PalauMacaya

Fedaia Federació d'entitats d'atenció a la infància i l'adolescència

Pg. de Sant Joan, 108, Barcelona

TRIBUNA FEDAIA: ESPAI DE REFLEXIÓ SOBRE INFÀNCIA I FAMÍLIA EN RISC

PALAU MACAYA, BARCELONA, 13 D'OCTUBRE

PROJECTE SELECCIONAT A LA CONVOCATÒRIA DEL PALAU MACAYA que té com a finalitat donar suport a iniciatives i projectes de reflexió, debat, intercanvi i difusió d'idees que ajudin a entendre millor els reptes que té plantejats la nostra societat i que permetin identificar noves tendències de progrés i transformació social.

El cicle Tribuna FEDAIA va néixer amb la voluntat de posar de manifest la realitat dels infants, els adolescents, els joves i les famílies en situació de risc i vulnerabilitat a Catalunya. A través de diferents ponències i de l'elaboració i publicació posterior de diferents articles de reflexió, es pretén reforçar la incidència política i social de les entitats que treballen amb la infància en risc.

Quatre conferències conduïdes per experts d'àmbit autonòmic, nacional i europeu van servir per obrir un debat sobre la necessitat de fer un canvi de model d'atenció a la infància, menys institucionalitzat i molt més comunitari. Gràcies a aquestes ponències se n'ha pogut obrir el debat a Catalunya, per reflectir el canvi de model que ja s'ha dut a terme en altres ciutats i en altres països i que el que persegueix no és altra cosa que garantir una millor qualitat de vida dels infants i joves en risc d'entrar o sortir d'una atenció institucional.

Obra Social "la Caixa"

1 REPTE:

Obrir un debat sobre un canvi del model d'atenció a la infància amb la intenció de millorar la seva qualitat de vida i fer que les seves necessitats esdevinguin una prioritat política i social.

2 OBJECTIUS DEL CICLE:

L'objectiu principal que es persegueix és generar un debat i una reflexió iniciats fa temps a Europa sobre la necessitat d'impulsar un procés de canvi de model d'atenció a la infància en risc que aposta per una major intervenció de la comunitat i una menor institucionalització.

3 LES IDEES CLAU:

UN ENTORN FAMILIAR ÉS FONAMENTAL PER AL DESENVOLUPAMENT D'UN INFANT

Gràcies a les diferents activitats fetes en el marc del cicle, s'ha pogut comprovar que un entorn familiar amorós és fonamental per al desenvolupament d'un infant i que una atenció basada en la família és més eficaç que l'atenció institucional per als nens a llarg termini.

CAL APODERAR LA COMUNITAT PER ACONSEGUIR UNA MILLOR ATENCIÓ A LA INFÀNCIA

La desinstitucionalització (DI) no consisteix a centrar-se en l'actuació residencial, que en seguirà sent un component important, sinó en els sistemes avançats en la transició a la comunitat i l'atenció basada en la família. Cal no entendre la desinstitucionalització com un tancament total d'institucions sinó com una actuació integrada de prevenció i d'inversió en la infància i la família.

Quan parlem de desinstitucionalització, ens referim a l'enfortiment de les famílies i a **una atenció centralitzada en el nen o nena**, **en les seves necessitats** en cada moment, **tenint en compte sempre l'interès superior de l'infant** i la valoració dels serveis residencials com a fórmula d'atenció de caràcter comunitari.

El benestar de la infància s'ha de concebre com una peça fonamental del desenvolupament social i econòmic del nostre país i ha de representar un eix vertebrador de les polítiques públiques. Cal actuar de forma preventiva i crear un model d'atenció integral que garanteixi la protecció dels drets de tots els nostres infants.

4 ACTIVITATS QUE COMPONEN EL CICLE:

L'ATENCIÓ A LA INFÀNCIA EN RISC: UNA MIRADA AL LLARG DELS DARRERS VINT ANYS A ESPANYA, CATALUNYA I EUROPA

17 de gener de 2017

L'objectiu d'aquest primer seminari és fer un recorregut, sota el guiatge d'experts en l'atenció a la infància i l'adolescència en risc, dels últims vint anys, en el qual es posi de manifest com ha estat l'evolució del sector, de la normativa, de les entitats i dels professionals que s'hi dediquen, al costat de la mirada de com ha estat l'evolució en altres països d'Europa. Per entendre i consensuar al màxim on volem portar l'atenció a la infància al nostre país, n'hem de conèixer la història, els orígens, d'on venim i quins processos i transformacions s'han dut a terme els últims anys.

Amb la participació de: Cristina Ojanguren, Imma Pérez, Katerina Nanou.

EVOLUCIÓ EN EL MODEL DE L'ATENCIÓ A LA INFÀNCIA EN RISC. TRANSICIÓ D'UN MODEL D'ATENCIÓ INSTITUCIONAL A COMUNITARI. MARC TEÒRIC DE REFERÈNCIA A EUROPA

14 de febrer de 2017

L'objectiu d'aquest segon seminari és conèixer de primera mà, gràcies a l'European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care i altres institucions europees, quines són les directrius comunes a Europa sobre la transició d'un model d'atenció residencial a un model d'atenció comunitària. Un debat sobre un model extrapolable a les persones amb discapacitat, les persones amb problemes de salut mental i les persones grans a Europa i que cal també referenciar per dur a terme al nostre país.

Amb la participació de: Emmanuel Sherwin, Jamie Bolling, Marianne Dayen, Cristina Font.

L'ÈTICA EN LA PRÀCTICA PROFESSIONAL EN EL MARC D'UN NOU MODEL D'ATENCIÓ A LA INFÀNCIA EN RISC

3 d'abril de 2017

L'objectiu d'aquest seminari és reflexionar sobre la importància de la necessitat que tenen les entitats que atenen la infància i l'adolescència de treballar seguint uns criteris ètics i, alhora, ser coneixedors del marc legal, les recomanacions i l'evolució del model d'atenció a la infància per prendre consciència de les reflexions i l'actualitat que el sector està prioritzant.

Amb la participació de: Pedro Coduras, Joan Canimas, Marta Montoya, Marta Garcia, Agnès Pàmies, Anna Solé.

REFLEXIONS SOBRE EL MODEL EN L'ATENCIÓ A LA INFÀNCIA EN RISC. BONES PRÀCTIQUES

17 de maig de 2017 | Vegeu-ne el vídeo

L'objectiu de la trobada és la reflexió sobre el model actual d'atenció a la infància i l'adolescència en risc per tal de valorar si s'ajusta a les necessitats dels infants i sobre si hi ha altres vies que siguin més adients. Com enfoquem l'atenció en el nou paradigma? La presentació de bones pràctiques enfocades a aquest canvi en l'atenció d'infants i adolescents ens pot proporcionar un full de ruta que ens permeti alimentar el debat i que acompanyi les entitats, l'Administració pública i el sector en general en aquesta evolució.

Amb la participació de: Jana Hainsworth, Ivanka Shalapatova, Nausica Castelló, Alba Muro.

5 CONCLUSIONS DEL CICLE:

Quan iniciàvem el cicle Tribuna **FEDAIA**, sota el títol **Canvi de Model en l'Atenció a la Infància en Risc**: Transició d'un Model d'Atenció Institucional a un Model Comunitari, ho fèiem amb la intenció d'obrir un debat i una reflexió sobre el model actual d'atenció a la infància més vulnerable, amb la mirada posada també a Europa, on centenars de milers de nens i nenes estan creixent en la cura institucional, i aquesta situació persisteix malgrat l'evidència que demostra que un entorn adequat és fonamental per al desenvolupament d'un infant.

Al llarg d'aquests mesos i gràcies als espais Tribuna hem pogut reflectir el canvi en l'atenció que s'ha dut a terme els darrers anys i, gràcies a les aportacions al debat de diversos experts, tant nacionals com internacionals, hem enriquit el nostre propi procés intern de reflexió per treballar en la millora de la qualitat de vida d'infants, adolescents i joves en risc d'entrar o sortir d'una atenció institucional.

Gràcies als Tribuna hem pogut conèixer també els orígens del nostre sistema actual de protecció a la infància, per entendre millor d'on venim i reflexionar amb el màxim de dades possible sobre cap a on volem anar. Hem pogut conèixer de primera mà la situació en altres països europeus i reflexionar sobre els reptes ètics que pot comportar un canvi de model. Hem reflexionat mitjançant la presentació de bones pràctiques enfocades i experiències d'aquest canvi de paradigma i hem pogut extreure expertesa de tots els que ja treballen amb aquesta nova mirada.

6 PARTICIPANTS:

CONXITA FONT I ESCUDER

Responsable de Fons Europeus. Departament d'Afers i Relacions Institucionals i Exteriors i Transparència. Jurista, especialitzada en la Unió Europea i en diplomàcia i relacions internacionals, membre del Gabinet del Secretari d'Afers Exteriors i de la UE i cap de Servei de Coordinació Interdepartamental dins de la Secretaria per a la UE.

MARIANNE DOYEN

Directora de polítiques de l'ESN (European Social Network). Especialista en cura comunitària, diversitat funcional i fons europeus per millorar els serveis socials. Ha liderat el grup sobre diversitat funcional de l'ESN. Va ser auxiliar de polítiques a la Direcció General d'Ocupació, Afers Socials i Inclusió de la Comissió Europea.

JAMIE BOLLING

Directora executiva de l'ENIL (The European Network on Independent Living). Va ser membre de l'European Fundamental Rights Platform's Advisory Panel del 2010 al 2014. Ha estat sotspresidenta del Grup Expert Europeu en la Transició de la Cura Institucional a la Cura Comunitària.

EMMANUEL SHERWIN

Copresident del grup de treball de cura alternativa d'EuroChild i membre del grup directiu del projecte conjunt Quality4Children de FCO, SOS i FICE. Actualment és director de polítiques i defensa de Hope and Homes for Children, on treballa per la desinstitucionalització.

ALBA MURO

Psicòloga de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Llicenciada en Psicologia. Màster en Psicologia Forense i Criminal, especialista en abús sexual infantil, violència filioparental i en adolescents. Experiència laboral en justícia juvenil i en medi obert, justícia d'adults i psicòloga de l'Equip d'Atenció a Menors de 14 anys Inimputables a la DGAIA.

IVANKA SHALAPATOVA

Consellera delegada de For Our Children Foundation. Ha participat en la gestió de les tres xarxes: a SEECRAN-Europa Sud-oriental, IFCO, especialitzada en el treball de cura de criança, i el grup d'ONG per la CDI, que reuneix organitzacions de tot el món per treballar en l'aplicació de la Convenció de les Nacions Unides sobre els drets de l'infant.

JANA HAINSWORTH

S'incorpora a Eurochild com a secretària general el gener del 2006. Responsable del desenvolupament estratègic de la xarxa Eurochild. L'any 2015 va ser escollida presidenta de la Plataforma Social. Va començar el seu segon mandat de dos anys l'abril del 2017.

NAUSICA CASTELLÓ

Educadora social, psicòloga i terapeuta familiar. Desenvolupa l'experiència professional primer al camp de l'educació social amb adolescents tutelats. Posteriorment, com a terapeuta familiar. Actualment, treballa a ABD com a psicòloga i coordinadora del programa LARIS i del programa PREINFANT.

CRISTINA OJANGUREN

Membre de FICE España. Educadora social i consultora en projectes socials, ha desenvolupat la seva carrera professional a la cooperativa Agintzari. Treballa com a tècnica de desenvolupament i innovació de serveis socials i en la projecció de noves necessitats i oportunitats d'intervenció social.

IMMA PÉREZ

Advocada per la Universitat de Barcelona. Habilitada com a educadora social. Mediadora. Màster ESADE en Gestió i Educació Pública. Ha exercit com a fiscal i jutge. va ser directora de la DGAIA (Direcció General d'Atenció a la Infància) i secretària d'Infància de la Generalitat de Catalunya.

KATERINA NANOU

Katerina Nanou treballa a polítiques i defensa a Eurochild y coordina la campanya Opening Doors for Europe's Children. Grau en Treball Social i màster de recerca (MRE) en Política Social Europea. Té experiència com a treballadora social amb gent gran, sense llar, infants i com a investigadora en temes d'adopció d'infants, infants en cura alternativa i promoció de la salut mental dels infants a l'escola secundària.

PEDRO CODURAS

Representant de FICE España. Mestre i llicenciat en Ètica Social i Psicologia. Ha treballat com a terapeuta en diversos projectes de protecció de menors. Actualment és gerent de la Fundación para la Atención Integral del Menor i representant de FICE España.

JOAN CANIMAS

Doctor en Filosofia i màster en Bioètica i Dret. Professor de la UdG i de la UOC. Coordinador científic de l'Observatori d'Ètica Aplicada a l'Acció Social, membre del Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya, del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Institut d'Assistència Sanitària i del Comitè d'Investigació Clínica de l'Institut d'Assistència Sanitària.

MARTA MONTOYA

Directora del CRAE Kairós-Eduvic. Diplomada en Educació Social per la Universitat Ramon Llull. Postgrau en Mediació i Resolució de Conflictes. S'ha format durant cinc anys en teràpia familiar sistèmica i ha fet cursos i seminaris sobre l'àmbit de la salut mental i de la infància i l'adolescència.

MARTA GARCIA

Llicenciada en Filosofia i Ciències de l'Educació, amb especialitat en Pedagogia Terapèutica, i diplomada en Logopèdia. És presidenta, directora tècnica i responsable de qualitat i millora contínua de la cooperativa ISOM, de la qual és sòcia fundadora.

AGNÈS PÀMIES

Educadora social i psicopedagoga, especialitzada en menors en risc social i en direcció d'ONG. Actualment és directora tècnica del Casal dels Infants, però la seva trajectòria professional combina l'atenció a la infància amb la intervenció comunitària.

ANNA SOLÉ

Responsable de l'Àrea de Coordinació, Participació i Drets de la DGAIA. Com a diputada ha participat a la Comissió de Salut, a la d'Empresa i Ocupació, a la d'Ensenyament i Universitats, a la de Benestar, Família i Immigració, a la de Polítiques de Joventut i a la Comissió d'Infància.

FEDAIA, Federació d'Entitats d'Atenció i d'Educació a la Infància i l'Adolescència

Plataforma que agrupa a Catalunya el conjunt d'entitats que treballen amb infants, joves i famílies en situació de risc d'exclusió social o desemparament. Nascuda l'any 1996, està formada per entitats d'iniciativa social sense ànim de lucre d'arreu de Catalunya que atenen més de 100.000 infants i 35.000 famílies i es caracteritzen per dur a terme una tasca d'atenció i d'educació des de l'àmbit de la protecció i la prevenció, treballant en xarxa des de la proximitat territorial. Durant els darrers vint anys, la FEDAIA ha impulsat importants canvis i transformacions, tant des del punt de vista polític com tècnic, treballant activament pel reconeixement dels drets dels infants, els adolescents, els joves i les famílies més vulnerables de la nostra societat.

PalauMacaya

Fedaia
Federació d'entitats
d'atenció a la infància
i l'adolescència

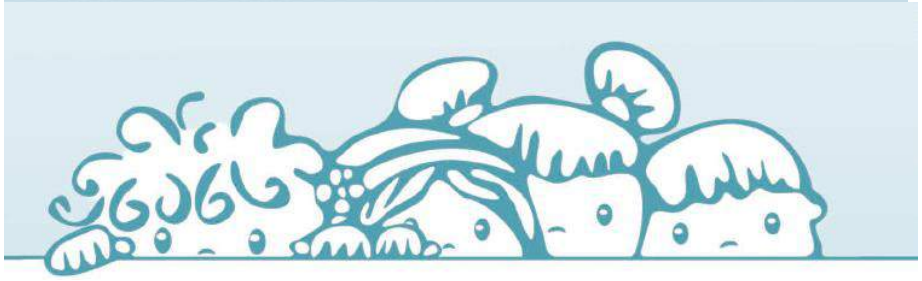
Fundació Bancària "la Caixa"

PalauMacaya

Fedaia Federació d'entitats d'atenció a la infància i l'adolescència

TRIBUNA FEDAIA: ESPAI DE REFLEXIÓ SOBRE INFÀNCIA I FAMÍLIA EN RISC

ARTICLES DE REFLEXIÓ



COL·LECCIÓ ia Articles de Reflexió

PalauMacaya

Fedaia Federació d'entitats d'atenció a la infància i l'adolescència

1. Marc Legal de la Desinstitucionalització. Emmanuel Sherwin

2. La atención a la infancia en riesgo en España y el País Vasco. Una mirada a los últimos 20 años. Cristina Ojanguren

3. Del Model Institucional al Model Comunitari. Indicadors del tipus de cura. Joan Canimas

4. Arquitectura de la cura. Joan Canimas

Les opinions expressades en aquesta publicació són responsabilitat dels autors i no reflecteixen necessàriament la política i posicionaments de FEDAIA.

B 20684-2018
Barcelona, 2018

PROJECTE SELECCIONAT **CONVOCATÒRIA** PALAU MACAYA

MARC LEGAL DE LA DESINSTITUCIONALITZACIÓ

EMMANUEL SHERWIN

Copresident del grup de treball de cura alternativa d'EuroChild i membre del grup directiu del projecte conjunt Quality4Children de FCO, SOS i FICE. Actualment és director de polítiques i defensa de Hope and Homes for Children, on treballa per la desinstitucionalització.

Els orígens del marc legal de la desinstitucionalització són complexos i estan relativament poc documentats. Actualment, al 2017, encara no hi ha cap disposició legal que prohibeixi l'ús de l'atenció institucional. Encara que països europeus han promulgat lleis que limiten o prohibeixen l'ús d'aquest tipus d'atenció, alguns estats només tenen una legislació que en limita l'ús per a infants menors de tres anys diversos d'acord amb les Directrius de l'ONU per a la cura alternativa dels infants. Alguns altres estats, inclosos alguns de l'Àfrica subsahariana, tenen lleis que prohibeixen l'ús i l'establiment de qualsevol forma d'atenció institucional.

El fet que l'atenció institucional encara no estigui prohibida en l'àmbit internacional és una qüestió polèmica. Les Directrius de l'ONU per a la cura alternativa dels infants són només una part de la gran història sobre els esforços internacionals per promoure una cura alternativa de qualitat. En aquest article examinarem els darrers quinze anys de desenvolupament de lleis, polítiques i esforços destinats a limitar i posar en marxa una moratòria sobre l'ús de l'atenció institucional.

La primera qüestió és la definició d'*atenció institucional* o del terme *desinstitucionalització*. Fins ara, cap d'aquests termes ha estat definit en cap tractat o llei internacional vinculant. De fet, hi ha una necessitat evident de definir l'atenció institucional o el procés de desinstitucionalització. Tot i això, tenint en compte els factors econòmics i la gran varietat d'actors involucrats en el debat, així com els seus conflictes d'interessos, sembla que hi ha molt poca voluntat de fer-ne una definició de forma més oberta. Segons Mulheir, hi ha hagut diversos intents de definir l'atenció institucional mitjançant l'ús d'indicadors quantitatius com ara el nombre d'infants en un sol lloc[i]. Igual que Mulheir, Costa[ii] ofereix indicadors qualitatius que suggereixen que l'atenció institucional es caracteritza, per exemple, per tenir una rutina molt reglamentada o una cura despersonalitzada, fet que contribueix al desenvolupament deficient de l'infant. Actualment, el document publicat més recent amb un determinat nivell de suport internacional que conté una definició d'atenció institucional és el de les Directrius europees comunes per a la transició d'un model d'atenció institucional a un model comunitari, elaborat el 2012 pel Grup d'experts europeu sobre la transició del model d'atenció institucional al d'atenció comunitària o familiar. Aquest document,

tot i comptar amb la participació de diversos funcionaris d'alt nivell de la UE i de l'ONU durant el seu desenvolupament, no està aprovat per cap organisme internacional.

Tornem un moment enrere fins al 2004 i donem un cop d'ull als precursors de les Directrius de l'ONU per a la cura alternativa dels infants. Cap al 2004, la seu de l'UNICEF va treballar amb el Servei Social Internacional (ISS)[iii] per preparar un conjunt de documents temàtics sobre els infants privats de la cura familiar, el que es coneix ara com a cura alternativa. A principis del 2004, les organitzacions IFCO, SOS Children's Villages International i FICE van començar a elaborar Quality4Children, un conjunt de normes voluntàries per a la cura alternativa, desenvolupades pels usuaris assistents, professionals i experts. Aquest procés va incloure més de 500 infants i joves amb experiència assistencial i es va desenvolupar mitjançant voluntaris a 30 estats d'Europa. Aquest conjunt de normes està disponible en 27 idiomes i es va presentar oficialment al Parlament Europeu el juny de 2007[iv].

Entre el 2004 i el 2005, el Consell d'Europa va dur a terme diverses missions sobre el terreny a alguns estats, juntament amb una enquesta dels estats membres sobre la situació de l'atenció residencial. El 2005, el Consell va emetre un conjunt de recomanacions amb l'objectiu de millorar i establir unes condicions mínimes per a l'atenció residencial[v]. El setembre de 2005, el dia del debat general de la Convenció de les Nacions Unides sobre els drets de l'infant (UNCRC) es va tractar el tema dels infants privats de la cura familiar. De manera important, els representants dels tres moviments descrits anteriorment van parlar durant aquest debat sobre la necessitat de crear un conjunt de normes reconegudes internacionalment per als infants que no viuen amb la seva família biològica[vi]. El Consell d'Europa ha aprovat altres recomanacions clau que també s'alineen amb la qüestió dels infants privats de la cura familiar: Recomanació [Rec 2006 (19)] sobre la criança positiva, Recomanació [Rec 2012 (2)] sobre la participació dels infants i els joves, i la Recomanació del Consell d'Europa [CM/Rec (2011)12] sobre els drets dels infants i els serveis socials favorables als infants i a les famílies[vii].

"*Una de les recomanacions principals que es va derivar d'aquest debat va ser que la comunitat internacional formulés pautes de projecte per millorar la implementació de la Convenció sobre els drets de l'infant (CRC) per als nens privats de la seva família. L'UNICEF i ONG internacionals van unir les forces en un grup de treball de NGO Group for the CRC, així com amb diversos experts individuals i joves amb experiència de cura alternativa, per finalitzar el text a principis de 2006*"[viii]. Les directrius es van sotmetre a diverses iteracions i processos de l'ONU fins que finalment van ser "acollides" per l'Assemblea General de les Nacions Unides el 18 de desembre de 2009, Resolució A/RES/64/142. Les directrius de l'ONU per a la cura alternativa dels infants no creen ni drets nous ni obligacions vinculants per als estats membres de les Nacions Unides. S'han de considerar una "comprensió actual" de la UNCRC i d'altres convencions internacionals de drets humans, i estan dirigides a tots els proveïdors de serveis, organitzacions i professionals que participen en qüestions de cura alternativa.

Dins d'Europa hi ha un consens més ampli entre les organitzacions de la societat civil i parts del sistema de la UE en la idea que l'atenció institucional ja no és acceptable dins les seves fronteres. Això es deu, en major part, a les persones i experts que van formar part del Grup d'experts Ad Hoc sobre la transició del model d'atenció institucional al d'atenció comunitària (actualment Grup d'experts europeu sobre la transició del model d'atenció institucional al d'atenció comunitària). L'any 2009 l'excomissari d'Ocupació i Afers Socials, el Sr. Vladimir Spidla, va elaborar un informe per abordar en tota la seva complexitat el problema de les reformes de l'atenció institucional

i per presentar recomanacions a la UE i els seus Estats. Els membres del grup van fer pressió sobre els funcionaris europeus i el personal de l'Oficina de l'Alt Comissariat de les Nacions Unides per als Drets Humans de Brussel·les en relació a les violacions dels drets humans a causa de la importància i la gravetat dels problemes dels infants, de les persones amb discapacitat i problemes de salut mental, així com de les persones grans que actualment resideixen en els centres d'atenció institucional d'Europa. Com s'ha esmentat anteriorment, un dels resultats fonamentals va ser l'elaboració de les Directrius europees comunes per a la transició d'un model d'atenció institucional a un model comunitariix.

Quatre punts clau de les Directrius europees comunes per a la transició d'un model d'atenció institucional a un model comunitari

Establiment del marc legal per als serveis comunitaris

- Dret a viure a la comunitat: de conformitat amb la CRC, la Convenció sobre els drets de persones amb discapacitat (CRPD) i altres legislacions sobre tractats pertinents haurien de donar suport al principi que diu que els infants han de créixer en un entorn familiar.
- Accés als serveis i instal·lacions principals: accés a l'habitatge social, a l'educació, a l'ocupació, a l'assistència sanitària, al transport, a les instal·lacions esportives i culturals, a les llars d'infanst i a qualsevol altre servei del qual la comunitat es beneficiï.
- Tutela i presa de decisions: per als infants en institucions, la tutela també pot significar un repte important. En alguns països, l'autoritat local actua com a tutor legal del menor i també és l'òrgan que pren la decisió sobre l'assignació de fons locals per a serveis assistencials. Article 12 de la UNCRPD i Article 12 de la UNCRC.
- Prestació de serveis comunitaris: Paral·lelament al desenvolupament de serveis comunitaris, els països haurien d'establir el marc legal i reglamentari per regular el lliurament, l'accés i el finançament d'aquests serveis.

Desenvolupament de la mà d'obra
objecte de la cura → titular dels drets (d'un model mèdic d'atenció a un model social d'atenció)

- Serveis diversificats que requereixen un nombre més elevat de professionals.
- La necessitat de donar suport a persones amb necessitats diferents en el serveis principals.
- Reducció del nombre de càrrecs administratius necessaris.
- Canvi en la ubicació geogràfica dels serveis, amb serveis que segueixen els usuaris (a diferència de l'atenció institucional).
- Els estats que formen part de la UNCRPD haurien de "promoure la formació dels professionals i del personal que treballen amb persones amb discapacitat"
- i la UNCRC; hi ha un nombre adequat de personal implicat en l'atenció o en la protecció dels infants.

Què és la desinstitucionalització?
La desinstitucionalització és un procés que comprèn:

1. el desenvolupament de serveis comunitaris d'alta qualitat individualitzats, inclosos aquells destinats a prevenir la institucionalització i la transferència de recursos de les institucions residencials de llarga estada als nous serveis per garantir la sostenibilitat a llarg termini;
2. el tancament planificat d'institucions residencials de llarga estada en què els infants, les persones amb discapacitat (incloses les persones amb problemes de salut mental), les persones sense llar i les persones

grans viuen, segregats de la societat, amb unes condicions d'atenció i assistència inadequades, i on sovint se'ls denega el gaudi dels seus drets humans;

3. la facilitació de l'accés als serveis principals, com l'educació i la formació, l'ocupació, l'habitatge, l'assistència sanitària i el transport, a tots els infants i adults que necessiten assistència.

Directrius del Grup d'experts europeu: què s'aplica als infants en situació de risc?

1. Defensar el desenvolupament d'alternatives comunitàries a les institucions
2. Avaluar la situació
3. Desenvolupar una estratègia i un pla d'acció
4. Establir el marc legal per als serveis comunitaris
5. Desenvolupar un conjunt de serveis a la comunitat
6. Assignar recursos financers, materials i humans
7. Desenvolupar plans individuals
8. Oferir suport a particulars i comunitats durant la transició
9. Definir, fer un seguiment i avaluar la qualitat dels serveis
10. Desenvolupar la mà d'obra

L'altre resultat fonamental de tota la defensa basada a Brussel·les va ser l'establiment d'un conjunt de condicionants *ex ante*, que s'han inclòs a la ronda actual de l'ús dels Fons estructurals i d'inversió europeus per al període 2014-2020. En realitat, per a un nombre reduït d'estats de la UE, això significa que no poden utilitzar els Fons estructurals europeus de cap manera per millorar, renovar o establir cap centre d'atenció institucional. Concretament, els estats membres han de complir la condició *ex ante* 9.1 que els exigeix tenir i implementar un marc de política estratègica nacional que inclogui mesures per a la transició de l'atenció institucional a l'atenció comunitària. Aquesta condició s'ha de complir abans que es puguin gastar els Fons estructurals i d'inversió europeus. Això ofereix als advocats una plataforma per fer pressió i campanya perquè s'apliqui la condició *ex ante* a tots els estats membres de la UE que utilitzen els Fons estructurals europeus; i potser es podria estendre fins a la Política social europea i aplicar-la als estats que no reben fons estructurals europeus o, fins i tot, es podria anar més enllà i aplicar-la a tots els fons europeus, inclosos els que s'utilitzen en la Cooperació europea per al desenvolupament. També hi ha una altra oportunitat de defensa juntament amb la condició *ex ante*, i és el Codi europeu de conducta sobre les associacions. Els estats membres que volen utilitzar els fons estructurals de la UE han de complir un seguit de criteris per aconseguir-ho, com ara incloure parts interessades rellevants en la lluita contra la pobresa (vegeu la Governança multinivell i l'Associació i el Codi europeu de conducta sobre les associacions[x]). Els països de la campanya *Opening Doors* en diversos països són membres dels grups de supervisió nacionals.

El camí cap a una Europa totalment desinstitucionalitzada va començar a la dècada dels noranta amb les imatges de centenars d'infants abandonats i desemparats als 'orfenats de Ceaușescu'. A mesura que Europa s'anava convertint en una comunitat més oberta i integrada, tant la societat civil com els responsables de les polítiques no van tenir més remei que començar la tasca àrdua de tancar tots els centres d'atenció institucional que hi havia dins les seves fronteres. Avui dia, hi ha una certa lleugera fatiga quan es parla de la desinstitucionalització en les esferes del poder a Brussel·les, però la lluita continua amb molts altres organismes i ONG's, que uneixen els seus esforços per seguir pressionant per aconseguir desterrar l'atenció institucional d'Europa i més enllà.

I. Mulheir, Georgette. "*Deinstitutionalisation–A human rights priority for children with disabilities*", The Equal Rights Review 9 (2012): 117-137.
II. Costa, Michela. "*The case for the elimination of institutional care of children"* (2016), Hope and Homes for Children.
III. http://www.iss-ssi.org/index.php/en/advocacy
IV. http://www.sos-childrensvillages.org/specialpages/testsite/archive/family-based-care/quality-in-care/quality-4-children-standards
V. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805daac2
VI. goo.gl/w1d8Hh
VII. http://www.coe.int/en/web/children/alternative-care
VIII. Cantwell, N.; Davidson, J.; Elsley, S.; Milligan, I.; Quinn, N. (2012). *Moving Forward: Implementing the 'Guidelines for the Alternative Care of Children'*. Regne Unit: Centre d'excel·lència en matèria d'infants tutelats a Escòcia, pàg. 20.
IX. http://www.deinstitutionalisationguide.eu/
X. http://www.eesc.europa.eu/?i=portal.en.eco-opinions.23897

LA ATENCIÓN A LA INFANCIA EN RIESGO EN ESPAÑA Y EL PAÍS VASCO. UNA MIRADA A LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS.

CRISTINA OJANGUREN

Membre de FICE España. Educadora social i consultora en projectes socials, ha desenvolupat la seva carrera professional a la cooperativa Agintzari. Treballa com a tècnica de desenvolupament i innovació de serveis socials i en la projecció de noves necessitats i oportunitats d'intervenció social.

Este artículo deriva de la ponencia del mismo título presentada en el marco del Ciclo Tribuna Fedaia. Ambos espacios, suponen una oportunidad de revisión de mi actividad profesional junto con la de muchos compañeros y compañeras, enmarcada en el desarrollo que la atención a la infancia ha tenido en el País Vasco y en el Estado.

La perspectiva del tiempo, es un buen argumento para acercarse a ésta revisión y nos permite entender y ubicar los avances conseguidos y perfilar los elementos de consideración a futuro. Ahora bien, cabe tener en cuenta que esta mirada, tal como rotula el título de la ponencia es una perspectiva desde la experiencia de un contexto particular, que podría ser complementada por otras miradas posibles. Por lo tanto este artículo hace una aportación más, pero no recoge un estudio exhaustivo ni comparado de la realidad estatal y autonómica, y como tal debe tratarse su contenido.

La experiencia de atención a la infancia en riesgo, entre el año 1996 y 2016, es desde Agintzari SCIS, un camino de crecimiento progresivo en servicios, empleo y presencia geográfica, que ha multiplicado por diez todos los parámetros de actividad, y que actualmente nos sitúa en la provisión de servicios públicos de atención a la infancia en todo el espectro de servicios sociales de cartera: desde la atención en servicios de base hasta el acogimiento familiar, servicios de postadopción, servicios de preservación familiar, acogimiento residencial en la CAPV, etc. En concreto en la actuación local, a nivel municipal o comunitario, la perspectiva de mayor interés para esta ponencia, tiene presencia en más de 35 municipios y mancomunidades, dónde reside el 70 % de la población de Bizkaia.

Para facilitar esta revisión, se han ordenado los contenidos en tres ejes: legislación, servicios y su organización, y paradigmas en la atención, que culmina con los retos identificados para el momento actual.

Legislación

Estos últimos 20 años recogen un círculo de evolución muy significativo, que marca un estadio en las referencias de actuación en protección infantil, que se inicia con la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección

Jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Esta ley, posiciona al Estado en el marco y la filosofía de los tratados internacionales y sitúa por primera vez a niños o niñas como sujetos de derechos, y supone el punto de partida para una modernización de la atención en infancia en la línea europea.

Esta nueva concepción, regula las situaciones de desprotección y sitúa la obligación de la entidad pública a la actuación de corrección y de atención a las situaciones de riesgo y desamparo. Con ello, las comunidades autónomas, en su competencia de prestación de servicios sociales, se activan y en la siguiente década legislan leyes específicas de atención a la infancia y adolescenciax, como marco propio para el desarrollo de servicios y prestaciones.

A pesar de todos los aspectos positivos que derivan de dicha ley, cabe remarcar en negativo la escasa definición del concepto de "riesgo", lo cual, ha tenido repercusión en una concepción posterior desigual en las diferentes comunidades autónomas. En respuesta a esta situación, Castilla y León en el año 2002 define de manera más concreta las situaciones de riesgo, las Islas Baleares replican el texto en el año 2006 y Galicia en el 2011. Cataluña amplia las situaciones concretas en 2010 y las reproduce Castilla-La Mancha cinco años después.

El resto de comunidades autónomas reescriben el texto estatal y añaden según el caso pequeños matices sobre el riesgo de exclusión, marginación, inadaptación, etc. incorporando un enfoque de desprotección social, en consonancia con el capítulo de la ley estatal (denominado Actuaciones en situaciones de desprotección social del menor).

En el caso vasco, la ley autonómica del año 2005, recoge el texto estatal, con énfasis en la actuación de padres y madres en la asunción de sus responsabilidades. Este hecho, junto con la disposición final primera de la ley que requiere la elaboración de un instrumento de valoración para determinar el riesgo leve, moderado, grave o el desamparo, lleva a un trabajo propio de conceptualización de las situaciones que se materializa en el Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca, BALORA (2011).

Desde el marco inicial normativo, establecido en 1996 desde el ámbito estatal, las diferentes autonomías despliegan actuaciones particulares, y es esta realidad concreta de práctica y avance en la atención a la protección infantil, la que dos décadas después y en sentido inverso, ha desplegado las demandas y aportaciones para la actualización normativa, con la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia. Así, las mejoras que esta nueva ley introduce, son el resultado de la experiencia desarrollada y de una mayor profundización en los derechos de la infancia y en los procedimientos de actuación por las comunidades autónomas. Tan solo a modo de ejemplo, se destaca la novedad de declaración de la situación de riesgo mediante resolución, que La Rioja y Aragón ya habían introducido en 2006 y 2008 respectivamente, o los programas de preparación para la vida independiente que Cataluña ya venía recogiendo en su normativa varios años antes.

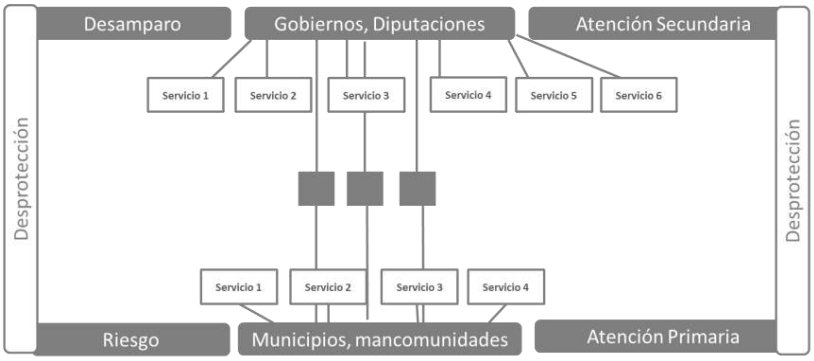
Con todo ello, el balance de estos 20 años en la legislación muestra una evolución y una posición positiva, con nuevos requerimientos para avanzar en la atención a la infancia tanto en desamparo como en riesgo, cuyo concepto se define y amplia.

Servicios y su organización

La modernización legislativa que supuso la Ley 1/1996, instó a los poderes públicos a ampliar la actuación en materia de protección infantil y determinó la estructura principal de los mismos, en torno a la diferenciación de situaciones de riesgo y las situaciones de desamparo. La atención de las primeras se ubica en la infancia y familia,

en un ámbito local o municipal, desde servicios sociales de base y las segundas desde las competencias de gobiernos autonómicos o diputaciones como es el caso del País Vasco.

El siguiente gráfico recoge esta distribución, que se extiende en las diferentes CCAA.



En la evolución de estos veinte años es visible el aumento de los servicios y prestaciones en ambos niveles; recogiendo frente a las primeras etapas, prácticamente centradas en el acogimiento residencial, la incorporación de programas de acogimiento familiar, de preservación, de postadopción, etc.

En Euskadi, y en la atención a la infancia en el ámbito local se parte de desarrollos diferentes. En Bizkaia, es evidente el empuje de la sociedad civil y de las propias asociaciones como es el caso de Agintzari y otras muchas que nacen en entornos urbanos con la finalidad de atender a situaciones sociales y a colectivos en dificultad. Estas entidades diseñan, promueven programas de los municipios y convencen a las instituciones locales para su financiación y aplicación, constituyendo un avance por delante de la regulación de los servicios sociales. En Gipuzkoa, el liderazgo fue diferente, con una actuación bastante extendida de servicios socio-educativos desde el medio abierto, con atención al desarrollo social de la infancia y financiada por la educación compensatoria. En Araba, el liderazgo parte del municipio, Vitoria- Gasteiz, con una fuerte inquietud por el apoyo social a la infancia y la familia, una capacidad técnica alta y posibilidad de recursos, que desarrollan un amplio abanico de servicios.

En cuanto al Estado y la disposición de servicios en la atención a la infancia en riesgo destaca su diversidad, en ubicación, alcance y prestaciones. El trabajo social, la educación social, y la atención psicológica, en varios lugares más tardía, se complementan en algunos casos con la figura de trabajador/a familiar (Navarra y otras). Ello, también ha llevado en las últimas etapas a la necesidad de hablar de lo multidisciplinar y lo interdisciplinar.

Aunque todo el conjunto gráfico, y las referencias de dónde parte, hablan de un sistema de protección puede decirse que en muchos casos la conexión y cohesión entre los dos niveles de atención no ha llegado a completarse para poder reconocerlo como un único sistema. Todavía, hoy en día, los servicios están muy departamentalizados y los flujos entre ambos o los servicios conjuntos intermedios son escasos.

Es aquí, donde tras la evolución de estos años, cabe una revisión de esta ordenación de manera profunda que necesitará de espacios de reflexión y análisis. A modo más superficial y aún sin cuestionar la separación de niveles de atención por la gravedad de la situación, podríamos pensar en el replanteamiento de algunos programas. Por ejemplo, los programas de atención a menores infractores, que no siendo las infracciones correlativas a la situación de desprotección, y que a priori podrían responder a una atención más primaria, sin embargo se atienden desde la competencia gubernamental. En la misma línea cabe repensar si el desplazamiento de algunos de los recursos disponibles en el acogimiento residencial (alojamiento, manutención, organización del hogar, etc., o en su caso los recursos económicos que los sustentan) pudieran evitar en la atención de base las guardas o tutelas por parte de la administración. Y, en general cabe cuestionar si en la atención a la infancia se está aplicando una lógica preventiva y de atención en las fases tempranas.

Otro de los aspectos, en esta evolución, tiene que ver con el desarrollo de los servicios sociales de base, que también ha creado en algunas ocasiones abordajes paralelos, según los colectivos atendidos y con dificultad en una integración coherente. En esta cuestión, por ejemplo, muchos municipios todavía no han resuelto una actuación ordenada en la atención a la población indicada, la población más selectiva, y una atención de carácter más comunitario y de protección más universal. Todo ello ampliado con la complejidad de atención por colectivos y la integración de las prestaciones económicas y técnicas.

Por último, en este apartado, cabe señalar que se ha avanzado en dispositivos y en cobertura de atención, aunque también la crisis económica y los recortes asociados están generando un retroceso. Cabe un amplio recorrido en mejora y es necesario pensar y probar nuevas fórmulas en la articulación de servicios y prestaciones. Así mismo, se remarca la escasez de datos estadísticos sobre la atención a la infancia en desprotección, con información muy segmentada y poco actualizada, con la excepción de la Generalitat de Cataluña que publica mensualmente datos, claros y accesibles.

Paradigmas en la atención a la infancia en riesgo

Este apartado recoge una perspectiva particular desde la experiencia propia en la evolución de la atención, ya que la ponencia no pretende ni en su extensión ni en su profundización un estudio completo a nivel de Estado de las referencias técnicas y su aplicación en la protección a la infancia.

Agintzari pone en marcha sus primeros servicios en Bizkaia, para la atención a la infancia en riesgo y sus familias, bajo la nomenclatura de Equipos de Intervención Comunitaria, con anterioridad a la ley estatal de protección infantil (Ley1/1996), y con anterioridad a la diplomatura de educación social. Los profesionales y las profesionales que conforman estos equipos provienen de diferentes disciplinas de las ciencias humanas; en su mayoría se están formando en teoría sistémica y el marco teórico de aplicación principal es el ecológico-sistémico.

El programa marco propio de la entidad destaca en los objetivos y contenidos de trabajo una incidencia muy clara en el mesosistema y es insistente la actuación en la conexión y mejora de la relación familia-escuela, el acercamiento y relación con los recursos sanitarios, el refuerzo de la relación con el vecindario, la participación en actividades socioculturales... y en la actividad con adolescentes se hace hincapié en el conocimiento y desenvolvimiento en el entorno, la mejora de la competencia social, etc.

En las situaciones de mayor desprotección, la Junta de Castilla y Léon (1998,1996) toma cierta referencia con las primeras publicaciones del Estado en esta materia: *Guia 1, Detección y Notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia* y *Guia 2, Investigación y evaluación ante situaciones de desamparo infantil.* El discurso de la protección a la infancia como responsabilidad compartida entre la familia y los agentes sociales que presenta esta primera guía se traslada a nuestros programas municipales y se trabaja en la comunidad y sus recursos, especialmente desde el ámbito educativo para que se promueva la detección y atención la infancia en riesgo. Desde entonces textos similares y el mismo esquema puede verse en la documentación de referencia a lo largo de todo el Estado en la última década

La segunda guía, aporta referencias para aquellas situaciones de mayor riesgo para la presentación de informes y valoraciones más estructuradas y técnicas, y también resultan básicas como referencia en el País Vasco y otras autonomías.

La atención psicológica, cobra también progresivamente mayor aportación, unida a estas necesidades de valoración y de atención. Si bien, en algunos momentos cuestionada por algunas de sus prestaciones entre el ámbito social o sanitario, finalmente se consolida en los servicios de cartera básicos (Decreto 185/2015).

Entre los paradigmas para el abordaje de la desprotección infantil, la publicación del libro *El dolor invisible de la infancia*, BARUDY, J. (1998) marca un hito entre el grupo profesional. Unos años después el propio Barudy, en los

espacios formativos internos, aportará fórmulas de comprensión y actuación. En concreto, la concepción de que el bienestar infantil resulta del cociente de las competencias parentales entre las necesidades infantiles, más los apoyos formales.

Esta premisa tan sencilla, aporta la posibilidad de incrementar el bienestar infantil, tanto desde el incremento de las capacidades parentales, como desde la cobertura de las necesidades infantiles, como desde la prestación de apoyos bien focalizados, y facilita una concepción para la intervención. En esta línea se comienza poco después a incidir en el "buen trato a la infancia" y la necesidad de mejora de las competencias parentales.

Jorge Barudy

$$BI = \frac{CP}{NI} + AI + AF$$

En el caso del País Vasco, se concentra un interés creciente por la valoración de la desprotección infantil, que tiene su reflejo en la disposición legal Ley 3/2005, y tal como se ha señalado en el eje de legislación concluye en el Instrumento *Balora*. La utilización de esta herramienta ha permitido:

Una mayor visibilización y detección para las situaciones graves y un instrumento de referencia compartido entre los servicios de atención primaria y secundaria.

La posibilidad de pensar en la protección-desprotección como un concepto continuo en la que las situaciones de protección pueden evolucionar hacia la desprotección, pero también invertir el proceso.

Otras referencias para la intervención, de nuevo publicadas por la Junta de Castilla y León, son las guías para la Intervención familiar, de Valentín Escudero (2009, 2013), que aportan aspectos concretos de los procesos de intervención y claves para profesionales de la intervención. Sobre el mismo objetivo, la parentalidad positiva también cuenta con espacio de referencia en los últimos años.

Desde este recorrido, y el paradigma que ha supuesto la valoración de las situaciones, como valor principal para determinar la condición del niño, niña y la familia, y a partir de ahí estructurar la atención, puede estar en un proceso de cambio. La actuación de apoyo, empieza a verse necesaria, incluso puede preceder a la valoración o como parte de la misma, dónde no pueda concebirse un diagnóstico sin un verdadero intento de ayuda directa. Este paradigma emergente, pone el foco a más largo plazo, en el desarrollo infantil y la construcción de la persona, retoma aspectos de complementación o anamiaje, tiene menos prejuicios para el apoyo asistencial y reclama el mayor aprovechamiento de los recursos de la familia, propone utilizar más los recursos comunitarios, está dispuesto a mezclar y construir entre lo formal e informal, y se centra en la capacitación desde contextos más reales de interacción frente al trabajo más teórico o de despacho.

Para concluir, y como parte de los paradigmas, ya no solo de intervención, sino también de organización, se considera que los principales retos en la atención infantil en riesgo que comparten los municipios en el momento actual, y de manera extendida en el Estado, se centran en la necesidad de:

- La integración de la atención primaria y la atención secundaria en un sistema bien articulado y eficiente.
- La integración de la protección infantil en los servicios sociales de base.
- La conexión e interacción de los servicios sociales, de salud, educación, vivienda, de garantía de ingresos, y de justicia.

En el abordaje de estos retos, es de valor la conceptualización que Fernando Fantova (2015) señala sobre las políticas sociales sectoriales y los bienes que protegen, dónde los servicios sociales promueven las interacciones y las relaciones, y con tal fin, cobran un espacio propio.

En conclusión: como agentes sociales en este ámbito, disponemos de un marco normativo muy actualizado, nos encontramos con una amplia necesidad de pensar y repensar los servicios y su organización, y contamos con un trabajo técnico por compartir, contrastar y mejorar con nuevos paradigmas. Vayamos a la tarea!

Referencias:

- Barudy, J. (1998) *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil.* Barcelona: Paidos Ibérica.
- Decreto 230/2011, de 8 de noviembre, por el que se aprueba el instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo en los servicios sociales municipales y territoriales de atención y protección a la infancia y adolescencia en la Comunidad Autónoma del País Vasco (BALORA). (BOPV núm.233, 12 de diciembre de 2011).
- Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. (BOPV núm. 29 de octubre de 2015)
- Escudero, V.(2009) Guía práctica para la Intervención Familiar. Junta de Castilla y León.
- (2013) *Guía práctica para la Intervención Familiar II. Contextos familiares cronificados o de especial dificultad.* Junta de Castilla y León.
- Fantova, F.(2014). Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas. Madrid: CCS.
- Junta de Castilla y León (1998). *Guía 1, Detección y Notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia.* Junta de Castila y León.
- (1996) *Guía 2, Investigación y evaluación ante situaciones de desamparo infantil.* Junta de Castila y León.
- Ley 4/1994, de 10 de noviembre, de protección y atención a menores. (BOE núm309, 27 de diciembre de 1994).
- Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores. (BOC núm. 23, 17 de febrero de 2017).
- Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor. (BOE núm.150, 24 de junio de 1998).
- Ley 12/2001, de 2 de julio, de la infancia y la adolescencia en Aragón. (BOA núm.86, 20 de julio de 2001).
- Ley 14/2002, de 25 de julio, de promoción, atención y protección a la infancia en Castilla y León. (BOCyL nº 145, 29 de julio de 2002).
- Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia (BOPV núm. 59, 30 de marzo de 2005).
- Ley 1/2006, de 28 de febrero, de Protección de Menores de La Rioja. (BOR núm. 33, 9 de marzo de 2006).
- Ley 17/2006, de 13 de noviembre, integral de la atención y de los derechos de la infancia y la adolescencia de las ILLES Balears.(BOE núm.297, 13 de diciembre de 2006).
- Ley 12/2008, de 3 de julio, de protección integral de la infancia y la adolescencia de la Comunitat Valenciana. (BOE núm. 200, 19 de agosto 2008).
- Ley de Cantabria 8/2010, de 23 de diciembre, de garantía de derechos y atención a la infancia y adolescencia. (BOC núm.34, 28 de diciembre de 2010).
- Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia. (BOGC. núm 5641, 2 de junio de 2010).
- Ley3/2011, de 30 de junio, de apoyo a la familia y a la convivencia de Galicia. (DOG núm. 134, 13 de julio de 2011).
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia. (BOE núm. 29 de julio de 2015).
- Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia en Castilla –La Mancha. (DOCM núm 201, 17 de octubre de 2014).
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. (BOE núm.15, del 17 de enero de 1996).

PalauMacaya

Fedaia Federació d'entitats d'atenció a la infància i l'adolescència

DEL MODEL INSTITUCIONAL AL MODEL COMUNITARI.

INDICADORS DEL TIPUS DE CURA[1]

JOAN CANIMAS

Professor d'ètica aplicada a la Universitat de Girona (UdG) i a la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Membre del Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya i del Comitè d'Ètica de la Recerca i la Bioseguretat de la Universitat de Girona.

La Unió Europea es troba en un procés de transició del model que anomena de *cura institucional* (*institutional care*) al de *cura comunitària* (*community-based care*). Els dos documents de referència sobre aquesta qüestió que se m'ha demanat comentar són l'*Informe del grup d'experts ad hoc sobre la transició de l'assistència institucional a la base comunitària*, de la Direcció General d'Ocupació, Assumptes Socials i Igualtat d'Oportunitats de la Comissió Europea (2009), i el *Manual sobre l'ús dels fons de la Unió Europea per a la transició de la cura institucional a la cura comunitària*, del Grup d'Experts Europeu sobre la Transició de la Cura Institucional a la Cura Comunitària (2012 i 2014).

D'aquests documents hi ha dues qüestions que no comparteixo. La primera és que considero mal trobats els conceptes *cura institucional* i *cura comunitària*, la qual cosa explico al primer capítol d'aquestes planes i proposo substituir-los per *cura comunitarista* i *cura personalitzada*, respectivament. La segona és que, al meu entendre, els identificadors del tipus de cura que hi apareixen són reactius, poc sistematitzats, insuficients i empenyen a una classificació binària i és per això, que al segon capítol faig una proposta alternativa d'indicadors per copsar el tipus de cura de les institucions.

[1] Aquest article recull i amplia la primera part de la meva conferència al Palau Macaya de Barcelona el 14 de març de 2017, en el *Cicle Tribuna FEDAIA – 2017: Canvi de model en l'atenció a la infància en risc. Transició d'un model institucional a un model comunitari*. La segona part de la conferència l'he recollit i ampliat en un altre article, «Arquitectura de la cura», que també s'inclou en aquesta publicació.

1. Sobre els conceptes *cura institucional* i *cura comunitària*.

La Unió Europea utilitza el terme *cura institucional* per a referir-se a un model maltractador i despersonalitzat que s'ha d'eradicar i *cura comunitària* per a un model centrat en la persona i la seva dignitat que cal instaurar. Entenc que l'aversió al terme *institució* prové de relacionar-lo amb un tipus de centres en els quals el poder descarnat de l'Estat i els seus acòlits es manifesta en cada racó i actitud; i que l'estima al concepte *comunitari* prové de la consideració que som animals socials i de que tots tenim responsabilitats respecte als altres, sobretot si es troben en situació de vulnerabilitat.

Ara bé, que allò institucional quedi associat a quelcom negatiu i allò comunitari a quelcom positiu pot portar, al meu entendre, a equívocs i a limitacions en l'anàlisi que possibiliten les paraules. El terme *institució*, ja sigui en català, castellà (*institución*), francès (*institution*) o anglès (*institution*), es refereix a estructures socials establertes per necessitat, costum o llei, la qual cosa fa que organitzacions tan diferents com la família, un hospici, un hospital, una escola, un ministeri o una entitat filatèlica se les pugui considerar, encertadament, institucions. La relació entre *cura* i *institució* no ha de ser necessàriament negativa i hom ha de poder dir, per exemple, que la família és una institució que té cura de les persones que en formen part, que les escoles són institucions que tenen cura de l'educació dels infants, que una societat ha de tenir institucions que cuidin les persones o que tal o qual organització és un bon exemple de cura institucional perquè es preocupa molt del seu clima o *éthos*.

Pel que fa al concepte *comunitari* i els seus derivats, tenen a veure, com se sap, amb allò compartit per dos o més a la vegada i permet emparaular un ventall de relacions humanes que van de les més excelses (per exemple quan diem «es va produir una comunió entre totes les persones»), a les més mesquines (per exemple quan ens referim als pavellons comuns d'Auschwitz). Per tant, una organització amb una base comunitària no necessàriament ha de tenir una valoració positiva i hom hauria de poder dir, per exemple, que una institució té un model de base comunitària que fa que no es tinguin en compte les particularitats de les persones. Amb això no pretenc subvertir, ni de bon tros, el concepte *treball comunitari*, molt emprat i necessari en els serveis psico-sòcio-educatius. Simplement pretenc evitar, com ja he dit, els embolics lingüístics i analítics que provoca associar el concepte *institució* i derivats únicament a valoracions negatives i el concepte *comunitari* i derivats a valoracions únicament positives.

Una altra bona raó per substituir els conceptes *cura institucional* i *cura comunitària* per *cura comunitarista* i *cura personalitzada*, respectivament, és que em sembla millor associar el tipus de cura desitjable (la cura personalitzada) amb qui la rep (la persona), no amb els que la donen (institucions o comunitat). Perquè tot i que és innegable que la cura és una responsabilitat de tots (de la comunitat) i que hi ha institucions especialitzades en tenir cura d'alguna cosa, de vegades es manifesta, i de forma radicalment excelsa, en la individualitat d'una o poques persones, lluny d'allò comunitari o institucional. A partir d'aquí, per tant, utilitzaré *cura comunitarista* en lloc de *cura institucional* i *cura personalitzada* en lloc de *cura comunitària*.

2. Set indicadors del tipus de cura.

En els dos documents de la Unió Europea citats a la introducció, la identificació i descripció del tipus de cura és, al meu entendre, reactiva, poc sistematitzada, insuficient i empeny a una classificació binària.

És reactiva perquè el tipus de cura desitjable (la personalitzada) es construeix a partir de la negació de la no desitjable (la comunitarista). Els dos documents de la Unió Europea esmentats identifiquen set factors del model comunitarista que cal eradicar: *Segregació*, *Nombre elevat de persones*, *Despersonalització*, *Rigidesa en les rutines*, *Tracte en bloc*, *Distància social o jerarquia* i *Conducta passiva del residents*[2] i, a partir d'ells i negant-los, descriuen les característiques desitjables. Els identificadors de la meva proposta, que també són set, tenen una denominació neutral que serveix per avaluar qualsevol tipus d'institució: *Llibertat*, *Intimitat*, *Nombre de persones*, *Arquitectura*, *Autoritat i vincles*, *Organització i decisió* i *Qualitat dels processos i dels resultats*. Tot i això, en la descripció que faig aquí d'aquests indicadors no he estat capaç de desempallegar-me suficientment del model que cal evitar (el comunitarista).

La identificació i descripció del tipus de cura dels dos documents de la Unió Europea és poc sistematitzada i insuficient per, almenys, aquestes tres raons: *(i)* alguns factors es poden agrupar en un mateix indicador, per exemple *Rigidesa en les rutines* i *Tracte en bloc*, que jo incloc a *Organització i decisió*; *(ii)* hi ha factors que no es contemplen tot i ser molt importants, per exemple *Llibertat*, *Intimitat* i *Autoritat i vincles*; i *(iii)* alguns factors apareixen però no se'ls dona la importància que al meu entendre tenen, per exemple l'arquitectura, que he convertit en un indicador diferenciat.

Finalment, la terminologia emprada en els documents de la Unió Europea empeny a una classificació binària, de «es dona» o «no es dona» (la segregació, el nombre elevat de persones, la despersonalització, la rigidesa de les rutines, el tracte en bloc, la distància social i la jerarquia i conducta passiva dels residents) i, per tant, a classificar les institucions en dos únics grups que es volen purs: cura comunitarista o cura personalitzada, sense graus intermedis, la qual cosa dificulta avaluar amb precisió la realitat i, per tant, transformar-la. Els identificadors que proposo em sembla que faciliten més la graduació, tot i que a l'hora d'explicar-los la brevetat que requereix aquest article m'ha portat a recórrer únicament a la descripció dels dos extrems. És imprescindible, per tant, tenir en compte la diversitat de graus i possibilitats que es desplega entre els extrems descrits.

Dels set indicadors que proposo cal fer aquestes tres advertències preliminars: *(i)* són una primera aproximació reflexiva (la contrastació amb la realitat només és fruit de la meva experiència, no de l'evidència; i en el moment d'escriure aquestes línies, desconec si hi ha treballs que van més enllà del que diuen els dos documents de la Unió Europea referenciats); *(ii)* són indicadors per avaluar el tipus de cura de qualsevol institució d'estada o residència (hospitals, centres sòcio-sanitaris, comunitats terapèutiques, serveis residencials, pisos assistits, etc.) i, per tant, és imprescindible adaptar-los a les característiques pròpies de cada institució. Per exemple, hi poden haver comunitats terapèutiques allunyades dels pobles o ciutats i això no necessàriament ha de suposar una valoració negativa en l'indicador

[2] Tal com assenyala la mateixa Unió Europea, alguns dels indicadors del model comunitarista provenen del treball realitzat per HING, RAYNES i TIZARD (1971): *Patterns of residential care: sociological studies in institutions for handicapped children (International library of sociology and social reconstruction)*, Londres: Routledge and Kegan Paul.

Arquitectura, perquè en algunes situacions l'allunyament pot ser necessari i positiu. Quan es facin aquestes adaptacions a les particularitats del servei, s'han de fer de manera crítica, fonamentada i honesta; *(iii)* finalment, cal advertir que són indicadors molt generals que pretenen valorar una qüestió també molt general: el tipus de cura en un ventall amplíssim que despleguen els dos extrems que avui ens és possible albirar. Hi ha escales de valoració que mesuren de forma molt més precisa i contrastada la qualitat de les institucions[3], però les visions i reflexions generals permeten pensar des d'una certa alçada.

(1) Llibertat.

Hi ha tres qüestions de la llibertat que aquí cal destacar:

(i) La llibertat es concreta en tres àmbits diferents: *(a) Llibertat cognitiva*: possibilitat de desitjar o decidir per un mateix. *(b) Llibertat d'acció*: possibilitat de fer el que es desitja o decideix fer. *(c) Llibertat social*: condicions que permeten la llibertat de la voluntat i d'acció. La llibertat social és un espai de reconeixements mutus (emocionals, jurídics i socials), amb unes condicions que permeten una vida de qualitat (benestar material i seguretat) i unes relacions socials culturalment riques en contrastos i diversitat de visions que permeten l'aprenentatge, l'expansió de la pròpia personalitat i la realització de noves possibilitats.[4]

(ii) La llibertat cognitiva comporta riscos. Niklas Luhmann ha diferenciat entre *perill* i *risc*. Tot i que tots dos termes es refereixen a l'amenaça de possibles danys futurs, per a aquest autor 'perill' nomena únicament l'amenaça, mentre que 'risc' nomena l'amenaça associada a la nostra pròpia actuació o omissió. Quan davant un perill prenem una decisió (encara que sigui no fer res), el perill passa a denominar-se risc. En el perill no hi ha responsabilitat, en el risc sí[5].

La vida porta la càrrega del perill i la llibertat la del risc[6]. L'exercici de la llibertat comporta prendre decisions i, per tant, la possibilitat de córrer riscos. Qui viu en llibertat s'arrisca i s'equivoca, en major o menor grau.

(iii) La llibertat requereix un procés d'aprenentatge i un suport personalitzat.

El model personalitzat *(i)* vetlla la llibertat cognitiva, d'acció i social de les persones, *(ii)* les protegeix dels perills però no necessàriament dels riscos, i *(iii)* estableix accions d'aprenentatge i suport en els usos de la llibertat per a aquelles persones que, per l'edat o per la capacitat cognitiva, ho necessiten. El model comunitarista, en canvi, *(i)* nega la llibertat cognitiva i d'acció de les persones que atén i limita en més o menys grau la social, *(ii)* no deixa que assumeixin cap

[3] Per exemple: DEL VALLE, J.F. *et alt*. (2012): *Estándares de calidad en acogimiento residencial. EQUAE*. Informes, Madrid: Estudios e investigación 2012, Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; DEL VALLE, J.F. *et alt*. (2012): *Estándares de calidad en acogimiento residencial especializado. EQUAE-E*. Informes, Madrid: Estudios e investigación 2012, Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; els indicadors de qualitat que publica el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies i que es poden trobar a http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/el_departament/publicacions/col_leccions_del_departament/indicadors/; Directriu general 3/2017, de 8 de maig, del director general d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, per la qual s'aprova el Formulari de seguiment de centres i es determina la seva implementació.

[4] CANIMAS, J. (2017). *Ètica aplicada a l'educació social*, Barcelona: Fundació Universitat Oberta de Catalunya.

[5] N. LUHMANN (1991): «Verständigung über Risiken und Gefahren—Hilft Moral bei der Konsenfindung?» i (1993): «Die Moral des Risikos und das Risiko der Moral», ambdós articles es poden trobar, traduïts per I. Ortega («Acuerdo sobre riesgos y peligros» i «La moral del riesgo y el riesgo de la moral»), a N. LUHMANN (2013): *La moral de la Sociedad*, Madrid: Editorial Trotta.

[6] Hans Jonas ho ha expressat així: «El privilegi de la llibertat porta la càrrega de la precarietat i significa existir en perill». JONAS, H. (1983): «Evolution und Freiheit». Traducció castellana de A. Ackermann (1998): «Evolución y libertad», a JONAS, H. (1983): *Pensar sobre Dios y otros ensayos*. Barcelona: Herder, p. 18.

risc, però no necessàriament les protegeix del perill, i *(iii)* nega o no contempla l'acompanyament o suport per a l'aprenentatge i exercici de la llibertat.

(2) Intimitat.

La intimitat té dos grans àmbits de concreció: la presencialitat i la informació[7]. La presencialitat fa referència al respecte, sensibilitat i cura del cos, els espais i les coses de les persones ateses. En aquest àmbit es fa possible el sentir-se a casa, el recolliment, la tranquil·litat, el confort i reconfort, la solitud, el refugi, el secret, l'anonimat, la transgressió... La informació fa referència al respecte, la sensibilitat, la cura i el secret vers les dades personals que s'obtenen o es poden obtenir de les persones. En aquest àmbit es fa possible la confiança, la confidencialitat i l'ajuda.

En les institucions comunitaristes hi ha poc o cap respecte a la intimitat de les persones que hi viuen, ja sigui en l'àmbit de la presencialitat o de la informació i s'hi donen, en més o menys grau, aquestes característiques:

(i) Despersonalització: eliminació de possessions, senyals, símbols, espais i temps propis.

(ii) Monitorització: per raons de seguretat, la vida de les persones ateses és observada i coneguda per molts professionals, o pot ser observada o interrompuda pels professionals (absència de baldes als lavabos, a les dutxes i a les habitacions, inspeccions i supervisions dels espais, etc.).

(iii) Control dels espais (vegeu l'indicador *Arquitectura*).

(iv) Elevat trànsit de persones: canvis de residents i de professionals, rotació d'estudiants en pràctiques, visites als residents, als professionals o a la instal·lació, reunions, operaris que fan reparacions, etc.

(v) Conflictivitat: les persones que hi viuen experimenten sovint episodis de tensió provocats per altres persones o pels procediments per evitar-los.

Els dos indicadors assenyalats fins aquí, *Llibertat* i *Intimitat*, són cabdals per avaluar el tipus de cura d'una institució[8]. Els que venen a continuació són indicadors operacionals, que responen o estan al servei d'aquests dos indicadors.

(3) Nombre de persones.

El nombre de persones que viuen juntes (en una mateixa unitat de convivència) o pròximes (en un mateix edifici, encara que sigui en diferents unitats de convivència), és, segurament, l'indicador més vistós i mencionat. El model de cura personalitzada tendeix a unitats de convivència reduïdes, mentre que el comunitarista sol caracteritzar-se per un nombre elevat de persones que viuen juntes.

[7] Sobre els dos itineraris o formes de concreció de la intimitat, vegeu «Intimitat, confidencialitat i secret professional», a CANIMAS, J. (2017). *Ètica aplicada a l'educació social*, Barcelona: Fundació Universitat Oberta de Catalunya.

[8] Del que, com Aristòtil, considero el bé suprem, la felicitat, no en parlaré en aquest article.

Ara bé, si som estrictes en l'anàlisi, el nombre de persones no es pot considerar un indicador qualitatiu per si mateix, sinó per allò que impedeix, dificulta o possibilita dels altres indicadors. Per exemple, un nombre elevat de persones pot repercutir negativament en els indicadors *Llibertat* i *Intimitat* de les persones, però no necessàriament si l'*Arquitectura* i la *Organització i decisió* ho impedeixen. D'altra banda, un nombre molt reduït pot fer que algunes persones se sentin soles, però no necessàriament si la persona prefereix la solitud o l'*Arquitectura*, l'*Autoritat i vincles* o la *Organització i decisió* ho remeien.

(4) Arquitectura.

Els dos documents de referència de la Unió Europea atorguen molta importància a l'emplaçament de l'edifici, però molt poca a les seves característiques arquitectòniques (estètica exterior, distribució interior, equipament, decoració, etc.). L'emplaçament de l'edifici és, no cal dir-ho, molt important per a l'obertura o segregació d'aquells que s'hi estan, però també ho és la seva arquitectura, un factor cabdal per la intensa relació que s'estableix entre el lloc i la persona, entre l'espai exterior i interior, la qual cosa fa absolutament necessari que els llocs d'estada o de vida siguin acollidors, confortables, càlids, amorosos, propis. Aquí em limito a assenyalar cinc característiques arquitectòniques pròpies del model de cura comunitarista[9]:

(i) Relació amb l'exterior restringida. L'emplaçament de l'edifici o la seva arquitectura dificulten la relació amb l'exterior dels que s'hi estan.

(ii) Es limita o controla l'accés al centre i a alguns espais del centre, la qual cosa provoca la rellevància dels professionals, de les claus, dels codis d'accés, de la normativa, etc.

(iii) Espais i mobiliari pensats per atendre un nombre elevat de persones: habitacions compartides, nombre elevat d'habitacions, prominència dels passadissos, menjador amb moltes taules i cadires, sala d'estar preparada per acollir moltes persones, etc.

(iv) Espais, mobiliari i decoració despersonalitzats i de vegades descuidats i desgastats.

(v) Presència d'elements propis dels espais públics: extintors a les parets, exposició d'avisos, normatives i signes corporatius, el mateix nom dels centres (Centre Residencial, Centre d'Acolliment, Residència de Gent Gran, etc.), etc.

(5) Autoritat i vincles.

El tipus d'autoritat i de vincles que s'estableixen entre els professionals, entre aquests i les persones ateses o entre les mateixes persones ateses, és un altre indicador del tipus de cura. En el model personalitzat, el fonament de l'autoritat

[9] He ampliat aquest factor a l'article «Arquitectura de la cura», que trobaran en aquesta mateixa publicació.

és intern: es basa en el reconeixement de la competència i de la vàlua humana i en el vincle afectiu (reconeixement, companyonia, amistat, estimació, etc.).

En el model comunitarista, en canvi, el fonament de l'autoritat és extern: prové del poder que algú atorga a aquells als quals cal reconèixer-la i de les conseqüències que pot tenir no fer-ho. En tant que autoritat formal, nega i tem els vincles afectius, perquè els concep com quelcom distorsionador (per exemple de l'objectivitat) o perillós (per exemple per a l'ordre establert). L'autoritat, per tant, s'hi sol manifestar també de forma externa: relació basada en la distància i l'estatus, diferenciació en el vestuari, privilegis, utilització restringida d'alguns espais, normativa i reglaments, monitorització i control, càstigs, etc.

(6) Organització i decisió.

Totes les institucions estan organitzades i tenen procediments de decisió. L'organització i els procediments de decisió de les institucions personalitzades, per exemple la família, es caracteritzen per:

(i) Simplicitat: hi ha poques normes i senzilles i els procediments de presa de decisions també són senzills.

(ii) Rapidesa: qualsevol decisió, fins i tot canviar les normes, es realitza de forma ràpida.

(iii) Proximitat: les persones que prenen les decisions són molt properes a les persones afectades que no les prenen.

(iv) Participació: tothom participa, d'una o altra manera, en les decisions que l'afecten.

(v) Personalització: l'organització i les decisions responen a les necessitats individuals.

(vi) Obertura: són organitzacions que permeten una relació fluida amb l'entorn: la vida de fora hi entra i la pròpia s'irradia.

Les institucions comunitaristes, en canvi, es caracteritzen per una organització i processos de decisió complexos, lents, allunyats, autoritaris, despersonalitzats i tancats. Per exemple, s'imposa el tracte en bloc perquè la persona es concep com a subjecte d'un grup; la rigidesa de les normatives i reglaments impedeixen o dificulten adequar les respostes a les necessitats o preferències individuals; les respostes a les demandes de les persones ateses solen dependre de força gent o de persones que degut als horaris, calendari o règim de visites, no poden decidir-ho en el moment (per exemple, si un infant d'un Centre Residencial d'Acció Educativa un dia vol anar a dormir a casa d'un amic, cal consultar-ho a direcció o fins i tot a equips externs, la qual cosa pot fer que la decisió trigui dies en arribar), etc.

(7) Qualitat dels processos i dels resultats.

De vegades es diu que la cura no té objectius, que és una finalitat en sí mateixa: hom té cura dels altres o d'allò altre per amor i responsabilitat. Això és cert en alguns actes i moments, però no en tots. Hi ha petons que es fan sense cap finalitat i petons que es fan per consolar una persona i dir-li que l'estimes. Que alguns actes de cura tinguin finalitat no

els treu importància ni sensibilitat. De fet, en algunes situacions els enlaira, per exemple quan es cuida una persona que ha patit molt per tal que es guareixi.

L'avaluació dels objectius d'una institució, dels procediments per aconseguir-los i del grau d'assoliment també ens assenyala el tipus de cura. La cura personalitzada es caracteritza per tenir objectius que responen i aprofundeixen en els drets humans i l'estimació i per avaluacions honestes i crítiques dels processos i dels graus d'assoliment.

ARQUITECTURA DE LA CURA[10]

1. L'espai impensat i inhòspit

Les lleis i normatives assenyalen que els centres d'acolliment i residencials han de reproduir tant com sigui possible les condicions de vida d'un nucli familiar ordinari: dimensions reduïdes; tracte afectiu; calidesa personal; vida quotidiana personalitzada; ambients en els quals les persones que hi viuen se sentin acollides, segures i estimades; respecte a la intimitat; espais i mobiliari que busquin la calidesa d'una llar, etc. El Programa Marc per als Centres Residencials[11], per exemple, diu que han de reproduir un ambient el més familiar possible i que l'atenció als infants i adolescents ha de ser un reflex de les característiques generals de la vida familiar, reproduint en la seva organització, distribució dels espais i mobiliari l'estil d'una llar.

L'espai i la construcció i cura dels llocs, però, és gairebé impensat pels professionals de l'acció psico-sòcio-educativa i sanitària. Fernández del Valle n'és una excepció quan diu que l'arquitectura, el disseny i l'equipament són elements importants en l'acolliment residencial especialitzat per a infants i adolescents i estableix uns indicadors de qualitat per aquest àmbit (emplaçament, estructura física i equipament, disseny arquitectònic, equipament, mobiliari i decoració, habitacions, lavabos, serveis, ordre i neteja)[12].

De la poca importància que es dona a l'arquitectura en l'acció psico-sòcio-educativa i sanitària n'és bona mostra que, en les actuals estructures d'acollida, la relació entre el reconfort i el confort és inversament proporcional: a més necessitat de reconfort del cos i l'ànima de les persones, menys confort en l'espai. Naixem en sales de part gèlides; els infants abandonats o maltractats per la seva família són traslladats a centres residencials en els quals no és possible sentir la calidesa d'una llar; quan estem malalts, ingressem en l'espai inhòspit dels hospitals i, si estem més malament, en l'encara més inhòspit d'urgències o de vigilància intensiva; si tenim una pluridiscapacitat o som vells i estem trencats per la fragilitat de la vida o la solitud, hem de viure en un centre residencial amb espais compartits, decoració establerta i normatives que ordenen la vida en comú; etc.

De vegades se sent dir als professionals de l'àmbit psico-sòcio-educatiu que els centres residencials per a infants, persones amb diversitat funcional o gent gran, no seran mai la casa ni la llar dels que hi viuen, o fins i tot que no ho han de ser. Quina mena d'existència es pot tenir vivint sense casa, sense llar?

2. Sóc l'espai on sóc

Hi ha una intensa relació entre l'espai exterior i interior, el lloc i la persona: l'habitant se situa en l'espai i l'espai se situa en la consciència de l'habitant fins convertir-se en una exteriorització i una extensió del seu ésser[13]. «Sóc l'espai on sóc»,

---

[10] Aquest article recull i amplia la segona part de la meva conferència al Palau Macaya de Barcelona el 14 de març de 2017, en el *Cicle Tribuna FEDAIA – 2017: Canvi de model en l'atenció a la infància en risc. Transició d'un model institucional a un model comunitari*. La primera part de la conferència l'he recollit i ampliat en un altre article, «Del model institucional al model comunitari. Indicadors del tipus de cura», que també s'inclou en aquesta publicació.

[11] Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (2015): *Programa Marc per als Centres Residencials*, Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família.

[12] FERNÁNDEZ DEL VALLE, J. (2012): *Estándares de calidad en acogimiento residencial especializado. EQUAR-E*, Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.

[13] GARÍ, B. (2017): «Introducció», a CIRLOT, V. i GARÍ, B. (ed.): *El monestir interior*, Barcelona: Fragmenta editorial, p. 9. PALLASMAA, J. (1994): «Identity, Intimacy and Domicile. Notes on the Phenomenology of Home». Traducció castellana d'A. Giménez: «Identidad, intimidad y domicilio. Notas sobre la fenomenología del hogar», a *Habitar*, Barcelona: Editorial Gustavo Gili, S.L., 2016. ARNAUD, N. (1950): *L'état d'ebauche*, Paris: Le Messager Boiteux de Paris.

afirma el poeta Noël Arnaud. Habitar, diu Heidegger, significa originàriament «estar satisfet (en pau); portat a la pau, romandre-hi»[14].

L'experiència de l'espai és l'experiència primària de l'existir[15]. Diu Lluís Duch que quan naixem som llançats a un món que no hem escollit ni previst i en el qual haurem d'emprendre l'arriscada missió de viure; i que la senda d'aquest camí dependrà del reconeixement i de l'acollida que tinguem, dels llocs i llenguatges en els quals s'articulin les respostes salvadores de la contingència i la vulnerabilitat humanes[16]. Per Gaston Bachelard, tot espai realment habitat porta com a essència la noció de llar. La casa, diu, és el nostre bressol, el primer racó del món que habitem i que la nostra experiència existencial es modela i estructura per aquesta primera arquitectura. «Cada racó d'una casa, cada racó d'una cambra, tot espai reduït on ens agrada arraulir-nos, agemolir-nos en nosaltres mateixos, és per a la imaginació una solitud, és a dir, el germen d'una cambra, d'una casa»[17].

Sloderdijk diu que estem sempre en espais, en un exterior que construeix, delimita i sosté mons interiors; que habitar significa sempre formar esferes, rodoneses amb espessor interior, obertes i repartides, en les quals vivim en la mesura que aconseguim convertir-nos-hi; que som éssers en els quals opera l'exterior i les esferes ens permeten la dimensió humana, un recolliment que ens protegeix de l'alè del no-res, del silenci etern dels espais infinits, de la desprotecció de la solitud[18].

Avui, la neurociència ofereix proves empíriques de que les característiques de l'hàbitat tenen un impacte importantíssim en les nostres vides. S'ha vist que els entorns no només ens canvien el comportament, sinó també el cervell. D'aquesta constatació n'ha nascut la neuro-arquitectura, una disciplina que estudia com l'espai afecta la ment humana. «Mentre que el cervell controla el nostre comportament i els gens controlen el nostre pla de disseny i l'estructura del cervell –escriu Fred H. Gage–, l'entorn pot modular la funció dels gens i, en última instància, l'estructura del nostre cervell. Projectant l'entorn en què vivim, el projecte arquitectònic modifica el nostre cervell i el nostre comportament»[19].

Tots sabem, per pròpia experiència, la importància que tenen en el nostre estat d'ànim els espais en els quals estem. Quan hem tingut un dia ple de maldecaps o estem molt cansats, desitgem arribar a casa per refugiar-nos en la intimitat i en la calidesa del lloc construït a mida. El confort reconforta, dona ànims, noves perspectives, forces a qui està abatut físicament o moralment. La llar no només ens protegeix de les inclemències i dels perills externs, sinó també de l'esquinçament i empobriment de l'ànim. Aixopluga i bressola el cos i l'ànima. El món existencial, diu l'arquitecte Juhani Pallasmaa, té dos focus: el cos i la llar. I la llar és el refugi del cos i de tot allò que hi habita: sentiments, memòria, identitat...[20]

3. Construir i tenir cura de la llar, d'un mateix i dels altres

Heidegger va advertir que l'espai és pura extensió i interval, mentre que el lloc és l'àmbit construït per a l'*habitança*, el refugi en el qual la condició humana es fa possible. Per Heidegger, no hi ha forma de vida humana que no estigui vinculada a un lloc, a una llar. És una qüestió que no podem defugir en tant que éssers-en-el-món. Només perquè som en els llocs podem experimentar la seva absència, només perquè podem estar a casa nostra d'una manera originària podem sentir-ne la mancança. L'arrelament, diu, conté el desarrelament, l'hospitalitat la inhospitalitat, el sostre la manca de sostre, la llar el sense-llar.

---

[14] HEIDEGGER, M. (1951): «Bauen Wohnen Denken». Traducció castellana d'E. Barjau: «Construir, Habitar, Pensar», a *Conferencias y artículos*, Barcelona: Ediciones del Serbal, 1994, p. 139-142.

[15] SAFRANSKI, R. (2003): «Prólogo». Pròleg a l'obra de SLOTERDIJK, P. (1998): *Sphären I (Mikrosphärologie). Blasen*. Traducció castellana d'I. Reguera: *Esferas I. Burbujas. Microesferología*, Madrid: Siruela, 2003, p. 13-14.

[16] DUCH, L. (2003): *La educación y la crisis de la modernidad*, Barcelona: Paidós.

[17] BACHELARD, G. (1957): *La poétique de l'espace*. Traducció castellana d'E. De Champourcin: *La poética del espacio*, México: Fondo de Cultura Económica, 1965.

[18] SLOTERDIJK, P. (1998): *Sphären I (Mikrosphärologie). Blasen*. Traducció castellana d'I. Reguera: *Esferas I. Burbujas. Microesferología*, Madrid: Siruela, 2003, p. 36-37.

[19] CAGE, F., «Neuroscience and Architecture», citat per Farling, Melissa, «From Intuiton to Evidence: Architecture abd Neuroscience», a Pallasmaa, Juhani i Robinson, Safah (eds.): *Mind in Architecture. Neuroscience, Embodiment, and the Future of Desing*, The MIT Press, Cambridge (Mass.), 2015.

[20] PALLASMAA, J. (2002): «The Lived Metaphor». Traducció castellana d'A. Giménez: «La metáfora vivida», a *Habitar*, Barcelona: Editorial Gustavo Gili, S.L., 2016.

Com que sempre ens trobem en un món, això ens obliga i empeny a construir-hi llocs, a construir-hi la llar i a tenir-ne cura. «Construir –diu Heidegger– és pròpiament habitar. Habitar és la manera de ser dels mortals sobre la terra. El construir com habitar es desplega en tenir cura de les coses»[21]. La llar no es construeix en un dia; requereix temps. «La llar –diu Pallasmaa– és també un escenari de rituals, de ritmes personals i de rutines del dia a dia. La llar no es pot produir de cop. Té una dimensió temporal i una continuïtat»[22].

La construcció del lloc per viure és la creació de l'espai interior de cadascú. Entre el lloc interior i l'exterior, ja ho he dit però cal insistir-hi, hi ha una estretíssima relació. Construir el lloc és construir-se; cuidar el lloc és cuidar-se i cuidar els altres. La cura d'un mateix, l'*epimeleia heautou* grega que els romans van traduir per *cura sui*, s'ha desviat cap a la cura de l'estètica banal i les possessions, però això no aconsegueix apaivagar la seva necessitat vital. Els humans ens sabem en el món i les fractures que això comporta i la immensitat que desplega, només s'aconsegueix cuidant-se i cuidant, practicant el que s'ha anomenat art de viure (*techne tou biou*).

Tenir cura d'un mateix i dels altres són elements centrals de l'existència humana i només és possible a través de la cura dels llocs en els quals s'articula i desplega la vida d'una persona i d'una comunitat. La llar és un lloc que construeixes, que cuides i que t'acull. L'acollida dóna hospitalitat, estima, protecció, previsió. «Una llar autèntica –diu Pallasmaa– té ànima, una ànima que espera a qui hi viu»[23].

4. Zona-trans i no-lloc

Diu Georges Perec que viure és passar d'un lloc a l'altre fent el possible per no ensopegar[24]. A aquest interstici la psicologia en diu «zona-trans», una experiència vivencial plena de possibilitats de creixement però també de perills[25]. De creixement, perquè la ment abandona un continent referencial i es llança –o és llançada– cap a un altre que li permetrà noves experiències i possibilitats; de perills, perquè hom pot entrebancar-se i quedar-s'hi atrapat. Les zones-trans són espais radicalment oberts i, per tant, espais de vulnerabilitat. Així com el navegar dels vaixells no s'entén sense ports de sortida i d'arribada, sense aixopluc i avituallament, el viatge de la vida no és possibles sense llocs que ofereixen confort i reconfort.

L'arquitectura ha respòs a les zones-trans de la vida creant el no-lloc. El concepte «no-lloc» va ser forjat per l'antropòleg francès Marc Augé per referir-se a un producte de la sobremodernitat que consisteix en un espai de transitorietat, concebut i viscut exclusivament pel passar dels individus: una autopista, una habitació d'hotel, un aeroport, una estació de tren, el passadís del metro, el carrer d'una gran ciutat...[26] Els no-llocs són inhabitables perquè concentren algunes d'aquestes característiques: són forans, impropis, sense intimitat, relacions, confort, reconfort, repòs, pau, identitat o història pròpia; el tragit i la hipercomunicació hi anul·la l'alteritat; la sobreexposició explota l'espai i els que hi traginen; la única identificació possible és el tiquet de passada, el DNI, la tarja d'embarcament... L'espai és tan inhòspit que fins i tot els sense llar necessiten, quan ve la nit, construir-hi esferes habitables amb cartrons i pertinences, crear llocs en els no-llocs.

De vegades, els centres residencials i sanitaris són percebuts per a qui els gestionen i pels que s'hi estan com a zones-trans i com a no-llocs. S'hi està en espera de... Als centres residencials per infants, s'hi està mentre es treballa el retorn amb la família, l'acolliment, l'adopció o la vida autònoma; als hospitals, mentre s'espera l'alta; als pisos per a dones maltractades, mentre s'espera la reubicació; als centres residencials per a gent gran, mentre s'espera l'àpat, la visita, el

[21] HEIDEGGER, M. (1951): «Bauen Wohnen Denken». Traducció castellana d'E. Barjau: «Construir, Habitar, Pensar», a *Conferencias y artículos*, Barcelona: Ediciones del Serbal, 1994, p. 139-142.

[22] PALLASMAA, J. (1994): «Identity, Intimacy and Domicile. Notes on the Phenomenology of Home». Traducció castellana d'A. Giménez: «Identidad, intimidad y domicilio. Notas sobre la fenomenología del hogar», a *Habitar*, Barcelona: Editorial Gustavo Gili, S.L., 2016.

[23] PALLASMAA, J. (1994): «Identity, Intimacy and Domicile. Notes on the Phenomenology of Home». Traducció castellana d'A. Giménez: «Identidad, intimidad y domicilio. Notas sobre la fenomenología del hogar», a *Habitar*, Barcelona: Editorial Gustavo Gili, S.L., 2016.

[24] PEREC, G. (1974): *Espèces d'espaces*. Traducció castellana de J. Camarero: *Especies de espacios*, Barcelona: Montesinos, 1999, p. 25.

[25] SOR, D. i SENET DE GAZZANO, M.R. (1988): *Cambio Catastrófico*. Buenos Aires: Ed. Karjeinan. VIVES BELMONTE, À. (2009): «*La Zona Trans*» *(2)*, a *Intercanvis de Psicoanálisis*, 23, 69-73.

[26] AUGUÉ, M. (1992): *Non-lieux. Introduction á une anthropologie de la surmodernité*. Traducció castellana de M. Larroca: *Los no lugares. Espacios del anonimato. Antropología sobre la modernidad*, Barcelona: Gedisa, 1993. KORSTANJE, M. (2006): «El Viaje, una crítica al concepto de los no lugares», Athenea Digital, Vol 10, pp. 211-238.

pas del temps o la mort. En les zones-trans no hi ha arrelament ni identitat, només historials i categories (infant maltractat, dona maltractada, pacient, malalt mental, persona gran, etc.).

Fins i tot les lleis i normatives destaquen el caràcter provisional d'aquestes institucions. Veiem-ne alguns exemples de l'àmbit de la protecció a la infància i l'adolescència. La *Convenció sobre els drets de l'infant* (1989) considera la família com el nucli necessari i estable per als infants i adolescents, i provisional qualsevol altra mesura de protecció. La Llei catalana 14/2010 dels drets i les oportunitats en la infància diu que els centres d'acolliment «han d'exercir una atenció transitòria dels infants i dels adolescents desemparats, mentre s'analitza la problemàtica i es determina, si s'escau, la mesura de protecció més adequada»; i que «l'acolliment en centre s'ha d'acordar quan es preveu que el desemparament o la necessitat de separació de la pròpia família seran transitoris i no ha estat possible o aconsellable l'acolliment per una persona o una família»[27]. El *Programa Marc per als Centres Residencials*[28] insisteix en la provisionalitat i diu, per exemple, que des del moment en què l'infant o adolescent ingressa en un recurs residencial, s'ha de treballar pel seu desinternament, prioritzar el retorn amb la seva família biològica i, si això no és possible, l'acolliment familiar o l'adopció; i que tots els agents que intervenen en aquests processos ho han de tenir en compte i no perdre de vista la temporalitat de la mesura d'internament.

5. Poder, apropiació i Espais Zero

Habitar, va advertir Henri Lefebvre[29], és apropiar-se de l'espai i convertir-lo en un lloc viscut. L'espai és un producte social, un medi de producció i, per tant, de control, dominació i poder. Sota l'aparença de racionalitat i ordre, la dominació s'expressa en els espais i la quotidianitat programada que contenen. És per això que l'espai i la seva quotidianitat tenen una potència creadora i subversiva enorme. L'anhel de canviar la vida i la societat, diu Lefebvre, només és possible si aconseguim apropiar-nos de l'espai i transformar-lo abocant-hi la creativitat i l'afectivitat del qui l'habita. El poder i la llibertat es manifesten en els espais.

Hom podria considerar que la inhospitalitat dels edificis *comunitaristes* respon a l'abandonament o absència de l'administració. No és així. En la inhospitalitat no hi ha buidor, sinó aclaparadora presència del poder d'altri, del poder que no deixa que aquells que habiten l'espai se n'apropiïn i en facin el seu lloc, la seva llar; del poder descarnat de l'Estat i els seus acòlits. L'arquitectura i la decoració dels espais *comunitaristes* marquen una manera d'estar-s'hi, d'ésser-hi. Construïts i decorats per l'administrador, fan palès que pertanyen a ell o al comú. Els que hi viuen no en poden canviar res o ben poca cosa. Fins i tot el director més sensible considera que gestiona un patrimoni que no pot patir els gustos o capricis dels residents-trans. Cal preservar l'edifici del vaivé dels residents.

És possible que les persones que viuen en llars amb suport puguin construir el seu lloc, la seva llar? Quina mena d'arquitectura i decoració haurien de tenir? Espais Zero és una proposta arquitectònica que va en aquesta direcció. Una proposta de creació d'espais en els quals tot sigui possible i la persona pugui «definir i modificar, restringir o limitar, segregar, obrir... desplegar-se. Per estar bé: que res condicioni o imposi com estar». «Espais Zero –diu Ynzenga– és un nom genèric per referir-nos a buits, àmbits, fragments, espais o moments que ofereixen o generen oportunitat no condicionada, susceptibles de ser utilitzats o apropiats per un o per molts, amb caràcter instantani, efímer o durador a través d'accions molt diferents, reversibles en tot o en part o en res. Són un fràgil camp de llibertat d'acció, proposta i projecte»[30].

Per explicar els Espais Zero es recorre a un conegut fragment d'Antoine de Saint-Exupéry en el qual el Petit Príncep demana a l'aviador que li dibuixi una ovella. El primer dibuix no agrada al Petit Príncep perquè la veu malalta; el següent tampoc, perquè és un marrà; el tercer tampoc, perquè diu que l'ovella és vella... finalment, l'aviador perd la paciència, dibuixa una capsa i li diu: «A dins hi ha la teva ovella», a la qual cosa el Petit Príncep respon: «Oh, és exactament com jo la volia!».

[27] Llei catalana 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i adolescència, articles 111 i 132, respectivament.

[28] Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (2015): *Programa Marc per als Centres Residencials*, Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família.

[29] Lefebvre, H. (1974): *La production de l'espace*. Traducció castellana d'E. Martínez: *La producción del espacio*, Madrid: Capitán Swing Libros SL, 2013, p. 86.

[30] Ynzenga, B. (2014): *Espacios Zero. Casa/Vivienda, Ciudad, Territorio y tiempo*, Buenos Aires: Diseño Editorial, pp. 30 i 11, respectivament.

L'Espai Zero és l'espai que es lliura a cada persona que l'habita perquè el converteixi en la seva llar. Endinsar-se en les característiques dels Espais Zero escapa de les possibilitats d'aquestes pàgines i de les meves en el moment d'escriure-les. Ara bé, els reptes no només són arquitectònics, sinó també de gestió dels espais disponibles. Si viure és construir i habitar la pròpia llar, els gestors dels espais no poden defugir aquesta enorme responsabilitat. És urgent que les institucions i aquells que les representen o gestionen, es desapropiïn dels espais i de la vida dels que s'hi estan i els lliurin a l'existir dels que hi habiten.