

## DEBATES E INFORMES

## Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía

Desde 1984 se viene desarrollando en Andalucía un proceso de transformación de las estructuras públicas de atención a la salud mental como parte diferenciada de un más amplio movimiento de reforma sanitaria; movimiento general que ha tenido como aspectos más significativos la constitución de una única estructura sanitaria pública (el Servicio Andaluz de Salud), el énfasis en el desarrollo de servicios de Atención Primaria, y, más recientemente, la búsqueda de formas innovadoras de gestión.

En el marco de dicho proceso, y como parte de los programas de intervención sobre personas con graves trastornos de salud mental (fundamentalmente pacientes psicóticos), se pusieron en marcha actividades de rehabilitación, formación profesional y creación de empleo (incluidas en una remodelación general de la atención sociosanitaria a este tipo de problemas; cf. referencias 1 y 2), en cooperación con otras organizaciones europeas con experiencia en este campo (3). Fruto de estas intervenciones es el desarrollo, por primera vez en nuestro país, de empresas específicamente destinadas a generar empleo estable para los pacientes. Experiencia que tiene todavía un desarrollo limitado en cuanto a magnitud y tiempo de evolución, pero que pensamos merece la pena conocer y analizar, como un instrumento más a considerar dentro del marco de la atención comunitaria en salud mental.

Para ello vamos a describir a continua-

ción algunos de los elementos del contexto en que se sitúa dicha experiencia, las líneas generales de su desarrollo y algunos aspectos que nos parece especialmente importante ir definiendo de cara a su posterior evolución. Teniendo claro desde el principio que no estamos proponiendo aquí ninguna solución mágica y exclusiva, sino sólo una vía que, aunque puede tener una importancia estratégica para abrir un camino de integración laboral en nuestra situación concreta, debe ser complementada por un mucho más amplio abanico de intervenciones tanto sanitarias como sociales.

### *La reforma psiquiátrica en Andalucía*

El primer elemento contextual al que hay que hacer referencia es el ya mencionado proceso de *Reforma Psiquiátrica* en cuya descripción pormenorizada no vamos a entrar (4, 5) pero algunos de cuyos aspectos pasamos a resumir a continuación, como marco general a tener en cuenta previamente a la exposición de los programas de integración laboral.

La Reforma pretendía crear las bases para una atención integral, eficiente y no marginadora a las personas afectadas por problemas de salud mental, acabando con las graves carencias de la asistencia psiquiátrica pública heredada de la dictadura (dispersión de recursos entre distintas administraciones, confusión de competencias sanitarias, sociales y judiciales, esca-

sez de recursos materiales y humanos, preponderancia de la atención institucional basada en Hospitales Psiquiátricos muy tradicionales, etc.). Para ello se estableció inicialmente un plan de trabajo basado en el desarrollo simultáneo de cuatro líneas estratégicas:

1. La creación de una única *red de dispositivos sanitarios*, de base comunitaria, integrados en el Servicio Andaluz de Salud y en estrecha conexión con el nivel de atención primaria.

2. El *cierre de los Hospitales Psiquiátricos*, que en el inicio del proceso eran 8 y contaban con un total de 4.290 camas (con una ocupación cercana al 70% y un total de 2.643 pacientes de «larga estancia»).

3. El impulso a modos de trabajo basados en el modelo de la *atención comunitaria*.

4. El fomento de la *colaboración intersectorial*, especialmente con las áreas de Justicia y Servicios Sociales.

En los doce años transcurridos se ha conseguido avanzar, de manera significativa aunque desigual, en cada una de estas líneas de trabajo, con un balance general que puede resumirse como sigue:

1. Se han incrementado y diversificado los recursos materiales y humanos dedicados a este sector, unificándolos dentro del Servicio Andaluz de Salud; así, se han articulado territorialmente en 15 *Áreas de Salud Mental* un conjunto de servicios, cuyo despliegue cuantitativo actual en comparación con la situación de partida puede verse en el Cuadro 1, lo que en conjunto supone un elevado cumplimiento de las previsiones iniciales, si bien con huecos aún importantes en lo que respecta a dispositivos de rehabilitación y atención hospitalaria de media estancia;

2. Se han cerrado a ingresos los 8

Hospitales Psiquiátricos Públicos, de los que 4 están ya completamente vacíos, a la vez que se reducía a menos de 500 el número total de internos (Gráfico 1), a través de programas individualizados de desinstitucionalización; programas que siguen en marcha, al menos en las unidades bajo control del SAS, de cara a permitir su desaparición en el transcurso del presente año<sup>1</sup>;

3. Se han desarrollado programas de trabajo y formación de personal con orientación comunitaria, así como mecanismos de apoyo informativo y de investigación, si bien en este aspecto los resultados dejan aún bastante que desear; y,

4. Se han puesto las bases para el trabajo intersectorial mediante acuerdos con la Administración de Justicia (control judicial de los ingresos involuntarios y atención a la población reclusa), así como con las áreas de Servicios Sociales y Trabajo, a la vez que se apoyaba el desarrollo y la colaboración con asociaciones de familiares y usuarios.

En este último aspecto, el de la colaboración intersectorial, hay que destacar la creación, a finales de 1993, de la *Funda-*

<sup>1</sup> En 1990, cuando se produce la integración de los recursos de salud mental de las Diputaciones, las Unidades de Deficientes Mentales y Ancianos (con pacientes no necesitados de atención sanitaria) que quedaban en algunos Hospitales continuaron bajo dependencia de aquellas (de sus Áreas de Servicios Sociales), haciéndose cargo el SAS sólo de los pacientes que necesitaban todavía atención hospitalaria, así como de aquellos que, no necesiándola, precisaban algún tipo de recurso de apoyo social no disponible entre las prestaciones habituales de los Servicios Sociales. En la actualidad (abril de 1998) subsisten unidades residenciales cerradas a ingresos de Deficientes Mentales y/o Ancianos en los antiguos Hospitales de Córdoba, Jaén y Sevilla (con algo menos de 400 internos) y dos Unidades de pacientes Psicóticos en Granada y Sevilla con 32 y 35 residentes, respectivamente.

*ción Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental* (1, 2), por decisión del Gobierno de la Comunidad Autónoma (Departamentos de Salud, Asuntos Sociales, Trabajo y Economía) a propuesta del Parlamento de Andalucía y en respuesta a la demanda coordinada de amplios sectores profesionales y de las Asociaciones de familiares y usuarios.

La Fundación se organiza como una entidad privada en términos legales, en la que tienen representación distintos agentes sociales, recibe financiación pública para el desarrollo de una red de recursos de apoyo social, destinados a pacientes usuarios de los servicios de salud mental, y en la actualidad dispone de los recursos que pueden verse, también en comparación con los iniciales, en el Cuadro II.

#### *El programa de integración laboral en Andalucía*

En la actualidad parece existir suficiente evidencia científica y consenso profesional para afirmar que la atención comunitaria de personas afectadas por determinadas enfermedades mentales (especialmente aquellas de tipo psicóticos) exige el desarrollo de un complejo conjunto de intervenciones sanitarias y sociales, que implican a su vez muy variados actores y redes no menos complejas de servicios (6-12).

En ese marco, se admite también que un sector clave para que estas personas puedan permanecer en la comunidad, con el mínimo de dignidad personal y participación social que exige su derecho a la «ciudadanía», es el del trabajo (3, 7, 10, 13, 14 y 15). Sector que, en su doble condición de instrumento e indicador de integración social, presenta dificultades específicas para el

acceso de personas con problemas de salud mental, añadidas a las importantes dificultades de carácter general que actualmente presenta el mercado.

De ahí la necesidad de poner en marcha intervenciones múltiples (13), que van desde la atención sanitaria con orientación rehabilitadora, hasta la formación profesional y el apoyo a la inserción laboral, incluso mediante la creación de empresas específicas dentro de la llamada «economía social»; sin olvidar la necesidad de establecer también situaciones con distintos grados de actividad y protección para los que no consigan, temporal o definitivamente, su plena incorporación a la actividad laboral.

Para ello es necesario disponer en definitiva de una red, lo más diversificada y coordinada posible, de servicios y programas, a cargo de personal con conocimiento y experiencia adecuados. En concreto y en nuestra situación, consideramos necesario disponer de espacios funcionales que permitan proveer al menos las prestaciones que figuran en el Cuadro III.

En Andalucía la mayor parte de estas funciones no tenían prácticamente ningún desarrollo con anterioridad a la Reforma, por lo que no se contaba ni con espacios ni con personal cualificado para ellas. Así tuvo que partirse prácticamente desde cero, hasta conseguir el establecimiento de una mínima red de recursos que poco a poco van permitiendo su prestación a las personas con mayores dificultades. Concebidos como una *red flexible*, que permite «rutas» personalizadas diversas a través de sus distintos «nudos», se cuenta con los siguientes elementos que configuran nuestro *modelo funcional de apoyo a la integración laboral* (Cuadro IV):

(1) *Equipos de Salud Mental* como

núcleo del sistema de atención sanitaria, que, articulados con los Equipos de Atención Primaria, permiten una atención ambulatoria y domiciliaria de los pacientes (con el apoyo temporal de las Unidades de Hospitalización breve de los hospitales generales);

(2) *Unidades de Rehabilitación* que, en las zonas urbanas, apoyan a los Equipos y desarrollan programas específicos para los pacientes con mayores problemas;

(3) *Talleres polivalentes* que, en las zonas rurales, permiten una atención más prolongada con elementos de rehabilitación, orientación básica y actividad ocupacional y prelaboral; cumpliendo además una importante función de apoyo social;

(4) *Centros ocupacionales* de utilización habitualmente temporal, como forma de transición, pero que pueden ser utilizados de manera más prolongada según los casos;

(5) *Programas de formación profesional*, orientados al empleo y con una duración media de 8 a 12 meses;

(6) *Proyectos formativo-empresariales*, basados en la experiencia de desarrollo del Proyecto europeo Azimut (al que luego haremos una referencia más extensa), de mayor duración que los cursos y que combinan la actividad de formación con el empleo protegido y la posterior creación de empresas sociales;

(7) *Empresas sociales*, como forma específica de empleo (que también se describen a continuación con más detalle); y,

(8) *Programas de apoyo al empleo* en el mercado laboral normal.

Modelo que aún tiene, como veremos a continuación, un desarrollo limitado y especialmente en los tres últimos elementos, y a cuyo incremento y consolidación han contribuido de modo significativo algunos

programas de cooperación cofinanciados por el Fondo Social Europeo (16, 17).

### *El desarrollo de empresas sociales*

En Andalucía, como en el conjunto del Estado español, la actividad laboral de las personas afectadas por procesos mentales graves se ha visto considerablemente limitada. Dificultades de acceso a la formación y al empleo, así como la pérdida irrecuperable del mismo en los casos de desarrollo posterior de la enfermedad, han venido constituyendo la carrera profesional más común de estas personas (entre el 80 y el 90% de los pacientes en tratamiento en los servicios públicos de Andalucía con diagnóstico de Psicosis no tiene empleo y entre el 20 y el 30% de los mismos no lo han tenido nunca)<sup>2</sup>.

A las dificultades propias de la enfermedad se vienen uniendo los tradicionales prejuicios sociales y el efecto de una legislación más propensa a otorgar pensiones de incapacidad que a favorecer la integración laboral de estas personas. Por otro lado, las estructuras tradicionales de atención, reducidas en la práctica a los Hospitales, no pasaban de los planteamientos clásicos de la laborterapia institucional, cuando no del abandono puro y simple de los pacientes a su cargo.

Por todo ello, hasta el inicio del proceso de Reforma Psiquiátrica no existen en Andalucía (ni en el resto del Estado) programas de integración laboral con entidad real. De hecho, incluso en los primeros años de la Reforma, este es un aspecto

<sup>2</sup> Datos procedentes de estudios, algunos de ellos no publicados, sobre atención a pacientes psicóticos en algunos de los servicios de salud mental de Andalucía (Málaga y Sevilla, fundamentalmente). Con respecto a Sevilla, cf. 18 y 19.

escasamente desarrollado, centrándose el esfuerzo en el desmantelamiento de las estructuras de Laborterapia de los Hospitales Psiquiátricos (contaminadas, en nuestro caso, por idénticos «vicios» institucionalizadores) y en el desarrollo de la red sanitaria alternativa.

Así en 1989 se crean las primeras Unidades de Rehabilitación y más o menos por las mismas fechas se inician los contactos con otras experiencias Europeas que cristalizarán en la incorporación de Andalucía al Proyecto AZIMUT (16), financiado por el Fondo Social Europeo y constituido por grupos de Italia, Irlanda, Alemania y Grecia. El Proyecto (cuyos aspectos más significativos se resumen en el Cuadro V), al que el grupo andaluz se adhirió (en medio de no pocas dificultades financieras y administrativas) en 1990, tenía como principal finalidad la constitución de empresas sociales como vía para la integración laboral de personas con dificultades derivadas de distintos problemas de salud mental, y permitió, en nuestro caso, obtener una serie de resultados de interés:

a) sirvió de estímulo a los profesionales de los servicios de salud mental, favoreciendo las primeras reflexiones con respecto a la conveniencia y factibilidad de poner en marcha programas de integración laboral para sus usuarios,

b) contribuyó a sensibilizar también a otros agentes sociales, implicados en este tipo de actividades: familiares, empresarios, sindicatos, autoridades administrativas, etc.,

c) permitió adquirir conocimientos teórico-prácticos útiles para el desarrollo posterior de este tipo de programas, a través de la experimentación y el intercambio internacional,

d) facilitó la creación, en colaboración

con la Organización Nacional de Ciegos (institución con peso creciente en los programas de inserción laboral de personas con minusvalías), de una estructura organizativa para el impulso y la gestión a nivel regional de los programas de formación profesional y empleo (Empresa IDEA, S. A.), y

e) estableció, finalmente, en Sevilla una primera Empresa Social (PROAZIMUT, S. L.), dando empleo a un número significativo de pacientes.

El proceso así iniciado sirvió de base para la constitución posterior de otras dos empresas de similares características en Málaga y Jaén. A la vez que suponía un considerable impulso al desarrollo del conjunto de actividades implicadas en este área: rehabilitación vocacional, formación profesional, actividades ocupacionales, etc. Por último, a finales de 1997 y como resultado de un nuevo Programa europeo (Proyecto Marienthal, cf. referencia número 20) se acaban de constituir otras cinco, incrementando significativamente el número de puestos de trabajo ocupados por pacientes (Cuadro VI).

Las características de dichas empresas intentan adecuarse a nuestra propia *concepción general sobre la Empresa Social*, basada en una reelaboración de los aspectos que nos han parecido más interesantes de las experiencias internacionales conocidas (3, 17 y 20), en el contexto específico (administrativo, legal y de servicios) de Andalucía. Concepción que pasamos a resumir a continuación.

En primer lugar, el desarrollo de Empresas Sociales constituye para nosotros el elemento clave de una *estrategia general* que intenta hacer frente a las dificultades prácticas con que se encuentran muchas personas con problemas de salud mental, tanto a la hora de conseguir un empleo como de mantenerse en él; dificultades que tienen

relación, evidentemente, con problemas específicos derivados de su enfermedad (y que afectan a su motivación, capacidad de aprendizaje, pautas de relación social, mantenimiento de ritmos sostenidos de trabajo, etc.), pero también con trabas legales y actitudes de rechazo por parte de distintos agentes (familia, profesionales, empresarios, otros trabajadores) sobre la base común del prejuicio social. Acentuadas en momentos de crisis del empleo, son dichas dificultades las que determinan iniciativas para sustituir o, al menos, complementar, la vía «tradicional» de inserción en empresas generales o «normales», con el desarrollo de formas empresariales específicamente abiertas a este colectivo.

A este respecto, hay que tener en cuenta que la constitución de este tipo de empresas no sólo permite resolver el problema de acceso al empleo de un número más o menos importante de pacientes, sino que, al demostrar en la práctica la viabilidad del trabajo de al menos una parte de las personas con trastornos psicóticos, se convierte en pieza clave para una apertura progresiva del mercado laboral a través de la sensibilización de los diversos agentes implicados.

En segundo lugar, las Empresas Sociales constituyen un *tipo específico de empresa* que pretende conseguir las ventajas de una empresa «normal» (sujeta a los imperativos del mercado), a la vez que intenta contrarrestar algunas de sus desventajas para la población a la que se dirige; «normal», por tanto, en lo que respecta al papel que el trabajo en ellas representa para este tipo de personas, no sólo como fuente de retribución económica ligada al rendimiento, sino también como vehículo de reconocimiento social e incremento de la autoestima personal; pero también «específica» en la medida en que trata de proteger a los pacientes a

través de la creación de un ambiente más tolerante para con sus dificultades, permitiendo algunos límites menos rígidos (en cuanto a rendimiento, ritmos, movilidad, etc.), y facilitándoles distintas modalidades de apoyo personal.

Dicha especificidad (que la hace en definitiva «normal» y al mismo tiempo «diferente») deriva del intento de compensar el menor rendimiento que, para una empresa sujeta a los mecanismos de mercado, puede suponer el empleo de un número importante de personas con dificultades; hay que tener en cuenta, a este respecto que, por un lado, su objetivo primordial no es alcanzar una rentabilidad económica sino crear empleo estable para estas personas, lo que exige un equilibrio financiero pero no ganancia en sentido estricto (cf. Cuadro VII), y también que, por otro lado, este tipo de empresa puede contar con distintos mecanismos de apoyo a través de subvenciones por empleo de personas con minusvalía, cuotas de mercado institucional, relaciones con servicios públicos, etc.

En tercer lugar, para conseguir sus objetivos, las Empresas Sociales utilizan *mecanismos funcionales y organizativos* peculiares, como son:

a) la diversificación de la producción, que debe permitir combinar áreas de diferente relación empleo-productividad, empleos de distinta complejidad y nivel de exigencia, junto al desarrollo de las distintas orientaciones vocacionales;

b) el desarrollo simultáneo y conexo (dentro o fuera de la estructura estricta de la empresa) de programas de formación profesional y actividad ocupacional;

c) una estructura jerárquica menos rígida, que estimule y permita la participación, como elemento clave de motivación y refuerzo de la autoestima;

d) una estructura de personal que favorezca la integración a través de una adecuada combinación de pacientes y no pacientes, la generación de un clima de tolerancia y diversos mecanismos de apoyo personal a las personas con más dificultades; estructura que debe favorecer la formación continuada a la vez que maximiza el empleo;

e) una estructura retributiva basada en la productividad real (a la vez estímulo y «principio de realidad»), con posibilidad de niveles escalonados, dentro siempre del marco de la normativa laboral existente, que adquiere aquí además un valor de «normalización»;

f) una producción que busque dar una imagen externa de calidad, favoreciendo así la valoración social de los pacientes y contribuyendo a modificar otras actitudes y prejuicios sociales negativos; y,

g) un apoyo externo (de grado y contenido variable, que puede llegar en algunos casos a la cesión temporal de personal técnico) basado en la estrecha colaboración con los servicios de salud mental. Colaboración que exige también, por parte de los servicios sanitarios pautas de interacción no basadas en la dependencia (13).

En lo que respecta a su *forma jurídica*, pensamos que puede variar en función de distintas características del contexto en que se desarrolla. En concreto en Andalucía, tales empresas se han constituido como *Sociedades de Responsabilidad Limitada*, ya que esta forma legal resulta más viable en nuestra situación que las Cooperativas (sujetas a limitaciones legales y financieras para su constitución y con menos garantías

de mantenimiento de sus fines sociales específicos).

Por último, y aunque tenemos serias divergencias con respecto a la regulación actual de los *Centros Especiales de Empleo*<sup>3</sup>, la mayor flexibilidad de la Administración andaluza ha permitido la calificación como tales de las ocho empresas actualmente en funcionamiento, facilitando de este modo el acceso a las subvenciones que ello implica (aportaciones económicas por puesto de trabajo creado y coste de la seguridad social y mitad del salario base).

#### *Algunas dificultades a resolver*

Además de las dificultades derivadas del aún escaso desarrollo de este tipo de actividades en Andalucía (problemas de consolidación, distancia entre necesidades y disponibilidades reales, etc.), hay todo un conjunto de problemas que están lejos de haber alcanzado una solución satisfactoria y siguen estando, por tanto, abiertos al debate. Entre ellos queremos mencionar los siguientes:

1. El establecimiento de los objetivos concretos de este tipo de empresas, sometidas siempre a una tensión permanente entre «productividad» y «rehabilitación».

2. La necesidad de ir definiendo progresivamente nuevos roles profesionales formadores, trabajadores, empresarios,...) para hacer más eficaz el trabajo, sin esta-

«minusválidos», quizás puedan ser útiles para otro tipo de minusválidos pero son de imposible aplicación al colectivo de pacientes mentales, por razones tanto de productividad como de «normalización» de las relaciones en las que participan los pacientes. Lo que implica también aquí la necesidad de cambios legislativos que adapten la normativa a las peculiaridades de estas personas.

<sup>3</sup> Divergencias que afectan, por un lado, a la propia «etiqueta» que no favorece la normalización del empleo que pueden ofrecer, y, por otro a características concretas que, como la exigencia de un 70% de

blecer categorías demasiado rígidas que anulen el componente inicial de espontaneidad y experimentación y sus importantes efectos motivacionales.

3. La definición teórica y especialmente práctica de las líneas de relación entre empresas y servicios de salud mental, desde el apoyo y colaboración necesarios hasta los mecanismos de manejo de los inevitables «conflictos de competencias».

4. Todo un conjunto de aspectos relacionados con la gestión de personal y estructura interna de las empresas, que deben facilitar el funcionamiento empresarial sin renunciar a un ambiente participativo y motivador (o viceversa).

5. Algunos problemas relacionados con los límites del apoyo público tanto en términos de financiación como de mercado, teniendo en cuenta que si bien el criterio básico es la autosuficiencia financiera, no debería renunciarse a disfrutar de ventajas similares a otras empresas con características comunes, ni a las derivadas de la adopción de algunas medidas de «discriminación positiva», dentro del marco de las políticas de igualdad.

6. Tampoco en este último campo están claros los criterios de «contabilidad» aplicables, en términos de análisis coste-beneficio, en una empresa de estas características, ya que la relación de beneficios directos e indirectos es más amplia que lo que una visión superficial permite constatar (desde los ahorros en pensiones o en utilización de servicios sanitarios, hasta las más

difícilmente cuantificables repercusiones personales), no siendo fácil establecer mecanismos contables que los tengan en cuenta.

7. En lo que respecta a la retribución del trabajo, aunque el criterio general de ajustarla en cada caso a la productividad parezca correcto, tampoco resulta fácil la adecuación de las normativas salariales a la diversidad de situaciones que reflejan las productividades de los pacientes. Tampoco está resuelta la situación de aquellas personas cuyo rendimiento real no justificaría un salario pero que podrían beneficiarse de participar en las actividades de la empresa, sin tener que acudir a un Centro Ocupacional, separado y habitualmente peor valorado socialmente.

8. En conjunto, hay una serie de aspectos para los que las regulaciones legales no ofrecen en la actualidad soluciones satisfactorias, aspectos que van desde el estatus de este tipo de empresas o la regulación de los apoyos de diverso tipo que precisan, a las formas de trabajo parcial, los criterios de valoración de las minusvalías, el problema de las pensiones, etc.

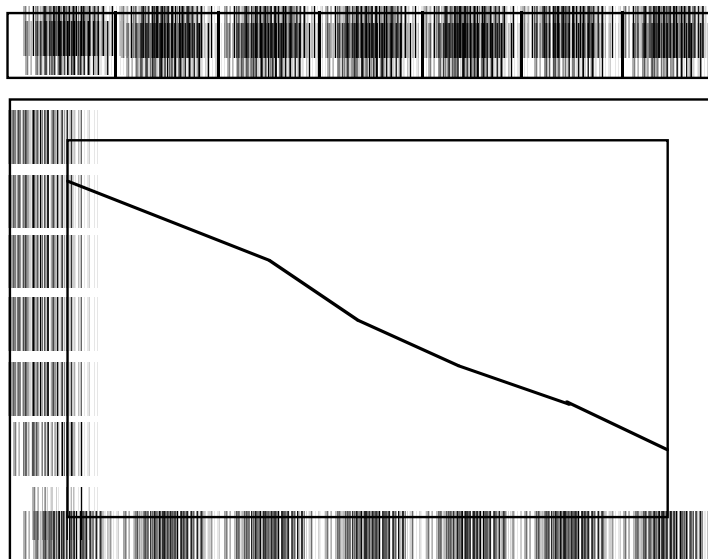
9. Y, por último, no pueden olvidarse las dificultades que presentan determinadas zonas (especialmente en el ámbito rural) en las que la dispersión de la población y la falta de infraestructura de diverso tipo hacen difícil el desarrollo de este tipo de programas.

Aspectos no resueltos sobre los que merece la pena seguir reflexionando a partir

Cuadro I  
*Evolución de los recursos sanitarios públicos para la atención en salud mental en Andalucía. 1984-1997*

Tipo de dispositivo	1984	1997
<i>Equipos de Salud Mental de Distrito</i>	20	71
<i>Unidades de Salud Mental de H. General</i>		
Número de Unidades	4	19
Número de camas	126	508
<i>Unidades de Salud Mental Infantil</i>	2	11
<i>Unidades de Rehabilitación (C. de Día)</i>		
Número de Unidades	0	9
Número de plazas	0	270
<i>Comunidades terapéuticas</i>		
Número de Unidades	0	6
Número de plazas	0	95
<i>Hospitales de Día</i>		
Número de Unidades	2	3
Número de plazas	60	90

Gráfico I  
*Evolución de la población de larga estancia en los H. P. Públicos de Andalucía 1985-1997*



Cuadro II  
*Evolución de recursos de apoyo social para pacientes mentales en Andalucía. 1984-1997*

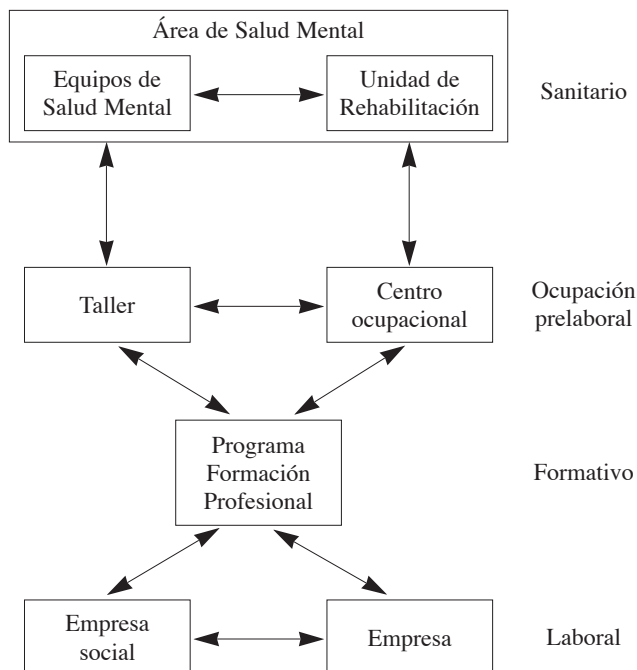
Tipo de recursos	1984	1997
<i>Residenciales:</i>		
<i>Pisos</i>		
Número	9	49
Número de plazas	39	178
<i>Hogares</i>		
Número	0	15
Número de plazas	0	232
<i>Ocupacionales:</i>		
<i>Talleres y Centros Ocupacionales</i>		
Número	0	51
Número de plazas	0	753
<i>Laborales:</i>		
<i>Cursos de Formación Profesional (N.º de plazas)</i>		
	0	168
<i>Empresas Sociales</i>		
Número	0	8
Número de plazas	0	244
% de pacientes mentales	0	50,0
<i>Resocializadores:</i>		
<i>Clubes Sociales</i>		
Número	1	15
Número de plazas	30	490

Cuadro III  
*Modelo de servicios de apoyo a la integración laboral en Andalucía: prestaciones básicas*

Tratamiento comunitario  
Rehabilitación  
Orientación vocacional  
Adquisición de hábitos básicos  
Actividad ocupacional  
Formación básica y compensatoria  
Formación profesional  
Trabajo supervisado  
Orientación y apoyo en la búsqueda de empleo  
Apoyo en el puesto de trabajo

Cuadro IV

*Modelo de servicios de apoyo a la integración laboral en Andalucía: organización funcional*



Cuadro V

*Datos generales del Proyecto Azimut en Andalucía (1990-1994)*

<i>Fecha de inicio del Proyecto</i>	Enero 1991
<i>Fecha constitución de la Empresa (PROAZIMUT, S. L.)</i>	Octubre 1993
<i>Fecha de contratación de los primeros pacientes</i>	Junio 1994
<i>Número inicial de pacientes en formación</i>	30
<i>Número total de pacientes que pasaron por el programa</i>	59
<i>Número de pacientes inicialmente contratados (Jun. 94)</i>	14
<i>Número de pacientes actualmente contratados</i>	36
<i>Actividades iniciales</i>	Carpintería, Restauración, Electrónica, Fontanería, Pintura.
<i>Actividades actuales</i>	Carpintería, Restauración, Catering, Electrónica, Informática, Limpieza
<i>Horas totales de formación por alumno</i>	4.560
<i>Coste total del Proyecto</i>	135.000.000
<i>Subvenciones para la constitución de la Empresa</i>	30.000.000

Cuadro VI  
*Actividades y puestos de trabajo en las empresas sociales en Andalucía. 1997*

Nombre	Actividades	Puestos de trabajo	
		Pacientes	Total
PROILABAL (Almería)	Jardinería, Artes Gráficas Gestión de programas de apoyo social	7	14
GESSER (Jerez de la Frontera, Cádiz)	Jardinería, cultivo de flor cortada, Residencia y reproducción caninas	6	9
Azahara del Sur (Córdoba)	Jardinería, Carpintería	8	12
Ajardinamientos Nevada (Granada)	Agricultura, Jardinería	6	10
INDESUR (Huelva)	Terminación y decoración de muebles, Informática y telecomunicaciones	6	9
A DEMANDA, S. L. (Jaén)	Imprenta, Restauración	12	23
Multiser del Mediterráneo, S. L.	Restauración-Catering, Ordenación de Aparcamientos, Reprografía, Jardinería Gestión de programas sociales	41	106
PROAZIMUT, S. L.	Restauración-Catering, Carpintería Electrónica, Informática, Limpieza	36	61
		122	244

Cuadro VII  
*Balance económico de las tres primeras empresas en 1997*

EMPRESA	INGRESOS			GASTOS		
	Explotación	Otros	Total	Explotación	Otros	Total
PROAZIMUT, S. L.	220.159.000	4.580.000	224.739.000	223.763.000	13.572.000	237.335.000
A DEMANDA, S. L.	54.167.000	6.992.000	61.159.000	57.374.000	1.582.000	58.955.000
MULTISER	234.417.000	13.394.000	247.811.000	242.107.000	5.480.000	247.587.000

del intercambio de información entre las distintas experiencias, en la esperanza de que ese proceso nos permita adecuar progresivamente nuestras respuestas. Esperanza en la que se inscribe, al menos en la intención, nuestro artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

(1) LÓPEZ, M.; LARA, L., «La coordinación intersectorial en la atención a la salud mental: nuevas instituciones y formas de gestión», en LEAL, J. (coord.), *Equipos e Instituciones de Salud (Mental), Salud (Mental) de Equipos e Instituciones*, Madrid, AEN, 1997, pp. 149-168.

(2) LARA, L.; LÓPEZ, M., «La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía», en GARCÍA, J.; ESPINO, A.; LARA, L. (eds.), *La Psiquiatría en la España de fin de siglo*, Madrid, Díaz de Santos, 1998, pp. 213-224.

(3) GROVE, B., y otros, *The Social Firm Handbook*, Londres, Pavillon, 1997.

(4) INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL, *La Reforma Psiquiátrica en Andalucía, 1984-1990*, Sevilla, IASAM, 1989.

(5) LÓPEZ, M., y otros, «Un programa para la supresión de los Hospitales Psiquiátricos públicos en Andalucía. 1985-1995», en GARCÍA y otros, *op. cit.*, pp. 101-116.

(6) LAVENDER, A.; HOLLOWAY, F. (ed.), *Community Care in practice*, Chichester, Wiley & Sons, 1988.

(7) LIBERMAN, R. L., *Psychiatric Rehabilitation of Chronic mental patients*, Washington, American Psychiatric Press, 1988.

(8) MIRABI, M., *The Chronic Mentally III: Research and Service*, Jamaica, Mtp Press, 1984.

(9) ALANEN, Y. O., y otros, «Tratamiento y Rehabilitación de las Psicosis Esquizofrénicas: El modelo finlandés de tratamiento», *Boletín Informativo de Salud Mental*, Sevilla, SAS, 1991-1992, 2, 3.

(10) WATTS, F. N.; BENNETT, D., *Rehabilitación Psiquiátrica*, México, Limusa, 1990.

\* Marcelino López, psiquiatra y psicólogo, Director del Programa de Salud Mental, Servicio Andaluz de Salud. Francisco Álvarez, economista, gerente de Iniciativas de Empleo Andaluzas, S. A. Margarita Laviana, psicóloga, Coordinadora Provincial de Rehabilitación de Sevilla. *Correspondencia*: Marcelino López. Programa de Salud Mental, Servicio Andaluz de Salud, Av. de la Constitución, 18, 1.º, 410071 Sevilla.

\*\* Fecha de recepción: 12-VI-1998.

(11) ANCIL, R. J. (ed.), *Schizophrenia. Exploring the Spectrum of Psychosis*, Chichester, Wiley & Sons, 1994.

(12) LÓPEZ, M.; LÓPEZ, A.; FERNÁNDEZ, G., «La organización de servicios para la atención comunitaria al paciente mental crónico», en GARCÍA, J., y otros, *op. cit.*, pp. 199-212.

(13) FLEXER, R. W.; SOLOMON, P. L., *Psychiatric Rehabilitation in Practice*, Sthoneham, Andover, 1993.

(14) LÓPEZ, M.; LAVIANA, M., «Los servicios de salud mental como apoyo a la integración laboral: condiciones funcionales y organizativas», en GARCÍA, y otros, *op. cit.*, pp. 253-260.

(15) CIARDELLO, J.; BELL, M. D. (ed.), *Vocational Rehabilitation of Persons Whith Prolonged Psychiatric Disorders*, Baltimore, Johns Hopkins University, 1998.

(16) LÓPEZ, M., «El Programa AZIMUT: formación profesional e integración sociolaboral de pacientes mentales crónicos en Andalucía», en *Jornadas Internacionales de Rehabilitación Psiquiátrica y Estructuras Intermedias*, Oviedo, 1992.

(17) GALLIO, G., «Nell'Impresa Sociale», *Per la salute mentale*, Trieste, 1991.

(18) VÁZQUEZ, A. J.; JIMÉNEZ, R., y otros, «Esquizofrenia en el medio comunitario», *Revista de la A.E.N.*, 1995, XV, 53, pp. 199-216.

(19) HERVÁS, A., y otros, «Estudio descriptivo de la situación laboral de la población con trastorno esquizofrénico del Área sanitaria 'Virgen del Rocío' de Sevilla», *Intervención Psicosocial*, 1997, VI, 3, pp. 393-404.

(20) FUNDACIÓN ANDALUZA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL, *El Proyecto Marienthal, 1995-1997*, Sevilla, Faisem, 1998.