

PROYECTO ITERUM, DISCAPACIDAD PSÍQUICA Y ENVEJECIMIENTO DESDE UNA PERSPECTIVA EUROPEA

Consortio ITERUM

1. INTRODUCCIÓN

Entre los meses de Noviembre de 1999 y Octubre de 2000 el C.E.E. Cooperativa L'Olivera, de la localidad rural de Vallbona de les Monges (Lleida), ha coordinado el *Proyecto Europeo ITERUM contra la discriminación y por la mejora de las condiciones de vida de las personas con discapacidad psíquica y edad avanzada*, financiado por la DGV de la Comisión Europea, y en el que participaron entidades e instituciones de Francia, Italia y España.

El documento que se presenta a continuación intenta reflejar la evolución y los resultados de este trabajo, así como el valor añadi-

do que ha supuesto reflexionar sobre el tema planteado desde una perspectiva europea e interdisciplinar.

2. EL PROYECTO ITERUM

En líneas generales, el *Proyecto ZTERUM* ha supuesto el esfuerzo conjunto de reflexionar y buscar respuestas ante la nueva situación que plantea el envejecimiento de las personas con disminución psíquica, y ello haciéndolo desde una perspectiva europea e integrando diferentes niveles de actuación: entidades de acción sobre el terreno (asociaciones, fundaciones, cooperativas de iniciativa social), universidades y administraciones.

Durante los meses que duró el proyecto los diferentes participantes siguieron una *metodología de trabajo* específica: identificación de la realidad y marco legal existentes, constatación de los diferentes contextos (administrativos, institucionales, asistenciales, sociales) a escala europea, profundización en el conocimiento de la discapacidad psíquica y el envejecimiento y elaboración de propuestas de actuación a partir de criterios éticos, la propia experiencia y otras iniciativas innovadoras. Durante el proyecto se fue creando igualmente una red permanente de intercambio sobre la temática planteada entre los diferentes participantes y otros que se añadieron. Igualmente, a través de su desarrollo se generó y obtuvo de diferentes fuentes abundante información que ha permitido profundizar de una manera nueva sobre este tema al mismo tiempo que ofrecer a los interesados acceso a informaciones útiles.

Dado el interés de la cuestión planteada y los efectos positivos de los diferentes intercambios, se ha constituido el *Consortio ITERUM*, que agrupa a las diferentes entidades participantes y añadidas al Proyecto, con el objetivo de difundir los resultados y estimular la reflexión sobre envejecimiento y discapacidad, así como servir de plataforma de intercambio ágil entre ellas.

2.1 Justificación y Origen

La preocupación que en las entidades de atención a personas con disminución psíquica genera el envejecimiento fue el punto de partida del Proyecto ITERUM, que nació como resultado de la propia experiencia, los retos e interrogantes de los propios usuarios de los centros y además, como una de las propuestas surgidas en el encuentro "*Envejecimiento y discapacidad*", organizado por la ALLEM (Associació Lleidatana d'Entitats de Minusvalids), preparado por el equipo de expertos del Master en Gerontología Social de la Universidad de Barcelona, y celebrado en mayo de 1999, con una importante y activa participación de profesionales.

Paralelamente, la DGV de la Comisión Europea aprobó, dentro de su plan de subvenciones 1999, la "Concesión de ayudas a acciones transnacionales destinadas a combatir la discriminación contra las personas de edad avanzada y/o con discapacidad". Todo ello se estimó como el marco óptimo para plantear a la Comisión la propuesta de un proyecto que hiciera hincapié en estas dos realidades y sirviera como herramienta útil para anticiparse e ir elaborando criterios de actuación ante las nuevas situaciones que plantea el envejecimiento de las personas con retraso mental.

2.2 Participantes

La comunicación fluida con los participantes así como estimular la incorporación de aquellos interesados fue una de las tareas importantes del Proyecto.

A la Cooperativa L'Olivera como solicitante hay que añadir los siguientes cosolicitantes o *partners*:

Entidades de atención a personas con discapacidad

- O Associació ALBA de Tárrega (Lleida)
- O Asociación AFANIAS de Madrid.

Cooperativas de iniciativa social (incluyen el trabajo con personas con discapacidad)

- O Grupo SERCOVAL de Valencia.
- O Consorzio IL MOSAICO de Gorizia (Región del Friuli, Italia).

Centros de Investigación/Universidades

- O Master en Gerontología Social – Universidad de Barcelona, de Barcelona.
- O Institut de Gerontologie Sociale/Université de Provence-Marseille (Action Gerontologique et Ingenierie Sociale) de Marseille, en Francia.

La puesta en marcha del proyecto hizo que se fueran añadiendo otros participantes, también de diferentes zonas de origen, que intervinieron en los trabajos en curso y los encuentros. Éstos son:

- O ASPROS-Iniciativa Social de Lleida.
- O Centre Assistencial Sant Joan de Déu de Almacelles (Lleida).
- O Fundació Ave María de Sitges (Barcelona).
- O Fundació Privada Valles Oriental per a Disminuïts Psíquics-Tallers Valldoriolf, de Granollers (Barcelona).
- O Grupo de Investigación sobre Envejecimiento (GIE) – Universidad de Barcelona, de Barcelona.
- O Gabinet d'Estudis Socials, de Barcelona.
- O Creu Roja de Sabadell (Barcelona).

- ❑ Fundación Centro San Cebrián, de San Cebrián de Campos (Palencia).
- ❑ GORABIDE de Bilbao.
- ❑ Centro El Remós-Asociación Guayente, de Benasque (Huesca).
- ❑ Centro Ocupacional Mancomunidad Portal del Moncayo, en Agón (Zaragoza).
- ❑ Asociación ARTIGA.
- ❑ Asociaciones, Federaciones: ALLEM (provincia de Lleida), APPS (ámbito catalán), FEAPS (ámbito español).
- ❑ También han estado presentes en algunas reuniones y siguiendo el hilo conductor del proyecto representantes de las administraciones, especialmente del Institut d'Assistència i Serveis Socials del Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya.

2.3 Los objetivos, la metodología y el programa

Los objetivos que inicialmente se plantearon fueron los siguientes:

- ❑ Obtener información a escala europea sobre la situación de las personas con discapacidad psíquica y de edad avanzada.
- ❑ Comprender y valorar los diferentes factores que intervienen en esta situación: marcos legales, situaciones familiares, estructuras y respuestas de los recursos existentes.
- ❑ Investigar para definir criterios comunes de detección y evaluación del envejecimiento en personas con discapacidad psíquica.
- ❑ Intercambiar experiencias y acciones de buena práctica que va actualmente tratan de dar respuesta a estas situaciones.

Implicar el máximo número posible de participantes a fin que este protagonismo facilite la dimensión horizontal de la aproximación a la problemática en cuestión.

- ❑ Elaborar propuestas innovadoras adaptadas a cada realidad y que contribuyen a disminuir los efectos potencialmente discriminadores de las situaciones descritas, haciendo especial hincapié en aquellas que favorezcan una perspectiva de integración intergeneracional y de no-discontinuidad en las intervenciones como mejora de calidad de vida.
- ❑ Comunicar y difundir la temática del proyecto a través de la publicación de material impreso, y del establecimiento de redes informáticas con información de la problemática y de las conclusiones y propuestas de mejora encaminadas a superar las situaciones de discriminación.
- ❑ Preparar las bases para la realización de una red europea de organismos y entidades en pro de la lucha contra la discriminación de personas con disminución psíquica de edad avanzada, así como para la creación de un observatorio europeo como elemento canalizador de toda la información generada.

La metodología de trabajo se basó en la coordinación conjunta del trabajo de los participantes, a través de una secretaría permanente en la Cooperativa L'Olivera, y que se iba definiendo y concretando en diferentes reuniones de trabajo y seminarios. Al final del proyecto, un Seminario Final sirvió para recoger el trabajo de los 12 meses y sentar las bases para la profundización en la búsqueda de alternativas y soluciones ante el envejecimiento de las personas con discapacidad psíquica, así como la continuación de la red de comunicación y relación establecida. Todo ello se basó en el siguiente Programa:

- Inicio del proyecto.
- 1ª Reunión de trabajo. Barcelona, España. 10 asistentes.
- Seminario ITERUM. Marsella, Francia. 35 asistentes.

- 2ª Reunión de trabajo. Gorizia, Italia. 20 asistentes.
- Seminario Final. Vallbona de les Monges. Lleida, España. 50 asistentes.
- Finalización del Proyecto.

3. ANALISIS DE LA REALIDAD

3.1 Elaboración de cuestionarios

El primer paso para llevar a cabo el proyecto h e elaborar un cuestionario que permitiera extraer sintéticamente la situación real de la que se partía desde las diferentes zonas de origen de los participantes. Esta cuantificación inicial permitiría conocer a grandes rasgos la dimensión de la situación de las personas con discapacidad que envejecen.

En la primera reunión de Barcelona se elaboró un cuestionario que pudiera abarcar las diferentes realidades de población, legales, institucionales, asistenciales de las zonas de los diferentes *partners*. Las áreas de estudio que se definieron fueron las siguientes:

1. Población
2. Situación laboral
3. Marco legal
4. Prestaciones públicas
5. Recursos Varios
6. Problemas de discapacidad y envejecimiento de la población en entidades u organizaciones.
7. Dificultades de la población excluida.

La **población** de partida h e : personas con discapacidad psíquica, personas con síndrome de Down, personas con autismo y otras per-

sonas con minusvalías afectadas por envejecimiento a partir de los 40 años. Se utilizaron datos extraídos en encuesta directa y también datos de censos ya existentes, de estudios sanitarios, etc. A través de los datos demográficos se determinó, primero el marco geográfico general y luego el colectivo en concreto: zona, colectivo/entidad que respondía la encuesta, población excluida, diagnóstico de la población asistida y hábitat.

En los ítems referidos al área de la **situación laboral** se recogió información sobre las categorías en las que se ubicaba la población estudiada: terapia ocupacional, sin contrato laboral, con contrato laboral y otras. Al mismo tiempo que se intentaron definir los problemas en el trabajo al envejecer para cada una de las categorías.

En referencia al área del **marco legal** se contemplaron dos puntos: los criterios de valoración de la minusvalía y los criterios de valoración de la incapacidad laboral, ambos según cuatro factores: funcionalidad, edad, instrumento y revisión de la incapacidad.

El área de **prestaciones públicas** se dividió en: prestaciones a la persona y prestaciones a la entidad, contemplándose tanto si se daban en el ámbito asistencial, laboral como otras.

El área de **recursos varios** contempló los ítems de mecenazgo, voluntariado, fundaciones y otros.

Los ítems del área de **los problemas de discapacidad y envejecimiento de la población en entidades u organizaciones** recogían información sobre: problemas orgánicos, psíquicos, sociales, económicos y en el ámbito de la entidad (instalaciones y personal).

Por último, el área de **dificultades de la población excluida** recogía información sobre las razones y los problemas de la exclusión tanto en el ámbito de los recursos como de las personas.

3.2 Resultados

Los resultados de las encuestas permitieron obtener información que se diferenció en dos grandes bloques, por una parte datos

cuantitativos referentes a la población (personas y recursos) e información recogida directamente o a través de censos ya existentes. Por otra, toda la información generada a partir del análisis del marco legal y de contexto de las diferentes zonas de origen del estudio.

Debido a la especificidad del tema del envejecimiento en el ámbito legislativo, el proyecto ITERUM se propuso un estudio de derecho comparado para recoger las distintas competencias administrativas existentes en cada uno de los países participantes. Por ello, este bloque ha sido tratado paralelamente a los resultados de los cuestionarios (véase más adelante el apartado "Estudio comparado del marco legal").

En cuanto a los resultados concretos de las encuestas destacan los obtenidos a partir del análisis de la población en el ámbito de Cataluña, Madrid, Francia e Italia. Es necesario precisar que los resultados que incluimos a continuación son los más significativos cuantitativamente. Estos resultados se centran básicamente en las áreas de demografía, hábitat, diagnóstico de la población asistida y situación laboral.

Cataluña:

- El total de centros que han respondido el cuestionario fue de 25 sobre los 45 federados en APPS.
- El número total de usuarios de los centros es de 2.000.
- El total de usuarios mayores de 40 años es de 703 que supone el 35% de la población.
- Actualmente el 48% de los usuarios encuestados viven con sus familias.
- En razón de su diagnóstico, observamos que el porcentaje mayor corresponde a retraso mental (477) sin especificar etiología. Reflejando aún una población adulta entre los 40 - 49

años. La progresión la vemos lógica y nos dibujaría una pirámide de edad completamente normal. Pero cabe preguntarse dónde está la población envejecida realmente existente de edades superiores a los 60 años.

- Las personas con retraso mental con diagnóstico de Síndrome de Down son tan solo 81 de los 703 encuestados.

Se ha observado que apenas existen usuarios en los centros encuestados con diagnóstico de autismo.

Sobre el diagnóstico de doble patología es muy importante constatar que de las 703 personas registradas mayores de 40 años, 187, a criterio de los profesionales que han evaluado a los usuarios, tienen esta doble patología.

- En cuanto a la situación laboral constatamos que la mayoría están atendidos en centros ocupacionales o sin contrato de trabajo regular. Solo el 27% está en una situación de contratación laboral estable.

Comunidad Autónoma de Madrid

- El cuestionario se dirigió a un total de 75 entidades (asociaciones, centros de diverso tipo, residencias, fundaciones...). La tipología de los centros abarcó un amplio abanico y la ubicación geográfica se distribuyó en las diversas áreas de la Comunidad Autónoma de Madrid.
- Los cuestionarios cumplimentados fueron treinta; algunas de las entidades respondieron que no tenían población de 40 años o más.
- El total de la población encuestada fue de 3.581, de los cuales 984, es decir el 27%, de 40 años o más.
- La *familia* es mayoritariamente el ámbito de convivencia de la persona con retraso mental. Los *pisos tutelados* se presentan como una alternativa en creciente desarrollo. El *acogimiento familiar* es la fórmula ausente.

- La *situación laboral* declarada en los cuestionarios está íntimamente vinculada al tipo de centro consultado. De los 984 encuestados de 40 años o más el 44,8% trabaja en centros especiales de empleo.
- Por último, en cuanto al diagnóstico, se puede comentar que la incidencia de Síndrome de Down se sitúa en torno a un 10%.

Italia

El área de estudio en Italia fue la provincia de Udine y Gorizia, una comunidad con una población total de 658.253 habitantes. Los resultados más destacables fueron:

- El número total de encuestas pasadas fue de 1.077.
- De la población encuestada, un 86,4% vive con la familia, un 8% vive en entidades u organizaciones y un 6,6% declara otros tipos de hábitat.
- En cuanto a la situación laboral, un 20,3% de la población está trabajando con contrato laboral.

Francia

A partir de las informaciones de que se dispone relativas a los CAT (Centros de Ayuda para el Trabajo) que agrupa 81.385 repartidas en 1.284 establecimientos en el año 1997, los trastornos mentales representan un 15,9% y el retraso mental un 76%, de los que un 11,7% presentan un retraso mental profundo, 41,9% un retraso medio y 21,7% un retraso ligero.

El envejecimiento de la población de los CAT es muy perceptible: en 1997, 26,4% de los adultos deficientes acogidos en CAT tenían más de 40 años contra solamente un 13,2% en 1987.

Los CAT poseen una doble identidad; son estructuras médico-sociales y estructuras de trabajo. Por tanto las personas acogidas cesan su actividad a los 60 años y pueden encontrar dificultades, sobre todo desde el punto de vista del alojamiento.

Con los datos del año 1996, de los adultos deficientes en CAT, un 20,7% vivían en vivienda propia, un 38,3% en familia, un 2,7% en familias de acogida, y en M.A.S. (Maisons d'Accueil Spécialisée: que reciben personas con deficiencia adulta que no tienen autonomía y cuyo estado de salud necesita una vigilancia médica y cuidados constantes) se acogen 38 personas sobre una población de 81.385. En hogar ocupacional u hogar de vida un 0,2%, en residencias un 36,4%, en 'hogares de doble tarifa' (para adultos deficientes profundos que necesitan una cierta atención médica) un 0,1%, en centros geriátricos un 0,1%, en establecimientos sanitarios un 0,4%, y en otros un 1,2%.

4. ESTUDIO COMPARADO DEL MARCO LEGAL

El hecho de que el proyecto ITERUM haya sido un estudio realizado a escala transnacional ha justificado, desde un principio, que se hiciera un estudio específico del marco legal de cada zona de origen, dado que es uno de los condicionantes más claros al estudiar el envejecimiento. Existe una legislación determinada que en algunos casos no se adapta a las nuevas situaciones que van surgiendo frente al envejecimiento de las personas con discapacidad psíquica. Desde ITERUM se ha creído muy importante trabajar para la adecuación del marco legal como una de las posibles soluciones frente a esta nueva situación.

Este estudio se centró en:

- Prestaciones económicas para personas con discapacidad.
- Recursos laborales.

Se incluye un estudio específico de Cataluña debido a que existen marcadas diferencias a escala legal respecto al resto de España.

PENSIONES CONTRIBUTIVAS EN ESPAÑA

	P. C. POR GRAN INVALIDEZ	P.C. POR INVALIDEZ PARCIAL	P.C. POR INVALIDEZ TOTAL O PERMANENTE
REQUISITOS	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Est dado e al en la Seguridad Social, pero no hace falta si la invalidez se deriva por contingencias comunes. ◆ Período mínimo de cotización 15 años ó 10 con carencia especificaten los 3 últimos. ◆ Carencia depende de la edad del asegurado si la invalidez depende de enfermedad común. ◆ A partir de los 65 años no se reconoce (aún habiendo cumplido los requisitos para la invalidez). ● La revisión de grado sólo se da antes de los 65 años. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Derecho a estar en la misma empresa. ◆ No disminuir el sueldo en un grado superior a un 25% ◆ Causa de extinción del contrato por invalidez permanente total o absoluta. ● Derecho subsidio de paro en caso de haber estado declarado como incapacidad permanente parcial como consecuencia de una mejora de una situación de invalidez permanente absoluta o total. ◆ Compatibilidad entre incapacidad permanente total para la profesión habitual con el trabajo ◆ Se puede pactar que salario asignado a este lugar de trabajo se reduzca en la proporción que corresponda a su menor capacidad (nunca la reducción será mayor a un 50% del importe de la pensión) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Es compatible con la realización de otro trabajo y consistente remuneración. ◆ Es incompatible con el incremento del 20% de la incapacidad total con la realización de otro trabajo.
PRESTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Cuantía depende de la cotización. ◆ El complemento por ayuda de tercera persona si existe dependencia es un 50% sobre la cuantía fijada en la pensión. 		
RELAC. CON TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Compatible con actividades lucrativas o no, compatibles con el estado del minusválido y no cambian la capacidad para el trabajo. 		
CONTRIBUCIONES	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pensión dentro de prestaciones, pero con una parte para la dependencia. ◆ Sólo comprende dependencia a la tercera edad de los declarados grandes inválidos antes de los 65 años (los que ya lo eran). ◆ No contempla la dependencia después de la terceredad y sólo es así para los que no tienen pensión de jubilación. ◆ Dependencia no tendría que ver con la capacidad para trabajar o no. ◆ El complemento es variable. ◆ Las prestaciones de compensaciones un añadido dentro de la pensión de invalidez y no se ve como algo aparte que puede ser solicitado en otras situaciones. ◆ No impide realizar actividades lucrativas o no, cuando sean compatibles con el estado del inválido y que no presenten cambios en la capacidad de trabajo. 		<ul style="list-style-type: none"> ◆ No impide realizar actividades lucrativas o no, cuando sean compatibles con el estado del inválido y que no presenten cambios en la capacidad de trabajo.

PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS EN ESPAÑA

PENSIÓN DE INVALIDEZ NO CONTRIBUTIVA	P.N.C. POR INVALIDEZO JUBILACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tener entre 18 y 65 años. ◆ Tener una minusvalía del 65% o superior. ◆ No superar un cierto límite de renta. ◆ Para obtener el complemento de dependencia hay que tener el 75% de minusvalía o superior. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Entre 18 y 65 años ◆ Residir en territorio español ◆ Padecer una enfermedad crónica con un grado de disminución del 65% o superior. ◆ No disponer de recursos suficientes
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Cuantía depende de los ingresos anuales de la unidad familiar en la que se incluya usuario. ◆ Cuantía de un 50% de la cuantía fijada. 	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sustituye a los subsidios de garantía de ingresos mínimos y por ayuda tercera persona que sólo subsiste para los que ya cobraban. ◆ La edad es la misma que para la pensión contributiva. 	

PRESTACIONES MONETARIAS DE APOYO AL CUIDADOR INFORMAL

	PRESTACIONES MONETARIAS POR HIJO MINUSVÁLIDO	SUBSIDIO DE AYUDA POR TERCERA PERSONA	PRESTACIONES NO MONETARIAS DE APOYO
CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> ◆ A partir de los 18 años ◆ Disponer de un 75% de minusvalía o superior. ◆ Cuando el minusválido está a expensas del beneficiario y no trabaja ni percibe pensión contributiva <ul style="list-style-type: none"> ● En la modalidad contributiva es una asignación por hijo afectado. ◆ En la modalidad no contributiva cuando no tengan derecho a otro tipo de prestaciones de protección social. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ A partir de 18 años ◆ Dependencia para desarrollar Actividades de la Vida Diaria (AVD). ◆ Contar con un grado de disminución del 75% o superior. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ofertadas por los servicios sociales <ul style="list-style-type: none"> - Servicio de ayuda a domicilio - Teleasistencia - Atención socio-ranitaria a domicilio ◆ Ofertadas por servicios especializados <ul style="list-style-type: none"> - Centro de día - Centro residencial - Centro socio-sanitario - Programa de acogida familiar - Estancias temporales en residencias - Viviendas compartidas
INCOMPATIBILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ● Hijo es pensionista por jubilación o invalidez no contributiva ◆ Pensiones asistenciales ◆ Subsidios de garantía de ingresos mínimos o ayuda por tercera persona 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Residir en un centro en régimen de internado 	

RECURSOS LABORALES PARA DISMINUIDOS PSÍQUICOS EN ESPAÑA

	C.E.E.	C.O.
DENOMINACIÓN	Centro especial de Empleo	Centro ocupacional
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Trabajo productivo. ◆ Empleo remunerado. ◆ Prestación servicios ajuste personal. ◆ Medio para acceder al trabajo ordinario. ◆ Totalidad plantilla constituida por minusválidos. ◆ Promoción por iniciativa pública y privada. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ocupan el 50% del tiempo diario. ◆ Es cualquier centro que ofrezca ocupación al límite entre el trabajo y la ergoterapia, ejecutando trabajos no rentables. ◆ Asegura servicios de terapia ocupacional. ◆ Servicios de ajuste personal. ◆ Por minusvalía temporal o permanente. ◆ Tienen por finalidad la terapia ocupacional.
REQUISITOS	◆ Grado de minusvalía 33% o superior.	◆ Persona en edad laboral con un grado de discapacidad de un 65% o superior.
ACCESO	◆ Oficinas de empleo.	◆ ICASS certifica el grado de minusvalía (en Cataluña).
RELACION LABORAL MODALIDAD DE CONTRATO	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Las previstas en las disposiciones. ◆ Las previstas para el resto de trabajadores 	◆ No se pueden ceñir a una relación laboral ordinaria.
EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES (Regulan todo movimiento interno en el trabajo)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Cada 2 años revisan la adecuación del trabajo. ◆ Consta de inaptitud para el puesto si así lo considera la empresa. ◆ Contrato a bajo rendimiento acuerdo entre el trabajador y el centro con una disminución del rendimiento y sueldo cómo máximo de un 25%. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ICASS llevan la coordinación con los CET de la zona. ◆ Regulados por el Consejo Asesor y de seguimiento conformado por un titular del centro, un profesional del taller y usuarios o representantes legales.
FINANCIACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Acceso a subvenciones y compensaciones económicas si son de utilidad pública o sin ánimo de lucro. ◆ Aportaciones de titulares y particulares y ayudas y subvenciones públicas. 	

RECURSOS LABORALES ESPECÍFICOS PARA CATALUÑA

DENOMINACIÓN	S.C.A.P.S.	CENTROS OCUPACIONALES	
		S.O.I.	T.O.
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	Servicios Complementarios de Ajuste Personal y Social S ervicios complementarios que se prestan en los centros especiales de trabajo destinados a dar soporte a colectivos de personas con discapacidad que sin ellos no podrían conseguir la condición de trabajadores	Servicio Ocupacional Inserción ◆ Servicio propio del C.O. con carácter asistencial ◆ Ajuste personal y social ◆ Actividades prelaborales	Terapia Ocupacional ◆ Ajuste personal ◆ Ocupación terapéutica
OBJETIVOS	◆ Conseguir la integración laboral de forma que ésta potencie la consecución de la máxima integración social	◆ El objetivo es potenciar y mantener al máximo las capacidades de las personas atendidas en relación a la obtención de su integración social y laboral si fuese necesario	◆ El objetivo es potenciar y mantener al máximo las capacidades de las personas atendidas en relación a la obtención de su integración social y laboral si fuese necesario
REQUISITOS	◆ la persona tiene que haber sido activa en el CET entre el día 1 y el día 15 del mes solicitado en caso de alta en la empresa y del 16 al 30/31 en caso de baja de la empresa. ◆ contar con un programa individual que recoja las necesidades integrales de estas personas.	◆ Personas con disminución en edad laboral	
ACCESO	Cuando personas reciben algún tipo de ajuste social.		

FRANCIA: PRESTACIONES ECONÓMICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

	PENSIÓN CONTRIBUTIVA	PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA	PENSIÓN DE CARÁCTER REPARADOR
DESCRIPCIÓN	Pensión de invalidez.	<ul style="list-style-type: none"> - Garantía de recursos y prestaciones para adultos con discapacidad. - PNC de la seguridad social financiada con presupuesto del Estado. 	Víctimas del terrorismo, guerra o por accidente.
FINALIDAD		<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar un mínimo de recursos que les procure cierta autonomía. 	
REQUISITOS		<ul style="list-style-type: none"> - Discapacidad permanente del 80%. - Discapacidad permanente entre el 50-80% y que sea imposible encontrar empleo. - Residir en Francia. - Tener 20 años y unos ingresos inferiores al límite fijado por decreto. - A partir de los 16 años si perciben una remuneración inferior al 5% del salario mínimo. - Si están casados una ayuda individual o social - Por vivienda si viven solos. 	
COMPATIBILIDADES		<ul style="list-style-type: none"> - Garantía de recursos permite que ejerzan actividad profesional en el mercado ordinario o protegido. - Puede acumularse a la prestación de adultos con discapacidad y a la ayuda compensatoria. 	

Estas son remuneraciones mínimas que según el caso se pueden compensar con el sueldo.

CARACTERÍSTICAS Y RECURSOS DE CADA PAÍS

		ESPAÑA		FRANCIA		ITALIA
ENVEJECER EN...	Estado	Cataluña	País Vasco	Ley 90/602 de julio de 1990 para la protección de las personas contra la discriminación en razón de su estado de salud o de su discapacidad y el código de pensiones de invalidez militares y de víctimas de guerra.		Ley 104/92. Ley para la asistencia la integración social y los derechos de las personas discapacitadas
LEY MARCO	LISMI Ley Integración Social de Minusválidos 13/82					
E. MULTIDICLINAR	Centros base	EVO		COTOREP	EEMM	
EMPLEO PROTEGIDO	C.E.E.	C.E.T.	Cooperativa social	Taller Protegido Cent. de distribución de trabajo a domicilio	Cooperativas sociales	
REC. LABORALES	C.O.	S.O.I. S.C.A.P.S.	Cooperativa Social	CAT	Centros de Trabajo Asistido	
PRESTACIONES	Pensión Contributiva - Gran invalidez - Invalidez parcial - Invalidez total - Pensión No Contributiva - Por Invalidez - Por jubilación		PNC Fondo de BS por incapacidad Subsidio garantía de ingresos mínimos. Invalidez No contrib.	PC Por invalidez PNC AAH (Allocation aux Adultes Handicapés)	Prestaciones asistenciales	
POLÍTICA SOCIAL	- Prestación Por hijo minusválido - Subsidio ayuda por tercera persona		Invalidez no contrib. Con ayuda de tercera persona	Ayudas por tercera dependencia Ingresos suplementarios	Ayudas por tercera persona = dependencia Ingresos suplementarios	
HABITAT	Familia Residencia			Centros de acogida Hogares ocupacionales Familias de acogida		

6. RESULTADOS DEL PROYECTO

La puesta en marcha y realización de todo este entramado centró durante el periodo que duró el proyecto un tiempo de actividad intensa, que todavía hoy tiene continuidad, y que tuvo, si lo comparamos con los objetivos planteados inicialmente, los siguientes resultados:

- ❑ Se obtuvo abundante **información** de la realidad de las personas con disminución psíquica en las zonas de origen de los participantes, elaborando algunos de ellos encuestas cuantitativas y cualitativas en centros de atención a personas con discapacidad psíquica.
- ❑ Entre la documentación elaborada se puede destacar el estudio de **derecho comparado** entre las diferentes legislaciones de origen, que permitió situar y mejorar la comprensión de cada contexto. Junto a ello, se abordaron las estructuras de atención propias de cada zona para responder a las nuevas demandas sociales, lo que permitió también entender las diferentes maneras de acercarse a la misma realidad y enriquecer las propias soluciones.
- ❑ Los investigadores del Proyecto ITERUM, los miembros de las universidades de Barcelona y Provence-Marseille, pusieron sus medios al servicio de los objetivos del proyecto e hicieron confluir alguna **investigación** suya o iniciar alguna nueva en torno a la temática del proyecto. Se vio, sin embargo, que el camino es largo y queda aún por adaptar, por ejemplo, un buen diagnóstico de la dependencia al envejecer en las personas con discapacidad psíquica.
- ❑ La dinámica de las diferentes reuniones que marcaron el hilo conductor del proyecto incluyó espacios de **diálogo** en torno a respuestas actuales que ya se dan para responder al envejecimiento de las personas con discapacidad psíquica, así como visitas a diferentes centros (casas de acogida, asocia-

ciones, centros de trabajo protegido,...), lo que enriqueció sin duda las reflexiones teóricas paralelas.

- ❑ Otro de los resultados concretos de ITERUM fue la elaboración de un **documento final** que hace hincapié, entre otras cosas, en los criterios que deben regir las respuestas a la nueva problemática que se plantea y que se irá planteando. Conocer también experiencias innovadoras que ya se están dando (centros de día, locales sociales,...) contribuyó a que las propuestas elaboradas estén fundamentadas en criterios sólidos basados en la no-discriminación de las personas con discapacidad psíquica que envejecen.
- ❑ Durante el Proyecto hubo **comunicación fluida** entre los participantes, coordinada desde la Secretaría Permanente, en la Cooperativa L'Olivera de Vallbona de les Monges (Lleida). Aparte, se configuró y puso en marcha una página web (www.iterum.org) como espacio dinámico de intercambio de información, todavía en uso. Las dos publicaciones elaboradas y el documento final reflejan todo este esfuerzo de intercambio y generación de información sobre la temática. Hubo y sigue habiendo también numerosas consultas de entidades o personas que se han interesado por el proyecto (España, Unión Europea, Latinoamérica).
- ❑ Uno de los resultados más significativos de ITERUM fue el **amplio intercambio** entre los diferentes participantes del proyecto y asistentes a los seminarios. Podemos decir que a través de ITERUM se han sentido a dialogar y reflexionar entornos que habitualmente están alejados (administraciones, universidades, entidades de acción sobre el terreno), creándose lo que podríamos llamar una *metodología ITERUM* de trabajo. Todo esto ha permitido la sintonía entre las diferentes organizaciones participantes - más de 25 organizaciones a escala europea -, sentándose las bases de una posible red europea, siendo ya, hoy en día, una red de intercambio y diálogo a través del *Consorcio ITERUM*.

7. A MODO DE CONCLUSIÓN

En el documento final se recogen algunas demandas y aspiraciones así como algunos principios éticos a tener en cuenta al enfocar el derecho de toda persona a envejecer con dignidad:

La prevención del envejecimiento, la formación de las personas involucradas: familias, profesionales, cuidar a los cuidadores, la diversificación y adaptación de los recursos existentes, el derecho de la persona que envejece a elegir su propio itinerario, el respeto a la historia personal evitando rupturas entre las diversas instancias que intervienen en el proceso, el valor de la familia y la comunidad que le rodea, la adaptación de las legislaciones laborales, la protección tutelar, la elaboración de una Ley de Dependencia, son algunos de los temas y algunas de las propuestas que el Documento Final recoge y que nosotros proponemos a debate. Nos gustaría que nuestra tarea haya servido para reforzar una reflexión que, en muchos ámbitos se ha iniciado con paso muy firme. Proponemos que la Dependencia al Envejecer de las personas con retraso mental se incluya en el temario de la Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre Envejecimiento a celebrar en Madrid en abril de 2002.

Y finalmente, agradecer el entusiasmo y dedicación de todas aquellas personas y entidades que se esfuerzan en dignificar esta cada vez más larga etapa de nuestras vidas.

Consortio ITERUM
Vallbona de les Monges (Lleida), Junio de 2001.

ANEXO

CONTRIBUCION FRANCESA AL PROYECTO EUROPEO ITERUM (FRAGMENTO)¹

Equipo de Investigación
"Viellissement et champ social"
GOURY, Emmanuelle²
LUCCHINACCI, Anne³
COMMANDEUR, Marie-Christine⁴
PITAUD, Phillippe. *Director*⁵

A modo de introducción a esta síntesis que pretende ser una aportación al programa ITERUM, recordaremos que el envejecimiento de las personas discapacitadas constituye en la actualidad una realidad perceptible en todas partes.

Dentro de esta dinámica, la cuestión global que se plantea frente a esta nueva realidad social es la de las respuestas que el sistema actual de acción socio-sanitaria puede ofrecer y asociando, asimismo, el papel necesario de la familia.

¹ Traducción: Maite BOUYAT.

² Université de Provence-Marseille.

³ Psicóloga del CAT "Vert Pré".

⁴ Médico Psiquiatra

⁵ Profesor Université de Provence-Marseille. Director Institut de Gerontologie Sociale.

A grandes rasgos, cabe subrayar que, si durante mucho tiempo las familias han cuidado de sus discapacitados, las condiciones socioeconómicas de nuestra época hacen que dichas prácticas resulten cada vez más inoperantes y que, debido a ello, haya surgido una dinámica triangular “discapacitados-progenitores-instituciones” junto con el Estado a modo de prolongación de estas últimas. Y es precisamente dentro de este marco de la infancia no-adaptada donde una serie de iniciativas han contribuido a asegurar el cuidado a las personas con discapacidad. Dichas iniciativas, sin embargo, adolecen de algunas limitaciones vinculadas a la edad o a su carácter funcional (como, por ejemplo, los Centros de Ayuda para el Trabajo, ya que presuponen que el individuo es capaz de trabajar).

Teniendo en cuenta dichas limitaciones y dentro de una hipótesis favorable, la solución para estas personas será el retorno al hogar paterno. Pero si esta hipótesis puede suponer una salida positiva para algunos individuos, la cuestión se planteará con más crudeza para las personas con discapacidad que envejecen y cuyos padres se hallan también en ese mismo proceso de envejecimiento, "impedidos o con serios obstáculos" o que, sencillamente, hayan fallecido.

Parece, pues, que existe el riesgo muy verosímil de ver a dichos discapacitados ingresados en Residencias de Ancianos o en Centros Hospitalarios Especializados (Hospitales psiquiátricos). Lógico es pensar, qué duda cabe, que las acciones emprendidas hace ya cierto tiempo no han sabido integrar los datos referentes al alargamiento de la esperanza de vida de dichas poblaciones y que, en la actualidad, la única solución pase por lo que se decía anteriormente y ello, básicamente, debido a razones económicas que no tienen nada que ver con el bienestar de estas personas. En este sentido, algunos autores observan una tendencia a hacer perdurar la idea de institucionalización.

Así pues, frente a este envejecimiento de las personas con discapacidad mental y física, el sistema sanitario y social actual no pare-

ce estar preparado para ofrecer, en cantidad y calidad, unas soluciones satisfactorias que aseguren a dichas personas las condiciones de un envejecimiento que se situana en la línea de las medidas sociales adoptadas en etapas anteriores de su vida.

En Francia, por ejemplo, si nos remitimos a la ley de 30/06/75⁶, existe un vacío jurídico en el sentido de que se establece un límite de edad arbitrario de 60 años para el futuro de las personas con discapacidad. Sin embargo, queda claro que los 60 años no indican una edad de jubilación de estas personas, sino más bien un límite a la aceptación del mismo desde el punto de vista profesional (Centro de Ayuda para el Trabajo, taller protegido, etc.) alojamiento y recursos.

Pasamos, pues, para esta población, del sistema de ayuda a las personas con discapacidad (AH, garantía de recursos, etc.) al sistema de ayuda a las personas mayores, punto (CRAM, ayuda social).

Por otra parte, la forma de alojamiento de tipo Hogar ("Foyer" en el original) está vinculada al estatuto de Trabajador Discapacitado, lo cual implica que el cese de la actividad profesional causa la pérdida de alojamiento con las dificultades que ello acarrea tanto a esos discapacitados como a sus familias que, como decíamos antes, también envejecen.

Resulta, pues, que las personas con discapacidad psíquica que envejecen, independientemente de su situación actual, se ven abocados a un camino que les lleva a la ruptura. Algunas de estas personas siguen parcialmente a cargo de su familia, pero está bien claro que llegará un momento en el que necesiten una asistencia total por parte del sistema institucional.

⁶ Ley n° 75.534 de 30 de junio 1975 a favor de las personas discapacitadas. **B.O.** de 1° de julio 1975, modificada en virtud de la ley n° 78.753 de 17 de julio (**B.O.** del 18); ley n° 82.1126 de 29 de diciembre 1982 (**B.O.** del 30), ley n° 86.11 del 6 de enero de 1986 (**B.O.** del 7), Ley n° 86.17 del 6 de enero de 1986 (**B.O.** del 8), ley n° 89.18 del 13 enero 1989 (**B.O.** del 14), ley del 18 de enero 1994 (**B.O.** 19 enero 1994).

El problema es, pues, importante primero para los discapacitados, pero también para los progenitores que deben hacer frente a su propio envejecimiento, a la posibilidad de su desaparición, y todo ello contribuye a acrecentar la profunda angustia que sienten por el futuro de su "hijo con discapacidad".

Hay todo un abanico de interrogantes que surgen ante cualquier planteamiento sobre este ámbito de intervención, ya se trate de poner en práctica unas respuestas adaptadas por los poderes públicos y, a modo de prolongación de los mismos, por las asociaciones pertinentes, y que surgen incluso a la hora de paliar las discriminaciones de las que dichas poblaciones pueden ser víctima.

Las respuestas a dichos interrogantes suponen que nos pongamos a buscar juntos aquellas soluciones que podnan permitir, como mínimo, alcanzar los objetivos siguientes:

1. Evitar una ruptura excesivamente brutal entre las diferentes instancias que se hacen cargo de las personas con discapacidad (dado que el principio de continuidad no puede prevalecer en todas las situaciones).
2. Ofrecer al CAT la posibilidad de adaptarse a la evolución de las necesidades (sociales, de relación, afectivas, físicas) de las personas con discapacidad que envejecen y que ejercen una actividad dentro de estas estructuras.
3. Evitar entrar una vez más en la lógica de un sólo ámbito. De esta forma, la cuestión del acompañamiento de las personas con discapacidad que envejecen aparecerá como una faceta más y un ejemplo de la demanda de diversificación de las ayudas y, por consiguiente, de la necesidad imperiosa de la flexibilización de la oferta.
4. Prevenir el "envejecimiento de las personas con discapacidad". Y aquí pueden plantearse varios principios que se refieren a las modalidades de aplicación a la búsqueda de unas formas de atención y cuidado más adaptadas a la persona y

que pueden darse a distintos niveles de acuerdo con cada situación.

Un enfoque así se situaría, pues, dentro de una perspectiva a largo plazo e incidiría en el ámbito de la prevención en el sentido más amplio de la palabra. Ello permitiría, además, el enunciado de unas recomendaciones surgidas de las situaciones mismas y fruto de la aplicación de unas políticas sociales departamentales, siempre apuntando a la búsqueda de una armonización con el plan regional.

Ello favorecería, asimismo, la puesta en marcha de un dispositivo de información que permitiría, a lo largo de los próximos años, seguir y conocer mejor la evolución de la población adulta con discapacidad y, de esta forma, ajustar las decisiones a adoptar en este terreno.

Por último, ello podrá permitir la aparición de propuestas de soluciones abiertas a las personas con discapacidad que envejecen y a sus familias, fomentando la creación de algunos dispositivos de atención cuyo objetivo sea mejorar las condiciones de vida de estas poblaciones.

Esta es, precisamente, la finalidad de este programa de intercambios que se caracteriza por su enfoque no sólo interdisciplinario sino también internacional con la perspectiva de saber lo que sucede en cada uno de nuestros países respectivos y ello de cara a plantearnos de forma distinta nuestras realidades locales y nacionales.

Nuestro trabajo se ha vertebrado, pues, en torno a siete temas y ello de acuerdo con un enfoque metodológico común definido por el equipo del Master en Gerontología Social de la Universidad de Barcelona (Prof. Ricardo Moragas).

Resulta oportuno, dentro de una perspectiva de intercambios europeos, recordar el marco de los recursos asistenciales para las personas con discapacidad en Francia. Presentamos a continuación el dispositivo existente así como las dificultades identificadas por algunos autores. Varias son, pues, las soluciones propuestas:

1. Mantenimiento dentro de una estructura para adultos con discapacidad.

Los centros que acogen a personas con discapacidad adultas suelen subdividirse en dos categorías, en función de la aptitud o ineptitud para el trabajo de sus residentes, de acuerdo con la COTOREP.

Las personas aptas para el trabajo, concretamente las que se hallan en un CAT o en un taller protegido, pueden ser aceptadas en un "hogar de acogida" (foyer d'hébergement) si su nivel de autonomía no les permite vivir solas.

En cuanto a las personas no aptas para el trabajo, pueden acogerse en los llamados "hogares de vida" (estancia diurna y nocturna o únicamente diurna), los MAS, o los hogares de doble tarifa.

La situación de los residentes en hogares de acogida es especial en la medida en la que la necesidad de un cambio de su lugar habitual, por no decir la obligación, puede imponerse a partir de los 60 años de edad.

Si nos remitimos, por ejemplo, a los artículos 167 y 168 del Código de la Familia y la Ayuda Social (CFAS) parece que existe una fuerte simbiosis entre el CAT y el hogar cuando, en realidad, este último no es más que la estructura de acogida del CAT.

Estos dos artículos del CFAS van, en realidad, un poco por detrás de la realidad, ya que esa proximidad entre CAT y hogar presente en el ánimo de los autores de la ley, ha quedado desde entonces intensamente alterada por las leyes de descentralización que confiaron a los CAT a la competencia del Estado, y los hogares al Departamento en su condición de colectividad territorial.

En la práctica, los Departamentos aceptan más a menudo que los residentes en hogar de acogida permanezcan en los mismos más allá de los 60 años.

Si los jubilados de las estructuras de trabajo protegido se ven obligados a salir del hogar de acogida a partir de los 60 años o algo

más tarde, pueden recurrir a unos centros específicos para personas discapacitadas de edad o bien a los centros no específicos para personas discapacitadas de edad.

2. Centros de día

Estos centros se han ido desarrollando en los últimos años y con distintos nombres. Su denominador común consiste en proponer unas actividades adaptadas a la evolución de las necesidades y modalidades de recurso asistencial. Se trata, pues, de centros de día (a veces permanentes o temporales, o según las necesidades) para personas discapacitadas adultas que viven en estructuras colectivas, en su propio domicilio o con su familia.

3. Asistencia familiar o el retorno a la familia

La acogida en la familia, pagando de su propio bolsillo, fue instaurada para las personas ancianas o discapacitadas, en virtud de la ley de 10/07/1989. Las familias afectadas pueden, sin embargo, acogerse a todas las ayudas que favorecen el que las personas mayores se queden en casa.

Pero el carácter muy limitado de las ayudas externas (dos horas al día aproximadamente) supone la dedicación y movilización intensas de los más allegados. Según un estudio llevado a cabo por el CODERPA de Loire-Atlantique, la media anual de intervención, incluyendo a todos los organismos, es de 134 horas por beneficiario. Desde el punto de vista económico, se requiere la participación de los beneficiarios en una parte de los gastos y ello a tenor de los recursos de que dispongan. La ayuda social sólo interviene en el caso de aquellas personas que cuentan con unos recursos limitados y con un techo establecido por el decreto, pero el Conseil General puede adoptar un reglamento de ayuda social más flexible.

Dentro del campo de la acogida familiar se está llevando a cabo una serie de experiencias. Y de los análisis que con relación a las mismas se han realizado, se deduce que la acogida familiar de las personas que trabajan en CAT resulta demasiado exigua para la familia de acogida. Así que la legislación al respecto es, a todas luces, insuficiente.

Según el IFREP (Instituto de Formación, Investigación y Evaluación de las Prácticas Médico-Sociales, 1998), las personas con discapacidad que viven en familias de acogida son mucho más jóvenes de lo que se pensaba. Casi el 50% de los mismos tienen menos de 40 años cuando, en realidad, la ley no estipula proyecto social alguno para estas personas que, por esta misma razón, se ven "abandonadas" a las familias de acogida. La lógica actual de desarrollo de la acogida familiar se apoya en una vida en común con la familia en cuestión. Es esta sin duda una característica necesaria para la atención a una persona mayor, pero que quizás no es favorable para la atención a una persona con discapacidad y concretamente de las que trabajan en CAT.

Para las personas con discapacidad, la atención en familia se utilizaría más bien para fomentar un proceso de pertenencia que permitiría la creación de vínculos familiares y sociales. Convendría, pues, idear otras modalidades de atención familiar (tipo hostel o pensión, por ejemplo) que no están previstos dentro del marco reglamentario.

Una pista de desarrollo podría ser la compensación monetaria a la familia de acogida mediante la creación de la estructura oportuna y ello de una forma muy especial si nos situamos en una óptica de organización territorial.

4. Servicios de ayuda al mantenimiento a domicilio

Dichos servicios pueden permitir que las personas con discapacidad sigan en sus domicilios respectivos, en las familias, o venir a

respaldar a las familias de acogida. Conviene recordar que el mantenimiento a domicilio se basa, principalmente, en la ayuda a las tareas del hogar y la atención de enfermería. Precisamente, los servicios de atención de enfermería se han ido creando progresivamente con el fin de llevar más allá los límites del mantenimiento en el domicilio y hacerlo accesible a las personas mayores con pérdida de autonomía.

El mantenimiento a domicilio implica un entorno familiar disponible y sólo será plenamente eficaz si las intervenciones de los servicios antes citados cuentan con la colaboración continuada de los allegados.

5. Centros especiales para personas con discapacidad en proceso de envejecimiento y ancianas (residencias geriátricas especializadas)

Son centros que acogen a personas con discapacidad, por lo general a partir de los 40 años, cuando las mismas no pueden permanecer ya en las estructuras normales para discapacitados debido a la disminución de su autonomía.

Tal como indica Roussel (1988), la institucionalización en unas estructuras especiales para personas discapacitadas mayores podría parecer como el logro "de la política de segmentación de las estructuras como respuesta a la diversidad de necesidades". Si esta fórmula plantea por una parte el inconveniente de mantener a las personas discapacitadas fuera de los centros públicos, puede, sin embargo, ofrecer el atractivo de hallarse perfectamente adaptada a la población objeto de nuestro interés.

Los problemas de ritmo de vida, de convivencia, no se plantean en esas estructuras especiales. El CREAI de Ile de France, optó por la atención a hombres y mujeres con discapacidad y que envejecen en un entorno especializado y ello a partir de una encuesta llevada a cabo con detalle.

Si echamos un vistazo a los resultados, observaremos, de entrada, lo siguiente: "Este tipo de estructura pretende evitar las rupturas que pueden plantear algunos recursos asistenciales y, por otra parte, anticipar el paso de un lugar de vida a otro. Concede, asimismo, un papel preponderante al proyecto educativo que tiene como núcleo principal a la persona discapacitada. Y queda, por último, la opción de dividir la estructura, cualquiera que sea su dimensión, en "pequeñas unidades de vida" de 10 a 15 personas".

Más allá de la importancia de la calidad de vida en dichas estructuras, se hace hincapié en la competencia específica del personal, lo cual se apoya, concretamente, en el proyecto individual que tiene en cuenta el grado de dependencia, el estado de salud, el historial de la persona y el nivel de sociabilidad de la misma. De ahí la creación de un proyecto educativo que va evolucionando en función de aquella.

Así pues, la fuerza de los centros de atención especializados radica menos en las instalaciones que en los conocimientos y la profesionalidad del equipo médico-social.

6. Residencias geriátricas o "logements-foyers" (vivienda-hogar).

Las residencias geriátricas ofrecen un domicilio colectivo que constituye una de las soluciones existentes en materia de recursos asistenciales. Existen, asimismo, residencias geriátricas o viviendas-hogar que se crearon en un principio para personas mayores sin discapacidad. Dichas estructuras se han ido adaptando, empero, para poder acoger a jubilados dependientes.

Las "unidades de estancia prolongada" se han diseñado también para acoger a personas que han dejado de ser autónomas y cuyo estado de salud requiere una atención médica constante e importante. Dichas estructuras se hallan más o menos adaptadas a las necesidades de las personas discapacitadas.

Devillier (1988) indica, por otra parte, que desde el punto de vista de los principios, y siempre que sea posible, "es aconsejable aproximar a los discapacitados que envejecen a las otras personas de la tercera edad. Es como ofrecer, hacia el final de la vida, una última oportunidad de integración social".

Se plantean, pues, dos posturas: una que se apoya en el principio de integración que pasa por la institucionalización en una residencia geriátrica, y la otra que se orienta hacia la creación de unas estructuras específicas para personas discapacitadas a fin de adaptarse a sus necesidades y a su ritmo de vida.

Y quizás debido a ello se ha producido en estos últimos años una explosión de nuevas fórmulas de acogida que pretenden dar respuesta a las necesidades concretas de las personas con discapacidad y de su entorno. En el caso de los departamentos que financian con carácter de ayuda social las estructuras para personas de edad y discapacitadas, la diferencia de coste entre ambas categorías de centro puede llevarles a apoyar la opción de una estructura para personas de edad.

Así pues, conjuntamente, da la impresión en la actualidad de que pocos departamentos hayan optado por la creación de residencias geriátricas especializadas. Las soluciones más frecuentes pasan, más bien, por la creación de secciones para discapacitados en residencias geriátricas o la transformación de camas en hogares de acogida.

Por otra parte, conviene destacar que en los próximos años podría darse un excedente de plazas en residencias geriátricas lo cual llevaría a los departamentos a optar por una re-utilización de dichas plazas por parte de los discapacitados mayores que salieran del "foyer d'hebergement" (hogar-residencia).

Además, la separación de las dos poblaciones no resulta ni realista ni aconsejable, entre otras cosas porque algunas personas con discapacidad intelectual podrían desear ingresar en una residencia geriátrica corriente.

La solución ideal no existe: algunos directores de centro se han dado cuenta de que la institucionalización de las personas discapacitadas que envejecen en una estructura corriente representa una verdadera regresión debido a la ausencia de proyecto educativo.

Otros se plantean dudas sobre la pertinencia de dicho proyecto cuando afecta a personas de más de 60 años que, como los demás, tienen derecho a descansar. Y aún otros hacen hincapié en las relaciones afectivas tan fuertes que se forjan a veces entre los jubilados mayores y los discapacitados que envejecen

Para Rothkegel, el problema no es este: "No sé si es mejor crear unas estructuras específicas o bien unas residencias geriátricas corrientes. Lo que sí sé es que se requiere un personal especializado. Da la impresión de que lo que convendría sería crear todo un abanico de recursos asistenciales y conseguir que los equipos médico-sociales y gerontológico llegaran a colaborar, dos principios que resultan difíciles de materializar. A todo ello conviene añadir que se debe tener en cuenta la voluntad y los deseos de las personas afectadas que son quienes en definitiva deberán dictar dónde desean envejecer y morir.

Globalmente, señalaremos que durante la década de los 50 y los 60, la defensa de los discapacitados se construyó sobre la base de una diferenciación. Frente a unas instituciones (la escuela) y unas empresas sumamente excluyentes, se trataba de demostrar que los discapacitados eran educables y podían ser productivos. Y de ahí la creación de un ámbito especial dedicado a la discapacidad con IMP, IMPro, CAT, etc., poniendo de relieve la diferencia que es también fuente de financiación. Pero en la actualidad los planteamientos son distintos: hay que evitar el 'ghetto', el internamiento...

Desde esta óptica, la noción de opción de vida es esencial si queremos alejarnos de las soluciones estándar o no volver a un internamiento "soft" dentro de un contexto de institución tipo "asilo". La opción prioritaria es la de la continuidad de la atención ya que la evidencia demuestra que el sufrimiento es profundo cuando, por razones administrativas y financieras, esas personas deben aban-

donar una estructura en la que han pasado una parte importante de su vida.

Conviene recordar, asimismo, que hay que intentar que la solución al problema de las estructuras no recaiga sobre las personas discapacitadas. Y, en este sentido, podrían plantearse dos enfoques distintos: primero, el que consiste en tomar a esas poblaciones como público de reemplazo. En efecto, algunas estructuras para personas mayores pueden sentirse atraídas por un público menos dependiente o, por otra parte, algunas estructuras hospitalarias podrían reconvertirse en residencias geriátricas sin tener necesariamente en cuenta la especificidad de los discapacitados.

Surge entonces la tentación, y fuerte, para aquellos centros hospitalarios cuya actividad disminuye, de plantearse la reconversión hacia el sector socio-sanitario como verdadera oportunidad. Y así aparece en la actualidad una serie de principios:

- El de la libertad de elección del modo de vida para los adultos discapacitados, lo cual supone no imponer tal o cual modo de alojamiento o de mantenimiento a domicilio.
- El de la individualización de las respuestas. Hay que desconfiar del efecto provocado por la existencia de la categoría de "persona discapacitada" que llevaría a pensar que existe un grupo de personas caracterizadas por la "discapacidad" y que tendrían globalmente las mismas necesidades y las mismas expectativas. Por definición, cada individuo, por el carácter y grado de su déficit (físico, sensorial o mental), por su personalidad, sus competencias, su entorno... es distinto y debe beneficiarse de una serie de respuestas "confeccionadas a su medida".
- El de la diversificación local de la oferta en estructuras de alojamiento, centros de día y ayuda al mantenimiento a domicilio, y dicha diversificación implica, de hecho un trabajo de colaboración entre los diversos interlocutores en el tema de las personas con discapacidad mayores.

Estos tres principios actúan entre sí y son fruto de un compromiso entre los distintos interlocutores. Aceptar el principio de la libre elección del modo de vida supone una individualización de las respuestas y requiere la diversificación local de la oferta de estructuras de alojamiento, centros de día y permanencia del sujeto en su domicilio.