

Lenka Krhutová

La transformación de los servicios sociales para las personas con discapacidad en la República Checa

Resumen

Este artículo tiene dos objetivos: por un lado, presentar los aspectos clave del desarrollo del trabajo social en la República Checa y, por el otro, exponer la situación actual de las personas con discapacidad, especialmente en lo que concierne a la transformación y la desinstitucionalización de los servicios sociales de la Revolución de Terciopelo de 1989.

Palabras clave:

Trabajo social, Discapacidad, Servicios sociales, Transformación, Desinstitucionalización.

La transformació dels serveis socials per a les persones amb discapacitat a la República Txeca

Aquest article té dos objectius: d'una banda, presentar els aspectes clau del desenvolupament del treball social a la República Txeca i, de l'altra, exposar la situació actual de les persones amb discapacitat, especialment pel que fa a la transformació i la desinstitucionalització dels serveis socials després de la Revolució de Vellut de 1989.

Paraules clau: Treball social, Discapacitat, Serveis socials, Transformació, Desinstitucionalització.

The Transformation of Social Services for People with Disabilities in the Czech Republic

This article has two objectives: on the one hand, to present the key aspects of the development of social work in the Czech Republic, and, on the other, to outline the current situation of people with disabilities, especially in relation to the transformation and deinstitutionalization of social services in the wake of the Velvet Revolution of 1989.

Keywords: Social work, Disability, Social services, Transformation, Deinstitutionalization

Cómo citar este artículo:

Krhutová, Lenka (2014).

“La transformación de los servicios sociales para las personas con discapacidad en la República Checa”.

Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 58, p. 135-151



▲ Breve introducción a la historia moderna de la República Checa

Para entender mejor el contexto de este artículo, cabe hacer una breve referencia a la historia moderna de la República Checa (RC).

A principios del siglo xx, Bohemia, Moravia y Eslovaquia formaban parte del Imperio Austriaco. Tras la Primera Guerra Mundial, Checoslovaquia declaró su independencia en 1918, con la fundación de una nueva república compuesta por estas tres regiones. En 1938, los nazis ocuparon la región de los Sudetes, con el consentimiento tácito de Gran Bretaña y Francia, tras firmar el infausto Acuerdo de Múnich. En 1939, Alemania invadió Bohemia y Moravia. Eslovaquia se proclamó independiente y, en 1948, a raíz del golpe de estado se convirtió en un Estado comunista. En los años siguientes hubo numerosos juicios políticos y ejecuciones. Bajo el régimen comunista, la economía se fue debilitando gradualmente y se suprimieron los derechos humanos elementales. En la década de los sesenta, Checoslovaquia gozó de una liberalización gradual, en un breve periodo interrumpido por la invasión soviética de 1968, a partir de la cual, el país se mantuvo en la órbita comunista de la URSS. El Gobierno comunista dimitió en noviembre de 1989 tras una semana de manifestaciones, conocida con el nombre de “Revolución de Terciopelo”. A finales de 1992, Checoslovaquia se escindió en dos estados: la República Checa (Bohemia y Moravia) y la República Eslovaca (Eslovaquia). La República Checa gozó de autonomía completa desde 1993. Desde 2004, es miembro de la Unión Europea (Pánek, Tůma, 2008). Tiene diez millones de habitantes y su capital es Praga.

Desarrollo del trabajo social en la República Checa

El trabajo social tiene una larga tradición en el país. La fundación de la República Checoslovaca independiente en 1918 fue acompañada, aquel mismo año, de la creación de la primera escuela de trabajo social, que recibió el nombre de Escuela Superior de Trabajo Social de Praga. El establecimiento de la Escuela fue una respuesta a la necesidad de disponer de trabajadores sociales bien preparados, que pudieran desarrollar las bases modernas de la disciplina a partir de la acción social existente en aquel momento, especialmente dirigida a las personas necesitadas, los jóvenes y las actividades voluntarias de varias organizaciones de beneficencia.

En el periodo de entreguerras, los asistentes sociales trabajaron sobre todo en el campo de la obra social comunitaria (dirigida a las personas más necesitadas), la atención de los jóvenes, el apoyo social y pedagógico (en las escue-

las), la orientación profesional, la asistencia institucional a jóvenes y adultos con discapacidad, la atención sanitaria a madres e hijos, la prevención y el tratamiento de la tuberculosis y la salud infantil (Chytil, 2006).

A partir de 1935, hay que distinguir entre las dos principales tendencias en la evolución del trabajo social en la República Checa. Una tendencia está representada por sociólogos y pedagogos que se afanan por establecer la profesión del trabajador social como una entidad autónoma y por convertir el trabajo social en una disciplina científica integral. La otra está básicamente integrada por médicos que subrayan la necesidad de contar con trabajadores sociales bien formados en el campo de la salud, sobre todo para ayudar a la clase médica en el ámbito de la medicina social.



Las exigencias de la práctica del trabajo social motivaron los primeros intentos de introducir la formación universitaria en este campo. Sin embargo, esto no se produjo hasta 1945, cuando se fundó la Universidad de Ciencias Políticas y Sociales de Praga, que incluía la Facultad de Ciencias Sociales. Más adelante, en 1947, se creó la Universidad de Ciencias Sociales, que se instaló en Brno (la segunda ciudad de la República Checa).

La implantación de estudios universitarios en el campo del trabajo social tuvo una gran relevancia, no tan solo para el desarrollo de este campo como disciplina académica, sino sobretodo porque se pudo establecer como ciencia. Sin embargo, ambas universidades se eliminaron en 1953 como consecuencia del golpe de estado comunista de 1948, bajo la asunción que “en el socialismo no habría problemas sociales y por tanto los trabajadores sociales no serían necesarios” (Matoušek a kol, 2001) .

En el período entre 1953 y 1989, los asistentes sociales tan solo tenían la posibilidad de estudiar en una escuela de secundaria en Praga. Hasta 1968, fue el único centro que ofrecía un plan de estudios post-secundarios, de dos años de duración, relacionado con el trabajo social.

En los años cincuenta y principios de los sesenta, los trabajadores sociales tan solo podían trabajar en el ámbito de la acción social para niños/as y jóvenes y en instituciones para las personas mayores y las personas con discapacidad física. Este periodo corresponde con la práctica desaparición del trabajo social en el país y coincide con la liquidación casi completa de la religión (Chytil, 2006). La República Checa es uno de los países más secularizados del mundo. “Las organizaciones de beneficencia fueron abolidas o se fusionaron con la Cruz Roja [...]. Los servicios sociales se convirtieron en una parte marginal de un ‘sistema de seguridad social’ centralizado” (Matoušek, Doležel, 2013).

El impulso más importante para el desarrollo del trabajo social en Checoslovaquia tuvo lugar en 1968. Una de las consecuencias de la Primavera de Praga de 1968 fue admitir que, incluso en el socialismo, existían problemas

sociales, lo que dio pie a la gestación de un nuevo concepto de trabajo social. Se restableció el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y, partiendo de la experiencia de los países occidentales, se prepararon y redactaron programas de asistencia social con niños y familias, personas mayores, discapacitados físicos, reinserción de prisioneros y personas sin techo. El trabajo social se introdujo en la industria, las escuelas, el sector de la salud, el sistema penitenciario y las instituciones de servicios sociales (Chytil, 2006).

Tras la ocupación de Checoslovaquia por parte del ejército soviético y de la represión política que tuvo lugar a principios de los setenta, muchas personas con formación universitaria se vieron obligadas a dejar su cargo. Entre estas, había sobre todo profesores, psicólogos, sociólogos y abogados. Lo más sorprendente es que les permitieron ponerse a trabajar como asistentes sociales, un hecho trascendente para la evolución del trabajo social en Checoslovaquia. Gracias a su experiencia y a sus aptitudes, se pudieron plantear nuevos programas sociales, introducir nuevos métodos de trabajo y llevar a cabo investigaciones innovadoras (Chytil, 2006).

La abolición de la formación universitaria en 1953 debería haber comportado, lógicamente, una pérdida de interés en el estudio del trabajo social y en el desarrollo de conceptos teóricos. Paradójicamente, no fue así. La evolución del trabajo social como disciplina práctica a partir de 1968 supuso un aumento de las reflexiones teóricas. Lo más remarcable, y lo que caracteriza el trabajo social checoslovaco en aquella época, es que no se limitó a un simple pragmatismo, sino que buscaba respuestas a una serie de temas: ¿qué métodos se pueden utilizar para trabajar con los usuarios y cuáles son los conceptos teóricos en que se pueden fundamentar estos métodos? (Chytil, 2006).

En las décadas de 1970 y 1980, la falta de trabajadores sociales con titulación universitaria se compensó con licenciados en el campo de la psicología, la sociología y las ciencias de la educación. Fueron los estudiantes de estas ramas interesados en el trabajo social los que llevaron a cabo una serie de investigaciones sobre trabajo social en sus tesis (Chytil, 2006).

En la época posterior a la Revolución de Terciopelo hubo cambios sustanciales en la práctica del trabajo social en comparación con el periodo anterior al 1989. Desde el año 1990, la formación en trabajo social ha sido uno de los ámbitos de mayor crecimiento de la RC. Se decidió que el denominado Estándar mínimo para la enseñanza de trabajo social se convirtiera en el criterio general de calidad. Los participantes en la elaboración de este estándar tras la Revolución de Terciopelo fueron organismos representantes de los trabajadores sociales: la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de la RC, departamentos de las facultades de filosofía de las universidades mencionadas anteriormente, institutos de educación secundaria con programas de trabajo social y estudios jurídicos, y también representantes de las escuelas de trabajo social de los Países Bajos, Gran Bretaña y los Estados Unidos.

Los requisitos básicos en las capacidades que debería tener un licenciado en trabajo social se definen según los principios de los estudios y un conjunto mínimo de asignaturas. En 1993 se fundó la Asociación de Educadores de Trabajo Social de la RC, cuyo objetivo a largo plazo es mejorar la calidad de la educación en este campo. La asociación considera que el Estándar mínimo para la educación del trabajo social es el instrumento más importante para lograr este objetivo.



Durante un periodo relativamente corto de tiempo, la RC consiguió implantar un sistema educativo de trabajo social desde el nivel de especialización de la educación secundaria hasta el nivel de doctorado. El desarrollo del trabajo social a partir de 1990 ha llevado a establecer el sistema educativo actual: 1) escuelas de secundaria especializadas (tres años de estudios post-secundarios), 2) programas universitarios de grado o licenciatura (tres años de estudios), 3) másteres universitarios (cinco años, o dos años tras un grado), 4) estudios de doctorado.

Las personas con discapacidad en la República Checa

La República Checa es un país relativamente pequeño de Europa con una población de diez millones de habitantes. Hay nuevos datos estadísticos (ČSÚ, 2014) que indican el número de personas con discapacidad de la población checa. Los resultados demuestran que representan el 10,2% del total de la población (más de un millón de personas).

Como se ha dicho antes, el momento más significativo de la historia de la discapacidad en la República Checa es el año 1989. Anteriormente, el país formaba parte del bloque comunista de influencia soviética. En el periodo comunista, tan solo se permitía la existencia de una organización centralizada para tratar la discapacidad, denominada “Sindicato de inválidos”, donde se cobijaron grupos con diferentes tipos de discapacidades. En la Checoslovaquia comunista, las personas con discapacidad literalmente no existen: permanecían escondidas en el armario en instituciones y escuelas especiales sin contacto con la sociedad (Krhutová, 2013).

En la Checoslovaquia comunista, las personas con discapacidad literalmente no existen

A partir de 1989 se restableció la democracia y la sociedad civil. Tras la Revolución de Terciopelo y de la caída del comunismo, la política, la economía y la sociedad civil se enfrentaron con el nuevo reto de la democracia. La integración de las personas con discapacidad en la sociedad dominante y su inclusión en escuelas regladas, puestos de trabajo o actividades cotidianas se convirtieron en conceptos modernos y poderosos de los estudios sobre capacidad y el activismo en todo el mundo.

Actualmente, existen numerosas organizaciones sin ánimo de lucro formadas por personas con discapacidad y dedicadas a atender sus necesidades. También hay grupos parentales y de representación de los intereses de las personas discapacitadas, que defienden y ejercen presión en temas relacionados. Publican revistas, ofrecen servicios y asesoramiento social, jurídico y psicológico, y organizan actos culturales, sociales y de tiempo libre, etc.

Hay dos instituciones clave que representan los derechos y la no-discriminación de las personas discapacitadas a escala nacional: el Consejo Nacional de la Discapacidad y la Junta Gubernamental para Personas con Discapacidad. La finalidad del Consejo como organización no gubernamental es defender, promover y satisfacer los intereses y las necesidades de este colectivo, en colaboración con los gobiernos nacional y locales y con instituciones internacionales. El Consejo se fundó para reconocer que las necesidades y los intereses en común de las personas con discapacidad serían promovidos y defendidos más eficazmente por una organización profesional integradora y no por las acciones individuales de asociaciones independientes.

En consecuencia, su objetivo fundamental es defender, promover y satisfacer los derechos, los intereses y las necesidades de las personas con discapacidad, independientemente de la tipología o el alcance de su impedimento. La tarea del Consejo gira alrededor de la colaboración con la Administración del Estado y el Gobierno local en todos los ámbitos y con organizaciones e instituciones que trabajan en este campo a escala nacional y regional. También forma parte de las redes europeas e internacionales impulsadas por personas con discapacidad. Su socio principal es el Foro Europeo de la Discapacidad. La promoción y los intereses de las personas con discapacidad se lleva a cabo de diferentes formas y mediante diferentes actividades (Czech, 2014): (a) hacer propuestas al Gobierno nacional y local relacionadas con las medidas legislativas u otras medidas relevantes para el soporte de las personas con discapacidad; b) evaluar las medidas elaboradas y presentadas al Consejo por otras instituciones u organismos en relación con las condiciones de vida de las personas con discapacidad; c) participar, de acuerdo con la legislación correspondiente, en el desarrollo y la ejecución de políticas a largo plazo relacionadas con la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad a escala nacional y regional. Por ello, el Consejo es miembro o socio de varias organizaciones e instituciones, y forma parte del Comité Consultivo de la Junta Gubernamental para las Personas con Discapacidad, un organismo consultivo del Gobierno checo, que elabora procedimientos sistémicos y conceptuales para la implementación de políticas relativas a las personas con discapacidad. En cada región de la RC se ha establecido un Consejo Regional para la Discapacidad (CRD). Los CRD, como organismos significativos del Consejo, defienden los intereses de las personas con discapacidad a escala local.

La Junta Gubernamental para las Personas con Discapacidad se creó en 1991, mediante una resolución del Gobierno checo, como organismo de co-

ordinación y asesoramiento de los problemas relacionados con la discapacidad. La tarea principal de la Junta es detectar los problemas existentes y proponer una solución. La Junta coopera con las autoridades de la Administración pública y también con las organizaciones no gubernamentales. Está compuesta por representantes del Gobierno y de los ministerios, y representantes de las asociaciones de las personas con discapacidad. Tras un año de su creación, en 1992, la Junta Gubernamental elaboró el primer Plan de acción nacional para las personas con discapacidad de Checoslovaquia. A lo largo de los años, el plan se ha actualizado varias veces; todas las versiones han sido aprobadas mediante una resolución gubernamental, y el Gobierno se ha hecho cargo de su implementación cada año. Esto sitúa la RC entre los países que más apoyan a las personas con discapacidad. Actualmente, está vigente el Plan nacional para la creación de igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad 2010-2014. El plan es el principal documento de la Junta y se basa en la Estrategia estatal de política gubernamental para las personas con discapacidad.



El formato del nuevo Plan nacional, en lo que concierne al contenido y la estructura, parte de los principios generales en los que se basa la Convención de los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas. En la elaboración del documento, tan solo se seleccionaron aquellos artículos que hacían referencia a la creación de un entorno igualitario y no discriminatorio para las personas con discapacidad y que fueran relevantes para los próximos cinco años. El Gobierno revisa anualmente los planes nacionales y, si es preciso, realiza cambios y modificaciones. El hecho de que la preparación de los planes nacionales haya contado siempre con la participación activa de las delegaciones que representan los intereses de las personas discapacitadas ha sido un aspecto altamente beneficioso, ya que las versiones se han convertido en un compromiso entre estas delegaciones y las autoridades competentes del Gobierno central (Government, 2014).

La transformación de los servicios sociales en la República Checa

Los cambios políticos y sociales que desencadenó la sucesión del régimen comunista en la RC tuvieron una gran influencia (no tan solo) en el acceso de las personas discapacitadas a los servicios sociales. El concepto global de las prestaciones, especialmente en lo que concierne a los tipos de servicios y al papel del usuario, experimentó cambios estructurales importantes. El énfasis en la secularización de la sociedad y la persecución de cualquier forma de sentimiento religioso hizo desaparecer la dimensión cristiana de la acción social. La Iglesia fue sustituida por el Estado, que asumió la responsabilidad de la financiación, la organización y la prestación de la totalidad de los servicios sociales (Marhánková, 2014). La idea de asistencia estatal

El énfasis en la secularización de la sociedad hizo desaparecer la dimensión cristiana de la acción social

estuvo oficialmente impulsada por el intento de ofrecer servicios a todos los ciudadanos, de acuerdo con los valores igualitarios de la sociedad socialista. Sin embargo, en la práctica, el sistema debilitaba las oportunidades para los individuos y sus necesidades específicas y, en general, el sistema traspasó la responsabilidad del individuo al Estado. La ideología que subraya el papel del Estado como prestador de servicios superior debilitó el sentimiento de solidaridad con las personas necesitadas.

El sistema socialista estaba claramente estratificado a pesar de la retórica oficial de igualdad. La principal política gubernamental de los países socialistas de la Europa Central y del Este fue maximizar la producción económica. Esta política tuvo efectos en la forma de tratar determinados colectivos de ciudadanos y de cómo enfocar los servicios sociales en general. También dio como resultado la devaluación de la atención social y la ausencia de programas y servicios sociales para apoyar a los individuos y a sus familias dentro de la comunidad (Marhánková, 2014).

Los servicios alternativos, como por ejemplo la ayuda o la asistencia personal en determinadas actividades, que formaban parte de los servicios sociales estándar en Occidente, fueron completamente inexistentes en Checoslovaquia. El monopolio de los “hogares” institucionales para personas con discapacidad constituía una situación ciertamente peculiar cuando este servicio era utilizado por personas que hubiesen podido vivir en su casa si hubieran contado con algún tipo de ayuda.

Durante el régimen socialista, los servicios sociales de la Europa Central y del Este adoptaron un modelo sanitario basado únicamente en el estado de salud del usuario, mientras que los factores emocionales y sociales que hubieran sido determinantes de la atención fueron completamente ignorados. Sin embargo, la sociedad totalitaria no daba demasiadas oportunidades para proponer visiones alternativas. Mientras que en Occidente surgían movimientos sociales y en defensa del consumidor que empezaban a formular un concepto alternativo de atención, el sistema de prestación social y sanitaria socialista era monopolizado por el poder del Estado.

Cualquier
evaluación de los
servicios sociales
se basaba
únicamente en el
aspecto
cuantitativo

Antes de 1989, el modelo de salud y servicios sociales de la RC y de otros países del bloque soviético era típicamente socialista y centralizado, con una jerarquía estricta entre tipo de atención, una gran burocracia y el énfasis en la autoridad de los expertos (Marhánková, 2014). Cualquier evaluación de los servicios sociales se basaba únicamente en el aspecto cuantitativo. El número de camas institucionales se consideraba el principal indicador de la eficiencia de las prestaciones. Los servicios sociales y de salud se ofrecían teniendo en cuenta la residencia permanente de cada individuo, lo que restringía la posibilidad de elección entre los diferentes proveedores de servicios de salud y servicios sociales. La elección también estaba condicionada por los valores culturales del sistema social, que traspasaba la responsabi-

alidad del individuo al Estado. La posibilidad de tomar decisiones propias sobre la salud y las condiciones de vida quedaba limitada no tan solo por el propio sistema, sino también por los valores culturales del país, puesto que la autonomía individual se había suprimido en beneficio de la colectividad (Marhánková, 2014).

En resumen, se puede afirmar que el modelo de atención en la RC antes de 1989 tenía las características siguientes: 1) gran centralización del sistema, con gran importancia del papel del Estado y supresión del impacto de otras instituciones como las organizaciones sin ánimo de lucro, 2) importancia de la cantidad como principal indicador de la evaluación de los servicios junto con un perfil bajo de los servicios sociales ofrecidos, 3) elección limitada de los servicios y de sus proveedores. El planteamiento paternalista del Estado no permitía que los individuos fueran participantes activos a la hora de evaluar los servicios y realizar una elección informada.

La fuerte centralización del sistema que dominaba todo el Estado empezó a debilitarse gradualmente (después de 1989) a causa del nuevo clima social y de las reformas del sistema de administración social. El planteamiento no individualista del Estado fue sustituido por la tendencia a considerar el trabajo social como parte de un proceso en el que los individuos tenían que ser responsables de sus propias acciones. Las personas empezaron a ser consideradas participantes activas a la hora de resolver sus problemas. Se empezó a dar importancia al concepto de responsabilidad individual como parte integral de la resolución de problemas (Marhánková, 2014). La idea de acercar la responsabilidad del funcionamiento de los servicios sociales a los que los utilizan se reflejó en la reforma de la Administración pública.

A partir de los años noventa, se empezó a establecer una red de organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro, que era completamente inexistente en el modelo socialista. Actualmente, las instituciones de la Administración pública y los organismos no gubernamentales son los principales proveedores de servicios sociales en la RC. Se puede decir que el sistema actual de provisión de servicios sociales ha sido descentralizado y ha incorporado una serie de organismos basados en un modelo de atención diferente, un modelo capaz de atender y satisfacer las necesidades individuales de los usuarios. La aparición de estos nuevos organismos está vinculada con la transformación del sistema de evaluación de servicios y con la ampliación del espectro de servicios ofertados. Hoy en día, el énfasis original en la cantidad como principal criterio de evaluación es rechazado por una amplia mayoría. La tendencia actual es dar una mayor importancia a la calidad de los servicios. Desde el año 2011, el Gobierno checo ha implementado la denominada “Reforma social”. La Reforma social ha implicado cambios legislativos y otros que afectan a las personas con discapacidad en el ámbito del empleo, los beneficios sociales y los servicios sociales. En relación con las obligaciones del Estado derivadas de la adopción de la Convención, la RC



ha experimentado varios cambios, entre los cuales destaca la transformación de los servicios residenciales para personas con discapacidad. El garante de esta transformación es el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Como ya se ha dicho, en la RC anterior al 1989, la institucionalización de las personas con discapacidad estaba fuertemente representada. Vivían en edificios de gran capacidad, en los que en el momento álgido podía haber hasta 200-300 residentes, generalmente en edificios históricos confiscados en la Iglesia a raíz del golpe de estado comunista de 1948 (Krhutová, Hlisnikovská, 2013).

Ahora se reconoce la importancia de los valores no materiales, como la dignidad humana, la autonomía y la inclusión social

Durante mucho tiempo, la existencia de servicios sociales institucionales se percibió como una prueba de que la sociedad prestaba cuidados y no dejaba sin asistencia a los colectivos vulnerables y que proporcionaba ropa, comida, refugio y tratamiento a los más necesitados. Sin embargo, en las últimas décadas, los valores socialmente aceptados han experimentado una profunda transformación, tanto en nuestra sociedad como en todo el mundo. Ahora se reconoce la importancia de los valores no materiales, como la dignidad humana, la autonomía y la inclusión social. La Convención de los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas afirma claramente que las personas con discapacidad tienen derecho a llevar una vida normal y a escoger dónde y con quién quieren vivir. El Estado tiene la obligación de ayudarles a conseguir estos derechos. Los servicios que ofrecen las grandes instituciones, a menudo aisladas de la vida cotidiana e inherentemente limitadas en su capacidad de prestar una atención adaptada a las necesidades y a los objetivos de los usuarios, se consideran claramente discriminatorios. Esta discriminación tan solo se puede eliminar mediante la desinstitucionalización: el paso de los servicios institucionales a los servicios prestados en entornos cotidianos, es decir, la atención de base comunitaria. Este es el objetivo de las directrices relacionadas con la desinstitucionalización (Národní, 2014).

Desde el año 2007, y en relación con el “lugar de residencia en un entorno específico” ha habido una infinidad de transformaciones en los servicios sociales de la RC. En 2007, se llevó a cabo la primera investigación estadística sobre personas con discapacidad del país (Oficina Checa de Estadística, véase ČSÚ, 2008). Parte de esta investigación consistió en identificar las características residenciales de esta población. Según los resultados, durante el periodo en cuestión, la gran mayoría de las personas con discapacidad vivían en un apartamento o en una casa estándar hasta una edad relativamente avanzada (74 años). En los últimos años, se ha incrementado el interés por determinadas formas de residencia asistida o institucional. La segunda investigación de este tipo se inició en el año 2013 (ČSÚ, 2014). En cuanto al tipo de residencia, durante el periodo analizado, la mayor parte de las personas encuestadas vivían en un apartamento estándar en un bloque de pisos (80%), seguidas por las que vivían en un apartamento accesible para discapacitados en un edificio estándar (7%) y por las que lo hacían en un equipa-

miento institucional (6%). En contraste con el año 2007, se ha registrado un aumento de las personas que vivían en residencias con menor capacidad de camas (máximo 20 camas / 21-50 camas / 51-100 camas), y una disminución de las que residen en equipamientos con más de 101 camas (101-200 camas / más de 200).

Estos hallazgos reflejan las consecuencias de las diferentes enmiendas legislativas implantadas en la RC desde el año 2006: la adopción de la Ley 108/2006 Coll., de servicios sociales, que entró en vigor en 2007, y la ratificación de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad, vigente en la RC desde 2009. La Ley de servicios sociales estableció la base legal para los servicios ya existentes, lo que directa o indirectamente creó las condiciones para que las personas con discapacidad pudieran vivir en un entorno social natural (véase también MPSV, 2014). Por otro lado, estableció nuevas instituciones legales para financiar los servicios. Uno de los cambios esenciales es la introducción de un subsidio social en el sistema de financiación de los servicios sociales: “la prestación por custodia”. El cambio fundamental es que la custodia la determina la persona que se encuentra en la situación desfavorecida y que pide la ayuda de otro individuo, lo que refuerza el papel y la capacidad de esta persona de decidir de qué forma y quién le ofrecerá la ayuda que necesita (Krhutová, Hlišnikovská, 2013). El objetivo de esta prestación también es reforzar la demanda efectiva y contribuir a la creación de atributos de mercado dentro del sistema de servicios públicos.



El sistema de servicios sociales en la República Checa

El sistema de servicios sociales en la República Checa engloba una serie de ayudas a las personas que se encuentran en condiciones sociales desfavorecidas, desde asesoramiento urgente en las crisis, residencia temporal en centros de acogida, servicios dirigidos a las personas que necesitan asistencia intensiva o a medio plazo en centros de día y talleres protegidos hasta asistencia a largo plazo a través de servicios de salud, ayudas personales y comunidades residenciales y hogares protegidos, denominados generalmente instituciones.

En consecuencia, los servicios sociales no se ofrecen tan solo a los ciudadanos discapacitados por motivos de edad, físicos, sensoriales o mentales, sino también a todas aquellas personas que no pueden o no son capaces de resolver por ellas mismas problemas de relación social: personas sin hogar, con problemas de drogadicción u otras adicciones, prostitutas y familias con niños con conflictos parentales, mujeres maltratadas y niños que han sufrido abusos. La lista demuestra que el usuario de los servicios sociales puede ser cualquier ciudadano a lo largo de su vida.

El usuario de los servicios sociales puede ser cualquier ciudadano a lo largo de su vida

En los últimos veinte años, se han producido cambios esenciales en la prestación de servicios sociales en la RC. Estos cambios han sido impulsados e implementados gracias a los proveedores tanto del sector gubernamental como no gubernamental, sin haber sido coordinados y desarrollados por ley. La mayor autoconfianza de los usuarios de servicios sociales les ha conducido a querer influir de forma significativa en la decisión de quién debe ofrecer el servicio y cómo lo tiene que ofrecer. Los proveedores han introducido nuevos métodos de trabajo social y, por tanto, son más capaces de responder a los requerimientos de los usuarios.

La atención formal de las personas con discapacidad y de las personas grandes se establece, mayoritariamente, en el ámbito de la Ley 108/2006 Coll. de servicios sociales y el Decreto 505/2006 Coll. del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que implementa algunas de las provisiones de la citada Ley, que entró en vigor en enero de 2007 y que estipulaba las condiciones de la prestación. Por medio de esta ley, se definen los principios básicos relativos a la prestación de servicios sociales en la RC, como por ejemplo el deber de registro de los proveedores de servicios sociales, la evaluación de la situación vital, la financiación a través de elementos de pago directo, la fijación de la prestación por custodia, la exigencia de especialización o titulación de los trabajadores en organismos proveedores de servicios sociales, el acceso de los proveedores informales a la prestación de servicios, los estándares de calidad y el establecimiento de estrategias en el desarrollo de servicios sociales mediante el método de planificación comunitaria.

De acuerdo con la Ley 108/2006 Coll., se establecen tres ámbitos de servicio: (a) Servicios de orientación social, en general dirigidos a un determinado colectivo o situación, que deben ser un componente integral de todos los servicios sociales. (b) Servicios de atención social, cuyo principal objetivo es gestionar necesidades básicas que no se puedan satisfacer sin la ayuda y la asistencia de otra persona. (c) Servicios de prevención social, especialmente dirigidos a prevenir la exclusión social de aquellas personas que están en riesgo de sufrir fenómenos sociales adversos.

La orientación social proporciona a los usuarios la información necesaria, interviene en los servicios de seguimiento y ofrece varias posibilidades para solucionar problemas. En general, forma parte de todo tipo de servicios sociales o se ofrece como un servicio independiente. Siempre es gratuita.

Los servicios de atención social ayudan a garantizar la independencia física y mental de las personas afectadas. Su objetivo es facilitar la inserción en la sociedad y, en los casos en los que su estatus no lo permite, ayudarles a vivir con dignidad. Todo el mundo tiene derecho a recibir servicios de atención social en el entorno menos restrictivo posible. Entre otros, los servicios tienen el objetivo de: promover el desarrollo, o al menos el mantenimiento, de la autosuficiencia del usuario, el retorno del usuario o la usuaria a su entorno doméstico, la renovación o el mantenimiento del estilo de vida original del

usuario, la capacitación del paciente para que pueda llevar una vida independiente y la limitación de los riesgos sociales y de salud asociados con su estilo de vida. La ley incorpora especialmente este tipo de servicio: atención y asistencia personal, servicios de guía y de lectura (para personas con discapacidad visual), servicios auxiliares de soporte familiar, centros de día y centros de atención semanal, hogares para personas con discapacidad, residencias para ancianos, instituciones especiales (para personas con demencia y otras enfermedades mentales), centros de acogida y otros servicios.



Los servicios de prevención social ayudan a prevenir la exclusión social de las personas que se encuentran en riesgo de crisis social o que tienen hábitos o un estilo de vida que les conduce a entrar en conflicto con la sociedad. La finalidad de estos servicios es ayudarles a superar una situación social compleja y proteger la sociedad de la aparición y la diseminación de fenómenos sociales negativos. La ley establece específicamente tres tipos de servicios: asistencia de emergencia, albergues de día, centros de acogida nocturna, talleres sociales y terapéuticos, comunidades terapéuticas, rehabilitación social y otros servicios.

Los servicios sociales también se clasifican según el lugar de prestación. Los servicios sobre el terreno se prestan en el lugar de residencia del usuario, es decir, en su casa, en el trabajo, en la escuela o en el lugar donde pasa el tiempo libre. Entre los servicios de este tipo está el servicio domiciliario, la asistencia personal o los programas sobre el terreno para jóvenes en situación de riesgo. Para recibir servicios ambulatorios, hay que visitar centros especializados, como unidades de orientación, centros de día para personas con discapacidad o centros de contacto para personas con riesgo de dependencia a sustancias adictivas. Los servicios residenciales se ofrecen en las instituciones en las que los pacientes viven todo el año a partir de un momento determinado. En general, son residencias para personas mayores discapacitadas, como también las denominadas viviendas protegidas para discapacitados u hogares de acogida para madres con hijos o personas sin techo.

Los servicios sociales los prestan generalmente los municipios y las regiones, que crean las condiciones favorables para el desarrollo de estos servicios, en especial analizando las necesidades reales de los usuarios y los recursos que se precisan para satisfacerlas, además de establecer organizaciones especialmente dedicadas a este ámbito. Las organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro y los individuos que prestan un amplio espectro de servicios también son proveedores de servicios sociales. El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales tiene a su cargo cinco instituciones especializadas en atención social.

Los servicios sociales los prestan generalmente los municipios y las regiones

“Las ayudas para necesidades materiales y los subsidios para personas con discapacidad son administradas por la Oficina de Ocupación de la RC y sus delegaciones y unidades regionales. Mediante el sistema de ayudas para necesidades materiales se otorgan las prestaciones recurrentes o excepcionales

siguientes: ayudas residenciales, complementos para la vivienda y ayudas para asistencia extraordinaria inmediata. Las ayudas se destinan a personas con rentas bajas o en situaciones de emergencia. En cuanto al sistema de prestaciones para personas con discapacidad, se han establecido dos ayudas en metálico destinadas a aliviar las consecuencias sociales de la discapacidad y a apoyar la inclusión social: una subvención única para asistencia especial y una ayuda periódica a la movilidad. Los servicios sociales ofrecen asistencia a las personas que se encuentran en una situación social adversa y otorgan prestaciones por custodia, una ayuda mensual que se concede a las personas que dependen de la asistencia de un tercero debido a situaciones de salud perjudiciales a largo plazo. La prestación por custodia la administra la Oficina de Ocupación de la RC y sus delegaciones y unidades regionales” (European, 2013, pág. 6-7).

La tarea principal del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales es la elaboración de medidas sistemáticas y normativas legales a largo plazo, como también el soporte a la mejora de la calidad de los servicios sociales, como por ejemplo, el soporte a la planificación de la red de servicios sociales en regiones y municipios según las necesidades detectadas de los usuarios, la mejora de las titulaciones, la mejora de la calidad de los servicios, especialmente en lo que concierne a la protección de los derechos de los usuarios, y las actividades cívicas y comunitarias del sector sin ánimo de lucro.

Los estándares de calidad de los servicios sociales se establecieron según una recomendación del Ministerio de 2002, que se convirtió en ley el 2007. Hay quince estándares. Todos los proveedores de servicios sociales de la RC deben estar registrados en el registro nacional y deben cumplir estos criterios: finalidades y métodos para prestar el servicio, protección de los derechos legales, negociaciones con las personas que soliciten el servicio, contrato de provisión de servicio, planificación individual del proceso, documentación de prestación del servicio, quejas sobre la calidad o la forma de ofrecer el servicio, continuidad del servicio social en otros recursos disponibles, equipo humano y organización de la prestación del servicio, desarrollo profesional, disponibilidad local y temporal del servicio, conocimiento de la provisión del servicio social, entornos y condiciones, situaciones de emergencia, mejora de la calidad del servicio social.

Conclusiones

Los cambios políticos y sociales que desencadenó la sucesión del régimen comunista en la RC tuvieron una gran influencia (no tan solo) en el acceso de las personas discapacitadas a los servicios sociales. El concepto global de las prestaciones, especialmente en lo que concierne a los tipos de servicios y al papel del usuario, experimentó cambios estructurales importantes. El énfasis en la secularización de la sociedad y la persecución de cualquier forma de sentimiento religioso hizo desaparecer la dimensión cristiana de la

acción social. La Iglesia fue sustituida por el Estado, que asumió la responsabilidad de la financiación, la organización y la prestación de la totalidad de los servicios sociales (Marhánková, 2014). La idea de asistencia estatal estuvo oficialmente impulsada por el intento de ofrecer servicios a todos los ciudadanos, de acuerdo con los valores igualitarios de la sociedad socialista. Sin embargo, en la práctica, el sistema debilitaba las oportunidades para los individuos y sus necesidades específicas y, en general, el sistema traspasó la responsabilidad del individuo al Estado. La ideología que subrayaba el papel del Estado como prestador de servicios debilitó el sentimiento de solidaridad con las personas necesitadas.



Durante el régimen socialista, los servicios sociales de la Europa Central y del Este adoptaron un modelo sanitario basado únicamente en el estado de salud del usuario, mientras que los factores emocionales y sociales que hubieran sido determinantes de la atención fueron completamente ignorados. No obstante, la sociedad totalitaria no daba demasiadas oportunidades para proponer visiones alternativas. Mientras que en Occidente surgían movimientos sociales y en defensa del consumidor que empezaban a formular un concepto alternativo de atención, el sistema de prestación social y sanitaria socialista era monopolizado por el poder del Estado. Antes de 1989, el modelo de salud y servicios sociales de la RC y de otros países del bloque soviético era típicamente socialista y centralizado, con una jerarquía estricta entre tipos de atención, una gran burocracia y el énfasis en la autoridad de los expertos. Cualquier evaluación de los servicios sociales se basaba únicamente en el aspecto cuantitativo. El número de camas institucionales se consideraba el principal indicador de la eficiencia de las prestaciones.

El sistema traspasó la responsabilidad del individuo al Estado y debilitó el sentimiento de solidaridad con las personas necesitadas

La fuerte centralización del sistema que dominaba todo el Estado empezó a debilitarse gradualmente (tras la Revolución de Terciopelo de 1989) debido al nuevo clima social y de las reformas del sistema de administración social. El planteamiento no individualista del Estado fue sustituido por la tendencia a considerar el trabajo social como parte de un proceso en el que los individuos debían ser responsables de sus propias acciones. Las personas empezaron a ser consideradas participantes activas a la hora de resolver sus problemas. Se empezó a dar importancia al concepto de responsabilidad individual como parte integral de la resolución de problemas (Marhánková, 2014). La idea de acercar la responsabilidad del funcionamiento de los servicios sociales a los que los utilizan se reflejó en la reforma de la Administración pública. A partir de los años noventa, se empezó a establecer una red de organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro, que era completamente inexistente en el modelo socialista. Actualmente, las instituciones de la Administración pública y los organismos no gubernamentales son los principales proveedores de servicios sociales en la RC. Se puede decir que el sistema actual de provisión de servicios sociales ha sido descentralizado y ha incorporado una serie de organismos basados en un modelo de atención diferente, un modelo capaz de atender y satisfacer las necesidades individuales de los usuarios. La aparición de estos nuevos organismos está vinculada

con la transformación del sistema de evaluación de servicios y con la ampliación del espectro de servicios ofrecidos. Hoy en día, el énfasis original en la cantidad como principal criterio de evaluación es rechazado por una amplia mayoría. La tendencia actual es dar una mayor importancia a la calidad de los servicios. Desde el año 2011, el Gobierno checo ha implementado la denominada “Reforma social”. La Reforma social ha implicado cambios legislativos y otros cambios que afectan a las personas con discapacidad en el ámbito del empleo, los beneficios sociales y los servicios sociales.

Lenka Krhutová
Profesora asociada
Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Ostrava
República Checa
lenka.krhutova@osu.cz

Bibliografía

Chytil, O. (2006). “Is Social Work a Science or Is It Just a Profession?”. En: *Social Work & Society*. Social Work & Society, 16, 2. [Disponible en:] <http://www.socwork.net/2006/2/countrynotes/chytil/chytil.pdf/?searchterm=chytil>

Comisión Europea (2013). *Your social security rights in Czech Republic*. Unió Europea.

Consejo Nacional de la Discapacidad (2014). Praga: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. [Disponible en:] <http://www.nrzp.cz/czech-national-disability-council.html>

Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas. Naciones Unidas, 2006.

ČSÚ (2008). *Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007*. Praga: Český statistický úřad.

ČSÚ (2014). *Výběrové šetření zdravotně postižených osob*. Praga: Český statistický úřad.

Decreto 505/2006 Coll., en el que se implementan algunas provisiones de la Ley de servicios sociales, República Checa.

Junta Gubernamental para las Personas con Discapacidad (2014). Praga: Úřad vlády České republiky. [Disponible en:] <http://www.vlada.cz/en/ppov/vvzpo/uvod-vvzpo-en-312/>

Krhutová, L. (2013). *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Boskovic: Albert.

Krhutová, L.; Hlisnikovská, Š. (2013). “Sociální služby v České republice”. En: Krhutová, L. (ed.) *Privatizace v sociálních službách pro seniory*. Boskovic: Albert. p. 17-32.

Ley 108/2006 Coll. de Servicios Sociales, República Checa.

Marhánková, J. (2014). *Changes in social services for elderly in Czech Republic – the idea of “right” old age and it’s subjective manifestation. Qualitative research of services focuised on free time activities for elderly in Czech Republic.* Plzeň: Západočeská univerzta v Plzni. [Disponible en:] www.sfi.dk/Files/Filer/transformingcare/Marhankova_final_paper.rtf

Matoušek, O. a kol. (2001). *Základy sociální práce.* Praga: Portál.

Matoušek, O.; Doležel, J. “Domáci historie sociální práce”. En: Matoušek, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce.* Praga: Portál. p. 195-199.

MPSV (2014). *Social services.* Praga: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. [Disponible en:] <http://www.mpsv.cz/en/1613>.

Národní centrum podpory transformace sociálních služeb (2014). *Attributes and guidelines related to deinstitutionalisation (transition from institutional to community-based care).* Praga: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb.

Pánek, J.; Tůma, O. (2008). *Dějiny českých zemí.* Praga: Karolinum.

