



Col·lecció Inclusió Social, 2

Polítiques d'inclusió social

Recull dels continguts del Seminari permanent de formació i treball en xarxa, anys 2007 i 2008, realitzat en el marc del Programa per al desenvolupament de plans locals d'inclusió social del Departament d'Acció Social i Ciutadania

Polítiques d'inclusió social

Recull dels continguts del Seminari permanent de formació
i treball en xarxa, anys 2007 i 2008, realitzat en el marc del Programa
per al desenvolupament de plans locals d'inclusió social
del Departament d'Acció Social i Ciutadania

Col·lecció «Inclusió Social»
núm. 2

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

Seminari permanent de formació i treball en xarxa

(1r : 2007 : Barcelona, Catalunya)

Polítiques d'inclusió social : recull dels continguts del Seminari permanent de formació i treball en xarxa, anys 2007 i 2008, realitzat en el marc del Programa per al desenvolupament de plans locals d'inclusió social del Departament d'Acció Social i Ciutadania. – (Col·lecció "Inclusió social" ; 2)

Bibliografia. – Textos en català i castellà

ISBN 9788439384991

I. Sánchez, Marina (Sánchez Casanovas), dir. II. Martínez, Francesc (Martínez Pérez), dir.

III. Camprubí, Andreu, ed. IV. Caramé, Àlex, ed. V. Institut Català d'Assistència i Serveis

Socials VI. Programa per al desenvolupament de plans locals d'inclusió social VII. Seminari

permanent de formació i treball en xarxa (2n : 2008 : Barcelona, Catalunya)

VIII. Títol IX. Col·lecció: Inclusió social ; 2

1. Integració social – Catalunya – Congressos 2. Catalunya – Política social – Congressos

364.24(467.1)(061.3

Direcció:

Òrgan Tècnic del Pla d'inclusió i cohesió social (ICASS)

Departament d'Acció Social i Ciutadania

Marina Sánchez i Francesc Martínez

Coordinació:

Institut de Govern i Polítiques Públiques

Universitat Autònoma de Barcelona

Andreu Camprubí i Àlex Caramé

© Generalitat de Catalunya

Departament d'Acció Social i Ciutadania

Institut Català de Serveis Socials

Plaça de Pau Vila, 1

08039 Barcelona



Se'n permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública sempre que se'n citi la procedència (autoria, títol, òrgan editor), i que no es faci amb fins comercials.

1a edició: setembre de 2010

ISBN: 9788439384991

Dipòsit legal: B-35496-2010

Tiratge: 500 exemplars

Maquetació: Entitat Autònoma del Diari Oficial i de Publicacions

Impressió: S. A. de Litografia

1.6. Atención a la dependencia, servicios sociales y coordinación sociosanitaria

Fernando Fantova⁵¹

Resum

En aquest article parlem de la dependència entesa com la situació d'algunes persones amb discapacitat que necessiten ajuda externa significativa per a les activitats de la vida diària. Freqüentment les persones en situació de dependència necessiten de forma simultània i important l'atenció dels serveis socials i dels serveis sanitaris. Aquesta és la raó per la qual es necessita la coordinació (i en ocasions la integració) entre aquests dos tipus de serveis, en el marc d'una política global i inclusiva per a les persones amb discapacitat.

Abstract

In this article we talk about dependence as a situation faced by some people with disabilities requiring significant assistance for daily life activities. People with dependence usually need simultaneous and significant attention from health services and social services, and this is why coordination (and sometimes integration) between these two kinds of services is required within the context of a global and inclusive policy for people with disabilities.

Introducción

Este texto se ofrece como material relacionado con una sesión de trabajo dentro del seminario permanente de formación para el personal de los planes locales de inclusión social organizado por el Instituto de Gobierno y Políticas Públicas y el Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalidad de Cataluña en 2007. En el primer apartado, titulado «Ante la dependencia», se presentan algunos fragmentos del documento así titulado, elaborado en un seminario que tuvo lugar en Bilbao en 2006. En el segundo apartado, titulado «Coordinación sociosanitaria», se adaptan partes de un material preparado para el Programa de Gestión Directiva de Organizaciones No Lucrativas de la Fundación Luis Vives. El tercer apartado, titulado «Inclusión social y discapacidad», se basa en la ponencia titulada «Exclusión e inclusión social: una aproximación desde el

⁵¹ Consultor social.

ámbito de la discapacidad», presentada en el Tercer Congreso Internacional de Discapacidad, celebrado en Medellín, Colombia, en septiembre de 2006 (textos más completos y referencias en <http://www.fantova.net>).

Ante la dependencia

Cuando hablamos de **dependencia** nos referimos a la situación en la que una persona necesita ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida diaria. Entre esas actividades de la vida diaria han de considerarse tanto las básicas (de autocuidado, domésticas...) como otras instrumentales que resultan esenciales para la participación en entornos educativos, laborales o sociales en general. La dependencia es un proceso dinámico y cambiante. Es un fenómeno multidimensional afectado por la interacción de factores físicos, emocionales, intelectuales, relacionales, sociales, jurídicos y económicos, entre otros. Por ello existe una gran diversidad y heterogeneidad dentro de la población en situación de dependencia: en cuanto a su edad, en cuanto a las causas de su situación, en cuanto a las capacidades que tienen limitadas o en cuanto a las necesidades de apoyo que presentan.

Las situaciones de dependencia pueden acarrear sufrimiento a las personas que las viven, posiblemente mayor cuanto más solas se encuentren. Sin embargo, la dependencia no debe entenderse y presentarse, globalmente y en primera instancia, como un **problema**, tal como a veces se hace. El ser humano puede ser autónomo, capaz de elaborar su propio proyecto de vida, pero no es autosuficiente sino que necesita siempre la intervención de otros seres humanos para satisfacer sus necesidades.

La dependencia y la **atención a la dependencia**, ciertamente, no son cuestiones o fenómenos nuevos. Siempre ha habido personas en situación de dependencia y siempre han existido importantes y valiosas respuestas a la dependencia desde los más diversos agentes e instancias sociales. Las familias (y singularmente las mujeres) han venido históricamente dando soporte a sus miembros en situación de dependencia. Se manejan datos según los cuales, en nuestro país, tres de cada cuatro personas en situación de dependencia reciben cuidados por parte de algún familiar (en cuatro de cada cinco casos, mujeres).

En los últimos años nos encontramos ante un importante **incremento** global del número y la intensidad de las situaciones de dependencia en nuestra sociedad. Las diversas estimaciones sobre el número de personas en situación de dependencia en nuestro entorno se sitúan en una horquilla que puede ir del 2% al 4%, señalándose que entre un tercio y un cuarto de las personas en situación de dependencia tendría menos de 64 años. Otro dato a tener en cuenta es que casi dos tercios de las personas en situación de dependencia son mujeres. El incremento de las situaciones de dependencia que se viene produciendo en los últimos años está unido en buena medida al envejecimiento de la población y es consecuencia, en gran parte, de nuestros avances colectivos en cuanto a atención sanitaria, bienestar social y calidad de vida.

Coordinación sociosanitaria

Quizá la mejor manera de comenzar este apartado sea presentando un caso práctico.

Caso 1. Esperanza Roca

Esperanza Roca es una mujer soltera de setenta años. Vive sola en un cuarto piso de una casa sin ascensor en el casco histórico de una ciudad. La demencia leve y la artritis reumatoide que padece son las principales preocupaciones de la médica que le corresponde en su centro de salud, quien intenta llamarle por teléfono y visitarle con frecuencia. El tratamiento de la artritis requiere de un cuidadoso control de la administración de los correspondientes fármacos y se vería complementado de forma interesante con algún tipo de ejercicio de rehabilitación física que, en este momento, Esperanza no realiza.

Una de sus vecinas, que suele ofrecerle ayuda en algunas labores domésticas o en la realización de compras, le ha sugerido en varias ocasiones que necesitaría algún tipo de ayuda domiciliaria, pero Esperanza se niega a que ninguna persona extraña entre en su casa. La vecina está crecientemente preocupada pues tanto Esperanza como su casa están cada vez más sucias y deterioradas. En una ocasión provocó una inundación al vecino de abajo por dejarse un grifo abierto.

Dentro del amplio campo de la acción pro bienestar social nos ubicamos en el **ámbito sociosanitario** en la medida en que una serie de personas reciben prestaciones (o, dicho de forma más general, participan en actividades) propias o características de la rama sanitaria y de la de servicios sociales de forma significativamente coordinada (o integrada). Para ello:

- a) La persona tiene que tener necesidades correspondientes a ambas ramas de actividad.
- b) La necesidad ha de ser relativamente importante en ambas áreas y, consiguientemente, habrá de serlo la duración o intensidad (o ambas) de la atención propia de las dos ramas.
- c) Deseablemente, ha de haber sinergias entre las intervenciones propias de los servicios sociales y las propias de los servicios sanitarios. Es decir, se ha de producir un efecto multiplicador entre los procesos y efectos de ambos tipos de intervención, beneficioso para la atención y, en definitiva y fundamentalmente, para la persona usuaria.

Partiendo de que existen prestaciones y actividades más propias o típicas de los servicios sociales y de los servicios sanitarios (y que tanto los unos como los otros están estructurados o institucionalizados con cierta autonomía), vamos a utilizar el término de *coordinación* para referirnos a cualquier proceso o mecanismo que haga posible (de forma más directa o más indirecta) que las personas reciban esa atención que incluye en forma significativa prestaciones o actividades propias de las dos ramas citadas. Reservaremos el término *integración* para aquellas situaciones o intervenciones en las que la coordinación

sea más estrecha, más fuerte, más estable, más duradera... Con una expresiva metáfora, se ha hablado, en este sentido, de una integración *sin costuras*.

Por otra parte nos parece necesario, en este punto, **desechar** algunas definiciones o concepciones de la coordinación sociosanitaria que a veces encontramos en la literatura o en la práctica cotidiana. Así, en primer lugar, hemos de poner en cuestión aquellas concepciones de la coordinación sociosanitaria que, de forma explícita o implícita, la restringen a un determinado grupo poblacional, como es, por ejemplo, el de las personas en situación de dependencia funcional. No cabe duda de que las personas en situación de dependencia son un público objetivo de primera importancia en el ámbito sociosanitario pero, como veremos en las siguientes páginas, no el único.

Igualmente queremos rechazar cualquier definición de lo sociosanitario que lo escore en mayor medida hacia una de las dos ramas o, peor aún, que lo considere como parte, exclusivamente, de una de ellas. En nuestra consideración, como se verá, los servicios sociales y los sanitarios tienen, en principio, un estatus equivalente en el entramado de la acción pro bienestar y, por lógica, tanto en una rama como en la otra encontrará cabida lo sociosanitario.

En tercer lugar hemos de cuestionar la equiparación de la coordinación sociosanitaria con los denominados *cuidados de larga duración*, concepto muy utilizado en la literatura especializada. De nuevo hemos de reconocer la relevancia de los cuidados de larga duración dentro del ámbito sociosanitario, pero éste no puede desentenderse de los procesos de duración corta o media, que también requieren, en muchos casos, de la correspondiente coordinación sociosanitaria.

Por último también hay que alertar contra la confusión que, a nuestro juicio, supone identificar coordinación sociosanitaria con atención residencial. Tanto en la atención sanitaria como en los servicios sociales hay servicios que se prestan en régimen o modalidad residencial (es decir, incluyendo el alojamiento de la persona como parte del paquete de cuidados) y lo mismo ocurre en el ámbito sociosanitario. Sin embargo, no sólo hay que recordar que existen muchos servicios que no tienen carácter residencial (u hospitalario), sino que, como tendremos ocasión de comentar, se tiende a ver como preferible, en general, que las personas destinatarias de la atención permanezcan en sus entornos hogareños, familiares, convivenciales y comunitarios naturales o habituales.

En cualquier caso, una vez realizadas las anteriores clarificaciones conceptuales, también debemos decir que esas aproximaciones a la coordinación sociosanitaria que hemos criticado como parciales, sesgadas o, en todo caso, cuestionables, tienen, seguramente, su razón de ser por el **contexto** en el que ha surgido en nuestro entorno y en los últimos años la cuestión sociosanitaria. La cuestión sociosanitaria aparece en el debate de la política social vinculada al hecho de que, en buena medida por el aumento del número de personas en situación de dependencia funcional, se incrementa la necesidad de cuidados con ingredientes tanto de carácter sanitario como de servicios sociales y la prolongación e intensidad de estos cuidados.

En este contexto, el debate sociosanitario, igualmente, aparece muy conectado con el reto que sienten cada vez con más fuerza los sistemas formales de favorecer y po-

tenciar los apoyos y redes sociales y comunitarias que revelan una importancia crítica para las personas en situación de dependencia, entre otras. Esto ocurre en ocasiones por razones más bien de tipo técnico (pensando en la calidad de vida de las personas) y en otras más bien por razones económicas (abaratando costes de los sistemas formales de protección social).

También hay que situar la emergencia del debate sociosanitario en un contexto de incremento de la conciencia y el poder de las personas usuarias de los servicios, sea (en mayor o menor medida) en clave de sujetos de derechos, de consumidoras más exigentes o de participantes responsables en la vida comunitaria. En la medida en que las personas usuarias se empoderan, hacen entrar en crisis con más facilidad una lógica sistémica demasiado atada a la definición preestablecida de cada una de las ramas y demasiado poco orientada a sus necesidades, demandas y expectativas.

Por otro lado, no podemos ocultar que, en muchos contextos, el principal elemento dinamizador del debate sociosanitario es el que tiene que ver con la existencia de diferentes fórmulas de financiación de los servicios sociales y los servicios sanitarios. Al no existir o ser menor la participación económica de las personas usuarias en los servicios sanitarios, la consideración de unos servicios como *sociosanitarios* puede ser utilizada en muchos casos como *bandera de conveniencia* para sacarlos del sistema sanitario y pasarlos al de servicios sociales donde, al existir el sistema de copago, cabe la posibilidad de cobrar por ellos. Por otro lado no cabe olvidar que también ha influido en la emergencia de lo sociosanitario la quiebra de la práctica secular de atención a situaciones crónicas por parte de la rama sanitaria (particularmente en los hospitales) o la reforma psiquiátrica.

En cualquier caso, por lo tanto, hemos de situar el debate sociosanitario en un contexto en el que el incremento de las situaciones de dependencia funcional y la emergencia y consideración de otras situaciones individuales complejas ponen en crisis un modelo de bienestar que suponía que las redes familiares y comunitarias se harían cargo de proporcionar a las personas importantes apoyos y, entre ellos, el apoyo suficiente para *gestionar* su relación con los sistemas o redes formales de protección social (básicamente sanidad, educación y pensiones). En este contexto, por más que los entornos familiares sigan desempeñando un papel fundamental e insustituible, emerge la necesidad de fortalecer de una u otra manera la rama de los servicios sociales como condición necesaria para la coordinación sociosanitaria y para una nueva forma de articulación entre los entramados formales de bienestar y las redes informales familiares y comunitarias.

Caso 2. Julián Camacho

Julián Camacho es un niño de doce años con parálisis cerebral y discapacidad intelectual con necesidad de apoyo generalizado. Vive con su madre, su padre y sus dos hermanas menores. Acude diariamente a un centro de día gestionado por una entidad voluntaria y concertado con el Departamento de Servicios Sociales de la comunidad autónoma en la que vive.

En los últimos años Julián ha tenido que ser hospitalizado un promedio de cuatro veces al año, con síntomas de fiebre repentina y fatiga, por episodios de neuro-

nía provocados por catarras o por aspiración de comida. Una vez hospitalizado es tratado con antibióticos y se le proporciona oxígeno.

En los períodos de hospitalización, la familia de Julián encuentra dificultades para organizarse de modo que el padre o la madre puedan estar con él. Por otra parte, tras los períodos de hospitalización, Julián muestra por algún tiempo rechazo a volver al centro de día.

De forma natural, en el desarrollo social se van configurando ámbitos de actividad que corresponden a determinadas necesidades sociales. Es decir, dentro de ese amplio campo de las necesidades sociales se van delimitando *parcelas* que corresponden a conjuntos más o menos articulados y coherentes de respuestas organizadas que corresponden a esos tipos de necesidad social.

Así pues, lo que distingue a esos ámbitos o **ramas** de actividad es el tipo de necesidad al que cada una de ellas da respuesta o, dicho de otra manera, la finalidad que les es propia y característica. También, igualmente, determinadas prestaciones o actividades (y estructuras y recursos) que son más típicas o características de cada una de esas ramas de actividad, precisamente porque están especialmente orientadas a dar respuesta al tipo de necesidades que corresponde a cada rama o ámbito de actividad. Uno de los esquemas más aceptados a la hora de identificar y diferenciar las ramas de la acción pro bienestar es la que distingue las seis siguientes: educación, sanidad, empleo, vivienda, garantía de ingresos y servicios sociales. A veces se hace una versión reducida de este esquema cuando se habla de los cuatro pilares de los sistemas de bienestar: educación, sanidad, garantía de ingresos y servicios sociales.

El referente (en cuanto a necesidades correspondientes o finalidades propias) para las prestaciones y actividades de la rama **sanitaria** sería, en su momento, la enfermedad y, más modernamente, la promoción de la salud, término para el cual podemos encontrar definiciones más restrictivas (en términos de ausencia de patologías) o más ambiciosas (en términos, por ejemplo, de calidad de vida). Si nos fijamos, la salud no es el resultado, principalmente, de la asistencia sanitaria (lo mismo ocurrirá con los fines de las otras ramas). Sin embargo, tales fines (la salud en este caso) son tan importantes que prácticamente en todas las sociedades se han configurado y desarrollado ramas estructuradas de actividades que se orientan a su consecución.

Así pues, la rama sanitaria se orienta a prevenir y tratar las enfermedades (o, hasta cierto punto, a paliar sus consecuencias) y, en la medida en que sus medios lo permiten, a lo que suponga recuperación, conservación y promoción de la salud de las personas. La segunda mitad del siglo xx es un período caracterizado por el desarrollo tecnológico en la medicina y otras disciplinas sanitarias, así como por la creciente especialización y el recurso a la hospitalización (sin olvidar que ésta se ha practicado desde muy atrás con las personas desamparadas). Sin romper totalmente esta tendencia, la Conferencia de Alma Ata de la Organización Mundial de la Salud (1978) simboliza un proceso de compensación o reequilibrio mediante el reforzamiento de la atención primaria y la medicina familiar y comunitaria que reivindica una mirada y una atención más global u holística a la persona en su entorno.

En lo relativo a los **servicios sociales**, hemos de partir de que, en nuestro entorno, en las comunidades científicas, técnicas e institucionales (más o menos tramadas y) más o menos vinculadas a los servicios sociales no contamos con una definición de consenso suficientemente acogida y aplicada por los agentes relevantes en el escenario o los escenarios de los servicios sociales. Aquí se propone comprender los servicios sociales en términos de prestaciones técnicas y otras actividades en las que se brinda ayuda o apoyo, fundamentalmente relacional y de proximidad, para la cobertura de carencias y el desarrollo de potencialidades en lo que tiene que ver con la autonomía (o dependencia) personal y la integración (o exclusión) comunitaria y social en general. Dicho de otra manera, entendemos que el tipo de necesidad al que han de responder los servicios sociales es el que tiene que ver con el ajuste existente o deseable entre la capacidad autónoma de desarrollo de las personas en sus entornos vitales y el apoyo social disponible en las redes familiares y, en general, sociales con las que están vinculadas.

Una propuesta como ésta supone, especialmente, rechazar aquellas definiciones de los servicios sociales que no identifican un tipo de necesidad que cualquier persona pueda presentar sino una variedad de necesidades de unos determinados tipos (o colectivos) de personas. También intentamos superar aquellas definiciones de los servicios sociales que los ubican como subsidiarios de otras ramas de la acción pro bienestar social, como una suerte de *camión escoba* que se haría cargo de las disfunciones o fracasos de las otras ramas.

Tanto en los servicios sanitarios como en los servicios sociales el *valor añadido* fundamental que pueden esperar las usuarias y usuarios es aportado, sin duda, por las prestaciones o **actividades** características de cada una de las ramas. En el caso de la asistencia sanitaria serán el diagnóstico médico, la intervención quirúrgica, la prestación farmacéutica, los cuidados paliativos... En el caso de los servicios sociales, el diagnóstico social, la asistencia personal, el acompañamiento social, la mediación comunitaria...

Ahora bien, estas prestaciones y actividades vendrían a ser como los *ingredientes* de los servicios sociales y sanitarios. Como tales ingredientes, estas prestaciones no suelen ir solas, sino acompañadas de otras en el marco de *servicios* que, junto a las prestaciones y actividades fundamentales, es decir, las que son características de la rama, suelen contener:

- Prestaciones y actividades complementarias o de soporte, tales como el alojamiento o la alimentación que se brindan, por ejemplo, en un hospital o en una residencia.
- Prestaciones y actividades propias o características de otras ramas, como los cuidados de enfermería que se brindan en un centro de día o las clases a escolares que se dan en un hospital.
- Actividades de gestión y gobierno del servicio o de la unidad organizativa correspondiente (...).

Caso 3. Marina Rubert

Marina Rubert tiene 35 años y un largo historial de consumo de drogas ilegales. En este momento está incorporada a un tratamiento en virtud del cual acude regularmente a un centro de la red sanitaria a recibir la correspondiente dosis de metadona. Tiene sida y, consiguientemente, por sus bajas defensas, padece frecuentes infecciones intestinales y respiratorias.

Marina no tiene un domicilio fijo y frecuentemente duerme en la calle. Acude ocasionalmente a un centro de noche que gestiona una asociación con financiación de los servicios sociales municipales. En los últimos años ha realizado trabajos remunerados de forma esporádica.

Por efecto del consumo de drogas, padeció hace algunos años una psicosis y precisa medicación bajo seguimiento psiquiátrico. En algunas ocasiones ha abandonado la medicación y su estado ha empeorado, necesitando un ingreso en un hospital psiquiátrico.

Inclusión social y discapacidad

El concepto de **exclusión social** ha ganado presencia en el ámbito de la política social (incluso como su objeto principal o preocupación fundamental) en las últimas décadas. Si analizamos la reconceptualización que ha tenido lugar en el mismo período en relación con la discapacidad, el propio concepto de discapacidad ha incorporado (en forma más explícita o más implícita) la dimensión de la exclusión o inclusión social como una dimensión clave, de suerte que no cabría entender las situaciones de discapacidad, sin tomar en cuenta dicha dimensión.

Así, la Organización Mundial de la Salud establecía en los ochenta del pasado siglo la diferenciación entre deficiencia, discapacidad y minusvalía y en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (consultar <http://www.who.int>), aprobada al comenzar el nuevo siglo, vuelve a aproximarse a la discapacidad comprendiéndola como un fenómeno complejo en el que hay que tener en cuenta, junto a las deficiencias (o problemas en las estructuras o funciones corporales), las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación (otorgando gran importancia a los factores ambientales).

Si nos fijamos, la definición de la dependencia se sitúa en el segundo de los niveles de la definición de la Organización Mundial de la Salud, el de las limitaciones en la actividad, y configura, por decirlo en pocas palabras, las situaciones de dependencia como un subconjunto de las situaciones de discapacidad, de suerte que todas las personas en situación de dependencia tendrían, por definición, una discapacidad, mientras que lo contrario no siempre es cierto.

Muchas veces no acabamos de caer en la cuenta de la medida en la que esta manera de ver la discapacidad, esta manera compleja e interactiva de mirar a las personas con discapacidad representa un cambio de paradigma, un cambio significativo respecto a formas en las que a lo largo de la historia, y frecuentemente aún en la actualidad,

se contempla el fenómeno. Según este paradigma, cuando María (trabajadora de una asociación que brinda apoyos a personas con discapacidad) y Mariano (persona con discapacidad a la que atiende esa asociación) se relacionan se están construyendo como personas y por tanto también están construyendo la discapacidad de Mariano. La discapacidad no es una característica de Mariano sino un fenómeno complejo que afecta a Mariano en cuya construcción (o deconstrucción) María participa.

La integración no es la incorporación de un elemento en un conjunto sin cambios en éste. La integración es un proceso en el que hay adaptación mutua entre las personas que estaban marginadas y el sistema o entorno que las margina. Cada vez se habla más de inclusión. Quienes proponen este término afirman que se habla de integración cuando se parte de la existencia de servicios o entornos segregados. El planteamiento de la inclusión es el de quien, por decirlo así, parte de la base de que no hay razones para la exclusión y lo natural es una sociedad y unos servicios para todas las personas (<http://www.inclusion-international.org>).

Posiblemente, en la actualidad, la comprensión de la integración o la inclusión se encuentra en la confluencia entre la idea de *no discriminación* y la de *accesibilidad universal*. Cuando hablamos de discriminación (directa) nos referimos al trato desfavorable que recibe una persona con discapacidad por el hecho de tener dicha discapacidad, en comparación con el trato que se dispensaría a una persona sin discapacidad en circunstancias similares. Este tipo de situaciones, sin embargo, son tan sólo una parte de un conjunto mucho más amplio en el que los procesos de exclusión se relacionan más o menos indirectamente con la discapacidad. La discriminación indirecta se produciría cuando una disposición, criterio o práctica que se plantea, en principio, como neutral sitúa, de hecho, a una gran parte de un grupo o segmento poblacional en situación de desventaja en función de las características que tienen las personas de ese grupo o las que se les atribuyen.

Hoy en día, a nuestro juicio, no podemos entender la política social y la intervención social en relación con determinados colectivos «de segunda categoría» a los que hay que atender o con los que hay que actuar de algún modo. Desde una perspectiva de derechos humanos todas las personas somos beneficiarias de las políticas sociales puesto que éstas propenden a la equiparación de oportunidades y a la existencia de servicios y prestaciones para todas las personas en función de sus necesidades. A esto nos referimos cuando hablamos de universalidad.

En cualquier caso, siempre se dará una tensión (esperemos que creativa y positiva) entre las estrategias de *mainstreaming* (consideración de las personas con discapacidad y de la intervención con ellas dentro de la corriente general de toda la población y de atención a toda la población) y las de *targeting* (que identifican un segmento poblacional específico como destinatario de la actuación, ajustándola a él). En el primero de los casos se corre el riesgo de que las necesidades específicas de un segmento poblacional queden desatendidas; en el segundo, que la segmentación contribuya a la segregación.

