abarca la rehabilitación laboral: programas, centros, servicios y unidades.

Programas es el término utilizado en Andalucía, Asturias, Cantabria, Extremadura, Murcia y Navarra. Así, el modelo murciano, habla de programas de atención para la integración laboral del enfermo mental, pero no de Centros de Rehabilitación Laboral, lo cual significa, otra vez, la existencia de una serie de dispositivos diferentes, que aunque pertenecen a una misma red de asistencia son gestionados por diferentes entidades con diferentes misiones y valores. Este hándicap se supera en el caso de los

CRL de dos formas: a) primero, incluyendo todos los recursos en un mismo centro y segundo, b) estableciendo un protocolo de atención igual para todos los centros con independencia de su origen y tipología (fundación, asociación, empresa, etc.).

Como hemos señalado, el primer hecho que puede llamar nuestra atención revisando este modelo, es su insistencia acerca de que no es posible hablar de Centros de rehabilitación laboral, sino de programas, tal y como se cita en dicha guía: “La Rehabilitación Laboral no se puede enmarcar dentro de ningún marco legal, por ello no podemos hablar de centros de rehabilitación laboral, sino de programas concretos que ante la ausencia de centros más específicos nos hagan posible llevar a cabo un trabajo previo que incremente las posibilidades de afrontar con éxito la inserción laboral. La característica fundamental de estos programas es que se han de desarrollar en un clima que reproduzca el ambiente laboral (...).

La Rehabilitación laboral debe ser incluida como un servicio necesario para superar las discapacidades o limitaciones que plantea la enfermedad mental. Si no es posible la creación de centros específicos, debemos al menos plantearnos programas de rehabilitación en otros dispositivos, siempre y cuando sean claros y diferenciados del resto de programas” (FEAFES, 2010: 27). De modo que ya encontramos una primera diferencia conceptual importante respecto a los CRL de la Comunidad de Madrid. En dicha Comunidad, existen 21 Centros de rehabilitación laboral (CRL), donde cada uno de ellos desarrolla al menos 3 programas y un importante número de talleres pre-laborales para el colectivo.

Este programa ocupacional-laboral se define como el “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 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” que en aquellos que se consideran aquí”.

Otra cuestión, es la presencia del recurso de los Centros Ocupacionales (CO) en los modelos murciano y andaluz en el nivel ocupacional-prelaboral. Este recurso, suele ser el canal de entrada a los recursos protegidos de los jóvenes con discapacidad por enfermedad mental, pero debería ser más limitado en el tiempo y sobre todo, tal y como se ha comentado, los CRL salvan este recurso ofreciendo herramientas mejor adaptadas en tiempo y forma, como son los programas específicos y los talleres pre-laborales. Bien es cierto, que de la investigación cualitativa se desprende que para algunos técnicos de los propios CRL, sería bueno, que en este modelo se crearan algunos centros ocupacionales para aquellas personas que son difícilmente empleables, o bien que necesitan de un mayor desarrollo en la etapa pre-laboral. Quizá esta sea una de las causas que expliquen el mayor porcentaje de inserción laboral de los CRL.

En este punto encontramos otra diferencia importante, en la gran mayoría de CRL se establece como uno de los programas el de ocio, manejo de la expresividad, etc.. Entendemos que la existencia en este recurso de este tipo de alternativas, que se desarrollen en el propio centro, pueden ayudar, por un lado a la propia persona a relacionarse y por otro a la observación que puede tener el equipo multiprofesional que le atiende para recabar más datos a acerca de las preferencias de estas personas y que en

un momento dado pueden ayudar en su intervención.

Centro es el término utilizado en Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla León, Cataluña, Madrid, Navarra, País Vasco y Valencia. En el caso de Valencia, revisando algunos de estos centros (Por ejemplo, los 3 CRIS que aparecen en la guía de recursos para personas con enfermedad mental de Castellón), vemos que estos centros desarrollan por un lado programas y por otro talleres, tal y como se hace en los CRL de la Comunidad de Madrid. Sin embargo, el contenido de ambos (salvo en una ocasión), dista mucho de ofrecer servicios para la integración laboral de este colectivo, algunos de estos programas son: Programa de recuperación de habilidades cognitivas, Programa de intervención familiar, con apoyo y seguimiento individual, Grupos de Autoayuda y Asociacionismo, *Orientación, seguimiento y apoyo a nivel formativo, laboral y de ocio y tiempo libre*.

En cuanto a los talleres, éstos son: Talleres de habilidades sociales, autoestima, entrenamiento en solución de problemas, etc. Talleres de habilidades de autocuidado y de la vida diaria, Talleres de alimentación, educación para la salud, deporte, psicoeducación, etc.

Servicio es utilizado en Andalucía, Galicia, Cataluña e Islas Baleares. En el caso de Galicia, entre sus actividades no están recogidas como tal las de rehabilitación laboral, únicamente se cita la “actividad pre-laboral”, por lo que este recurso se desarrolla más desde FEAFES-Galicia, que desde estos centros.

Unidades es el término que se utiliza en el caso de Islas baleares (quienes plantean más de un recurso) y La Rioja.

6. Problemas de partida:

Estudiando el proceso histórico seguido por la mayoría de los modelos analizados, se hace hincapié en la actualidad en la relativa insuficiencia de medios económicos destinados a este sector, 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 las distintas Administraciones. En los comienzos, los problemas eran otros, tales como la escasa o nula experiencia de trabajo en este campo de la que se partía, así como la escasa atención dedicada a actividades de evaluación e investigación, debido a que los esfuerzos se concentraban más en mantener los programas de intervención.

7. Datos de inserción:

Resulta muy complicado, encontrar datos de impacto real de estos recursos en la creación de empleo, sobre todo porque la mayoría de los modelos crean empleo a través de los CEE, con todo es muy difícil encontrar el número real de inserciones sobre la población total con la que se trabaja desde las esferas ocupacional y laboral.

Como ya habíamos señalado de los escasos modelos donde encontramos esta información es el caso andaluz, de ahí que podemos comparar estos mismos resultados del modelo CRL con los del modelo FAISEM, los resultados en cuanto a inserciones laborales totales (sumadas por cuenta propia y por cuenta ajena) nos indica que el modelo CRL de la Comunidad de Madrid ofrece una tasa de inserción de casi 30 puntos superior a la del Modelo FAISEM de la Comunidad Autónoma andaluza, con las características propias de uno y otro modelo en cuanto a territorio, renta per cápita bruta municipal disponible, características de la población usuaria, etc...

8. Existencia de itinerarios:

Como hemos constatado en el punto 6.2, existen diferentes concepciones de lo que son los itinerarios de inserción sociolaboral y de las fases de las que se compone. En el caso de Andalucía, aún habiendo enriquecido el catálogo de propuestas, se vuelve a echar en falta la existencia de forma clara, de un itinerario que establezca las diferentes fases y los diferentes recursos en cada fase, únicamente se trata de este extremo en el apartado de “cursos de formación profesional”, asimismo sigue existiendo riesgos importantes para las personas de dicho programa, como son: la “institucionalización” y dependencia que pudiera ocasionar, el recurso de centros ocupacionales, no sólo porque no deberían tener cabida en este catálogo, sino porque no van a significar una emancipación real del colectivo (es muy importante definir la población diana, antes de ofrecer alternativas sin conexión entre ellas). Es positivo sin embargo, la creación de un dispositivo denominado “Servicio de Orientación y Apoyo al Empleo” (SOAE), basado en la creación de equipos provinciales y que persigue no sólo establecer itinerarios, sino que trata de recibir y EVALUAR la demanda de acceso, si bien no se especifica la existencia de evaluación en otras fases del recurso, ni los criterios para evaluar esa demanda de acceso.

Como veremos más adelante, para el modelo de intervención “primero coloca y después entrena”, lo importante es emplear a las personas con enfermedad mental y después establecer sus itinerarios, posiblemente las dificultades en la creación de empleo por las que atravesamos en nuestro periodo de investigación (2008-2012) y en la actualidad, unidas al miedo al fracaso de los recursos existentes, nos conduzcan a todo lo contrario: a establecer itinerarios y recursos para preparar a las personas con enfermedad mental a enfrentar con el mayor éxito posible su inserción socio-laboral.

Del mismo modo ocurre con la presencia de los itinerarios, sólo en el nivel formativo, como hemos insistido desde el planteamiento del problema de investigación, los itinerarios deberían ser el marco general de todo el proceso.

En el caso de Murcia, se produce la inclusión de la fase de formación junto a la de rehabilitación de manera necesariamente simultánea, estando presente en diferentes momentos (al menos en dos) en el modelo de los CRL; primero en el momento de entrada y previo a la evaluación por parte de todo el equipo, y después una vez que se acepta conjuntamente el PIRL y la persona se ha sometido a la fase de orientación vocacional. Por tanto, la formación está presente en gran parte de todo el proceso, al igual que son importantes las preferencias de las personas a la hora de elegir sus deseos hacia desempeñar determinados puestos de trabajo, es importante (sobre todo en este tipo de colectivos) que dado que en muchas ocasiones presentan dificultades de percepción importantes, es recomendable proponer a la persona diferentes tareas y diferente formación, lo cual puede ayudar a identificar un óptimo desempeño ayudados por la mirada objetiva de los profesionales que componen en equipo de trabajo de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) y del equipo de salud mental con quienes comparten toda esa información.

El quinto elemento que diferencia a uno y otro modelo es el segundo programa de este modelo de FEAFES, se trata de la formación ocupacional, la cual está diferenciada de la formación pre-laboral. En este caso, entra en juego un recurso absolutamente diferente, los centros ocupacionales (en adelante, CO).

Si nos centramos en el modelo Vasco:

- En primer lugar, como hemos señalado, se echa en falta la existencia de un itinerario claro desde el principio, que ayude a la persona a saber cuál van a ser su recorrido por el recurso y el compromiso inicial de caminar juntos hacia su consecución, consensuando la estrategia de inserción laboral. Únicamente se cita de forma expresa en la reflexión que hace la propia Fundación sobre lo que es la rehabilitación laboral para este colectivo en la cuarta fase de su programa: “*Para potenciar el acceso al empleo normalizado, resulta imprescindible que los itinerarios de*

integración laboral sean de ida y vuelta: la persona se atreverá más a dar pasos adelante (por ejemplo, desde un Centro Ocupacional a un Centro Especial de Empleo y/o a un Empleo Normalizado) si sabe que en caso de no poder mantenerlos tiene la posibilidad de volver a su situación anterior” (Elexpuru y Azaldegui, 2002: 14)

- En segundo lugar, la inexistencia de un itinerario global, hace que de la fase de acogida y valoración, pasemos directamente a la fase de formación, con lo que no existe una fase previa de evaluación añadida a esa valoración, ni se puede contrastar, al no existir un Plan individualizado de rehabilitación laboral (PIRL) las capacidades de la persona.
- En tercer lugar, en esta fase de formación inicial se incorpora un taller (Revista Euritakoa), el cual debería formar parte de fases posteriores de desarrollo de talleres y programas y no de formación propiamente dicha. Con todo, la oferta formativa es claramente insuficiente en su fase inicial, al ofrecer escasas alternativas y no especificar si se pide a la persona opinión respecto de sus preferencias.
- En cuarto lugar, la formación inicial es impartida por voluntarios y profesionales, quienes imparten la formación necesaria. En este sentido, hay que señalar que, a no ser que existan procesos de selección que incorporen personas con relativa experiencia a la bolsa de personas voluntarias, este colectivo, en su vertiente laboral, necesita de profesionales a jornada completa que tengan remunerado su trabajo.
- En quinto lugar, la fase de formación en un segundo nivel (de Entrenamiento en Habilidades Socio-Laborales), supone comenzar, con un escaso bagaje inicial, la búsqueda de un empleo.

- En sexto lugar, el tercer nivel de formación (formación ocupacional), debería ser anterior a la fase de formación de segundo nivel, ya que primero hay que formar a la persona para después tratar de incorporarla al mercado laboral, (protegido o normalizado).
- En séptimo lugar, dicha formación de tercer nivel se realiza en 5 centros ocupacionales que, como hemos señalado, son un recurso inicial muy lejano al cometido de un recurso intermedio como son los CRL o de un recurso finalista como pueden ser los CEE o las propias EI. Considero que, formar a personas con enfermedad mental bajo el recurso de centros ocupacionales hace que nos encontremos muy lejos de nuestro objetivo, debido a un erróneo planteamiento.
- En octavo lugar, la tercera fase de este programa (empleo protegido) engarza con la fase anterior de formación, deberían existir en su lugar talleres pre-laborales y programas muy específicos, más que Centros Ocupacionales y CEE, donde se enseñen habilidades y competencias específicas con contenidos muy dinámicos (huyendo del estatismo que pudieran ofrecer los CO y los CEE), al margen de que se anime a las personas que así se estime por el equipo mutiprofesional, a realizar formación ocupacional o formación reglada acorde a su itinerario.
- En noveno lugar, la fase de empleo normalizado, no debe ser el cometido del 100% de los casos, siendo el nivel máximo de integración laboral, no debe convertirse en el único objetivo, ya que en algunos de ellos es contraproducente abandonar el recurso de CEE, así como en otros casos es muy difícil conseguir la inserción incluso en el mercado protegido. Además en esta cuarta fase, se repite un nuevo servicio, ya indicado en la fase 1: la Orientación vocacional y

las técnicas de búsqueda empleo, y es aquí donde debe ubicarse, al igual que el servicio de apoyo y seguimiento de las incorporaciones producidas, no así el servicio de preparación de oposiciones, que consideramos no debería formar parte de este catálogo.

9. Necesidad de un modelo integral de intervención: el enfoque holístico

Si bien, en fases sucesivas del programa se hace un considerable esfuerzo en adaptar todos los recursos a la idiosincrasia del colectivo, como podemos comprobar más adelante, no se ataca la línea de flotación para encontrar una solución acertada, y no es otra que concebir el enfoque integral de este recurso bajo un prisma holístico, entendemos que no es posible establecer un buen recurso que ofrezca resultados razonablemente positivos en la integración socio-laboral de las personas con enfermedad mental sin ofrecer, en primer lugar, la infraestructura de un centro más que una suma de programas (que, como hemos visto, el modelo de la Región de Murcia renuncia a llamarlo “centro” al no existir una normativa específica que los regule), lo cual indica la existencia de soluciones políticas muy poco eficaces a un grave problema social, en este sentido hay que dedicar recursos humanos y económicos para dotar a este recurso de centros donde se desarrolle esa intervención integral.

La vía del contrato de gestión de servicios públicos con entidades privadas (ONGs en la mayoría de los casos) que disponen de esos espacios donde poder establecer los centros, es una solución intermedia ya que la actual crisis económica y financiera frena la iniciativa pública para este tipo de recursos, pero al menos desarrolla la idea y está ofreciendo resultados.

10. Fórmulas de financiación:

Existen diferentes fórmulas de financiación de dicho servicio, destacando la modalidad concertada en

la mayoría de CC.AA, y siendo las modalidades pública y privada (Andalucía y La Rioja, respectivamente), residuales respecto de la fórmula del concierto. Además en alguna Comunidad Autónoma, como es el caso de Extremadura, la fórmula es la subvención a través de SEPAD.

Referencias bibliográficas

- Aparicio, V. (Coord.). (1993). *Evaluación de servicios de salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos Técnicos, nº 6. Madrid.
- Asociación de CEE de Navarra (2010). Estudio sobre el cumplimiento de la LISMI en empresas de más de 50 trabajadores en Navarra.
- Centro de estudios económicos Tomillo (2010). Los 10 años de los planes nacionales de acción para la inclusión social en el Reino de España. *Ed. Informes, estudios e investigación*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, pp.42-45.
- Comunidad de Madrid (2001). Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención. *Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales*, nº 14.
- Comunidad de Madrid. Memorias Centros de Rehabilitación Laboral (2008-2012). Consejería de familia y Asuntos sociales.
- Comunidad de Madrid (2013). Boletín informativo de personas con discapacidad. Paro y contratos. *Consejería de empleo, turismo y cultura*.
- Consejo Económico y Social (2008). La transición educativo-formativa e inserción laboral de los jóvenes en España. Ed. Cauces, pp. 28-47.
- Elexpuru, E. y Azaldegui, I (2002). *Reflexión sobre la inserción laboral de los enfermos mentales en Euskadi*. Fundación Eragintza.
- Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008. Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Federación murciana de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (2010). *El apoyo familiar para la integración laboral de las personas con enfermedad mental: una nueva forma de prevención en salud mental*. Ed. FEAFES
- Fondo Social Europeo y Junta de Andalucía (2007). Los programas de empleo para personas con trastornos mentales graves. Una versión actualizada de los modelos de intervención.

La acción pública frente al empleo de las personas con enfermedad mental grave: El mapa de la rehabilitación laboral en España. ¿Es posible la construcción de un único modelo?

- Foro de salud mental (2012). De la ocupación a la salud: situación ocupacional y de empleo en las Comunidades Autónomas. Elkartide.
- Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. (2000). *Criterios para el desarrollo del Programa Ocupacional-laboral*. Sevilla, FAISEM, 2000.
- Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (2007). *Diseño de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral*. Ed. FISLEM. Toledo.
- Fundación Luis Vives (2007). Poniendo en práctica la estrategia europea para la inclusión social. Del plano europeo al plano local. *Cuaderno europeo nº 4* pp. 71-75
- Fundación ONCE (1999). *Apoyos a la integración laboral de personas con discapacidad*. Dirección de integración laboral.
- Govern de les Illes Balears (2011). *Guía de recursos y situación de la red de salud mental de las Islas Baleares*. Consellería de Salut i Consum.
- Guerrero, C. (2005). Itinerarios de inserción sociolaboral: una propuesta metodológica para personas en riesgo de exclusión social. *Revista REDSI - Red Social Interactiva*, 6,
- Hervás, A; Cuevas, C y Ots (1997). Estudio descriptivo de la situación laboral de la población con trastorno esquizofrénico del Área Sanitaria “Virgen del Rocío” de Sevilla. *Intervención Psicosocial*, VI, pp. 393-404.
- Ley 13/ 1982, de 7 de Abril de Integración Social de Minusválidos.
- Ley 29/1999, de 16 de julio, de Modificación de la Ley 14/1994, de 1 de junio, por la que se regulan las Empresas de Trabajo Temporal.
- Ley 12/2001, de 9 de Julio, de medidas urgentes de reforma del mercado de trabajo para el incremento del empleo y la mejora de su calidad.
- Ley 45/2002, de 12 de Diciembre, de medidas urgentes para la reforma del sistema de protección por desempleo y mejora de la ocupabilidad.
- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- López, M (2001). Situación actual y perspectivas del programa de integración laboral de personas con trastorno mental severo en Andalucía. *Boletín de la Asociación Madrileña de rehabilitación Psicosocial*, 13, pp. 51-58.
- Menéndez, F. (2005). Veinte años de la Reforma Psiquiátrica, panorama del estado de la Psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000, de un pensamiento único a otro. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25, pp. 69-81
- Observatorio de rehabilitación psicosocial (2012). Valoración por comunidades del impacto de la crisis económica en la atención de rehabilitación psicosocial RPS. Ed. *Federación española de asociaciones de rehabilitación psicosocial*.
- Plan director de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad Valenciana (2001). Consellería de sanitat, consellería de bienestar social.
- Real Decreto 2273/ 1985, de 4 de Diciembre, que regula los Centros Especiales de Empleo de Minusválidos.
- Real Decreto 27/2000, de 14 de enero, por el que se establecen medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 a favor de trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores.
- Rodríguez González, Abelardo (2001). La experiencia de los Centros de Rehabilitación Laboral de la Comunidad de Madrid” *Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, año 8. Número 13.
- Salvador Carulla L, Serrano Blanco A, Garcia Alonso C, Fernandez A, Salinas Perez JA, Gutiérrez Colossía MR, Marfull Blanc T, Rodero Cosano ML, Prat Pubill B, Molina C. GEOSCAT: *Atlas integral del los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010*. Barcelona. Plan director de salud mental y adicciones. Barcelona: Dirección General de Planificación e Investigación en Salud, Generalitat de Cataluña; 2013 [Traducido del Catalán].
- Servicio Público de Empleo Estatal (2012). Informe estatal del mercado de trabajo de las personas con discapacidad. *Observatorio de las ocupaciones*. Ministerio de empleo y Seguridad Social.
- Txema Franco (2008). Inserción laboral de personas con enfermedad mental en la CAPV. Jornada organizada por EHLABE en los Cursos de Verano de la EHU-UPV

TABLA 3. RECURSOS REHABILITACIÓN OCUPACIONAL/LABORAL PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL POR CC.AA

CC.AA	NOMBRE DEL RECURSO	ENTIDAD	PLAN ESTRATÉGICO	DERIVACIONES	NÚMERO DE CENTROS	Nº PLAZAS / PERSONAS ATENDIDAS	EQUIPOS PROFESIONALES
ANDALUCÍA	Programa ocupacional-laboral y SOAE Centros de inserción laboral y empleo	FAISEM	Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012	Salud mental	8	1335	Entre 3-7 técnicos titulados medios o superiores en ciencias sociales (Técnicos de empleo)
ARAGÓN	Centros de inserción laboral y empleo	FUNDACIÓN AGUSTÍN SERRATE	Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental de la C.A. de Aragón	No se especifica	1	137	Psicólogo, trabajadora social, coordinador de taller, monitores/educadores de taller, maestros de taller, operari@s y conductor
ASTURIAS	Programa de Rehabilitación y apoyo a la reinserción Social y Laboral	CONSEJERÍA DE SANIDAD	Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016	Salud mental	104	244	SIN DATOS
CANARIAS	Centro de día de Rehabilitación Psicosocial	CONSEJERÍA DE SANIDAD	III Plan de salud de Canarias (2010-2015)	Salud mental	9	349	SIN DATOS
CANTABRIA	Proyecto Inicia CRPS	CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES	SIN PLAN DE SALUD MENTAL.	Salud mental	3 4	153 160	Psiquiatra, Psicólogos/as Técnico de Inserción Laboral Terapeutas psicólogos e integradores sociales y monitores
CASTILLA - LA MANCHA	Centro Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRSPL)	FISLEM	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010	Salud mental	19	1240	Director-Psicólogo, Trabajador Social, Terapeuta Ocupacional, Educador, Auxiliar Administrativo, T.I.S.L.
CASTILLA-LEÓN	Centros de rehabilitación psicosocial (CRPS)	CONSEJERÍA DE SANIDAD	Estrategia Regional en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León (2003-2007)	Salud mental y unidad psiquiátrica de rehabilitación	9	205	Psicólogo, Enfermería psiquiátrica, Trabajador social, 2 monitores y terapeuta ocupacional
CATALUÑA	Servicio de rehabilitación comunitario / Servicio pre-laboral	SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD	Plan Integral de Atención a las Personas con trastornos mentales y adicciones	Salud mental	137	1200 (Potenciales personas)	Coordinador / a, psicólogo / a, trabajador / a social, maestro de taller, monitor / a.

La acción pública frente al empleo de las personas con enfermedad mental grave: El mapa de la rehabilitación laboral en España. ¿Es posible la construcción de un único modelo?

TABLA 3. RECURSOS REHABILITACIÓN OCUPACIONAL/LABORAL PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL POR CC.AA
(cont.)

CC.AA	NOMBRE DEL RECURSO	ENTIDAD	PLAN ESTRATÉGICO	DERIVACIONES	NÚMERO DE CENTROS	Nº PLAZAS / PERSONAS ATENDIDAS	EQUIPOS PROFESIONALES
EXTREMADUR A	Centro Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD	Plan integral de salud mental de Extremadura (2007-2012)	Salud mental y CRPS	6	390	9 profesionales: 3 psicólogos, 1 trabajadora social, 1 terapeuta ocupacional, 3 monitores y 1 auxiliar administrativo
	Programa de rehabilitación laboral	SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD			2	60	SIN DATOS
	Programa de integración laboral y ocupacional	FEAFES			SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS
	Programa de rehabilitación laboral (PRL)	AYUNTAMIENTO MERIDA			1	27	SIN DATOS
GALICIA	Centro Rehabilitación Social y Laboral	CONSELLERÍA DE SANIDAD	Plan Estratégico de Salud Mental de Galicia 2006-2011	Salud mental	20	919	Psicóloga /Directora. Terapeuta ocupacional, monitora taller, Educador social, 1 Aux. administrativo
	Servicio de inserción laboral	FEAFES			5	2040	4 Prospectores laborales y 7 Orientadores laborales
ISLAS BALEARES	Unidades de rehabilitación comunitaria (UCR)	CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO	Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears 2006	Salud mental	5	140	UCR: 1 Coordinador psiquiátra, 1 psicólogo clínico, 1 enfermera, 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional, 4 monitores de rehabilitación y auxiliar administrativo.
	Servicio de integración e inserción laboral				2	12	SIL: Psicólogos, trabajadores sociales y preparadores laborales

TABLA 3. RECURSOS REHABILITACIÓN OCUPACIONAL/LABORAL PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL POR CC.AA (cont.)

CC.AA	NOMBRE DEL RECURSO	ENTIDAD	PLAN ESTRATÉGICO	DERIVACIONES	NÚMERO DE CENTROS	Nº PLAZAS / PERSONAS ATENDIDAS	EQUIPOS PROFESIONALES
LA RIOJA	Centro Ocupacional-Laboral	ARIFES	Plan de Salud Mental de La Rioja 2010-2015	Salud mental	1	90	SIN DATOS
MADRID	Centro de rehabilitación laboral (CRL)	CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES	Plan estratégico de salud mental de la Comunidad de Madrid (2010-2014)	Salud mental	20	1313	10: Dirección/Psicología, Técnico de apoyo a la inserción laboral (TAIL), Trabajador/a social, Preparador laboral, Terapeuta ocupacional, Maestros de taller, Aux admin.. y auxiliares limpieza
MURCIA	Programa de rehabilitación laboral	FEAFES	Plan de salud mental de la Región de Murcia (2010-2013)	SIN DATOS	1	200	1 Trabajadora social
	Programa de inserción laboral	SERVICIO MURCIANO DE SALUD		SIN DATOS	2	78	SIN DATOS
	Programa de rehabilitación y reinserción sociolaboral	SERVICIO MURCIANO DE SALUD		SIN DATOS	2	SIN DATOS	SIN DATOS
NAVARRA	Centro de rehabilitación psicosocial Servicio de valoración de la idoneidad ocupacional y/o laboral	CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES	Plan estratégico de salud mental de Navarra (2012-2016)	No se especifica	7	103	SIN DATOS
PAÍS VASCO	Centro de Rehabilitación socio-laboral	FUNDACIÓN ERAGINTZA	Estrategia en Salud Mental de la C. A. País Vasco 2010	Salud mental y entidades asociadas a Fundación Eragintza	1	805	SIN DATOS
VALENCIA	Centro de rehabilitación e integración social (CRIS)	CONSELLERÍA DE BIENESTAR SOCIAL	Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la C. Valenciana 2001	Salud mental	10	600	Psicólogos, trabajadora social, técnico de integración social, educadora, monitores y auxiliares administrativas.

La acción pública frente al empleo de las personas con enfermedad mental grave: El mapa de la rehabilitación laboral en España. ¿Es posible la construcción de un único modelo?