

¿Primero entrena y después coloca o primero coloca y después entrena? Dos modelos antagónicos en la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental grave

Segundo Valmorisco Pizarro¹

Fecha de Recepción: 06/02/2018 / Fecha de Aceptación: 12/07/2018

Resumen. El artículo tiene como objetivo analizar como el comportamiento de los mercados de trabajo, así como de los recursos que los diferentes Estados de Bienestar ofrecen a sus ciudadanos, son elementos clave para identificar diferentes modelos de intervención en la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental grave. Así, España es más proclive al modelo “primero entrena y después coloca” (propio del modelo CRL), mientras que en Estados Unidos se inclina más por el modelo “primero coloca y después entrena” (modelo IPS). El análisis tiene como base la comparación entre el último estudio sobre el modelo IPS aplicado al caso de algunos países europeos, y el modelo CRL desarrollado en la Comunidad de Madrid. Las conclusiones nos indican que el modelo CRL presenta unos resultados de inserción laboral ligeramente superiores al modelo IPS, a pesar de la existencia de factores claramente desfavorables, como es la creación de empleo.

Palabras clave: intermediación laboral; inserción sociolaboral; equipo multidisciplinar; itinerario individualizado; salud mental; trabajo en red.

[en] First train and then place or first place and after train? Two antagonic models in the labor rehabilitation of persons with severe mental illness

Abstract. The article aims to analyze how the behavior of labor markets, as well as the resources that different welfare states offer their citizens, are key elements to identify different intervention models in the labor rehabilitation of people with mental illness serious. Thus, Spain is more prone to the model “first trains and then places” (for example, the CRL model), while in the United States it is more inclined towards the “first place and then train” model (IPS model). The analysis is based on the comparison between the last study on the IPS model applied to the case of some European countries, and the CRL model developed in the Comunidad de Madrid. The conclusions indicate that the CRL model presents labor insertion results slightly superior to the IPS model, despite the existence of clearly unfavorable factors, such as the creation of employment.

Keywords: job intermediation; sociolaboral insertion; multidisciplinary team; individualized itinerary; mental health; networking.

Sumario: 1. Introducción. 2. Teorías del mercado de trabajo para comprender la gestión de la diferencia. 3. El mercado de trabajo como principal motor del Estado de Bienestar. 3.1 Algunas deficiencias del fragmentado mercado laboral español. 3.2 El Estado de Bienestar familiarista en España. 3.3 Mercado

¹ Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Ciencia Política y de la Administración. Instituto Complutense de Ciencia de la Administración (ICCA).
svalmori@ucm.es

de trabajo Vs. Estado de Bienestar: El auge de la flexibilidad laboral y las dificultades de adaptación de las personas con enfermedad mental grave. 4. Modelos de intervención y principios fundamentales de la rehabilitación laboral. 5. Conclusiones/enseñanzas de ambos modelos. 6. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Valmorisco Pizarro, S. (2018): “¿Primero entrena y después coloca o primero coloca y después entrena? Dos modelos antagónicos en la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental grave”. *Sociología del Trabajo*, n°93, 287-306.

1. Introducción

Los países con modelos de Bienestar más conservadores, como es el caso de España y con tasas de paro que, según la Encuesta de Población Activa (EPA), nunca han bajado del 7% en los últimos 40 años, tienden más a un modelo de “primero entrena y después coloca”, en ocasiones con largos periodos de formación o entrenamiento. Por el contrario, en los países anglosajones (sobre todo, EE.UU), con tasas de desempleo que rara vez han superado esa cifra del 7% en el periodo analizado (1977-2017) y con un modelo de Bienestar de corte liberal, predomina el modelo “primero coloca y después entrena”. Pero, ¿podría darse un modelo “primero coloca y después entrena” en países con un Estado de Bienestar conservador o mediterráneo?, ¿Cuál es el modelo que mejor se adapta a las características de las personas con enfermedad mental grave?.

Para poder comparar ambos modelos, han de seleccionarse recursos que ofrezcan resultados de inserción laboral. De este modo, los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) de la Comunidad de Madrid, son un ejemplo del modelo “primero entrena y después coloca” frente al modelo IPS (Individual Placement and Support), también denominado “apoyo individualizado al empleo” (conocido más comúnmente como “empleo con apoyo”) referente del modelo “primero coloca y después entrena”.

Independientemente del modelo utilizado, la inserción en el mercado de trabajo, es el objetivo final en la mayoría de los procesos de rehabilitación laboral que llevan a cabo las personas con enfermedad mental grave. En la mayoría, porque existe un pequeño porcentaje (según los CRL, inferior al 10%), en el que, después de meses e incluso años de duración del proceso, el propio equipo multiprofesional y la persona atendida, llegan a la conclusión de que es desaconsejable pretender insertar a esa persona en el mercado laboral por diversos factores: incapacidad para recuperar sus competencias profesionales, el desempeño de un puesto de trabajo puede empeorar su calidad de vida, la persona no encuentra la motivación suficiente para el trabajo, etc.

Para comprender mejor la idiosincrasia de ambos modelos, se abordará en primer lugar como las diferentes teorías sobre el mercado de trabajo han explicado la inclusión en dichos mercados de aquellas personas demandantes de empleo que se encuentran en riesgo de exclusión social. En segundo lugar, se analizarán las características de los diferentes mercados de trabajo según los Estados de Bienestar donde se encuentran y la relevancia que tienen los propios mercados de trabajo en la construcción y consolidación de dichos Estados de Bienestar. Por último, se expondrán las características básicas de ambos modelos de intervención en la rehabilitación

laboral y las conclusiones y enseñanzas que se obtienen del análisis de ambos modelos.

2. Teorías del mercado de trabajo para comprender la gestión de la diferencia

Para entender mejor el comportamiento del mercado de trabajo, es preciso estudiar cuales son las características básicas de las teorías sociológicas que lo explican. Si consideramos las teorías sobre el mercado de trabajo en relación con la desigualdad, podemos identificar al menos tres teorías que explican cómo se comporta dicho mercado, lo que nos ayudará a entender las condiciones de acceso al mismo por parte de los colectivos vulnerables, y el valor del empleo generado por los diferentes recursos de rehabilitación laboral:

La primera de estas teorías es la Teoría del capital humano de Gary S. Becker (premio Nobel de economía en 1992). Según este autor se mantienen la mayoría de los rasgos de la Teoría Neoclásica de la economía (existencia de un único mercado de trabajo en el que participan las personas que buscan empleo del lado de la demanda y las empresas que buscan trabajadores del lado de la oferta, bajo una relación competitiva), con la salvedad que lo que denominamos factor trabajo no puede ser considerado como una categoría homogénea, sino que debe diferenciarse según sean las características de la mano de obra. Becker establece el concepto de capital humano para explicar esta heterogeneidad, así el nivel de cualificación alcanzado dependerá de la inversión realizada por la persona en el mismo (educación, formación en el trabajo, emigración, etc.) así como las diferencias salariales resultantes.

Para Becker, el mercado de trabajo es el conjunto de decisiones individuales sobre la inversión en capital humano.

Esta teoría diferencia entre formación general y formación específica, la primera se adquiere en el sistema educativo (y es financiada por los propios individuos), mientras que la segunda se adquiere en el mercado de trabajo (y es financiada por las empresas o por éstas con la participación del propio trabajador).

Si bien, Becker supera los defectos principales de la Teoría Neoclásica (sobre todo en cuanto a identificar la heterogeneidad del capital humano en base a su cualificación para el empleo) no resuelve el problema de la concepción unitaria del mercado de trabajo, visión que si contempla la segunda teoría: La Teoría de la segmentación laboral. Para esta teoría, no existe un único mercado de trabajo, sino muchos mercados que limitan el acceso a su entrada mediante una serie de barreras que les diferencian de otros.

Es importante considerar que para esta teoría, las barreras de entrada a cada uno de estos mercados se deben a variables referidas al ámbito social (género, edad, nivel académico, posición social) de modo que la segmentación que se produce en el mercado de trabajo es, a la vez, causa y consecuencia de la segmentación social.

Pero la teoría de la segmentación laboral no sólo considera a la segmentación social como único factor de incidencia en su consolidación, sino que además existen otros factores tales como: políticas laborales de las empresas y su situación en el mercado de trabajo, la actuación colectiva de los trabajadores, la intervención del Estado, la familia y las redes sociales del individuo.

Por último, aparte de la Teoría del capital humano y de la Teoría de la segmentación laboral, existe una tercera teoría que explica aún con mayor claridad la realidad que padecen las personas con discapacidad por enfermedad mental grave, se trata de la Teoría del mercado dual de trabajo. En este sentido, los procesos de segmentación laboral no sólo crean desigualdades laborales, sino que en muchas ocasiones reproducen, fortalecen y potencian estas desigualdades utilizando a los colectivos en riesgo de exclusión social para flexibilizar la mano de obra y en muchos casos abaratar sus costes. Es en este caso, cuando hablamos de la Teoría del mercado dual de trabajo (Michael J. Piore, 1971), según esta teoría existen dos sectores bien diferenciados:

- Un sector primario, caracterizado por la estabilidad en el empleo, buenas condiciones laborales, alta remuneración, posibilidad de movilidad social y promoción interna, en suma prestigio social.
- Un sector secundario caracterizado justamente por lo contrario, mucho más flexible e inseguro, donde predominan los empleos de baja cualificación, precarización de las condiciones laborales, bajos salarios y escasas posibilidades de movilidad social y promoción interna.

Un análisis en profundidad de esta tercera teoría sobre el mercado de trabajo, es el realizado por Luis Toharia. Para este autor, los factores que producen la segmentación laboral son la tecnología, el capital humano y, sobre todo, la gestión de los recursos humanos. Otros factores como la legislación laboral y la amplia tipología de contratos de trabajo no son fenómenos tan relevantes (Hernanz y Jimeno, 2013: 143).

En el caso de la gestión de los recursos humanos, y retomando las ideas de Doring y Piore (1971), Toharia identifica a la formación como uno de los factores que condiciona la segmentación entre los distintos puestos de trabajo. Así el uso abusivo de la contratación temporal, en la que se reduce la formación continua, aumenta las dificultades de acceso de los trabajadores a los mercados de trabajo primarios (Hernanz y Jimeno, 2013: 141)

Abundando en las explicaciones de Luis Toharia sobre la segmentación del mercado de trabajo español, ésta se debe más a factores relacionados con la demanda de trabajo (como puede ser la propia contratación temporal) que a las características institucionales de nuestro mercado de trabajo. El hecho de que la temporalidad aparezca en mayor medida en unos sectores (construcción, hostelería, etc.) y colectivos (los de menos cualificación) avalan su pensamiento (Hernanz y Jimeno, 2013: 144).

Es decir, en el sector secundario se concentran los empleos para los colectivos en riesgo de exclusión social. En este sector quedan atrapados aquellos colectivos a los que se asigna atributos de desfavorecimiento, como el ser joven, mujer, inmigrante, pertenecer a una minoría étnica o tener problemas de salud.

Si analizamos estas las tres teorías sobre el mercado de trabajo para comprender mejor el comportamiento de nuestro colectivo objeto de estudio en el mismo, podemos afirmar que:

La Teoría Neoclásica no explica la existencia de diferentes submercados en los que operan los colectivos en riesgo de exclusión social (mercados propios denominados de empleo protegido). El análisis de caso de nuestro objeto de estudio (los Centros de Rehabilitación laboral de la Comunidad de Madrid), así como el de otros recursos más finalistas (como pueden ser los Centros Especiales de Empleo o Empresas Sociales), nos demuestran cómo, ante la imposibilidad de muchas de las personas atendidas, de acceder al mercado de trabajo ordinario (elemento fundamental

sobre el que se apoya el modelo IPS), se crean submercados propios que se adaptan a las características de la población atendida (con mayor heterogeneidad si cabe que la población sin discapacidad). Esta teoría tampoco explica como existe un porcentaje importante de personas atendidas por los CRL (en concreto el 44%) que poseen estudios medios o superiores (FP segundo grado, bachiller, estudios universitarios medios y estudios universitarios superiores) y que tienen serias limitaciones para acceder al mercado de trabajo (ordinario o protegido) debido a una enfermedad mental grave, lo que les impide un nivel de funcionamiento óptimo en su puesto de trabajo. Con ello queremos decir que el nivel de cualificación de las personas no es directamente proporcional a su inversión en formación, debido a las limitaciones que presenta nuestro colectivo, y que acabamos de señalar.

La Teoría de la segmentación laboral no explica el hecho de que los empleos intermedios por los CRL se consiguen para personas que son atendidas en el propio recurso, por lo que hay que pertenecer al propio grupo para optar a ellos, de modo que más que una segmentación social (que también pudiera producirse), hablamos de una segmentación en la que las barreras de entrada son producidas por razón de la diversidad funcional de la persona atendida. Para luchar contra esas barreras, trabaja el proceso de rehabilitación laboral desarrollado en este recurso, proceso que actúa como factor integrador de la persona en el mercado de trabajo, al tratar de incrementar las oportunidades de entrada en el mismo. De hecho, en el proceso de rehabilitación laboral se trabaja para que la mayoría de estos factores (a excepción de la situación de mercado de las empresas) se conviertan en potenciadores de una actividad laboral que, en un principio, se resiste debido a las limitaciones iniciales de estas personas en un contexto desfavorable, de ahí que acojamos ese concepto denominado rehabilitación laboral, incorporado por la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI), aprobada en 1982. Dicho trabajo realizado por el proceso de rehabilitación laboral consiste en:

- a. Concienciar a las empresas para que en sus políticas laborales abran el acceso a personas con enfermedad mental.
- b. Integrar a los trabajadores insertados laboralmente en la dinámica de relaciones con los compañeros a través de la figura del preparador laboral en el empleo con apoyo.
- c. Intervención estatal basada en la consolidación de toda una red de atención social para las personas con enfermedad mental grave en la Comunidad de Madrid, así como en la redacción de normas y planes estratégicos que persiguen aumentar la calidad de vida del colectivo.
- d. Potenciar la relación de la persona atendida con su familia y con otras redes sociales de apoyo.

Pero no sólo podemos hablar de elementos externos o ajenos al propio individuo en las Teorías de la segmentación del mercado de trabajo, sino que también existen actitudes subjetivas que pueden provocar la segmentación. Un buen ejemplo en relación al colectivo de personas con enfermedad mental grave, lo podemos encontrar al referirnos a las bajas laborales por enfermedad, pudiendo ser éste uno de los factores que potencian la segmentación en empresarios más preocupados porque la persona con enfermedad mental tome la medicación, que por las competencias profesionales que la persona posea para el buen desarrollo del puesto. Y estas actitudes subjetivas, ejercen una presión añadida en la valoración que tienen hacia sí mismas las personas, máxime en un colectivo que día a día tiene que luchar contra el autoestigma.

La Teoría del mercado dual de trabajo por el contrario, si explica la existencia de unos procesos de segmentación que reproducen, fortalecen y potencian estas desigualdades utilizando a los colectivos en riesgo de exclusión social como son las personas con enfermedad mental grave, para flexibilizar la mano de obra y en muchos casos abaratar sus costes. Si nos fijamos en los datos de los CRL referidos a las personas a las que dicho recurso ha conseguido intermediar para su inserción laboral, el 59,98% de estos empleos son a tiempo completo, de modo que el 40,02% restante corresponde a empleos a tiempo parcial, caracterizados en muchas ocasiones por la precarización en las condiciones laborales. Según datos de Eurostat (II Trimestre de 2017), los países más avanzados tienen mayores porcentajes de contratación a tiempo parcial, así en Alemania este dato alcanza al 27% de los trabajadores; en Reino Unido al 23%; en Suecia es el 22% y en Holanda el 48%. Según esta misma fuente, las menores puntuaciones se encuentran en Bulgaria y Eslovaquia; y en los países mediterráneos son más bajas que en los del centro y el norte: 19% en Italia, 16% en España. En relación a los factores que producen la segmentación laboral: la tecnología, el capital humano y, sobre todo, la gestión de los recursos humanos, desde los CRL se trabaja en estos tres ámbitos para amortiguar su impacto. Debemos entender que la sociedad postmoderna genera altas tasas de exclusión social, lo que produce segregación de algunos grupos sociales frágiles (entre los que se encuentran las personas con enfermedad mental grave y duradera), por lo que se hace más necesario que nunca comprender los procesos de exclusión social y tratar de generar nuevos empleos en algunos sectores, como pueden ser el medio ambiente y la dependencia, que nos conduzca hacia una sociedad en la que exista una mayor aceptación del trabajo cívico, sólo así contribuiremos a que este colectivo pueda insertarse con plenas garantías en el mercado de trabajo y, por tanto, contribuya a convertirse en un nuevo motor de ese mercado, que hoy más que nunca, necesita funcionar a pleno rendimiento para el sostenimiento del Estado de Bienestar en el futuro. (Alonso, 2004: 42-43).

Una vez realizado el repaso histórico por las diferentes teorías que han abordado la realidad de como los mercados de trabajo han gestionado la existencia de colectivos en riesgo de exclusión social, así como sus argumentos, no siempre compartidos, para comprender mejor el comportamiento del colectivo de personas con enfermedad mental grave en el mismo, en el siguiente punto nos centraremos en analizar el comportamiento de los mercados de trabajo en los diferentes Estados del Bienestar

3. El mercado de trabajo como principal motor del Estado de Bienestar

Es obvio señalar que los mercados de trabajo difieren entre sí, como lo hacen también las garantías de derechos de los Estados de Bienestar donde se desarrollan estos mercados laborales, de modo que un buen o mal funcionamiento del mercado de trabajo tiene importantes efectos sobre el Estado de Bienestar, difiriendo sustancialmente de unas Comunidades Autónomas a otras, de unos países a otros.

Existen diferentes modelos de Estado de Bienestar, y las características básicas de esos modelos, guardan una estrecha relación con los mercados de trabajo donde se desarrollan. Así, los mercados de trabajo de Suecia, Alemania, Gran Bretaña o España, presentan importantes diferencias, como también lo hace su Estado de Bienestar y la calidad de los servicios que presta. En buena medida, la interrelación entre

las variables: Estado, familia y negociación colectiva explican unos y otros modelos, y configuran los diferentes mercados de trabajo como pilar fundamental del propio Estado de Bienestar.

Como decimos, el funcionamiento del mercado de trabajo influye de manera directa en los pilares sobre los que se asientan los Estados de Bienestar: la educación, la sanidad, las pensiones y el amplio sector de servicios sociales y atención a la dependencia. Todos estos pilares se sostienen mediante el mercado de trabajo, que es quien garantiza la viabilidad del sistema, constituyéndose como el elemento fundamental del mismo.

3.1 Algunas deficiencias del fragmentado mercado laboral español

En el caso español y siguiendo las teorías señaladas en el apartado anterior, tenemos un mercado de trabajo muy fragmentado, hecho que afecta de manera diferenciada según sean los atributos de las personas, así el desempleo no afecta por igual a mujeres que a hombres ni a personas jóvenes o mayores de 45 años que a las edades intermedias, tampoco afecta por igual a personas con nivel académico bajo que a quienes poseen estudios superiores o medios, tampoco padecen el mismo grado de desempleo quienes presentan algún riesgo de exclusión social debido a una discapacidad respecto de quienes no. Según datos de desempleo de la EPA del IV Trimestre de 2017, la tasa de paro es 3,4 puntos porcentuales superior en el caso de las mujeres (18,4% frente al 15,0% de los hombres). Entre los menores de 25 años esta tasa asciende al 37,5%. Esta misma fuente cifra en un 33,79% la tasa de desempleo de las personas con estudios primarios incompletos, mientras que entre quienes poseen algún título de educación superior desciende hasta el 9,49%. Según el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2016, la tasa de paro de la población con diversidad funcional era del 28,6% (teniendo en cuenta que su tasa de actividad es del 35,2%, siendo la tasa de la población sin discapacidad del 78%). En algunas Comunidades Autónomas, el desempleo afecta a su población en mayor medida que en otras, en algunos casos con tasas de paro superiores al 33% de su población activa, como fue el caso de Andalucía y Canarias en 2014 (EPA, III Trimestre 2014).

El VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España (2014) también hace hincapié en la debilidad de nuestro fragmentado mercado de trabajo:

Las políticas de consolidación fiscal y de devaluación interna aplicadas desde mediados de 2010 han puesto de manifiesto la debilidad endémica de las dos columnas vertebrales del Estado de bienestar: el mercado de trabajo y el propio sistema de protección social que durante los años de bonanza no mejoraron ni la estabilidad laboral ni la intensidad protectora.

De esta forma y como señala este mismo informe, los recortes en el Estado del Bienestar provocados por un mal funcionamiento del mercado de trabajo, han hecho que veamos descender no solo la cantidad y calidad del empleo, sino también la calidad de los servicios en educación, sanidad, servicios sociales y dependencia, debido a los recortes y ajustes emprendidos para enfrentar la situación de crisis.

De modo que el mercado de trabajo, como principal motor del Estado de Bienestar, puede comprometer la calidad de las prestaciones de dicho Estado de Bienestar.

Por eso se hace necesario conocer y actuar sobre algunos de sus ejes fundamentales: las características de su mano de obra (sociodemográficas y socioeconómicas), las relaciones de trabajo (negociación colectiva entre sindicatos, empresarios y Administración Pública) y su sistema productivo (capital-trabajo, tipología de empresas, etc.) (Álvarez, 1996: 32-34).

Si nos detenemos en estos tres ejes, podemos comprobar las deficiencias que nuestro mercado laboral presenta en cada una de ellos:

- En primer lugar, en el caso de las características sociodemográficas y socioeconómicas de su mano de obra, España presenta una mano de obra en la que la media de edad está por encima de los 40 años (se estima que será de 48 años en el año 2020, según el IV encuentro Universidades-Centros tecnológicos-Empresas, organizado por el Gobierno de Navarra en 2011), a lo que debemos añadir que se trata de un mercado que está limitando la entrada de un contingente de trabajadores jóvenes bien formados. También presentan dificultades de inserción las mujeres y algunos colectivos en riesgo de exclusión (como es el caso de las personas con enfermedad mental grave).
- En cuanto a las relaciones de trabajo, éstas están marcadas por un mercado en continua desregulación (prueba de ello es el Real Decreto-Ley 4/2013 de 22 de febrero, de medidas de apoyo al emprendedor y de estímulo del crecimiento y de la creación de empleo), con escasa afiliación de los trabajadores a los sindicatos (del 15,9% una de las más bajas la OCDE, según el Instituto de Estudios Económicos a partir de datos de la propia organización), largas jornadas de trabajo (37,7 horas semanales de media según la EPA del II Trimestre de 2017) y reparto desigual de los salarios. En suma, estamos asistiendo a un retroceso de nuestros derechos laborales.
- El cuanto a nuestro sistema productivo, no existe un liderazgo estratégico que identifique los sectores productivos que van a emerger en el futuro, y por el que apostar tanto en la inversión pública como en las políticas formativas.

Aparte de las deficiencias identificadas en algunos de los ejes más importantes de nuestro mercado de trabajo (que como se ha señalado, es el pilar fundamental y motor de nuestro Estado de Bienestar), consideramos además que el Estado de Bienestar debería incorporar una función de control y no sólo dedicarse a su encomendada función de mantenimiento del mismo, de modo que se racionalicen sus recursos. Asimismo, los diferentes agentes que intervienen (administración, sindicatos y patronal) deben trabajar en pos de una legislación laboral que facilite una regulación de las relaciones laborales que sean inclusivas. Por último, ahora más que nunca, se debería potenciar también el emprendimiento, de tal forma que se cambie de mentalidad hacia la iniciativa empresarial y no sólo hacia el trabajo por cuenta ajena (Herrador, 2001:69).

Además de los elementos mencionados anteriormente, se hace necesario actuar sobre otros aspectos del mismo no menos importantes: el equilibrio entre oferta y demanda, el sistema de formación profesional, así como la legislación laboral, la potenciación del sistema de protección social a través de la Seguridad Social y la lucha contra la economía sumergida. Todos ellos son elementos a tener en cuenta para el buen funcionamiento del mercado de trabajo, ya que el mantenimiento del actual Estado de Bienestar pasa por la necesaria creación de empleo (Herrador: 2001, 69).

Volviendo a los datos de desempleo comparado según algunos países de la UE, en cuanto al equilibrio entre la oferta y la demanda, tenemos un claro ejemplo en esos

mismos datos. Nuestro país ha pasado de un exceso de oferta, necesitando incorporar mano de obra extranjera de forma masiva entre los años 2003 a 2010 (en 1981 la población extranjera representaba el 0,52% del total de población, en 2003 el 6,24% y en 2010 el 12,2%, a partir de este año comienza un suave descenso hasta el 11% en 2014) a tener un importante exceso de demanda que afecta a todos los rangos de edad, pero muy especialmente a los jóvenes, que con una tasa de desempleo juvenil del 42,9% (EPA IV Trimestre de 2016), es la segunda más alta de la UE.

En cuanto al sistema de formación para el empleo, nuestro país tiene deficiencias históricas no corregidas en este campo, al no existir interrelación entre estos tres subsistemas, como si ocurre, por ejemplo, en Alemania. El distanciamiento entre los agentes formativos y los agentes que intervienen en el mercado de trabajo aún es importante en España y es conveniente su acercamiento paulatino, y no sólo en la educación superior. En este sentido, el Informe sobre desarrollo de capital humano realizado por el Foro Económico Mundial en 2017 concluye que nuestro país ocupa el puesto 44 de 130 en relación al adecuado desarrollo y aprovechamiento del capital humano (talento). En el capítulo de la formación en las empresas o la proporción de empleo cualificado, entre otros, según este informe la media de Europa occidental está en 71 puntos de 100, España puntúa con 65, lo que la aleja del grupo de cabeza dominado por los nórdicos, Suiza, Estados Unidos y la propia Alemania.

3.2 El Estado de Bienestar familiarista en España

El origen del Estado de Bienestar en España se remonta a 1963, con la aprobación de la Ley General de Seguridad Social. Si bien el Estado de Bienestar no comienza a desarrollarse en nuestro país hasta los años setenta, garantizando la protección social de derechos universales como son la educación y la sanidad, las políticas de empleo no lo harán hasta mediados de los ochenta, y las políticas de rehabilitación laboral no lo harán hasta los noventa. Como vemos, se produce un desfase en el tiempo, al no contemplar las políticas de empleo de los años ochenta, actuaciones específicas que se demostraran eficaces en favor de los colectivos en riesgo de exclusión social.

Nuestro modelo combina un gran gasto en pensiones con una escasa inversión en asistencia social, otorgando un protagonismo central, en la provisión de bienestar, a la familia. En este punto, encontramos una importante contradicción, ya que si bien la familia es una institución de capital importancia en el Estado de Bienestar español, no participa en la misma medida en los procesos de inclusión social (un ejemplo de estos procesos podría ser, sin duda, el de rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental grave y duradera, en el que la familia a pesar de ser tenida en cuenta, participa en menos de un 20% de los casos). En este sentido, el protagonismo otorgado a la familia no se corresponde con la atención a su protección y promoción.

De modo que estamos ante un agente económico con poca capacidad estratégica que no puede intervenir en la misma medida como agente de inclusión.

Esta idea es corroborada por Julio Alguacil:

Aunque la vocación familista, coloca a la familia como proveedor de bienestar en el centro de la sociedad, tanto en términos ideológicos como en su acción, el Estado se ve obligado a ir incorporando algunas políticas sociales, suficientes para permitir la reproducción de la fuerza de trabajo que requiere el proceso modernizador

español. Una suerte de combinación de políticas contributivas (fundamentalmente por parte de los asalariados) y universales con pocos recursos, que favorecían de manera simultánea la ampliación de la mercantilización y el mantenimiento de la solidaridad familiar, y que recaía fundamentalmente en las mujeres (Alguacil: 2012, 68-69).

De mismo modo, Luis Moreno también considera el papel fundamental de la familia en general, y de la mujer en particular, en el modelo mediterráneo:

El Estado de bienestar meridional descansa en gran medida en el papel desempeñado por la familia en la procura de satisfacción vital (*well-being*) y bienestar (*welfare*) para sus miembros. (...) Todo ello conforma una visión social en la que las estrategias familiares prevalecen en las formas de intercambio social entre los ciudadanos. Es precisamente en el seno del microcosmos de solidaridad familiar donde el rol de la mujer ha sido —y continúa siendo— determinante en el desarrollo de las políticas de bienestar (Moreno: 2001, 73).

Aunque el primer recurso de rehabilitación laboral en la Comunidad de Madrid proviene de un programa experimental financiado por el Fondo Social Europeo (FSE) a través de las políticas de empleo, hoy en día su financiación proviene (desde este ejercicio 2014 se ha recuperado la cofinanciación con el FSE) del área de los Servicios Sociales, que como se indicaba anteriormente, en nuestro modelo de Estado de Bienestar, se caracteriza por una escasa inversión. Esa escasa inversión se ha visto agravada, en el largo periodo de crisis económica padecido por nuestro país, con recortes añadidos, cuestión que no ha afectado de igual forma a los CRL, recurso que a diferencia de nuestro Estado de Bienestar, ha aumentado su presupuesto entre los años 2008 al 2016, pasando de 56 a 63,9 Millones de €, según la Red de atención social a personas con enfermedad mental grave de la Comunidad de Madrid.

3.3 Mercado de trabajo Vs. Estado de Bienestar: El auge de la flexibilidad laboral y las dificultades de adaptación de las personas con enfermedad mental grave

Para entender la relación entre Estado de Bienestar y Mercado de Trabajo, el propio Esping-Andersen ya estableció una fuerte interrelación entre ambas dimensiones. Por ejemplo, para este autor, el modelo socialdemócrata siempre ha tratado de optimizar la capacidad de trabajo de la población, al suministrar servicios sociales que proporcionaba más de la cuarta parte del empleo total, permitiendo, a su vez, armonizar la vida de trabajo y la familia. Un intento de llevar a la práctica esta alternativa en nuestro país, fue la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Este modelo, ha dado siempre prioridad a la consecución del pleno empleo y a la actividad (en el caso de estos países las tasas de actividad femeninas son del 80%, siendo en España del 53,33% según la EPA III Trimestre 2017). Por el contrario, el modelo conservador ha tendido a combatir el desempleo ofreciendo justamente lo contrario: proteger la salida del mercado de trabajo a través de las prejubilaciones o la prolongación del seguro de desempleo. Por último, el modelo liberal ha apelado a salarios de equilibrio capaces de vaciar un mercado, cada vez más desregulado (Espina: 2002, 7).

Pero, para entender la relación entre Estado de Bienestar y Mercado de Trabajo también es preciso considerar los trabajos de Luis Enrique Alonso. Para este autor, si ligamos los conceptos trabajo y Estado de Bienestar, el trabajo sólo se puede entender en un contexto histórico, desde la madurez de las reformas sociales, siendo el Estado del Bienestar el regulador universal en este proceso (Alonso, 2004: 22).

El sólido Estado de Bienestar ha dado paso a formas de integración de todos los colectivos mucho más débiles que antaño (Alonso, 2004: 26). El mercado de trabajo ha pasado de la rigidez fordista a una flexibilización que trae como consecuencia una constante valoración de las competencias profesionales y una rápida adaptación a los cambios (Alonso, 2004: 28), cuestiones que precisamente se hacen más difíciles aún en el caso de las personas con enfermedad mental, quienes tienen que competir en el actual mercado, caracterizado por un exceso de demanda.

Por tanto, un rasgo fundamental del mercado de trabajo en la era postfordista es una inestabilidad que produce continuos cambios de puesto de trabajo, esos cambios arrojan determinados riesgos para aquellas personas que presentan dificultades de adaptación: desempleo, exclusión social, etc. (Alonso, 2004: 29).

Richard Sennett en “La corrosión del carácter” hace hincapié en que los trabajadores se enfrentan a un mercado laboral flexible, a empresas muy dinámicas que vulneran la seguridad laboral de sus trabajadores, y a un proceso de globalización que exige de los mismos una gran movilidad geográfica. En este escenario tienen cabida la innovación y los proyectos a corto plazo. El principal problema es que nuestra sociedad occidental en la que «somos lo que hacemos» y el trabajo siempre ha sido considerado un factor fundamental para la formación del carácter (Sennett, 1998).

A pesar de propiciar una economía más dinámica, la flexibilidad laboral puede afectarnos profundamente, al atacar las nociones de permanencia, confianza en los demás, integridad y compromiso, que hacían que hasta el trabajo más rutinario fuera un elemento organizador fundamental en la vida de los individuos y, por consiguiente, en su inserción en la comunidad.

El gran problema que presenta nuestro colectivo objeto de estudio es la adaptación a esos cambios, a lo que hay que añadir que, en la actualidad, estamos asistiendo a una:

Multiplicación de las franjas débiles en los mercados de trabajo, en la que muchos sujetos dibujan una trayectoria de difícil salida de la temporalidad e inseguridad; lo nuevo es que esta temporalidad queda instituida como un destino ineluctable hacia los malos empleos de todo el sector servicios (Alonso, 2010: 131).

Según las Memorias de actividad de los Centros de Rehabilitación laboral analizadas, casi el 70% de los contratos intermediados por los CRL son temporales. De modo que, la adaptación a los cambios producidos por la globalización y la temporalidad del empleo creado, son dos factores que podemos identificar como inhibidores de la inserción sociolaboral de las personas con enfermedad mental grave y duradera.

No obstante, a pesar de la temporalidad y la precariedad laboral, debemos entender que:

En las sociedades modernas el tener un trabajo es importante para mantener la autoestima. Incluso cuando las condiciones de trabajo son relativamente desagradables, y las tareas que comporta monótonas, el trabajo acostumbra a ser un ele-

mento estructurador de la condición psicológica de los individuos y del ciclo de sus actividades cotidianas (Giddens, 1989: 539).

Además, La exclusión social y laboral se ha convertido en uno de los peligros centrales de las sociedades actuales (Alonso, 2010: 132).

Adquiriendo un carácter estructural dentro del sistema:

La inseguridad permanente, exclusión, flexibilización, precarización, etc., no son fenómenos coyunturales, corresponden a una nueva etapa de la sociedad industrial que por contraposición al periodo anterior, de integración y regulación, se caracteriza por la exclusión y la vulnerabilidad como estilo de vida en las franjas más bajas de la estructura social, y por la promoción y la movilidad permanente en los colectivos más altos y triunfantes (Alonso, 2010: 133).

En definitiva, con un mercado de trabajo fragmentado y dual como el español, que está creando empleo temporal, cada vez más flexible, con un Estado de Bienestar familiarista, en el que esta institución, hoy más que nunca se convierte en un aliado para paliar los efectos de una crisis económica que aún se deja sentir: ¿Qué soluciones tenemos para trabajar con los colectivos en riesgo de exclusión social?. ¿Qué modelos de trabajo pueden ser útiles para enfocar las políticas de empleo con estos colectivos vulnerables? En las siguientes páginas, se analizan las características principales y los resultados alcanzados por los dos principales modelos de intervención con personas con enfermedad mental grave.

4. Modelos de intervención y principios fundamentales de la rehabilitación laboral

Según la literatura sobre rehabilitación laboral, existen dos modelos de intervención claramente diferentes: el modelo “primero entrena y después coloca” (propio de los CRL) y el modelo “primero coloca y después entrena” o de empleo con apoyo (propio del modelo Individual Placement and Support, o modelo IPS).

Según La Asociación Española de Empleo con Apoyo (AESE):

El Empleo con Apoyo consiste en un conjunto de servicios y acciones centradas en la persona, fundamentalmente de forma individualiza, para que la persona con discapacidad y con especiales dificultades pueda acceder, mantenerse y promocionarse en una empresa ordinaria en el mercado de trabajo abierto, con el apoyo de profesionales y otros tipos de ayuda.

Para el estudio de este modelo IPS se han analizado fundamentalmente en los resultados del estudio aleatorio más completo realizado sobre el tema hasta la fecha, el realizado por Burns T, Catty J, Becker Th, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber Ch, Rössler W, Tomov T, Van Busschbach, White S, Wiersma D, cuyos resultados fueron publicados en 2007. Es importante constatar que no existen estudios más recientes sobre el modelo IPS con este nivel de relevancia y consistencia.

Para entender mejor las características de este modelo, vamos a detenernos en el contenido de dicho estudio. A continuación, ofrecemos de forma sintética, informa-

ción relevante en cuanto al diseño, resultados y elementos de discusión del modelo IPS. Por último, ofrecemos unas conclusiones/enseñanzas obtenidas mediante el análisis de ambas estrategias:

En dicho estudio se explica la existencia de otras investigaciones sobre el tema, así como las diferencias básicas entre ambos modelos:

Existen casi 20 estudios experimentales y cuasi-experimentales sobre IPS. Varios de estos estudios investigaron intervenciones combinadas (por ejemplo, IPS y Tratamiento Asertivo en la Comunidad) o examinaron aspectos concretos de la intervención (tales como el grado de integración de servicios, equipos y agentes individuales). Los resultados de los ensayos clínicos han mostrado que tasas de inserción en empleo competitivo en el mercado laboral normalizado para los participantes en el modelo IPS fueron incluso el doble, y la aplicación a gran escala en 8 centros con empleo con apoyo y servicios utilizados como control indicaron el mismo grado de eficacia clínica. Europa difiere bastante de EEUU en sus prácticas de empleo (empleo protegido en Europa comparado con una cultura más “agresiva” en el empleo estadounidense) y en sostener más generosos sistemas de bienestar. Tales sistemas pueden convertirse en un arma de doble filo, pueden ser percibidos como un desincentivo financiero para el retorno al mercado de trabajo – por ejemplo, pérdida de ayudas para la vivienda o pensiones por discapacidad. Las diferencias entre ambos mercados de trabajo y sistemas de bienestar podrían reducir la eficacia demostrada por el IPS. Más aún, los sistemas de bienestar y los mercados de trabajo varían considerablemente en la propia Europa, y existen grandes diferencias en sus tasas de desempleo.

En cuanto al diseño del estudio, las características principales del mismo fueron:

- Se realizó un ensayo aleatorio en 6 centros europeos – Londres (Reino Unido), Ulm- Guenzburg (Alemania), Rímimi (Italia), Zurich (Suiza), Groningen (Holanda) y Sofía (Bulgaria).
- Los pacientes eran incluidos si: a) Tenían diagnóstico de Trastorno Mental Grave (trastorno psicótico, incluyendo Trastorno Bipolar), b) Su edad estaba comprendida entre los 18 años y la edad de jubilación del país (60-65 años), c) Habían tenido la enfermedad al menos durante 2 años, d) Vivían en la comunidad en el momento de establecer la línea base y e) No habían tenido ningún empleo competitivo en el año anterior, y deseaban tenerlo.
- Fueron asignados aleatoriamente a la condición IPS o a la condición de control (servicio laboral al uso). Dado que la influencia del sexo y de la historia laboral previa debía ser considerada en los resultados laborales, la asignación al servicio fue estratificada por centro, sexo, e historia laboral (más o menos de 1 mes en empleo competitivo en los 5 años anteriores a la línea base).
- El reclutamiento tuvo lugar entre el 1 de abril de 2003 y el 30 de mayo de 2004, con un seguimiento que concluyó el 30 de noviembre de 2005.
- La hipótesis principal era que los pacientes asignados a IPS tendrían más probabilidad de obtener un empleo en el mercado abierto que aquéllos otros asignados al grupo control.

Los resultados obtenidos por este modelo fueron los siguientes:

- De estos pacientes, 252 (81%) completaron la entrevista final.
- Los datos del cuestionario de servicios laborales también confirmaron que el IPS y los servicios laborales en todos los centros diferían mucho en sus metas y su alcance, con los servicios laborales trabajando bajo un modelo “entrena y luego coloca”.
- En los 6 centros, el IPS fue más eficaz en todos los resultados laborales, con 85 (55%) pacientes asignados a IPS trabajando al menos 1 día en comparación con los 43 (28%) del grupo de los servicios laborales (diferencia 26,9% 16,4-37,4).
- Los pacientes asignados a IPS trabajaron durante más horas que los del grupo control durante los 18 meses del seguimiento, y estuvieron empleados durante más días. De aquellos que trabajaron al menos 1 día, los pacientes IPS mantuvieron sus puestos durante periodos más largos que los que fueron asignados a servicios laborales (214 días frente a 108 días).
- Los pacientes de servicios vocacionales tuvieron significativamente más probabilidad de abandono que los pacientes asignados a IPS. Y aquellos tuvieron también más probabilidad de ser ingresado durante el estudio, y estuvieron en el hospital de media dos veces más tiempo que los pacientes IPS.
- El IPS fue significativamente más eficaz que los servicios laborales en términos de resultados laborales en Londres, Rímíni, Zurich y Sofía, aunque no hubo diferencia en el centro de Ulm o Groningen.
- Sólo las tasas locales de desempleo explicaron una parte significativa de la heterogeneidad en cuanto a la eficacia del IPS, mientras se incrementaba el PIB per cápita, la tasa de desempleo a largo plazo, y el riesgo de las “pensiones-trampa” (evaluadas por el técnico de empleo), se anotó una parte significativa de heterogeneidad en conseguir empleo al margen del servicio.
- Siempre que se estimaba que la pensión iba a ser más alta que el salario (es decir, existía un alto riesgo de “pensión-trampa”), esta circunstancia estuvo asociada con un bajo riesgo de diferencia (una medida de la eficacia del IPS). Un alto riesgo de pensión trampa estaba asociado con una baja tasa de conseguir empleo. El análisis de regresión logística confirmó esos hallazgos.

La primera lección de este estudio, realizado entre 2003 y 2005, es la existencia de una enorme discrepancia entre el modelo europeo, donde existe un mayor peso relativo del llamado “empleo protegido”, y el modelo anglosajón, en el que impera un mayor peso porcentual del “empleo ordinario” a través del empleo con apoyo.

En este mismo informe se admite que *la rehabilitación tradicional* (la utilizada en la mayoría de CC.AA de nuestro país a excepción de Madrid y Andalucía).

Cada vez más orientada a un modelo “entrena y coloca” ha mostrado carencias relacionadas con la enfermedad y con el entrenamiento en habilidades laborales para preparar a los pacientes para su regreso al empleo. Este enfoque sigue siendo el más seguido pero ha contado con poco éxito, y muchos pacientes sólo encuentran “empleo” en talleres protegidos.

Si observamos los datos contenidos en las memorias de los 22 CRL analizados para esta investigación, podemos revelar la evidencia empírica que pone en duda esta afirmación, ya que, de media, según datos de 2016, solamente el 16,45% de los

empleos creados por los CRL han sido dentro de la propia red (143 de un total de 868 empleos), lo que da cuenta de la escasa dependencia del empleo generado en entornos protegidos propios y, por tanto, podemos afirmar que existe un pequeño porcentaje, muy poco significativo, de empleo protegido.

Pero el dato que mejor corrobora nuestra posición es que el 47,84% de las personas que encuentran trabajo por intermediación de los CRL lo hacen en empresas ordinarias, mientras que el 47,61% de los empleos creados se producen en empresas protegidas (el 4,55% restante lo hacen en actividades marginales), es decir, en los denominados Centros Especiales de Empleo.

Aparte de la existencia de estos dos modelos pretendidamente antagónicos en la concepción de la creación de empleo con personas con enfermedad mental, en este mismo estudio se apunta a que el desempleo en personas con trastornos mentales es muy elevado, con tasas de más del 95% en aquellos con trastorno mental grave. (Burns, T, 2007: 121).

Según la Federación de Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) el 80% de las personas con enfermedad mental en edad de trabajar están desempleadas.

Siguiendo con el análisis de afirmaciones realizadas en esta investigación sobre el modelo IPS, se dice textualmente que:

Las experiencias en EEUU enfatizan la colocación directa, a menudo en empleos de entrada de nivel básico, acompañado de apoyo tanto para el paciente como para el empleador. Este modelo es denominado “coloca y luego entrena”. El enfoque más ampliamente estudiado del “coloca y luego entrena” o “empleo con apoyo” es el modelo IPS (Individual Placement and Support), que enfatiza una búsqueda rápida de empleo sobre la base de las preferencias del paciente y un apoyo continuado al este y al empleador por parte de un técnico de empleo que trabaja como un miembro más del Servicio de Salud Mental contribuyendo al tratamiento, la planificación y la toma de decisiones. Los resultados de varios estudios aleatorios y de 2 meta-análisis han demostrado la eficacia del programa en los EEUU, donde esta intervención es recomendada como PBE (Práctica Basada en la Evidencia).

Quizá en este punto sea necesario preguntarse si existen programas de diagnóstico precoz de la enfermedad mental en EE.UU, ya que podemos afirmar que la primera justificación del modelo “Primero entrena y después coloca” es el diagnóstico tardío que reciben las personas atendidas en los Centros de Salud Mental que después les derivan a los CRL, por ello se hace tan importante no sólo encarar su rehabilitación laboral, sino también su recuperación psicológica y social a través del itinerario individualizado de inserción sociolaboral.

Otra cuestión que podemos afirmar en relación al texto anteriormente citado, es que los CRL también trabajan sobre la base de las preferencias de la persona atendida, así como el apoyo continuado que puede recibir por parte de su preparador laboral. Sin embargo, una diferencia del modelo CRL respecto al modelo IPS de EE.UU es que nuestro profesional (preparador laboral) no trabaja en el servicio de salud mental, sino en los Centros de Rehabilitación Laboral, con lo que se pone de manifiesto la existencia de un dispositivo especial en el que trabaja un equipo multidisciplinar de 7 personas, en lugar de incorporar a un técnico de empleo al equipo de salud mental, esto nos podría inducir a pensar que el modelo IPS tiene un enfoque más clínico.

El propio modelo IPS se basa en 7 principios básicos: 1) el empleo competitivo como meta, 2) es un modelo disponible para personas que quieran trabajar, 3) consiste en una rápida búsqueda de empleo, 4) supone la integración de salud mental y empleo, 5) se basa en atender a las preferencias de las personas atendidas, 6) continua valoración comprensiva, 7) apoyo continuo y sin tiempo límite.

Si comparamos estos principios con las líneas de trabajo del modelo CRL, podemos comprobar que salvo los principios 3 y 5, el resto son compartidos por ambos modelos. En el caso del principio nº 3 el modelo CRL no considera que sea necesaria una rápida búsqueda de empleo hasta que la persona no esté preparada para acceder al mismo. Asimismo, el principio nº 5, como decíamos anteriormente, es compartido en parte, ya que el modelo CRL identifica las preferencias de las personas, pero contrasta éstas con las evaluaciones que realiza el equipo de trabajo en base al periodo inicial que los usuarios pasan en los diferentes talleres, así como teniendo en cuenta su experiencia laboral previa, lo que identifica la importancia de la orientación laboral en la toma de decisiones.

Si bien no tiene la relevancia y consistencia del primero, existe un segundo estudio aleatorio realizado por Latimer et al, en 2006 en Montreal. En dicho estudio, se analizó una muestra de 150 personas mayores de edad con trastorno mental grave, asignando a cada una de las personas participantes de forma aleatoria a dos grupos, en uno de ellos se trabajó bajo el modelo de empleo con apoyo o IPS. A los doce meses de seguimiento, el 47% de los participantes en este último grupo obtuvo un empleo.

Una vez analizadas las características principales de ambos modelos, en el siguiente apartado se exponen las conclusiones y enseñanzas obtenidas de dicho análisis, con el propósito principal de identificar los puntos clave de estas dos formas de entender la rehabilitación laboral de las personas con enfermedad mental grave.

5. Conclusiones/enseñanzas de ambos modelos

Las conclusiones obtenidas del estudio sobre el modelo IPS muestran que:

1. El modelo IPS es eficaz, dado que la tasa de obtener empleo competitivo en personas con Trastorno Mental Grave que estaban interesadas en trabajar se duplicó en comparación con la tasa habitual.
2. No sólo los pacientes asignados a IPS obtuvieron empleo competitivo con más frecuencia que los pacientes del grupo control, sino que además aquellos mantuvieron sus empleos durante más tiempo y más horas.
3. Las altas tasas de empleo no tenían un efecto negativo sobre el bienestar clínico ni las recaídas, que habrían sido indicadas por un número creciente de ingresos psiquiátricos. Este resultado supone una confirmación para muchos clínicos, que tenían interés en conocer el posible efecto estresante que el trabajar en un entorno competitivo podía generar en sus pacientes. De hecho, el hallazgo de una reducida tasa de ingresos hospitalarios con IPS no es aportado en los estudios realizados en EEUU y puede relacionarse con un nivel habitualmente más elevado de integración de lo social y lo sanitario en Europa.
4. A diferencia de los ensayos realizados en EEUU, este estudio muestra que el contexto socioeconómico sí afecta a la eficacia del IPS, especialmente las

tasas de desempleo local, como ocurre en un estudio no aleatorio realizado en EEUU. Sofia y Rímini, que han tenido los servicios IPS más fructíferos, eran dos localidades donde la tasa de desempleo era sustancialmente más baja que la del resto del país. Los técnicos de empleo parecían más capaces de conseguir empleos para individuos con TMG en puestos no cualificados, de apoyo (almacén o catering), en el contexto de una economía local boyante. En general, más pacientes obtuvieron empleo cuando la economía del país crecía y la creación de empleo también era más alta que cuando la economía estaba en horas bajas.

5. Grandes bolsas de exclusión social se asociaban también con más pacientes que obtenían empleo; este hallazgo aparentemente extraño debía tener su origen en que esos países ofrecían menos apoyo al bienestar, de modo que se incentivaba mucho más obtener un empleo competitivo. Más aún, las “pensiones-trampa” (que podían percibirse como un elemento desmotivador real para volver al mercado de trabajo) demostraron ser un impedimento demostrable para el proceso de rehabilitación laboral en general en este grupo.

Si bien consideramos la validez científica de estos estudios, a pesar de estar basado en un escaso número de casos (312 asignados aleatoriamente sobre 903 que cumplían los requisitos en el primer caso y 150 personas en el segundo caso) en relación a los CRL (1.165 personas atendidas, la totalidad de las personas que componen el recurso) podemos afirmar que el modelo IPS no obtendría los mismos resultados en España por diferentes motivos:

- El estigma social y el autoestigma de las personas con Enfermedad Mental Grave.
- La actual tasa de desempleo (16,55% EPA IV Trimestre de 2017).
- La inexistencia de un diagnóstico precoz de las enfermedades mentales.
- El modelo de bienestar mediterráneo de nuestro país, en el que la familia es una institución básica en nuestro Estado de Bienestar, ello hace que en muchas ocasiones sea la propia familia quien limite la acción laboral de la persona, en ocasiones por puro proteccionismo y en ocasiones debido a la incompatibilidad de las pensiones percibidas y el desarrollo de un empleo.
- En muy contadas ocasiones, otra limitación puede venir derivada de la poca confianza del personal de los equipos de trabajo en las personas atendidas, sobre todo en las fases iniciales.

También en la rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental en España se están realizando acciones de empleo con apoyo. Aunque en mucha menor medida que en el modelo anglosajón (modelo IPS). Dicho profesional y el equipo multidisciplinar, no sólo basan su trabajo en las preferencias del paciente, sino también en la evaluación previa de sus capacidades. En consecuencia, podríamos hablar de una variante de empleo con apoyo, pero basado en el modelo “primero entrena y después coloca”, con lo que no podemos hablar de empleo con apoyo en sentido puro, sino en una modalidad mixta que combina empleo ordinario con empleo protegido. Aunque, podemos constatar que todas las CC.AA trabajan bajo el modelo “primero entrena y después coloca” en el caso de los CRL se adopta una perspectiva mixta.

Es necesario apuntar que la gran mayoría de los modelos existentes en nuestro país, obedecen al modelo “primero entrena y después coloca”, con todo, en las fases más avanzadas del itinerario, la mayoría de estos modelos contemplan el recurso de empleo con apoyo, ya que en casi todas las CC.AA existen dispositivos (que no

siempre centros) de rehabilitación social y laboral, en el caso de los CRL se realizan este tipo de acciones desde 2003 a raíz de la experiencia pionera de introducir en los equipos de trabajo, la figura del preparador laboral. En este sentido, es muy inusual encontrar ese itinerario invertido (más propio de recursos donde se aplica el “primero coloca y después entrena”), de forma que el empleo sea la primera fase y a partir de esta se desarrolla el entrenamiento pertinente para conseguir el mantenimiento de la persona en el puesto de trabajo. Como se ha apuntado, entre las causas que pueden explicar este fenómeno se encuentra el momento de crisis económica que ha atravesado nuestro país (el contexto socioeconómico y las tasas de desempleo si afectan a la implantación del modelo “coloca y después entrena” en Europa, y en mayor medida en España), el estigma social al que tiene que hacer frente el colectivo, así como la existencia de un sistema puramente conservador y proteccionista, en el que la familia en ocasiones puede jugar un papel inhibitorio de la participación de estas personas en el mercado de trabajo.

De corregirse estas circunstancias, podríamos afirmar que este modelo sería probablemente extrapolable a nuestro país, si bien debería producirse primero un arduo trabajo en el diagnóstico precoz de las enfermedades mentales (cuestión que dudamos que se produzca en el modelo IPS), para después realizar una implantación gradual del mismo. Pero ello debe hacerse asegurando las condiciones laborales de las personas atendidas, para no incurrir en los mismos errores que el modelo “primero coloca y después entrena” presenta y que han sido indicados anteriormente.

En definitiva, debemos tener muy presente que, con las condiciones laborales existentes hoy en día en nuestro país en general y en la Comunidad de Madrid en particular, consideramos que mediante la práctica basada en la evidencia (con un volumen de casos 3,3 veces superior en el caso de los CRL en comparación con el modelo IPS) es posible probar la eficacia del modelo “primero entrena y después coloca” dada la tasa de inserción laboral conseguida por los CRL, y que es cercana al 60% de éxito (en concreto 59,98%), tasa casi 5 puntos porcentuales superior a la conseguida por el modelo IPS (55%) y todo ello con la existencia de unos factores externos identificados en este mismo estudio claramente desfavorables para el modelo “primero entrena y después coloca” propio del modelo CRL:

- Mayor Tasa de desempleo existente en España.
- Inferior renta per cápita disponible de las familias y mayor proteccionismo de las propias familias.
- Mayor riesgo de las “pensiones trampa” en un sistema de corte conservador.

Las conclusiones obtenidas del análisis de ambos modelos, van más allá de la apuesta por uno u otro, sino más bien consideramos que deberían tenerse en cuenta aquellos aspectos positivos de ambos modelos buscando su complementariedad, y siempre considerando la necesidad de que son éstos los que deben adaptarse a la realidad de las personas, y no a la inversa.

En todo caso, debería poder hacerse un análisis comparativo que tenga en cuenta resultados actualizados y coincidentes en el tiempo (los datos del modelo IPS son de 2005, mientras que los datos del modelo CRL son de 2016). Asimismo, se debería hacer un estudio individualizado de cada caso más en profundidad en relación al modelo CRL para saber: cuántas personas mantienen su empleo, durante cuánto tiempo, qué jornadas laborales tienen, etc..

Referencias bibliográficas

- Alguacil, J (2012): “La quiebra del incompleto sistema de Servicios Sociales en España”. *Cuadernos de trabajo social*. Vol. 25-1, pp. 63-74
- Alonso, L.E (2004): “La sociedad del trabajo: debates actuales. Materiales inestables para lanzar la discusión”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (REIS), pp. 21-48.
- Alonso, L.E (2010): “Defensa y proyección del estado de bienestar”. *Gaceta sindical* n° 15.
- Álvarez, C. (1996): *El Impacto de la contratación Temporal sobre el Sistema productivo español. Relaciones entre segmentación laboral y productiva*. CES.
- Bond GR, Drake RE, Becker, DR. Generalizability of the Individual Placement and Support model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*. 2012; 11:32-39
- Burns T, Catty J, Becker Th, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber Ch, Rössler W, Tomov T, Van Busschbach, White S, Wiersma D (para el grupo EQOLISE) (2007): “Eficacia del Empleo con Apoyo para personas con Trastorno Mental Grave: un ensayo aleatorio”. Versión original en inglés: *The Lancet*, vol. (370).
- Ceniceros, J.C.; Oteo, E. (2003). *La Orientación sociolaboral basada en itinerarios. Una propuesta metodológica para la intervención con personas en riesgo de exclusión*. Fundación Tomillo. Madrid.
- Comunidad de Madrid (2001): “Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención”. *Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales*, n° 14.
- Cook J, Razzano L. Vocational rehabilitation for persons with Schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*. 2000 26,1: 87-103.
- De la Rica, S, (2015): Políticas activas de empleo: una panorámica>, Fedea policy papers n° 1.
- Espina, Á (2002): “La sociología del bienestar de Gösta Esping-Andersen y la reforma del Estado de Bienestar en Europa”, *Revista de Libros*, n° 66, pp. 15-18.
- Fondo Social Europeo y Junta de Andalucía (2007): “Los programas de empleo para personas con trastornos mentales graves. Una versión actualizada de los modelos de intervención”.
- Giddens, A. (1989): *Sociología*. Alianza Universidad. Madrid.
- Haro. J M, Palacín, C y Ots (2006): “Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España”. Ed. *Unidad de Investigación y Desarrollo. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental*. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.
- Hernanz, V y Jimeno, J.F (2013): “Segmentación laboral y contratación dual: conversaciones póstumas con Luis Toharia”. *Revista de Economía Laboral*, n° 10. pp. 135-149
- Herrador, F (2001): “Mercado de trabajo y Estado de bienestar en España”. *Cuadernos de trabajo social*. Vol. 14, pp. 45-70
- Latimer, E.A., Lecomte, T., Becker, D.R., Drake, R.E., et al. Generalizability of the Individual Placement and Support model of supported employment: Results of a Canadian randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2006; 189,65-73
- Moreno, L (2001): “La «vía media» española del modelo de bienestar mediterráneo”. *Papers: Revista de Sociología*. pp. 67-82
- Observatorio de rehabilitación psicosocial (2012): “Valoración por comunidades del impacto de la crisis económica en la atención de rehabilitación psicosocial RPS”. Ed. *Federación española de asociaciones de rehabilitación psicosocial*.
- Rodríguez González, Abelardo (2001): “La experiencia de los Centros de Rehabilitación

Laboral de la Comunidad de Madrid”. *Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, año 8. Número 13.

Rodríguez, A y González, J.C (2002): “La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica”. *Cuadernos técnicos de servicios sociales* nº 17. Comunidad de Madrid.

Sennett, R (1998): *La corrosión del carácter*. Ed. Anagrama. Barcelona.

Toharia, L, (2003): El mercado de trabajo en España (1978-2003), *Revista ICE*. nº 811. pp 203-220

Agradecimientos:

Al profesor Julio Alguacil, un ejemplo de vida, a Abelardo Rodríguez (Coordinador de los CRL en la Comunidad de Madrid), quien me ofreció la posibilidad de estudiar a fondo este recurso, a los usuarios y familiares de los Centros de Rehabilitación laboral.

Autoría

No existen potenciales conflictos de intereses sobre la investigación, autoría o publicación de este artículo.

Financiación:

El presente artículo no ha recibido financiación alguna