

Servicios residenciales para la Tercera Edad: situación actual y perspectivas (4). La atención socio-sanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Planteamiento del problema (14). Arau gabeko laguntza eta laguntza Komunitarioa Europan (25). Servicios Sociales para los mayores en Dinamarca (33). Opción política en la redefinición del Estado de Bienestar (37). ¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias? (40). Análisis de la variabilidad del coste/residente (50). La normativa de accesibilidad de la C.A.V.: su cumplimiento en el contexto del proceso edificativo (55). Contribución a la crítica de la política social (62). La operación estadística que se avecina (65). Apoyo Social y Ancianos en Residencias (71). Reseñas y Comentarios (77). Bibliografía (85). Normativa Información (101)

ZERBITZUAN

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES

25



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

LAN ETA GIZARTE SEGURANTZA SAILA

DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

SiiS

ZERBITZUAN

25

1994

EDITORIAL

Parece que las decisiones políticas tendrían que basarse en formulaciones técnicas. No siempre ocurre así, y quizá no siempre puede ser así. Es obvio que «lo mejor», aspiración del científico, y «lo posible», objetivo del político, no pueden coincidir siempre y ello por condicionamientos que el ejercicio de la responsabilidad política exige tener en cuenta. Quizá también, «lo mejor», en términos técnicos, no es necesariamente mejor, para los ciudadanos afectados por un proyecto, que lo posible en términos políticos. Pero todo ello no obsta para que las decisiones políticas deban basarse en formulaciones técnicas.

Se diría, sin embargo, que algunos políticos tienden a soslayar dichas formulaciones por principio, convencidos como están de que responden a un «desiderátum» inalcanzable y de que, en última instancia, los criterios técnicos habrán de escribirse sobre pautas políticas.

Lo dicho es cierto en cualquier ámbito, aunque quizá el trazado de vías de comunicación —los políticos manejando el lápiz del ingeniero— ofrece los ejemplos más ilustrativos precisamente por su repercusión social, política y económica. Pero si esto es así en materias de alto contenido técnico, qué decir de lo que puede ocurrir en ámbitos en los que, como es el caso de los Servicios Sociales, las cuestiones que se dilucidan son de las que suelen denominarse de «puro sentido común» y constituyen, por tanto, materia opinable para todo el mundo.

La ubicación y tamaño de los servicios, por ejemplo, traiciona casi sistemáticamente los criterios establecidos por técnicos acreditados, en contra incluso de la

pura racionalidad económica, es decir, que se contravienen los criterios técnicos de calidad, no en nombre de un economicismo comprensible en tiempos de crisis, sino a cambio incluso de un mayor coste.

Quizá por razones justificadas, el político desconfía de la supuesta inclinación de los técnicos por las soluciones más caras pero, por si no valen otras razones, sea porque lo decían nuestras abuelas, lo bueno finalmente suele revelarse como lo más barato.

«Piccolo e bello» se decía en una época y quizá es verdad. Lo que no tiene discusión es que resulta más peligroso equivocarse creando servicios grandes que ha-

ciéndolos pequeños, que es más fácil preservar la calidad en éstos y que no es cierto que tengan que ser más caros. Hace tiempo que dejó de ser técnicamente razonable construir residencias grandes —una residencia grande es la que sobrepasa cincuenta plazas—y lo que no se entiende es porqué (...) continúa siendo políticamente justificable.

FE DE ERRATAS: El artículo «A la búsqueda de una alternativa para los pacientes psiquiátricos crónicos» que aparece en el n.º 23 de Zerbizuan atribuido a PABLO ANGULO, fue efectivamente redactado por la médico-psiquiatra MARIA LEGORBURU MENDIA. Pedimos disculpas a los implicados y a todos nuestros lectores.

AURKIBIDEA

INDICE

4	-Servicios residenciales para la Tercera Edad: situación actual y perspectivas CENTRO DE DOCUMENTACION Y ESTUDIOS SUS	50	-Análisis de la variabilidad del coste/residente EUGENIO PEÑAS
14	-La atención socio-sanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Planteamiento del problema JOSE ANTONIO AGUIRRE ELUSTONDO	55	-La normativa de accesibilidad de la C.A.V.: su cumplimiento en el contexto del proceso edificativo MARTIN JOSE OTEIZA PEREZ
25	-Arautu gabeko laguntza eta laguntza Komunitarioa European CENTRO DE DOCUMENTACION Y ESTUDIOS SUS	62	-Contribución a la crítica de la política social JUAN MANUEL COBO SUERO
33	-Servicios Sociales para los mayores en Dinamarca DORTE WILLE	65	-La operación estadística que se avicina JULIO DIAZ
37	-Opción política en la redefinición del Estado de Bienestar RAMON BERINAGA OSINALDE	71	-Apoyo Social y Ancianos en Residencias ESTHER CALVETE ZUMALDE
40	-¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias? JESUS ANGEL PADIERNA ACERO	77	-Reseñas y Comentarios
		85	-Bibliografía
		101	-Normativa Información

SERVICIOS RESIDENCIALES PARA LA TERCERA EDAD: SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS

En 1993 el Ararteko y el Centro de Documentación y Estudios SUS abordaron la tarea de realizar un informe sobre la situación de los ancianos en residencias. El artículo que se presenta a continuación constituye el capítulo introductorio de dicho informe.

Puede decirse que, nuestra sociedad, ha superado en gran medida la ideología de la beneficencia que presidía la acción de las viejas casas de misericordia en los tiempos, no lejanos por otra parte, en que la «vejez» constituía una simple subcategoría de la pobreza.

Es bien sabido que el papel del asilo clásico era, como mínimo, ambiguo, en la medida que, si bien por una parte servía para dar albergue a las personas desvalidas, también por otra, tenía la misión de contribuir a preservar el orden y la paz social mediante el control de poblaciones percibidas como molestas e incluso potencialmente peligrosas. La expresión *acabarás en el asilo* se ha utilizado corrientemente para conminar al trabajo y al ahorro e implicaba la consideración de dicha institución como el «castigo» que esperaba a las personas viciosas, perezosas o poco previsoras.

No cabe duda que tales antecedentes influyen todavía de algún modo en la realidad de las instituciones residenciales y en la percepción de dicha realidad por parte de la sociedad en general y de las personas

ancianas en particular. Así es como todavía hoy muchos usuarios de centros residenciales consideran su situación como la consecuencia y culminación de un fracaso personal, de un fracaso de vida.

Por otra parte, es posible advertir, tras algunas prácticas asistenciales, la influencia de viejas concepciones según las cuales no se considera al usuario de los servicios sociales como sujeto de derechos. Este, a su vez, por razones de muy diverso orden, tiende muchas veces a aceptar por bueno el servicio que se le presta sin considerarse legitimado para exigir cambios o mejoras.

En las conversaciones mantenidas con usuarios de servicios residenciales es frecuente que éstos —personas en general, con una biografía difícil, plagada de sacrificios— se manifiesten con términos como «qué vamos a pedir», «nos dan de comer y tenemos cama», «mientras haya salud», «para qué nos vamos a quejar», «dónde vamos a estar mejor», que expresan un escaso sentido crítico. Sería equivocado atribuir exclusivamente dichas actitudes, a las peculiaridades psicológicas de las per-

sonas ancianas, ignorando la influencia de muchas practicas asistenciales que tienen su base en la consideración, al menos implícita, de la discrecionalidad del servicio.

Lo cierto es que, frecuentemente, tanto los residentes como sus familiares interiorizan el reconocimiento inherente a ese carácter discrecional lo que, unido entre otros factores al déficit de la oferta asistencial, hace que sean muy escasas —incluso aceptando un buen nivel general de satisfacción— las reclamaciones que se realizan, tanto en términos absolutos como en términos relativos.

Sin embargo, y por múltiples razones, el «espacio residencial» puede considerarse de elevado riesgo desde el punto de vista de la inculcación de derechos. Además de los factores ideológicos a los que se ha hecho referencia y que vienen determinados en gran medida por razones socio-históricas, hay que tomar en consideración dos elementos importantes.

Aun teniendo en cuenta los evidentes logros que bajo cualquier punto de vista se han alcanzado a lo largo de las últimas décadas en la atención de las personas ancianas en residencias, no conviene olvidar que, la mayoría de éstas, continúan siendo *instituciones totales* en la acepción que diera Goffman¹ a este término, en la medida que su característica central estriba en la ruptura de las barreras que separan de ordinario los distintos ámbitos de la vida —ocio, trabajo, vivienda— lo que explica su «tendencia absorbente o totalizadora» y el riesgo de un mayor o menor grado de aislamiento de los internos en relación a la comunidad.

En segundo lugar, las características físicas y psicológicas y también las de orden cultural de muchos residentes, íes hacen especialmente vulnerables a las practicas abusivas, y desde este punto de vista, constituyen sin duda un *grupo riesgo* cuya situación exige especial control y vigilancia.

Estas razones explican y justifican sin duda el esfuerzo por analizar cuál es la situación de los ancianos ingresados en residencias de la C A del País Vasco.

LA ATENCION RESIDENCIAL: UNA ELECCION POSITIVA

Así se titula el excelente trabajo de la comisión presidida por Gillian Wagner²

¹ Erving Goffman: Internados. Amorrortu Editores, Buenos Aires 1970.

² National Institute for Social Work. Residential Care. A Positive Choice. Londres 1988.

que hace una década, por encargo de la Secretaría de Estado para la Salud y los Servicios Sociales del Reino Unido, estableció las bases necesarias para acomodar la respuesta de los servicios residenciales a la evolución de las necesidades sociales. No cabe duda que el título en cuestión encierra la clave de la renovación filosófica en materia de atención a las necesidades de las personas ancianas.

Hacer que las residencias se constituyan en una opción positiva implica su correcta definición y utilización como recurso. En ningún caso la atención residencial debe sustituir la posible implantación de medidas directas o indirectas de atención que pueden definirse como más «blandas» en tanto que no implican la extracción del anciano de su habitual medio de vida. Demasiadas veces se ha utilizado, y desgraciadamente, se sigue utilizando hoy, la atención residencial, como respuesta a necesidades personales, económicas y sociales que bien podrían cubrirse con otras prestaciones, económicas y en especie, mejor ajustadas a los requerimientos del usuario, las más de las veces con un coste económico inferior.

El hecho cierto es que, muchas de las personas que ocupan plazas residenciales habrían podido vivir en la comunidad si en la fecha de su ingreso se les hubiesen facilitado soluciones alternativas—vivienda, atención domiciliaria, apoyo económico—mejor adaptadas a sus necesidades. En este sentido resulta revelador el análisis de la lista de espera de las residencias de Donostia-San Sebastián llevado a cabo por J.J. Calvo y otros³ en la medida que demuestra que gran parte de los solicitantes de plaza y potenciales usuarios de servicios residenciales, aceptarían de buen grado otras respuestas que les permitiesen vivir en la comunidad.

Es evidente que muchas personas ancianas solicitan una plaza residencial anticipándose a la necesidad objetiva de dicho servicio, por una cuestión de simple seguridad ante el temor de no encontrar alojamiento en el momento de precisarlo.

El déficit de plazas, especialmente en residencias para «inválidos» y los criterios de admisión establecidos en algunas instituciones exigiendo un buen nivel de autonomía funcional, provocan un número indeterminado de ingresos innecesarios de personas que prefieren acogerse a una institución, antes de necesitarla verdade-

³ J.J. Calvo y otros. Demanda de institucionalización y posibles alternativas en la población anciana de San Sebastián. Zerbitzuan, n.º 11.

ramente, para asegurarse así su atención futura.

Todas las encuestas muestran, de manera inequívoca, que las personas ancianas desean permanecer en su habitual medio de vida. Del estudio Situación Socio Sanitaria de los ancianos llevado a cabo por el Departamento de Bienestar Social de la Diputación de Alava⁴ se desprende, por ejemplo, que únicamente el 1.6 por ciento considera que la residencia constituye una solución plenamente satisfactoria. En consecuencia, el ingreso en institución puede y debe constituir una elección positiva pero se trata de evitarla en la medida de lo posible.

Conviene que nos detengamos aunque sea brevemente en esta cuestión puesto que no siempre se plantea con claridad suficiente.

Hay que recordar, por un lado, la tendencia a la trivialización de la solución residencial que se produjo a finales de los 60, en pleno desarrollismo, cuando se planteó como una opción válida para la generalidad de los pensionistas y, quizá implícitamente, como alternativa a reformas sociales de mayor calado. Fruto de aquella tendencia son algunas de las instituciones residenciales existentes en la comunidad, diseñadas para cubrir las necesidades de una población con plena autonomía física.

Indudablemente el mayor coste diferencial de las residencias «asistidas», en relación a las de «válidos», y los problemas competenciales que suscita el contenido sanitario de las primeras —el sector salud ha eludido tradicionalmente la cuestión, y bienestar social ha evitado en lo posible la creación de servicios asimilables a un hospital de larga estancia— son factores que han favorecido el desarrollo de los servicios residenciales de forma poco coherente, en la medida que no se ha ajustado a los requerimientos de la población con necesidades más graves.

Sin embargo, la atención en el medio residencial debería reservarse para los casos de personas muy ancianas con graves pérdidas de autonomía, que no pueden ser sostenidas en sus viviendas con el apoyo de la red formal o informal de servicios. Como señalan Alien y otros⁵ este planteamiento se basa en dos premisas: la primera, que suele ser el deseo de los ancia-

nos y de sus cuidadores, y la segunda, que es el mejor modo de utilizar unos recursos limitados a pesar de que, también es preciso reconocerlo, la atención comunitaria no constituya siempre la opción más económica.

LAS RESIDENCIAS: UN RECURSO ESCASO

Lo anterior no es óbice para que debamos considerar la atención residencial como perfectamente indicada en muchos casos. Desgraciadamente, en muchos más casos de los que la oferta de servicios de la Comunidad Autónoma del País Vasco puede hacer frente.

De acuerdo con el último censo de Servicios Sociales realizado por EUSTAT en la Comunidad Autónoma del País Vasco, había —al 12-12-1991— 7908 plazas residenciales, en un total de 120 establecimientos. En realidad, el stock total de camas sobrepasa ampliamente esa cifra, dado que la citada fuente pierde al menos 145 plazas de establecimientos que se negaron a cumplimentar el cuestionario.

Las tasas de cobertura varían sustancialmente de un territorio a otro, o más exactamente de Alava, 4,08, a Bizkaia y Gipuzkoa, 3,10 y 3,40% respectivamente.

La titularidad de prácticamente la mitad de las plazas, de acuerdo con las estadísticas EUSTAT es pública, y una cuarta parte adicional está regida por fundaciones que en su mayoría son también públicas. El 17 por ciento del total de plazas las gestionan instituciones sin fin de lucro y, en consecuencia, no llegan al diez por ciento las pertenecientes al sector privado en un sentido estricto.

La diferencia entre territorios es bien patente también en lo que respecta a este aspecto de la titularidad, dado que la presencia de empresas, puramente anecdótica en el «mercado» guipuzcoano y alavés, supone la titularidad del 30 por ciento de las instituciones residenciales vizcaínas, y prácticamente el 17 por ciento de las plazas.

Pero los elementos diferenciadores más importantes en relación al esfuerzo institucional de cada territorio, pueden resumirse diciendo que en Alava es muy importante el papel de Diputación —ostenta la titularidad de más de la mitad de las plazas—, que en Gipuzkoa, el mayor esfuerzo, medido a través de la titularidad de las plazas evidentemente, lo llevan a cabo las corporaciones municipales—más de la

⁴ Diputación Foral de Alava. Dpto. de Bienestar Social. Situación Socio-Sanitaria de los ancianos.

⁵ I. Alien, D. Hogg, S. Pearce. Elderly people. Choice, Participation and Satisfaction. Policy Studies Institute. London 1992.

TITULARIDAD DE LAS RESIDENCIAS POR TERRITORIO HISTORICO

Absolutos y Porcentajes

	Total				Alava				Bizkaia				Gipuzkoa			
	Centros	%	Plazas	%	Centros	%	Plazas	%	Centros	%	Plazas	%	Centros	%	Plazas	%
TOTAL	120	100.0	7908	100.0	22	100.0	1371	100.0	56	100.0	3983	100.0	42	100.0	2554	100.0
Adm. Territorial	15	12.5	1609	20.3	9	40.9	748	54.5	3	5.3	480	12.0	3	7.1	381	14.9
Adm. Local	38	31.7	2170	27.5	6	27.3	374	27.3	8	14.3	486	12.2	24	57.2	1310	51.3
Adm. Autonómica	1	0.8	18	0.2					1	1.8	18	0.5			—	—
Fundación	27	22.5	2039	25.8	1	4.5	18	1.3	17	30.4	1443	36.2	9	21.4	578	22.6
Inst. s.f.lucro	20	16.7	1355	17.1	4	18.2	178	13.0	10	17.8	892	22.4	6	14.3	285	11.2
Empresas	19	15.8	717	9.1	2	9.1	53	3.9	17	30.4	664	16.7	—	—	—	—

Fuente: EUSTAT. Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros, 1991.

mitad de las plazas, sin contar las que pertenecen a fundaciones— y que éstas, las fundaciones, las empresas privadas e instituciones sin fin de lucro, tienen un mayor peso específico en el territorio histórico de Bizkaia.

Resulta evidente, en cualquier caso, que el esfuerzo de las instituciones implicadas, no es suficiente en términos globales. Dan fe de ello las amplias listas de espera existentes en la mayoría de las instituciones, puesto que constituyen un indicador indudable de la importante demanda residencial insatisfecha. De hecho, buen número de expertos de esta Comunidad confiesan estar más preocupados por la gran cantidad de ancianos desatendidos o mal atendidos, que por los problemas de calidad que pudiera haber en las instituciones.

Aunque la realidad de los ancianos que viven en domicilios particulares, y obviamente la de sus cuidadores, no es sociológicamente bien conocida en nuestro País, nos consta la existencia de muchísimas situaciones que bien cabría calificar de límite, por las propias condiciones de vida a las que se ven sometidos ancianos gravemente discapacitados y por el elevado coste económico y personal que se ven obligados a pagar sus familias y, de forma particular, los miembros femeninos de las mismas.

Los estudios epidemiológicos⁶ vienen a señalar que en torno al 2.4 por ciento de la población de 65 y más años viven encamados o confinados en un sillón y un 3.1 por ciento adicional tienen un nivel de autonomía superior, pero necesitan de otra persona para vestirse y asearse. Finalmente el 12.4 por ciento pueden subvenir a esas necesidades básicas, pero no salen de su domicilio o no pueden hacerlo sin ayuda.

Estas cifras ponen de relieve la importancia del déficit asistencial ya que, frente al número de plazas residenciales de todo tipo señaladas, hay que contar con la existencia de 6.628 ancianos encamados o confinados en un sillón y 8.218 más, que no pueden atender a su aseo personal o vestirse solas. Obviamente no todas estas personas, a pesar de su importante discapacidad, requieren una plaza residen-

cial. En efecto, muchas reciben probablemente la atención que precisan en el medio familiar, con o sin el concurso de los servicios de atención domiciliaria. Sin embargo, hay que tener en cuenta entorno a esta cuestión al menos tres aspectos importantes.

En primer lugar, que tal y como revela el estudio *Ancianos en Residencias*⁷, prácticamente la mitad de las camas de las instituciones están ocupadas por personas que carecen de restricciones en su autonomía personal y, otro 30 por ciento, tiene restricciones únicamente leves. Es muy posible que desde la fecha de realización del referido trabajo, debido por un lado a los acertados cambios operados en las políticas de admisión de los establecimientos y al natural deterioro de los residentes, la prevalencia de personas gravemente discapacitadas sea actualmente superior. Desgraciadamente se desconoce el número de plazas para «inválidos» existentes en las residencias «mixtas», pero es un hecho que todavía hoy el 35 por ciento del total de camas se encuentran en residencias destinadas exclusivamente a la atención de personas «válidas». En segundo lugar y en relación al déficit cualitativo es preciso tener en cuenta que más del 60 por ciento de los ancianos ingresados en residencias guipuzcoanas tiene un nivel de discapacidad inferior a 4 en la escala de Kuntzmann que define, según el Departamento de Bienestar Social de la Diputación de dicho territorio, el límite para considerar la necesidad de una plaza asistida. Si esta cifra fuese extrapolable a la totalidad de las plazas residenciales existentes en la comunidad, resultaría que, de las 8.890, no llegarían a 3.500 las ocupadas por personas ancianas gravemente discapacitadas—con un nivel de discapacidad que definiría la necesidad de una plaza asistida—siendo así que, contando únicamente los ancianos encamados y los confinados en una silla, suman prácticamente el doble de esa cifra en la población total.

La oferta de plazas residenciales existente en otros países de nuestro entorno puede servir también para dar una idea de la magnitud del déficit asistencial. En términos generales, parece que la cifra de 5 camas por cada cien habitantes de 65 y más años se alcanza en la generalidad de los países desarrollados contando toda la variedad de servicios residenciales. Hemos podido observar cómo en Alava se supera esa tasa de camas y, rechazando la

⁶ Cfr. Colvez y otros. *Rapport au Groupe de Travail: «Méthodologie pour une planification des services aux personnes âgées dépendantes»*. Approche épidémiologique des besoins en services pour les personnes âgées dépendantes. Montpellier. INSERM 1990. Los resultados de los «Mapas de Servicios Sociales» de Gipuzkoa y Bizkaia elaborados por el SIIS-Centro de Documentación y Estudios, 1988, inédito, son coherentes con las cifras señaladas.

⁷ Gobierno Vasco. Departamento de Trabajo y Seguridad Social. «Ancianos en Residencias». Serie Estadísticas y Documentos de Trabajo n.º 9, 1985.

posibilidad de que en este territorio se haya dado un sobredimensionamiento de la oferta, se deduce que la elevación de la tasa de plazas residenciales al nivel de 5

por cien habitantes de 65 y más años en la Comunidad Autónoma exige la creación de unas cinco mil plazas adicionales para llegar a las más de trece mil necesarias.

EVOLUCION DE LA POBLACION HORIZONTE 2016

	Año 1991		Año 2016	
	Estimación	Censo	Estimación	Base Censo 1991 = 100
Población Total	2.118.194	2.104.041	2.060.872	97,8
Población > 65 años	257.465	266.109	396.211	148,8
% Pob. > 65 años s/ pob. Total	12,2	12,6	19,2	152,4

Fuente: Escenarios Demográficos. Horizonte 2016. Dpto. de Economía y Planificación. Gobierno Vasco.

NECESIDADES DE PLAZAS RESIDENCIALES

	N.º de plazas	A sobre las existentes en 1991 = 8053
Cobertura actual 3,4%	13.255	49%
Cobertura necesaria 5%	19.810	123%

Hay que tener en cuenta además, y éste sería el tercer aspecto a señalar, la previsible evolución de la población anciana a la hora de valorar las necesidades residenciales. En efecto, en relación al esfuerzo desarrollado en los últimos doce años en la creación de plazas, observamos que un incremento del 21 por ciento a nivel de Comunidad, ha supuesto únicamente el aumento de la tasa de cobertura en un 4 por ciento, como consecuencia lógica del crecimiento de la población anciana en un 49 por ciento.

Poseer una tasa de cobertura del 5 por ciento el año 2016 significa incrementar el actual stock de camas en prácticamente un 120 por cien para llegar a las aproximadamente 20.000 plazas necesarias. No olvidemos que en el plazo de 20-25 años habrán de ser cerca de diez mil las personas ancianas encamadas o confinadas en un sillón.

La importancia del déficit señalado y la de su proyección a un cuarto de siglo, se ve incrementada, por si fuera poco, con la necesidad de renovar centros obsoletos e instalaciones inadecuadas.

Sin entrar en otros detalles y centrándonos exclusivamente en el tamaño de las instituciones, observamos que 19 centros superan las cien plazas y que 7 tienen una capacidad superior a 200, es decir, que contravienen, en este extremo, la opinión-prácticamente unánime de los expertos, que recomiendan que los establecimien-

tos residenciales no superen el medio centenar de camas⁸.

El 45 por ciento de los ancianos residencializados viven en instituciones de más de cien camas y, prácticamente la cuarta parte, en macrocentros que superan las 200.

Por otra parte, el 15 por ciento de los ancianos que viven en instituciones deben compartir habitación con al menos otras dos personas y prácticamente el 6 por ciento están instalados en salas de cuatro y más camas. Sólo por este hecho, es decir, por la necesidad de eliminar, en consonancia con los criterios del Decreto de Acreditación, las habitaciones de tres y más ocupantes, habría que transformar cerca de mil camas adicionales.

La magnitud del problema es pues muy grave y requiere la urgente y decidida aplicación de medidas.

El desarrollo de la atención comunitaria

La atención en la comunidad mediante «paquetes de cuidados» progresivamente más complejos, se erige como una alternativa válida a la institucionalización. Sin embargo, demasiadas veces en los últimos años, el concepto ha sido utilizado para justificar el bajo ritmo de creación de plazas residenciales en la medida que se ha asociado, de forma mecánica y simple, la adscripción a la idea de atención comunitaria con el rechazo de la atención residencial.

Es cierto que, hoy en día, la situación más grave puede ser susceptible de aten-

⁸ Las normas de acreditación de algunos países establecen una capacidad máxima. En Dinamarca el límite es de 20 camas, en Francia de 80, en Inglaterra y Gales 65 y en Estados Unidos 60. Cfr. «Sistemas de Autorización y Acreditación. Panorama internacional». SIIS-Centro de Documentación y Estudios. 1991.

derse domiciliariamente y que, la atención comunitaria, se constituye en alternativa válida y deseable para muchos casos que hace dos décadas se hubiesen considerado como propios para la atención residencial. No es menos cierto, sin embargo, que la fórmula residencial constituye una opción necesaria y, en los términos que se ha indicado, positiva para muchos ancianos aquejados de discapacidades graves, sobre todo teniendo en cuenta que, en su moderna concepción, tales servicios, tanto desde el punto de vista de su ubicación, como de su tamaño y programas, deben favorecer, en la medida de lo posible, la integración del usuario en la comunidad.

Por otra parte, el importante déficit de plazas residenciales existente en nuestro País no se compensa en absoluto con la presencia de una red relativamente importante de servicios alternativos. Los Centros de Día constituyen una realidad prácticamente anecdótica y la atención domiciliaria cubre a una población de unos 6.500 usuarios con una tasa de cobertura por tanto del 2,4 por cien habitantes de 65 y más años.

Para situar esta cifra en el contexto europeo, digamos que en Suecia o en Finlandia la tasa supera el 18 por ciento y que en realidades más próximas, como Francia o Bélgica, alcanza el 6 por ciento. Eso sí, la intensidad del servicio, medida en horas semanales de dedicación al usuario, resulta mucho más elevada en nuestro medio, siete horas, que en los países europeos en los que, por lo general, no sobrepasa el par de horas semanales. Ello es debido probablemente, con independencia de otros factores, a la gravedad de la casuística que atienden los servicios de atención domiciliaria de la Comunidad Vasca. Es así como con un nivel —horas totales de servicio por habitante mayor de 65 años— parecido, nuestra cobertura es reducida en relación a la europea.

En cualquier caso, la calidad y cantidad de servicios comunitarios que podrían considerarse en cierto modo como alternativos a las residencias, no explican ni justifican la baja tasa de camas residenciales.

Centro de Documentación y Estudios
SIS.

TITULARIDAD Y TIPO DE RESIDENCIA

		Capacidad											
		Total		< 12		12-30		30-100		100-200		>200	
		Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas
C.A.P.V.													
TOTAL	TOTAL	120	7.908	18	130	15	317	68	3.882	12	1.727	7	1.852
	Adm. Terr.	15	1.609	1	10	—	—	8	440	4	606	2	553
	Adm. Local	38	2.170	8	42	4	89	21	1.293	4	506	1	240
	Adm. Auton.	1	18	—	—	1	18	—	—	—	—	—	—
	Fundación	27	2.039	2	21	4	90	16	928	2	291	3	709
	Inst. s.f.l.	20	1.355	3	21	2	55	12	605	2	324	1	350
	Empresas	19	717	4	36	4	65	11	616	—	—	—	—
PUBLICA	TOTAL	54	3.797	9	52	5	107	29	1.733	8	1.112	3	793
	Adm. Terr.	15	1	10	—	—	8	440	4	606	2	553	1.609
	Adm. Local	38	2.170	8	42	4	89	21	1.293	4	506	1	240
	Adm. Auton.	1	18	—	—	1	18	—	—	—	—	—	—
PRIVADA	TOTAL	66	4.111	9	78	10	210	39	2.149	4	615	4	1.059
	Fundación	27	2.039	2	21	4	90	16	928	2	291	3	709
	Inst. s.f.l.	20	1.355	3	21	2	55	12	605	2	324	1	350
	Empresas	19	717	4	36	4	65	11	616	—	—	—	—
ALAVA													
TOTAL	TOTAL	22	1.371	4	35	3	63	11	547	3	486	1	240
	Adm. Terr.	9	748	1	10	—	—	5	252	3	486	—	—
	Adm. Local	6	374	1	9	2	45	2	80	—	—	1	240
	Fundación	1	18	—	—	1	18	—	—	—	—	—	—
	Inst. s.f.l.	4	178	1	8	—	—	—	—	170	—	—	—
	Empresas	2	53	1	8	—	—	1	45	—	—	—	—
PUBLICA	TOTAL	15	1.122	2	19	2	45	7	332	3	486	1	240
	Adm. Terr.	9	748	1	10	—	—	5	252	3	486	—	—
	Adm. Local	6	374	1	9	2	45	2	80	—	—	1	240
PRIVADA	TOTAL	7	249	2	10	1	18	4	215	—	—	—	—
	Fundación	1	18	—	—	1	18	—	—	—	—	—	—
	Inst. s.f.l.	4	178	1	8	—	—	3	170	—	—	—	—
	Empresas	2	53	1	8	—	—	1	45	—	—	—	—
BIZKAIA													
TOTAL	TOTAL	56	3.983	6	55	10	202	31	1.883	5	735	4	1.108
	Adm. Terr.	3	480	—	—	—	—	1	60	1	120	1	300
	Adm. Local	8	486	—	—	1	20	7	466	—	—	—	—
	Adm. Auton.	1	18	—	—	1	18	—	—	—	—	—	—
	Fundación	17	1.143	2	21	2	44	9	629	2	291	2	458
	Inst. s.f.l.	10	892	1	6	2	55	4	157	2	324	1	350
	Empresas	17	664	3	28	4	65	10	571	—	—	—	—
PUBLICA	TOTAL	12	984	—	—	2	38	8	526	1	120	1	300
	Adm. Terr.	3	480	—	—	—	—	1	60	1	120	1	300
	Adm. Local	8	486	—	—	1	20	7	466	—	—	—	—
	Adm. Auton.	1	18	—	—	1	18	—	—	—	—	—	—
PRIVADA	TOTAL	44	2.999	6	55	8	164	23	1.357	4	615	3	808
	Fundación	17	1.443	2	21	2	44	9	629	2	291	2	458
	Inst. s.f.l.	10	892	1	6	2	55	4	157	2	324	1	350
	Empresas	17	664	3	28	4	65	10	571	—	—	—	—
GIPUZKOA													
TOTAL	TOTAL	42	2.554	8	40	2	52	26	1.452	4	506	2	504
	Adm. Terr.	3	381	—	—	—	—	2	128	—	—	1	253
	Adm. Local	24	1.310	7	33	1	24	12	747	4	506	—	—
	Fundación	9	578	—	—	1	28	7	299	—	—	1	251
	Inst. s.f.l.	6	285	1	7	—	—	5	278	—	—	—	—
PUBLICA	TOTAL	27	1.691	7	33	1	24	14	875	4	506	1	253
	Adm. Terr.	3	381	—	—	—	—	2	128	—	—	1	253
	Adm. Local	24	1.310	7	33	1	24	12	747	4	506	—	—
PRIVADA	TOTAL	15	863	1	7	1	28	12	577	—	—	1	251
	Fundación	9	578	—	—	1	28	7	299	—	—	1	251
	Inst. s.f.l.	6	285	1	7	—	—	5	278	—	—	—	—

Fuente: EUSTAT. Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros. 1991

**SERVICIOS SOCIALES 1991. PRINCIPALES SERVICIOS
PARA LA TERCERA EDAD Y TASAS DE COBERTURA**

	C.A.P.V,	Alava	Bizkaia	Gipuzkoa
Atención Domiciliaria	6.496	1.097	3.354	2.045
Centros de Día	256	79	66	111
Acogimiento familiar	70	—	—	70
Servicios Residenciales	8.053	1.516	3.983	2.554
TOTAL	14.875	2.692	7.403	4.780
Población > 65 años	266.109	30.828	146.896	87.385
TASA DE COBERTURA TOTAL ‰	55,9	87,3	50,4	54,7
TASA DE COBERTURA RESIDEN. ‰	30,3	49,2	27,1	29,2

Fuente: EUSTAT y Diputaciones Forales. Elaboración propia.

**EVOLUCION DE PLAZAS EN SERVICIOS RESIDENCIALES
Y DE LA COBERTURA DE ATENCION 1981-1991**

		C.A.P.V.	Alava	Bizkaia	Gipuzkoa
1981	N.º de Plazas	6.660	1.296	3.317	2.047
	Población > 65 años	207.678	23.401	115.112	69.165
	Tasa de Cobertura ‰	32,1	55,4	28,8	29,6
1991	N.º de Plazas	8.053	1.516	3.983	2.554
	Población > 65 años	266.109	30.828	146.896	87.385
	Tasa de Cobertura ‰	30,3	49,2	27,1	29,2
Índices base 1981 = 100	N.º de Plazas	120,9	117,0	120,1	124,8
	Población > 65 años	128,1	131,7	127,6	126,3
	Tasa de Cobertura ‰	94,4	107,2	94,1	98,6

Fuente: EUSTAT. Elaboración propia.

**SERVICIOS SOCIALES 1991
CENTROS Y PLAZAS RESIDENCIALES DE TERCERA EDAD
POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO**

	C.A.P.V.		Alava		Bizkaia		Gipuzkoa	
	Nos.	%	Nos.	%	Nos.	%	Nos.	%
CENTROS								
Resi. Válidos	45	37,2	10	43,5	22	39,3	13	30,9
Resi. Asistidas	9	7,4	4	17,4	4	7,1	1	2,4
Resi. Mixtas	60	49,6	6	26,1	30	53,6	24	57,1
Apartamentos	2	1,7	—	—	—	—	2	4,8
Vivienda común	5	4,1	3	13,0	—	—	2	4,8
TOTAL S. RESI.	121	100,0	23	100,0	56	100,0	42	100,0
PLAZAS								
Resi. Válidos	2.764	34,3	466	30,7	1.425	35,8	873	34,2
Resi. Asistidas	888	11,0	412	27,2	426	10,7	50	2,0
Resi. Mixtas	4.327	53,7	611	40,3	2.132	53,5	1.584	62,0
Apartamentos	4	0,1	—	—	—	—	4	0,1
Vivienda común	70	0,9	27	1,8	—	—	43	1,7
TOTAL S. RESI.	8.053	100,0	1.516	100,0	3.983	100,0	2.554	100,0

Fuente: EUSTAT. Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros. 1991.

OFERTA DE ESTRUCTURAS DE ALOJAMIENTO EN LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD EUROPEA. 1991.

	Plazas en el conjunto de estructuras de alojamiento x 100 personas > 65 años	Plazas en residencias asistidas x 100 personas > 65 años
Alemania	5,4	2,3
Bélgica	7,8	2,4
Dinamarca	13,2(11,3)	5,3
España	2,0	0,2
Francia	5,1	2,4 ¹
Grecia	0,5	—
Irlanda	5,0	—
Italia	2,3	—
Luxemburgo	7,8(6,8)	1,4
Países Bajos	12,3(9,7)	2,6
Portugal	2,0	—
Reino Unido	10,0(5,0)	—

NOTA: Las cifras entre paréntesis se refieren a datos que excluyen las viviendas tuteladas. ¹ Incluyen las camas de larga estancia en los hospitales (Francia) o las camas geriátricas (Bélgica). Fuente: Older people in Europe: Social and Economic Policies. The 1993 Report of the European Observatory. Commission of the European Communities.

SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA Cobertura, nivel e intensidad

	C.A.P.V.	Alava	Bizkaia	Gipuzkoa
1. N.º de atendidos mayores de 65 años	6.496	1.097	3.354	2.045
2. Población mayor de 65 años	266.109	30.828	146.896	87.385
3. Cobertura Población atendida/Población total x 100	2,44	3,55	2,28	2,34
4. N.º de horas de servicio al año destinadas a la atención de ancianos	2.438.983	459.036	1.297.591	682.356
5. N.º de horas semanales de atención	46.777	8.803	24.887	13.087
6. Intensidad (horas semanales servicio/usuario)	7,20	8,02	7,42	6,39
7. Nivel (horas semanales de servicio x 1.000 habitantes de 65 y más años)	175,8	285,5	169,4	149,8

Fuente: Diputaciones Forales. Elaboración propia.

INDICADORES DE ATENCION DOMICILIARIA EN ALGUNOS PAISES EUROPEOS

	Cobertura	Intensidad	Nivel
Suecia	18,4	4,75	1.016
Dinamarca	20,5	—	—
Reino Unido	6,1	3,2	320
Francia	6,1	2	128
Bélgica	6	2,2	133
Finlandia	18,4	1,4	271
Austria	8,8	1,1	104

Fuente: SIIS. La asistencia domiciliar en Europa. Gobierno Vasco. Dpto. de Trabajo y Seguridad Social. Documentos de Bienestar Social, n.º 32.

LA ATENCION SOCIO-SANITARIA EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. INTRODUCCION

La atención sanitaria y la asistencia social viven, aún en la actualidad, en dos mundos separados que en el mejor de los casos se ignoran uno al otro cuando no se enfrentan acusándose mutuamente de algunos males y problemas que les aquejan. Con frases tan estereotipadas por el uso como *lo que Vd. me plantea es un problema social y eso no es competencia nuestra* esgrimidas por una de las partes, junto a *lo suyo es cosa de Sanidad y nosotros no podemos hacer nada* utilizadas por la otra, miles de personas son obligadas a una peregrinación interminable de una oficina sanitaria a una social y a la inversa sin obtener no ya una solución aunque fuese parcial a su problema sino sin ser siquiera escuchado con cierta atención.

Existen situaciones y casos en los que el carácter sanitario o social de la necesidad planteada resulta evidente. Todo el mundo ve con claridad que la demanda quirúrgica no es tema del área social o que las actividades de animación socio cultural

de los hogares de jubilados no implican responsabilidades específicas para el sistema sanitario.

Pero también existen zonas próximas o de contacto en donde las fronteras entre ambos sistemas son indefinidas o inexistentes porque puede afectar indistintamente a cualquiera de los dos o a ambos conjuntamente.

Nos referimos a un colectivo muy numeroso de personas todas ellas, por una parte, enfermas y, por otra, en situación de desprotección, necesitadas de ayuda por falta de suficiente apoyo de su entorno socio-familiar: personas mayores con enfermedades crónicas invalidantes y dementes seniles buscando un centro residencial, minusválidos demandantes de rehabilitación, de sillas de ruedas o de otras ayudas técnicas, toxicómanos en busca de reinserción, enfermos terminales sin apoyo familiar y así una lista innumerable de personas necesitadas de una atención que ellos no saben definir como sanitaria o social pero que en cualquier caso les resulta absolutamente imprescindible para aliviar su situación.

Esta descoordinación, este ignorarse mutuamente como si ambas áreas perte-

* Texto de la ponencia presentada en el 5.º Curso de Geriátrica «Ciudad de San Sebastián» celebrado el 18 de Noviembre de 1993.

neciesen a mundos diferentes desprecia el axioma de que *no hay enfermedades sino enfermos* y de que *no existen problemas sociales sino personas en situación de necesidad* y divide una única situación en varios trozos y con ella también a la persona que la padece de una manera arbitraria e incompleta. Arbitraria, porque la división de los aspectos sanitarios y los sociales no obedece a ningún criterio técnico o asistencial sino a conveniencias administrativas o presupuestarias antagónicas, arrojándose interesadamente unos a otros las responsabilidades que no quieren asumir y endosándose mutuamente obligaciones asistenciales de las que se quieren desprender e incompleta porque, al final, esas responsabilidades que se arrojan unos a otros no son recogidas por ninguno generándose simplemente una zona de nadie, es decir, personas no atendidas.

Aunque esta situación afecta a colectivos diferentes, queremos hacer especial hincapié en lo que afecta al grupo de personas mayores, no sólo por ser el objeto de la presente jornada de estudio sino porque en él se sitúa el conjunto más numeroso de implicados y sufren también, más duramente, los efectos de un problema de coordinación socio-sanitaria mal resuelto.

2. LA SITUACION ACTUAL DE LA ATENCION SOCIO-SANITARIA

2.1. El Marco Jurídico

En la Comunidad Autónoma del País Vasco, los sistemas sanitario y social son administrativa y financieramente independientes, sin que existan órganos de coordinación funcional que neutralicen los efectos de esa separación y permitan una actuación complementaria y armónica entre ambos.

La asistencia sanitaria es competencia exclusiva del Gobierno Vasco y la atención social descansa en la actuación de la Administración Territorial y Local, es decir, en las Diputaciones Forales y en los Ayuntamientos. Pero ni en la legislación sanitaria (Ley General de Sanidad, Ley de OSAKI-DETZA) ni en la social (Ley de Servicios Sociales, Ley de Régimen Local), se prevén mecanismos de coordinación que permitan una articulación entre los dos sistemas. La única coordinación prevista es, en el mejor de los casos, en el interior de cada uno de los sistemas.

Este hecho ha fomentado la consolidación de una cultura no sólo indiferente

sino de confrontación entre ambos sistemas, potenciando la visión sustitutoria de que la ampliación de determinados servicios sociales supone, por ejemplo, cubrir una laguna del sistema sanitario, proporcionando un substancial ahorro presupuestario al mismo, mientras que en el sistema social se piensa exactamente lo contrario cuando la Sanidad amplía su actividad en el espacio fronterizo entre ambos. Incluso los acuerdos establecidos entre ambos sistemas se valoran en términos de victoria/derrota o de goles encajados/recibidos. La generación de esta cultura de sustitución y no complementariedad ha paralizado durante muchos años cualquier proceso de aproximación entre ambos sistemas y el desarrollo de planes conjuntos y coordinados.

2.2 Los modelos de financiación

Los modelos de financiación sanitario y social son esencialmente diferentes entre sí, principalmente en lo referente a la participación del usuario en la cobertura del coste de la prestación recibida y en el diferente grado de función redistribuidora asignado a cada uno de ellos.

En el sistema sanitario público, la universalización de las prestaciones y su gratuidad, en el sentido de que no existe un pago vinculado directamente a un acto terapéutico, salvo en la farmacia, están plenamente asumidas e incorporadas a la conciencia social como derivadas de un derecho ciudadano, cosa que no ocurre en la atención social. Por el contrario, a los servicios sociales se les atribuye, además de su papel asistencial y paliativo, un efecto redistribuidor de rentas más radical por lo que, la gratuidad indiscriminada de los mismos se considera como algo injusto, reforzador de desigualdades y se generaliza, en consecuencia, la participación del usuario en el coste del servicio recibido, en función de sus ingresos.

Esta diferente concepción y funcionamiento de la aportación del usuario a la financiación del servicio plantea dificultades en la fluidez de la circulación de pacientes entre ambas redes. En este sentido, como el paso de una Residencia Asistida de ancianos a un Hospital de Larga Estancia supone cambiar de un sistema de copago, aunque sea parcial, a uno gratuito se facilita al trasvase de lo social a lo sanitario, mientras que el flujo en sentido inverso se ve notablemente frenado por razones contrarias.

ESQUEMA DE DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS EN PROVISION DE SERVICIOS

	SANIDAD	S.SOCIALES
GOBIERNO VASCO		
DIPUT. FORAL		
AYUNT.		

Por otra parte, las redes sanitaria y social administran sus ámbitos competenciales y sus recursos financieros de forma estanca. No existen, prácticamente, proyectos organizados de cofinanciación o gestión compartida en el que confluyan coordinadamente fondos procedentes de ambos sistemas. En estos momentos existen entidades o programas que reciben fondos de ambos sistemas pero ello no supone una implicación conjunta y coordinada de ambos en su desarrollo sino estrictamente una suma o yuxtaposición de recursos económicos sin compromisos de actuación unitaria.

2.3 Los efectos de la situación actual

Esta falta de coordinación y la actitud de confrontación sustitutoria ha tenido y tiene consecuencias muy negativas sobre ambos sistemas y sobre todo para el destinatario final de ambos, es decir, el necesitado de los servicios sociales y sanitarios. Estas consecuencias negativas resultan especialmente visibles en los siguientes aspectos:

- a. Carencias e insuficiencias asistenciales graves:

El principal efecto perjudicial del desacuerdo se materializa en la existencia de importantes lagunas asistenciales

dado que ninguno de los dos sistemas se siente responsable de su cobertura y proyecta sobre el otro dicha responsabilidad. En el campo de la atención a los mayores esta carencia es particularmente aguda en el campo de la psicogeriatría, en la atención a inválidos funcionales crónicos con o sin patología asociada, o en los servicios asistenciales intermedios como Hospitales y Centros de Día.

El desarrollo desequilibrado de servicios y la falta de la necesaria correspondencia entre los dispositivos sociales y sanitarios tiene también repercusiones negativas en ambos campos:

- La práctica inexistencia de atención domiciliaria sanitaria, de unidades de cuidados paliativos, de servicios de convalecencia y rehabilitación o la insuficiente atención desde el sistema sanitario público a residencias de ancianos, asistidas o no, reducen la capacidad asistencial de los servicios sociales correspondientes, sometiéndoles a presiones inadecuadas para cubrir dichas insuficiencias.
- Por otra parte, las deficiencias en la red de servicios sociales perjudican notablemente el funcionamiento de

los servicios sanitarios, empeorando su rendimiento u obligándoles a asumir funciones y cargas para las que no están preparados. La escasez de plazas asistidas en alojamientos colectivos para mayores, la ausencia de Centros de Día o de hogares protegidos, impide el transvase lógico de pacientes desde el sistema sanitario al social dificultando su funcionamiento y reduciendo su eficiencia.

b. Inversión de funciones con asunción de cargas impropias.

Los servicios sociales han asumido, aunque sea parcialmente, funciones sanitarias desarrollando servicios al margen del sistema general. Los dispositivos médico-sanitarios de las Residencias y Hogares transferidos del INSERSO, las unidades de enfermería o rehabilitación de muchas residencias de ancianos, o la atención psicogeriatrica clínica prestada desde el ámbito social, reflejan la existencia de disfunciones innecesarias y que, en ocasiones, suponen respuestas inadecuadas a los problemas sanitarios que quieren resolver.

Por su parte, el sistema sanitario atiende en sus centros a una variada carga social que, en principio, es ajena a su función.

Los Hospitales Psiquiátricos cuentan con una abundante presencia de personas cuya única razón de ingreso es la carencia de un hogar y de un entorno sociofamiliar de apoyo, tributarios por tanto de un alojamiento alternativo al domicilio, en el ámbito de los servicios sociales. Situación similar se presenta en los hospitales de media/ larga estancia y en algunos servicios de medicina interna hospitalaria obligados a prolongar la estancia de ciertos pacientes ante la imposibilidad de hacer efectiva el alta médica. Esta inversión de funciones obliga a ambos sistemas a asumir cargas asistenciales y económicas que no les corresponden, cuya eficacia es reducida y que da origen a la existencia de redes paralelas que desordenan los sistemas generales.

c. Descoordinación entre sistemas.

En ocasiones, el problema no se centra en la inexistencia de recursos, sino en la falta de puntos de referencia y de órganos de contacto y coordinación que posibiliten el transvase ordenado y el acceso eficaz a los recursos existentes en ambas direcciones. Todo ello supone un menor aprovechamiento de recursos, menor eficiencia y mayor sufrimiento.

La búsqueda de plaza en una residencia o en un hospital para una persona demenciada a la obtención de ayudas técnicas para incapacitados funcionales obliga en numerosas ocasiones a un peregrinaje inútil y doloroso hasta obtener la solución adecuada.

Personas con necesidades idénticas son atendidas en redes con programas diferentes en función de la vía sanitaria o social de contacto con la Administración. Y se adoptan soluciones distintas en situaciones similares y respuestas idénticas a problemas diferentes por falta de criterios homogéneos de valoración de casos en ambos sistemas. Dos ancianos con similar nivel de demencia senil pueden acabar uno en un centro psiquiátrico y el otro en una residencia, con programas diferentes, dependiendo de la red contactada.

2.4 Los colectivos afectados

La atención debe centrarse en los colectivos que presentan una acusada problemática sociosanitaria, tienen un gran volumen numérico y en quienes la actual situación de descoordinación produce una grave desprotección y una atención insuficiente e inadecuada. Entre aquellos que carecen del adecuado apoyo socio-familiar podemos destacar los siguientes:

- a. Personas mayores de 65 años con enfermedades crónicas invalidantes e incapacidades físicas o psíquicas (especial referencia a las demencias).
- b. Personas adultas y jóvenes con enfermedades crónicas invalidantes que originan gran dependencia y en especial los pacientes de hospitales psiquiátricos de larga estancia y los grandes inválidos.
- c. Personas con enfermedades terminales (cáncer y SIDA fundamentalmente).
- d. Toxicómanos en proceso de reinserción social.
- e. Personas con necesidades de rehabilitación de media/larga estancia previo a su reingreso en la sociedad.

Todas la personas en dicha situación unen a sus escasos recursos sociofamiliares el padecimiento de enfermedades crónicas o incapacidades invalidantes, tanto físicas como psíquicas, procesos terminales o necesidades de reinserción social. Al mismo tiempo que, por su estado de desprotección, necesitan apoyos sociales,

su sometimiento a la enfermedad exige simultáneamente una adecuada atención sanitaria. La ausencia de alguno de los dos apoyos frustra cualquier solución eficaz y condena al paciente a una situación de desamparo y dolor.

Entre todos los grupos citados, es sin duda, el colectivo de ancianos el que presenta cuantitativa y cualitativamente mayores necesidades por lo que debe constituir el núcleo de atención prioritaria.

2.5 Diagnóstico de la situación actual

El panorama actual de atención a las necesidades sociosanitarias presenta aspectos negativos junto a otros claramente positivos:

a. Aspectos negativos

1. Los problemas sociosanitarios afectan a un colectivo muy numeroso en el País Vasco, conformado en su mayoría por individuos en especial situación de desprotección y dependencia: ancianos mayores de 80 años, enfermos crónicos tanto físicos como psíquicos, pacientes de SIDA, enfermos terminales, minusválidos y toxicómanos.
2. La población en riesgo de necesitar estos servicios va a crecer de manera fulminante en las próximas décadas. Esto es debido fundamentalmente al acelerado proceso de envejecimiento demográfico que tiene nuestra sociedad —con un fortísimo incremento del número de personas mayores de 80 años— a la extensión de las nuevas enfermedades, como las demencias tipo Alzheimer o el SIDA y a los cambios en los medios diagnósticos y de tratamiento que permiten precisar mejor las enfermedades y prolongar la vida de las personas en circunstancias difíciles.
3. El horizonte económico no es favorable para el impulso de los gastos sociales. Todas las autoridades políticas y monetarias coinciden en formular amenazas al crecimiento de los mismos (educación, sanidad y servicios sociales) porque los han convertido en chivos expiatorios y por ello, objetivos a batir para reducir el déficit público, origen, al parecer, de todos los males financieros del Estado.
4. La estructura familiar ha variado substancialmente en los últimos años y su papel provisor de servicios sociales se ha reducido apreciablemente, con el consiguiente incremento de la demanda de servicios a los poderes públicos, para que contrarresten o compensen adecuadamente esta reducción.
5. Para responder a estos retos nos encontramos hoy con una red sanitaria y unos servicios sociales cuyo marco jurídico dificulta, cuando no impide, su coordinación posicionándolos como dos sistemas no pocas veces enfrentados y casi siempre sustitutorios en lugar de complementarios.
6. La oferta de recursos sociosanitarios, pública y benéfica privada en su mayoría, con una privada lucrativa prácticamente inexistente, es, por su parte, insuficiente en términos absolutos. Al mismo tiempo, presenta importantes desequilibrios estructurales y deficiencias funcionales, con sistemas de financiación muy diferenciados que limitan su eficacia, su eficiencia y lesionan la equidad debida.

b. Aspectos positivos

7. De todas formas, las redes de servicios sociales y sanitarios han experimentado, en los últimos años, un fuerte desarrollo, aunque territorialmente desigual. Se aprecia una notable mejora tanto de los servicios sociales como de los dispositivos de asistencia sanitaria, incluida la Atención Primaria, que cuentan ahora con mayores y mejores alternativas a la institucionalización de las personas.
8. Los actuales dispositivos sociales y sanitarios pueden mejorar notablemente su eficacia con la adopción de medidas de reordenación y reorganización de estos recursos, que apenas implican coste adicional para el sistema. La identificación de un espacio sociosanitario específico, la definición de las necesidades de los usuarios, la adaptación de los actuales servicios a dichas necesidades y una mejora en las técnicas de gestión serían suficientes para incrementar apreciablemente la capacidad asistencial de los actuales dispositivos.

9. Existe un potencial de recursos no utilizados hasta la fecha por falta de legislación y estímulos adecuados que los potencie: el voluntariado, las Organizaciones No Gubernamentales y los recursos informales procedentes de la iniciativa social constituyen un capital disponible de gran virtualidad.
10. La colaboración de la iniciativa privada lucrativa, prácticamente ausente hasta la fecha del campo sociosanitario, permitiría la aportación complementaria de recursos financieros y organizativos. Estos recursos son necesarios para cubrir las enormes lagunas que presenta la actual red y frente a las cuales el esfuerzo aislado de la iniciativa pública resulta insuficiente.
11. Se observa finalmente una mayor sensibilidad social y política sobre el tema que permite albergar ciertas esperanzas de que puedan ponerse en marcha iniciativas suficientes en nuestra sociedad para enfrentarse con éxito a los problemas que tienen estos colectivos necesitados de servicios sociosanitarios.

En resumen, podemos señalar que a pesar de las dificultades existentes existen elementos sobre los que basar una mejora substancial de la situación actual. Para ello, es necesario desarrollar un proceso que permita una mayor aproximación fun-

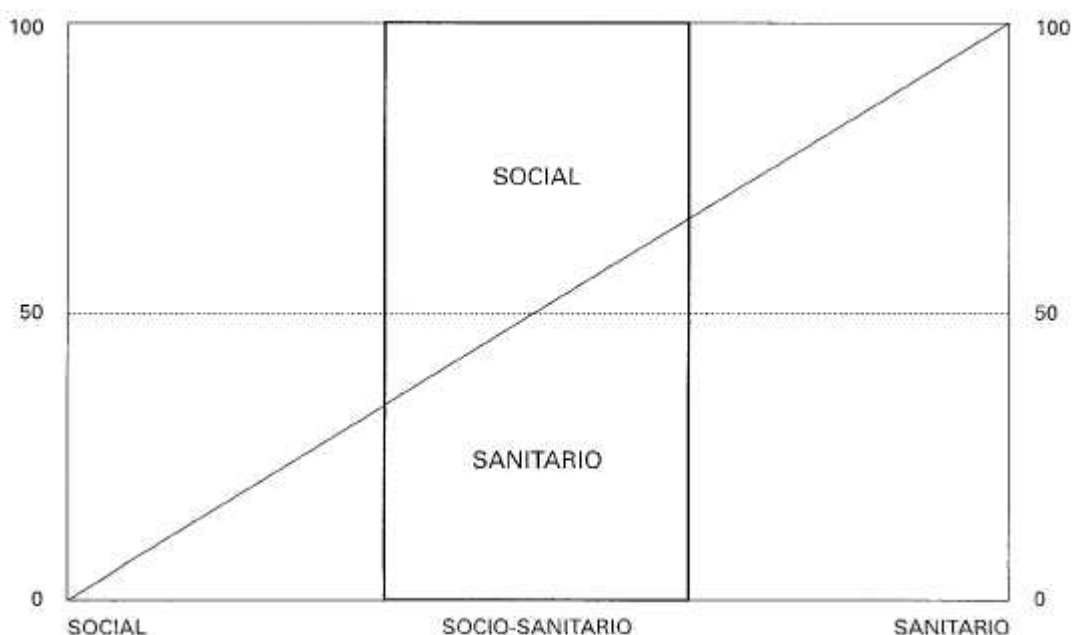
cional de los sistemas sanitario y social así como el incremento de la coordinación entre sí. Finalmente, el camino debe conducir hasta llegar a la cofinanciación y cogestión de programas basados en la delimitación del campo sociosanitario como un espacio asistencial de características específicas y propias y en la colaboración de ambos sistemas.

3. EL ESPACIO SOCIO-SANITARIO

Hemos indicado anteriormente que existen situaciones en que el campo sanitario y lo social se delimitan perfectamente sin ambigüedades: cuando una persona necesita una intervención quirúrgica y otra demanda, programas de organización del ocio y tiempo libre no existen ambigüedades ni dificultades para determinar las responsabilidades de acción. Pero no es menos cierto que, en zonas próximas o de contacto entre ambos sistemas las fronteras competenciales son arbitrarias y móviles como son las responsabilidades de poner los recursos necesarios para resolver estos problemas fronterizos.

Una persona demenciada necesitada de ingreso en una institución, una anciana encamada enferma crónica y sin apoyo sociofamiliar, un enfermo terminal con una ayuda insuficiente de su entorno, un toxicómano que, superada la fase de dependencia física y psíquica inicia su proceso tutelado de reinserción social, son ejemplos de situaciones que exigen la intervención conjunta de servicios sanitarios y sociales.

EL ESPACIO SOCIO-SANITARIO



La delimitación de lo que son competencias sanitarias y sociales, es decir, lo que debe aportar y financiar uno u otro sistema aunque contiene elementos arbitrarios y subjetivos resulta extremadamente simple cuando existe voluntad política de llegar a acuerdos: mientras que los servicios sociales deben garantizar la cobertura de las necesidades de alojamiento, alimentación, necesidades personales, animación sociocultural e integración social, el sistema sanitario debe cubrir básicamente las necesidades médicas, las de enfermería las de convalecencia y las de rehabilitación. Es decir, la atención social se centra en la desprotección y la dependencia mientras que la sanitaria se centra en los problemas derivados de la salud y de la discapacidad. La realidad demuestra que cuando se analizan casos concretos la identificación de los problemas como sanitarios o sociales presentan pocas dificultades.

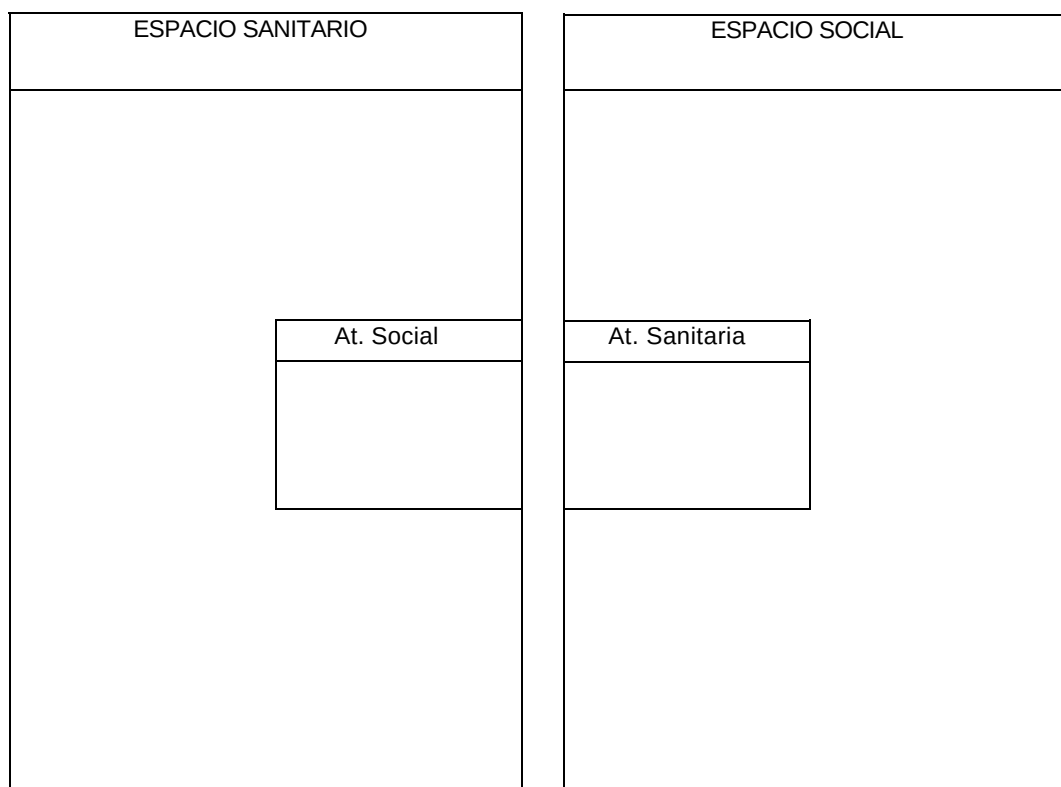
En ese trayecto que va desde el caso íntegramente sanitario (intervención quirúrgica) al exclusivamente social (animación sociocultural de la tercera edad) los casos citados constituyen situaciones intermedias en las que se presentan con similar fuerza ambos aspectos sanitario y social: es el ESPACIO SOCIO-SANITARIO

que no tiene ningún ámbito predominante y participa simultáneamente de las dos necesidades. Un demente senil que no puede hacer vida en familia necesita tanto un alojamiento, comida y vestido como unos programas terapéuticos que le permitan mantener, e incrementar en lo posible, sus habilidades tanto personales como sociales. Un enfermo terminal necesita atención médica para luchar contra el dolor y apoyo para cubrir sus necesidades personales de aseo y compañía. Y esas personas no presentan dos problemas sino un único problema, porque es una sola persona enferma aunque presente diferentes necesidades de ayuda y afecta a toda su persona de manera única. No se pueden fragmentar los seres humanos y abordar sus problemas de forma fraccionada, parcial, compartimentando cada aspecto e intervención como temas desconectados entre sí.

El ámbito socio-sanitario hay que concebirlo como un proceso continuo en el que una persona con grave problemática social que enferme pueda obtener con facilidad el tratamiento sanitario que precise y, a la inversa, una persona enferma que pierda su apoyo socio-familiar encontrar la ayuda adecuada a su desprotección social.

LA CREACION DEL ESPACIO SOCIO-SANITARIO

Fase 1. Separación organizativa y funcional



Por eso, ese espacio central entre lo sanitario y lo social, que participa a partes equivalentes de los dos, el ESPACIO SOCIO-SANITARIO, debe ser concebido y tratado como algo unitario e integral donde convergen tanto el espacio sanitario como el social.

ESPACIO SOCIO-SANITARIO es, por consiguiente, todo aquel lugar donde se ubique una persona que presenta al mismo tiempo necesidades sociales y sanitarias; un espacio de encuentro para ambos sectores en el que la intervención de sólo uno de ellos resulta insuficiente para encarar adecuadamente los problemas que presenta la persona afectada. Una vivienda, un hospital o un centro de día, una residencia de ancianos, asistida o no, un hospital de larga estancia, psiquiátrico o no, un centro de acogida de enfermos de sida, un centro de rehabilitación de toxicómanos y tantos y tantos sitios, cuya característica principal sea la de acoger a personas que necesitan cuidados tanto sanitarios como sociales, son CENTROS Y LUGARES SOCIO-SANITARIOS que forman, en su conjunto, el ESPACIO SOCIO-SANITARIO.

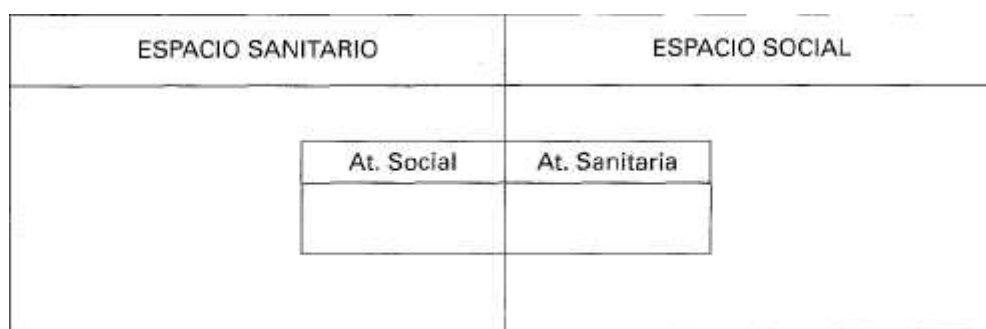
Su configuración exige la aproximación y coordinación administrativa, funcional, técnica y organizativa de ambos mundos. Hasta hace pocos años éstos vivían separados, cada uno con una visión centrípeta de su funcionamiento, ensimisma-

dos, ignorando y negando, de hecho, la existencia del otro. Cada uno, digería como podía *la parte de otro*, los problemas sanitarios o sociales *impropios* que le caían en suerte, intentando, como primera medida, derivar los pacientes indeseados hacia el campo contrario.

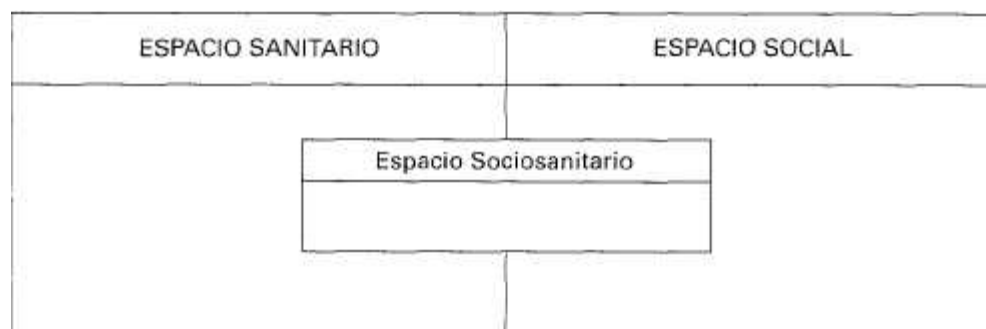
La multiplicación de las relaciones, la complejidad de los casos, el incremento de la conciencia social y de la responsabilidad técnico-política han aproximado estrechamente ambos mundos. Aun cuanto todavía están mal o insuficientemente coordinados, los contactos se han multiplicado y los acuerdos, todavía puntuales, han comenzado a proliferar. De hecho, las Diputaciones Forales y OSAKIDETZA/Departamento de Sanidad han establecido acuerdos parciales en el ámbito de la psicogeriatría, de la atención médico-sanitaria en las Residencias de Ancianos, de la integración laboral de pacientes psiquiátricos y otros numerosos aspectos que están en proceso de negociación.

Superada la fase de incomunicación y aislamiento, e inmadura todavía la constitución de un espacio único, integral e integrado, hay que avanzar y profundizar en esta dirección, desarrollando la fase intermedia de aproximación y de coordinación estrecha entre los sistemas sanitario y social para que la frontera divisoria sea lo más permeable posible.

Fase 2. Separación organizativa y coordinación funcional



Fase 3. Coordinación funcional y espacio socio-sanitario conjunto



4. APROXIMACION Y COORDINACION SOCIO-SANITARIA

En la actualidad el contexto está suficientemente maduro para que pueda abordarse la fase preparatoria de la creación de un único espacio socio-sanitario integral e integrado, una fase que abarca dos aspectos complementarios: la aproximación de sistemas y su coordinación.

4.1 Aproximación de los sistemas sanitario y social

Constatada la existencia de problemas comunes y de ámbitos de intervención conjunta, se hace necesario el establecimiento de mecanismos que concreten la aproximación como base de la coordinación: los grupos de trabajo, de componente fundamentalmente técnica, se han demostrado eficaces para la puesta en común de problemas asistenciales y consolidar acuerdos en temas de interés mutuo.

Los grupos de trabajo deben basarse, por una parte, en intereses concretos y operativos y, por otra, en la participación de las entidades e instituciones directamente implicadas en el tema.

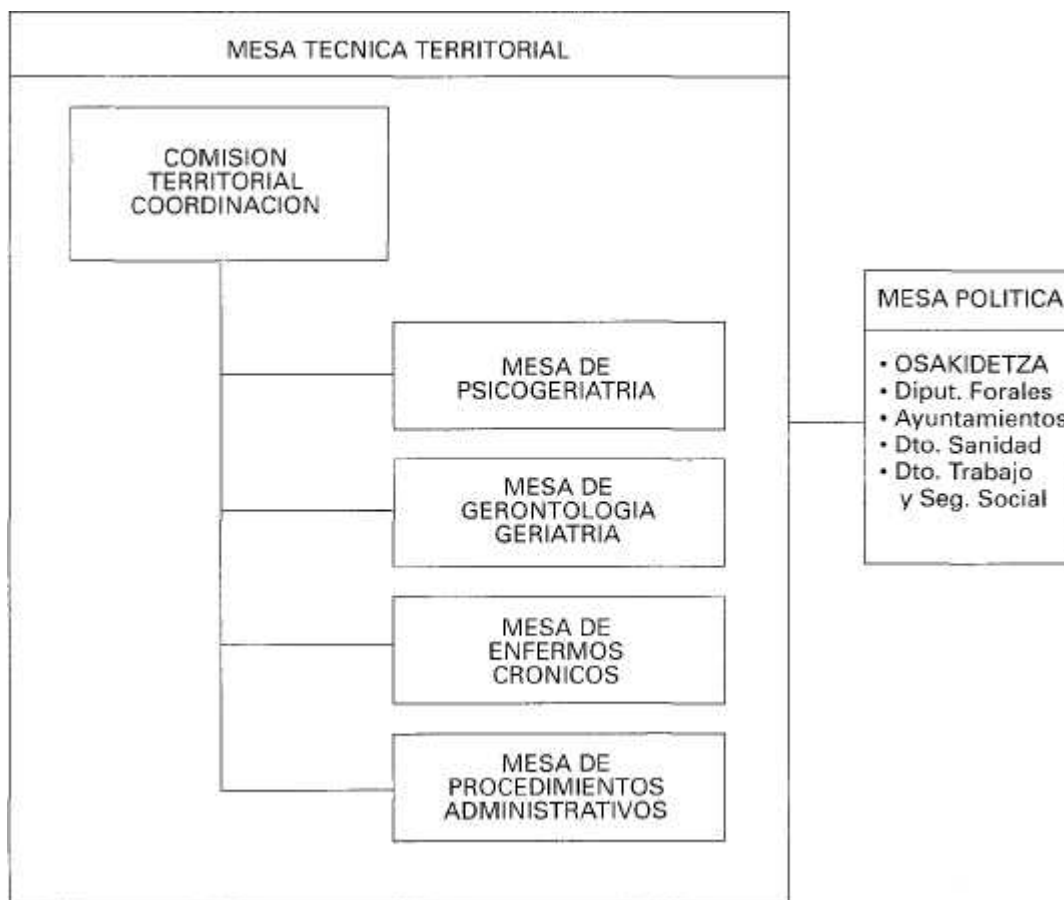
Para la consolidación de esta aproximación podrían establecerse los siguientes mecanismos: 1) Comisiones Territoriales de Coordinación y 2) Mesas Sectoriales de Trabajo.

Estos mecanismos deberían tener las siguientes características:

1. Comisiones Territoriales de Coordinación:
 - a. Composición: representantes de OSAKIDETZA, Diputación Foral y Ayuntamientos con apoyo de los Departamentos de Sanidad y Trabajo y Seguridad Social.
 - b. Ambito geográfico: Area Sanitaria actual.
 - c. Carácter de los miembros: personal técnico con responsabilidades de gestión.

ESPACIO SOCIO-SANITARIO FASE DE APROXIMACION Y COODINACION

Organos operativos



d. Funciones generales:

Generar, en los responsables de ambas redes, la necesidad de la coordinación entre ellos.

Establecer el marco de actuación de las Mesas de Trabajo.

Detectar y definir las situaciones y dispositivos donde se plantean problemas sociosanitarios.

Definir las prioridades de acción en función del volumen de afectados y la gravedad de sus problemas.

Proponer la normativa de identificación y acreditación de dispositivos sociosanitarios.

Homogeneización de la división territorial que permita el establecimiento de referencias únicas.

Estudio y evaluación de los recursos materiales, humanos y organizativos necesarios para el funcionamiento coordinado así como su evaluación económica y su forma de financiación.

Fijar los mecanismos de arbitraje para dirimir las discrepancias y canalizar las situaciones de conflictividad.

e. Principios generales para la coordinación:

El sistema sanitario público debe garantizar la adecuada atención sanitaria a todas las personas acogidas a los servicios sociales.

Los servicios sociales deben prestar su total apoyo a las personas atendidas por el sistema sanitario que lo necesitan.

Cada uno de los sistemas debe facilitar la comunicación y el transvase de uno al otro, agilizando al máximo la tramitación administrativa y considerándolo de orden prioritario.

Ambos sistemas deben aceptar las decisiones de los órganos de arbitraje elegidos.

2. Mesas Sectoriales de Trabajo:

a) Composición: Técnicos de OSAKIDETZA, Diputaciones y Ayuntamientos.

b) Ambito Sectorial. Con carácter meramente enunciativo señalamos aquellas mesas de Trabajo que deberían constituirse a corto plazo:

— Procedimientos administrativos:

- Estudiaría la simplificación de los mecanismos administrati-

vos, organizativos y financieros para facilitar una más rápida y mejor coordinación de los recursos sanitarios y sociales.

— Salud Mental, centrada, principalmente, en los siguientes temas:

- Psicogeriatría.
- Desistitucionalización de crónicos y deficientes mentales.
- Reinserción social de psicóticos.

- Reinserción social de toxicómanos.

- Apoyos a la familia.

— Gerontología/geriatría:

- Asistencia domiciliaria, principalmente sanitaria.
- Dispositivos intermedios (Centros de Día, Hospitales de Día).
- Asistencia Sanitaria en residencias de ancianos, asistidas o no, incluida la psiquiátrica.

— Enfermos terminales sin apoyo familiar:

- Cáncer.
- SIDA.

— Enfermos crónicos:

- Rehabilitación de minusválidos.
- Grandes inválidos.
- Enfermedades degenerativas invalidantes.
- Ortoprótésis y ayudas técnicas.

No resulta necesario ni conveniente, para el desarrollo del proceso, la constitución simultánea de todas las Mesas Sectoriales de Trabajo. Estas deberían ponerse en marcha a medida que la situación lo exigiese, y se consideren necesarias para hacer frente a problemas realmente existentes.

Las Mesas Sectoriales de Trabajo elevarían sus propuestas de acción a la Comisión Territorial de Coordinación quien una vez analizadas y consensuadas las presentará a los órganos políticos allí representados (OSAKIDETZA, Diputaciones Forales, Ayuntamientos y Departamentos de Sanidad y Trabajo y Seguridad Social) para que en una reunión conjunta fuesen discutidos y aprobados si procediese.

4.2. Mecanismos de coordinación

La coordinación exige, para su consolidación, la puesta en marcha de una serie de dispositivos mínimos que garanticen una buena fluidez en las relaciones, una seguridad en el intercambio y unos procedimientos equitativos pero eficaces para la superación de discrepancias. Desde esta perspectiva y como complemento de las funciones definidas en el punto anterior, tanto las Comisiones Territoriales de Coordinación como las Mesas Sectoriales de Trabajo tienen que fijar los elementos básicos que garanticen una buena coordinación y que, a título enunciativo señalamos:

1. Delimitaciones territoriales, sanitarios y sociales, homogéneas a nivel de Área y Comarca.
2. Establecimiento del ámbito socio-sanitario mediante la detección y definición de situaciones y dispositivos asistenciales tanto sanitarios como sociales en que se plantean estos problemas.
3. Referentes recíprocos tanto administrativos como técnicos en cada Área y Comarca y simplificar las relaciones entre ambas redes.
4. Procedimientos consensuados de valoración de casos y situaciones desde una perspectiva conjunta, social y sanitaria.
5. Mecanismos unificados de información de recursos y de vías de acceso a los mismos para conocimiento tanto de usuarios como de profesionales.
6. Análisis de los mecanismos administrativos, organizativos y competenciales actuales que permitan identificar sus puntos positivos y negativos con vistas a la mejora inmediata de la coordinación entre ambas redes.
7. Protocolos de actuación normalizada elaborados conjuntamente para facilitar el transvase, entre sistemas, de los casos más frecuentes o de

mayor gravedad e implantarlos progresivamente entre los profesionales de ambas redes.

8. Un órgano arbitral a nivel de Área, para dirimir las discrepancias entre ambas sedes.

La puesta en marcha de esta fase de aproximación y coordinación impulsará fuertemente el trabajo en común y constituirá el apoyo básico para el establecimiento de un sistema socio-sanitario integral e integrado.

5. CONSIDERACIONES FINALES

La coordinación socio-sanitaria y la creación de un espacio específico identificable implica un proceso largo y, en ocasiones, tortuoso porque supone, fundamentalmente, un cambio cultural, una modificación de actitudes, sustituyendo la visión antagónica por la complementariedad y la integración.

Cualquier transformación, más o menos estructural, como la apertura de nuevas formas de intervención, implica esfuerzos administrativos, técnicos y también económicos y la creación y puesta en marcha del espacio socio-económico no será una excepción. No obstante, las posibilidades que ofrecen los actuales centros y programas así como el potencial existente en el campo privado permiten abrigar esperanzas positivas de mejorar la eficiencia, a corto plazo, sin incremento del coste global y de incorporar nuevos recursos que amplíen la actual oferta.

La actual disfunción resulta insostenible porque está originando un desaprovechamiento de los recursos existentes y dificulta la captación de nuevos con lo que se aumentan los padecimientos de la gente al no poder ofrecerles la solución que necesitan. Por ello, creemos que no existen motivos para retrasar el inicio del trabajo técnico, organizativo y político que implica la aproximación y coordinación efectiva de los sistemas sanitario y social como paso gradual a la implantación de un sistema más integral e integrado.

José Antonio Aguirre Elustondo

ARAUTU GABEKO LAGUNTZA ETA LAGUNTZA KOMUNITARIOA EUROPAN

Segidan, Emakundek antolatutako «Lana eta familiako erantzukizunak batezgarri» gaiari buruzko ihardunaldietan (1994ko maiatzak 19-20), SIISek aurkeztu zuen «Arautugabeko laguntza eta laguntza komunitarioa Europan» hitzaldiaren testua argitaratzen dugu.

Hitzaldi honi izenburua jartzerakoan, arazo kontzeptualak aurkitu ditugu, bai guk bai antolatzaileek. Zailtasun hori dela eta, denbora nahikoa eman behar izan diogu definizioak eta aidez aurreko gogoetak azaltzeari, denok jakin dezagun benetan zertaz ari garen hitzegiten.

Horrela bada, hitzaldi honen egitura ez da deskripzio batena izango, nazioarteko panoramikek izaten ohi dituztenen antzerakoa. Esan genezake, gogoeta moduko bat dela, hori bai, europako gizarte politika eta praktiketan oinarritua. Hasteko, beraz, hainbat definizio emango ditugu, erreferentzia-gune izan daitezten. Ondoren, laguntza komunitarioak eta arautu gabeko laguntzak azken urte hauetan hartu duten garrantzia aztertuko dugu, hauen aldeko eta kontrako eritzi/argumentuak agertuz. Eta bukatzeko, arlo honetan oraindik konpondu gabe dauden arazoei buruzko hainbat aipamen egingo ditugu.

1. ZERTAZ ARI GARA?

«Laguntza komunitarioa» esaten zaio lagundutako pertsonen bizimoduan funtsezko aldaketarik sortzen ez duenari. Pertsona ezinduen arazoei beren ohizko in-

gurunean irtenbidea ematea du helburu, instituzioetan sartu beharra ebitatuz.

Arautu gabeko laguntzaren helburua ere berbera da, baina kasu honetan familiak edo gertuko inguruak eskaintzen du laguntza. Laguntza mota bien arteko desberdintasuna beraz, hauxe da: laguntza komunitarioa gizarte-zerbitzuek ematen dute, arautu gabeko laguntza, berriz, ahaidetasun, laguntasun edo erantzunkizun harremanetan edo betebeharrak moralean oinarritzen da.

Nolanahi ere, definizio hauek laguntza komunitarioaren eta arautu gabeko laguntzaren esanahi nagusia argitzen duten arren, ez dute laguntza hauen benetako edukina zehazki azaltzea lortzen, bereziki bigarren kasuan.

Gizarte zerbitzu eta gizarte politikari buruzko literaturaren analisiak argi erakusten du laguntza mota hauek azken urte hauetan lortu duten protagonismoa/nagusitasuna.

Nazioarte mailan, erakargarritasun horren arrazoiak aztertzen dituzte hainbat ikerketa interesgarriak. Kontua, alabaina, ez da erreza, batez ere ikuspegi objektibo baten bila bagaude eta interes, eskubide eta datu guztiak kontutan hartu nahi ditugunean. Nondik hasi, bada? Gure eritziz, egiaztapen hauetatik:

- Batetik, arautu gabeko sareak edo sare naturalak -batez ere familiak-pertsona ezinduei ematen zaien laguntzaren pisu handiena hartzen du (gutxi gora behera %90a).

— Bestetik, testuinguru honetan familiaz mintzatzen gareanean, emakumeetaz ari gara batez ere.

Hau honela izanik, arautu gabeko sarea ahul lezakeen edozein faktore, arrisku edo mehatxua izan daiteke sistema osoarentzat. Eta izan badira horrelako faktoreak: demografikoak, sozialak eta ekonomikoak.

Gehien aipatu ohi den faktorea bilakera demografikoa izan da. Eta ezkorrak ez izan arren, populazio zaharkitua garela onartu behar dugu. Dударik gabe, biziesperantza handitzeak, funtzionalki ezinduak diren pertsona oso zaharren kolektiboaren ugalketa handia dakar. Horretaz gain, bestelako aldaketa batzuek erearriskuan jar dezakete orain arte familiak —eta batez ere emakumeek— laguntzaren alorrean izan duen rola: adibidez, familien tamaina txikitzea, guraso bakarreko familien kopurua handitzea, bigarren ezkontzak ugaltzea, edo emakumea produkzio sisteman gero eta gehiago integratzea.

Horrez gain, kontutan hartu beharko dira halaber, emakumeek aldaketa sozial eta kulturalaren eraginez gai honen inguruan hartuko dituzten erabakiak. Agian, orain arte onartu duten erantzunkizunari utziko diote, edo agian gizonezkoen konpromezua eskatuko dute etxe-alorreko funtzioetan, eta beraz zaintzaile funtzioetan.

Baina laguntza komunitarioaren protagonismoa ez da bakarrik sare naturalaren ahultze arriskuarekin batera gertatzen. Esandako protagonismoa krisi ekonomikoaren testuinguruan gertatzen da eta, honelako giroan bai literatura berezituak bai komunikabideek behin eta berriro azpimarratzen dute zerbitzu sozialekarako gastu publikoaren igoera. Hainbat ikuspegitik krisiak gastua ez handitzea edo gutxitzea justifikatu dezake, eta beraz, erantzunkizuna arlo publikotik arlo pribatura pasatzea. Prozesu honetan, laguntza komunitarioak bere jatorrizko esanahia galduko luke eta jadanik ez litzateke izango laguntza komunitatearen barruan, komunitateak emandakoa baizik. Eboluzio hau, lojiko denez, ez da ikertzaile guztien gustokoa eta horietako askotxo beldur dira laguntza komunitarioa ez ote den izango erabaki politiko eta ekonomiko baten justifikazio filosofiko hutsa.

Beste ikuspuntu batetik, soziologia feministari loturikoa, laguntza komunitarioaren azpian eta elkartasun sozial horren azpian, gizarte matxista eta patriarkalera bueltatzeko arriskua eta emakumea bere zaintzaile rolaekin identifikatzeko arriskua soma daitezke.

Zaintzaile rol hori ez da emakumezkoaren nortasunaren berezko ezaugarri bat, gizartearen barruan duen egoeraren adierazpena baizik. Horren jatorria sexu bien arteko funtzio-banaketa tradizionalan dago, familia-eginbeharren sistema hierarkizatu eta itxian, non emakumezkoek etxe alorrari dagokion guztiaren erantzunkizuna hartzen duten, zaintzaile funtzioa barne. Horregatik, emakume askok, gauza naturala bailitzan onartzen dute zaintzaile papera, denek ezagutu etainork zalantzan jartzen ez duen akordioa bailitzan.

Onarpen orokor honen ondorioz, rol horren kontra doazen emakumezkoek, errudun konplexua garatzen dute maiz/sarritan. Mota honetako sentimenduak sailhesteko nahiago dute gizarteak beraigandik espero duen funtzioa betetzea eta, etxe nahiz lanbideko erantzunkizunetaz gain, zaintzaile funtzioa ere betetzen dute.

Azken finean esan daiteke erantzunkizun-sentimendu bati eutsiz onartzen duela emakumezkoak bere zaintzaile papera, eta erantzunkizun hori harreman afektiboan eta belaunaldien arteko elkartasun-sentimentuan oinarritu arren, eginbeharra da beti ere, nolabait esateko «halabeharrezko altruismoa/eskuzabaltasuna».

Onartze prozesu honetan funtsezko elementua da zaintzailearen rola idealizatzea. Izatez, «zaindu» hitzak berak oso konotazio positiboak ditu. Zaila da beraz, hitz hori errealtateari lotzea. Zaila da onartzea senide bat zaintzea oso lan gogorra dela, esfortzu psikologiko eta fisiko oso handiak eskatzen dituela, eta sarritan sakrifizio asko eskatzen dituela.

Orain arte esandakoak laguntza komunitarioaren eta arautu gabeko laguntzaren aurrean zuhurtziaz jokatzera bultzatzen gaitu. Baina hala ere, laguntza mota horren aldeko beste bi elementu hartu behar dira kontutan:

Alde batetik, pertsona ezinduek erakutsi dute nahiago dutela beren betiko inguruan bizi.

Bestetik, familia askok benetan zaindu nahi dituzte beren senide ezinduak, horretara bultzatzen dituzten maitasun edo/eta erantzunkizun arrazoietaz gain. Dugarik gabe—eta oso ulergarria da—funtzio hori neurri batean betetzeko prest daude, hau da, hartutako erantzunkizunak beren pertsona-, familia-, gizarte- eta lanbizimodua erabat baldintzatzen ez badu eta pixkanaka kartzela edo heriotz sozialaren sinonimo bilakatzen ez bada.

2. ORDUAN, NONDIK JO?

Gure eritziz, eta aipatu elementu guztiak kontutan hartuz, —batzutan kontraesankorrak badira ere—, eskubide eta interes desberdinak barne hartuko dituen laguntza komunitario eredu bat garatu behar da. Ez da kontu erreza, ez. Lehenik eta behin orain arte argitu gabe geratu diren funtzezko arazo batzuk konpondu behar dira.

Estatuak sare informala gorde nahi badu, orain arte dedikazio eta borondate ukaezina erakutsi duena, beharrezko baliabideak jarri behar ditu, familien sakrifizioa jasanezina izan ez dadin eta familia hauek orain arte bete duten eta bete nahi duten zaintzaile funtzioa baldintza duinetan kuntzitzen segi dezaten. Horretarako, estatuak argi adierazi behar du zein den sektore publikoaren erantzunkizuna pertsona ezinduen atentzioan. Eta honek praktikan zera esan nahi du: gizarte zerbitzuak unibertsalizatu, zaintzailearen rola definitu zerbitzu sare formalarekiko harremanen arabera, eta zerbitzuen eskeintza eskariari egokitu.

Zerbitzuak unibertsalizatu

Zerbitzuak unibertsalizatzeko lehenengo arrazoia, egun ere zerbitzu sozialen erabilerari lotzen zaion estigma baztertea da. Administrazioak, hein batean sistemaren jatorri benefiko-asistentzialak baldintzaturiko egoera hau indartu egin du, zerbitzuen erabilera neurritz gaineratik handituko den beldurrez. Hala ere onartu egin beharko da, lehenago ala beranduago, zigorraren eta «informazio ezaren bideak, ez duela epe luze benetako arazoa konpontzen. Gizarte zerbitzuek behar dituenaren esku egon behar dute eta horien beharra duenak zerbitzu hauek erabil ditzakeela jakin behar du. Ezinbestekoa da erabiltzailearen eskubideak eta eskubide horietaz baliatzeko baldintzak definitzea, ez bakarrik balizko abusua saihesteko baizik eta bereziki konparaziozko agraioak baztertzeko eta profesionaleri iharduera-erizpide zehatzak emateko.

Unibertsalizazioa ezinbestekoa da halaber familiei —gaur egun pertsona ezinduen atentzioaren %90a jasaten dutenak— bermatu nahi baldin bazaie laguntza zerbitzuak, bai eta espezializatuenak ere, erabili ahal izango dituztela behardituztenean. Azken finean, pertsona ezinduek ondo zainduta egoteko duten eskubidea onartzea da gakoa, halabeharrez gertuko laguntzaren menpe gelditu beharra izan gabe.

Arduradun publikoek ez dute arazo hau argi planteatu nahi familiek bere erantzunkizunari utziko dioten beldurrez, zeren honen oso ondorio ekonomiko larriak izateaz gain arriskuan jarriko bailuke elkartasun katea historikoa.

Egon litekeen hausdura arrisku hau leuntzeko xedez, hainbat legeriek erabaki dute zaintzaileek beren zerbitzuen truke dirusaria jasotzeko duten eskubidea onartzea. Aurrerago ikusiko dugunez, ekimen hauek badiutuzte arazoak eta zuhurtziaz jokatu behar da. Jarraian neurri hauen edukina azalduko dugu laburki:

Suedian, estatu mailan, hiritar guztiei onartzen zaie 30 eguneko laneten ordaindua senide zaharrak zaintzeko egoera larrietan. Maila lokalean, bi aukera ditu zaintzaileak: laguntza ekonomikoa jaso edo etxeko laguntza programaren barruan kontratatua izan. Hala ere onura hauetaz baliatzeko aukera ez da erizpide argiek araututako eskubide bat, eta udalerriz udalerrira aldatzen da, dauden errekurtsoen arabera.

Norwegian zaintzaile informalak, zuzenki nahiz zeharka, laguntzeko neurri mota gehiago dago. Zuzeneko laguntzen artean aipatu daitezke:

- zaintzailea etxeko laguntza programaren barruan kontratatzea; kontratazioa udalaren erabakiaren menpe dago.
- pentsio sistema berezi bat, zeinaren arabera zaindutako senidearen heriotza edo instituzionalizazioaren ondorioz errekurtso ekonomikorik gabe gelditu diren eta epe luzez zaintzaile funtzioak burutu dituzten pertsonen eskubideabaitute gutxieneko jubilazio pentsioaren pareko dirusaria jasotzeko.
- laguntza sistema bat, zeinaren arabera zaintzaileari, lanpostua denboraldi batez uzteak bere etorkizuneko jubilazio

pentsioaren kalkuluan izan lezaken eragina konpentsatzen zaion.

Aurrekoetatik gain bada prestazio ekonomiko bat, beste pertsona baten laguntza behar duten pertsona ezinduentzat. Neurri hau, zeharka, onuragarria izan daiteke zaintzailearentzat baina legeak ez du zuzeneko hartzailea behartzen, prestazioaren zenbatekoa zaintzailea ordaintzeko erabil dezan.

Alemanian, urtean lau asteko ezendentzia bermatzen zaie pertsona oso ezinduen zaintzaile informalei. Honez gain,

zaintzaileak hileroko beste laguntza bat ere har dezake, dirutan edo etxeko laguntzaordutan. Jubilazio pentsioei dagokienean, pertsona ezindu baten zaintzari eskainitako urteak, lan egindako urte kopuru osoari eranstea aukera eztabaidatzen ari da, bai eta lan arategietan aldaketak sartzekoa, lan ordutegiak malgutzeko.

Erresuma Batuan aldizkako dirulaguntza sistema bat dago eta horretaz baliatu daitezke pertsona oso ezinduen zaintzari asteko 35 ordu edo gehiago ematen dioten lan egiteko adina duten helduak. Dirulaguntza hau zaintzaileak funtzio hau betetzeagatik galtzen duen soldataren ordezkua da, eta beraz bateraezina da egun osoko lanarekin.

Irlandan pertsona ezindua baten zaintzan lanaldi bat adina denbora ematen duen zaintzaileak laguntza ekonomikoa jasotzeko eskubidea du. Laguntza hau hartzeko, diru-sarrerek maila jakin batetikbeherakoak izan behar dute eta gainera zaindutako pertsonak hainbat baldintza bete behar ditu (balioezintasun pentsio kontributiboaren onuraduna izan, edo 66 urte baino gehiago izanik pentsio ezkontributiboa jaso).

Frantzian, elkarren artean oso antzekoak diren bi dirulaguntza aurrikusten

ditu legeak, bata pertsona gutxituentzat eta bestea zahar ezinduentzat, eguneroko aktibitateak burutzeko beste pertsona baten laguntza behar baldin badute. Zaintzaile informalak ezin du laguntza honen zuzeneko onuraduna izan.

Beste alde batetik, «emplois de proximité» deitutakoen figura sortu du Frantziako legeriak eta horren barruan biltzen dira pertsona baten etxebizitzan egiten ohi diren lan guztiak (etxeko lanak, umeen eta pertsona ezinduen zaintzeta, etab.). Figura honen bitartez kontratatzen dutenek hainbat abantaila ekonomiko izango dituzte: sortutako gastuen %50aren zerga-arinketa eta kotizazio patronalen salbuespena (azken hau kontratatzaileak 70 urte baino gehiago baldin baditu).

Gure esparruan, (Prestazio ez kontributiboaren legea garatzen duen) 1991 ko martxoaren 15eko Errege Dekretuak, 2. artikuluan, balioezintasun pentsio ez kontributiboetarako osagarri bat aurrikusten du. Osagarri hau eguneroko aktibitateak funtsezkoenak burutzeko beste pertsona baten laguntza behar dutenek eska dezakete, eta horren zenbatekoa pentsioaren %50ekoa izango da.

SARE INFORMALEKO ZAINZAILAEEINTZAKO LAGUNTZA EKONOMIKOAK

Suedia	Norvegia	Alemania	Erresuma batua	Irlanda	Frantzia	Espainia
- 30 egunelako lan-eten ordaindua - estatu mailan - Laguntza ekonomikoa maila lokalean - Etxeko laguntza programaren barruko kontratazioa - maila lokalean	-Etxeko laguntza programaren barruko kontratazioa - Pentsio sistema - Kotizazioen konpensazioa. jubilazio pentsioaren kalkuluari begira - Erabiltzailearentzako dirulaguntza, beste pertsona baten beharragatik	-Urtean lau astetako lan-ezedentzia - Hileroko laguntza, dirutan edo etxeko laguntza ordutan. - Zaintzaile funtzioan aritutako urteen konpensazioa, pentsioei dagokienean. - Lan ordutegi malgua	-Aldizkako dirulaguntza, beste pertsona baten zaintzari asteko 35 ordu edo gehiago ematen dioten lan egiteko adina duten helduentzat.	-Zaintza funtzioan lanaldi bat adina denbora ematen duten zaintzaileentzako laguntza ekonomikoa.	- Erabiltzaileentzako dirulaguntza, zaintzaileak kontratatzeko. -Zerga-arinketaketa kotizazio patronalen ordainketatiko salbuespenak «emplois de proximité» deitutakoen kontratazioarako.	- Eguneroko aktibitateak funtsezkoenak burutzeko beste pertsona baten laguntza behar izateagatik osagarria, balioezintasun pentsio ez kontributiboetarako.

Zalantzarik gabe ekimen hauek oso interesgarriak dira, baina aldi berean oso problematikoak ere bai. Alde batetik zaintzaile/zaindua harremanean elementu ekonomikoa sartzeak, orain arte emakumeek burutu duten zaintza funtzioa instituzionalizatzeko arriskua dakar -hala irakur daiteke gutxienik literatura feministan. Beste alde batetik, ekimen hauek arautu gabeko laguntza-aren oinarrian dagoen elkartasunaren «dohaintasuna» eta «naturaltasuna» zalantzan jarri arazten digute. Bai eta pentsarazi ere elkarrekiko harreman

hauetan zaintzailea saritzeko beharra somatzen dela, eta beraz emandako zerbitzua ordaindugabea izan arren, ez dela dohainekoa.

Zaintzaile rolaen definizioa

Lehenago esan dugunez, zerbitzuak unibertsalizatzeaz gain, zerbitzu formalen sarearekiko harremanetan zaintzaileak duen rola definitu behar da.

Horrela da, bai. Zaintzaileak oso jarrera berezia du, batetik zaindu egiten du, eta

bestetik laguntza behar du, eta honen ondorioz figura anbigua da berea. Anbigutasun honek—argitzen ez bada— arazo larriak ekar ditzake gizarte zerbitzuetako profesionalen eta zaintzailearen arteko harremanetan.

Harreman hauek, eskema modura, hiru eredu nagusitan bana daitezke. Lehendabizikoan zaintzailea baliabidetzat hartzen da, bigarrengoan lankidetzat, eta hirugarrengoan erabiltzailetzat.

Lehen kasuan, instituzioak pertsona ezinduaren ongizateaz arduratzen dira nagusiki. Ongizate hau zaintzailea bermatzen duen bitartean, ez dute parte hartzen; sare naturalaren ahultzearen ondorioz pertsona ezinduaren egoera larritzen denean bakarrik hartzen dute parte.

Lankidetzaren ereduaren arabera, arautu gabeko sareak eta sare formalak batera zaintzen dute pertsona ezindua, honen ongizatea izanik bien azken xedea. Erabiltzailearen ongizateari eragiten dion neurrian interesatzen zaizkio sare formalari zaintzailearen ongizatea, satisfakzio-maila, etagogo-egoera. Zaintzailearen ongizatea tarteko helburua da eta erakundeek horretan lagun dezakete beharrezko babesa emanez.

Hirugarren ereduaren zaintzailea gizarte-zerbitzuetako erabiltzailetzat hartzen da, eta berarekin dituzten harremanetan erakundeek beraren eta pertsona ezinduaren eskubideen arteko interes-gatazka hartzen dute kontutan, biak lagunduz eta babestuz.

Jakin badakigu, eraiketa teoriko hauek ez zaizkiela benetako egoera konplexuei egokitzen baina, harreman-eredu hauek aukera ematen digute arautu gabeko laguntza eta laguntza komunitarioaren arazo garrantzitsu eta eztabaidatuak aztertze-ko:

Sare formalaren parte hartze berankor-
rak arautu gabeko sarean eragiten duen ahulezia.

Zaintzaile eta profesionalen artean sor-
tzen diren gatazkak, pertsona ezinduek
batera zaintzen dituztenean.

Arlo publikoa esparru pribatuan sartze-
ko arriskua, eguneroko arazo arruntak
konpontzerakoan, eta familiak senide
ezinduen zainketan erantzunkizuna gal-
tzeko arriskua.

Batetik pertsona ezinduaren eta beste-

tik zaintzailearen eskubide eta ongiza-
tearen arteko interes-gatazka.

Sare formalak parte hartze-erizpide ob-
jetiborik ez izateak sor litzazkeen kon-
paraziozko agrabioak.

Arazo hauen planteamendu eta kon-
ponbidea loturik dago, noski, zaintzaileari
sare formalarekiko harremanetan emango
zaion definizioarekin.

Gure eritziz sare naturala gorde nahi
bada, gizarte-zerbitzuek hasieratik hartu
behar dute parte eta ez bakarrik kasurik la-
rriaren, familia ingurunea hondatu ez-
dadin, pertsona ezinduaren instituzionali-
zazioa behartuz. Hala izanik ere, ez da
komenigarria zaintzaileari emango zaion
tratamendua erabiltzaileari dagokionare-
kin parekatzea, zeren eta horretan arlo pu-
blikoaren eta pribatuaren arteko muga eza-
batzeko arriskua egon baitaiteke, eta arlo
publikoa etxeetako intimitatean sartuko li-
tzateke eguneroko arazo arruntak konpon-
tzerakoan.

Zerbitzuen eskeintza eskariari egokitu

Erantzunkizun publikoaz, zerbitzuen
unibertsalizazioaz eta sare naturalaren ba-
besaz ari garenean, halaber, erabil-
tzaile eta zaintzaileentzako zerbitzu-sarea
egokitzeaz hitz egin behar dugu, bai kan-
titatearen aldetik bai kalitatearenetik be-
harmaila desberdinei erantzungo dien sa-
reaz.

Horrela ulertu da, azken urte hauetan
Europako herri desberdinetan egin diren
politika sozialaren erreformetan. Errefo-
rma hauen ardatza zerbitzuak emateko sis-
tema zurrin eta estandarizatuak aldatzea
izan da, hain zuzen ere, horren ordez per-
sonen behar anitzi erantzuteko gauza
den sistema malgu ezarri. Sistema ho-
nek dauden baliabide guztiak erabiltzen
ditu, bai publikoak bai pribatuak, eta le-
hentasuna ematen dio lagundutako per-
sona bere ingurune sozialean segitzeari.

Ikuspegi honetatik, egoitzetako aten-
tzioa ez da desagertzen baina kasurik la-
rriaren murrizten da, hau da, autono-
mia-galera handiak daudenetara. Modalitate
desberdinetan antolatzen da eta herrialde
garatuetan, gutxienez, 65 ur-
tetik goragoko populazioaren %5a hartzen
du barne. Mediterraneo aldeko herrialdeek
bakarrik Espainia, Grezia, Italia eta Portu-
gal— dituzte horren oso azpiko tasak
(%2aren ingurukoak).

**EUROPAKO BATASUNEN
ESTATUKIDEETAN DAGOEN EGOITZA-
AZPIEGITURAREN ESKAINTZA. 1991.**

	65 urtetik gorako 100 laguneko postu kopurua	65 urtetik gorako 100 laguneko egoitza postuak
Alemania	5,4	2,3
Belgika	7,8	2,1 ¹
Danimarka	13,2(11,3)	5,3
Espainia	2,0	0,2
Frantzia	5,1	2,4 ¹
Grezia	0,5	—
Irlanda	5,0	—
Italia	2,3	—
Luxemburgo	7,8(6,8)	1,4
Holanda	12,3(9,7)	2,6
Portugal	2,0	—
Erresuma Batua	10,0(5,0)	—

OHARRA: Parentesi arteko kopuruak, zaharrentzako babespeko etxebizitza eta bestelako zenbait egoitza berezi kanpo uzten dituzten datuei dagozkien. ¹ Ospitaleetako egonaldi luzerako oheak (Frantzia) eta geriatrikoetakoak (Belgika) bame.

Informazio-etorbidea: Older people in Europe: Social and Economic Policies. The 1993 Report of the European Observatory. Commission of the European Communities.

Euskal Autonomi Elkartearen egoera hobexegoa da, eskaintza-tasa estatukoa baino puntu 1 altuagoa delako, hala ere asko falta da %5era heltzeko.

Horrela agertzen du orain gutxi kaleratutako Adinekoen Egoitza buruzko Arartekoaren txostenak. Estadistiken arabera egun dauden 8.890 egoitza-plazek %3,34ko eskaintza hartzen dute, 65 urtetik goragoko populazioari dagokionean. Zehaztu behar da, alabaina, Araban tasa %5,08koa dela, eta Gipuzkoa eta Bizkaiko

tasak direla—%3 ingurukoak biak—Euskal Autonomi Elkartearen maila jeisten dutenak. Egoitza-zerbitzuetako itxarote-zerrenda luzeek adierazten duten betegabeko eskariari erantzuteko, eta 65 urtetik goragoko populazioaren %5a barne hartu ahal izateko, 5.000 plaza berri sortu beharko lirake berehala, eta etorkizunari begira zaharren populazioaren bilakaerari egokituko zaion hazkuntza erritmo bizia ezarri beharko litzateke.

Horrelako eskaintzak aukera emango luke gaur kasu larrien zaintzari eman behar zaizkion baliabide komunitarioak desblokeatzeko, horientzako irtenbiderik egokiena instituzionalizazioa baita. Baliabide komunitario hauek orduan, berez dagokien funtzioa beteko lukete, hau da, autonomia-maila nahikoa duten, eta beraz beren etxeetan egon daitezkeen pertsona ezinduen beharrak bete, horretarako bitarteko zurruneak erabili gabe. Argi ikusten denez, pertsona ezindu eta zaintzaile gehienek eragiten die honek. Bi talde hauei laguntza eta babesa emateko, derrigorrezkoa da zerbitzu komunitario eta etxeko sare zabal eta anitza izatea.

Euskal Autonomi Elkartearen, zerbitzu komunitarioak —eguneko zentroak batez ere— oso urriak dira eta oso populazio txikia hartzen dute barne.

Etxeko zerbitzuek—etxeko laguntza gehien bat— ordea, 6.500 erabiltzaile dituzte gure Elkartearen, hau da, 65 urtetik goragoko populazioaren %2,4a.

ETXEAN EMANDAKO SOROSPOEN-ZERBITZUA

Eskaintza, maila eta intentsitatea

	E.A.E.	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
1. 65 urtetik gorako zahar sorostu kopurua	6.496	1.097	3.354	2.045
2. 65 urtetik gorako biztanlekoa	266.109	30.828	146.896	87.385
3. Sorostutako biztanlekoa / biztanleko nasa 100 zaharrek	2,44	3,55	2,28	2,34
4. Zaharrak sorosteko urteko zerbitzu-ordua	2.438.983	459.036	1.297.591	682.356
5. Asteko sorosten-ordua	46.777	8.803	24.887	13.087
6. Intentsitatea (asteko zerbitzu-ordua erabiltzaileko)	7,20	8,02	7,42	6,39
7. Maila (asteko zerbitzuordua 65 urtetik gorako 1.000 biztanleko)	175,8	285,5	169,4	149,8

Informazio-etorbidea: Foru aldundiek egina.

Agertutako estadistikek adierazten digute 2 milioi zaintza-ordu eskaintzen zaiela 8.000 familiei, hala ere ez dira nahikoak populazio ezinduen beharrak betetzeko, zeren Arartekoaren txostenak esaten digunez, 6.600 zahar baino gehiagok egon behar baitute ohe edo besaulkitan, eta 8.000 baino gehiagok ezin dute bakarrik garbitu ez eta jantzi.

Nahiz eta zerbitzua sortu zenetik esfortzu handiak egin diren, agertutako datuak Europako batzbestekoak baino askoz baxuagoak dira: hau da, %18aren ingurukoak iparraldeko herrietan (Suedia, Finlandia eta Danimarka), eta %6aren ingurukoak gugandik gertuagoko herrietan (Frantzia, Belgika). Zerbitzuaren intentsitateari dagozkion datuak oster, (intentsitatea da

zerbitzuak erabiltzaileari eskeintzen dizkion asteko zaintza-ordu kopurua) Europako beste herri batzutakoak baino altuagoak dira. Seguru asko, euskal zerbitzuak pertsona oso ezinduak zaintzen dituelako gehien bat, eta beste herrialde batzuetan os-tera anitzagoak dira zerbitzuak eta erabiltzaileak.

EUROPAKO ZENBAIT HERRIALDETAN ETXEAN EMANDAKO SOSPENAREN ADIERAZLEAK

	Eskaintza	Intentsitatea	Maila
Suedia	18,4	4,75	1.016
Danimarka	20,5	—	—
Erresuma Batua	6,1	3,2	320
Frantzia	6,1	2	128
Belgika	6	2,2	133
Finlandia	18,4	1,4	271
Austria	8,8	1,1	104

Informazio-etorbidea: SIIS. Etxeko laguntza Europan. Eusko Jaurlaritza. Lan eta Gizarte Segurantzako Saila. Gizarte Ongizateko Agiriak, 32.zkia.

Aurrerantzean, eskaintza handiagorantz eta intentsitate baxuagorantz jo beharko luke zerbitzuak, eta honek ez du esan nahi emandako zerbitzu-orduen batazbestekoa gutxitu behar denik, baizik eta laguntza arinagoa eskatzen duten erabiltzaile berriak gehitu behar direla.

Baina etxeko laguntza zerbitzuak dituen arazoak ez dagozkie soilik eskaintza eta intentsitateari. Gure inguru soziokulturaleko beste herrietako bilakaeraren arabera, kontutan hartu behar dira, horrez gain, sistemaren funtzionamendua hobe lezaketean hainbat antolamendu eta arauketa alor.

Lehenengo eta behin, komenigarria da beharren ebaluaketarako sistema bakkarraren ezarketa aztertzea, zeren udalek arlo honetan duten konpetentziaren ondorioz, desberdintasun nabarmenak antzeman baitaitezke erabiltzaileak onartzeko erizpideetan. Arazo hau herrialde askotan agertzen da. Kanadan eta Holandan adibidez, irtenbide erradikala aukeratu dute: bat egitea. Esparru honetan udaltradizio handia duten beste herri batzuetan (Suedia, Norvegia edo Erresuma Batua) konplexuagoa da aukeratutako irtenbidea. Bateratzea bi bidetatik lortzen da. Alde batetik Administrazio zentralak oinarritzko erizpide orokorrak ezartzen ditu onespenezkoak definitzeko, hau da, erabiltzailearen eskubidea mugatzeko. Beste alde batetik elkarren eragin han-

dia dute arautegi lokalek, eta beraz, nolabaiteko uniformetasuna lortzen dute.

Bigarrenaz, etxeko laguntza deitutako zerbitzuaren barruan biltzen diren lan desberdinak definitu beharra dago: etxeko lanak, zainketa pertsonala eta erizaintza lanak. Definizio hau oso baliagarria izan daiteke erabiltzailearen beharrak mugatzeko, baina horrek ez du esan nahi sailkapena perfil profesionalen arabera egin behar denik. Gaur egun, Europako hainbat herritan, Suedian eta Norvegian esaterako, parte hartzen duten langile-kategoria desberdinen iharduerak estuki koordinatzeko joera dago, atentzio globaleko programa indibidualizatuen barruan, eta lanen banaketa ez da kategoriasailkapen zurrunaren arabera egiten. Hainbat proposamen urrunago heltzen dira eta, bolondres eta zaindutako pertsonaren senideak biltzen dituzte espezializaziorik gabeko lan errezetarako.

Komenigarria litzateke, halaber, Autonomi Elkarre osorako definitzea zerbitzuaren finantzaketan erabiltzaileak izan behar duen parte hartze ekonomikorako erizpideak. Honi dagokionez, Europan (Norvegia, Suedia, Holanda, Erresuma Batua) indarrean dauden ereduak kuota aldagariaren sistema aukeratu dute. Aportazioaren zenbatekoa, onuradunaren sarreraren arabera erabakitzen da. Erabiltzaileen aportazio hauek zerbitzuaren kostua %10ean ordaintzen dute.

Honetaz aparte, beharrak mugatzekoan eta interbentzio plana zehazterakoan erabiltzaileek eta zaintzaileek parte hartzea aztertu beharko litzateke. Agian hauxe da Erresuma Batuko edo Suediako plangintza indibidualizatuen arrakastaren gakoa, aldatu egiten baititu erabiltzaile eta zaintzailearen eta profesionalen arteko harremanaren kalitatea.

Azkenik, adierazi behar dugu etxeko laguntza zerbitzuaren eraginkortasuna hobetzeko ez dela nahikoa arazo hauek konpontzea. Garatu egin behar da, baita ere, zerbitzu alternatibo edo/eta osagarri multzo handi bat, adibidez, etxetara banatutako janariak, garraio zerbitzu espezializatuak, alarma sistemak, etxebizitzak egokitzeko ekipamendu teknikoak, etab.

AZKEN GOGOETAK

Orain arte esandakoarekin, arautu gabeko laguntza eta laguntza komunitarioari dagozkien arazo nagusiak aipatu ditugula

HAMAIRU URTE ETA GEHIAGOKO BIZTANLERIA, ETXEKO LANETAKO PARTAIDETZARI JARRAIKI, SEXUAREN ARABERA

	Beti		Inoiz ere ez	
	Gizon	Emak.	Gizon	Emak.
Etixerako janari eta produktuen erosketak	10,6	64,3	50,2	10,5
Otordu-prestakuntza Baxera-garbiketa	7,4	65,8	61,2	12,9
Arropa-prestakuntza Etxearen garbiketa	8,1 4,5	67,8	60,6	9,3
Haurrak zaintzea	7,1 5,4	65,4	74,6	14,2
		65,9	62,4	10,1
		36,1	78,7	55,1

Fuente: EUSTAT. Bizi-kondizioen inkesta 1989.

Antzeko emaitzak ematen ditu halaber, Familiari buruzko Batzorde Europearreko Eurobarometro inkestak, seme-alaben zainketaz ari denean. Esanguratsuak dira, izan, datuok: elkarriketaturiko 4 pertsonetatik 3k (gizonezkoen %77ak eta emakumezkoen %75ak) uste dute amek etxean geratu behar dutela seme-alaba txikiak zaintzeko.

Datu hauek argi adierazten dute desoreka nabarmena dagoela, aukeraberdintasuna eta seme-alabekiko eskubide eta betebeharrak berdintasuna aldarrikatzen duen «arrazoi kolektiboaren», eta eskema tradizionalak behin eta berriro errepikatzen dituen «inkoniziente kolektiboa» deitutakoaren artean.

Centro de Documentacion y Estudios SIIS. Traduccion Bego Montorio.

uste dugu. Aztertzeke dago oraindik, jakina, familia barruan eta ondorioz pertsona ezinduen zaintzan emakumezkoek oraino betetzen duten funtsezko rola, sexuen arteko berdintasunaren eta aukera-berdinketaren alde omen dagoen gizarte honetan. Baina egoera hau ez da aldatuko berrikuntza politiko eta legezko hutsen eraginez baizik eta aldaketa sozial sakon baten ondorioz, eta gizonezkoek praktikan agertuko duten joera izango da, seguruen, honen giltzarria. Egoera orekatu behar da, berdinketa etxe esparrura zabalduz, eta di-

tugun datuei begira, helburu hori oso urrun dago oraindik.

Nahikoa da Eustatek egindako Bizi-kondizioen inkestak, gizonezkoen eta emakumezkoen etxeko lanetako partaidetzari buruzko kapituluan, eskeintzen dituen emaitzak ikustea konturatzeko emakumea dela, oraindik ere, lan horietako arduradun nagusia: emakumezkoen %65a arduratzen da beti erosketak egiteaz, janariak prestatzeaz, harrikoa egiteaz, jantziak garbitu eta lisatzeaz eta etxea txukuntzeaz.

SERVICIOS SOCIALES PARA LOS MAYORES EN DINAMARCA

Intervención en San Sebastian el 26 de noviembre de 1993

Señoras y señores, sr. Presidente:

Gracias por esta oportunidad para hablarle de la Seguridad Social en Dinamarca. Yo represento a la asociación danesa «DaneAge Association», que tiene unos 250.000 miembros y está trabajando de muchas maneras para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores. Dinamarca es un pequeño país escandinavo. Somos miembros de la CEE desde 1973. Aquello por lo que más pueden conocernos ustedes en este momento es por nuestro voto en contra del Tratado de Maastricht. ¡y porque acaban de ganarnos al fútbol el pasado miércoles! Pero por supuesto somos más que todo eso.

Somos aproximadamente 5 millones de habitantes. Y en 1990 el 15,6 % de nosotros tenía 65 años o más. Algunos de estos ciudadanos mayores tienen (o tendrán) una necesidad de cuidados, atención y asistencia práctica cuando (o si) su salud se debilita.

En los próximos 15 ó 20 minutos me esforzaré por ofrecerles una imagen general de cómo ofrecemos nosotros esta atención a los ancianos en Dinamarca. Y especialmente de quién tiene la responsabilidad para ofrecer esta atención.

En Dinamarca la evolución ha estado caracterizada por un importante cambio desde una atención ofrecida primordialmente por la familia, los amigos, los ve-

cinos o las organizaciones de ayuda privadas hacia una atención prestada fundamentalmente por el sector público. Esta evolución ha tenido lugar en conexión con el desarrollo de lo que nosotros llamamos *el Estado de Bienestar Danés* (especialmente desde 1960).

El Modelo Danés de Bienestar está edificado sobre un objetivo político: asegurar unas buenas condiciones de vida a todos los grupos de población. El principio esencial es que las prestaciones sociales no deben considerarse sólo como una «red de seguridad», sino que deben contribuir al bienestar general de los ciudadanos y ayudar a reducir las desigualdades económicas. Durante muchos años ha habido en Dinamarca una mayoría política persiguiendo estos objetivos mediante el desarrollo del sector público.

Aproximadamente el 30 % de la fuerza de trabajo en Dinamarca está empleada en el sector público. Unos 2/3 de estos empleados trabajan en las áreas de educación, salud o servicios sociales. Así que podrían ustedes decir que el modelo danés de bienestar es un «estado de bienestar institucional».

Todo este conjunto de buenas intenciones y objetivos no se llevan gratis a la práctica, por supuesto, tiene que ser financiado. Y se financia básicamente a través de los impuestos: ¡el 80 % del coste se financia de este modo!

Estoy segura de que la mayoría de los aquí presentes han oído «rumores» acerca de la alta calidad de los servicios sociales para los mayores en Dinamarca. Y es cierto que desde hace muchos años el mejorar las condiciones de vida de los ancianos ha sido un importante objetivo político. Y hay 5 razones principales por las que esto ha sido así. La primera razón que señalaré es que las mujeres están mucho más presentes en el mercado de trabajo que en otros países de la CEE. En 1989 la tasa de actividad de la población era del 90 % para los hombres y del 77 % para las mujeres. Hoy en día las mujeres jóvenes compiten en el mercado de trabajo en la misma medida que los hombres, tanto las casadas como las solteras. El ama de casa dedicada únicamente a su hogar es algo muy difícil de encontrar en Dinamarca en la actualidad, y esto debe considerarse como uno de los mayores cambios sociales que ha vivido el país en los últimos años. Como resultado de esto, ha habido que organizar otros sistemas para prestar cuidados y asistencia a los niños y las personas mayores, puesto que esta atención ya no puede ser ofrecida por la familia (es decir, las mujeres) en la misma medida que antaño. De modo que esta tarea ha sido asumida por el sector público.

La segunda razón es que la legislación sobre la familia y las condiciones de la familia danesa juegan un papel muy importante en la política social dirigida a los ancianos. Las familias no tienen NINGUNA obligación de cuidar de sus parientes de más edad (sean estos padres o madres, tíos, tías o cualquier otro). Sólo existe la obligación de atender al propio cónyuge y a los hijos menores de 18 años.

Esto no significa, sin embargo, que las familias no se preocupen por sus parientes mayores o que no les presten ninguna ayuda. De hecho, las familias ayudan y se ocupan mucho de sus mayores. Pero la asistencia es voluntaria y debe verse como un complemento al sistema público de ayuda. La ayuda de la familia consiste a menudo en asegurar que los parientes mayores obtengan la ayuda pública a la que tienen pleno derecho. Es un hecho conocido que cuanto mejor es la «red de relaciones» de familia o amistad que tiene una persona, mejor es la asistencia que obtiene del sistema público. ¡El futuro nos dirá si el papel de la familia se incrementará con el aumento de personas ancianas cuando el estado de bienestar intente mantener los mismos servicios sin incrementar los costes!

La tercera razón es que no sólo las mu-

jerer han dejado los hogares para integrarse en el mundo del trabajo, sino que hemos sido testigos de un cambio en la misma estructura familiar. Hoy en día los ancianos de Dinamarca viven solos o con su cónyuge, y ya no con sus hijos u otros parientes. Esto no ha sido siempre así; en 1962 1/3 de las personas de 70 años o más años vivían con su familia, mientras que hoy 1/2 de las personas de 70 o más años vive sola.

Comprendo que esto puede ser diferente en su país. Y quizás algunos de ustedes piensen que la familia como institución ha muerto en Dinamarca. Sin embargo esto no es en absoluto cierto. Esta evolución ha permitido a las familias jóvenes y a los ancianos vivir sus propias vidas independientes, en función de su propia elección, pudiendo elegir qué y cuánto de su vida quieren compartir con otros, en vez de estar forzados a depender unos de otros de diversas maneras.

Otra razón es que los cambios en el Sistema de Salud y en las instituciones sociales han incrementado la necesidad de servicios para las personas mayores. Debido a la falta de recursos financieros, los hospitales están dando de alta a los ancianos cada vez más rápidamente. Y con el objetivo de crear alojamientos adecuados para las personas mayores, las residencias de ancianos se han cerrado y reformado. Y finalmente el hecho de que la población danesa está haciéndose más vieja, y de que los más viejos cada vez viven más tiempo, ha tenido también su impacto en el desarrollo de los servicios destinados a ellos.

Estos cambios, en el marco del objetivo político de mejorar las condiciones de vida de los mayores, han tenido naturalmente algunas consecuencias económicas. Ha comenzado a expresarse la preocupación sobre el futuro; se teme que vaya a haber un incremento en los costes tanto por las pensiones como por los servicios sociales y sanitarios. Esto podría dar lugar a tensiones crecientes entre las diferentes generaciones; y una manera de evitar esta situación es acudir a la riqueza de recursos que los mayores pueden aportar a la sociedad. Es importante que los mayores permanezcan activos y participen en las decisiones de la sociedad que afectan a sus vidas.

Nuestra política hacia los ciudadanos mayores ha intentado tener en cuenta todos estos nuevos desarrollos, y está basada en los tres principios siguientes:

La continuidad en la vida de las per-

sonas: Cada uno debería poder permanecer en su propio hogar hasta tan tarde como sea posible y no ingresar en una institución.

El mayor grado posible de autodeterminación: el sector público debería ofrecer una serie de servicios que dieran a las personas mayores la posibilidad de elegir qué tipo de atención quieren recibir.

Uso de los recursos propios: la ayuda y los servicios ofrecidos deberían prestarse de acuerdo con el principio de «ayudar a autoayudarse». Y las actividades promovidas por los propios ancianos y sus organizaciones deberían ser apoyadas.

Hasta ahora he hablado del desarrollo y los principios de lo que llamamos el estado danés de bienestar. Ahora les explicaré cómo organizamos y financiamos estos servicios.

Como ya he mencionado, la «ayuda informal» no juega un gran papel en Dinamarca. Es corriente que los hijos ayuden a sus padres en situaciones de crisis, pero si la situación se alarga en el tiempo, en general los hijos ayudan a sus padres a movilizar los servicios públicos a los que tienen derecho. Les ruego que presten atención a la frase «tener derecho a». Esto muestra que en Dinamarca hay un amplio consenso sobre el principio de que los ciudadanos mayores tienen derecho a una ayuda del sistema público en cuanto lo necesiten.

Dinamarca está dividida en condados, que a su vez se dividen en municipios. Los condados (hay 14) son responsables de gestionar los hospitales y los programas públicos de protección de la salud (es decir, la atención médica tanto por los médicos generalistas como por los especialistas) así como de los subsidios para tratamiento médico y dental.

El coste de estas prestaciones se financia mediante los impuestos que recoge cada condado y por la contribución financiera general del Estado.

Los ayuntamientos tienen la mayoría de las competencias sociales dentro de su territorio. Toda la ayuda domiciliar y institucional es responsabilidad de los ayuntamientos, y está financiada por los impuestos locales que recoge específicamente cada ayuntamiento. Los ayuntamientos también reciben una financiación del Estado.

Existen unas pocas residencias de ancianos privadas y otras instituciones establecidas por organizaciones privadas. Pero se gestionan de acuerdo con las di-

rectrices de los ayuntamientos, y los ayuntamientos pagan los gastos, así que en la práctica están funcionando como si fueran instituciones públicas. En los últimos años hemos visto algunos cambios en este sector, y yo creo que veremos aún más en el futuro.

Ahora quizás se estén preguntando «bueno, entonces ¿qué es lo que les ofrecen a los ancianos en Dinamarca?» Bien, la mayoría de las personas con 67 años o más viven en alojamientos perfectamente normales. Sólo el 7 % de los ancianos viven en residencias u otras instituciones. Y sólo el 5 % de las personas no viven en instituciones lo hace en apartamentos especiales para ancianos. Desde 1987 la construcción de residencias está prohibida por la ley.

El alojamiento para las personas mayores debería consistir en unidades individuales y no parecerse a «instituciones». Los alojamientos deberían estar equipados para cubrir las necesidades de las personas mayores y deberían poseer su propio cuarto de baño y cocina. Debería ser posible pedir ayuda desde cada apartamento en caso de enfermedad, accidentes y otros problemas.

Todo esto está muy de acuerdo con los principios de continuidad, autodeterminación y «ayudar a autoayudar». Para los ancianos más activos vivir en su propio apartamento es sin duda más digno que hacerlo en una residencia. Y desde luego es más fácil ajustar la atención y los servicios prestados a los ancianos en apartamentos individuales que en residencias, donde el «paquete» completo de ayudas está disponible independientemente de que lo necesites o no. Todo, desde los cuidados personales, atención y rehabilitación hasta la ayuda para vestirse, la peluquería y el pedicuro está allí en un único paquete muy caro.

Pueden decirse muchas cosas sobre esta evolución. PERO si queremos que nuestros ciudadanos mayores permanezcan en sus propios hogares (sea en las casas donde siempre han vivido o sea en un apartamento especialmente diseñado para personas mayores), entonces tenemos que darles los cuidados y la atención necesarias allí donde estén viviendo. No debemos intentar disminuir la ayuda. Es cierto, debemos adaptar la ayuda a las necesidades de la persona PERO la ayuda TIENE que estar ahí, y también para la gente mayor más incapacitada y necesitada; si no, el estado danés de bienestar puede convertirse en una pesadilla de soledad y aislamiento.

Los subsidios para el alquiler a los pensionistas son una manera (conjuntamente con una pensión de jubilación) de asegurar que la gente mayor pueda permanecer en su propio hogar y vivir una vida digna. En general el subsidio significa que los pensionistas sólo pagan el 15 % de sus ingresos por el alquiler, a menos si no tienen ingresos adicionales a la pensión de jubilación pagada por el Estado.

Pero esto no es suficiente si uno necesita cuidados y ayuda. En esta situación el ayuntamiento ofrece ayuda domiciliaria, enfermería de distrito, centros de día, ayudas técnicas y comidas a domicilio.

La mayoría de los ayuntamientos ofrecen hoy en día un «servicio de 24 horas al día» (o así lo llaman) que combina la ayuda a domicilio con la enfermería de distrito. La idea de estos programas es reducir la demanda de plazas en residencias de ancianos (lo cual es una necesidad real) en un momento en el que ya no se construyen más residencias. Y otro objetivo complementario es asegurar una rápida alta hospitalaria así como prevenir hospitalizaciones por casos con problemática más social que sanitaria.

En la actualidad se está produciendo una discusión muy intensa sobre la ayuda a domicilio. La ayuda a domicilio se ha extendido de acuerdo con el incremento de personas ancianas. PERO no lo suficiente; cada familia recibe ahora menos horas de ayuda a domicilio que antes, porque los ayuntamientos reciben una presión económica más fuerte. Y ciertamente la necesidad de ayuda a domicilio está aumentando debido a que hoy hay muchas más personas mayores viviendo en sus propios domicilios. Estas personas ya no van a las residencias y los hospitales, por su parte, les dan de alta con más rapidez que antes.

¡Y es aquí donde tenemos que ser muy cuidadosos! Como he señalado antes, no podemos esperar que la gente permanezca en sus hogares (más o menos hasta el fin) si no les prestamos la asistencia y los cuidados necesarios).

¿Sobrevivirá este sistema danés en el futuro teniendo en cuenta el incremento previsto en el envejecimiento de la población y la escasez de recursos económicos? Mi respuesta es que sí, sin duda. Pero espero que se desarrolle en la línea de cubrir las necesidades de los mayores en cualquier caso. Por eso es extremadamente importante que las personas mayores se comprometan en la vida política e intenten tener influencia sobre las decisiones. No con la intención de dominar a la generación más joven, sino para asegurarse de

que esas decisiones tomen en cuenta también *sus* necesidades y deseos. Y ya hemos visto los inicios de este proceso. Unos 150 municipios de los 275 existentes tienen Consejos de Personas Mayores. Existen grandes recursos en el seno de la gente mayor, la cual puede transmitir información útil desde los ciudadanos a los políticos.

Pero aparte de esto, muchos ciudadanos mayores pueden funcionar como personas activas, comprometidas, resolviendo muchos problemas que los ayuntamientos tienen dificultades para afrontar. A medida que tendemos a envejecer mucho, debemos afrontar el hecho de que existe una cuarta edad, como hay una tercera edad; y que las personas de la tercera edad pueden ser un recurso muy útil para ayuda a los ciudadanos más necesitados de la cuarta edad. Sin duda en el futuro veremos un incremento en el número de organizaciones voluntarias y otras redes por el estilo.

Estas han sido mis palabras sobre el modelo danés; espero haber podido darles una impresión de los principios que lo componen.

Ya sé que los principios tras nuestro sistema son muy diferentes de los que sostienen el sistema de su país; y puede que ustedes mismos estén diciéndose para sí que éste es un sistema frío e impersonal que no les gustaría probar a ustedes ni desean que sus mayores lo experimenten. Pero es un buen sistema para nosotros: se adapta bien a nuestra manera de vivir y ha evolucionado de acuerdo con el desarrollo de la sociedad danesa. Da a toda la familia (tanto a jóvenes como a mayores, a hombres y mujeres) la posibilidad de vivir una vida digna e independiente.

Pero, una vez más, esto es bueno para Dinamarca, y no necesariamente para otros países. El modo en que ustedes miran a nuestro sistema está por supuesto matizado por la manera en que ustedes han vivido su vida. Creo que puedo concluir diciendo que no hay UN SISTEMA/EL SISTEMA que sea bueno para todos nosotros. Lo más importante es que los ancianos tengan los sistemas que ELLOS quieran y en los que se sientan contentos y seguros. Así que lo que podemos hacer en el ámbito de Europa es aprender los unos de los otros; ¡y añadir a nuestros propios sistemas lo que pensamos que es lo mejor de los otros sistemas!

DORTHE WILLE

Representante de DANEAGE en Bruselas
Traducción del inglés: Jon Iribar

OPCION POLITICA EN LA REDEFINICION DEL ESTADO DEL BIENESTAR

Se acepta la existencia de una situación de crisis económica que propicia la revisión de los modelos de bienestar social aplicados en los países avanzados. Se discrepa en el «como» de tal reformulación. En este contexto, en el proyecto político europeo, el debate político debe elevar a rango de cuestión prioritaria el diseño social de la nueva Europa.

La apelación a la realidad es constante en todos aquéllos que se aproximan al análisis económico y social para, en base a la misma, extraer las más variadas conclusiones. Quizás sea cierto, como señala Stephen Hawking para el ámbito de la Física que «de nada sirve apelar a la realidad porque carecemos de un concepto de la realidad independiente de un modelo»¹.

En el campo de la Economía y de la Política Social los diversos modelos conceptuales nos llevan hacia diagnósticos y tratamientos diferenciados. En el análisis de la crisis del Estado del Bienestar también ocurre así.

No obstante, la propia enunciación del problema parece sugerir un primer y básico punto de coincidencia. Existe tal crisis. El Estado del Bienestar fue formulado y puesto en práctica en un determinado período histórico, definido por una serie de características económicas, demográficas, sociales, que hoy no se dan en idénticos términos.

¹ Agujeros negros y pequeños Universos y Otros Ensayos. Stephen Hawking. Editorial: Plaza y Janés.

En efecto, la existencia en los países más industrializados de elevadas tasas de desempleo, el envejecimiento de la población, el coste relativo del factor trabajo, la creciente competitividad en unos mercados cada vez más abiertos, son entre otros, datos que definen un nuevo escenario.

Hay que tomar, por tanto, como punto de partida, el nuevo escenario y estudiar qué forma debe adoptar el Estado del Bienestar en este cambiante contexto.

CRISIS Y UNION EUROPEA

No se dice nada nuevo si se señala la profunda interrelación entre los modelos de bienestar social que han sido aplicados en los distintos países y el propio diseño de la estructura política existente en los mismos.

La constatación de ello nos permite reconocer un primer factor de distorsión—junto al de la propia crisis económica—en la revisión en curso de los modelos de bienestar social aplicados en el mundo occidental: el cambio político.

En el marco de una crisis económica internacional Europa camina hacia un futuro incierto, que se pretende más interrelacionado y cohesionado. El recorrido es una auténtica carrera de obstáculos, tanto por el ritmo con el que se precipitan los acontecimientos como por las decisiones que habrá que ir tomando en el camino. En este sentido el Tratado de Maastricht señaló un horizonte ambicioso en contenido y exigente en calendario. Las vacilaciones y defensa de especificidades en su proceso de ratificación por los estados miembros —recordemos el caso de Dinamarca, Reino Unido e incluso Francia— no parecen haber cuestionado el acuerdo básico respecto a su oportunidad. Ese errático proceso de ratificación fue muy probablemente sensible a la agudización de la crisis económica en los países de la actual Unión Europea.

Se puede decir, que tras la reciente aprobación, por los Doce de las ideas contenidas en el Libro Blanco sobre el Crecimiento, la Competitividad y el Empleo del presidente de la Comisión Europea Jacques Delors, la Unión Europea, superando dudas, tormentas monetarias, y estancamientos de sus capacidades productivas, opta por un modelo que no desdibuja básicamente los perfiles de una Europa que desde sus primeras definiciones en el Tratado de Roma, se pretendió mucho más que un mercado sin aranceles.

El Libro Blanco de Delors identifica el empleo como una prioridad en la actuación de los poderes públicos y se diseñan potentes políticas públicas de intervención en la economía —sobre todo en infraestructuras y comunicaciones— que habrían de ayudar a los países a salir de su actual situación de estancamiento.

BIENESTAR SOCIAL: «PARAMETRO CIVILIZATORIO»

En este escenario, sometido a nuevas demandas e incógnitas —particularmente desde el exterior de la Europa Comunitaria— que podrían influir de manera importante en la configuración política, económica y social de la Europa de mañana, nadie pretende razonablemente borrar de un plumazo los compromisos públicos y aún del conjunto de la sociedad, en las áreas de educación, sanidad, empleo, marginación. Como alguien lo ha definido, los logros alcanzados en estas áreas e incluso la propia identificación de los objetivos a conseguir se han constituido ya en un «parámetro civilizatorio».

Hoy lo que está en cuestión es el cómo de la necesaria reformulación del Estado del Bienestar para seguir haciendo frente a sus compromisos.

En una reciente intervención en San Sebastián en el marco de unas Jornadas sobre el Futuro del Estado del Bienestar el ex ministro de Economía y Hacienda, Carlos Solchaga, señalaba que el Estado del Bienestar, tal como lo hemos conocido en Europa en las últimas décadas «está tocado». Incluso los defensores de sus coberturas deben reconsiderar el modelo tradicional que se enfrenta a insalvables dificultades financieras. En efecto, se recauda menos, precisamente cuando el gasto público aumenta, con lo que, contrariamente a lo que fue su papel histórico el Estado del Bienestar no actúa con una función anticíclica.

El verdadero problema, en todo caso, se plantea a largo plazo, por la repercusión del Estado del Bienestar en el coste del factor trabajo. El Estado del Bienestar se financia por impuestos y cotizaciones a la Seguridad Social. Ambos afectan directamente al coste del factor trabajo.

Se plantea así a juicio del ex ministro de Economía y Hacienda un dilema: o el «estado» asigna más recursos a sus compromisos —incrementando sin límite el déficit público—, o estos recursos son detraídos de las «familias» —de los particulares—. La resolución de este dilema exigiría, en su opinión, un redimensionamiento del propio Estado del Bienestar. «Si», por tanto, a la actuación debidamente delimitada en educación, salud, empleo y marginación. «No», al estado como saco sin fondo del que siempre se puede sacar algo.

REORIENTACION DEL ESTADO DEL BIENESTAR

Para Solchaga, figura emblemática del posicionamiento liberal en las filas del socialismo en el Estado, la reorientación que requiere el Estado del Bienestar pasa por cuatro puntos:

1. *El Estado del Bienestar no debe ser un obstáculo para la creación de empleo.*

A tal efecto, habrá que favorecer la competitividad, para hacer posible un crecimiento que permita atender a las políticas sociales.

2. *Hay que eliminar las transferencias intrac/ase.*

Se cuestiona así el principio de universalización argumentado que no es equitativo, y apuntando como

ejemplo la financiación de la universidad —¿por qué pagar la misma proporción, del coste plaza a todos por igual?, ¿por qué no ser más discriminatorio, al tiempo que se potencia el apoyo vía becas a los menos favorecidos?—, o la desgravación por la adquisición de vivienda.

3. *Mejora en la gestión.*

Mediante la aplicación generalizada de criterios de mercado que pudieran conducir, para parcelas de la oferta, a un proceso de privatizaciones.

4. *Lucha contra el fraude.*

En sus diversas formulaciones —fiscal, laboral, fraude al Estado del Bienestar—. No sólo por planteamientos de tipo ético y político sino por razones de estricta eficacia.

Lo que en todo caso parece apuntarse, y no sólo por la corriente de pensamiento de la que Carlos Solchaga es notable representante, es un camino en el que habrá que contar más con las fuerzas de cada cual, esperando menos del Estado. En ese horizonte al que estaríamos encaminados los ciudadanos de la Unión Europea se aceptarían «políticas de mínimos» en educación, salud, empleo y marginación. A partir de ahí la existencia de menús individualizados —en la asistencia sanitaria, en el sistema de pensiones,...— con cargo al presupuesto de las «familias» habrá de ser de general aplicación.

No es difícil adelantar las profundas consecuencias, que afectarán a modos de vida y hábitos sociales, que este proceso habrá de suponer.

OPCION POLITICA

Ello debe avivar en el proyecto político europeo el debate sobre la asignación a las diversas áreas de los recursos públicos, y la determinación de las correspondientes prioridades. Europa hoy, busca un nuevo modelo de seguridad, el déficit en políticas medioambientales es grave —en particular en los países del antiguo bloque del Este— la batalla por la competitividad

planteada en especial con Norteamérica, Japón, y otros países del Pacífico, es dura y no se resolverá a corto plazo. En este contexto el debate político debe poner las cosas en su sitio y no reservar para el diseño social de Europa el vagón de carga del tren europeo.

Nadie puede negar los significativos déficits sociales que persisten, cuando no agravados, en los países avanzados. ¿Podemos imaginar la «factura social» de la aplicación de la economía de mercado a los más de trescientos millones de habitantes de Europa Central y del Este? Deberíamos calcularlo y poner los medios para su decidida resolución. Un líder político europeo previno, en las mismas fechas en que se celebraba la caída del muro de Berlín, sobre la existencia y el riesgo de ahondamiento de un «nuevo muro» entre europeos, trazado por las alambradas de la pobreza.

Sería asimismo de enorme interés poder prever la incidencia de la reorientación del Estado del Bienestar en la redistribución de la renta entre grupos sociales, porque tal como se plantea parece llevar las de perder la clase media, y en los países altamente industrializados, —si vale la expresión—, «la clase media somos todos».

Stephen Hawking respondió en cierta ocasión de la siguiente manera a una pregunta sobre la existencia de Dios: «Todo lo que mi trabajo ha demostrado es que no hay que decir que el modo en que comenzó el Universo se debió a un capricho personal de Dios. Pero subsiste esta pregunta: ¿por qué se molestó el Universo en existir?. Si quiere, puede definir a Dios como respuesta a tal interrogante». La Física se ocuparía del «cómo». A la Filosofía correspondería el «por qué».

De modo análogo, en el ámbito de nuestra cuestión, a la Economía correspondería determinar el «cómo» de la necesaria adaptación del Estado del Bienestar al nuevo escenario. Pero la Política debe dar respuesta al «por qué». En definitiva, al sentido y orientación de tal adaptación.

Ramón Barinaga Osinalde

¿EXISTE UN LUGAR PARA LA FAMILIA DEL ANCIANO EN LAS RESIDENCIAS?

1. INTRODUCCION

La gran mayoría de los ancianos se encuentran integrados en unidades familiares, para muchos de ellos su cónyuge o sus hijos son las personas más importantes de su vida.

Las familias son fundamentales para las personas por diferentes motivos: por causas simbólicas, dado que es través de la propia familia, como cada uno de nosotros mantenemos vínculos con el pasado y el futuro, y nos aportan un sentido personal y de continuidad a la propia vida, por motivaciones de orden práctico, los miembros de la familia se ayudan entre si de múltiples y variadas formas.

La conservación de los vínculos familiares y afectivos, parece reducir la vulnerabilidad del individuo frente a diferentes factores estresantes físicos y mentales. La cantidad y calidad de los contactos sociales parecen modificar la susceptibilidad a las patologías infecciosas, tumorales y de corte psicosomático, con un posible impacto positivo a nivel de longevidad.

En un estudio entre ancianos residenciados, se apreció una asociación entre la frecuencia de las visitas que recibían y un menor deterioro a nivel psicosocial, junto a una mayor percepción de bienestar entre los ancianos. La frecuencia de visitas a los residentes se asociaba a diversos factores como: menor distancia geográfica desde el domicilio del visitante y la residencia, relaciones de parentesco más próximas

entre el visitante y el residente, menor duración de la estancia en la institución.

Existen múltiples investigaciones sobre la importancia de la familia para los ancianos sanos o enfermos que residen en la comunidad, pero sorprendentemente muy escasa información sobre las familias de los ancianos internados en medios residenciales. Quizás este «abandono» refleja la asunción implícita de que tras la institucionalización, la familia deja de ser importante, dado que un equipo de profesionales asume sus funciones de cuidadores; otro posible prejuicio subyacente sería que los ancianos residentes tienen familias que nos les cuidan, o que incluso les han abandonado allí, sin embargo, en términos generales, ambos prejuicios son erróneos y carecen de fundamento.

Aunque es verdad que en las residencias suelen acogerse un porcentaje importante de sujetos sin vínculos familiares (solteros, viudos sin hijos, etc..) y que las familias, son unos de los principales recursos en la prevención o en postponer el ingreso residencial de muchos ancianos, también es cierto que muchos de los ancianos residenciados tienen familia y por este motivo el conocimiento de las relaciones familiares de los ancianos de las residencias, constituye un tema crucial.

Las escasas investigaciones que se han focalizado en este tema, reconocen la importancia continuada de los familiares en la vida de los residentes, su capacidad de seguir aportando recursos de cuidados en

la residencia, e incluso sus necesidades como potenciales receptores de cuidados por el equipo residencial, para poder asumir el impacto del internamiento de su familiar. También estas investigaciones han reconocido que la familia puede ser percibida como un «problema» por el equipo asistencial.

No existen razones para suponer que el cuidado familiar cesa con la institucionalización, aunque las relaciones y el tipo de cuidados aportados pueden modificarse por el cambio de circunstancias acaecido, debemos considerar el ingreso residencial como un punto más en el continuum del cuidado familiar.

En un estudio, sobre las relaciones familiares después del internamiento, se demostró una mejoría (en términos de proximidad emocional) o una estabilidad de las mismas entre los hijos y los padres residenciados. Esta mejoría se asociaba a la disminución de la primitiva sensación de malestar derivada de los problemas generados por el cuidado de los padres.

2. LA INTERRELACION FAMILIA-INSTITUCION

Deberíamos considerar, que cada nuevo residente entra en la institución con su familia, aunque esta no viva en la misma. Las relaciones duraderas previas, los valores, los conflictos, las deudas y las lealtades familiares entran en la residencia. Toda esta rica historia ejerce un impacto en el anciano y no debería ser obviada por el equipo asistencial. En muchas ocasiones la clave del éxito del cuidado institucional puede depender del mantenimiento de la integridad de la relación familiar.

El sistema familiar tiene que interactuar con el sistema «institucional», que se caracteriza por su complejidad y organización burocrática (cuya total comprensión puede suponer al personal asistencial, hasta meses o años) y se espera que la

familia sea capaz de negociar e interactuar con el mismo en muy corto espacio de tiempo.

Además este sistema familiar se encuentra en un momento de crisis, con el anciano, probablemente sometido a sentimientos de culpa, de ser una carga, al igual que el resto de la familia por su incapacidad de poder mantenerle en el seno de la familia y bajo su cuidado.

Por su parte, el sistema institucional resulta igualmente vulnerable, frecuentemente se encuentra en situación de duelo por el fallecimiento reciente del anterior residente que deja su plaza vacante y sin apenas tiempo para reponerse, los miembros del equipo asistencial deben ser acogedores hacia el nuevo residente y su familia.

Las diferentes visiones o tópicos más frecuentes entre los equipos residenciales y que con frecuencia impregnan su filosofía de relación y de colaboración, podemos sintetizarlas en cuatro posturas:

2.1 La familia como sujeto ausente o «estorbo», en la vida residencial

Algunos estudios señalan que las contribuciones de las familias al cuidado pueden resultar problemáticas y llevar al conflicto con el equipo asistencial, en parte como consecuencia de la ambigüedad en la distribución de las responsabilidades de las tareas de cuidado entre ambas partes.

En otros puntos de vista se destaca el abandono familiar de los ancianos residentes, a través de la escasez de visitas o de los frecuentes conflictos con el equipo asistencial, personificada en algunas familias que interfieren en las labores asistenciales, por «excesivo número de visitas», participación «competitiva» en las labores de cuidados básicos, o actitudes de crítica y «vigilancia» hacia el personal cuidador (o al menos así es vivido entre el equipo residencial) (Cuadro 1).

CUADRO 1. PRINCIPALES CAUSAS POTENCIALES DE CONFLICTO ENTRE EL EQUIPO ASISTENCIAL Y LAS FAMILIAS

1. Organización y normas institucionales que son prioritarias frente al mantenimiento de la relación familiar. Ejem: normas rígidas de visitas.
2. Rutinas y horarios muy rígidos de aseo, alimentación, etc.
3. Ausencia de comprensión de las características diferenciales de cada familia.
4. Percepción y sentimiento del equipo cuidador de que las familias deberían estar siempre agradecidas por el cuidado institucional recibido.
5. Comunicación empobrecida en torno a los acontecimientos diarios.
6. Escasa estimulación y promoción del cuidado personal a los residentes, aportado por los familiares.
7. Exigencia estricta del cumplimiento de los horarios de visitas.
8. Competencia entre los miembros del equipo asistencial por la «aceptación» y el «afecto» de la familia.

A veces los miembros del equipo, no an a percibir que la unidad o la residencia es un mundo ajeno o extraño para la familia. En muchas ocasiones los familiares nunca habían estado antes en una residencia y pueden sentirse confundidos e intimidados por los nuevos procedimientos y el tipo de lenguaje utilizado. En las reuniones de los equipos, las familias son catalogadas de un modo simplista en términos morales (familias positivas o negativas), sin una reflexión profunda de las características de los ancianos y de su vida familiar, con una tendencia acusada a patologizar enseguida estas relaciones.

Resulta difícil, en ocasiones, no considerar a los ancianos como víctimas, a las familias como verdugos y a los miembros del equipo asistencial como salvadores, esta fantasía de rescate, sólo sirve para crear obstáculos en el cuidado institucional.

2.2 La familia como fuente de recursos de cuidados complementarios para el anciano residente:

En esta visión, la institución considera que las familias pueden y deben colaborar en la prestación de cuidados complementarios para la correcta asistencia de los residentes.

Suele requerir la organización de reuniones programadas entre la familia y el equipo asistencial, donde se pueda acordar la participación de la familia en alguna de las actividades, dar instrucciones sobre la manera de aportar los cuidados, y organizar reuniones de orientación y de educación.

La perfecta coordinación de ambos sistemas de apoyo (formal e informal), dependerá de la relación alcanzada entre las familias y la residencia, que permita alcanzar el grado de claridad necesario en la distribución de las tareas en el cuidado y del grado en que la institución estimula y apoyo a la integración de las familias en determinadas áreas del cuidado.

2.3 La familia como cliente

Algunas investigaciones han reconocido que los familiares de los ancianos residenciados, tienen necesidades propias de atención, que los equipos asistenciales deberían atender.

Como recomendaciones se sugieren, la organización de grupos de apoyo y de ayuda para los familiares, la integración de la familia en la planificación de los cui-

dados de sus parientes, impulsar actividades y reuniones específicas para los familiares, garantizar la presencia de trabajadores sociales y personal administrativo, en las horas con mayor frecuencia de visitas familiares a la residencia y promover normas y rutinas que generen un mensaje y una sensación de acogida a las familias, en la intuición de que esta aproximación a la familia como cliente, tendrá efectos positivos en el propio residente; facilitando a familias y ancianos el proceso de adaptación a la institucionalización, una relación de colaboración y confianza en el trabajo de cuidado entre el equipo y el sistema familiar.

2.4 La familia como copartícipe en la gestión del centro residencial:

No hemos encontrado, datos sobre experiencias o investigaciones en este área, quizás reflejando el carácter asistencialista y de beneficencia, favorecedor de la pasividad, de la mayoría de los centros residenciales, frente a lo que debería ser su auténtica realidad y vocación, como centros de residencia y de vida en la última fase del ciclo vital de muchos ancianos, con derecho a una participación personal o delegada en sus familiares si sus condiciones de salud física o deterioro cognitivo lo impidiesen. Más allá de las posturas ideológicas, respecto al rol de la familia en la institución (previamente definidas por el equipo), conviene resaltar que la progresiva adopción de una u otra dependerá del momento psicológico y de adaptación de los sistemas familiares a la institución, de cara a conseguir un ajuste adecuado entre los programas de cuidados y las necesidades y/o posibilidades de los familiares.

3. EL PROCESO DE ADAPTACION FAMILIAR A LA INSTITUCIONALIZACION

La adaptación familiar al internamiento residencial de uno de sus miembros y la asunción de un cambio en el tipo de cuidados a ejercer, debe considerarse como un PROCESO, en el cual pueden darse períodos en que la familia debe ser aceptada prioritariamente como «cliente» y en otros en que será más adecuado estimular su rol como fuente de recursos en el cuidado. Si logramos identificar las características de este proceso, podremos diseñar y realizar intervenciones más acordes en el momento más apropiado, impulsando tanto el bienestar de los familiares como el cuidado de los residentes.

CUADRO 2. MODELO TENTATIVO DEL PROCESO DE ADAPTACION DE LOS FAMILIARES TRAS EL INGRESO DEL ANCIANO EN LA RESIDENCIA (C. Rosenthal & P. Dawson, 1992)

ESTADIO I — Ambivalencia/Inseguridad — Foco del familiar intrapersonal — Foco asistencial: Familia como cliente	ESTADIO II — Asistencia frecuente/Hiperactividad — Foco familiar: imperpersonal centrado en el residente — Foco asistencial: familia como cliente
ESTADIO III — Redistribución y Concesión/Ampliación — Foco familiar: imperpersonal, incorporando al equipo asistencial y a otros pacientes y familias — Foco asistencial: familia como cliente/recurso potencial	ESTADIO IV — Resolución/Adaptación — Foco familiar interpersonal, ampliado mas allá de la institución — Foco asistencial: Familia como recurso, puntualmente como cliente

Rosenthal & Dawson (1992), sugieren un modelo provisional y tentativo de dicho proceso de adecuación familiar al internamiento, en cuatro estadios.

Estadio I:

En el momento del ingreso existen un predominio en el familiar de las preocupaciones intrapersonales: sentimientos de depresión, desmoralización, aislamiento, soledad, precariedad del estado de salud propia, tras los largos años de cuidados, culpa, resentimiento, rabia y remordimientos (Cuadro 3).

La ambivalencia puede surgir del sentimiento de alivio y agradecimiento, de que el anciano pueda recibir un nivel de cuidados que la familia ya no podía aportar y la percepción simultánea de la pérdida del tipo de relación previo que aún mantenían, ante las necesidades de institucionalización.

También puede surgir dicha ambivalencia de la percepción simultánea de optimismo actual y del temor frente a los posibles cambios que pueda deparar el futuro.

En esta fase inicial, la tarea fundamental es incrementar la seguridad familiar en el nuevo entorno y elaborar e integrar estos estados emocionales y comenzar a buscar una solución para estos sentimientos

ambivalentes, mediante la estimulación de la verbalización de estos sentimientos, la utilización de la técnica de las reminiscencias o de los recuerdos sobre los largos períodos de cuidados dispensados al anciano, incluso la demostración del interés genuino de los cuidadores por el familiar ingresado, para ayuda a aliviar los sentimientos de culpa, por «abandonarle en manos extrañas».

Las reuniones de algún miembro del equipo con la familia, permiten compartir estos sentimientos y generar un clima para una comunicación abierta y fluida, en otras ocasiones puede ser útil poner en contacto a la familia con otra familia que ya haya pasado la experiencia inicial de integración y que ejerza las funciones de acogida hacia otras «nuevas» familias.

Durante este período, la información que nos aporte la familia se mantiene confidencial, sin compartirla, aún, con otros miembros del equipo, con el fin de estimular la generación de una relación de confianza y terapéutica.

Por lo tanto, en esta fase, puede ser fundamental la consideración de la familia como cliente, precisando atención y apoyo, más que como fuentes de recursos y apoyos para el anciano. Aunque en esta fase, no insistamos demasiado en la utilización de la familia como generadora de recursos de cuidados, puede contribuir a la atención del anciano aportando perte-

CUADRO 3. SITUACIONES QUE LAS FAMILIAS DEBEN AFRONTAR CUANDO UN FAMILIAR INGRESA EN UNA RESIDENCIA

1. Sentimientos de culpa y de rabia, por tener que «dejar» aun familiar en manos de «extraños».
2. Pérdida parcial de rol, como cónyuge, hijo, etc.
3. Pérdida del apoyo de un miembro de la familia, como cónyuge, persona experimentada, recurso emocional, económico, etc.
4. Temor a una muerte súbita de familiar.
5. Miedo a una posible reacción de rechazo y de rabia por parte del familiar ingresado.
6. Escasez de conocimientos e información sobre el tipo de cuidados institucionales, médicos y de enfermería y temor a preguntar.
7. Cargas financieras.

nencias personales (ropas, fotografías, etc.).

Estadio II:

Tras la fase agotadora a nivel físico y emocional, que caracterizaba el estadio inicial, y mejorado su estado psicofísico tras el descanso derivado del ingreso, el familiar emerge con una sobreatención e hiperdedicación (con escaso placer y disfrute personal) hacia su familiar (múltiples visitas, «el familiar apenas sale de la residencia...»), quizás para poder afrontar los sentimientos de culpa e inseguridad que aún persisten en esta fase del proceso, o de dificultades de adaptarse a su nuevo rol como cuidador e intentando recrear la relación de cuidados previamente mantenida; pueden surgir diversas visiones sobre el tipo de cuidados necesarios y la forma de prestarlos entre el familiar y el equipo asistencial, que pueden ser fuente de conflictos, en este intento mutuo de restablecer el control de la situación.

El foco del equipo asistencial continua siendo la familia, aunque dada su mayor apertura hacia lo interpersonal, a través de su participación en las actividades de cuidado, los familiares pueden beneficiarse de información sobre las normas y rutinas hospitalarias.

Los recursos potenciales que la familia pueda aportar en el cuidado deben utilizarse y respetar sus necesidades de participar en el cuidado de su familiar, por lo cual puede resultar de utilidad su participación en la planificación de los cuidados y actividades, procurando incrementar su grado de conocimiento y comprensión del programa terapéutico, clarificando al máximo la distribución de las diversas tareas de cuidado; si esta redistribución no es aceptada o el familiar presenta dificultades para cumplirla, deberíamos esperar al estadio III, para intentar nuevamente la clarificación.

Las reuniones entre la familia, paciente y equipo cuidador pueden ser útiles para todos y posibilitan la contribución de la familia al bienestar del anciano en la residencia.

En esta fase, los familiares pueden sentirse más cómodos para expresar sus sentimientos en un grupo de apoyo o ayuda mutua con otros familiares de residentes.

La meta durante este estadio sería legitimizar la participación de la familia en el cuidado, con el foco de atención centrado en primer lugar en la diada familia-residente.

Estadio III:

En esta fase los familiares, negocian consigo mismos y con el equipo cuidador, una nueva definición de sus responsabilidades, tipos de tareas y conductas apropiadas.

Un nuevo patrón de visitas (menos frecuentes) y de participación en las actividades de cuidado se va estableciendo. Aunque la relación con su familiar sigue siendo muy positiva, el foco interpersonal de la familia se expande dentro de la institución y se amplía en la relación con los miembros del equipo y las familias de otros enfermos. En este estadio, con este nuevo patrón interrelacional, la familia cede algunas tareas (antes disputadas) al equipo; se incrementa la división de funciones con el equipo asistencial y la relación de confianza y sinceridad.

El foco asistencial sería la familia como cliente (necesitada de atención propia) y como fuente potencial de recursos de cuidados.

En la medida en que comienzan a ceder algunos roles y actividades de cuidados e incrementan su participación y relaciones con el mundo residencial, pueden seguir beneficiándose de la participación en grupos familiares de apoyo de ayuda mutua. Sin embargo en este punto, el papel del equipo será promover la existencia de grupos de autoayuda, más que la de dirigir grupos de apoyo dirigidos por profesionales. Los programas educativos sobre el envejecimiento y sus enfermedades pueden ser muy útiles a las familias en esta fase.

Una nueva reunión de familia, equipo y residente, puede ser también de gran utilidad para clarificar y redistribuir las tareas de cuidado.

Las metas en esta fase, serían aumentar la comprensión y conocimiento de las familias del contexto del envejecimiento, la enfermedad y la institución e incrementar su capacidad de negociar entre sí, con los pacientes y con el equipo asistencial.

Estadio IV:

En este estadio la familia alcanza un balance entre sus propias necesidades y las del familiar, se siente a gusto dentro de la institución, acepta el cambio en la relación con su familiar, y la posibilidad de deterioro futuro de sus condiciones de salud, de una futura pérdida definitiva. La vulnerabilidad emocional se ha superado y los sentimientos de culpa, aunque nunca

desaparecen del todo, se aceptan y se afrontan mejor.

La vida social de la familia, se reorganiza, lo cual para algunos supone una nueva vida fuera del medio residencial, que les permite definir la parte de sus vidas que desean dedicar a su familiar residente; para otros supone una reorganización de sus vidas en torno a la institución. En general, en este estadio la sensación de inseguridad e impredecibilidad deja paso a una mayor seguridad y sentimiento de control de la situación.

En este estadio, la familia es considerada fundamentalmente como fuente de recursos y sus necesidades de atención propia serán más puntuales y secundarias.

Se puede continuar ofreciéndoles información para mejorar sus habilidades de cuidado de su familiar y mantener reuniones regulares con el equipo que les permita incrementar y/o mantener su capacidad de negociación y de compartir información, estimulando la relación positiva de la familia con la institución.

Puede involucrarse a la familia, en actividades recreativas de la residencia como fiestas o excursiones, en la medida en que dicha participación no entra en conflicto con otros intereses externos de la familia. Incluso cuando se observe que el familiar es capaz de desarrollar intereses externos al mundo residencial, es muy importante que pueda percibir un apoyo desde el equipo, dado que muy probablemente sólo ha aprendido a aceptar la culpa, pero no a superarla.

La meta en esta fase será que la familia colabore en el plan de tratamiento y pueda desarrollar otros intereses que le permitan satisfacer sus restantes necesidades.

Tras esta descripción de los cuatro estadios, conviene resaltar que la utilización del término «estadio» no quiere indicar que cada fase está totalmente separada y diferenciada de las demás. Es muy posible que algunas de las características de los estadios I y II, se presenten simultáneamente. Incluso una crisis en el estado físico o mental del anciano residente, puede provocar una reinicialización del proceso.

Sin presuponer que todos los estadios del proceso son experimentados, de modo inevitable, por todos los familiares, ni que sean irreversibles o cualitativamente distintos entre sí, si creemos que recogen la mayoría de los sentimientos predominantes y las características de los períodos durante el proceso de adaptación a la institucionalización de un familiar.

Estas fases descritas pueden ser de utilidad a los profesionales del equipo, para evaluar la adecuación de algunas intervenciones terapéuticas, en función del momento adaptativo de las familias, por ejemplo un programa educativo sobre las características del envejecimiento puede ser menos adecuado en la fase I, que en la fase II o III, donde comienza a ampliarse el foco de interés y necesidad de los familiares hacia el área interpersonal.

4. ADAPTACION FAMILIAR AL INGRESO EN LAS UNIDADES ESPECIFICAS DE DEMENTES

Una situación especial en este proceso de adaptación familiar a la institucionalización surge en el caso de los ancianos dementes, en los que junto a las dificultades previas de conseguir un centro que les acepte, surge finalmente su integración en una unidad que recoge a otros sujetos con trastornos similares, con grados de afectación más o menos severos.

Tanto si el anciano afecto de un trastorno demencial, procede de su domicilio como si es trasladado desde otra residencia u otro área de la institución a las unidades específicas de dementes, esta movilización puede resultar traumática para la familia. Puede ser necesario que se adapten previamente a la idea de esta particular institucionalización y poder afrontar los sentimientos de culpa y ansiedad, para lo cual resulta fundamental que se les explique los objetivos y la necesidad de su traslado a estas unidades, a fin de que puedan aceptar dicho traslado.

Los comentarios y las actitudes que hayan podido percibir de otros miembros del equipo cuidador o de los residentes sobre estas unidades, contribuyen a que se hagan una imagen y generen respuestas emocionales, más o menos correctas, hacia estas unidades.

La opinión del personal y los residentes hacia estas unidades puede estar determinado por las actitudes creadas por la administración o gerencia. ¿Es un entorno donde la gente se siente estimulada en el trabajo? ¿Es un lugar prestigiado o es la última elección, un almacén de «terminales»? ¿Los residentes son considerados como «marginales» o son valorados como residentes con necesidades especiales?

La reputación de las unidades específicas para dementes puede determinar una actitud muy diferente en la aceptación fa-

miliar de la misma; si son unidades con «buena reputación» con programas y objetivos claramente diseñados y definidos, tienden a ser bien aceptadas por las familias bien informadas que se muestran decididas a solicitar el ingreso para su familiar demente.

En ocasiones los familiares no han aceptado la enfermedad de su familiar y la negación que realizan les dificulta poder comprender su ingreso en esta unidades. En esta situación, la tarea del equipo será ayudar a que vayan aceptando la problemática de su familiar y la necesidad de su ingreso en las mismas. Un modo aceptable y poco amenazador para la familia sería ayudarles a que se focalicen en los problemas o dificultades de la vida diaria: dificultades para vestirse, para bañarse, para orientarse en el entorno familiar, donde los problemas pueden ser más fácilmente reconocidos y aceptados, en lugar de otras discusiones más abstractas sobre la memoria, la demencia o la confusión. Una buena evaluación médica es siempre importante en los estadios iniciales de la demencia y también puede ayudar a convencer a los familiares más reticentes sobre la existencia de un problema.

En otras ocasiones, aunque los familiares reconozcan la existencia de un problema, se sienten suspicaces de que la unidad de dementes pueda ser un «almacén» de ancianos confusos, un lugar de segregación sin programas específicos de rehabilitación; incluso aunque reconozcan la confusión y pérdida de memoria de su familiar, les resulta difícil aceptar su inclusión en una unidad donde todos los residentes son «personas seniles», ellos ven a su familiar desde la perspectiva de una larga historia previa de afecto y a los demás residentes, tal como se les puede percibir en el presente, es decir como ancianos confusos y desorientados sin pasado.

La clave puede estar en la creación de un entorno que reconoce y valora las historias pasadas de los residentes con fotos, posters, etc, lo cual puede ayudar al equipo y a las familias a comenzar a considerar a los residentes en el contexto global de sus vidas.

En la medida en que el equipo sea capaz de vincular e implicar a la familia en las decisiones del traslado y del cuidado, junto a la ayuda/participación familiar en la vida diaria de la residencia, más fácil debería ser la transición para los familiares, en la medida que los familiares pueden ver que el anciano se adapta bien, pueden aceptar mejor el traslado.

5. ACTIVIDADES CON LAS FAMILIAS

En un medio residencial, que desea potenciar y facilitar una relación estrecha con las familias de sus residentes, deben incluirse una serie de actividades que faciliten esta orientación:

Entrevistas familiares regulares. Es muy importante explicarles por adelantado en qué consisten estas entrevistas y el motivo de convocarles a las mismas. Algunas familias pueden actuar con la idea preconcebida de que una reunión significa que su familiar tiene o da problemas.

El primer contacto, debería dedicarse a la obtención de *la historia familiar* como una forma sencilla para iniciar una buena relación con la familia, el trabajador social de la residencia, debería completar una buena historia social, médica y familiar del residente, más allá del informe social que habitualmente acompaña a la indicación del ingreso.

Una sencilla biografía, reforzada con datos sobre las preferencias del anciano, puede resultar de gran utilidad para el trabajo diario del equipo asistencial, en especial en el caso de aquellos ancianos dementes que no pueden aportar estos datos por sí mismos.

Otra manera de aportar esta información sería la posibilidad de que la familia trajese fotografías, películas, etc sobre la historia previa del anciano, lo cual a su vez pueden constituir un importante elemento decorativo de la habitación del mismo, a la vez que servir como una útil herramienta en las conversaciones del equipo asistencial y los residentes, facilitando a estos la retención de recuerdos de su pasado y a aquéllos la consideración de los ancianos como sujetos con historia y vidas interesantes. Los familiares pueden dar, en ocasiones, importantes sugerencias para el abordaje de algunas de las dificultades conductuales de sus familiares por parte del equipo.

Para aquellas familias que no pueden realizar visitas a menudo, las llamadas telefónicas o las comunicaciones regulares por carta por parte de un miembro del equipo pueden servir de un gran apoyo. La mayoría de las familias temen las llamadas telefónicas desde las residencias, pues sienten que sólo se les llama cuando hay problema o su familiar se encuentra en estado crítico.

Un método para cambiar esta imagen tan negativa de las residencias consiste en establecer canales de comunicación regulares que simplemente les quieren in-

formar de las actividades y la evolución de su familiar. Puede resultar muy gratificante poder oír que su familiar ha participado en alguna actividad o cómo se ha podido resolver un problema concreto que haya surgido. Las residencias pueden diseñar modelos breves y estandarizados de cartas para poder mantenerse en contacto con las familias. En estas comunicaciones pueden anunciarse próximas actividades o programas de las residencias, presentar a los miembros del equipo o discutir las formas posibles de participación de la familia en la residencia.

Ayudas en la planificación de las visitas

A algunas familias les resulta especialmente difícil el hecho de visitar a sus familiares confusos y desorientados, y necesitan ayuda para poder estructurar sus visitas para que les resulten más positivas.

Para la mayoría de nosotros, visitar a un familiar internado consiste simplemente en poder tener un rato de conversación, pero en el caso de algunos ancianos, que presentan dificultades de comunicación y de expresión, pueden provocar una gran frustración en la familia durante el tiempo de las visitas, y que les resultan poco fructíferas y agradables.

Para los familiares de estos ancianos, una de las tareas y ayudas más útiles sería la planificación de las visitas. Por ejemplo seleccionando algún objeto que pueda llamar la atención de su familiar, como un álbum de fotos antiguas y familiares, libros con ilustraciones, algún niño, o incluso algún animal de compañía, etc.

Otras tareas pueden ser la realización de una actividad en común, como preparar alguna merienda, celebrar un cumpleaños, cantar o escuchar alguna canción, desarrollar algún juego, regar alguna planta, o simplemente caminar o pasear juntos por el jardín; de este modo estas actividades se constituyen en el punto central de la visita, y se reduce el esfuerzo de tener que comunicarse verbalmente que resulta tan trabajosa y frustrante para todos. Además puede resultar de utilidad, poder entrenar a las familias en técnicas de comunicación con pacientes que no se comunican, o sólo lo hacen parcialmente, de modo verbal o en desarrollo de actividades para sujetos con deterioro cognitivo.

Colaboración familiar en actividades de la vida diaria

El equipo puede invitar y respetar los deseos o las posibilidades de participación

de los familiares en el cuidado asistencial directo. Por ejemplo ayudar en las comidas, reproduciendo un ambiente familiar en las comidas o en el aseo de sus familiares, dado que el baño suele constituir una situación de gran tensión para muchos ancianos más o menos incapacitados, la presencia de un familiar puede disminuir dicho sufrimiento.

En todo caso la utilización de familiares, en estas actividades de cuidados, exige sesiones de coordinación entre el equipo asistencial y las familias para acordar las estrategias de intervención y comunicación, como se haría en una reunión habitual del equipo.

Además los equipos deberán reconocer que no todas las familias pueden o desean participar en estas actividades de cuidado y sería aconsejable la existencia de diversas actividades o modos de participación, de cara a que la familia pueda elegir, si quiere, su estilo de integración.

Sesiones/Conferencias educativas

Las familias, que puedan sentirse incómodas por el hecho de tener que asistir a reuniones o grupos de apoyo, quizás se sientan más dispuestas a acudir a conferencias de matiz educativo-informativo.

Estos grupos educativos son medios efectivos para crear una relación positiva con la familia y además les aportan instrumentos para mejorar la calidad de su relación con sus familiares. En la Cuadro 4, se señalan algunos posibles temas para las sesiones familiares.

Asambleas de familiares y representación de los mismos en los órganos de dirección del centro

La participación de las familias, puede mejorar de muchas formas la calidad de vida, siendo de especial interés, en el caso de ancianos con deterioros físicos y cognitivos severos, que les incapaciten para ejercer por sí mismos, este derecho.

Aunque de modo aislado y testimonial, en algunas residencias se han utilizado de muy diferentes formas las asambleas y asociaciones de familiares y su capacidad de colaboración en la gestión y obtención de nuevos recursos, pudiendo ayudar en la organización de conferencias educativas, en la organización de grupos de voluntariado, grupos de acogida a nuevas familias, colaborar en algunas de las actividades de la residencia, en elaborar un periódico para las familias y los volunta-

CUADRO 4. PROGRAMA EDUCATIVO PARA FAMILIARES DE LOS RESIDENTES

I. PRESENTACION DE LOS MIEMBROS EL EQUIPO

Esto constituye una oportunidad para los familiares de encontrarse con el equipo de la residencia o de la unidad. En muchas ocasiones las familias, no conocen a los responsables de los diferentes departamentos: ¿Quién se responsabiliza de que? ¿A quién acudir en caso de precisar ayuda, para resolver diversos problemas?. Puede ser una oportunidad para conocer a los encargados de la limpieza, mantenimiento y cocina. Quizás lo más importante sera poder hablar con el personal de atención directa a sus familiares, en especial con aquéllos que trabajan en turnos no coincidentes con las visitas a la residencia. Esta presentación del equipo puede desarrollarse a lo largo de varias sesiones.

II. LAS RUTINAS DIARIAS EN LA UNIDAD O RESIDENCIA

III. CAMBIOS NORMALES DEL ENVEJECIMIENTO

IV. INFORMACION SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y LAS ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN LA TERCERA EDAD

V. REACCION EMOCIONAL DE LAS FAMILIAS FRENTE A SU FAMILIAR, LA ENFERMEDAD O LA INSTITUCIONALIZACION

VI. METODOS PARA MEJORAR LAS VISITAS FAMILIARES

VII. TECNICAS DE COMUNICACION CON LOS ANCIANOS MAS INCAPACITADOS

VIII. EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA

IX. EL EMPLEO DE LOS MEDICAMENTOS

X. LA DEPRESION

rios, informar al equipo de las principales preocupaciones de las familias. Algunas familias agradecen la oportunidad de poder integrarse de un modo activo en la unidad o en la residencia.

Los grupos de apoyo y autoayuda para familiares

Los grupos de poyo a los familiares, constituyen otro tipo de actividad grupal, que puede ser de utilidad en las residencias. Para muchas personas, la decisión de ingresar a un familiar en la unidad residencial constituye una decisión particularmente dolorosa, que se prolonga en el tiempo y se agrava con la observación del declinar progresivo del mismo. Estos grupos de apoyo pueden resultar muy efectivos para que algunas familias puedan compartir sus sentimientos, aprender de la experiencia de otros y percibir que no se encuentran solos.

No todos se sienten confortables en este tipo de grupos, y el éxito dependerá, con frecuencia, de las habilidades del moderador o animador del grupo. Aunque estos grupos no pretenden ser terapéuticos, con frecuencia los miembros y los moderadores se ven enfrentados a poderosas emociones y con los problemas normales que pueden surgir en estas situaciones grupales.

Algunos grupos de apoyo para familiares son de duración temporal limitada,

usualmente limitados a 6-8 sesiones sobre temas concretos; otros son de duración ilimitada, y abiertos (con miembros que se integran y se van del mismo, en función de sus necesidades).

Si algunas familias precisan de ayuda más intensiva de la que les puede aportar el grupo, puede ser interesante que sean derivados a servicios más especializados.

5. CONCLUSIONES

Las familias de los ancianos institucionalizados, continúan manteniendo y constituyendo una importante relación y fuente de bienestar para la mayoría de ellos.

Estas familias, realizan un proceso de adaptación emocional importante frente al ingreso residencial, que plantea en muchos casos la necesidad de una atención y apoyo desde los equipos residenciales.

La integración y atención de estos sistemas familiares, en la vida residencial, debería constituir un elemento fundamental en el proyecto asistencial y de gestión de los centros residenciales, para facilitar el manejo de los conflictos y aprovechar al máximo su impacto beneficioso sobre los residentes, familias y equipo asistencial.

Jesús Angel Padierna Acero

Médico psiquiatra
Servicio de psiquiatría
Hospital de Galdakao
Osakidetza

BIBLIOGRAFIA

- Frude N. Understanding family problems. «A psychological approach». John Wiley & Sons. Chichester. 1991: 1-30
- Rosenthal C. & Dawson «P. Families and the institutionalized elderly.» en: Care-giving in dementia. Research and applications. C.M.M. Jones & B.M.L Miesen (Eds.). Routledge. London. 1992: 398-418.
- Ginsberg-McEwan E. & Robinson «A. understanding and helping the family.» en: Practical psychiatry in the nursing home. A handbook for staff. D.K. Conn & cols. Hogrefe & Huber publishers. Seattle. 1992. 249-263.
- Spencer B. Partners in care: «The role of families in dementia care units.» en: Specialized dementia care units. D. H. Coons (Ed.). The Johns Hopkins university press. Baltimore. 1991: 189-204.
- M. D. Cohn & G. M. Jay. «Families in long-Term-Care Settings.» en: Mental health consultation in nursing homes. M. A. Smyer, M. D. Cohn & D. Brannon (Eds.). New York University press. New York. 1990. 142-191.
- D. P. Birkett. «Psychiatry in the nursing home». The Haworth press. New York. 1991: 29-34.
- Hayslip B. & León J. «Hospice care». Sage publications. Newbury Park. 1992: 164-179.

ANALISIS DE LA VARIABILIDAD DEL COSTE/RESIDENTE

1. INTRODUCCION

Cada año al recoger los datos de los diferentes costo/residente de las residencias mixtas de Gipuzkoa se observa una enorme variabilidad entre dichos coste, variabilidad difícilmente explicable por el simple azar. Algunas residencias tienen costes/residentes tres veces superiores a otras residencias.

Las diferencias son tan importantes que exigen un análisis sobre las posibles causas que originan este fenómeno. El análisis no debe ir encaminando únicamente a saber por qué hay residencias con costes tan altos, sino que además debemos acabar conociendo si los costes (altos o bajos) repercuten positivamente en la calidad de vida de los residentes, o si por el contrario no tienen ninguna relación.

Una de las conclusiones más importantes del análisis de la variabilidad del coste/residente de 1992 fue el reducir el complejo fenómeno a 2 variables que reducían y explicaban la enorme variabilidad. Estos eran:

- 1.º El índice personal/plaza
- 2.º El Costo Unitario del personal.

En definitiva dos dimensiones del tema «personal».

En unas residencias el costo/residencia se eleva por influencia de un índice personal/plaza inadecuado; en otras residencias la variable influyente es el costo unitario de personal y en otras por ambas causas. En 1993 se procede a profundizar más en este tema.

El Coste Unitario de Personal es una variable relativamente autónoma y de difícil reducción a corto y medio plazo. El tema fue abordado en las Jornadas Municipales de 1991, en las que se recogieron propuestas a tener en cuenta. En cualquier caso está claro que el tema del personal y del trabajo es un tema muy difícil en nuestros días y por tanto de difícil solución. El índice personal/plaza, por el contrario es una variable en la que se puede seguir profundizando.

2. RELACION INDICE/PERSONAL/PLAZA Y EL NIVEL DE MINUSVALIA

Teóricamente el índice personal/plaza de una residencia debería venir condicionado por el nivel de minusvalía de los residentes y en cierta medida por el tamaño de la residencia. Después de realizar una comparación entre el nivel de minusvalía y el índice personal/plaza se llega a la conclusión de que existe una importante desviación entre ambas variables en algunas residencias, no encontrándose los índices personal/plaza que corresponderían según el nivel de minusvalía de las residencias.

En la siguiente tabla aparecen las diferentes residencias, la minusvalía medida en puntuaciones KUNTZMAN, y el índice personal/plaza que les correspondería en relación a su nivel de minusvalía, posteriormente aparece el índice personal/plaza real que tiene la residencia y finalmente la desviación existente.

RESIDENCIA	MEDIA KUNTZMAN	INDICE PERSONAL PLAZA TEORICO	REAL	DIFERENCIA
1) HONDARRIBIA	3,26	0,326	0,33	
2) IRUN -MUNICIPAL	3,21	0,321	0,41	ALTA
3) IRUN - INMACULADA	2,71	0,271	0,30	
4) EI BAR - PRIVADA	4,03	0,403	0,31	ALTA
5) EIBAR - DIPUTACION	3,01	0,301	0,29	
6) ELGOIBAR	3,67	0,367	0,38	
7) MUTRIKU	4,06	0,406	0,31	ALTA
8) SORALUZE	3,89	0,389	0,36	
9) ARETXABALETA	3,70	0,370	0,50	ALTA
10) ARRASATE	4,07	0,407	0,24	EXTREMA
11) BERGARA	3,80	0,380	0,26	ALTA
12) ESKORIATZA	3,66	0,366	0,36	ALTA
13) OÑATI	3,98	0,398	0,22	EXTREMA
14) ANDOAIN	3,31	0,331	0,29	
15) ZORROAGA	3,33	0,333	0,33	
16) ALAI -ETXE	4,06	0,406		
17) EGIA	3,17	0,317	0,26	
18) HERNANI	3,56	0,356	0,36	
19) OIARTZUN	3,17	0,317	0,32	
20) PASAIA	3,93	0,393	0,54	EXTREMA
21) RENTERIA	3,49	0,349	0,33	
22) BEASAIN	2,98	0,298	0,31	
23) LEGAZPIA	2,96	0,296	0,26	
24) ORDIZIA	3,82	0,382	0,33	
25) SEGURA	4,33	0,433	0,26	EXTREMA
26) ZUMARRAGA	3,19	0,319	0,26	
27) TOLOSA- YURREA MENDI	4,12	0,412	0,25	EXTREMA
28) TOLOSA - DIPUTACION	3,54	0,354	0,84	EXTREMA
29) BILLABONA	3,69	0,369	0,21	EXTREMA
30) AZKOITIA	4,19	0,419	0,24	EXTREMA
31) AZPEITIA	3,71	0,371	0,29	
32) ZARAUTZ	3,85	0,385	0,26	ALTA
33) ZESTOA	4,52	0,452	0,41	
34) ZUMAIA	3,98	0,398	0,30	ALTA

Como puede verse hay importantes desviaciones, lo cual no quiere decir que mecánicamente estas desviaciones correspondan a las residencias con costos/residentes extremos, pues el Costo Unitario de Personal, en algunos casos neutraliza y en otros profundiza las diferencias.

Para determinar el índice/plaza teórico según el nivel de minusvalía, se ha tomado la situación media de Gipuzkoa redondeada como nivel teórico, de tal forma que a una puntuación media de Kuntzman de 3,64 le corresponde un índice personal/plaza 0,364 y así sucesivamente. Este índice personal/plaza resulta acertado teniendo en cuenta que las desviaciones por arriba y por debajo se corresponden casi mecánicamente con las residencias que tienen costes/plaza extremos y de difícil explicación.

Como es una cuestión discutible solo se ha considerado una diferencia como «alta» cuando es mayor a 0,1 y extrema cuando es superior a 0,15, es decir, por

tanto, diferencias muy notables que están por encima de una cuestión tan discutible, y que no puede excusar las responsabilidades que se desprenden.

Los datos que se han utilizado son los últimos disponibles.

A. Residencias que tienen muchos menos personal del que le correspondería por su nivel de minusvalía (las que tienen asterisco indican diferencias enormes).

Eibar - San Andrés	* Tolosa - Yurreamendi
Mutriku	
* Arrásate	
Bergara	* Billabona
* Oñati	* Azkoitia
* Segura	Zarautz
	Zumaia

Las residencias que tienen un importante déficit de personal para su nivel de minusvalía son las que tienen una impor-

tante presencia de religiosas. Cabría preguntarse en estos casos hasta que punto la reducción del coste/residente a través de índices personal/plaza inusualmente bajos, repercute a la calidad de atención que el usuario recibe.

B. Residencias con exceso de personal para el nivel de minusvalía que tienen

Aretxabaleta

* Pasaia

* Tolosa - Diputación

Irún - Municipal

En estas cuatro residencias no hay una correlación entre el nivel de minusvalía de los residentes y el índice personal/plaza, en este caso por exceso. En el caso de Aretxabaleta se trata de una residencia muy pequeña que tiene bastante personal. En Tolosa - Diputación no hay una relación lógica entre estos dos temas y la desviación es tal alta que difícilmente se puede justificar por necesidades reales.

En el caso de Pasaia es cierto que tiene un nivel de invalidamiento muy alto, pero incluso en ese caso el índice personal/plaza es inadecuadamente alto.

En el caso de Irún-Municipal la disfunción nace este año con un importante incremento en el índice personal/plaza.

3. IGUALACION DE COSTES

A) En las residencias que tienen un exceso de personal en relación al nivel de invalidamiento de sus residentes nos podemos encontrar con dos tipos de situaciones. En primer lugar nos podemos encontrar con situaciones en las que es imposible la ampliación de la Residencia. En estos casos la única y difícil salida vendría por el traslado del personal manteniendo las condiciones de trabajo.

Por otro lado en aquellas residencias que tienen exceso de personal y cabe la ampliación de la misma o la creación de un Centro de día, la solución vendría por la ampliación del número de residentes, operación que se llevaría a cabo con aportaciones nulas o mínimas de personal. Teniendo en cuenta que 3/4 de los costes de una residencia vienen del capítulo de personal, podemos concluir que en determinadas residencias se puedan crear plazas con aumentos mínimos

de los costes de mantenimiento, bajando el coste/plaza.

Finalmente podemos decir, y esto en la medida que existan posibilidades, que el personal voluntario que trabaje en residencias se debería dirigir a aquellas residencias que soportan unos mayores coste/residente.

En lo referente a las residencias con unos índices de personal/residente excesivamente bajos en relación al nivel de invalidamiento y sobre todo cuando las diferencias son tan sustanciales como los reflejados en el cuadro anterior, cabe replantearse el tema desde otro punto de vista.

Parece claro que se hace necesario realizar estudios sobre la calidad de vida de los residentes, y ver hasta que punto los índices personal/plaza tan bajos que tienen están produciendo reducciones en la calidad de vida de los residentes, al sacrificarse la actividad de la residencia a la obtención de costes/residentes bajos.

Esos estudios deberían separar aquella parte de la calidad de vida del residente debida a factores externos a la actividad de la residencia (apoyos familiares, pensión, hábitos, minusvalía, etc.), de aquellos que son estricta responsabilidad de la residencia, incluyendo entre estos últimos tanto los cuidados personales como otros factores referidos a comida, derechos, nivel de actividad, etc.

4. REPERCUSION ECONOMICA EN LOS AYUNTAMIENTOS

Como es conocido la financiación de una residencia depende de diferentes financiadores. En primer lugar los residentes aportan el 75 % de su pensión, sin que se produzcan diferencias alarmantes entre las diferentes residencias.

En segundo lugar Diputación realiza unas aportaciones económicas en función del número de minusválidos residentes y de si cobran el F.B.S. Finalmente el ayuntamiento, según el coste total, suele realizar aportaciones hasta completar el coste total.

Como es claro, y debido a la enorme variabilidad de costos, las aportaciones de los ayuntamientos son completamente

dispares. En las residencias con coste/residente alto el ayuntamiento debe realizar importantes aportaciones económicas que se llevan buena parte del presupuesto que dichos ayuntamientos dedican a Servicios Sociales.

En otros casos completan la financiación con aportaciones cercanas al 10 % del gasto total de la residencia. Y finalmente hay residencias en las que no es necesario que los ayuntamientos aporten nada y otros en los que ha habido superávit, en concreto *en 9 residencias ha habido un superávit superior al 14%.*

Teniendo en cuenta que ya hay residencias que reciben más dinero del que gastan podemos hacernos las siguientes preguntas:

1. ¿Se están distribuyendo los recursos económicos entre las diferentes residencias en relación a las necesidades?
2. ¿Cómo es posible que haya residencias que no empleen dinero de subvenciones, sin repercutir en la calidad de vida de los residentes?

El año pasado se elevaron notablemente las aportaciones de Diputación con la esperanza de que las residencias con costes bajos eleven notablemente sus gastos y en las residencias con coste/residente alto contendrían sus gastos aliviando las aportaciones de los ayuntamientos.

Pero la realidad de los datos nos indican que el fenómeno de base, la variabilidad del coste/residente, se ha mantenido igual, o mejor dicho se ha trasladado a un nivel de costes superior.

Evidentemente la solución no pasa por «dar más a quien más coste tiene», pues lo único que se conseguiría es que ninguna residencia realizara economías en su gestión, en la confianza de que la aportación de Diputación cubriría los gastos.

Por tanto para conseguir que hayan subvenciones con arreglo a las necesidades que no repercutan de una manera tan excesivamente diferente en los ayuntamientos, se podrían tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Debería existir un índice corrector de las aportaciones de Diputación en función de las aportaciones de usuarios. Si una residencia prima la entrada en la residencia de personas con pensiones bajas, esto repercute negativamente en los presupuestos. Para que las residencias no restrin-

jan la entrada de personas con bajos ingresos, la Diputación debe realizar aportaciones sensibles a este fenómeno.

2. El tema del Costo Unitario de Personal, en los casos en que sea posible, se debe renegociar las condiciones salariales que pueden llegar a ser insoportables en algunos casos. Con los casos en que no se pueda renegociar la situación se debe tener en cuenta a la hora de subvencionar.
3. Las aportaciones de Diputación deben ser sensibles al nivel de minusvalía de las residencias, no en términos del % de residentes que tienen una puntuación 4 o superior a 4 en la escala de Kuntzman, sino en términos de puntuación media en dicha escala.

Si se toma como referencia el % de personas que tienen una puntuación 4 o mayor se supone que un residente que tiene una puntuación 4 o una puntuación 10 generan los mismos costes en términos de necesidades de personal, lo cual es falso.

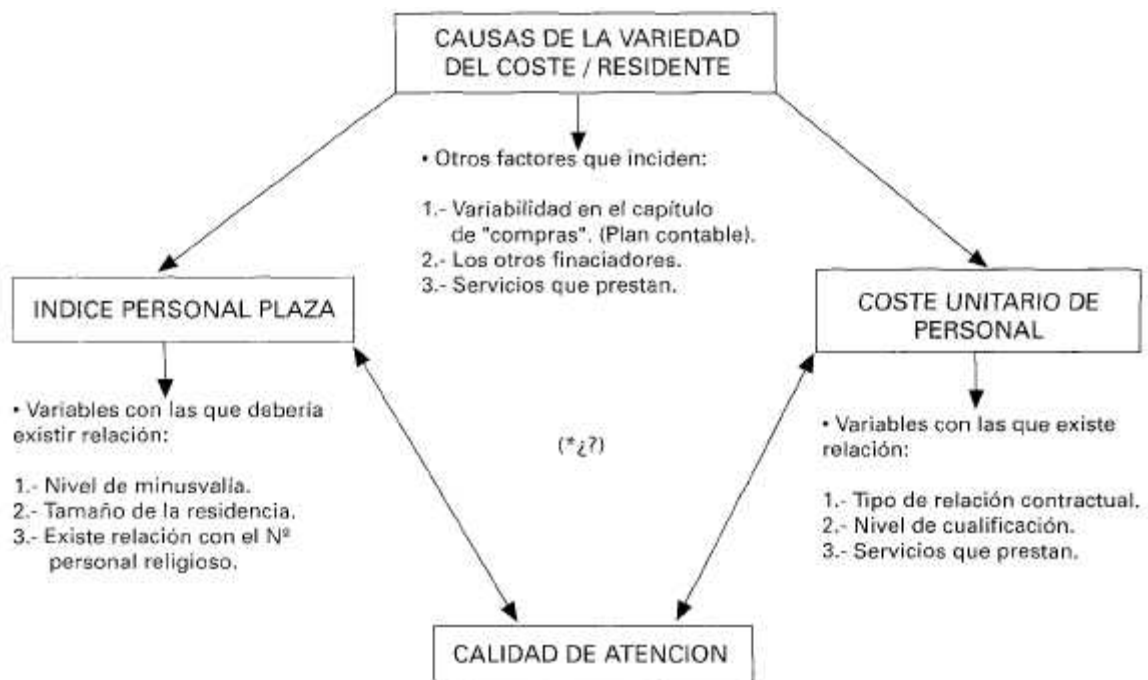
5. CONCLUSIONES

A través del presente trabajo se ha intentado analizar este tema de la variabilidad del coste residente, que va cobrando una creciente importancia conforme va evolucionando el Sistema de Servicios Sociales. Hay que empezar a cuestionarse si debemos asumir responsabilidades más allá de la mera transferencia de recursos económicos a las residencias y empezar a analizar el uso que se hace de esos recursos y si los estamos asignando conforme a las necesidades reales.

Podemos discutir si el índice personal/plaza que se ha estimado adecuado según el nivel de minusvalía de una residencia es el mejor o el peor de los indicadores de necesidades de personal, pero las diferencias son tal altas que debemos preguntarnos si es un tema sobre el que hay que actuar o ser expectadores pasivos.

Finalmente, y no por ello menos importante, debe obtenerse información sobre calidad de la atención residencial, para ver si existe una relación entre los costes/residente y la calidad de la atención, pudiéndose llegar a dos tipos de situaciones:

- a) Que no exista relación con lo cual el pagar costes altos no repercute sobre la persona mayor.



•Relación no demostrada

b) Que exista esta relación, con lo cual las residencias con costes bajos tendrían una calidad de atención baja. ¿Las residencias ofrecen servicio equivalentes?. No tenemos respuesta a esta pregunta. ¿Estamos ofreciendo 2 o más tipos de servicios diferentes?

En definitiva debemos asumir nuestras responsabilidades en las residencias, iniciando la tarea de evaluar la situación en que se encuentran desde una perspectiva

multidisciplinaria, en la que este trabajo sería un simple ejemplo.

El que exista superávits superiores al 14 % en 9 residencias debe entenderse como un fracaso en la gestión de los recursos públicos y desde esta constatación debemos analizar hasta que punto el tema de la variabilidad del coste/residente está afectando a la calidad de vida de los residentes.

Eugenio Peñas

LA NORMATIVA DE ACCESIBILIDAD DE LA C.A.V.: SU CUMPLIMIENTO EN EL CONTEXTO DEL PROCESO EDIFICATORIO

En 1992 la Dirección de Bienestar Social del Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco financió un estudio cuyo objetivo general es el de conocer y valorar las causas que inciden en el incumplimiento de las Normativas de Supresión de Barreras Arquitectónicas y Urbanísticas de la C.A.V. El artículo que aparece a continuación es una síntesis, realizado por el propio autor, del capítulo de conclusiones de dicho estudio.

1. BARRERAS ARQUITECTONICAS

Las actuaciones que se pueden llevar a cabo ante la situación de incumplimiento de la normativa vienen explicadas por tres observaciones de la realidad:

La primera hace referencia al *proceso constructivo y los elementos de control* de todos los aspectos de la edificación (no sólo la accesibilidad); todos y cada uno de los momentos definidos son fundamentales para el cumplimiento de la (cualquier) normativa, de tal forma que aun considerando que la obtención de la licencia de obras (para edificios nuevos) es hoy un momento de control efectivo (habría que comprobar si esto es así, al menos en las 3 capitales objeto de estudio), cualquier desviación del proyecto inicial producida en los siguientes momentos del proceso puede dar lugar a una situación de incumplimiento.

Ante esta situación, y teniendo presente que el planteamiento correcto de esta cuestión vendrá dado a medio plazo por las iniciativas normativas del Gobierno Vasco (para las viviendas) y sobre todo por la futura Ley General de la Edificación, las propuestas presentadas están orientadas hacia la mejora de las posibles desviaciones que sobre la accesibilidad se pueden dar en cada momento, dentro del actual marco jurídico; lo que hay que valorar es si conviene adoptarlas o, por el contrario, es mejor esperar a los futuros desarrollos normativos.

La segunda, que aborda la *modificación de la actual normativa* de accesibilidad, es el que condiciona de forma restrictiva el cumplimiento del «espíritu» de la normativa; y lo hace principalmente en un doble sentido:

— Por su *ambigüedad ante los casos de reforma*, imposibilita la exigencia

del cumplimiento de la norma en estos casos, y obliga a una labor de mejora en su objetivación.

- Por su deficiencia en el *régimen de sanción*¹ (y control, generalizados al resto de elementos constructivos), incide en la prevalencia de la eficacia de la norma frente a su validez.

Este último sentido nos remite a la tercera observación: *la regulación exclusiva del problema de accesibilidad desde un punto de vista normativo es una visión reduccionista*, pues:

- No tiene presente el componente sociocultural («sensibilidad», «espíritu de la norma») de la eficacia de la norma. Sin abordar esta cuestión, el resto de actuaciones quedan sesgadas por la validez de la norma.
- La ambigüedad de las reformas no se resuelve completamente por su mejor objetivación, pues siempre quedará un margen no-objetivable. Sin tener en cuenta el fomento de la accesibilidad (e incluso la incenti-vación) entre los proyectistas y promotores para estos casos (del ámbito privado) no-regulables, el tratamiento de la ambigüedad de las reformas queda inacabado.

Por lo tanto, la valoración de estas propuestas debe tener presente:

- Si es conveniente esperar a la futura regulación normativa del proceso de control (y sanción) de todos los elementos constructivos o si, por el contrario, conviene intervenir hoy por hoy en lo que respecta a la accesibilidad.
- Si los aspectos identificados para justificar la modificación de la actual normativa de accesibilidad podrían abordarse desde los proyectos del Gobierno Vasco (vivienda) o si, por el contrario, seguiría siendo necesaria una nueva normativa.
- Y si la cuestión de la accesibilidad requiere adoptar exclusivamente un punto de vista normativo.

1.1. Actuaciones al margen de la modificación de la normativa

Habida cuenta de que la modificación de la normativa sea cual sea la opción elegida, no tendrá lugar a corto plazo, hay una

¹ A este aspecto caben añadir otros, como la ampliación del ámbito de aplicación, límites temporales a la planificación...) que, si bien no inciden en el incumplimiento de la actual normativa, son de interés en una supuesta modificación de la misma.

serie de actuaciones que pueden llevarse a cabo mientras tanto:

a) Denuncia de los casos de incumplimiento

Al margen de las salvedades que se han realizado respecto al alcance y validez de la información empírica existente en materia de accesibilidad e incumplimiento de la normativa, es evidente que se han dado casos más que suficientes como para justificar la denuncia de los colectivos directamente afectados.

En ese sentido, y sin esperar a otro tipo de actuaciones que pretendan corregir esta situación, se debe continuar (e incluso intensificar) con las acciones de denuncia en los juzgados por parte de dichos colectivos. Su importancia reside no tanto en los resultados que se puedan conseguir respecto a la accesibilidad en el centro objeto de denuncia (la jurisprudencia no permite, de momento, ser muy optimistas al respecto) como en indudable poder de presión y sensibilización que tal medida tiene, tanto entre los técnicos como entre los políticos (hasta ahora y como hemos visto, al margen de la identificación de responsabilidades).

b) Fomento del cumplimiento de la normativa en los casos de reforma y en el ámbito privado

La mejora de la normativa respecto a la objetivación de los casos de reforma es una de las cuestiones apuntadas a lo largo del estudio, y es de la mayor importancia en los municipios con menor disponibilidad de suelo edificable; sin embargo, es difícil que se pueda excluir todo tipo de ambigüedad, tanto en la titularidad pública como, y sobre todo, en la privada. En el *ámbito público* la cuestión técnica sería la única prevalente²; el resto —razones de sensibilidad y costes— formaría parte de la «ejemplaridad» de la administración al que algunos entrevistados hacían referencia³.

² Por tanto, las actuaciones tendrían el mismo carácter que las destinadas a informar y sensibilizar a los distintos sujetos implicados por la normativa (técnicos —de la administración y ajenos a ella—, promotores y contratistas) sobre los tipos de incumplimiento que se dan, en obras nuevas, a lo largo del proceso constructivo.

³ Y en ese sentido, conviene recordar que la tendencia de la administración a reformar pisos para oficinas (en vez de locales de planta baja) debiera ser objeto de especial «ejemplaridad», así como de regulación normativa (impidiéndolo expresamente, a no ser que los accesos sean accesibles); a la espera de tal regulación, no queda sino realizar una labor de denuncia, información y sensibilización.

Sin embargo, en los de *titularidad privada* las cuestiones económicas tienen especial relevancia. Por tanto, el ámbito privado debe ser objeto de especial atención. Así, algunos entrevistados nos sugirieron ciertas actuaciones complementarias, encaminadas a fomentar la aceptación de la accesibilidad por parte de los promotores privados:

- b.1. Coordinación con el Dto. de Industria para que en los casos de adecuación —por motivos de seguridad— de antiguos ascensores a la normativa de Industria, se adecúe también a la de barreras; la actuación pasa por una revisión de la normativa de Industria.
- b.2. El incremento del coste, además de las razones técnicas, suele ser la principal razón para no tener en cuenta la accesibilidad. Por eso, puede ser importante incentivar de alguna forma las iniciativas de supresión, sobre todo en los casos de reforma en los que la difícil objetivación de la normativa permita que, en rigor, se pueda prescindir de la accesibilidad.
- b.3. Divulgación de la accesibilidad en sectores comerciales y de servicios, así como entre las casas de diseño de ciertos elementos y mobiliario. Esta propuesta continúa el planteamiento anterior, buscando la asunción de la accesibilidad a cambio de ciertas prestaciones (que bien pudieran ser no sólo económicas, sino también simbólicas: publicidad, premios...).

c) Fomento en las Escuelas de Arquitectura del estudio de proyectos desde la normativa y, en particular, desde la accesibilidad

Con mayor o menor énfasis, casi todos los técnicos entrevistados acaban concluyendo que el problema del incumplimiento de la normativa era un problema de sensibilidad social, incluso entre aquéllos que defendían claramente la sanción como medida disuasoria ante los incumplimientos en proyecto y, sobre todo, en ejecución de obra. Por lo tanto, es incomprensible que todavía no se haya hecho prácticamente nada sistemático por fomentar en las Escuelas de Arquitectura el estudio y diseño de proyectos desde el punto de vista de la normativa en general, y de la accesibilidad en particular, máxime cuando

ha sido un tipo de actuación recomendada en diversas ocasiones.

Decir que es un problema general de sensibilidad social, reflejada en la sensibilidad de los profesionales, no es sino decir que todavía la «validez» de la norma no es «eficaz», y éste es un problema que no se resuelve (al menos únicamente) desde una posición jurídico-formalista. Por tanto, no caben más dilaciones en la aplicación de medidas que, como ésta, incidan en el desarrollo de la eficacia de la norma⁴.

d) Fomento del cumplimiento de la normativa entre todos los sujetos directamente implicados por la misma

Esta es una propuesta similar a la anterior, pero hemos preferido dedicar a aquélla un epígrafe específico, habida cuenta la importancia que la docencia tiene para la eficacia de la norma.

En el estudio ya se han identificado los distintos momentos en los que se puede dar un incumplimiento de la normativa a lo largo del proceso constructivo (desde el diseño del proyecto hasta la fase de ejecución), así como los específicos responsables asociados a cada uno de ellos. Sin embargo, no tenemos información empírica que nos permita valorar cuáles de entre esos momentos son en los que hoy se da un mayor incumplimiento; así, es posible que mientras en la redacción de los proyectos y en la fase de ejecución de obra sigan dándose los principales incumplimientos, no suceda (comparativamente) lo mismo en la supervisión de los mismos por parte de los técnicos municipales.

Por lo tanto, conviene incidir en la divulgación del problema (los «recordatorios», como los denominaba un entrevistado) entre los sujetos implicados por la normativa y, principalmente a la luz de las entrevistas, entre los técnicos ajenos a la administración y los promotores/contratistas.

Mención especial merece a este respecto el Colegio de Arquitectos, por su papel —desentendido— en el proceso de supervisión de proyectos.

⁴ En ese sentido, habría que trabajar con el cuerpo docente de las Escuelas de Arquitectura para ver la mejor forma de introducir en las Escuelas la cuestión que nos ocupa; así, las sugerencias aportadas por A.M. KAAS, profesor de urbanismo de la Escuela de Arquitectura de la Universidad de Navarra y profesional especialmente sensibilizado con el problema de la accesibilidad, serían un punto de partida; en resumen, consisten en un análisis de las posibilidades de introducir el tema dentro del modelo didáctico utilizado en su Universidad.

e) Medios materiales y recursos humanos

e.1. Programas de sensibilización a colectivos específicos con soporte de material

Hasta ahora hemos dicho que, tanto en los casos de reforma como en los de nueva ejecución, hay que proceder a una labor de divulgación y sensibilización, pero lo que hay que hacer es dotarla de contenido.

No es objeto de este estudio diseñar las campañas de información, pero es claro que las realizadas hasta el momento, centradas principalmente en la resolución técnica de los problemas de accesibilidad y en campañas de divulgación general, no son suficientes. El contenido a divulgar debería ayudar a identificar y solventar a los distintos sujetos involucrados los tipos de incumplimiento que son de su competencia, según sus responsabilidades.

Así, la información a transmitir en las Escuelas de Arquitectura y Colegios de arquitectos es distinta a la de los técnicos municipales, técnicos de otras administraciones, técnicos ajenos a la administración, promotores/contratistas, así como en un planteamiento de otro orden, a asociación de comerciantes, bancos... En el primer caso debe tener un carácter más técnico, asociado a la idea central que se intenta transmitir: la accesibilidad a todos los espacios: por contra, el contenido a divulgar entre las entidades y particulares que promueven obras de rehabilitación en locales, el contenido debe ser eminentemente divulgativo, práctico y pedagógico para que, apoyado por propuestas como la apuntada en materia de «ayudas a la rehabilitación», fomenten el cumplimiento del «espíritu» de una normativa (de otra forma, es difícil que la objetivación de la misma para los casos de reforma pueda obligar/fomentar su aplicación)⁵.

e.2 Recursos humanos

Las iniciativas de apoyo deben centrarse en los técnicos municipales⁶, dado que

⁵ En definitiva, el contenido debe abordar desde los aspectos técnicos (compilación de normativas, material técnico para la resolución de los diseños, información sobre los tipos de incumplimiento recogidos en los distintos estudios—constataría cómo incluso en los supuestamente diseñados con un criterio de accesibilidad, la resolución no es suficiente o adecuada—, etc.) hasta los puramente divulgativos, y debe apoyarse en soportes materiales y en programas de apoyo (recursos humanos, ayudas a la rehabilitación).

⁶ Los Colegios de Arquitectos debieran ocupar el segundo lugar en orden de importancia (y primero

en ellos es donde reside la capacidad de control y supervisión del cumplimiento de la normativa y que, como se reconoce, pueden verse desbordados por la delegación (casi) exclusiva de esta competencia.

Tres son los momentos principales de control: la supervisión del proyecto de cara a la concesión de la licencia de obra, las inspecciones de obra y las inspecciones final de obra de cara a la concesión de la licencia de primera ocupación.

1. De cara a la supervisión de proyectos, la opinión general tendía a expresar que los recursos humanos disponibles eran suficientes para realizar dicha labor⁷.

Sin embargo, esto no quita para que, aquellos municipios que lo soliciten, puedan contar con una ayuda económica que permita la contratación de una persona de apoyo a la supervisión de proyectos (no sólo en materia de accesibilidad, sino en todos los aspectos a controlar). En ese sentido, durante la realización de este estudio se estaba gestando una experiencia de este tipo para el ayuntamiento X y financiado por la institución Y; el problema puede residir no sólo en la financiación sino en la adscripción departamental (habida cuenta del reparto de las cuotas de poder en los ayuntamientos) y en el carácter ejecutivo o no de los informes a emitir (lo que nos lleva al necesario control de las decisiones políticas que interfieren en algunos casos —desconocemos su cuantificación— el dictamen del informe técnico).

Hay otra cuestión que en opinión de los técnicos ayudaría a la mejora en la redacción de los proyectos y que ya viene recogida en el Decreto de la CAV para los casos de reforma; nos referimos a la exigencia *efectiva* de una «Memoria de los correspondientes Proyectos en donde se justifique la idoneidad de las soluciones adoptadas y la imposibilidad o inconveniencia del cumplimiento de las prescripciones técnicas contenidas en el Decreto, adjuntando la re-

en el proceso lógico de control), pero su notorio desentendimiento les convierte más en un sujeto de intervención (instar a su participación efectiva en el proceso de control) que en una fuente de ayuda en el momento presente.

⁷ Hay que tener presente que esta opinión refleja la situación de las 3 capitales, lo que probablemente no sea generalizable al resto de los municipios de la C.A.V.

lación de los incumplimientos y de las soluciones alternativas adoptadas» (art. 2.3).

Ampliar este requerimiento a todos los casos o, lo que es lo mismo, exigir en la documentación del proyecto una memoria detallada (no un simple certificado en el que se dice que el proyecto cumple la normativa) de la misma forma que se detalla el CTI para la normativa sobre incendios, es una medida propuesta por algunos técnicos municipales como la mejor forma de hacer que el proyectista se «moleste» en su proyecto.

2. Las inspecciones de obra serían el segundo momento de control en el proceso constructivo. Una política centrada en el aumento del control de las ejecuciones sin incidir a su vez en el fomento del cumplimiento de la normativa desde la concepción del diseño caería en un reduccionismo por validez de la norma, sin tener en cuenta la eficacia de la misma; caminaría hacia lo que algunos entrevistados denominaba «administración policía» e, independientemente de la filosofía jurídica inherente a la propuesta, no habría forma de financiar tal sistema.

Sin embargo, y supuesta una política de actuación sobre la eficacia de la norma, cabe apuntar una oferta de ayuda financiera para la contratación de personal de cara a la inspección de obras a los ayuntamientos que lo soliciten, al igual que se ha propuesto para la supervisión de los proyectos (en realidad, la iniciativa puede ser complementaria). En cualquier caso, y dado que no existen mecanismos claros de sanción (a la espera de una revisión de la normativa), la bondad de tal medida radicaría en lo que algunos entrevistados denominaban «recordatorios», con especial incidencia en aquellos tipos de incumplimiento que obedecen a «problemas de ajuste» e incumplimientos de licencia, más que a deficiencias a nivel de proyecto, más difícilmente solucionables en obra⁸.

3. Por último, muchos de los incum-

⁸ En ese sentido, y para los casos en los que el proyecto es correcto, la intervención sobre las distintas figuras que intervienen en la ejecución de la obra es importante para evitar que sobre todo los «problemas de ajuste» no conviertan en inaccesible un centro proyectado como accesible.

plimientos que se identifiquen o no hayan sido resueltos en el momento de la inspección de obra tienen, como hemos visto, difícil solución.

En ese sentido, cabe recordar el papel que juegan los responsables políticos (sobre todo en los casos de titularidad pública) en la concesión de licencias para aquellos casos en los que hay un informe municipal desfavorable; su control, indudablemente, pasa por una modificación de la normativa que salvaguarde al técnico de posibles riesgos.

f) Planificación de la supresión de barreras en los edificios y centros de titularidad pública

En las últimas leyes promulgadas en materia de accesibilidad (Generalitat de Catalunya, Comunidad de Madrid y Comunidad Autónoma de las Islas Baleares) se incluyen disposiciones adicionales y transitorias en las que se obliga a las distintas administraciones a elaborar un programa de supresión de barreras en los centros de su titularidad, así como a reservar partidas presupuestarias anuales para tal fin.

En ese sentido, y aunque alguna institución de la C.A.V. ya tiene este programa, convendría que se generalizara sin esperar a que tal requerimiento sea normativo.

1.2. Elementos a considerar ante una eventual modificación de la normativa

La posibilidad de modificar los actuales decretos en materia de accesibilidad se sitúa en el contexto de los planes del Gobierno Vasco relativos a la revisión de las condiciones de habitabilidad y de la Ley de Vivienda (VPO).

Por tanto, habría que valorar la pertinencia de una nueva normativa en materia de accesibilidad a la luz de los proyectos del Gobierno Vasco, así como el orden de prioridades (en el caso de apostar por una nueva normativa, ver si ambos proyectos pueden realizarse de forma simultánea o consecutiva y, en su caso, en qué orden)⁹.

Aquí lo único que podemos hacer es apuntar algunas cuestiones que podrían justificar una ley específica sobre accesi-

⁹ En ese sentido, parece que desde el Gobierno Vasco son la Ley de Vivienda (VPO) y la revisión de las condiciones de habitabilidad las que aparecen como prioritarias.

bilidad, sin entrar a valorar el orden de prioridades (en definitiva, sin establecer un calendario).

En primer lugar, destaca la necesidad de una mayor objetivación de las reformas; aunque la objetivación absoluta no es posible (ni tal vez pertinente según opinión de algún entrevistado), sí que se ha apuntado a lo largo del estudio que un mayor rigor es necesario. Así, lo que hay que ver es si los mencionados proyectos del Gobierno Vasco pueden acometer esta tarea, habida cuenta que en principio, su ámbito de aplicación se centra en viviendas (VPO y libres mediante la revisión de las condiciones de habitabilidad) y en las de nueva ejecución.

Por otro lado, está la cuestión de aglutinar en una misma normativa de accesibilidad y supresión de barreras las arquitectónicas, urbanísticas, del transporte, y, como lo hace la de la Comunidad de Madrid, las de las comunicaciones sensoriales.

Por último, están las cuestiones de requerimiento de plazos y partidas presupuestarias para planificar la supresión de barreras en los centros de titularidad pública, así como las medidas de fomento, de control y régimen sancionador (definición de criterios de accesibilidad y tipificación de infracciones).

1.3. La creación de una Comisión Interdepartamental

Independientemente de que se plantee dotarla de entidad jurídica, tal y como se ha realizado en las normativas de otras comunidades, parece necesario que exista un «grupo de trabajo» permanente que aborde el análisis y pertinencia del conjunto de medidas aquí planteadas, así como la ejecución de las que sean seleccionadas; dado que el problema de la accesibilidad no se reduce únicamente a una mejora en la regulación normativa, y debido también a su carácter interdepartamental e interinstitucional, no parece que este tipo de iniciativa pueda constituirse como el objetivo de un sólo departamento y/o institución.

Las reticencias fundamentales residen en las dudas que plantean su operatividad; en ese sentido, ésta dependerá del diseño de la misma: sólo si está dotada de capacidad ejecutiva (y presupuestaria) podrá ser operativa, tal y como sucede en el caso de Cataluña, y a diferencia del de la Comunidad Foral de Navarra.

Asimismo, la necesidad de que tenga continuidad en el tiempo supone otro criterio a su favor; no obstante, esta opción puede ser complementaria y posterior en el orden de prioridades (dado su carácter jurídico) a la idea del «grupo de trabajo».

En conclusión, hemos intentado identificar todas las observaciones que los entrevistados han aportado en su valoración de las causas del incumplimiento de la normativa. Insistimos que algunas de ellas pueden ser abordadas desde un punto de vista normativo, pero no todas; no debe olvidarse que contemplar sólo este tipo de actuaciones significaría un reduccionismo de la validez de la norma respecto a su eficacia que, en mi opinión (y en la de bastantes entrevistados), no sería adecuado para el objetivo que se persigue en el presente contexto sociocultural.

2. BARRERAS URBANÍSTICAS

Respecto a las barreras urbanísticas, la actuación fundamental debe estar encaminada hacia la planificación en la supresión de las barreras existentes, habida cuenta de que el cumplimiento en las nuevas urbanizaciones es más o menos generalizado, salvo excepciones puntuales y en lo que se refiere a las barreras fundamentales: rebaje de bordillos y obstáculos (anchura de acera).

En ese sentido y sin esperar a su regulación normativa, es necesario fomentar la realización de estudios que, como el de OTEIZA, M. Y MATEO, J. 1991, identifiquen y localicen el conjunto de barreras de un municipio y planifiquen su supresión de acuerdo a criterios orográficos, de funcionalidad (usos de la ciudad), localización de las poblaciones de riesgo y costes (OTEIZA, M. 1993).

No obstante, cabe hacer algunas matizaciones al respecto.

La primera incide en la importancia de la labor de coordinación de los distintos departamentos municipales que, por su labor, pueda tener alguna incidencia en la creación de barreras (fundamentalmente por mobiliario urbano); en ese sentido, la mayoría de los técnicos municipales consideraban muy difícil realizar tal tarea debido al propio funcionamiento (más o menos independiente, en función de la relaciones personales) de cada departamento; sin embargo, esta (importante) cuestión puede ser abordada en el contexto/momento de la planificación.

Otra hace referencia a la adscripción de tal iniciativa. Mientras algunos técnicos

consideraban que debía ser el propio departamento de mantenimiento, otros estimaban que debía partir de las propias asociaciones de discapacitados o a requerimiento del propio político; por tanto, cada municipio requerirá un planteamiento propio, y en el que la ayuda económica a tal iniciativa no será indiferente.

Por último, hay que tener en cuenta que la planificación de la supresión de barreras urbanísticas viene delimitada por la relación de los conceptos «territorio» y «asen-

tamiento». Así, en muchos casos se producen conscientemente barreras urbanísticas y arquitectónicas como defensa ante una orografía de especial pendiente (escalones en accesos exteriores frente a inundaciones o lluvia en general), y en otros se desestima la supresión por la misma razón; en estas situaciones, la reflexión sobre las posibilidades de accesibilidad debe ponderar el efecto (real o magnificado) de la orografía.

Martín José Oteiza Pérez

BIBLIOGRAFIA

BOBBIO, N. (1958) «Teoría della norma giuridica»; ed. Giappichelli, págs. 35-49
BOURDIEU, P. et al. (1973) «Le métier de sociologue»; ed. Ecole Pratique des Hautes Etudes et Mouton & Co.

CANTON, J.L. (1989) «Evitación y supresión de barreras urbanísticas y arquitectónicas desde un organismo público: D.F. de Alava»; ponencia presentada en las I Jornadas sobre Barreras Urbanísticas y Arquitectónicas e Euskadi, Vitoria-Gazteiz, 1 de Marzo de 1989.
DERBER, Ch. YSCHWARTZ, W.A. (1992) «¿Nuevos mandarines o nuevo proletariado? Poder profesional en el trabajo»; ed. REIS 59/1992, págs. 57-88.

DIAZ, E. (1984) «Sociología y Filosofía del Derecho»; ed. Taurus, págs. 55-57.
IBÁÑEZ, J. (1985) «Del algoritmo al sujeto»; ed. Taurus, págs. 55-57.

IBÁÑEZ, J. (1993) «El centro del Caos»; en Archipiélago, n.º 13.

MUÑOZ GARCIA, P. (1989) «La política de barreras urbanísticas y arquitectónicas en el País Vasco»; ponencia presentada en las I Jornadas sobre Barreras Urbanísticas y Arquitectónicas de Euskadi, Vitoria-Gazteiz, 1 de Marzo de 1989.
NORMATIVAS:

- Decreto 59/1981, de 23 de Marzo, sobre Normativa para la supresión de barreras urbanísticas. C.A.V.
- Decreto 16/1984, de 19 de Diciembre, sobre normativa para la supresión de Barreras arquitectónicas. C.A.V.
- Real Decreto 556/1989, de 19 de mayo, por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios.
- Ley Foral 4/1988, de 11 de julio, sobre barreras físicas y sensoriales. C.F. de Navarra.
- Decreto 250/1988, de 6 de octubre, por el que se crea la Comisión Interdepartamental de Barreras Físicas y Sensoriales.
- Decreto Foral 154/1989, de 29 de junio, por el que se aprueba el Reglamento para el desarrollo y aplicación de la Ley Foral 4/1988, de 11 de julio, sobre barreras físicas y sensoriales.

— Ley 20/1991, de 25 de noviembre, de promoción de la accesibilidad y de supresión de barreras arquitectónicas. Generalidad de Catalunya.

— Ley 3/1993, de 4 de mayo, para la mejora de la accesibilidad y de la supresión de las barreras arquitectónicas. Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.

— Ley 8/1993, de 22 de junio, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas. Comunidad Autónoma de Madrid.

OTEIZA, M.J. (1989) «Estudio sobre barreras arquitectónicas en Alava»; ejemplar en Asociación A.M.F.A. (Vitoria) y Dirección Bienestar Social (Dto. Trabajo y S. Social) del Gobierno Vasco.

OTEIZA, M.J. (1990) «Estudio sobre barreras arquitectónicas en los centros dependientes de la D.F. de Alava»; ejemplar en Negociado de Arquitectura de la D.F. de Alava.

OTEIZA, M.J. y MATEO, J. (1991) «Censo de las barreras urbanísticas de Vitoria-Gazteiz»; ejemplar en Negociado de Arquitectura de la D.F. de Alava y en Dirección de Bienestar Social (Dto. Trabajo y S. Social) del Gobierno Vasco.

OTEIZA, M. (1993) «Método para la identificación localización y planificación de la supresión de barreras urbanísticas»; en prensa.

PERROW, Ch. (1992) «Una sociedad de organizaciones»; REIS, 59/1992, págs. 19-56.
RODRIGUEZ, J.A. y GUILLEN, F. (1992) «Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea»; REIS, 59/1992, págs. 9-18.

SALCEDO, M. (1990) «Guía urbana de Bilbao para Minusválidos Físicos»; edita D.F. de Vizcaya.

SIADeco (1993) «Gía de accesibilidad de servicios turísticos de la C.A.V.»; edita Coordinadora de D.F. de la C.A.V.

SMS (1990) «Barreras arquitectónicas. Recomendaciones para una actuación futura»; ejemplar en SMS y en la Dirección de Bienestar Social (Dto. Trabajo y S. Social) del Gobierno Vasco.

TOHARIA, J.J. (1987) «¡Pleitos tengas!... Introducción a la cultura legal española»; ed. CIS, Madrid.

CONTRIBUCION A LA CRITICA DE LA POLITICA SOCIAL

El artículo que se presenta constituye la introducción al libro del mismo título, editado por el Departamento Interfacultativo de Sociología y Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad Pontificia de Comillas.

1. INTRODUCCION

En nuestro tiempo estamos viviendo tres grandes hechos sociales. Uno es el derrumbamiento de los estados totalitarios comunistas. El segundo es la persistencia de una situación trágica en los países en subdesarrollo, de la que participan también otros muchos millones de personas en los países en vías de desarrollo. Países desenganchados total o parcialmente del tren del progreso y con un difícil futuro en el marco de las relaciones «países ricos-países pobres». Y el tercero es la consolidación de la existencia de pobres en los países ricos, la presencia de un cuarto mundo en las sociedades más desarrolladas.

Dentro de este tercer hecho se sitúa el tema central de este libro: la crisis de los *estados-providencia*, —es decir, el problema de los estados sociales que han aspirado a satisfacer con fondos públicos a todas las necesidades basadas en derechos sociales de sus ciudadanos y que pasan por la experiencia de su incapacidad para hacerlo—; y la necesidad de superar este modelo con un nuevo proyecto social que concilie una *nueva forma de estado social* con el aprovechamiento de todos los re-

ursos que es capaz de generar la *sociedad civil* para la solución de los problemas sociales en un estado social de tipo medio.

En las páginas que siguen, la crisis es objeto de análisis, tomando como base, datos de los últimos veinte años de Europa y de España hasta junio de 1992. Aun cuando los acontecimientos políticos, económicos y sociales se suceden en nuestro tiempo con rapidez vertiginosa considero que es un período de tiempo suficiente tanto para ese análisis como para poder asentar desde ellos las tesis que se defienden en el libro sobre el proyecto social que precisamos en este tipo de sociedad y de estado.

Un proyecto que, en el fondo, ha de jugar papeles tan importantes y necesarios como el de la *vertebración ética de la sociedad*, y el de *abrir horizontes nuevos* a las personas que sienten los problemas sociales y desean trabajar por su solución. Muchas de estas personas habían encontrado en el estado social «providencia» un norte para su acción; hoy es preciso reencontrar ese norte desde dentro de la crisis misma de esa forma de estado, y esto es algo a lo que este libro aspira a contribuir.

En concreto, este libro aspira a contri-

buir a la clarificación de la política social más necesaria o conveniente en una sociedad y estado del tipo de la sociedad y el estado españoles en el presente y en un futuro próximo, y a motivar al lector a un compromiso con la misma basado en la razón y en la solidaridad. En estos años son muchas las personas comprometidas de una u otra forma con la cuestión social que trabajan y han escrito sobre estos temas en España y con los mismos o semejantes objetivos. Este libro aspira a merecer un puesto entre ellos.

El libro se centra, pues, en la *política social*, ámbito real principal para el planteamiento de las soluciones a los problemas sociales en nuestro tiempo en la sociedad y estado que consideramos aquí.

Marx y Engels consideraron necesario en su tiempo centrarse en la crítica de la «economía política» para asentar sobre las bases de esta crítica su defensa del proletariado (1859-1867). Más recientemente, también Rawls centrará en la economía política su estudio sobre la justicia distributiva (1971). Tanto aquellos autores como éste conjugaban así, relacionándolos, el planteamiento económico y el planteamiento social para la solución de los problemas sociales. Y, personalmente, yo también creo que en la economía se juega la política social su poder ser mejor o peor e incluso su ser o no ser, y que, consiguientemente, el ideal será avanzar conjuntamente en el análisis de ambos campos.

Esto supuesto, ¿por qué no intento algo semejante, en vez de limitarme a plantear el análisis de la política social en un modelo económico determinado, el de la economía de mercado, sin cuestionar el modelo ideal para la política social en el mundo actual? Por varias razones.

En primer lugar, porque no sé la economía suficiente para ello, sobre todo si se tiene en cuenta que el afrontamiento de los problemas económicos de nuestro tiempo precisa de un *nuevo paradigma económico*. Hoy vivimos no sólo el derribamiento del modelo económico socialista, sino también la agonía de un sistema capitalista el cual, por muchas correcciones económicas y sociales que se hagan el modelo liberal que le estructura, muestra cada día más patentemente su incapacidad para resolver los graves problemas económicos y sociales a nivel mundial, regional y de estados. En los albores del 2000, combustionados ya a lo largo del siglo XX el paradigma económico gestado al comienzo de la era industrial (con sus dos modelos, socialista y liberal), preci-

samos pues un nuevo paradigma económico, capaz de constituir un terreno de juego válido para la solución de los problemas humanos que plantean las nuevas tecnologías y todos los demás desafíos mundiales y planetarios que ha de afrontar la humanidad en nuestro tiempo (estancamiento y decadencia de la economía, disparidades económicas, poblaciones marginadas, degradación del medio ambiente, el trabajo como un bien escaso, hambre y sed, enfermedades...).

En segundo lugar, y supuesto lo anterior, porque creo que *no podemos esperar a disponer de ese nuevo paradigma para continuar afrontando los problemas sociales*. En tanto ese paradigma es gestado y puesto en marcha (por alguna idea luminosa y/o por concienciación colectiva de muchos), lo que no podemos hacer es cruzarnos de brazos y distraernos con su espera de la atención que precisan con urgencia angustiosa millones de hombres en las sociedades que contemplamos y en el mundo entero. Una atención que no se centra hoy tanto en los derechos de los trabajadores (como en tiempos de Marx y Engels), cuanto en los derechos sociales de todos los hombres, porque hoy los principales sujetos a defender no son los proletarios, sino los parados los pobres, los marginados de diversos tipos la poblaciones de los países pobres...

En tercer lugar y como colofón de todo lo anterior, lo que nos pide el realismo y el sentido de justicia es que, mientras trabajamos por encontrar el paradigma económico que precisa nuestro tiempo y por mejorar entre tanto el modelo vigente, aceptemos la realidad de la *economía de mercado* y pensemos en su seno las solución más eficaces y válidas para la salvaguarda de los derechos humanos de todos los hombres.

Hoy, lo que la situación reclama y a lo que nos aboca es a asentar las bases para la defensa eficaz de los derechos de todos los hombres y muy particularmente los de las personas y países más marginados en este modelo económico. Es a realizar una *crítica a fondo de la política social nacional e internacional* en sociedades con economía de mercado. Es a ver de entender cómo poner en práctica eficazmente en la sociedad aquella forma superior de justicia distributiva que, enmarcada en la política social, incorpora a su proceder la práctica de la solidaridad.

En cuanto al método seguido en el libro, sólo creo necesario señalar aquí que la exposición del proyecto social que voy

proponiendo a lo largo del mismo se efectúa en el tercer capítulo mediante la exposición de los *conceptos más importantes en política social*. Por una parte, al tratarse de conceptos de los que unos son fundamentales para los planteamientos sociales, otros son básicos desde un punto de vista sociopolítico y otros tienen un fuerte carácter operativo, su exposición da pie a la presentación metódica y completa de un proyecto de modelo social. Y, por

otra, algunos de ellos son conceptos jóvenes todavía, y por lo mismo, insuficientemente consensuados, por lo que todo lo que se haga por avanzar en su elucidación es importante.

Juan Manuel Cobo Suero

Universidad Pontificia Comillas
Departamento Interfacultativo
de Sociología y Escuela
Universitaria de Trabajo Social

LA OPERACION ESTADISTICA QUE SE AVECINA (1.^a PARTE)

Seguro que es difícil encontrar, entre la población ocupada del País Vasco, personas que deban dedicar más tiempo de su trabajo a cumplimentar formularios, rellenar protocolos y responder a encuestas que el que emplean los profesionales del sector de los servicios sociales. Su «rutina» diaria se ve muy frecuentemente interrumpida por este tipo de requerimientos y, si ello resulta siempre perturbador, lo es aún más cuando se observan continuas duplicidades y solapamientos, cuando se ignora el por qué y el para qué de los datos que se solicitan, cuando, en definitiva, se considera que el esfuerzo exigido no se va a traducir en nada útil.

El problema resulta difícilmente resoluble a corto plazo porque, para evitar esos solapamientos y duplicidades, para obtener un buen rendimiento de los datos, es imprescindible la creación de un único sistema de información (S.I.), y, cuando hablamos de «sistema», nos estamos refiriendo a un conjunto de principios, reglas y «cosas» relativas a una materia determinada, que se encuentran claramente relacionadas entre sí y relacionadas, además, con unos objetivos concretos bien establecidos y definidos. La razón que explica la inexistencia de ese único S.I. es también evidente: cuando se habla de servicios sociales en la Comunidad Autónoma Vasca no puede hablarse todavía, en propiedad, de un único sistema de servicios sociales, de un sistema de servicios sociales vasco.

1. LOS SERVICIOS SOCIALES EN LA CAV: NECESIDAD DE CONSOLIDACION DE UN SISTEMA

Vamos a empezar dando una visión cuantitativa, y por tanto sólo parcial, de la dimensión del problema; he aquí unas cuantas cifras orientativas¹, sumamente reveladoras:

- En esta Comunidad, de poco más de dos millones cien mil habitantes, toman decisiones que inciden en mayor o menor grado en el ámbito de los servicios sociales una Dirección del Gobierno, Tres Departamentos Forales, cada uno de los cuales constituye la espina dorsal de los servicios sociales territoriales, configurándolos de una manera distinta, casi doscientos cincuenta Ayuntamientos y alrededor de seiscientas entidades privadas casi en su totalidad sin ánimo de lucro. Las relaciones que estos agentes mantienen entre sí van desde el amor hasta el odio pasando por la indiferencia; en algunos casos, también hay que decirlo, se observan relaciones de colaboración y coordinación. Entre unos y otros mantienen abiertos al público algo más de mil cuatrocientos centros, de variadísimo «pelaje» y condición, desde los que se ad-

¹ Los datos que se manejan corresponden a los ejercicios 1991 y 1992.

ministran los servicios a la población.

- En esta empresa, o, mejor dicho, ayuntamiento de empresas que son los servicios sociales de nuestro País prestan su esfuerzo, en términos significativos de tiempo, algo más de diecisiete mil personas —imagínemos un pueblo entero del tamaño de Pasaia, Tolosa o Zarautz—, de las que nueve mil quinientas son trabajadores remunerados; en otras palabras, en más de nueve mil familias vascas entran rentas de trabajo procedentes de este sector.
- La población que hace uso de esos servicios es difícilmente cuantificable; directa o indirectamente nos beneficiamos todos. Algo más concreto se sabe, no obstante, respecto a los usuarios de determinadas prestaciones:
 - sus centros residenciales, que tienen un índice de ocupación elevadísimo, si se pusiesen juntos en un mismo lugar, podrían formar una ciudad, con la mayor parte de sus servicios, de casi diez mil habitantes;
 - algo más de ocho mil seiscientas personas, las más de las veces con problemas graves de discapacidad, reciben atención directa en su casa;
 - el número de ciudadanos vascos, generalmente de bajos recursos económicos, que recibe pensiones —nos referimos exclusivamente a prestaciones periódicas— administradas por los servicios sociales, en sus diferentes modalidades —I.M.I., P.N.C., F.B.S., LISMI— puede estimarse que gira en torno a veinticinco mil.

Basta con detenerse aquí, no es preciso pasar revista a más programas o servicios: más de cuarenta mil vasos tienen su vida en buena medida condicionada por la atención personal o las pensiones que reciben del ámbito de los servicios sociales.

- Es difícil sustraerse a la tentación de traducir trabajadores y beneficiarios a términos de unidades familiares, y vamos a caer en ella, conscientes, eso sí, del carácter muy orientativo de los resultados. Supongamos que cada una de las prestaciones a las que nos hemos referido explícitamente es recibida en una unidad familiar distinta y supongamos también, para corregir el sobredimensionamiento que se derivaría de la introducción de esa primera hipótesis, un tamaño de unidad familiar algo más bajo que la media general, tres personas, por quedarnos con una cifra redonda. Entre trabajadores del sector y personas asistidas suman cincuenta y tres mil que, multiplicadas por tres, arrojan un total de ciento cincuenta y nueve mil. En otros términos, entre siete y ocho personas de esta Comunidad de cada cien, dependen en buena medida de los servicios sociales.
- También podemos hablar de «pelas» que es uno de los indicadores más comúnmente empleados. Por término medio todos y cada uno de los ciudadanos de esta Comunidad aportan a la Administración veintidós mil cuatrocientas pesetas anuales para que ésta los destine al mantenimiento de los servicios sociales. En relación a otros sectores y subsectores de la administración pública vasca la situación es la siguiente:

PUBLICOS DE NATURALEZA SOCIAL REALIZADOS EN LA COMUNIDAD AUTONOMA

	Millones de ptas.	índice - Base: gto. en S.S. = 100
Servicios Sociales Educación	47.136	100,00
Pública Enseñanza Básica Pública	83.713	177,59
Gasto Público Extrahospitalario	38.358	81,38
	27.872	59,13
Gasto de Osakidetza	168.495	357,47

Indicaremos, para concluir, que los algo más de cuarenta y siete mil millones de pesetas de este sector representan el 1,38 por cien del Producto Interior Bruto de este País.

Y, después de este chaparrón de cifras, una anécdota y unos comentarios. A comienzos de los años ochenta, hace menos de quince años, los servicios sociales de la Diputación de Gipuzkoa estaban inte-

grados por un negociado de beneficencia (sic), en el que trabajaban un jefe y cuatro administrativos y una oficina del plan asistencial, con un director y una secretaria; eso era todo. El esfuerzo realizado en esta última década ha sido ingente, no ha habido tiempo para muchas «finuras», entre otras razones porque se partía de unos niveles absolutamente precarios, el modelo de referencia diseñado por la Ley de Servicios Sociales ha dado de sí todo lo que podía dar, pero está pidiendo a gritos una revisión en profundidad, los esfuerzos de coordinación entre las diferentes administraciones en el sector no han alcanzado en muchos casos los resultados apetecidos... «A toro pasado» las explicaciones son fáciles, pero el balance en definitiva nos dice que, aunque se ha avanzado muchísimo, no se ha logrado todavía tener un sistema de servicios sociales vasco; en plan optimista, muy optimista, tendríamos que hablar, como mínimo, de tres sistemas de servicios sociales, uno en cada Territorio².

Las cifras que hemos expuesto, que muestran la magnitud y complejidad del sector y los problemas que ello plantea de organización, son además—esta es la otra cara de la moneda—argumentos más que suficientes en defensa de la necesidad de consolidación del sistema. No parece serio andar por la vida con un «tinglado», dicho con el mayor afecto, de estas dimensiones, que tiene una trascendencia social de tal envergadura, y que el «asunto» no esté bastante más y mejor estructurado, particularmente, con los «vientos que soplan» o, dicho en otros términos, en los «tiempos que corren».

Tiene mucho que ver el momento actual con la necesidad y urgencia de consolidar nuestros servicios sociales. Sin ánimo de adentrarnos en un terreno que, por sí solo, daría pie a un artículo más extenso, sí creemos oportuno, al menos, exponer esquemáticamente las siguientes reflexiones:

- La coyuntura económica o, mejor dicho, la crisis económica —que ya no se sabe bien si calificar de coyuntural o estructural— se está identificando ya, a nivel de formulaciones políticas, con la crisis de un modelo social, el modelo del «bienestar». Si así de claro y simple es el diagnós-

tico, no lo es menos el tratamiento que se ofrece, hay que proceder a una reducción o, en el mejor de los casos, a una congelación de los gastos en protección social.

- Los servicios sociales no representan más que una parte, y una parte pequeña, del gasto total en protección social; no llegan a alcanzar tan siquiera el siete por ciento en nuestra Comunidad. La posición relativamente marginal que ocupan no les permite, sin embargo, escapar a la mirada de los responsables, cuando de ajustar el gasto se trata. A lo largo de 1993 y 1994, los profesionales del sector han podido percibir directamente una política restrictiva de gasto que «lógicamente» se ha centrado fundamentalmente en los capítulos de transferencias, a familias y entidades, y de inversiones, creando importantes tensiones en las relaciones —entre entidades privadas y públicas y entre éstas últimas entre sí— que sustentan el modelo de servicios sociales vigente.
- Puede ser sólo el comienzo. Si esta política sigue adelante, y los vientos antes citados esa dirección llevan, es más que posible que el «ajuste de tuercas» no se produzca de forma uniforme y comience, eso sí, en profundidad, por las que resulten más fáciles de ajustar y, en este sentido, el mundo de los servicios sociales es el más vulnerable, entre otras razones, porque es el más nuevo, el que presenta un menor grado de consolidación interna... y ¿por qué no decirlo? el menos «justificable» de los sistemas que integran la protección social: el derecho a la atención sanitaria, a las pensiones contributivas, a las prestaciones de desempleo... a lo que constituye el grueso de la protección social, están socialmente mucho más reconocidos y enraizados entre la población como tales derechos que el derecho a las prestaciones sociales.
- El mundo de los servicios sociales puede sentirse empujado a adoptar actitudes defensivas ante el grueso del material desplegado en esta ofensiva. Y, sin embargo, esa actitud es precisamente la menos adecuada para los tiempos estos que corren. Dos argumentos básicos:

- Buena parte de las restricciones

² Otro tema, otro debate distinto, que no interfiere en nuestro «discurso» es el de si es mejor uno o tres sistemas distintos en nuestra Comunidad, pero en cualquier caso, ese debate debe plantearse siempre en términos de sistema.

que se produzcan en el campo de la protección social —recetas sanitarias, pensiones, prestaciones de desempleo...— se traducirán automáticamente en una mayor demanda al campo de los servicios sociales. Si se cobran dos meses menos de desempleo, nos encontraremos, posiblemente, con dos meses más de IMI para muchos parados, por poner un ejemplo gráfico. Esta es la última red de la protección social y, si los que están por encima amplían el tamaño de sus mallas y, consecuentemente, aumentan la indefensión de los ciudadanos, es preciso reforzarla, porque debajo de ella no hay otra, y el vacío en el que pueden caer muchas personas es el problema clave del asunto.

- Los servicios sociales de este País son todavía muy deficitarios y sigue en pie el desafío de continuar en la línea de ampliación e implantación de centros, servicios, programas y prestaciones. No es necesario recurrir a los ejemplos de Suecia o Dinamarca, no, la referencia es más próxima, el territorio de Alava. Pues bien, sólo para conseguir que los servicios sociales de la CAV en su conjunto fuesen equiparables a los de ese Territorio, sería preciso incrementar el gasto público en servicios sociales de toda la Comunidad exactamente, según nuestros cálculos, un cincuenta por ciento. Es evidente que los servicios sociales alaveses no están sobredimensionados en relación a los estándares medios europeos y, es evidente también, que éste debería ser uno de los objetivos a medio plazo del futuro sistema de servicios sociales vasco.

El mundo de los servicios sociales no puede, ni debe, sin embargo, permanecer al margen de una crisis que está afectando a la sociedad. Debe seguir creciendo, entre otras razones, por la existencia misma de la crisis, pero debe plegarse disciplinadamente a la exigencia de economía, rigurosidad y racionalización que toda crisis plantea y que constituye uno de sus aspectos positivos más importantes. Este es nuestro último argumento, no el menos importante, en pro de la consolidación de los servicios sociales como sistema de protección.

2. LA INFORMACION EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES; URGENCIA DEL DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA

Resultaría una empresa sumamente ambiciosa que, por cierto, no se ha emprendido todavía, estudiar la situación actual de la información existente dentro del ámbito de los servicios sociales. No parece, sin embargo, necesario justificar, en base a datos cuantitativos —al menos ante los profesionales del sector— el diagnóstico que vamos a emitir; los que se encargan de proporcionar datos están, como hemos señalado, cansados y reticentes, y los que necesitan disponer de información de base para cualquier estudio se ven obligados a desarrollar investigaciones específicas porque, en buena medida, los datos existentes —organizados en cada Territorio e incluso en cada municipio de forma distinta— están fundamentalmente diseñados con vistas al control de gestión y muy pocas veces resultan reciclables para otros fines. En pocas palabras, la información en materia de servicios sociales está mal estructurada y es mala; ese es el diagnóstico de partida.

Todos los argumentos esgrimidos en defensa de la sistematización de los servicios sociales están abogando simultáneamente por la necesidad de sistematizar la información en este terreno. No se puede concebir ya, en el estadio de desarrollo alcanzado, un sistema de servicios sociales sin un sistema de información; es ésta una perogullada tal que no necesita comentarios adicionales.

Hay además una razón de mucho peso que permite calificar de urgente a la necesidad de abordar esta tarea de sistematización. El diseño, la elaboración y la puesta en marcha de un S.I., de un instrumento de observación de cualquier sistema de naturaleza social, no resultan en modo alguno tareas simples. Implican mucho trabajo y también mucho tiempo, las dos cosas, y es importante tener en cuenta y valorar adecuadamente estos dos aspectos de la cuestión. Como ejemplo sumamente elocuente, aunque algo extremo —luego matizaremos el asunto—, entresacamos de la publicación «Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS). Metodología. Volumen I», editado por EUROSTAT, la «Oficina Estadística de la Unión Europea», a finales de los años ochenta, tan sólo dos breves párrafos:

— «La realización de una metodología normalizada representa el fruto de varios años de intenso trabajo que

no hubiera llegado a su término sin la cooperación de numerosos expertos nacionales».

- «Desde 1963, la Oficina Estadística de las Comunidades Europeas, solicitada desde diversos puntos y principalmente a petición de la Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales, se ha preocupado en emprender una tarea similar³ a escala Comunitaria».

Pasaron muchos años desde esta fecha hasta que se consiguió publicar el primer volumen de los dos que definen la metodología del sistema.

Como en todas las cosas de la vida, habría que empezar por plantearse los objetivos, estudiar los recursos de que se dispone y diseñar una estrategia que nos permita alcanzar los resultados apetecidos con el menor gasto posible.

A mí particularmente me parece, y no se trata mas que de una opinión, que el tema está «maduro», que hay que poner manos a la obra porque merece la pena y que la operación no va a resultar excesivamente costosa, y fundamento mis pareceres en las siguientes valoraciones:

- El modelo de S.I. al que debería tenderse está en su mayor parte ya elaborado, es el mencionado SEEPROS.
- En la actualidad están ya en marcha, a nivel de la Comunidad Autónoma Vasca, tres operaciones estadísticas, de periodicidad anual, que recogen una información que, por un lado, puede, con relativa facilidad, ser ordenada en términos SEEPROS y, por otro, constituye la mayor parte de lo que el sistema requiere. Se trata de los trabajos:
 - Estadística de Servicios Sociales. Entidades y Centros.
 - El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel Municipal.
 - Guía Informatizada de Prestaciones relacionadas con la Inserción Social.
- Existe la posibilidad de ir haciendo confluir esas tres operaciones estadísticas y se puede proceder a esta operación ordenadamente, tomando siempre como referencia el modelo al que se quiere llegar.

³ Se está refiriendo al diseño de un instrumento de observación para el campo de la protección social, está hablando del diseño de un S.I.

3. LA METODOLOGÍA SEEPROS: UN BUEN INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN

La metodología SEEPROS nace con el propósito de ordenar y sistematizar todo el complejo y variado mundo de las prestaciones sociales relacionadas con el objetivo de la inserción, entendido este término en su acepción más amplia, para conseguir que los datos resulten homólogos y se pueda proceder a la realización de comparaciones significativas.

De acuerdo con el proyecto inicial, esta metodología se organiza en dos secciones, una, prácticamente finalizada, que se refiere a los ingresos y gastos, y otra, en proceso de elaboración, relativa a las características de los beneficiarios y de las prestaciones. Ambas secciones buscan, en definitiva, resultados estadísticos pero, con la idea de que resulten lo más homólogos posible, desarrollan en paralelo un detalladísimo subsistema de información sobre las ayudas y los beneficiarios. A pesar de encontrarse todavía en proceso de redacción las instrucciones precisas para cumplimentar la segunda sección, cuando este trabajo se lleve a término —y será de los que se finalizan—, no van a ser numerosos los aspectos novedosos que incorpore; toda su estructura va a estar fuertemente condicionada por los objetivos generales de SEEPROS, explícitamente establecidos ya, y por el desarrollo alcanzado por la metodología de la primera sección, con la que está previsto que mantenga un elevado grado de interrelación.

En esta «onda» de la metodología SEEPROS, parece indicado ordenar todos los esfuerzos institucionales que se realicen tendentes a la consolidación del S.I. La aplicación de este método al campo de los servicios sociales es posible, responde de forma adecuada a los problemas que se plantean y ofrece ventajas difíciles de diseñar.

El campo de observación de esta metodología, que se encuentra clara y precisamente delimitado, incluye todo el abanico de programas, prestaciones y servicios que puedan desarrollarse desde el ámbito de los servicios sociales, y permite su inclusión de forma estructurada, de acuerdo con definiciones excluyentes, conceptos jerarquizados y ordenaciones diversas que autorizan análisis y desgloses significativos.

La metodología está concebida de forma flexible y modular y permite el desarrollo desigual —más detallado o menos—

de sus diferentes partes en función de la información disponible y de los objetivos concretos que se persigan. Estas características abren las puertas a la posibilidad de un crecimiento bien estructurado del sistema, ya que la incorporación de modificaciones y medidas nuevas resulta fácil y se puede seguir avanzando hasta donde se considere oportuno en los niveles de desglose.

No son de desdeñar, por último, dos importantes ventajas implícitas en esta forma de proceder y una consideración un tanto más vanal:

- El mundo de los servicios sociales no puede mantenerse indefinidamente al margen de los procesos de convergencia que la marcha hacia la consolidación de la Unión Europea está desencadenando. Que los trabajadores de los servicios sociales vascos se vayan acostumbrando a conocer el esquema y la terminología que dentro de muy poco van a estar dominando sus «colegas» europeos, que sean capaces de situar fácilmente nuestros servicios en re-

lación a los servicios de los restantes países de la U.E., no son en absoluto asuntos baladíes.

- Existe la posibilidad de presentar esta experiencia al equipo de EUROSTAT que sigue trabajando en el desarrollo de la metodología SEEPROS que puede mostrarse interesado en colaborar en esta tarea.
- A lo largo del proceso de unión de los países europeos han sido numerosos los proyectos que no han logrado alcanzar los objetivos previstos. No creemos que este vaya a ser el caso de SEEPROS. Un S.I. diseñado para tener un conocimiento cabal de todas y cada una de las cosas que están sucediendo con el 25 por 100, por término medio, del P.I.B. de los países de la U.E., o, desde otra perspectiva, con aproximadamente la mitad del gasto público de estos países, es un proyecto demasiado importante como para pensar que no va a ser llevado a término.

Julio Díaz

APOYO SOCIAL Y ANCIANOS EN RESIDENCIAS

En este informe, tras analizar las fuentes principales de apoyo social en los ancianos, se describe un estudio exploratorio acerca de la composición de las redes informales de apoyo de los ancianos que viven en residencias especializadas así como de su grado de satisfacción acerca de las mismas.

Las circunstancias que habitualmente acompañan a nuestros mayores —jubilación, fallecimiento de los seres queridos y empeoramiento paulatino de la salud— contribuyen a una privación de apoyo social, precisamente en los momentos en que éste es más necesario.

El enorme interés que el papel del apoyo social ha suscitado en los últimos años se debe a sus influencias —no siempre constatadas— en el bienestar y la salud de las personas. Así, son numerosos los estudios que evalúan la relación entre apoyo social y tasa de mortalidad (Berkman & Syme, 1979; Blazer, 1982), salud física (Cohen, 1988) y salud mental (Norris & Murrell, 1984).

Este trabajo tiene por objetivo, tras una breve descripción de las principales fuentes de apoyo en la tercera edad, describir las características y composición de las redes informales de apoyo social en ancianos que viven en Residencias.

FUENTES DE APOYO SOCIAL EN LOS ANCIANOS

El sistema total de apoyo social consiste en tres subsistemas: informal (familia, amigos y vecinos), formal (organismos pú-

blicos y asociaciones privadas que suministran servicios) y semiformal (organizaciones que vinculan a la persona a su comunidad). Teóricamente estos subsistemas contribuyen conjuntamente a satisfacer las necesidades de los ancianos.

Cuando la salud se deteriora la familia y los amigos son quienes tienden a cuidar de los mayores. La «red informal» se convierte así en el primer recurso y fuente primaria de asistencia a los ancianos en la sociedad contemporánea.

En Estados Unidos, por ejemplo, se ha estimado que aproximadamente el 80% de todo el cuidado de los ancianos proviene de fuentes informales (Brody, 1981). También los datos canadienses indican que el 94% de los ancianos no institucionalizados reciben su asistencia de redes informales (Chappell, 1991).

Estas redes pueden suministrar diversos tipos de apoyo tales como ayuda instrumental, apoyo emocional, apoyo en resolución de problemas y orientación. La mayoría de los ancianos tienen familia o amigos que les ayudan en actividades instrumentales de la vida diaria tales como las tareas del hogar, compras, transporte, etc. El apoyo emocional es otra dimensión del apoyo social. Toda persona necesita alguien en quien confiar asuntos perso-

nales y con quien establecer una corriente afectiva intensa. La información y orientación en la resolución de problemas es, finalmente, otra área en la que los miembros de las redes informales pueden ayudar.

En cuanto a los suministradores de estos tipos de apoyo, ninguno como el papel del cónyuge ha sido tan bien documentado. El cónyuge asiste a su pareja durante toda la vida. Las parejas ancianas tienden a redistribuir las tareas domésticas cuando la salud de uno de ellos o de ambos se deteriora.

Debido a que las mujeres tienden a casarse con hombres mayores que ellas y a tener una mayor expectativa de vida, es más frecuente que sean ellas quienes asuman el rol de «cuidadoras». Son las esposas, por tanto, las que más probabilidades tienen de convertirse en suministradoras de apoyo y cuidados a ancianos incapacitados y enfermos (Hess & Soldó, 1985).

El segundo lugar en frecuencia lo ocupan los hijos como cuidadores de ancianos, especialmente cuando el cónyuge no está disponible. La mayoría de los ancianos viven cerca de al menos un hijo (Hanson & Sauer, 1985). Las hijas suministran ayuda instrumental y apoyo emocional mientras que los hijos tienden a supervisar tareas y facilitar recursos económicos cuando estos son necesarios. Sin embargo, cuando no hay una hija disponible, bien porque no existe o bien por la distancia, los hijos y las nueras suministran el cuidado (Chappell, 1991).

Otra fuente frecuente de apoyo procede de los hermanos, destacando especialmente la relación entre hermanas (Connidis, 1989).

Finalmente, los amigos caracterizados por una implicación voluntaria y por lazos afectivos constituye otra importante fuente de apoyo informal. Griffith (1985) encontró que dos tercios de las redes de apoyo estaban formadas por familiares pero que los sujetos lo que más anhelaban era un amigo del mismo sexo. En cualquier caso, posiblemente amigos y familiares cubren facetas diferentes pero complementarias del apoyo.

EL APOYO SOCIAL EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS

Los estudios citados anteriormente permiten hacerse una idea general acerca de las fuentes y características del apoyo

social en los ancianos no institucionalizados en la sociedad actual. Sin embargo, pocos estudios se han realizado tomando como referencia a los ancianos en residencias, a pesar de que precisamente uno de los objetivos de las residencias de ancianos consiste en suministrar oportunidades para la interacción social y el apoyo mutuo entre los ancianos residentes.

En general, los pocos trabajos realizados han tendido a encontrar niveles bajos de apoyo social y de interacción entre los ancianos que viven en residencias (Ehrlich et al, 1982; Stephens & Bernstein, 1984). Incluso se ha observado que los residentes consideran las relaciones mantenidas con otros residentes como menos significativas y más superficiales que las relaciones con personas externas a la Residencia (Stephens & Bernstein, 1984; Poulin, 1984).

Con el fin de conocer en mayor detalle el apoyo social recibido por los ancianos que viven en residencias especializadas se ha realizado un estudio en tres centros del Instituto Foral de Asistencia Social de Bizkaia (Calvete y cols., 1994; Fernández y cols., 1993).

En el estudio participaron 131 ancianos, 44 varones y 87 mujeres, con una edad media de 81.5 años (+8.23), institucionalizados en las residencias de Gallaría, Leioa y Txurdinaga. Todos ellos presentaban capacidad cognoscitiva conservada de acuerdo con el Mini Mental State Examination.

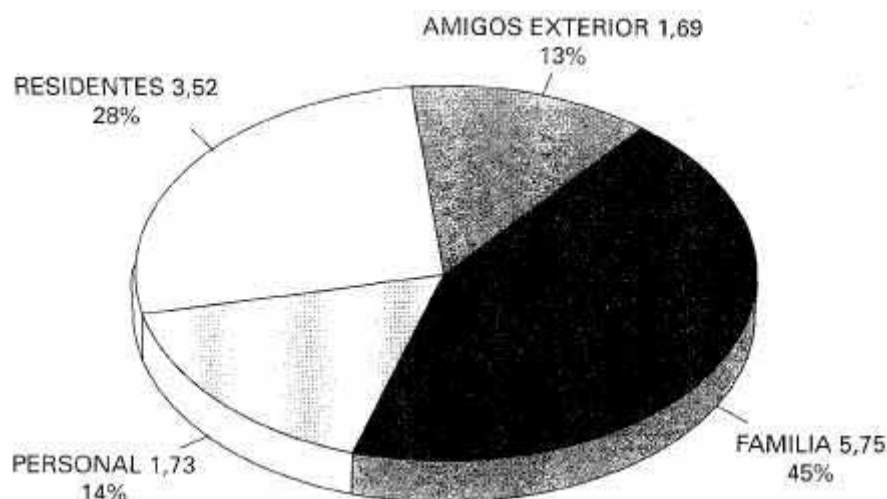
El apoyo social fue evaluado mediante una entrevista estructurada basada en el ISSI de Henderson y colaboradores (1982). Los 28 ítems de que consta la entrevista permiten obtener una puntuación global del apoyo social así como puntuaciones parciales para tres factores: Tamaño de la Red, Satisfacción con el Apoyo Social y Conflicto Social.

El tamaño y composición de las redes sociales en ancianos en residencias

Un análisis pormenorizado de las respuestas de los entrevistados nos permite describir la composición y tamaño de las redes informales de apoyo de estos ancianos.

El tamaño promedio de las redes sociales informales de los residentes es de 12.69 miembros (± 7.10), de los cuales el 45.31% son familiares (hijos, nietos y hermanos, fundamentalmente) (Figura 1).

Figura 1: RED INFORMAL DE APOYO



El siguiente paso consistió en analizar que tipo de personas constituyen dichas redes informales. El resultado son tres grandes apartados:

— *Red exterior*, constituida por familiares y amigos que mantienen en general contactos con los residentes durante las visitas efectuadas en las mismas residencias.

El tamaño promedio de esta red exterior es de 7.43 (± 5.21) y de estos casi todos son familiares (5.75 ± 4.22).

— *Red de residentes*: formada por aquellos residentes con los que se mantienen relaciones de forma habitual.

El grado de vínculo, a su vez, puede oscilar desde una relación relativamente superficial a una relación de verdadera confianza y cariño. El número promedio de esta parte de la red es de 3.52 residentes (± 2.63).

— *Red de personal*: Los ancianos en residencias tienen otra fuente importante de apoyo social en el personal de los centros. Sin embargo se trata de un círculo muy reducido ya que el promedio de trabajadores del centro con los que los residentes

manifiestan mantener relaciones habituales es de 1.73 (± 2.25).

No se han encontrado diferencias en función del sexo del anciano en los tamaños de las redes informales de apoyo pero si en función del estado civil. Se realizaron análisis de la varianza tomando como factor el estado civil (casado, soltero, viudo) y como variables dependientes el número de miembros de las diversas redes informales de los ancianos.

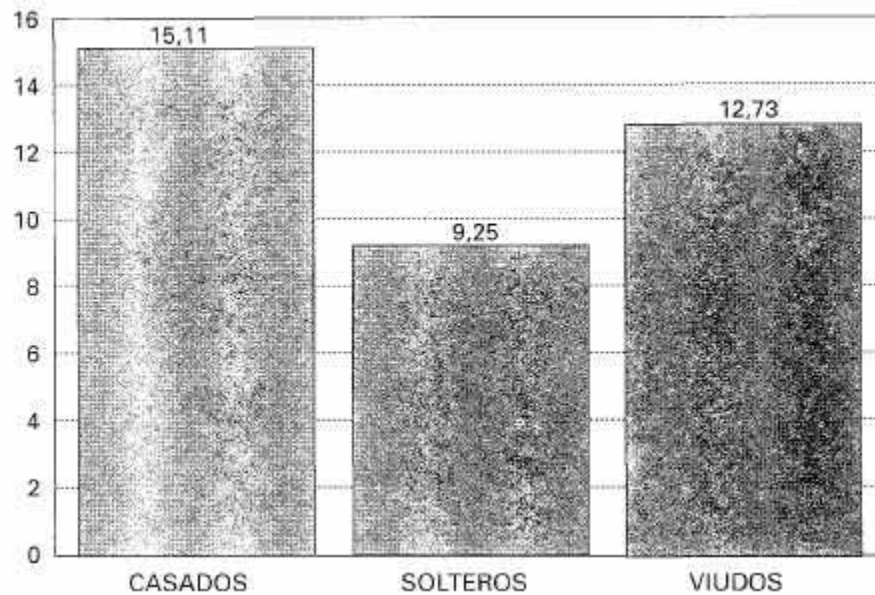
En la Tabla 1 se presentan las medias, desviaciones típicas y su significación estadística. Como puede verse en la Figura 2, el mayor tamaño de la red total se da en los ancianos casados ($M = 15.11$) mientras que el menor se da entre los solteros ($M=9.52$).

Si observamos los tamaños de las subredes (familia, amigos, personal y residentes) llegamos a la conclusión de que las diferencias asociadas al estado civil se deben —tal y como cabía esperar— exclusivamente al número de familiares incluidos en la red (hijos, cuñados, nietos, etc.) ya que no hay diferencias significativas en el número de residentes, trabajadores y amigos.

Tabla 1: TAMAÑO DE LA RED Y ESTADO CIVIL

Tamaño Red	Casados	Solteros	Viudos	F(2,129)	Signif.
Familia	6.63(± 4.68)	3.52(± 2.9)	6.22(± 4.56)	4.75	0.01
Amigos	2.17(± 2.94)	1.63(± 2.06)	1.48(± 2.25)	0.94	0.39
Residentes	3.91(± 2.92)	3.26(± 2.62)	3.41 (± 2.50)	0.57	0.5
Personal	2.40(± 2.93)	1.11(± 1.55)	1.62(± 2.02)	2.72	0.07
TOTAL	15.1(± 8.57)	9.52(± 4.67)	12.73(± 6.69)	4.996	0.008

Figura 2: TAMAÑO DE LA RED Y ESTADO CIVIL



Satisfacción con el Apoyo Social

Casi todos los autores coinciden en señalar la importancia de distinguir dos dimensiones diferentes del apoyo social:

— Por un lado, el aspecto cuantitativo del apoyo, reflejado en parámetros tales como el tamaño de la red, la frecuencia de los contactos, duración de las visitas, etc.

— Por otro lado, el aspecto cualitativo del apoyo, reflejado, por ejemplo, en la valoración subjetiva que el propio anciano hace del apoyo social recibido.

Con el fin de valorar esta segunda dimensión se preguntó a los ancianos acerca de su satisfacción tanto con la calidad como con la cantidad de apoyo suministrado.

A la pregunta «¿Le gustaría que los contactos con las personas del exterior de la residencia (familiares y amigos) fuesen más frecuentes?» los encuestados respondieron en un 51% que estaban satisfechos y en un 48% de los casos que preferirían verse más a menudo con esas personas del exterior.

A su vez el 64.9% (frente al 35.1%) de los ancianos respondieron que les gustaría mantener contactos con más personas de su familia o antiguos amigos.

En cuanto a las relaciones con los demás residentes, la mayoría (el 81.7%) manifiesta estar satisfecho con el grado de relación mantenida con otros residentes. Por otra parte, el 71% de los encuestados considera que el tamaño del grupo de re-

sidentes con el que se relaciona es suficiente, mientras que el 28.2% restante desearía ampliar esta red y establecer lazos con otros compañeros de la residencia.

De estos datos se desprende que la fuente principal de insatisfacciones en cuanto al apoyo social se refiere al mundo exterior de la residencia (familiares y amigos), coincidiendo con los resultados de otros estudios como el de Poulin (1984) y Stephens & Bernstein (1984) en los que se señala cómo en las instituciones públicas los ancianos dan poca importancia a las relaciones internas del centro siendo para ellos más relevantes las relaciones con el exterior.

Otro factor importante en relación con el apoyo social del anciano es su grado de autonomía. Un porcentaje importante de los ancianos que ocupan nuestras residencias presentan graves incapacitaciones físicas que les llevan a precisar asistencia para la realización de las actividades diarias así como para cualquier tipo de desplazamiento. Estas personas están, por tanto, mucho más limitadas a la hora de establecer contactos sociales, especialmente con el exterior, y dependen en mayor medida de las iniciativas de los otros.

Estas circunstancias llevan a que sean los ancianos más incapacitados los menos satisfechos con la cantidad de apoyo social recibida del exterior. Así entre los más incapacitados es mayor el porcentaje de insatisfechos por la calidad de las relaciones sociales mantenidas con el exterior (63% frente al 43%, G_i cuadrado=3.2, $p<0.05$) y

el número de casos que se encuentran insatisfechos por la cantidad total de personas con las que mantienen relaciones (76.1% frente al 47%, G_i Cuadrado=7.59, $p<0.005$).

En cuanto a áreas concretas de apoyo (ayuda instrumental, apoyo emocional, relaciones de confianza, etc.) encontramos algunos resultados interesantes.

Por ejemplo, en cuanto a la ayuda instrumental (desplazamientos, higiene, alimentación, etc.) el 97% está satisfecho con la ayuda que recibe por parte de los trabajadores y el 78.6% lo está con respecto a los familiares y amigos del exterior, pero sólo el 45% lo está con respecto a la ayuda recibida por parte de otros residentes.

El 32% se sienten insatisfechos con el grado de disponibilidad de las personas de su red en cuanto a ayuda para resolver problemas, pero al 77.1% les parece suficiente el número de personas que les prestan este tipo de apoyo.

A la pregunta acerca de las personas, especialmente cercanas, con las que se mantiene relaciones de confianza, en el sentido de poder hablar con ellas de los sentimientos más privados e íntimos, el 76% de los residentes manifiesta estar satisfecho con el grado de confianza establecido pero el 31 % añade que desearía mantener este tipo de relación de confianza con más personas.

Algo similar ocurre con respecto al apoyo emocional. El 76% dice estar satisfecho con la calidad e intensidad de este tipo de vínculo pero el 48% desearía ser querido por más personas.

CONCLUSIONES

Los datos de este estudio indican que las redes informales de apoyo de ancianos en residencias cuentan, en general, con pocos miembros y que estos son, en su mayoría, familiares.

Contrariamente a la creencia popular, las personas mayores no están aisladas o abandonadas por sus familias. La mayoría manifiestan tener contacto con sus familiares con cierta frecuencia pero existe un grado importante de insatisfacción acerca de esta fuente de apoyo.

Según Sheehan (1991), en algunas familias las visitas están motivadas por sentimientos de culpa u obligación más que por afectos. En otros casos, los contactos frecuentes se deben al empeoramiento de la salud del anciano. Estas circunstancias

pueden explicar que la valoración subjetiva que los ancianos hacen de los contactos sea negativa.

Los datos del estudio arrojan un balance especialmente negativo para los ancianos más incapacitados, siendo en éstos en los que el grado de satisfacción con el apoyo social recibido es más deficitario. En ocasiones, el anciano incapacitado provoca en sus hijos adultos una serie de emociones, miedos, inseguridades y conflictos interpersonales no resueltos. Algunos hijos, incapaces de asumir el declive de la salud del anciano, dejan gradualmente de visitarle debido a que les resulta demasiado penoso verle. En otros casos, sobreprotegen al anciano debido a sentimientos de culpa. En ocasiones declinan todo el cuidado en la residencia asumiendo que los profesionales de la misma cubrirán todas las necesidades de sus padres.

Por todo ello, la potenciación de unas redes sociales de apoyo satisfactorias tanto cuantitativa como cualitativamente debe convertirse en objetivo prioritario de los centros residenciales de tercera edad. Esta meta debe lograrse creando un clima social que favorezca la interacción y el apoyo, organizando actividades grupales de animación socio-cultural y rehabilitadoras, fomentando la creación de comités y comisiones de trabajo entre los propios residentes y, finalmente, logrando la participación de familiares y amigos en la vida de la Residencia.

Esta última meta es especialmente importante dado que, como se ha indicado, la principal fuente de insatisfacción radica en el apoyo prestado por los miembros de la familia.

De esta manera, la integración de las familias en la vida del centro se presenta como un reto para las Residencias de Ancianos.

El trabajo con las familias necesario para alcanzar dicho objetivo debería incluir algunas características:

- a. Reconocer y aceptar la diversidad que caracteriza a las familias de los ancianos y conocer a los miembros de dichas familias.
- b. Planificar actividades que impliquen a las familias en la vida de la residencia para fortalecer los lazos entre ancianos y familias.
- c. Valorar las necesidades de apoyo de las familias: La mayoría de las familias no están preparadas para afrontar los com-

piejos problemas que conllevan los ancianos incapacitados y esto les lleva a necesitar a su vez apoyo social.

d. Apoyar emocionalmente a las familias. El simple hecho de escuchar de forma no crítica a la familia acerca de sus sentimientos y vivencias suministra una oportunidad a los miembros de la familia de expresar sus sentimientos a menudo conflictivos. Reforzar los aspectos positivos de la conducta de la familia o ayudar a sus miembros a comprender lo mucho que sus visitas significan para el residente.

f. Informar a la familia acerca de la residencia, las necesidades de sus padres y los servicios suministrados. También acerca de los síntomas que sugieren la necesidad de intervención.

El cumplimiento de este objetivo no es fácil, pero debe convertirse en uno de los retos de las Residencias de Tercera Edad a fin de garantizar la plena integración social del anciano.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido realizado, en parte, con una ayuda a la Investigación concedida a Cristina Fernández, Idoia García y Esther Calvete por el Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Bizkaia.

Esther Calvete Zumalde
Instituto Foral
de Asistencia Social de Bizkaia

BIBLIOGRAFIA

- BERKMAN, L.F. Y SYME, S.L. (1979): Social networks, host resistance and mortality: A nine years follow up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- BLAZER, D.G.(1982): Social support and mortality in an elderly population. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684-694.
- BRODY, E.M.(1981): Women in the middle and family help to older people. *The Gerontologist*, 21, 470-480.
- CALVETE, E. Y COLS. (1994): Apoyo Social y Síntomas psicológicos en ancianos institucionalizados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 29(2), 73-78.
- COHEN, S.(1988): Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.
- CONNIDIS, I. (1989): *Family ties and aging*. Ioronto: Butterworths.
- CHAPPELL, N.L.(1983): Informal support networks among the elderly. *Research on Aging*, 5(1), 77-100.
- CHAPPELL, N.L.(1991): The role of family and friends in quality of life. En *The concept of measurement of quality of life and the frail elderly: A research conference*. Los Angeles: Academic Press.
- EHRlich, P. Y COLS. (1982): Congregate housing for the elderly: Thirteen years later. *The Gerontologist*, 24, 138-143.
- FERNANDEZ, C. Y COLS. (1993): *El apoyo social como indicador de calidad de los servicios residenciales para la Tercera Edad*. En Convoca-

- toria 1992 de Ayudas a la Investigación en Servicios Sociales. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia.
- GRIFFITH, J. (1985): Social support providers: Who are they? Where are they met? And the relationship of network characteristics to psychological distress. *Basic and Applied Social Psychology*, 6(1), 41-60.
- HANSON, S.M. Y SAUER, W.J. (1985): Children and their elderly parents. En W.J. Sauer y R.T.Coward (eds). *Social support networks and the care of the elderly* (41-66). Nueva York: Springer.
- HENDERSON, S. Y COLS. (1982): *Neurosis and the social environment*. Sydney: Academic Press.
- HESS, B.B. Y SOLDI, B.J. (1985), Husband and wife networks. En W.J. Sauer y R.T. Coward (eds.). *Social support networks and care of the elderly*, (67-92). Nueva York: Springer.
- NORRIS, F.H. Y MURRELL, S.A. (1984): Protective function of resources related to life events, global stress, and depression in older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 424-437.
- POULIN, J. (1984): Age segregation and the interpersonal involvement and morale of the aged. *The Gerontologist*, 24, 266-269.
- STEPHENS, M. Y BERNSTEIN, M. (1984): Social support and well-being among residents of planned housing. *The Gerontologist*, 24, 144-148.
- SHEEHAN, N.W. (1991): *Strategies for mobilizing social support*. Connecticut: Travelers Center on Aging.

RESEÑAS Y COMENTARIOS

AIPAMEN ETA IRAZKINAK

GIZARTEAK LAGUNDUAK

Michel Messu, «Les assistes sociaux», Privat, Toulouse, 1991.

Gizarte-laguntzak «lagundu profesionalak» sortzen dituenaren ideian oinarrituz, Michel Messu-k bere obrarekin, «gizarte-etikarako paradoja moduko at» deitu ohi den fenomeno hau hobe ulertzeko helburua du.

Messuren aburuz, ohizko ikuspegi soziopolitikoak haustari ekin behar zaio, edo beste modura esateko, asistentzia ezohizko egoeratzat hartzen duten ikuspegiak, lagundutako pertsona subjektu pasibotzat, hau da, pertsona integratuek dituzten gaitasunik gabeko pertsonatzat hartzen dituztenak (hautatzeko gaitasuna, nahiak adierzteko gaitasunak, etab.) eta gizartean parte hartzeko baliogabetzen dioten ideiak apurtu behar dira.

Asistentziak, hala den moduan, behar bezala analizatzeko baldintza mugatzailerik behar ez duen gizarte egoera definitzen duela uste du Messuk. Hay da, egoera normal bat da eta gizarte zientziek ohiz onartzen dituzten arrazonamenduzko era beretan azter daiteke.

Aipaturiko obran 3tik 5 urtera bitarteko epealdian gizarte zerbitzuen laguntza edo arreta jaso zuten hogeita hamabost familia edo pertsonen behaketan oinarritutako analisia auskeztu da. Gizarte-langileen laguntzaz baliatuz, eta interesatuekin izandako elkarriketen bitartez, familia edo pertsona hauen egoeraren garapena adierazi da, gizarte zerbitzuekin izandako harremanen arabera.

Baina azterlan honen helburua ez da behatutako pertsonen gizarte laguntzaren dispositiboen erabilera-esparrua ezartzea, baizik eta kontzeptuzko esparru bat proposatzea. Esparru honek errealitate horren irudiaren eskema burutuko du eta hori ulertzeko beharrezko intuizioa eskainiko du, honela, lagundutako pertsonen nortasuna ulertzea ahalbidetuz. Beraz, pertsonak, gizarte-laguntzazko egoera horretan kokaturik, egoera hori biziko duten modu desberdinak azaltzean datza helburua. Nahiz eta ikuspegia funtsean soziologikoa izaten jarraitu —azalpenerako baliagarriak izan daitezkeen osagaiak gizarte ekintzetan bilatzen dira— ez dira autoreak «mekanismo psikologikoak» derizkionak alde batera uzten.

Gizarte laguntzaren dispositiboen erabilpenerako praktiken behaketak eta analisiak pertsona hauengan hiru estrategia mota bereiztea ahalbidetzen dute. Messuk, hiru estrategia desberdin hauentzat lagunduaren hiru nortasun desberdin proposatu ditu:

1. Euspen estrategia - lagundu lotsatua.

2. Dependentsiaren luzapen estrategia - eskubidea duen lagundua.
3. Itxaron estrategia - barrenkezkak dituen lagundua.
1. Lagundu lotsatua eta euspen estrategia: lotsatuta dagoela dio. Erakundeen aurrean burutu beharreko kudeaketa bakoitzean bere egoeratik bere kabuz ateratzeko gai ez dela konturatzen da eta duen lotsa areagotzen du.
2. «Eskubidea» duen lagundua eta dependentsiaren luzapen estrategia: Gizarte laguntzazko dispositiboan sartzean lortu duen gizarte estatusa ez du galdu nahi. Hemen, pertsonak ez dute beren orainaldia edo etorkizuna zalantzan jartzen, ez hurbila ez eta urruna ere. Planteatzen duten guztia gizarte zerbitzuekin lortutako harreman-esparru estu, ia funtsezkoaren barruan dago. Balio-sistema bat bestea menperatzen du. «Gizarte eskubideek», hala nola «lan» balioa ordezkatzeko dute, gizarte laguntzaren erakundearen irudi zeharo desberdina lantzerantz eramango dute.
3. Barrenkezkak dituen lagundua eta itxaron-estrategia: balio gatazka batauskezten duen tarteko estrategia bat da. Itxaronaldia ez da pasiboa, ezagupenezko fase aktiboa baizik, balioei buruzko lana burutuz, azken fasearen amaieran, pertsona bakoitzak hautatu beharreko strategiari buruzko erabaki bat hartuko duelarik.

Beraz, obra honek lagundutako pertsonen nortasunen hiruataleko tipologia at auztezen du, hemendik aurrera nortasun hauek ulertzera ahalbidetuko duen intuizioa lor daitekeelarik. Halere, tipologia hau, funtsean, deskriptiboa da, behaketa zuzen baten bidez egin zitekeen tipologia baino landuagoa den arren. baina, Messuk dioenez, «ez dakigu oraindik tipologia hori hiruatalekoa izatearen zergatia. Hori lantzen jarraitu behar da, ezagupen intuitiboa ez ezik, ezagupen arrazoitu eta arrazionala lortu arte».

EL COSTE DE LA ATENCION

Cuando se habla de la importancia de la red informal de atención o de la atención en el medio familiar como alternativa a la institucionalización, se ignora habitualmente el impacto de dicha atención, es decir, el coste que representa —coste físico, emocional, económico— la atención de una persona dependiente en el hogar.

Consideramos que es importante evaluar este coste con el fin de tener una idea cabal de las consecuencias de determinadas alternativas. En efecto, dentro del análisis coste-beneficio, y como contrapartida al ahorro derivado de la desinstitucionalización, hay que tener en cuenta determinados costes familiares directos e indirectos y, lo que sin duda es más importante a la hora de establecer determinadas políticas, hay que prever el conjunto de medidas técnicas y económicas que deben acompañarlas.

Desarrollar la atención comunitaria quiere decir apoyar a la comunidad, para que pueda acometer, sin efectos laterales negativos, su función integradora.

Presentamos a continuación dos trabajos que tratan la cuestión de los costes. El primero «*Financial Time and Costs to Parents of Severely Disabled Children*», de L. Brust y Sapienza, es muy concreto. Se trata de un estudio americano que evalúa, a través de una muestra, el sobrecoste en tiempo y en dinero que representa una persona con deficiencia en el hogar. El segundo, «*The Costs of Caring*», de G. Parker (en «*With Due Care and Attention*»), consiste en una revisión de la literatura sobre el coste de la atención familiar, incluyendo la vertiente psicológica y social.

El primer trabajo trata de evaluar el coste y el empleo de tiempo adicional que representa un niño con discapacidades

en el hogar. Pone a punto asimismo un modelo predictivo del coste añadido y del tiempo de atención que requerirá el niño a sus padres en función de una serie de variables.

La muestra para el estudio fue seleccionada entre los usuarios del «*Minnestota's for Children with Handicaps*». Los individuos de la muestra debían cumplir como requisitos: tener menos de 18 años, vivir en casa, tener una discapacidad o una enfermedad crónica desde hacía por lo menos 6 meses, y requerir más atención que otro de la misma edad. El cuidador debía serlo desde hacía por lo menos 2 meses, y no tenía que ser profesional.

El trabajo describe con cierto detalle la metodología utilizada, y en concreto, los instrumentos utilizados, para medir entre otras cosas el grado de discapacidad o dependencia funcional.

Para interpretar adecuadamente los resultados es preciso tener en cuenta la inexistencia de un sistema público de salud en EE.UU., lo que implica que una gran parte de su población debe cubrir sus riesgos a través de sistemas privados y que, dentro del capítulo de gastos familiares, los derivados de la atención sanitaria representen cifras muy superiores a las de nuestro medio.

Del conjunto de la muestra, concretamente el 53 por ciento, tenían seguros privados y el 15 por ciento no disponían de ninguno, ni público ni privado.

El gasto mensual adicional crece con el incremento de las necesidades de atención del niño, sobre todo si tiene espina bífida, cuando existe una dependencia tecnológica, y cuando se tiene un se-

guro privado. Estas tres variables explican el 32 por ciento de la variabilidad en el gasto. El conjunto de variables independientes utilizadas permite predecir, con aproximadamente un 72 por ciento de seguridad, el sobregasto familiar que puede representar el niño con minusvalía.

Dicho sobregasto representa 193\$ de media, equivalentes al 12.5 por ciento de los ingresos.

En cuanto al tiempo de dedicación, es función del sobregasto y del grado de dependencia funcional del niño. También es mayor en los casos cubiertos por Medicaid, es decir, por el sistema público de seguro de enfermedad, y en los casos de dependencia tecnológica. Es menor en presencia de espina bífida como primer diagnóstico, y cuanto mayor es el número de horas que trabaja el cuidador en un empleo remunerado. Las 6 variables explican el 38 por ciento de la variabilidad de los requerimientos de tiempo. El modelo analítico propuesto por los autores, permite un 77 por ciento de predicciones correctas.

Las familias estudiadas dedicaban a la atención del niño con discapacidades una media de 4 horas y 42 minutos.

No cabe duda que sería muy interesante llevar a cabo estudios como el descrito en nuestro medio, con el fin de valorar la carga de trabajo y el esfuerzo económico que representa la presencia de una persona con discapacidades en el hogar, y con el fin de estudiar las necesidades familiares y el alcance de las prestaciones existentes. De cara al desarrollo de un trabajo de ese tipo, el descrito constituye una referencia imprescindible.

También el capítulo «*The Costs of Caring*» del documento «*With Due Care and Attention*», trata de los costes de la atención familiar. Constituye un repaso bastante exhaustivo de la literatura británica existente sobre el tema.

En la introducción se pone el acento en que el impacto familiar de la dependencia rebasa lo puramente económico. El coste de la atención informal incluye, además de los económicos, costes físicos y emocionales, y representa una restricción de oportunidades: pérdida y restricción de empleo, disminución de ingresos, incremento de gastos, limitación de la vida social y familiar, desgaste físico y emocional...

En lo que se refiere al caso concreto de la atención de niños con discapacidades, son muchos los estudios que han puesto de manifiesto su influencia en la actividad laboral de los progenitores, y más concretamente de las madres. Uno de ellos señala una tasa de participación laboral del 33 por ciento en las madres de niños con discapacidades, y del 59 por ciento en un grupo control. También parece ser que el empleo paterno no es inmune al hecho de tener un hijo con discapacidades, aunque tienen más tendencia a perder horas de trabajo que empleos completos.

Existe unanimidad también respecto a los ingresos: las familias que tienen un miembro con discapacidad cuentan con menos ingresos que el resto, controlando el tamaño familiar y los gastos de vivienda. Las madres trabajadoras que tienen hijos con discapacidades ganan menos que las demás, y la diferencia crece a medida que aumenta la edad del benjamín de la familia.

Son varios asimismo los estudios reseñados que demuestran el sobrecoste de la discapacidad en todos los niveles citados, aunque tampoco faltan investigaciones que no encuentran incidencia diferencial en el plano emocional, y concretamente, en el nivel de estrés.

En lo que se refiere a esta última cuestión, es interesante hacer constar que un trabajo clásico sobre la cuestión, el llevado a cabo por Bradshaw y Lawton, no encuentra relación entre el nivel de estrés de la madre, el tipo y grado de enfermedad o discapacidad, las edades del hijo y de la madre, la composición familiar, el nivel de vida, o la capacidad de evasión. Las variables que inciden en el nivel de estrés pueden ordenarse de la siguiente manera:

Aliviadores de estrés. La posibilidad de contratar personas de apoyo siempre que se tiene necesidad; hogar adaptado a las necesidades del niño; satisfacción con el tipo y cantidad de atención que recibe; posibilidad de disfrutar de vacaciones familiares.

Favorecedores del estrés. La necesidad de atención nocturna; los problemas de conducta; los problemas de salud del niño y de los padres.

En general las características de la persona dependiente no parecen determinantes del nivel de estrés del cuidador, a juzgar por los resultados de la mayoría de las investigaciones. Lo que sí parece determinante es la disponi-

bilidad de una ayuda, la percepción de que en caso de necesidad se contará con la posibilidad de recurrir a un servicio. La carga psicológica, en efecto, no la produce tanto el «no poder salir», como el convencimiento de que se pue-

de salir menos que los demás, y de que en caso de necesidad no se podrá recurrir a alguien. De hecho, la existencia de servicios domiciliarios y de apoyo se relaciona con un mayor bienestar psicológico de los cuidadores.

BIBLIOGRAFIA

- B. LEONARD, J.D. BRUST, J.J. SAPIENZA. «Financial and Time Costs to Parents of Severely Disabled Children». *Public Health Reports*, vol. 107, n° 3, 1992

- G. PARKER. «The Costs of Caring». En: *With Due Care and Attention*. Ed. Family Policy Studies Centre, 1990

APOYO SOCIAL. LA RED DE RELACIONES SOCIALES DE LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL

Si bien las figuras centrales de la red informal de atención a personas con deficiencia mental son, sin duda, el cuidador principal y lo que podríamos llamar los cuidadores de apoyo (familiares, amigos, o vecinos que con regularidad, o de forma más puntual, intervienen en las tareas de cuidador), existen otra serie de elementos —personas o actividades— que constituyen una red de apoyo social en sentido amplio. Nos referimos a las relaciones que las personas con deficiencia mental mantienen con su vecindario, o con sus compañeros de escuela o de trabajo, a su participación en las actividades que se organizan en su entorno comunitario, y a las posibilidades que tienen de desarrollar nuevas amistades con las personas con las que entran en contacto. Sobre esta cuestión, hemos seleccionado una serie de artículos que abordan el tema de las relaciones sociales en tres entornos diferentes: el vecindario, el entorno escolar, y las actividades de carácter social que se organizan en el pueblo, en el barrio o en la ciudad de las personas con deficiencia mental.

El primer trabajo, tomado en la *Revue Française de la Déficience Intellectuelle*, se titula «*Les Relations entre les Membres du Voisinage et les Personnes ayant une Déficience Intellectuelle*». Sus autores, M. Déry y Y. Lachapelle, tratan de describir estas relaciones desde la perspectiva del apoyo

o del rechazo que manifiesta el vecindario, y estudian las variables que pueden asociarse a la naturaleza de sus reacciones y a la frecuencia con que las presentan.

Aplicado en Quebec, el estudio se basa en un cuestionario especialmente diseñado al efecto. Comprende dos escalas, elaboradas a partir de las definiciones operativas de apoyo y de rechazo aportadas por diversos autores, y una entrevista.

La primera escala permite cuantificar las manifestaciones de apoyo y aceptación, y comprende seis ítems: saludar a las personas con deficiencia mental; charlar con ellas; ofrecerles su ayuda; visitarles; invitarles a casa; salir con ellas o participar con ellas en actividades.

La segunda escala mide la frecuencia y la intensidad de las reacciones de rechazo, y comprende igualmente seis ítems: evitar mirar a las personas con deficiencia mental; evitar su encuentro; mostrarse mal educado o desagradable; negarse a prestar su ayuda; quejarse de su conducta ante los responsables de la vivienda o de la residencia; denunciar determinadas conductas a la policía.

Las conclusiones del estudio, basadas en las respuestas aportadas por 54 per-

sonas, parecen favorables a la integración social de estas personas. Se observan muy escasas respuestas de rechazo, y con muy poca frecuencia. Las manifestaciones de apoyo y aceptación son, en cambio, frecuentes y variadas. Destaca el dato de que un 42,6% de los entrevistados afirman que los vecinos vienen a visitar a las personas con deficiencia mental y que participan con ellas en diversas actividades. Se observa que el apoyo del vecindario está directamente relacionado con el número de personas con deficiencia que se encuentran en una misma vivienda, y con el lugar en el que la vivienda se encuentra situada (medio rural o urbano).

El segundo tipo de trabajo que presentamos se centra en las relaciones del niño o del adolescente con deficiencia mental con sus compañeros de escuela en entorno escolar ordinario.

En su artículo *«A Peer-Mediated Social Network Intervention to Enhance the Social Integration of Persons with Moderate and Severe Disabilities»*, T.G. Haring y C.G. Breen estudian una experiencia que se llevó a cabo en una escuela de enseñanza secundaria de California (EE.UU.). Consistía en involucrar activamente a algunos compañeros de clase de la persona con deficiencia mental en su proceso de integración social. Se formaron dos grupos, asignados respectivamente a una persona con autismo y a una persona con deficiencia mental moderada. Los alumnos integrados en los mismos debían registrar la naturaleza y la frecuencia de las interacciones sociales de la persona con deficiencia mental, comentarlas en el grupo, y participar en el diseño de estrategias de intervención para mejorar los resultados. Las conclusiones del estudio indican que los participantes consiguieron mejorar la cantidad y la calidad de las interacciones.

El segundo artículo seleccionado, *«Inclusion of Preschoolers with Profound Disabilities: An Analysis of Children's Interactions»*, de M.F. Hanline (*Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*), trata de analizar la naturaleza de las relaciones que se establecen espontáneamente entre un niño con deficiencia mental y sus compañeros de clase en un medio escolar integrado. Observan que a pesar de sus problemas de conducta, el primero consigue relacionarse y participar en

actividades e interacciones comparables en su duración a las que mantienen sus compañeros. Se insiste en la necesidad de ayudar a los niños sin deficiencia a aceptar y a acostumbrarse a los problemas de conducta que presentan sus compañeros con deficiencia mental.

Finalmente, aludiremos a dos artículos que tratan de la participación de las personas con deficiencia mental en actividades que se organizan en su entorno social.

S. Todd, G. Evans y S. Beyer describen en *«More Recognised than Known: The Social Visibility and Attachment of People with Developmental Disabilities»*, una evaluación longitudinal que se llevó a cabo en Gales (Reino Unido), con objeto de estudiar la participación de las personas con deficiencia mental en actividades sociales y su reflejo en el tipo de relaciones interpersonales que mantenían.

La muestra, seleccionada en cuatro distritos, estaba compuesta por 512 personas con deficiencia mental, de las cuales 318 (62%) vivían en el entorno comunitario (7 por su cuenta, 305 con su familia y 6 en viviendas de grupo asistidas o no). Las entrevistas a las personas con deficiencia mental y/o a sus cuidadores se basaron en un Cuestionario sobre Forma de Vida (Lifestyle Questionnaire), diseñado al efecto por los autores. Los ítems del cuestionario versaban sobre los deportes, las compras, las actividades sociales, religiosas, recreativas, educativas o de otro tipo que hubieran desarrollado en los 12 meses anteriores a la entrevista, y sobre su frecuencia, el lugar en que se hubieran desarrollado, y las personas que hubieran participado en ellas.

Se alcanzaron dos conclusiones fundamentales:

- Por un lado, se comprobó que las personas con deficiencia mental intervenían en numerosas actividades. Esta constatación, a priori tan positiva, no podía, sin embargo, considerarse reflejo de su nivel de integración social, ya que bien se trataba de actividades exclusivamente reservadas a esta categoría de población, bien se trataba de actividades ordinarias en las que las personas con deficiencia mental se relacionaban principalmente con su propia familia, con los miembros del personal de los servicios especializados, o con otras personas con deficiencia mental.

- Por otro lado, se observó que existían muy escasos vínculos de amistad entre estas personas y las personas sin deficiencia mental.

Si bien basado en un diseño diferente al anterior, el artículo »Community Activities and Social Support Networks: A Social Comparison of Adults with and

Adults without Mental Retardation», de J.W. Rosen y S.N. Burchard (*Education and Training in Mental Retardation*) llega a resultados similares: las personas con deficiencia mental cuentan con una red de apoyo social más restringida, en la que intervienen en gran parte los miembros del personal y otras personas con deficiencia mental.

BIBLIOGRAFIA

- M. Dery y Y. Lachappelle. «Les Relations entre les Membres du Voisinage et les Personnes Ayant une Déficience Intellectuelle». *Revue Française de la Déficience Intellectuelle*, vol. 4, n° 1, 1993
- T.G. Haring y C.G. Breen. «A Peer-Mediated Social Network Intervention to Enhance Social Integration of Persons with Moderate and Severe Disabilities». *Journal of Applied Behavior Analysis*, vol. 25, n° 2, 1992
- M.H. Hanline. «Inclusión of Preschoolers with Profound Disabilities: An Analysis of

Children's Interactions». *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, vol. 18, n° 1, 1993

- S. Todd, G. Evans y S. Beyer. «More Recognised than Known: The Social Visibility and Attachment of people with developmental disabilities». *Australian and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, vol. 16, n° 3, 1990
- J.W. Rosen y S.N. Burchard. «Community Activities and Social Support Networks: A Social Comparison of Adults with and Adults without Mental Retardation. *Education and Training in Mental Retardation*, vol. 25, n° 2, 1990

BIBLIO- GRAFIA

ANCIANOS

Estatuto básico de los centros de la tercera edad del inserso. Madrid, INSERSO, 1992, 47 págs. Biblio. R1 n. 344.

Ancianos, residencias, residencias asistidas, centros de día, estatutos, régimen interior, normativa, inserso, España.

«I molelli organizzativi dell'assistenza domiciliare agli anziani: le risultanze di una ricerca». *Autonomie locall e serviz sociall*, 16, 2, 1993, págs. 323-344, Biblio. R. 797.

Ancianos, Asistencia domiciliaria, admisión, organización de servicios, organización y gestión, sector privado, sector público, colaboración, coordinación administrativa, profesiones, características sistema, Italia.

«Conditions d'entree et vie des personnes agees en foyer-logement». *Annees documents cleirppa*. 221, 1993, págs. 9-16, Biblio. R. 611.

Ancianos, residencias, vivienda asistida, admisión, forma de vida, calidad de la atención, experiencias, Francia.

Alzheimer's Disease Society. *The Alzheimer's Disease Report*. Londres (GB), Alzheimer's Disease Society, 1992, 39 págs. Biblio. A6.95.

Ancianos, demencia senil, enfermedad de Alzheimer, concepto, características población, estadísticas de población,

intervención informal, cuidador informal, coste, necesidades, servicios de apoyo, servicios de alivio, prestaciones económicas, recomendaciones directrices, normativa, derechos, asociaciones. Reino Unido.

AMOCHATEGUI, G. «Trabajo social en residencias», *Klink*, 19, 1993, págs. 7-8, Biblio. R. 873.

Ancianos, residencias, trabajo social, trabajador social, competencias, generalidades, experiencias, CAPV.

ARIÑO, A. «La población de edad avanzada en la comunidad valenciana». *Revista de Servéis Socials*, 25, 1993, págs. 5-13, Biblio. R. 503.

Ancianos, estadísticas de población, envejecimiento demográfico, Valencia.

ARONSON, M.K., y otros. «Dementia and the nursing home: Association with care needs». *Journal of the american geriatrics society*, 40, 1, 1992, págs. 27-33, Biblio. R. 273.

Ancianos, demencia senil, residencias, personal, necesidades.

BARBERGER-GATEAU, P., y otros. «Four instrumental activities of daily living score as a predictor of one-year incident dementia». *Age and ageing*, 22, 6, 1993, págs. 457-463, Biblio. R. 429.

Ancianos, demencia senil, actividades vida diaria, evaluación, predicción, riesgo.

BASS, D.M., y otros. «Predicting the volumen of health and social services: integrating cognitive impairment into the modified Andersen framework». *Gerontologist, The*, 32, 1, 1992, págs. 33-43, Biblio. R. 155.

Ancianos, demencia senil, servicios de salud, servicios sociales, utilización de servicios, apoyo social, planificación de servicios, predicción.

BECHAMEIL, M., y otros. «L'animation plus qu'une aide aun bien vieillir?». *Gerontologie et societe*, 66, 1993, págs. 160-165, Biblio. R. 642.

Ancianos, animación sociocultural, relaciones sociales, teoría.

BRODY, E.M., y otros. «Differential effects of daughters marital status on their parent care experiences». *Gerontologist, The*, 32, 1, 1992, págs. 58-67, Biblio. R. 155.

Ancianos, cuidador informal, hijos, carga familiar, estrés, factores sociales, apoyo social.

BRUNNER, N., y otros. *Grand age et dependance*. Rennes (Fr.), editions ENSP, 1992, 280 págs. Biblio. R1g.133.

Ancianos, dependientes, servicios sociales, servicios médicos, servicios geriátricos, organización y gestión, planificación de servicios, plan gerontológico, coste, financiación, Francia.

CARTWRIGHT, A. «Dying when you're old». *Age and ageing*, 22, 6, 1993, págs. 425-430, Biblio. R. 429.

Ancianos, muerte, compañía, actitudes sociales.

COHEN-MANSFIELD, J., y otros. «Factors influencing hospital patients' preferences in the utilization of life-sustaining treatments». *Gerontologist, kThe*, 32, 1, 1992, págs. 89-95, Biblio. R. 155.

Ancianos, enfermos terminales, tratamiento, toma de decisiones, autodeterminación.

EUROSTAT. *Recueil statistique sur la protection sociale en Europe. Tome I: vieillesse*. Luxemburgo (Lu), Comunidad Europea, 1992, 212 págs. Biblio. G1a.66.

Ancianos, protección social, protección sanitaria, prestaciones económicas, servicios y centros, beneficiarios, admisión, estadísticas de servicios, características usuario, compendio, comunidad europea.

FLOREZ, J.A., y otros. «Trastornos psicológicos en el anciano institucionalizado». *Revista de psiquiatría de la facultad de medicina de Barcelona*, 20, 5, 1993, págs. 163-171, Biblio. R. 591.

Ancianos, residencias, problemas psicológicos, depresión, ansiedad, estrés.

FURRIEL, M.J. «Profesio ezberdinduen arteko gizarte lana zharen egoitzetan». *K/ink*, 19, 1993, págs. 18-20, Biblio. R. 873.

Ancianos, residencias, enfoque multi-profesional, experiencias, CAPV.

GLADMAN, J.R.F., y otros. «Use of the extended ADL scale with stroke patients». *Age and ageing*, 22, 6, 1993, págs. 419-424, Biblio. R. 429.

Ancianos, accidente vascular cerebral, actividades vida diaria, evaluación, escalas.

GORDONS, D.S. *Policy and reality: monitoring services for elderly people*. Edinburgh (GB), Age concern Scotland, 1991, 30 págs. Biblio. R1n.346.

Ancianos, política de la vejez, evaluación de servicios, crítica, Escocia.

GUNDARA, J., JONES, C. *Chomeurs de longue dure et personnes agees au sein des migrants en Europe*. Strasbourg (Fr.), Consejo de Europa, 1992, 61 págs. Biblio. G1.44.

Migración, paro de larga duración, ancianos, situación social, discriminación, información, educación adultos. Consejo de Europa.

HERVI, B. «L'animation dans ses demarches quels projets de vie? et pour qui?». *Gerontologie et societe*, 66, 1993, págs. 8-118, Biblio. R. 642.

Ancianos, residencias, animación sociocultural, concepto, actividades recreativas, interacción social, programas de actividades, Francia.

HOLLAND, B.E., FALVO D.R. «Fongotten: elderly persons with disability - a consequence of policy». *Journal of rehabilitation*, 2, 1990, págs. 32-35, Biblio. R1 Fol.27.

Ancianos, envejecimiento demográfico, servicios de rehabilitación, necesidades, política social.

JACKSON, M.E., y otros. «Efficacy of nursing home preadmission screening». *Gerontologist, The*, 32, 1, 192, págs. 51-57, Biblio. R. 155.

Ancianos, residencias, admisión, evaluación, escalas, baremos, USA:

- JIMENO, J.A., y otros. *Plan gerontológico de Vitoria-Gazteiz 1992*. Vitoria-Gazteiz. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, 1993, 147 págs. Biblio. R1e. 13.
- Ancianos, política social, plan gerontológico, organización de recursos, características población, estadísticas de población, planes y programas, servicios y centros, asistencia domiciliaria, soluciones residenciales, vivienda, vivienda asistida, residencias, residencias asistidas, intervención familiar, servicios de apoyo, servicios de alivio, autonomías, CAPV.
- JOSEPH, C, LYLES, Y. «Routine laboratory assessment of nursing home patients». *Journal of the american geriatrics society*, 40, 2, 1992, págs. 98-100, Biblio. R. 273.
- Ancianos, residencias asistidas, análisis clínicos, utilización de servicios.
- KARUZA, J., y otros. «Oral status and resident well-being in a skilled nursing facility population». *Gerontologist, The*, 32, 1, 1992, págs. 104-112, Biblio. R. 155.
- Ancianos, residencias, odontología, calidad de vida.
- LAMHUT, P., y otros. «The treatment of urinary incontinence with electrical stimulation in nursing home patients: a pilot study». *Journal of the american geriatrics society*, 40, 1, 1992, págs. 48-52, Biblio. R. 273.
- Ancianos, residencias asistidas, incontinencia, tratamiento investigación, experiencias.
- LAVIZZO-MOUREY, R.J., y otros. «Ability of surrogates to represent satisfaction of nursing home residents with quality of care». *Journal of the american geriatrics society*, 40, 1, 1992, págs. 39-47, Biblio. R. 273.
- Ancianos, residencias, calidad de la atención, satisfacción, autodeterminación, evaluación.
- LEDANSEURS, Y., SOUDANI, M. «Evaluation de l'efficacite des ateliers-memoire». *Annees documents cleirppa*, 221, 1993, págs. 1-8, Biblio. R. 611.
- Ancianos, memoria, encuestas, resultados, Francia.
- LIBOW, L.S., y otros. «Ethics rounds at the nursing home: an alternative to an ethics committee». *Journal of the american geriatrics society*, 40, 1, 1992, págs. 95-97, Biblio. R. 273.
- Ancianos, residencias, calidad de la atención, ética.
- LITVIN, S.J. «Status transitions and future outlook as determinants of conflict: the caregiver's and care receiver's perspective». *Gerontologist, The*, 32, 1, 1992, págs. 68-76, Biblio. R. 155.
- Ancianos, dependientes, cuidador informal, relaciones interpersonales, conflicto.
- MAHAJAN, K.H., SCHAFER, E. «Influence of selected psychosocial factors on dietary intake in the elderly». *Journal of nutrition form the elderly*, 12, 4, 1993, págs. 21-41, Biblio. R. 265.
- Ancianos, nutricio, salud, factores sociales, factores psicológicos.
- MEMIN, C., y otros. «Variation sur le theme des groupes de conversaron de l'institution au domicile». *Gerontologie et societe*, 66, 1993, págs. 119-150, Biblio. R. 642.
- Ancianos, animación sociocultura, vacaciones, deportes, generaciones, experiencias, Francia.
- MONDRAGON, J. «Satisfacción/insatisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores institucionalizadas». *Revista de servéis sociaux*, 25, 1993, págs. 33-36, Biblio. R. 503.
- Ancianos, residencias, estudio descriptivo. Valencia.
- MOR-BARAK, M.E., TYNAN, M. «Older workers and the workplace: a new challenge for occupational social work». *Social work*, 38, 1, 1993, págs. 45-55, Biblio. R. 671.
- Ancianos, jubilación, ancianos activos, trabajo social, asesoramiento.
- NIJKAMP, P., y otros. *Services for the elderly in Europe. A cross-national comparative study*. Leuven (ND), Higher institute of labour studies, 1991, 343 págs. Biblio. R1n.320.
- Ancianos, estadísticas de población, estatus socioeconómico, ingresos, forma de vida, intervención informal, autonomía personal, servicios sociales, atención comunitaria, residencias, servicios alternativos, política social, gasto social, panorama internacional, comunidad europea.
- PEACH, E., DUFF, G. «Mutual support groups: a response to the early and often forgotten stage of dementia». *Practice*, 6, 2, 1993, págs. 147-157, Biblio. R.852.
- Ancianos, demencia senil, enfermedad de Alzheimer, servicios de apoyo.

- PLE, J.L. «Point de vue du ministere de la jeunesse et des sports sur la formation a l'animation des personnes agees». *Gerontologie et societe*, 66, 1993, págs. 151-159, Biblio. R. 642.
- Ancianos, animación sociocultural, deportes, formación de personal, Francia.
- RASOR-GREENHALGH, S.A., y otros. «Attitude changes of dietetic students performing nutritional assessment on helthy elderly». *Journal of nutrition form the elderly*, 12, 4, 1993, págs. 55-64, Biblio. R. 265.
- Ancianos, juventud, actitudes sociales.
- REINARDY, J.R. «Decisional control in moving to a nursing home: postadmission adjustment and well-being». *Gerontologist, The*, 32, 1, 1992, págs. 96-103, Biblio. R. 155.
- Ancianos, residencias, admisión, toma de decisiones, seguimiento, satisfacción, adaptación personal.
- ROSEN, G. *Evaluation of the evening home care service in wandsworth social services department*. Wandsworth (GB), Wandsworth social services department, 1991, 31 págs. Biblio. R1n Fol. 126.
- Ancianos, población riesgo, asistencia domiciliaria, cuidados a domicilio, servicios alternativos, evaluación de servicios, características servicio, características población, financiación, Reino Unido.
- SAIZARBITORIA, R., MONTORIO, B. *Bizarte politika eta zahartze prozesua. en: Ihardunaldi medikoak osasun arazoak zahartzaroan*. Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Alava, 1993, 11-21 págs. Biblio. R1a.75.
- Ancianos, envejecimiento demográfico, política social, protección social, gasto social, datos estadísticos, CAPV.
- SCHOPFLIN, P. *Dependance et solidantes. Mieux aider les personnes agees*. Paris (Fr.), Documentación Frangaise, La, 1991, 271 págs. Biblio. R1g.143.
- Ancianos, dependientes, autonomía personal, evaluación, concepto, actividades vida diaria, prestaciones sociales, asistencia domiciliaria, residencias, coste, financiación, recomendaciones, Francia.
- SERMET, C. *Le recors au medecin des personnes agees en institution*, Paris (Fr.), C.R.E.D.E.S., 1991, 93 págs. Biblio. R1n. 343.
- Ancianos, residencias, atención sanitaria, servicios de salud, utilización de servicios, estadísticas de servicios, Francia.
- THERY, M.H. «Les activites d'utilite sociale des retraites et des personnes agees». *Gerontologie et societe*, 66, 1993, págs. 166-171, Biblio. R.642.
- Ancianos, ancianos activos, solidaridad intergeneracional, voluntariado.
- VARIOS. *Ihardunaldi medikoak osasun arazoak zahartzaroan*. Vitoria-Gasteiz, Diputación Foral de Alava, 1993, 173 págs. Biblio. R1a.75.
- Ancianos, imagen, medios de comunicación, datos epidemiológicos, morbilidad, mortalidad, calidad de vida, forma de vida, soluciones residenciales, vivienda, apoyo social, intervención informal, servicios alternativos, demencia senil, ocio, muerte, política de la vejez, estudio descriptivo, Dinamarca.
- VERKINDT, P.Y., WACONGNE, M. «Le travailleur vieillissant». *Droit social*, 12, 1993, págs. 932-941, Biblio. R. 1006.
- Ancianos, trabajo, ancianismo, discriminación, igualdad de oportunidades, búsqueda de empleo, formación permanente, reciclaje, derecho laboral, Francia.
- VICKERY, CE., y otros. «Nutrition screening practices in adult day care centers: a national survey». *Journal of nutrition for the elderly*, 12, 4, 1993, págs. 43-53, Biblio. R. 265.
- Ancianos, centros de día, malnutrición, alteraciones de la conducta alimentaria, detección.
- VOURLEKIS, B.S., y otros. «Psychosocial needs and care in nursing homes: comparison of views of social workers and home administrators». *Gerontologist, The*, 32, 1, 1992, págs. 113-119, Biblio. R. 155.
- Ancianos, centros de día, malnutrición, alteraciones de la conducta alimentaria, detección.
- VOURLEKIS, B.S., y otros. «Longitudinal prescribing patterns in a nursing home population» *Journal of the american geriatrics society*, 40, 1, 1992, págs. 53-56, Biblio. R. 273.
- Ancianos, residencias asistidas, trabajo social, apoyo social, necesidades, satisfacción.

WAYNE, S.J. y otros. «Longitudinal prescribing patterns in a nursing home population». *Journal of the american geriatrics society*, 40, 1, 1992, págs. 53-56, Biblio. R. 273.

Ancianos, residencias, fármacos, utilización de servicios.

WOOD, R. *Speak up for yourself putting advocacy into practice*. Londres (GB), Age concern England, 1991, 16 págs. biblio. R1g Fol.47.

Ancianos, derechos, autodeterminación, protección legal, asesoramiento, participación usuarios, información. Reino Unido.

YEATTS, D.E., y otros. «Service use among low-income minority elderly: strategies for overcoming barriers». *Gerontologist, The*, 32, 1, 1992, págs. 24-32, Biblio. R. 155.

Ancianos, pobreza, minorías, servicios de salud, utilización de servicios, acceso.

ZAHLER, L.P., y otros. «Nutritional care of ambulatory residents in special care units for Alzheimer's patients». *Journal of nutrition for the elderly*, 12, 4, 1993, págs. 5-19, Biblio. R. 265.

Ancianos, enfermedad de Alzheimer, nutrición, evaluación.

MUJER

«Egalite des chances entre les femmes et les hommes. Troisieme programme d'action communautaire a moyen terme 1991-1995». *Europe sociale*, 3, 1990, págs. 146-159, Biblio. R. 651.

Mujer, igualdad de oportunidades, programas de promoción, ley, comunidad europea.

ALLEN, K. «Development of an instrument to identify barriers to treatment for addicted women, from their perspective». *International journal of the addictions, The*, 29, 4, 1994, págs. 429-444, Biblio. R. 830.

Drogodependencias, mujer, tratamiento, discriminación, autodeterminación, evaluación, instrumentos técnicos.

BELEÑAN, M.A., BAGUENA, M.J. «Habilidades interpersonales: efectos de un programa de entrenamiento en mujeres delincuentes internas». *Análisis y modificación de conducta*, 18, 61, 1992, págs. 751-772, Biblio. R. 433.

Delincuencia, mujer, aptitudes, socialización, programa de rehabilitación, efectos, prisión.

BINGLEY, P., y otros. *The labour supply of UK lone mothers: the effects of maintenance, and the welfare system*, Frankfurt (De.), Johann Wolfgang Goethe Universitat Frankfurt, 1991, 21 págs. Biblio. G1b.79.

Familia, familias monoparentales, mujer, trabajo, integración laboral, mercado de trabajo, estudio sociológico, Reino Unido.

CARSON, A.T., BAKER, R.C. «Psychological correlates of codependency in women» *International journal of the addictions, The*, 29, 3, 1994, págs. 395-407, Biblio. R. 830.

Drogodependencias, alcoholismo, depresión, historia clínica, pareja, padres adictos, medio familiar, codependencia, mujer.

COMUNIDAD EUROPEA. *Livre vert sur la politique sociale europeenne. Options pour l'union*. Luxemburgo (Lu.), Comunidad Europea, 1993, 108 págs. biblio. Z2ax.47.

Política social, protección social, protección sanitaria, mujer, igualdad de oportunidades, paro, promoción de empleo, promoción de puestos de trabajo, pobreza, racismo, ancianos, juventud, marginación social, migración, recomendaciones, planes internacionales, comunidad europea.

CORNWELL, N. «Linking personal problems and social issues». *Practice*, 6, 2, 1993, págs. 112-125, Biblio. R. 852.

Mujer abusos sexuales, terapia, biografía, casuística.

DARTER, P. «The work/family axis and some current «Buzzwords»: demographic time bomb, skill shortages, child-care, returners and so on». *Assignment*, 8, 1, 1990, págs. 24-26, Biblio. R. 898.

Mujer, familia, atención infancia, trabajo, igualdad de oportunidades. Reino Unido.

EMAKUNDE. *Mujeres y educación en la comunidad autónoma de Euskadi*. Vitoria-Gasteiz, Emakunde, 1993, 189 págs. Biblio. G1b.86.

Mujer, educación, nivel cultural, escolarización, educación primaria, educación secundaria, educación superior, formación profesional, estadísticas de población, actitudes sociales, competencias, autonomías.

EMAKUNDE. ¿Qué es EMAKUNDE?. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza, 1991, 7 págs. Biblio. G1b Fol. 19.

Mujer, organismos, instituciones, competencias, funcionamiento, información, autonomías, CAPV.

Escuela Universitaria de Formación de Profesorado. *Hacia una escuela coeducadora. 1^{er} Postgrado de coeducación*. Vitoria-Gasteiz, Emakunde, 1992, 550 págs. Biblio. G1b.90.

Mujer, educación, igualdad de oportunidades, sexismo, discriminación sexual, programas y métodos educativos, programas de formación, material pedagógico, profesor, formación de personal, cursos, CAPV.

FORBES, J. «Female sexual abusers: The contemporary search for equivalence». *Practice*, 6, 2, 1993, págs. 102-111, Biblio. R. 852.

Mujer, abusos sexuales, concepto, teoría.

GREEN, S.T., y otros. «Female Streetworker - prostitutes in Glasgow: a descriptive study of their lifestyle». *Aids care*, 5, 3, 1993, págs. 321-335, Biblio. R. 892.

Sida, mujer, prostitución, drogodependencias, relaciones sexuales, forma de vida, estudio sociológico. Reino Unido.

HANKINS, C. «Berlin conference review». *Aids care*, 5, 4, 1993, págs. 471-478, Biblio. R. 892.

Sida, mujer, juventud, homosexualidad, problemas familiares, problemas psicológicos, educación sanitaria, factores sociales, datos epidemiológicos, reuniones.

HOLTERMANN, S., CLARKE, K. *Parents employment rights and childcare*. Manchester (GB), Equal opportunities commission, 1992, 88 págs. Biblio. G1i.177.

Niños, atención infancia, madre, mujer, impacto, trabajo, igualdad de oportunidades, derechos, servicios de infancia, guarderías, prestaciones económicas, características sistema. Reino Unido.

HORTON, A.L., JOHNSON, B.L. «Profile and strategies of women who have ended abuse». *Families in society*, 74, 8, 1993, págs. 481-492, Biblio. R. 936.

Mujer, malos tratos, características población, divorcio, toma de decisiones, tratamiento, terapias, estudio descriptivo, USA.

RAVNDALE, E. VAGLUM P. «Treatment of female addicts: The importance of relationships to parents, partners, and peers for the outcome». *International journal of the addictions*, The, 29, 1, 1994, págs. 115-125, Biblio. R. 830.

Drogodependencias, mujer, tratamiento, resultados, apoyo social, familia, pareja, compañeros.

SENSI, D., y otros. *Igualdad de oportunidades y formación profesional. Evaluación de los programas de formación para mujeres en empresas*. Berlín (De.), CEDEFOP, 1992, 99 págs. Biblio. D3.12.

Mujer, formación profesional, formación permanente, programas de formación, evaluación de servicios, informes, comunidad europea.

MENORES

«LOI n.º 92-642 du 12.7.92 assistants maternels et assistantes maternelles et modifiant le code de la famille et de l'aide sociale, le code de la sante publique et le code du travail». *Droit de l'enfance et de la famille*, 34, 1992, págs. 15-24, Biblio. R. 1051.

Niños, servicios de infancia, trabajador maternal, acreditación, formación, condiciones de trabajo, salario, ley, Francia.

«Creation, organisation et fonctionnement du centre national de formation et d'etudes de la protection judiciaire de la jeunesse». *Droit de l'enfance et de la famille*, 34, 1992, págs. 74-77, biblio. R.1051.

Menores, protección de menores, personal, formación de personal, centros educativos, ley, Francia.

«Application del'arrete interministeriel relatif auxenquetes sociales prevues par l'ord. du 2.02.45 concernant l'enfance delinquante». *Droit de l'enfance et de la famille*, 34, 1992, págs. 78-85, Biblio. R. 1051.

Menores, delincuencia juvenil, trabajo social, juez de menores, asesoramiento, ley, Francia.

«Responsabilite des personnels et des etablissements de la protection judiciaire de la jeunesse». *Droit de l'enfance et de la famille*, 34, 1992, págs. 93-96, Biblio. R.1051.

Menores, protección de menores, personal, responsabilidad jurídica, quejas, ley, Francia.

- ARDS, S., HARRELL, A. «Reporting of child maltreatment: a secondary analysis of the national incidence surveys». *Child abuse and neglect*, 17, 3, 1993, págs. 337-344, Biblio. R. 631.
- Menores, malos tratos, detección, USA.
- ARIAS, B., MONJAS, M.I. *Intervención comunitaria sobre alteraciones graves del comportamiento infantil, en: Intervención psicosocial. Programas y experiencias*. Madrid, Popular, 1993, 233-262 págs. Biblio. G5.135.
- Niños, estudiantes, escuela, conducta, acción comunitaria, intervención social, educación primaria, programas y métodos, experiencias.
- BLAU, D.M. *The economics of child care*. New York, NY(USA), Russell sage foundation, 1991, 192 págs. Biblio. G1i.175,
- Niños, menores, atención infancia, servicios de infancia, coste, financiación, impacto, carga familiar, situación familiar, gasto social, teoría, crítica, USA.
- CIRILLO, S. *Familias en crisis y acogimiento familiar. Guía para los trabajadores sociales*. Madrid, Ministerio de Asuntos sociales, 1993,137 págs. Biblio. G1 h.63.
- Niños, menores, familia, problemas familiares, conflicto familiar, protección de menores, acogimiento familiar, trabajo social, trabajador social, educación familiar, intervención familiar, servicios de apoyo, manuales de procedimiento, España.
- CLEGG, S. «A study of usage of section 1 money in a large city social services department». *Practice*, 6, 2, 1993, págs. 87-101, Biblio. R. 852.
- Menores, servicios sociales, departamentos de servicios sociales, gasto social, Reino Unido.
- COFFIN, G. *Changing child care. The children act 1989 and the management of change*. Londres (GB), National children's bureau, 1993, 235 págs. Biblio. G1i.167.
- Niños, menores, servicios de infancia, organización de servicios, organización y gestión, experiencias, informes, nivel local, Reino Unido.
- COLTON, M.J., HELLINCKX, W. *Child care in the EC. A country-specific guide to foster and residential care*. Hants (GB), Arena, 1993, 257 págs. Biblio. G1i.176.
- Niños, menores, atención infancia, protección de menores, acogimiento familiar acogimiento institucional, red de servicios, organización de servicios, tipología, organización y gestión, admisión, funcionamiento, características sistema, panorama internacional, comunidad europea.
- COWLEY, L. *Young children in group day care. Guidelines for good practice*. Londres (GB), National children's bureau, 1990,87 págs. Biblio. G1i.171.
- Niños, menores, atención infancia, servicios de infancia, guarderías, acreditación, registro, estándares, diseño, organización y gestión, personal, formación de personal, relación familia-profesionales, directrices, manuales de procedimiento, Reino Unido.
- DAVIES, G., NOON, E. *An evaluation of the live link for child witnesses*. Londres (GB), Nome office, 1991, 185 págs. Biblio. G1i.170.
- Niños, menores, protección de menores, tribunales, procedimiento, audiovisual, características sistema, evaluación de servicios, resultados. Reino Unido.
- DILLENBURGER, K. «Communicating with children: the use of art in social work». *Practice*, 6, 2, 1993, págs. 126-134, Biblio. R. 852.
- Niños, trabajo social, práctica, comunicación, dibujo.
- FRASER, C, y otros. *Annual monitoring inspection report on ayc/iffe centre for children secure accommodation*. Londres (GB), Social services inspectorate, 1993, 75 págs. Biblio. N4a.140.
- Menores, delincuencia juvenil, servicios y centros, organización y gestión, funcionamiento, calidad de la atención, control, evaluación de servicios, informes, recomendaciones. Reino Unido.
- HOLTERMANN, L S., CLARKE, K. *Parents employment rights and childcare*. Manchester (GB), Equal opportunities commission, 1992, 88 págs. biblio. G1i.177.
- Niños, atención infancia, madre, mujer, impacto, trabajo, igualdad de oportunidades, derechos, servicios de infancia, guarderías, prestaciones económicas, características sistema. Reino Unido.
- HUTCHISON, E.D. «Mandatory reporting laws: child protective case finding gone awry?». *Social work*, 38, 1, 1993, págs. 56-63, Biblio. R. 671.
- Menores, niños maltratados, protección de menores, normativa, análisis coste-eficacia.

KIND, P. *Caring for children. Counting the costs. Centre for health economics discussion paper n.º 97*. York (GB), Centre for health economics, 1992, 30 págs. Biblio. G11.172.

Menores, servicios de infancia, atención infancia, coste, estadísticas económicas, Reino Unido.

KOVEROLA, C. y otros. «Relationship of child sexual abuse to depression». *Child abuse and neglect*, 17, 3, 1993, págs. 393-400, Biblio. R. 631.

Niños, menores, abusos sexuales, problemas emocionales, depresión, USA.

MERCER, S.O., PERDUE, J.D. «Munchausen syndrome by proxy: social work's role». *Social work*, 38, 1, 1993, págs. 74-81, Biblio. R. 671.

Menores, niños maltratados, síndrome de Munchausen, diagnóstico, trabajo social, recomendaciones.

NASH, M.R., y otros. «Characteristics of sexual abuse associated with greater psychological impairment among children». *Child abuse and neglect*, 17, 3, 1993, págs. 401-408, biblio. R. 631.

Niños, menores, abusos sexuales, impacto, problemas psicológicos, estudio descriptivo, USA.

O'MALLEY, F. «Short-term residential treatment of disturbed adolescents in a continuum of care». *Children and youth services review*, 15, 3, 1993, págs. 245-260, Biblio. R. 1007.

Niños, adolescentes, juventud, salud mental, problemas psicológicos, problemas psiquiátricos, enfermedades mentales, tratamiento, medio institucional, hospital psiquiátrico, crítica, teoría, USA.

PETERSON, R.F., y otros. «Mothers of molested children: some comparisons of personality characteristics». *Child abuse and neglect*, 17, 3, 1993, págs. 409-418, Biblio. R. 631.

Niños menores, abusos sexuales, madre, personalidad, estudio comparativo, USA.

SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. *Review of residential child care services in southwark*. Londres (GB), Department of health, 1991, 33 págs. Biblio. N4a.144.

Niños, menores, protección de menores, delincuencia juvenil, acogimiento institucional, servicios y centros, organización y gestión, funcionamiento, estándares, calidad de la atención, control

evaluación de servicios, informes, nivel local, Reino Unido.

TRUPIN, E.W., y otros. «Children on child protective service caseloads: Prevalence and nature of serious emotional disturbance». *Child abuse and neglect*, 17, 3, 1993, págs. 345-355, Biblio. R. 631.

Menores, protección de menores, características población, salud mental, problemas emocionales, estudio descriptivo, USA.

TRUTE, B., y otros. *Bridging the investigation and treatment of intrafamilial child sexual abuse: a short-term crisis service for abused children and their non-offending parents*. Donostia-SN.SN., Fondo de documentación del S.I.I.S., 1991, 26 págs. biblio. G2d Fol. 10.

Niños, abusos sexuales, incesto, efectos, impacto, salud mental, apoyo psicológico, asesoramiento, terapia, servicios alternativos, Canadá.

WELLS, K., WHITTINGTON, D. «Characteristics of youths referred to residential treatment: implications for program design». *Children and youth services review*, 15, 3, 1993, págs. 195-217, Biblio. R. 1007.

Niños, adolescentes, juventud, salud mental, problemas psicológicos, problemas psiquiátricos, enfermedades mentales, tratamiento, medio institucional, hospital psiquiátrico, políticas públicas, política sanitaria, crítica, tendencias, USA.

YELTON, S. «Children in residential treatment: implications for program design». *Children and youth services review*, 15, 3, 1993, págs. 195-217, Biblio. R. 1007.

Niños, adolescentes, juventud, salud mental, problemas psicológicos, problemas psiquiátricos, enfermedades mentales, tratamiento, medio institucional, hospital psiquiátrico, políticas públicas, política sanitaria, crítica, tendencias, USA.

ZIMMERMAN, D.P. «The little turtle's progress: a reconsideration of the short versus long-term residential treatment controversy». *Children and youth services review*, 15, 3, 1993, págs. 219-243, Biblio. R. 1007.

Niños, adolescentes, juventud, salud mental, problemas psicológicos, problemas psiquiátricos, enfermedades mentales, tratamiento, medio institucional, crítica, teoría, USA.

JUVENTUD

ADELEKAN, M.L. y otros. «Reliability and validity of the westminster substance use questionnaire among lancashire adolescents». *Drug and alcohol dependence*, 34, 3, 1994, págs. 191-199, Biblio. R. 854.

Drogodependencias, adolescentes, detección, cuestionarios, validez, fiabilidad, educación secundaria.

ARONS, R.M.D., SCHWARTZ, F.S. «Interdisciplinary coleadership of high school groups for dropout prevention: practice issues». *Social work*, 38, 1, 1993, págs. 9-14, Biblio. R. 671.

Adolescentes, fracaso escolar, trabajo social, prevención.

BROWN, J.H., HOROWITZ, J.E. «Deviance and deviants. Why adolescent substance use prevention programs do not work». *Evaluation review*, 17, 5, 1993, págs. 529-555, Biblio. R. 817.

Drogodependencias, alcoholismo, adolescentes, programas de prevención, resultados.

CALAFATAT, A., y otros. *Els ioves d'avui*. Mallorca, Consell insular de Mallorca, 1990, 20 págs. Biblio. G1c Fol. 15.

Adolescentes, relaciones familiares, relación padres-hijos, sexualidad, cultura, educación, trabajo, drogodependencias, información, autonomías, Baleares.

CHANDY, J.M., y otros. «Disordered eating among adolescents whose parents misuse alcohol: Protective and risk factors». *International journal of the addictions*, The 29, 4, 1994, págs. 505-516, Biblio. R. 830.

Drogodependencias, adolescentes, alcoholismo, padres adictos, alteraciones de la conducta alimentaria, factor de riesgo.

COMUNIDAD EUROPEA. *Livre vert sur la politique sociale europeenne. Options pour l'union*. Luxemburgo (LU), comunidad Europea, 1993, 108 págs. Biblio. Z2ax.47.

Política social, protección social, protección sanitaria, mujer, igualdad de oportunidades, paro, promoción de empleo, promoción de puestos de trabajo, pobreza, racismo, ancianos, juventud, marginación social, migración, recomendaciones, planes internacionales. Comunidad Europea.

DEMBO, R., y otros. «Psychosocial, alcohol/other drug use, and delinquency differences between urban black and white male high risk youth». *International journal of the addictions*, The, 29, 4, 1994, págs. 461-483, Biblio. R. 830.

Drogodependencias, adolescentes, factor de riesgo, etnia, delincuencia, factores psicológicos, factores socioeconómicos.

EISER, C. *Growing up with a chronic disease. The impact on children and their families*. Londres (GB), Jessica Kingsley, 1993, 255 págs. Biblio. A11.16.

Niños, adolescentes, adultos, enfermedades crónicas, impacto, estrés, adaptación personal, familia, estrés familiar, carga familiar, relación padres-hijos, relaciones familiares, apoyo psicológico.

EMANUELSSON, I., y otros. «Changing differences in intelligence? Comparisons between groups of 13-year-olds tested from 1960 to 1990». *Scandinavian Journal of educational research*, 37, 4, 1993, págs. 259-277, biblio. R. 1003.

Adolescentes, desarrollo cognitivo, evolución, seguimiento, inteligencia, género, medio social.

GARCIA, M. *Tiempo libre y actividades deportivas de la juventud en España*. Madrid, Instituto de la Juventud, 1993, 182 págs. Biblio. G1c37.

Juventud, ocio, actividades recreativas, deportes, ejercicio físico, educación física, actitudes sociales, estadísticas de población, cuestionarios, encuestas, instrumentos técnicos, España.

HANKINS, C. «Berlín conference review». *Aids care*, 5, 4, 1993, págs. 471-478, Biblio. R. 892.

Sida, mujer, juventud, homosexualidad, problemas familiares, problemas psicológicos, educación sanitaria, factores sociales, datos epidemiológicos, reuniones.

HUIZINGA, D., y otros. «Longitudinal study of delinquency, drug use, sexual activity, and pregnancy among children and youth in three cities». *Public health reports*, 108, 1-sup., 1993, págs. 90-96, Biblio. R. 945.

Delincuencia juvenil, drogodependencias, alcohol, relaciones sexuales, estudio descriptivo, adolescentes, USA.

- JENNISON, K.M., JOHNSON, D.A. «Drinking-induced blackouts among young adults: Results from a national longitudinal study». *International journal of the addictions, The*, 29, 1, 1994, págs. 23-51, biblio. R. 830.
Drogodependencias, alcoholismo, efectos, memoria, juventud, confusión, alto riesgo, estudio nacional, seguimiento, USA.
- JENSEN, E.J., OVERGAARD, E. «Smoking patterns, knowledge of tobacco-related health effects, and desires to quit among 14- to 17-year-old boarding school pupils in Denmark, 1987-90». *Tobacco control*, 2, 4, 1993, págs. 296-299, Biblio. R. 1048.
Drogodependencias, tabaquismo, adolescentes, actitudes, género, edad, información, investigación, datos epidemiológicos.
- KASHDEN, L.J., y otros. «Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents». *Journal of abnormal child psychology*, 21, 3, 1993, págs. 339-353, Biblio. R. 464.
Psiquiatría, adolescentes, autocontrol, suicidio, alto riesgo, estudio comparativo.
- KOLBE, L.J. y otros. «Overview of the youth risk behavior surveillance system». *Public health reports*, 108, 1-sup., 1993, págs. 2-68, Biblio. R. 945.
Adolescentes, juventud, drogodependencias, tabaco, alcohol, salud, sexualidad, accidentes, alteraciones de la conducta alimentaria, prevención, estudio descriptivo, cuestionarios, USA.
- LEMOS, S., y otros. «Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil». *Análisis y modificación de conducta*, 18, 62, 1992, págs. 883-905, Biblio. R. 433.
Psicopatología, adolescentes, conducta, autoconcepto, características población, psiquiatría infantil, personalidad.
- LEON, J.C., y otros. *Atención psicosocial a jóvenes en necesidad o conflicto social, en: Intervención psicosocial. Programas y experiencias*. Madrid, Popular, 1993, 121-138 págs. Biblio. G5.135.
Juventud, marginación social, planes de acción social, experiencias, psicología social.
- LO, S.K., y otros. «Adolescent cigarette consumption: The influence of attitudes and peer drug use». *International journal of the addictions, The*, 28, 14, 1993, págs. 1515-1530, Biblio. R. 830.
Drogodependencias, tabaquismo, adolescentes, actitudes sociales, compañeros, factor de riesgo.
- MCKENNA, J.W., WILLIAMS, K.N. «Crafting effective tobacco counteradvertisements: Lessons from a failed campaign directed at teenagers». *Public health reports*, 108, 1-sup., 1993, Ipágs. 85-89, Biblio. R. 945.
Drogodependencias, tabaco, adolescentes, prevención, campañas de prevención, impacto.
- MORRISON, M.A. y otros. «At war in the fields of play: Current perspectives on the nature and treatment of adolescent chemical dependency». *Journal of psychoactive drugs*, 25, 4, 1993, págs. 321-330, Biblio. R. 829.
Drogodependencias, adolescentes, tratamiento, evolución, estudio descriptivo, salud, efectos, sida, perspectivas, estudio prospectivo.
- O'MALLEY, F. «Short-term residential treatment of disturbed adolescents in a continuum of care». *Children and youth services review*, 15, 3, 1993, págs. 245-260, Biblio. R. 1007.
Niños, adolescentes, juventud, salud mental, problemas psicológicos, problemas psiquiátricos, enfermedades mentales, tratamiento, medio institucional, hospital psiquiátrico, crítica, teoría, USA.
- RASOR-GREENHALGH, S.A., y otros. «Attitude changes of dietetic students performing nutritional assessment on healthy elderly». *Journal of nutrition for the elderly*, 12, 4, 1993, págs. 55-64, Biblio. R. 265.
Ancianos, juventud, actitudes sociales.
- REDJIMI, G., LERT, F. «Images of aids among teenagers and young adults». *Aids care*, 5, 4, 1993, págs. 449-465, biblio. R. 892.
Sida, adolescentes, juventud, actitudes sociales, imagen.
- ROLL, J. *Young people: growing up in the welfare state*. Londres (GB), Family policy studies centre, 1990, 84 págs. Biblio. G1c.35.
Juventud, actitudes sociales, medio familiar, medio laboral, formación profesional, búsqueda de-empleo, emancipación, nivel de vida, ingresos, prestaciones económicas, estudio sociológico, recomendaciones, Reino Unido.

SANTACREU, J., y otros. «Modelo de génesis del consumo de drogas: formulación y verificación empírica». *Análisis y modificación de conducta*, 18, 62, 1992, págs. 781-804, Biblio. R. 433.

Drogodependencias, etiología, modelos, validez, prevención, adolescentes, investigación.

THOMAS, B.S., HSIU, L.T. «The role of selected risk factors in predicting adolescent drug use and its adverse consequences». *International journal of the addictions*, The, 28, 14, 1993, págs. 1549-1563, Biblio. R. 830.

Drogodependencias, adolescentes, factor de riesgo, predicción, efectos.

TORRES, J. «Las culturas negadas y silenciadas en el curriculum». *Cuadernos de pedagogía*, 217, 1993, págs. 60-66, Biblio. R. 434.

Marginación, cultura, escuela, curriculum, niños, juventud.

TOWNSEND, J., y otros. «Health locus of control of adolescent smokers and drinkers». *Tobacco control*, 2,4,1993, págs. 293-295, Biblio. R. 1048.

Drogodependencias, alcohol, tabaco, adolescentes, actitudes, estudio comparativo, salud.

WEINBERG, N.Z., y otros. «Parental drinking and gender factors in the prediction of early adolescent alcohol use». *International Journal of the addictions*, The, 29, 1, 1994, págs. 89-104, biblio. R. 830.

Drogodependencias, alcoholismo, adolescentes, factor de riesgo, padres adictos, género, estudio prospectivo.

WELLS, K., WHITTINGTON, D. «Characteristics of youths referred to residential treatment: implications for program design». *Children and youth services review*, 15, 3, 1993, págs. 195-217, biblio. R.1007.

Niños, adolescentes, juventud, salud mental, problemas psicológicos, problemas psiquiátricos, enfermedades mentales, tratamiento, medio institucional, hospital psiquiátrico, características usuario, antecedentes, medio familiar, problemas familiares, estudio descriptivo, USA.

WIENER, R.L., y otros. «Evaluation of a drug-free schools and community program». *Evaluation review*, 17, 5, 1993, págs. 488-503, Biblio. R. 817.

Drogodependencias, adolescentes, medio escolar, programas de prevención, evaluación de servicios.

YELTON, S. «Children in residential treatment - policies for the '90s». *Children and youth services review*, 15, 3, 1993, págs. 173-193, Biblio. R. 1007.

Niños, adolescentes, juventud, salud mental, problemas psicológicos, problemas psiquiátricos, enfermedades mentales, tratamiento, medio institucional, hospital psiquiátrico, políticas públicas, política sanitaria, crítica, tendencias, USA.

ZIMMERMAN, D.P. «The little turtle's progress: a reconsideration of the short versus long-term residential treatment controversy». *Children and youth services review*, 15, 3,1993, págs. 219-243, biblio. R. 1007.

POBREZA

BURGHES, L. *One-parent families. Policy options for the 1990s* York (GB), Joseph Fowntree foundation, Family policy studies centre, 1993, 52 págs. Biblio. G1h.58.

Familia, familias monoparentales, estadísticas de población, situación familiar, situación socioeconómica, nivel de vida, pobreza, desigualdad social, estadísticas económicas, informes, recomendaciones, política familiar, Reino Unido.

COMUNIDAD EUROPEA. *Livre vert sur la politique sociale européenne. Options pour l'union*. Luxemburgo (LU), Comunidad Europea, 1993, 108 págs. Biblio. Z2ax.47.

Política social, protección social, protección sanitaria, mujer, igualdad de oportunidades, paro, promoción de empleo, promoción de puestos de trabajo, pobreza, racismo, ancianos, juventud, marginación social, migración, recomendaciones, planes internacionales, comunidad europea.

DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. *Estudio de evaluación del plan integral de lucha contra la pobreza por los agentes implicados en su gestión (año 1992)*. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza, 1992, 216 págs. Biblio. G4a. 131.

Pobreza, planes pobreza, evaluación de servicios, informes, CAPV.

DILEONARDI, J.W. «Families in poverty and chronic neglect of children». *Families in society*, 74, 9, 1993, págs. 557-562, Biblio. R. 936.

Niños, menores, medio familiar, familia, pobreza, malos tratos, protección de menores, intervención familiar, USA.

DORE, M.M. «Family preservation and poor families: when «Homebuilding» is not enough», *Families in society*, 74, 9, 1993, págs. 545-556, Biblio. R. 936.

Niños, menores, malos tratos, factores socioeconómicos, pobreza, nivel cultural, familias monoparentales, protección de menores, intervención familiar, educación familiar, prestaciones económicas, USA.

FAMILY SERVICE AMERICA. *Family agenda 1992-1993*. Milwaukee, WI (USA), Family service América, 1993, 19 págs. Biblio. G1h Fol. 13.

Familia, programas de promoción, pobreza, discriminación, educación, cuidador informal, malos tratos, salud, drogodependencias, trabajo, recomendaciones, generalidades, USA, Canadá.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. *Estudio de los hogares menos favorecidos según la encuesta de presupuestos familiares 1990-91. Primeros resultados*. Madrid, Instituto nacional de estadística. 1993, 87 págs. Biblio. G4a.143.

Pobreza, nivel de vida, ingresos, estadísticas de población, estadísticas económicas, encuestas, metodología, España.

MERCADER, M. *The low income population in Spain and a comparison with France and the UK: Evidence from the household expenditure surveys*. Londres (GB), welfare state programme, The, 1993, 34 págs. Biblio G4a.148.

Pobreza, nivel de vida, estatus socioeconómico, ingresos, características población, estadísticas de población, estudio comparativo, Francia, España, Reino Unido.

ROLL, J. *Understanding poverty. A guide to the concepts and measures*. FPSC occasional paper n.º 15. Londres (GB), Family policy studies centre, 1992, 48 págs. biblio. G4a.132.

Pobreza, concepto, terminología, grados, valoración, metodología, teoría, Reino Unido, Comunidad Europea.

RONNAU, J.P., MARLOW, C.R. «Family preservation, poverty, and the value of diversity». *Families in society*, 14, 9, 1993, págs. 538-544, Biblio. R. 936.

YEATTS, D.E., y otros. «Service use among low-income elderly: strategies for overcoming barriers». *Gerontologist, The*, 32, 1, 1992, págs. 24-32, Biblio. R. 155.

Ancianos, pobreza, minorías, servicios de salud, utilización de servicios, acceso.

DEFICIENCIAS

Direction genera/e V. Emploi relations industrie/les et affaires sociales. Donostia-SN. SN., Fondo de documentación del S.I.I.S., 1993, 17 págs. Biblio. Z2ax Fol.53.

Comunidad europea, estructura jurídico-administrativa, trabajo, relaciones laborales, formación profesional, bienestar social, deficiencias, mujer, pobreza, ancianos, familia, voluntariado, migración, protección social, directorios.

Transport: Information and regulations. Edinburgh (GB), Disability Scotland, 1993, 38 págs. Biblio. N2a1.43.

Deficiencias, deficiencia física, transportes, transporte público, accesibilidad, barreras, equipamiento, normativa, directorios, Reino Unido.

Transport: vehicles and accessories. Edinburgh (GB), Disability Scotland, 1993, 38 págs. Biblio. N2a1.43.

Deficiencias, deficiencia física, movilidad, transportes, accesibilidad, barreras, equipamiento, directorios. Reino Unido.

Holiday'94 UK and abroad (except Scotland), Edinburgh (GB), Disability Scotland, 1993, 71 págs. Biblio. F2.7.

Deficiencias, deficiencia física, accesibilidad, barreras, vacaciones, turismo, directorios, Reino Unido.

Holiday'94 Scotland. Edinburgh (GB), Disability Scotland, 1993, 61 págs. Biblio. F2.6.

Deficiencias, deficiencia física, accesibilidad, barreras, vacaciones, turismo, directorios, Escocia, Reino Unido.

The integration charter, ending segregation in education for all children and young people with disabilities or learning difficulties. Londres (GB), Centre for studies on integration in education —CSIE—, 1992, 7 págs. Biblio. C9 Fol.82.

Deficiencias, integración escolar, derechos, Reino Unido.

«Proposition modifiée de directive du conseil concernant des prescriptions minimales visant à améliorer la mobilité et le transport en sécurité sur le chemin du travail des travailleurs à mobilité réduite». *Europe sociale*, 2, 1992, págs. 149-156, Biblio. R. 651.

Deficiencias, deficiencia física, accesibilidad, barreras, transportes, ley. Comunidad europea.

«Travaux destinés à faciliter l'accès de l'immeuble aux personnes handicapées et l'adaptation de leur logement: réduction d'impôt». *Juris-handicaps*, 40, 1993, págs. 35-37, biblio. R. 843.

Deficiencias, accesibilidad, barreras, adaptación del medio, financiación, impuestos, ley, Francia.

«Simposio internacional sobre supresión de barreras de comunicación». *Fiapas*, 34, 1993, págs. 6-15, Biblio. R. 196.

Deficiencias, deficiencia auditiva, comunicación, barreras, ayudas técnicas, reuniones.

ANFAS. *Control de la calidad de la atención sanitaria al recién nacido con deficiencia mental*. Pamplona. Asociación navarra de familiares y amigos de deficientes mentales, 1993, 46 págs. Biblio. A4.16.

Deficiencias, deficiencia mental, atención sanitaria, servicios sanitarios, servicios de salud, calidad de la atención, evaluación de servicios, informes, autonomías, Navarra, España.

ASOCIACION TELEFONICA PARA ASISTENCIA A MINUSVALIDOS. *ATAM: Informe anual 1992*. Madrid, Asociación telefónica de asistencia a minusválidos, 1993, 83 págs. Biblio. H10.22.

Deficiencias, asociaciones, informes, programas de actividades, España.

BAUER, J.W., y otros. «Economic well-being of the chronically disabled elderly: practice and policy implications». *Families in society*, 74, 8, 1993, págs. 460-467, Biblio. R. 936.

Ancianos, deficiencias, nivel de vida, estatus socioeconómico, factores sociales, factores socioeconómicos, estudio descriptivo, USA.

BETHLEM, J., KNOBBOUT, CE. *Enfermedades neuromusculares*, Barcelona, Asociación española de enfermedades musculares, 1993, 159 págs. biblio. A6f.10.

Deficiencias, deficiencia física, enfermedades neuromusculares, trastornos neuromusculares, distrofia muscular, miopatía, concepto, clasificación, genética, tratamiento.

BOOTH, T., BOOTH, W. «Parenting with learning difficulties: lessons for practitioners». *British journal of social work*, 23, 5, 1993, págs. 459-480, Biblio. R. 717.

Deficiencias, deficiencia mental, padres deficientes, servicios de apoyo, literatura. Reino Unido.

CANAL, R. «El autismo hoy en España». *Siglo cero*, 149, 1993, págs. 41-44, Biblio. R.E.

CONSEJERIA DE INTEGRACION SOCIAL *Catálogo bibliográfico. Tomos I, II y III*. Madrid, Comunidad de Madrid, 1993, 1890 págs. Biblio. Z1.44 (a-b-c).

Bienestar social, servicios sociales, servicios y centros, deficiencias, delincuencia, familia, marginación social, menores, niños, atención infancia, pobreza, mujer, ancianos, drogodependencias, seguridad social, servicios sanitarios, sociología, psicología, economía, educación, derecho, estructura jurídico-administrativa, organismos internacionales, bibliografías, Madrid, autonomías, España.

CUMMINS, R.A. *Comprehensive quality of life scale. Intellectual disability (ComQo1-ID). Manual, 3RD Ed.* Malvern. Vi (Aust), Psychology research centre, 1992, 50 págs. Biblio. G1a Fol.8.

Deficiencias, deficiencia mental, calidad de vida, evaluación, escalas.

CUMMINS, R.A. *Comprehensive quality of life scale (ComQo 1). Manual, 3RD ed.* Malvern Vi (Austria), Psychology research centre, 1992, 26 págs. Biblio. G1a Fol. 7.

Deficiencias, deficiencia mental, calidad de vida, evaluación, escalas.

DYKENS, E.M., y otros. «Profiles, correlates, and trajectories of intelligence in Prader-willi syndrome». *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 31, 6, 1992, págs. 1125-1130, Biblio. R. 598.

Deficiencias, deficiencia mental, síndrome de Prader-willi, inteligencia, evaluación.

GAHERY, Y. «Equilibre et maintien de la posture» *Motricité cérébrale. Readaptation. Neurol ogie du developpement*, 14, 3, 1993, págs. 89-104, Biblio. R. 786.

Deficiencias, deficiencia física, parálisis cerebral, equilibrio.

GARBER, H.J., y otros. «Clomipramine treatment of stereotypic behaviors and self-injury in patients with developmental disabilities». *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 31, 6, 1992, págs. 1157-1160, Biblio. R. 598.

Deficiencias, deficiencia mental, conducta, estereotipias, autoagresión, tratamiento, fármacos.

GOMEZ, J.C., y otros. «El estudio comparado de la comunicación temprana y la teoría de la mente: ontogénesis, filogénesis y patología», *siglo cero*, 149, 1993, págs. 47-62, Biblio. R.E.

Deficiencias, autismo, comunicación, genética, patología, teoría.

GONZALEZ, M.A., TINOCO, J. *Densidad mineral ósea y biomecánica de la marcha en las displasias óseas. Protocolo de estudio. Serie documentos 39/93. Madrid, Real patronato de prevención y de atención a personas con minusvalía*, 1993, 100 págs. Biblio. P2a.4.

Deficiencias, deficiencia física, patología, investigación, medicina.

GREGORY, S., HARTLEY, G.M. *Constructing deafness*. Milton Keynes (GB), Open university press, 1991, 319 págs. Biblio. P4.26.

Deficiencias, deficiencia auditiva, concepto, psicología, audiología, ortofonía, ortoprótesis, educación, comunicación, comunicación total, comunicación no verbal, bilingüismo, trabajo social, imagen, audiovisual, medios de comunicación, Reino Unido.

KANNER, L. «Trastornos autistas del contacto afectivo». *Siglo cero*, 149, 1993, págs. 5-25, Biblio. R.E.

Deficiencias, autismo, afectividad, casuística.

LAPLAZA, F.J., y otros. «Cerebral palsy in twins. *Developmental medicine and child neurology*, 34, 12, 1992, págs. 1053-1063, Biblio. R. 727.

Deficiencias, deficiencia física, parafisis cerebral, gemelos, factor de riesgo.

LEROY-MALHERBE, V., y otros. «Infirmite motrice cerebrale et deformation du membre inferieur dans le plan horizontal». *Motricité cérébrale. Readaptation. Neurologie du developpement*, 14, 3, 1993, págs. 77-87, Biblio. R. 786.

Deficiencias, anomalías congénitas, prevención, educación sanitaria, información, España.

MARTINEZ, M.L., CASADO, D. *Para que nazca sano. Prevención de defectos congénitos*. Madrid, Fundación 1000, 1993, 27 págs. Biblio. A2 Fol 19.

Deficiencias, anomalías congénitas, prevención, educación sanitaria, información, España.

MARTINEZ-FRIAS, M.L. *Malformaciones congénitas en la población gitana. Estudio epidemiológico en un grupo de la población española. Serie documentos 38/93*. Madrid, Real patronato de prevención y de atención a personas con minusvalía, 1993, 264 págs. Biblio. A2.18.

Deficiencias, malformaciones congénitas, minorías, etnia, gitanos, estudio epidemiológico, España.

MCGINTY, J., FISH, J. *Learning support for young people in transition. Leaving school for further education and work*. Buckingham (GB), Open university press, 1992, 116 págs. Biblio. C11.53.

Deficiencias, problemas de aprendizaje, necesidades especiales, adolescentes, planes de transición teoría, educación continuada, trabajo, actividades vida diaria, USA.

NETTEN, A. *An approach to costing informal care*. Kent (GB), University of Kent at Canterbury, 1990, 35 págs. Biblio. R1n.351.

Ancianos, deficiencias, dependiente, intervención informal, cuidador informal, carga familiar, coste, indicadores, métodos de evaluación, Reino Unido.

O'SULLIVAN, P., y otros. «Perceptions of pediatricians helpfulness: a national study of mothers of young disabled children». *Developmental medicine and child neurology*, 34, 12, 1992, págs. 1064-1071, Biblio. R. 727.

Deficiencias, deficiencia mental, niños, servicios pediátricos, satisfacción, madre.

OIT. *Creación de empleo para personas discapacitadas: Guía para organizaciones de empresarios*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, 1993, 28 págs. Biblio. D2.3.

Deficiencias, integración laboral, promoción de empleo, información, empresa, OIT.

OIT. *Creación de empleo para personas discapacitadas: Guía para organizaciones de trabajadores*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, 1993, 30 págs. Biblio. D2.2.

PELCHANO, V., SERVANDO, M.A. «Stanford-Binet en deficiencia mental: Datos de validación e implicaciones para los programas de entrenamiento en inteligencia». *Análisis y modificación de conducta* 18, 61, 1992, págs. 647-673, Biblio. R. 433.

Deficiencias, deficiencia mental, tests de inteligencia, validez, desarrollo cognitivo, entrenamiento.

PORTELL, E. «La estimulación eléctrica funcional en la lesión medular» *Sobre ruedas*, 27, 1993, págs. 8-9, Biblio. R. 826.

Deficiencias, deficiencia física, parplejía, movilidad, ayudas técnicas.

ROSE, J., y otros. «Susceptibilidad genética en la esclerosis múltiple familiar no ligada al gen de la proteína básica de mielina». *Lancet, The*, 23, 4, 1993, págs. 210-212, Biblio. R. 484.

Deficiencias, deficiencia física, esclerosis múltiple, genética, herencia.

S.I.I.S. *Guía de organismos y entidades relacionados con la discapacidad*, marzo 1994. Madrid, Real patronato de prevención y de atención a personas con minusvalía, 1994, 143 págs. Biblio. Z16.61.

Deficiencias, instituciones, organismos nacionales, autonomías, nivel provincial, asociaciones, centros de documentación, directorios, España.

SCHALOCK, R.L., y otros. *Quality of life questionnaire standardization manual*. Hastings, NE (USA), Mid-Nebraska mental retardation services, 1990, 71 págs. Biblio. G1a Fol. 10.

Deficiencias, deficiencia mental, calidad de vida, evaluación, cuestionarios.

SECRETARIA GENERAL TECNICA. *Anuario estadístico de la consejería de asuntos sociales 1992*. Sevilla, Junta de Andalucía, 1993, 243 págs. Biblio. G1a.50.

Servicios sociales, estadísticas de servicios, utilización de servicios, niños, menores, familia, juventud, mujer, ancianos, deficiencias, drogodependencias, migración, marginación social, pobreza, minorías, gitanos, estadísticas económicas, características usuario, autonomías, andalucía, compendio.

SMITH, T. *Communicating quality. Professional standards for speech and language therapist*. Kent (GB), College of Speech and Language Therapists, 1991, 298 págs. Biblio. P5.56.

Deficiencias, problemas de lenguaje, educación lenguaje, logopeda, perfil profesional, práctica, estándares, manuales para educadores, Reino Unido.

SWANK, M., DIAS, L. «Myelomeningocele: a review of the orthopaedic aspects of 206 patients treated from birth with no selection criteria». *Developmental medicine and child neurology*, 34, 12, 1992, págs. 1047-1052.

Deficiencias, niños, problemas neurológicos, espina bífida, tratamiento quirúrgico, evolución.

TETZCHNER, S.V. *Telecomunicaciones y discapacidad*. Madrid, FUNDESCO, 1993, 628 págs. Biblio. 02.5.

Deficiencias, telecomunicaciones, ayudas técnicas, audiovisual, nuevas tecnologías.

TU, J.B., y otros. «Psychopharmacogenetic aspects of Prader-willi syndrome». *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 31, 6, 1992, págs. 1137-1140, Biblio. R. 598.

Deficiencias, deficiencia mental, síndrome de Prader-willi, tratamiento, fármacos.

VARELA, M.S. *Fortaleciendo otras capacidades. Instituciones que trabajan en favor de los niños con impedimentos*. Santiago (CL), UNICEF—Oficina regional para América latina y el Caribe—, 1991, 122 págs. Biblio. N1.104.

Deficiencias, rehabilitación, servicios y centros, directorios, América del sur.

VARIOS. *Sexta conferencia internacional de movilidad*. Madrid, 9-12 septiembre 1991. Tomos I y II. Madrid, ONCE, 1993, 382-391 págs. Biblio. A12.21 (a-b).

Deficiencias, deficiencia visual, movilidad, accesibilidad, barreras, autonomía personal, ayudas técnicas, equipamiento, rehabilitación, psicomotricidad, educación psicomotriz, reuniones, ONCE, España.

VARIOS. *Encuentros de fundaciones tutelares. Bilbao, 16 y 17 de diciembre de 1991*. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza, 1992, 37 págs. Biblio. E2a.20.

Deficiencias, deficiencia mental, incapacidad jurídica, tutela, fundaciones, competencias, funcionamiento, imagen, España.

VARIOS. «Atencio a les persones AMB discapacitat». *Revista de servéis socials*, 24, 1993, págs. 53, Biblio. R. 503.

Deficiencias, valoración, prestaciones sociales, servicios sociales, integración laboral, características sistema, Valencia.

ARAUPIA

albisteak

NORMATIVA

información

Zerbitzuan se ha visto obligado, por razón de falta de espacio, a remodelar el ámbito de esta sección de la revista. A partir de 1994 no se incluyen aquí las disposiciones y noticias de ámbito municipal de la Comunidad Autónoma Vasca que hasta el momento se venían recogiendo.

BOE 2/9/93	Resolución de 30 de julio de 1993, del MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA, por la que se convocan para el curso 1993/94 AYUDAS económicas para CENTROS y grupos de PROFESORES que realicen PROYECTOS DE INNOVACION EDUCATIVA. Incluye a los centros de EDUCACION ESPECIAL.
BOB 2/9/93	El Ayuntamiento de UGAO-MIRABALLES modifica su PLANTILLA orgánica. En Personal Laboral aparecen 1 plaza de ANIMADOR SOCIO-CULTURAL y 1 de ASISTENTE SOCIAL
BOB 3/9/93	El Ayuntamiento de ELORRIO aprueba definitivamente la NORMATIVA de concesión de SUBVENCIONES de CARACTER SOCIAL
BOG 3/9/93	El Ayuntamiento de LEZO modifica el artículo 55 del REGLAMENTO del Servicio de AYUDA A DOMICILIO.
BOPV 7/9/93	Decreto 211/1993, de 20 de julio, por el que se regula el RECONOCIMIENTO oficial de los SERVICIOS DE INFORMACION JUVENIL
BOPV 8/9/93	La MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES BUSTURIALDEA publica el CONCURSO para la adjudicación del servicio de GESTION del CENTRO DE DIA PARA MINUSVALIDOS PSIQUICOS.
DOGC 8/9/93	Decreto 209/1993, de 31 de agosto, por el que se establece la ESTRUCTURA ORGANICA del INSTITUTO CATALAN DE LA MUJER y se modifican los decretos que lo regulan y la ORGANIZACION y NOMENCLATURA de la COMISION INTERDEPARTAMENTAL DE PROMOCION DE LA MUJER.

BOB 8/9/93	El Ayuntamiento de BILBAO aprueba inicialmente la adecuación del REGLAMENTO regulador de SUBVENCIONES, BECAS, PREMIOS y AYUDAS a la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
BOB 8/9/93	El Ayuntamiento de MUNGIA anuncia la CESION de unos LOCALES a la ASOCIACION VIZCAINA en favor de las personas con DEFICIENCIAS PSIQUICAS «GORABIDE».
BOG 8/9/93	El Ayuntamiento de MUTRIKO aprueba su PLANTILLA orgánica para 1993. Aparecen 1 puesto de ASISTENTE SOCIAL y 6 de AUXILIARES DOMICILIARIAS.
DOGC 10/9/93	Resolución de 30 de junio de 1993, del Departamento de Trabajo de CATALUÑA, por la que se ordena la inscripción y la publicación del PACTO DE EFICACIA LIMITADA (CONVENIO COLECTIVO) de ámbito de Cataluña, de RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD sin afán de lucro.
BOG 10/9/93	El Ayuntamiento de DEBA publica su PLANTILLA orgánica para 1993. Aparecen 1 plaza de DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES, 2 de ASISTENTES DOMICILIARIOS y 1 de AUXILIAR DE CLINICA DE GERIATRIA.
DOCE 13/9/93	Dictamen sobre propuesta de Decisión del Consejo, de las COMUNIDADES EUROPEAS, sobre una INICIATIVA TECNOLOGICA comunitaria para los ANCIANOS y PERSONAS CON DISCAPACIDADES (TIDE) (1993/1994).
BON 13/9/93	Orden Foral 365/1993, de 1 de septiembre, del Departamento de Educación y Cultura de NAVARRA, por la que se convocan BECAS DE EDUCACION ESPECIAL y AYUDAS DE APRENDIZAJE para el curso 1993/94.
BOB 13/9/93	El Ayuntamiento de GERNIKA-LUMO publica su PLANTILLA de personal. Aparecen 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL y 1 de TECNICO MEDIO EN DROGODEPENDENCIAS.
BOB 13/9/93	El Ayuntamiento de GETXO publica la CORRECCION DE ERRORES del anuncio de aprobación de su PLANTILLA orgánica para 1993 (BOB de 5/8/93). Donde dice: 2 plazas de Técnico Superior en Drogodependencias, debe decir: 1 plaza de TECNICO SUPERIOR EN DROGODEPENDENCIAS.
BOG 13/9/93	El Ayuntamiento de ORIO aprueba su PLANTILLA orgánica para 1993. Aparecen 2 plazas de ASISTENTE SOCIAL y 5 de AUXILIAR DOMICILIARIA.
BOPV 14/9/93	Norma Foral 11/1993, de 26 de junio, de la Diputación Foral de GIPUZKOA, de MEDIDAS FISCALES URGENTES de apoyo a la inversión e impulso de la ACTIVIDAD ECONOMICA. En el artículo 18, punto dos, se contemplan las medidas específicas aplicables a la contratación de TRABAJADORES CON MINUSVALIA.
DOGC 15/9/93	Orden de 13 de septiembre de 1993, del Departamento de Bienestar social de CATALUÑA, de convocatoria pública para la concesión de SUBVENCIONES de inversión para la CREACION y MANTENIMIENTO de puestos de TRABAJO para las PERSONAS CON DISMINUCION.
BOB 15/9/93	El Ayuntamiento de BASAURI publica su PLANTILLA de personal. Aparecen 6 plazas de ASISTENTE SOCIAL, 1 de MEDICO DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS y 2 de ANIMADOR SOCIOCULTURAL. En el mismo anuncio publica la CONVOCATORIA de 1 plaza de TECNICO EN DROGODEPENDENCIAS, 2 plazas de ANIMADOR SOCIOCULTURAL y 3 de ASISTENTE SOCIAL. En las bases generales de la convocatoria establece la RESERVA del 3% de las plazas para PERSONAS CON MINUSVALIA.

BON 17/9/93	Decreto Foral 260/1993, de 6 de septiembre, del Departamento de Educación y Cultura de NAVARRA, por el que se modifica el Decreto Foral 222/1990, de 31 de agosto, por el que se establecen los ORGANOS DE ACTUACION en materia de ORIENTACION PSICOPEDAGOGICA y EDUCACION ESPECIAL y se regula el acceso a los puestos de trabajo.
BOB 17/9/93	Anuncio del Departamento de Urbanismo de la Diputación Foral de BIZKAIA relativo a una SOLICITUD PRIVADA para la instalación de una RESIDENCIA DE ANCIANOS en BUSTURIA.
BOB 17/9/93	Anuncio del Departamento de Urbanismo de la Diputación Foral de BIZKAIA relativo a la solicitud de la «PROMOTORA CASERIO SANTO DOMINGO» para la instalación de una RESIDENCIA GERIATRICA para ASISTIDOS en ORTUELLA.
BOCM 20/9/93	Orden de 16 de septiembre de 1993, de la Consejería de Economía de la Comunidad de MADRID, por la que se regulan las AYUDAS económicas a empresas para la CREACION DE EMPLEO: Ayudas Financieras a Nuevas Iniciativas Empresariales y Proyectos Generadores de Empleo. Se contempla el empleo de las PERSONAS CON MINUSVALIA.
DOGV 20/9/93	Decreto 171/1993, de 13 de septiembre, del GOBIERNO VALENCIANO, por el que se aprueba el REGLAMENTO orgánico y funcional del INSTITUTO VALENCIANO DE LA MUJER.
BOB 21/9/93	El Ayuntamiento de BERMEO acuerda el establecimiento del PRECIO público por la prestación del Servicio de AYUDA A DOMICILIO.
BOE 22/9/93	Resolución de 9 de septiembre de 1993 por la que se da publicidad al CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de ASTURIAS, para la realización de programas para el desarrollo de SERVICIOS DE ATENCION a la PRIMERA INFANCIA (ceros años).
BOE 22/9/93	Resolución de 9 septiembre de 1993 por la que se da publicidad al CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de CASTILLA Y LEON, para la realización de programas experimentales de PREVENCION en situaciones de riesgo y TRATAMIENTO de FAMILIAS en cuyo seno se producen MALOS TRATOS.
BOE 22/9/93	Resolución de 9 de septiembre de 1993 por la que se da publicidad al ANEXO 5 del CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Generalitat de CATALUÑA, en desarrollo de programas para SITUACIONES DE NECESIDAD, suscrito con fecha de 3 de diciembre de 1990.
BOE 23/9/93	Resolución de 16 de septiembre de 1993 por la que se da publicidad al CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de BALEARES, para la realización de programas para el desarrollo de SERVICIOS de atención a la PRIMERA INFANCIA (ceros años).
BOJA 23/9/93	Orden de 1 de septiembre de 1993, de la Consejería de Asuntos Sociales de ANDALUCIA, por la que se regula la BONIFICACION del 50% del PRECIO del billete en VIAJES INTERURBANOS a PERSONAS MAYORES de 65 años y PENSIONISTAS (entre ellos, personas con MINUSVALIA). (Corrección de errores: BOJA de 19/10/93).
DOCE 25/9/93	Decisión del Consejo de las COMUNIDADES EUROPEAS, de 21 de septiembre de 1993, sobre una INICIATIVA TECNOLOGICA comunitaria para las PERSONAS MAYORES y las PERSONAS CON DISCAPACIDAD (TIDE) (1993-1994).

BOC 27/9/93	Decreto 232/1993, de 29 de julio, por el que se modifica parcialmente el Decreto 68/1990, de 19 de abril, por el que se crea la COMISION DE ACREDITACION, EVALUACION Y CONTROL de CENTROS o SERVICIOS SANITARIOS en los que se realicen TRATAMIENTOS CON OPIACEOS en la Comunidad de CANARIAS.
BOCyL 28/9/93	Orden de 17 de septiembre de 1993, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la que se incluye el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el listado de ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA en la Comunidad de CASTILLA Y LEON.
BOB 28/9/93	Decreto Foral 93/1993, de 14 de septiembre, del Departamento de Cultura de la Diputación Foral de BIZKAIA, por el que se dictan normas para la concesión de SUBVENCIONES a AYUNTAMIENTOS que organicen ACTIVIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS para MAYORES de 55 años.
BOE 30/9/93	Resolución de 21 de septiembre de 1993 por la que se da publicidad al ANEXO 5 del CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de MADRID en desarrollo de programas para SITUACIONES DE NECESIDAD, suscrito con fecha 3 de diciembre de 1990.
BOE 1/10/93	Orden de 23 de septiembre de 1993, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se da nueva redacción al párrafo segundo del artículo 53 de la Orden del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de 22 de abril de 1993, por la que se establecen y regulan los PROGRAMAS de actuación EN FAVOR de los EMIGRANTES ESPAÑOLES.
BON 1/10/93	Decreto Foral 294/1993, de 13 de septiembre, por el que se desarrollan las FUNCIONES y RANGO ORGANICO y funcional del DIRECTOR TECNICO del PLAN FORAL DE DROGODEPENDENCIAS.
DOCM 1/10/93	Orden de 21 de septiembre de 1993, de la Consejería de Bienestar Social, que modifica el punto 2.º de la base 9.ª de la Orden de 23 de diciembre de 1992, por la que se convocan AYUDAS para la realización de programas de FORMACION PROFESIONAL y OCUPACIONAL para MUJERES de CASTILLA-LA MANCHA.
BOG 1/10/93	CONVENIO COLECTIVO para el PERSONAL PROFESIONAL de TALLERES PROTEGIDOS GUREAK, S.A.
BOJ A 2/10/93	Corrección de errores de la Resolución de 30 de julio de 1993, del INSTITUTO ANDALUZ DE SERVICIOS SOCIALES, por la que se determinan las CONDICIONES TECNICAS que deben reunir los CENTROS de Atención Especializada para PERSONAS CON MINUSVALIAS para poder suscribir CONCIERTOS de PLAZAS con dicho Instituto (BOJA de 7/8/93).
BOJ A 2/10/93	Corrección de errores de la Resolución de 30 de julio de 1993, del INSTITUTO ANDALUZ DE SERVICIOS SOCIALES, por la que se establece el MODELO-TIPO de CONCIERTO de PLAZAS con CENTROS de Atención Especializada de PERSONAS MAYORES y de PERSONAS CON MINUSVALIAS (BOJA de 7/8/93).
BOB 4/10/93	La MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES DE BUSTURIALDEA publica su PLANTILLA orgánica. Aparecen 3 plazas de ASISTENTE SOCIAL
BON 6/10/93	Resolución de 22 de septiembre de 1993, del Instituto Navarro de Bienestar Social, por el que se aprueba el expediente para la CONTRATACION de la organización de TALLERES ITINERANTES en diversas localidades de NAVARRA y un ESTUDIO de prospección y diagnóstico sobre necesidades de EMPLEO de MUJERES.
DOGV 7/10/93	Resolución de 2 de septiembre de 1993, de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Comunidad VALENCIANA, por la que se convocan AYUDAS para la realización de ACCIONES FORMATIVAS dirigidas a colectivos de JOVENES desempleados.

BOG 7/10/93	CONVENIO COLECTIVO de la FUNDACION ULIAZPI.
BOPV 8/10/93	Orden de 14 de septiembre de 1993, del Departamento de Educación, Universidades e Investigación del GOBIERNO VASCO, por la que se convocan ASIGNACIONES INDIVIDUALES de TRANSPORTE ESCOLAR para alumnos que cursen estudios de F.P.I., R.E.M.I. y casos excepcionales de Preescolar, E.G.B. y EDUCACION ESPECIAL en Centros Públicos.
DOG 11/10/93	Decreto 218/1993, de 24 de septiembre, por el que se crea una COMISION TRIPARTITA de PREVENCIÓN e INTEGRACION DE DROGODEPENDENCIAS en GALICIA.
DOGC 11/10/93	Orden de 11 de agosto de 1993, del Departamento de Trabajo de CATALUÑA, de modificación de determinados artículos de la Orden de 3 de febrero, por la que se regulan los programas de EMPLEO y FORMACION OCUPACIONAL y se desarrolla el Decreto 45/1989, de 13 de marzo, modificado por el Decreto 204/1990, de 30 de julio, sobre la integración de trabajadores con especiales dificultades (personas con DISCAPACIDAD, las acogidas al PIRMI, toxicómanos o extoxicómanos, RECLUSOS en régimen abierto o ex-reclusos, determinados JOVENES, MUJERES con cargas familiares,...) para el año 1993.
DOGC 11/10/93	Orden de 4 de octubre de 1993, del Departamento de Trabajo de CATALUÑA, de desarrollo del Decreto 195/1993, de 13 de julio, (DOGC de 9/8/93), por el que se modifica el Decreto 39/1988, de 11 de febrero, regulador de la PROMOCION, la FINANCIACION y las PRESTACIONES ECONOMICAS de los SERVICIOS SOCIALES.
BOG 11/10/93	Decreto Foral 87/1993, de 23 de septiembre, por el que se aprueba el REGLAMENTO regulador de las AYUDAS de la Diputación Foral de GIPUZKOA para la ADQUISICION DE AUTOBUSES de PLATAFORMA BAJA que presten servicio en líneas regulares de TRANSPORTE PUBLICO de viajeros por carretera del Territorio Histórico de Gipuzkoa.
BOG 11/10/93	El Ayuntamiento de IKAZTEGIETA aprueba definitivamente la ORDENANZA reguladora de las BONIFICACIONES para la utilización del servicio de GUARDERIA de TOLOSA por parte de los habitantes de Ikaztegieta.
BOPA 15/10/93	Acuerdo del Consejo de Gobierno, de 6 de octubre de 1993, por el que se aprueba la OFERTA DE EMPLEO PUBLICO de la Administración del Principado de ASTURIAS para el año 1993.
DOGC 15/10/93	Ley 10/1993, de 8 de octubre, que regula el ACCESO AL ENTORNO de las personas con DISMINUCION VISUAL acompañadas de PERROS GUIA, en CATALUÑA.
BOB 15/10/93	Orden Foral de 6 de octubre, del Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de BIZKAIA, por la que se convocan los «PREMIOS UTOPIA 93».
BOG 15/10/93	El Departamento de Transportes e Infraestructuras Viarias de la Diputación Foral de GIPUZKOA CONVOCA, para 1993, la concesión de SUBVENCIONES destinadas a la ADQUISICION de AUTOBUSES de PLATAFORMA BAJA que presten servicio en líneas regulares de TRANSPORTE PUBLICO de viajeros por carretera del Territorio Histórico de Gipuzkoa. (Nuevo plazo de solicitud de subvenciones: BOG de 17/11/93).
BOE 16/10/93	Resolución de 30 de septiembre de 1993, por la que se da publicidad al ANEXO 5 del CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de CASTILLA Y LEON en desarrollo de programas para SITUACIONES DE NECESIDAD, suscrito con fecha de 3 de diciembre de 1990.

BOE 16/10/93	Resolución de 27 de septiembre de 1993, del CONSEJO SUPERIOR DE DEPORTES, por la que se dispone la publicación de los ESTATUTOS de la FEDERACION ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA SORDOS.
BOB 18/10/93	El Ayuntamiento de PORTUGALETE modifica los ESTATUTOS de la FUNDACION PUBLICA DE SERVICIOS SOCIALES DE LA INFANCIA.
BOB 18/10/93	El Ayuntamiento de GALDAKAO publica la relación de PUESTOS DE TRABAJO: Aparecen 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL y 1 de ANIMADOR SOCIO-CULTURAL
BOG 18/10/93	El Ayuntamiento de ANOETA publica su PLANTILLA orgánica en la que aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL
BOCyL 19/10/93	Decreto 247/1993, de 14 de octubre, por el que se aprueba el PLAN SECTORIAL DE EDUCACION PARA LA SALUD en la Comunidad de CASTILLA Y LEON.
BOCM 19/10/93	Corrección de errores de la Orden de 10 de junio de 1993, de la Consejería de Integración Social de MADRID, por la que se aprobó el REGLAMENTO de Organización y Funcionamiento de las RESIDENCIAS DE ANCIANOS que gestiona directamente el Servicio Regional de Bienestar Social. (BOCM de 21/6/93).
DOG 19/10/93	Orden de 23 de septiembre de 1993, de la Consejería de Trabajo y Servicios Sociales de GALICIA, por la que se convocan AYUDAS económicas para el ACOGIMIENTO FAMILIAR de PERSONAS MAYORES y MINUSVALIDOS.
BOG 19/10/93	La Diputación Foral de GIPUZKOA publica en extracto el acuerdo de aprobación al PROYECTO de CONVENIO con el MINISTERIO DE AGRICULTURA, PESCA Y ALIMENTACION para ESTANCIAS DE LARGA DURACION para la TERCERA EDAD.
BOG 19/10/93	Anuncio del Ayuntamiento de DONOSTIA-SAN SEBASTIAN relativo a la solicitud de AGIPAD para la apertura de un ESTABLECIMIENTO dedicado a la actividad de PREVENCIÓN y ASISTENCIA A DROGODEPENDENCIAS.
BOE 20/10/93	Real Decreto Legislativo 1/1993, de 24 de septiembre, por el que se aprueba el texto refundido de la LEY DEL IMPUESTO SOBRE TRANSMISIONES PATRIMONIALES Y ACTOS JURIDICOS DOCUMENTADOS. En el Artículo 45 se establecen los beneficiarios de la EXENCION SUBJETIVA de este Impuesto: afecta, entre otros, a ciertas ASOCIACIONES de utilidad pública dedicadas a la INFANCIA, la JUVENTUD, la TERCERA EDAD, las personas con MINUSVALIA, MARGINADAS, ALCOHOLICAS, TOXICOMANAS o con ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL
BOC 20/10/93	Orden de 8 de octubre de 1993, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, que modifica la Orden de 13 de septiembre de 1993, por la que se constituye el PROGRAMA DE VACUNAS de la Comunidad Autónoma de CANARIAS (BOC de 29/9/93).
BOCyL 20/10/93	Orden de 8 de octubre de 1993, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la que se aprueba el CALENDARIO Oficial de VACUNACIONES Sistemáticas de la INFANCIA en la Comunidad de CASTILLA Y LEON.
BOG 20/10/93	El Consorcio para la Educación Compensatoria de GIPUZKOA publica el Pliego de la CLAUSULAS administrativas y técnicas del CONCURSO público para la ASISTENCIA, ASESORAMIENTO, DINAMIZACION y EDUCACION FAMILIAR para las MINORIAS ETNICAS.
BOTHA 20/10/93	El Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ aprueba provisionalmente la ORDENANZA sobre OCUPACION DE LA VIA PUBLICA PARA CONSTRUCCION DE RAMPAS DE ACCESIBILIDAD A EDIFICIOS PRIVADOS.

BOG 21/10/93	El Ayuntamiento de BERGARA publica su PLANTILLA orgánica para 1993. Aparecen 3 puestos de ASISTENTE SOCIAL, 1 de DINAMIZADOR DE EMPLEO y 1 de TECNICO DE PREVENCION DE DROGODEPENDENCIAS.
BOC 22/10/93	Orden de 18 de octubre de 1993, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de CANARIAS, por la que se regula para 1993 el régimen de SUBVENCIONES en el Area de JUVENTUD.
BOCyL 22/10/93	Orden de 8 de octubre de 1993, de la Consejería de Cultura y Turismo de CASTILLA Y LEON, por la que se convocan los PREMIOS PARA DIS-CAPACITADOS del año 1993, en materia de DEPORTES.
DOGC 22/10/93	Orden de 18 de octubre de 1993, de la Presidencia de la Generalitat de CATALUÑA, por la que se fijan los valores de las unidades básicas de PAGO para la contraprestación de los SERVICIOS realizados por los CEN-TROS SOCIO-SANITARIOS para el año 1993.
BOG 22/10/93	El Ayuntamiento de ANTZUOLA aprueba definitivamente la ORDENAN-ZA para la Concesión de AYUDAS municipales en materia de TASAS MUNICIPALES.
BOG 22/10/93	El Ayuntamiento de ANTZUOLA CONVOCA 1 plaza de ASISTENTE SO-CIAL
BOA 25/10/93	Decreto 165/1993, de 19 de octubre, de la Diputación General de ARA-GON, sobre ADJUDICACION de VIVIENDAS de promoción pública. En-tran en el cómputo la DISMINUCION PSIQUICA y la FISICA.
DOG 25/10/93	Decreto 253/1993, de 29 de julio, por el que se establece el CURRÍCULO del grado elemental y del grado medio de las ENSEÑANZAS DE MUSICA y el acceso de dichos grados, en GALICIA. En la Disposición adicional primera se prevé la ADAPTACION del currículo a la necesidades de los ALUMNOS CON MINUSVALIAS.
DOGC 25/10/93	Corrección de erratas de la Orden de 3 de febrero de 1993, por la que se regulan los programas de EMPLEO y FORMACION OCUPACIONAL del Departamento de Trabajo de CATALUÑA. (DOGC de 26/2/93). La nor-ma de referencia afecta a personas con DISCAPACIDAD, las acogidas al PIRMI, toxicómanos o extoxicómanos, RECLUSOS y ex-reclusos, deter-minados JOVENES, MUJERES con cargas familiares,...
BOG 25/10/93	El Ayuntamiento de ARETXABALETA publica su PLANTILLA orgánica. Aparecen 2 plazas de ASISTENTE SOCIAL y 1 de DINAMIZADOR DE TERCERA EDAD.
BOE 26/10/93	Resolución de 5 de octubre de 1993, del CONSEJO SUPERIOR DE DE-PORTES, por la que se dispone la publicación de los ESTATUTOS de la FEDERACION ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA PARALITICOS CEREBRA-LES.
BOLR 26/10/93	Orden de 13 de octubre de 1993, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social de LA RIOJA, por la que se establece un PREMIO anual en el Area de los SERVICIOS SOCIALES.
BOTHA 27/10/93	Decreto Normativo de Urgencia Fiscal 7/1993, del Consejo de Diputados de ARABA de 13 de octubre, por el que se incorpora al SISTEMA TRI-BUTARIO del Territorio Histórico de Araba y se establece el REGIMEN FISCAL de determinadas AYUDAS a los afectados por el Virus de In-munodeficiencia Humana (VIH), sometiéndose a las Juntas Generales de Alava.
BOTHA 27/10/93	Acuerdo del Consejo de Diputados de ARABA de 13 de octubre de 1993, por la que se solicita a la Tesorería General de la SEGURIDAD SOCIAL la CESION gratuita de la propiedad de la RESIDENCIA DE ARANA, para continuar prestando serviciosasistenciales a la TERCERA EDAD.

BOE 28/10/93	Resolución de 8 de octubre de 1993, por la que se da publicidad al CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de GALICIA, para la realización de programas para el desarrollo de SERVICIOS de atención a la PRIMERA INFANCIA.
BORM 28/10/93	Orden de 19 de octubre de 1993, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de MURCIA, por la que se convocan SUBVENCIONES a las ASOCIACIONES que tengan entre sus fines la PREVENCIÓN de la HE-MOFILIA y la AYUDA a los PACIENTES que la padezcan.
BOG 28/10/93	El Ayuntamiento de ALKIZA aprueba inicialmente el REGLAMENTO del Servicio de AYUDA A DOMICILIO.
DOG 29/10/93	La Diputación Foral de GIPUZKOA publica en extracto el acuerdo de CONCEDER AYUDAS económicas para la INVERSION a las RESIDENCIAS DE ANCIANOS: FUNDACION PUBLICA DE SAN ANDRES de EIBAR y YURREAMENDI de TOLOSA.
BOE 1/11/93	Resolución de 18 de octubre de 1993, por la que se da publicidad al ANEXO 5 del CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de ANDALUCIA, en desarrollo de programas para SITUACIONES DE NECESIDAD, suscrito con fecha de 3 de diciembre de 1990.
BOB 2/11/93	El Ayuntamiento de ERMUA anuncia CONCURSO público para la ejecución de OBRAS del EDIFICIO POLIVALENTE para la TERCERA EDAD. 1.ª fase.
BOG 2/11/93	El Ayuntamiento de TOLOSA modifica los PRECIOS de la asistencia de la RESIDENCIA YURREAMENDI.
BOE 3/11/93	Resolución de 8 de octubre de 1993, por la que se da publicidad al CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de MURCIA para la realización de programas para el desarrollo de SERVICIOS de atención a la PRIMERA INFANCIA (cero-tres años).
DOGC 3/11/93	Decreto 250/1993, de 28 de septiembre, de modificaciones del Decreto 394/1988, de 1 de diciembre, por el que se aprueba el REGLAMENTO constitutivo del CONSEJO GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES de CATALUÑA.
DOGC 3/11/93	Orden de 9 de octubre de 1993, del Departamento de Bienestar Social de CATALUÑA, de desarrollo del Decreto 250/1993, de 28 de septiembre, de modificación del Decreto 394/1988, de 1 de diciembre, por el que se aprueba el REGLAMENTO constitutivo del CONSEJO GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES.
BOB 3/11/93	El Ayuntamiento de ETXEBARRI aprueba inicialmente la ORDENANZA reguladora del PRECIO público por prestación de SERVICIOS SOCIALES y BIENESTAR SOCIAL
BOB 4/11/93	El Ayuntamiento de GERNIKA-LUMO publica su PLANTILLA de Personal. Aparecen 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL y 1 de TECNICO MEDIO EN DROGODEPENDENCIAS.
BOB 4/11/93	El Ayuntamiento de AMOREBIETA-ETXANO publica las TARIFAS del Servicio de AYUDA A DOMICILIO.
BOG 4/11/93	El Ayuntamiento de ALKIZA publica su PLANTILLA orgánica en la que aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL.
DOCM 5/11/93	Orden de 3 de noviembre de 1993, de la Consejería de Sanidad de CASTILLA-LA MANCHA, por la que se convocan AYUDAS para proyectos de PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS en CENTROS EDUCATIVOS.

BOTHA 5/11/93	El Instituto Foral de Bienestar Social de ARABA anuncia CONCURSO para la adjudicación del Servicio de AYUDA A DOMICILIO.
BOJA 6/11/93	Orden de 18 de octubre de 1993, de la Consejería de Asuntos Sociales de ANDALUCIA, por la que se convocan los PREMIOS ANDALUCES DE INVESTIGACION EN DROGODEPENDENCIAS.
DOE 6/11/93	Orden de 20 de octubre de 1993, de la Consejería de Educación y Juventud de EXTREMADURA, por la que se establecen líneas de estímulo para la realización de proyectos de formación, innovación y desarrollo de la FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL desarrollados a través de INSTITUCIONES y ENTIDADES sin fin de lucro, cofinanciados por el FONDO SOCIAL EUROPEO para 1993.
DOE 6/11/93	Orden de 20 de octubre de 1993, de la Consejería de Educación y Juventud de EXTREMADURA, por la que se establecen líneas de actuación y estímulo para la realización de cursos de FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL impartidos a través de organizaciones y ENTIDADES JUVENILES sin ánimo de lucro y cofinanciados por el FONDO SOCIAL EUROPEO para 1993.
DOE 6/11/93	Orden de 20 de octubre de 1993, de la Consejería de Educación y Juventud de EXTREMADURA, por la que se establecen líneas de apoyo y estímulo para la realización de cursos de PREINSERCIÓN PROFESIONAL, impartidos a través de INSTITUCIONES y ENTIDADES sin fin de lucro, cofinanciados por el FONDO SOCIAL EUROPEO para 1993.
DOE 6/11/93	Orden de 20 de octubre de 1993, de la Consejería de Educación y Juventud de EXTREMADURA, por la que se establecen líneas de apoyo e incentivación para la realización de cursos de FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL, impartidos a través de SERVICIOS MUNICIPALES DE DEPORTES, patronatos municipales de deportes, FEDERACIONES deportivas extremeñas, asociaciones deportivas y clubs, cofinanciados por el FONDO SOCIAL EUROPEO para 1993.
BOCM 8/11/93	Orden de 2 de noviembre de 1993, de la Consejería de Integración Social de MADRID, por la que se convocan SUBVENCIONES a instituciones sin fin de lucro, en concepto de INVERSIÓN, para la prestación de SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS.
BOB 8/11/93	El Ayuntamiento de BARAKALDO publica su PLANTILLA para 1993. Aparecen 4 plazas de ASISTENTE SOCIAL. Así mismo, publica la relación del PERSONAL del AREA DE SERVICIOS SOCIALES.
BOB 8/11/93	El Ayuntamiento de ONDARROA publica su PLANTILLA orgánica para 1993. Figura 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL
BOB 9/11/93	El Ayuntamiento de ARRIGORRIAGA publica los PRECIOS públicos por los servicios y las ACTIVIDADES DEPORTIVAS. Hay un apartado de actividades deportivas para la TERCERA EDAD.
BOB 9/11/93	El Ayuntamiento de ARRIGORRIAGA establece las TARIFAS del Servicio de AYUDA A DOMICILIO.
BOG 9/11/93	El Ayuntamiento de ORENDAIN publica la PROPUESTA de REGLAMENTO del Servicios de AYUDA A DOMICILIO. (Corrección de errores: BOG de 15/12/93).
BOE 10/11/93	Resolución de 9 de septiembre de 1993, por la que se da publicidad al CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de LA RIOJA para el desarrollo de proyectos relacionados con la creación de PLAZAS RESIDENCIALES del PLAN GERONTOLÓGICO.

BOG 10/11/93	El Ayuntamiento de PASAIA aprueba la nuevas CUOTAS de la RESIDENCIA DE ANCIANOS.
BOTHA 10/11/93	El Departamento Municipal de Salud y Consumo de VITORIAGASTEIZ convoca AYUDAS para programas y actividades dirigidos a la PREVENCIÓN de las DROGODEPENDENCIAS.
BOTHA 10/11/93	Acuerdo del Consejo de Diputados de ARABA, de 26 de octubre de 1993, por el que se acepta la CESION a título gratuito del antiguo CUARTEL de la Guardia Civil sito en ARAIA (ASPARRENA), que será destinado a ACTIVIDADES relacionadas con la TERCERA EDAD.
BOTHA 10/11/93	Acuerdo del Consejo de Diputados de ARABA, de 26 de octubre de 1993, por el que se adjudica el concurso para la CONSTRUCCION de un CENTRO DE DIA PSICOGERIATRICO y OBRAS complementarias en la RESIDENCIA DE ANCIANOS DE TXAGORRITXU, en VITORIA-GASTEIZ.
BOTHA 10/11/93	Acuerdo del Consejo de Diputados de ARABA, de 26 de octubre de 1993, por el que se concede al Ayuntamiento de LLODIO una SUBVENCION de 26 millones de pesetas para las OBRAS de rehabilitación y saneamiento de la RESIDENCIA DE ANCIANOS DE SAN ROQUE.
BOE 11/11/93	Resoluciones de 9 de septiembre de 1993, por las que se publican los CONVENIOS entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y las Comunidades Autónomas de CASTILLA-LA MANCHA, ANDALUCIA, ARAGON, CASTILLA Y LEON, EXTREMADURA, GALICIA,MADRID, MURCIA y VALENCIANA, para el desarrollo de proyectos relacionados con el Programa de creación de PLAZAS RESIDENCIALES del PLAN GERONTOLOGICO.
BOG 11/11/93	La Diputación Foral de GIPUZKOA acuerda CONCEDER una SUBVENCION a ASPACE.
BOG 11/11/93	El Ayuntamiento de ARRASATE publica la Orden de SUBVENCIONES para programas de COOPERACION NORTE-SUR.
BOE 12/11/93	Resoluciones de 9 de septiembre de 1993, por las que se da publicidad a los CONVENIOS entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidades Autónomas de ASTURIAS y CATALUÑA, para el desarrollo de proyectos relacionados con el Programa de creación de PLAZAS RESIDENCIALES del PLAN GERONTOLOGICO.
DOCM 12/11/93	Orden de 10 de noviembre de 1993, de la Consejería de Bienestar Social de CASTILLA-LA MANCHA, por la que se modifica la base decimosexta de la Orden de 25 de mayo de 1993, por la que se convocan AYUDAS para la COOPERACION Y DESARROLLO. (DOCM de 2/6/93).
DOGC 12/11/93	Decreto 266/1993, de 28 de septiembre, de creación de la COMISION INTERDEPARTAMENTAL DE SOPORTE A LA FAMILIA en CATALUÑA.
BOE 13/11/93	Resolución de 26 de octubre de 1993, del CONSEJO SUPERIOR DE DEPORTES, por la que se dispone la publicación de los ESTATUTOS de la FEDERACION ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA CIEGOS.
BOLR 13/11/93	Orden de 3 de noviembre de 1993, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, por la que se determina el régimen jurídico de los PRECIOS públicos de la RESIDENCIAS DE ANCIANOS propias y concertadas con la Comunidad Autónoma de LA RIOJA.
BOB 13/11/93	El Patronato Municipal de Salud y Bienestar Social de BERMEO CONVOCA 1 plaza de AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO.
BOB 13/11/93	El Ayuntamiento de MUSKIZ publica su PLANTILLA orgánica. Aparecen 2 plazas de ASISTENTE SOCIAL.

BOB 15/11/93	La Diputación Foral de BIZKAIA publica en extracto los acuerdos siguientes. Aprobar un CONVENIO Marco entre la DIPUTACION FORAL, la FUNDACION ONCE para la cooperación e integración social de las personas con MINUSVALIA y la Asociación de Padres de Afectados de Autismo y otras Psicosis Infantiles de Bizkaia (APNABI). . Aprobar Decreto Foral por el que se regula la concesión de AYUDAS económicas individuales para INGRESO en RESIDENCIA DE TERCERA EDAD del Territorio Histórico.
BOG 15/11/93	El Ayuntamiento de ABALTZISKETA publica la PROPUESTA de REGLAMENTO del Servicio de AYUDA A DOMICILIO. (Corrección de errores: BOG de 10/12/93).
BOCyL 16/11/93	Decreto 274/1993, de 11 de noviembre, por el que se modifica parcialmente el Decreto 72/1993, de 7 de abril, por el que se establecen medidas para combatir el paro de larga duración y lograr la INSERCIÓN SOCIO-LABORAL de los JOVENES y otros colectivos con especiales dificultades para acceder a un empleo (trabajadores con MINUSVALIA, EXTÓXICOMANOS, MUJERES), en CASTILLA Y LEÓN.
BOCM 17/11/93	Orden de 11 de noviembre de 1993, de la consejería de Integración Social de la Comunidad de MADRID, por la que se aprueba la convocatoria anual de SUBVENCIONES de MANTENIMIENTO de ENTIDADES sin fin de lucro para PREVENCIÓN y REINSERCIÓN de DROGODEPENDIENTES.
BOB 17/11/93	El Ayuntamiento de BERANGO publica su PLANTILLA orgánica. Aparece 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL
BOG 17/11/93	El Ayuntamiento de EIBAR aprueba inicialmente la modificación del artículo 20 de los ESTATUTOS de la FUNDACION PUBLICA SAN ANDRES.
BOTHA 17/11/93	Las JUNTAS GENERALES DE ARABA acuerdan CONVALIDAR el Decreto Foral Normativo de Urgencia Fiscal 7/1993 de 13 de octubre, por el que se propone incorporar al SISTEMA TRIBUTARIO del Territorio Histórico de Araba y establecer el REGIMEN FISCAL de determinadas AYUDAS a los afectados por el virus de inmunodeficiencia (VIH-SIDA).
BOTHA 17/11/93	El Departamento de Bienestar Social de VITORIA-GASTEIZ anuncia el Pliego de CONDICIONES técnicas y económicoadministrativas del CONCURSO para la adjudicación del Servicio de AYUDA A DOMICILIO.
BOB 18/11/93	La Diputación Foral de BIZKAIA aprueba y publica la relación de PUESTOS DE TRABAJO entre los que se incluyen los del DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL
BOG 18/11/93	La Diputación Foral de GIPUZKOA ADJUDICA el CONCURSO para el suministro de equipos de TELEALARMA, destinados al DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES.
BOA 19/11/93	Decreto 193/1993, de 10 de noviembre, de la Diputación General de ARAGON, por la que se desarrolla la ESTRUCTURA ORGANICA de la SECRETARIA GENERAL del INSTITUTO ARAGONES DE LA MUJER.
DOCM 19/11/93	Decreto 180/1993, de 11 de noviembre, de ACREDITACION de CENTROS Y SERVICIOS para realizar TRATAMIENTOS de deshabituación con OPIACEOS, en CASTILLA-LA MANCHA.
DOGC 19/11/93	Decreto 275/1993, de 28 de septiembre, de creación de la COMISION INTERDEPARTAMENTAL DE INMIGRACION y de su Consejo Asesor, en CATALUÑA.

DOGC 19/11/93	Resolución de 20 de octubre de 1993, del Departamento de Bienestar Social, por la que se hace público el Acuerdo del Gobierno de la Generalitat de CATALUÑA, de aprobación del PLAN INTERDEPARTAMENTAL DE INMIGRACION.
DOGC 19/11/93	Resolución de 5 de noviembre de 1993, del Departamento de Bienestar Social de CATALUÑA, de modificación de la Resolución de 7 de abril de 1992, por la que se crea la COMISION DE EVALUACION DE LA REFORMA DE LA EDUCACION ESPECIAL
BOB 19/11/93	El Ayuntamiento de SESTAO publica su PLANTILLA de Personal: Aparecen 3 puestos de ASISTENTE SOCIAL y 1 de ANIMADOR SOCIO-CULTURAL.
BOE 23/11/93	Orden de 10 de noviembre de 1993, del MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA, por la que se convocan SUBVENCIONES a ENTIDADES LOCALES para el desarrollo del PROGRAMA DE GARANTIA SOCIAL en la modalidad de FORMACION-EMPLEO que se inicie durante el curso 1993-94. El artículo quinto establece el número de alumnos por programa cuando presenten NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.
BON 24/11/93	Decreto Foral 342/1993, de 15 de noviembre, por el que se modifica el Decreto Foral 366/1991, de 30 de septiembre, por el que se establece la ESTRUCTURA ORGANICA y FUNCIONES del DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL, DEPORTE Y VIVIENDA.
DOGC 24/11/93	Resolución de 15 de octubre de 1993, del Departamento de Trabajo, por la que se ordena la inscripción y la publicación del CONVENIO COLECTIVO de ámbito de CATALUÑA de las ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL
DOGC 24/11/93	Resolución de 11 de noviembre de 1993, del INSTITUTO CATALAN DE LA MUJER, por la que se hace pública la convocatoria para la concesión de los PREMIOS para la IGUALDAD DE OPORTUNIDADES HOMBRE-MUJER correspondientes a 1993.
BOG 24/11/93	La Diputación Foral de GIPUZKOA convoca, entre otras, plaza de ASISTENTE SOCIAL. En las bases generales de la convocatoria se menciona expresamente el artículo de la Ley de integración social de los minusválidos donde se establece que las personas con MINUSVALIA serán admitidas en IGUALDAD DE CONDICIONES con los demás aspirantes.
BOG 24/11/93	El Ayuntamiento de ZARAUZ modifica, entre otras, la Ordenanza de los PRECIOS públicos del servicio de AYUDA DOMICILIARIA.
BON 26/11/93	Decreto Foral 343/1993, de 15 de noviembre, por el que se modifica el Decreto Foral 367/1991, de 30 de septiembre, por el que se aprueba la ESTRUCTURA ORGANICA y ESTATUTOS del INSTITUTO NAVARRO DE BIENESTAR SOCIAL
DOGC 26/11/93	Orden de 23 de noviembre de 1993, de convocatoria de prórroga de CONVENIOS entre el DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL de CATALUÑA y los AYUNTAMIENTOS de más de 20.000 habitantes y CONSEJOS COMARCALES, para la cooperación administrativa en materia de SERVICIOS SOCIALES, formación de adultos y FOMENTO DEL VOLUNTARIADO para el año 1994.
DOGC 26/11/93	Orden de 23 de noviembre de 1993, de convocatoria para la concesión de SUBVENCIONES a AYUNTAMIENTOS de menos de 20.000 habitantes, para programas del Departamento de Bienestar Social de CATALUÑA en materia de SERVICIOS SOCIALES y formación de adultos.

BOG 26/11/93	Orden Foral de 11 de noviembre de 1993, del Departamento de Hacienda y Finanzas de GIPUZKOA, por la que se regula la EXONERACION de ACREDITACION de estar al corriente de las OBLIGACIONES TRIBUTARIAS y frente a la SEGURIDAD SOCIAL a determinados PERCEPTORES DE SUBVENCIONES.
BOG 26/11/93	El Ayuntamiento de AIA publica las TASAS por la prestación del Servicio de AYUDA DOMICILIARIA.
BOG 26/11/93	El Ayuntamiento de IRUN publica un anuncio referido a una DELEGACION DE COMPETENCIAS a la COMISION DE GOBIERNO, para la concesión de SUBVENCIONES, exceptuando las destinadas al ingreso en RESIDENCIAS ASISTIDAS.
BOG 26/11/93	El Ayuntamiento de OLABERRIA publica la CONDICIONES para la adjudicación del CONCURSO de las OBRAS del HOGAR DEL JUBILADO.
BOB 27/11/93	La MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES DE BUSTURIALDEA adopta el acuerdo de establecer y exigir PRECIOS públicos por la prestación del Servicio de CENTRO DE DIA DE MINUSVALIDOS PSIQUICOS.
BOE 29/11/93	Resolución de 10 de noviembre de 1993, por la que se da publicidad al CONVENIO entre el MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO y la Consejería de Sanidad de la Región de MURCIA para el desarrollo de acciones específicas en SALUD MATERNO-INFANTIL. El artículo sexto se refiere expresamente a los embarazos con riesgo de MALFORMACIONES CONGENITAS.
DO GC 29/11/93	Decreto 280/1993, de 28 de septiembre, de modificación del Decreto 279/1987, de 27 de agosto, por el que se regulan los CENTROS OCUPACIONALES PARA DISMINUIDOS en CATALUÑA.
DOGC 29/11/93	Orden de 29 de octubre de 1993, del Departamento de Bienestar Social de CATALUÑA, de desarrollo del Decreto anterior.
DOGC 29/11/93	Resolución de 9 de septiembre de 1993, del Departamento de Trabajo, sobre la inscripción y publicación del Pacto de eficacia limitada (CONVENIO COLECTIVO) de ámbito de CATALUÑA, de RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD.
BOB 29/11/93	El Ayuntamiento de ORTUUELLA publica su PLANTILLA orgánica para 1993: Aparecen 1 plaza de ASISTENTE SOCIAL y 1 de ANIMADOR SOCIOCULTURAL
BOB 29/11/93	El Ayuntamiento de ABADIÑO aprueba y publica la modificación de la ORDENANZA reguladora de la concesión de SUBVENCIONES A FAMILIAS NECESITADAS del municipio.
BOB 29/11/93	El Ayuntamiento de HONDARRIBIA publica su PLANTILLA orgánica para 1993: Aparecen 1 de ASISTENTE SOCIAL y 1 de ANIMADOR SOCIOCULTURAL
BOG 29/11/93	El Ayuntamiento de LEGORRETA aprueba definitivamente y publica el REGLAMENTO del Servicio de AYUDA A DOMICILIO.
BOG 29/11/93	El Ayuntamiento de PASAIA aprueba inicialmente la ORDENANZA reguladora de la ACOGIDA y USO del PISO adscrito al Servicio de ASISTENCIA SOCIAL
BOTHA 29/11/93	CONVENIO entre el INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL de la Diputación Foral de ARABA, el Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ y el COLEGIO DE ABOGADOS de Alava, por el que se crea el Servicio de ORIENTACION JURIDICA A LA MUJER.

BOPV 30/11/93	Orden de 25 de noviembre de 1993, del Consejero de Trabajo y Seguridad Social del GOBIERNO VASCO, por la que se hace público el fallo de los PREMIOS EUSKADI DE PROMOCION DE LOS SERVICIOS SOCIALES para 1993.
BORM 1/12/93	Orden de 24 de noviembre de 1993, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Región de MURCIA, de convocatoria de CONCURSO para la concesión de BECAS, destinadas a la realización de trabajos de INVESTIGACION relacionados con la MUJER.
BOE 2/12/93	Orden de 1 de diciembre de 1993, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se crea el COMITE ESPAÑOL para el AÑO INTERNACIONAL DE LA FAMILIA (1994).
BOCM 3/12/93	Orden de 1 de diciembre de 1993, de la Consejería de Presidencia de MADRID, por la que se constituye la COMISION GESTORA del CONSEJO DE LA MUJER.
BOCM 3/12/93	Orden de 29 de noviembre de 1993, de la Consejería de Integración Social de MADRID, por la que se hace pública la convocatoria de renovación de AYUDAS INDIVIDUALIZADAS periódicas a MINUSVALIDOS atendidos en CENTROS ESPECIALIZADOS.
DOCM 3/12/93	Decreto 195/1993, de 30 de noviembre, de la COMISION DE DROGODEPENDENCIAS de CASTILLA-LA MANCHA.
DOCM 3/12/93	Orden de 23 de noviembre de 1993, de la Consejería de Educación y Cultura, por la que se convocan AYUDAS para proyectos de DIFUSION del VOLUNTARIADO JUVENIL en CASTILLA-LA MANCHA y de COOPERACION en AMERICA y AFRICA.
BOE 4/12/93	Real Decreto 2129/1993, de 3 de diciembre, por el que se modifica la ESTRUCTURA ORGANICA del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES. (Corrección de errores: BOE de 8/12/93—el número del Real Decreto es el 2124, en lugar de 2129—).
BOE 7/12/93	Real Decreto-Ley 18/1993, de 3 de diciembre, de Medidas Urgentes de FOMENTO DE LA OCUPACION.
BOB 7/12/93	Decreto Foral 108/1993, de 2 de noviembre, de la Diputación Foral de BIZKAIA, por el que se regula la concesión de AYUDAS económicas individuales para ingreso en RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD.
BOG 7/12/93	Norma Foral 19/1993, de 19 de noviembre, de la Diputación Foral de GIPUZKOA, sobre la elaboración de un PLAN DE INTERVENCION INMEDIATA PARA LA TERCERA EDAD.
BOG 7/12/93	El Ayuntamiento de HERNANI anuncia Corrección de errores de la ORDENANZA de PRECIOS públicos, en la que se habían omitido varios Servicios de la RESIDENCIA DE ANCIANOS y el servicio de ASISTENCIA DOMICILIARIA.
BOG 7/12/93	El Ayuntamiento de LEZO aprueba definitivamente y publica las TASAS correspondientes al Servicios de AYUDA A DOMICILIO.
BOB 10/12/93	Decreto Foral 117/1993, de 23 de noviembre, de la Diputación Foral de BIZKAIA, por el que se establecen SUBVENCIONES a TAXIS adaptados para el transporte de MINUSVALIDOS, por RECONVERSION DEL SISTEMA DE COMBUSTIBLE de gasolina a gas.
BOG 10/12/93	El Ayuntamiento de ARETXABAleta publica su PLANTILLA orgánica para 1993: Aparecen 2 puestos de ASISTENTE SOCIAL, 1 de TECNICO EN DROGODEPENDENCIAS y 1 de ANIMADOR SOCIOCULTURAL

DOGC 13/12/93	Decreto 294/1993, de 28 de septiembre, por el que se fijan los PRECIOS para determinados SERVICIOS prestados por el ICASS de CATALUÑA.
DOGV 13/12/93	Orden de 23 de noviembre de 1993, de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Comunidad VALENCIANA, por la que se regulan y convocan AYUDAS en materia de SERVICIOS SOCIALES para 1994.
BOTHA 13/12/93	El Departamento de Bienestar Social del Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ, anuncia el Pliego de CONDICIONES del SERVICIO DE VISITAS DE MENORES, con sus padres naturales, de los programas de INFANCIA, JUVENTUD Y FAMILIA.
BOE 14/12/93	Resolución de 22 de noviembre de 1993, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se da publicidad al CONVENIO entre el Ministerio y la Comunidad de VALENCIA, para la realización de programas para el desarrollo de servicios de ATENCION a la PRIMERA INFANCIA (cero-tres años).
BOB 14/12/93	El Ayuntamiento de MUNGIA publica las CONDICIONES para la adjudicación de la ejecución de las OBRAS DE HABILITACION de local para CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL
BOG 14/12/93	El Ayuntamiento de DONOSTIA-SAN SEBASTIAN publica las TARIFAS de las RESIDENCIAS de la TERCERA EDAD y del servicio de AYUDA A DOMICILIO. Igualmente, publica las CONDICIONES reguladoras de los DERECHOS y OBLIGACIONES que surjan entre los SOLICITANTES del Servicio de AYUDA A DOMICILIO y el AYUNTAMIENTO.
BOB 15/12/93	El Ayuntamiento de SANTURTZI publica su PLANTILLA de Personal: Aparecen 4 plazas de ASISTENTE SOCIAL, 1 de RESPONSABLE DE BIENESTAR SOCIAL y 1 de ANIMADOR SOCIOCULTURAL
BOG 15/12/93	El Ayuntamiento de BEASAIN establece las TASAS de participación de los usuarios del Servicio de AYUDA A DOMICILIO.
BOG 15/12/93	El Ayuntamiento de ZUMAIA modifica los PRECIOS públicos de la RESIDENCIA SAN JUAN.
BOTHA 15/12/93	El Ayuntamiento de ELCIEGO publica dos Edictos relativos a la adjudicación de la OBRA y la FINANCIACION de un CENTRO DE DIA y Centro de Salud.
BOTHA 15/12/93	El Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de ARABA, anuncia CONCURSO para la adjudicación del PROGRAMA DE APOYO SOCIO-EDUCATIVO EN EL AMBITO FAMILIAR.
BOE 16/12/93	Resolución de 9 de septiembre de 1993, por la que se da publicidad al CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de CANARIAS para el desarrollo de proyectos relacionados con el programa de creación de PLAZAS RESIDENCIALES del PLAN GERONTOLOGICO.
BOE 16/12/93	Resoluciones de 22 de noviembre de 1993, por las que se dan publicidad a los CONVENIOS entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y las Comunidades Autónomas de BALEARES y CANTABRIA, para el desarrollo de proyectos relacionados con el programa de creación de PLAZAS RESIDENCIALES del PLAN GERONTOLOGICO.
BOE 16/12/93	Resolución de 1 de diciembre de 1993, por la que se da publicidad al CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de ARAGON para la realización de programas experimentales de PREVENCION en situaciones de riesgo y TRATAMIENTO de FAMILIAS en cuyo seno se producen MALOS TRATOS.

BOE 17/12/93	Resolución de 30 de noviembre de 1993, del MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA, por la que se concede la EXENCION prevista en el artículo 9.uno.i) de la Ley 18/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre la Renta de la Personas Físicas (IRPF), a los PREMIOS REINA SOFIA 1993 DE REHABILITACION e INTEGRACION, convocados por el REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALIA.
DOGC 20/12/93	Orden de 13 de diciembre de 1993, del Departamento de Trabajo de CATALUÑA, por la que se regula la presentación de solicitudes de los programas de OCUPACION y FORMACION OCUPACIONAL y de las acciones para colectivos con especiales dificultades de INTEGRACION LABORAL, en aplicación del Decreto 45/1989, de 13 de marzo, para el año 1994.
BOB 20/12/93	El Ayuntamiento de ERANDIO publica los PRECIOS públicos del Servicio de AYUDA DOMICILIARIA y de las estancias en el HOGAR RESIDENCIA SAN JOSE.
BOTHA 20/12/93	CONVENIO entre el Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ y el Instituto Foral de Bienestar Social de ARABA, para la rehabilitación de un edificio destinado a CENTRO DE ACOGIDA para ENFERMOS DE SIDA.
BOG 21/12/93	El Ayuntamiento de RENTERIA publica los PRECIOS públicos de la RESIDENCIA MUNICIPAL DE ANCIANOS.
BOTHA 22/12/93	El Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ publica la ORDENANZA sobre OCUPACION de la VIA PUBLICA para construcción de RAMPAS DE ACCESIBILIDAD a EDIFICIOS PRIVADOS.
BOB 23/12/93	El Ayuntamiento de FORUA anuncia la ORDENANZA reguladora de las AYUDAS A FAMILIAS NECESITADAS del municipio.
DOGC 24/12/93	Decreto 307/1993, de 28 de septiembre, de creación de la COMISION INTERDEPARTAMENTAL para la COORDINACION de actuaciones, de la Administración de la Generalitat de CATALUÑA dirigidas a los NIÑOS y ADOLESCENTES CON DISMINUCIONES.
BOG 24/12/93	La Diputación Foral de GIPUZKOA acuerda conceder una SUBVENCION al Ayuntamiento de DONOSTIA-SAN SEBASTIAN, para las actividades y servicios destinados a la INFANCIA y JUVENTUD.
BOTHA 24/12/93	El Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ publica los PRECIOS públicos por estancias en RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD, por los servicios de AYUDA A DOMICILIO, de COMEDORES PARA TERCERA EDAD, de CENTRO DE DIA, de APARTAMENTOS TUTELADOS y de CENTRO DE ACOGIDA SOCIAL
BOC 27/12/93	Orden de 22 de diciembre de 1993, de la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de CANTABRIA, por la que se convoca AYUDA económica a los CENTROS GERIATRICOS de Cantabria, para la realización de OBRAS de ACONDICIONAMIENTO DE INSTALACIONES.
BON 27/12/93	Orden Foral de 16 de diciembre de 1993, del Consejero de Bienestar Social, Deporte y Vivienda de NAVARRA, por la que se establece la cuantía máxima de las AYUDAS a percibir para estancias concertadas en CENTROS de MINUSVALIDOS, ANCIANOS y MENORES.
DOGC 27/12/93	Orden de 3 de diciembre de 1993, del Departamento de Bienestar Social de CATALUÑA, de aprobación del REGLAMENTO de régimen interno del CONSEJO PARA LA PROMOCION DE LA ACCESIBILIDAD Y LA SUPRESION DE BARRERAS ARQUITECTONICAS.
BOPV 28/12/93	Resolución de 3 de diciembre de 1993, del INSTITUTO VASCO DE LA MUJER, por la que se resuelve la CONCESION de los PREMIOS EMALKUNDE 1993.

BOLR 28/12/93	Orden de 22 de diciembre de 1993, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social de LA RIOJA, por la que se convocan AYUDAS a INSTITUCIONES sociales sin fin de lucro en materia de SERVICIOS SOCIALES para 1994. (Modificada por Orden de 20 de abril de 1994, BOLR de 28/4/94).
BOLR 28/12/93	Orden de 22 de diciembre de 1993, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social de LA RIOJA, por la que se convocan SUBVENCIONES a ASOCIACIONES e INSTITUCIONES de TERCERA EDAD en materia de SERVICIOS SOCIALES para 1994. (Modificada por Orden de 20 de abril de 1994, BOLR de 28/4/94).
BOLR 28/12/93	Orden de 22 de diciembre de 1993, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social de LA RIOJA, por la que se convocan SUBVENCIONES a CORPORACIONES LOCALES para AYUDA A DOMICILIO en 1994. (Modificada por Orden de 20 de abril de 1994, BOLR de 28/4/94).
BOB 29/12/93	El Ayuntamiento de GETXO publica la ORDENANZA GENERAL DE GESTION, RECAUDACION E INSPECCION. Al mismo tiempo publica los PRECIOS públicos del Servicio de AYUDA A DOMICILIO, de los APARTAMENTOS TUTELADOS y los de asistencia y estancia en la RESIDENCIA DE ANCIANOS «SAGRADO CORAZON».
BOB 29/12/93	Anuncio del Ayuntamiento de GALDAKAO, relativo a una solicitud privada para la apertura de una MINI-RESIDENCIA asistida de la TERCERA EDAD.
BOTHA 29/12/93	El Ayuntamiento de LLODIO-LAUDIO anuncia la DISOLUCION definitiva del INSTITUTO MUNICIPAL DE BIENESTAR SOCIAL Y SALUD.
BOTHA 29/12/93	El Ayuntamiento de LLODIO-LAUDIO publica los PRECIOS públicos de los servicios de la TERCERA EDAD y de la AYUDA A DOMICILIO.
DOCE 30/12/93	Dictamen, de 21 de octubre de 1993, sobre el segundo informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social sobre aplicación de la CARTA COMUNITARIA DE LOS DERECHOS SOCIALES FUNDAMENTALES DE LOS TRABAJADORES. Contiene propuestas en relación a la IGUALDAD DE TRATO PARA HOMBRES Y MUJERES, la PROTECCION DE LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES, las personas de EDAD AVANZADA y las personas con MINUSVALIA.
DOCE 30/12/93	Dictamen de 20 de octubre de 1993, del Comité Económico y Social de las COMUNIDADES EUROPEAS, sobre la EXCLUSION SOCIAL
BOE 30/12/93	Ley 21/1993, de 29 de diciembre, de PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO para 1994. Determina las PENSIONES de la SEGURIDAD SOCIAL, entre ellas las NO CONTRIBUTIVAS y las derivadas de la LISMI; las EXENCIONES y DEDUCCIONES en la declaración del IRPF (ANCIANOS, personas con MINUSVALIA); las deducciones por CONTRATACION de TRABAJADORES CON MINUSVALIA; las PRESTACIONES ECONOMICAS de la Seguridad Social por HIJO CON MINUSVALIA a cargo, las AYUDAS SOCIALES a los afectados por el SIDA; establece los MODULOS ECONOMICOS para centros concertados de EDUCACION ESPECIAL
BOE 30/12/93	Real Decreto 2225/1993, de 17 de diciembre, por el que se aprueba el REGLAMENTO del procedimiento para la concesión de SUBVENCIONES PUBLICAS.
DOCM 30/12/93	Orden de 23 de diciembre de 1993, de la Consejería de Bienestar Social, de convocatoria de AYUDAS para la atención adecuada a MINUSVALIDOS, ANCIANOS y MENORES para su asistencia, integración y normalización en el ámbito de la Comunidad Autónoma de CASTILLA-LA MANCHA para 1994.

DOCM 30/12/93	Orden de 23 de diciembre de 1993, de la Consejería de Bienestar Social de CASTILLA-LA MANCHA, de convocatoria de AYUDAS para la obtención del DESCUENTO del 50% en VIAJES interurbanos para MAYORES de 65 años y jubilados.
BOE 31/12/93	Resolución de 28 de diciembre de 1993, del CONGRESO DE LOS DIPUTADOS, por la que se ordena la publicación del acuerdo de la CONVALIDACION del Real Decreto-ley 18/1993, de 3 de diciembre, de Medidas Urgentes de FOMENTO DE LA OCUPACION.
BOE 31/12/93	Real Decreto 2314/1993, de 29 de diciembre, por el que se modifica la ADSCRIPCION MINISTERIAL de la Delegación del Gobierno del PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS.
BOE 31/12/93	Real Decreto 2318/1993, de 29 de diciembre, por el que se fija el SALARIO MINIMO INTERPROFESIONAL para 1994.
BOE 31/12/93	Real Decreto 2319/1993, de 29 de diciembre, sobre REVALORIZACION de PENSIONES del sistema de la Seguridad Social y de otras PRESTACIONES de protección social pública para 1994.
BOE 31/12/93	Real Decreto 2317/1993, de 29 de diciembre, por el que se desarrolla los CONTRATOS EN PRACTICAS y de APRENDIZAJE y los contratos a TIEMPO PARCIAL. Contiene alguna especificación referida a los trabajadores con MINUSVALIA.
BOCAIB 31/12/93	Decreto 140/1993, de 30 de diciembre, de asunción y distribución de COMPETENCIAS transferidas por la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de las ISLAS BALEARES en materia de PROTECCION DE MENORES.
BOCAIB 31/12/93	Ley 12/1993, de 20 de diciembre, de la Presidencia de la Comunidad Autónoma de las ISLAS BALEARES, de atribución de COMPETENCIAS a los CONSEJOS INSULARES en materia de SERVICIOS SOCIALES y ASISTENCIA SOCIAL
BOJA 31/12/93	Orden de 20 de diciembre de 1993, de la Consejería de Trabajo de ANDALUCIA, por la que se crea los PREMIOS «SUPERACION», sobre INTEGRACION LABORAL DE MINUSVALIDOS.
BOJA 31/12/93	Orden de 16 de diciembre de 1993, de la consejería de Asuntos Sociales, por la que se crean el CONSEJO ANDALUZ y los CONSEJOS PROVINCIALES DE MAYORES.
BOB 31/12/93	El Ayuntamiento de ZALLA anuncia la modificación de los PRECIOS públicos por los servicios de RESIDENCIA DE ANCIANOS.
BOB 31/12/93	El Ayuntamiento de ETXEBARRI publica la ORDENANZA sobre PRECIOS públicos por prestación de SERVICIOS SOCIALES Y BIENESTAR SOCIAL
BOG 31/12/93	Los Ayuntamientos de ARRASATE, IRUN, PASAIA, TOLOSA, ZARAUTZ, ZUMAIA y ZUMARRAGA publican las Ordenanzas de actualización de los PRECIOS públicos de determinados SERVICIOS SOCIALES.
BOLR 28/12/93	Orden de 22 de diciembre de 1993, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social de LA RIOJA, por la que se convocan SUBVENCIONES a CORPORACIONES LOCALES en materia de SERVICIOS SOCIALES para 1994. (Modificada por Orden de 20 de abril de 1994, BOLR de 28/4/94)
BOE 31/1/94	Resolución de 22 de diciembre de 1993, del MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, por la que se dictan instrucciones sobre expedición de DOCUMENTOS INDIVIDUALES en favor de los AFILIADOS, PENSIONISTAS o BENEFICIARIOS de la SEGURIDAD SOCIAL

BOCyL 3/1/94	Orden de 3 de enero de 1994, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de CASTILLA Y LEON, por la que se convocan SUBVENCIONES a EMPRESAS privadas para la realización de INVERSIONES en materia de SERVICIOS SOCIALES. (Corrección de errores: BOCyL, 14/1/94).
BOCyL 3/1/94	Orden de 3 de enero de 1994, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de CASTILLA Y LEON, por la que se convocan SUBVENCIONES a ENTIDADES PRIVADAS sin ánimo de lucro para la realización de INVERSIONES en materia de SERVICIOS SOCIALES.
BOCyL 3/1/94	Orden de 3 de enero de 1994, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de CASTILLA Y LEON, por la que se convocan SUBVENCIONES a AYUNTAMIENTOS de más de 20.000 habitantes y ENTIDADES PRIVADAS sin animo de lucro para el desarrollo de programas en materia de DROGAS durante el año 1994.
BOCyL 3/1/94	Orden de 3 de enero de 1994, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de CASTILLA Y LEON, por la que se efectúa convocatoria pública y se establecen las normas reguladoras para la concesión de SUBVENCIONES para el desarrollo de la REFORMA PSIQUIATRICA y programas de atención a DROGODEPENDIENTES dirigidas a DIPUTACIONES y AYUNTAMIENTOS de menos de 20.000 habitantes, a través de Instituciones Provinciales. (Corrección de errores: BOCyL, 14/1/94)
BOCyL 3/1/94	Orden de 3 de enero de 1994, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de CASTILLA Y LEON, por la que se convocan SUBVENCIONES a ENTIDADES LOCALES para la realización de INVERSIONES en materia de SERVICIOS SOCIALES.
BOCyL 3/1/94	Orden de 3 de enero de 1994, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de CASTILLA Y LEON, por la que se convocan SUBVENCIONES a ENTIDADES LOCALES y ENTIDADES PRIVADAS sin ánimo de lucro para gastos de MANTENIMIENTO y realización de programas de ACTIVIDADES en materia de SERVICIOS SOCIALES. (Corrección de errores: BOCyL, 14/1/94).
BOCyL 3/1/94	Orden de 3 de enero de 1994, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de CASTILLA Y LEON, por la que se convocan SUBVENCIONES a las CORPORACIONES LOCALES para la financiación de programas de CONSEJOS SOCIALES.
BOE 4/1/94	Resolución de 20 de diciembre de 1993, de la Dirección General del INSERSO, por la que se convoca la concesión de PLAZAS para PENSIONISTAS que deseen participar en el Programa de TERCERISMO SOCIAL y se determina el procedimiento para su solicitud, tramitación y concesión.
BOE 5/1/94	Orden de 3 de enero de 1994, del MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA, por la que se dictan normas sobre prórroga y modificación de los CONCIERTOS EDUCATIVOS para el curso académico 1994-95. (Corrección de errores: BOE, 19/1/94. Modificación: BOE, 29/1/94).
BOE 6/1/94	Resoluciones de 20 de diciembre de 1993 por las que se da publicidad a los CONVENIOS entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y las Comunidades Autónomas de CANARIAS y de CANTABRIA, para la realización de programas para el desarrollo de SERVICIOS de ATENCION a la PRIMERA INFANCIA (cero-tres años).
BOE 7/1/94	Orden de 27 de diciembre de 1993, del MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA, por la que se convoca CONCURSO para la selección de CENTROS PUBLICOS de enseñanzas no universitarias que deseen desarrollar PROYECTOS EDUCATIVOS que integren los MEDIOS INFORMATICOS en dichas enseñanzas en la fase de extensión del Proyecto ATENEA.

BOE 7/1/94	Orden de 27 de diciembre de 1993, del MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA, por la que se convoca CONCURSO para la selección de CENTROS PUBLICOS de enseñanzas no universitarias que deseen desarrollar PROYECTOS EDUCATIVOS que integren los MEDIOS AUDIOVISUALES en dichas enseñanzas en la fase de extensión del Proyecto MERCURIO.
BOE 7/1/93	Resolución de 20 de diciembre de 1993 por la que se da publicidad al CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de EXTREMADURA, para la realización de programas para el desarrollo de SERVICIOS de ATENCION a la PRIMERA INFANCIA (cero-tres años).
BOPV 7/1/94	Ley 7/1993, de 21 de diciembre, de creación de OSALAN/INSTITUTO VASCO DE SEGURIDAD Y SALUD LABORALES.
BOE 8/1/94	Resolución de 20 de diciembre de 1993 por la que se da publicidad al CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de ANDALUCIA, para la realización de programas para el desarrollo de SERVICIOS de ATENCION a la PRIMERA INFANCIA (cero-tres años).
BOJA 8/1/94	Orden de 3 de enero de 1994, de la Consejería de Asuntos Sociales de ANDALUCIA, por la que se regula la concesión de AYUDAS económicas en materia de REINSENCION de DROGODEPENDIENTES del Programa RED DE ARTESANOS.
BOE 10/1/94	Orden de 15 de diciembre de 1993, del MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA, por la que se convocan AYUDAS para la financiación de gastos de INVERSION en CENTROS DOCENTES CONCERTADOS.
BOA 10/1/94	Decreto 226/1993, de 29 de diciembre, de la Diputación General de ARAGON, por el que se deroga el Decreto 44/1993, de 19 de mayo, sobre FOMENTO DEL EMPLEO. Afecta a JOVENES y a MUJERES, entre otros colectivos.
BOA 10/1/94	Decreto 228/1993, de 29 de diciembre, de la Diputación General de ARAGON, por el que se aprueba la ESTRUCTURA ORGANICA del DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO.
DOGC 12/1/94	Decreto 322/1993, de 24 de noviembre, por el que se establece la ORDENACION CURRICULAR del grado elemental de ENSEÑANZAS MÚSICALES. Contempla la necesidad de adaptación a los ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.
BOTHA 12/1/94	CONVENIO de cooperación entre el GOBIERNO VASCO y la DIPUTACION FORAL DE ARABA, para mejorar y racionalizar la cobertura de la ATENCION PSICOGERIATRICA en el Territorio Histórico de Araba.
BOCM 13/1/94	Orden de 30 de diciembre de 1993, de la Consejería de Integración Social de MADRID, por la que se convocan AYUDAS para transporte en TAXI a MINUSVALIDOS GRAVEMENTE AFECTADOS EN SU MOVILIDAD.
BOJA 13/1/94	Orden de 3 de enero de 1994, de la CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES de ANDALUCIA, por la que se regula la convocatoria de AYUDAS públicas relativa al ámbito de competencias de la Consejería para el año 1994. (Corrección de errores: BOJA, 12/2/94).
BOJA 13/1/94	Orden de 3 de enero de 1994, de la Consejería de Asuntos Sociales, por la que se establecen las normas reguladoras de la concesión de SUBVENCIONES del INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER para ASOCIACIONES DE MUJERES.

BOTHA 14/1/94	Acuerdo 785/1993, del Consejo de Diputados de ARABA de 30 de diciembre, por el que se cede a la CRUZ ROJA DE ARABA una serie de VEHICULOS con destino a su utilización en el transporte de personas con MINUSVALIA en el marco del CONVENIO de colaboración existente entre ambas instituciones.
BOE 15/1/94	Real Decreto 1/1994, de 14 de enero, sobre REVALORIZACION y complementos de PENSIONES de CLASES PASIVAS para 1994. (Corrección de errores: BOE, 29/1/94).
BOJA 15/1/94	Decreto 10/1994, de 11 de enero, por el que se fija la CUANTIA para el año 1994, de las AYUDAS económicas complementarias de carácter extraordinario a favor de ANCIANOS y ENFERMOS INCAPACITADOS, beneficiarios de ayudas periódicas individualizadas, y a favor de personas con MINUSVALIA beneficiarias del subsidio de garantía de ingresos mínimos, de ANDALUCIA.
BOJA 15/1/94	Orden de 3 de enero de 1994, de la Consejería de Asuntos Sociales, por la que se regula la CONVOCATORIA de AYUDAS públicas correspondientes al ámbito competencial del INSTITUTO ANDALUZ DE SERVICIOS SOCIALES para el ejercicio de 1994. (Corrección de errores: BOJA, 15/2/94).
BOE 17/1/94	Resolución de 10 de diciembre de 1993, de la Dirección General del Instituto Nacional de Servicios Sociales, por la que se fallan los PREMIOS INSERSO 1993.
BOCM 18/1/94	Decreto 125/1993, de 16 de diciembre, por el que se MODIFICA el Decreto 37/1992, de 22 de mayo, por el que se crea el INSTITUTO MADRILEÑO DE ATENCION A LA INFANCIA.
BOLR 18/1/94	CONVENIO de colaboración entre la COMUNIDAD AUTONOMA DE LA RIOJA y el CENTRO DE SOLIDARIDAD DE LA RIOJA para realizar actividades de RECUPERACION y APOYO en FAMILIAS afectadas por el problema de la DROGADICCION.
BOLR 18/1/94	CONVENIO de colaboración entre la COMUNIDAD AUTONOMA DE LA RIOJA y el COMITE CIUDADANO ANTISIDA DE LA RIOJA para realizar actividades de PREVENCION, PROMOCION y APOYO PSICOSOCIAL
BOLR 18/1/94	CONVENIO de colaboración entre la COMUNIDAD AUTONOMA DE LA RIOJA y el CONSEJO DE LA JUVENTUD DE LA RIOJA para realizar actividades en materia de SALUD (PREVENCION del ALCOHOLISMO y las TOXICOMANIAS, del EMBARAZO EN ADOLESCENTES, del SIDA, de ACCIDENTES DE MOTOR en la juventud).
BOLR 18/1/94	CONVENIO marco de colaboración entre la COMUNIDAD AUTONOMA DE LA RIOJA y el COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE LA RIOJA para realizar actividades de PREVENCION en materia de SIDA.
BOG 18/1/94	La DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA publica, en extracto, el Acuerdo de prestar aprobación al Proyecto de CONVENIO de colaboración con el MINISTERIO DE AGRICULTURA, PESCA Y ALIMENTACION para ESTANCIAS de larga duración para la TERCERA EDAD, y someterlo a Juntas Generales para su ratificación.
BON 19/1/94	Orden Foral de 7 de enero de 1994, del Consejero de Salud de NAVARRA, por la que se regulan las condiciones para la concesión de SUBVENCIONES para ayudas a otras INSTITUCIONES y ayudas a PROGRAMAS DE SALUD. Entre la acciones previstas se encuentran: el desarrollo de las ASOCIACIONES DE AUTOAYUDA, las del PLAN FORAL DE DROGODEPENDENCIAS, la promoción de la salud frente a CONDUCTAS DE RIESGO y las orientadas a COLECTIVOS ESPECIFICOS, las relacionadas con el SIDA, la SALUD LABORAL, la PARTICIPACION COMUNITARIA, la PREVENCION COMUNITARIA.

BON 19/1/94	Acuerdo de 10 de enero de 1994, del GOBIERNO DE NAVARRA, por el que se aprueba el PLAN FORAL DE DROGODEPENDENCIAS y se dispone su ejecución.
BOTHA 19/1/94	Anexo al CONVENIO de colaboración entre el INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL de la Diputación Foral de ARABA, el Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ y la COMISION ANTI-SIDA DE ARABA para el funcionamiento de un PISO de apoyo a PENADOS.
BOE 21/1/94	Orden de 19 de enero de 1994, del MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, por la que se desarrollan las normas de COTIZACION a la SEGURIDAD SOCIAL, DESEMPLEO, FONDO DE GARANTIA SALARIAL y FORMACION PROFESIONAL, contenidas en la Ley 21/1993, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1994. (Corrección de errores: BOE, 4/2/94).
DOCM 21/1/94	Correcciones de errores de la Ordenes de 23 de diciembre de 1993, de la Junta de Comunidades de CASTILLA-LA MANCHA correspondientes a: • Convocatoria de AYUDAS ordinarias y extraordinarias del PLAN REGIONAL DE SOLIDARIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA. • Convocatoria de la AYUDA para el DESCUENTO del 50% en VIAJES interurbanos para MAYORES DE 65 AÑOS y JUBILADOS. • Convocatoria de AYUDAS para mujeres para realizar ACTIVIDADES DEPORTIVAS. • Convocatoria de CURSOS de dinamización y gestión de ASOCIACIONES DE MUJERES.
DOG 21/1/94	Decreto 2/1994, de 13 de enero, por el que se establece la ESTRUCTURA ORGANICA de la CONSELLERIA DE FAMILIA, MUJER Y JUVENTUD de la Xunta de GALICIA.
BORM 22/1/94	Decreto 153/1993, de 30 de diciembre, por el que se regula el ACCESO y PROVISION de PUESTOS DE TRABAJO de las personas con MINUSVALIA en la ADMINISTRACION PUBLICA de la REGION DE MURCIA.
BOE 24/1/94	Resolución de 13 de enero de 1994 por la que se da publicidad al CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de CASTILLA Y LEON, para la realización de programas para el desarrollo de SERVICIOS de ATENCION a la PRIMERA INFANCIA (ceros-tres años).
BOC 24/1/94	Ley 1/1994, de 13 de enero, sobre creación del INSTITUTO CANARIO DE LA MUJER.
BOCyL 24/1/94	Orden de 19 de enero de 1994, de la Consejería de Presidencia y Administración Territorial de CASTILLA Y LEON, por la que se convoca concurso público para la concesión de AYUDAS económicas a ORGANIZACIONES con fines de COOPERACION AL DESARROLLO.
BOE 25/1/94	Resolución de 3 de enero de 1994, de la Dirección General del INSERSO, por la que se establecen, a tenor de lo preceptuado en la Orden de 7 de julio de 1989, del Ministerio de Asuntos Sociales, los PRECIOS PLAZA/DIA en los CENTROS RESIDENCIALES de la TERCERA EDAD y MINUSVALIDOS con los que se realizan CONCIERTOS de reserva y ocupación de plazas.
BOLR 25/1/94	Orden de 19 de enero de 1994, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social de LA RIOJA, por la que se modifica la CUANTIA del INGRESO MINIMO DE INSERCIÓN.
BOA 26/1/94	Orden de 18 de enero de 1994, del DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO de ARAGON, sobre ESTRUCTURA ORGANICA del Departamento.

DOGC 26/1/94	Resolución de 20 de enero de 1994, de la Presidencia de la GENERALITAT DE CATALUÑA, sobre SUBVENCIONES a ONGs para el desarrollo de proyectos de COOPERACION en los países y zonas del TERCER MUNDO y para la realización de acciones de SENSIBILIZACION DE LA SOCIEDAD CATALANA ante esta problemática.
BOE 28/1/94	Corrección de errores del Real Decreto 2319/1993, de 29 de diciembre, sobre REVALORIZACION de PENSIONES del sistema de la SEGURIDAD SOCIAL y de otras PRESTACIONES DE PROTECCION SOCIAL pública para 1994.
BOE 28/1/94	Resolución de 13 de enero de 1994 por la que se da publicidad al CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de CANTABRIA, para la realización de programas experimentales de PREVENCIÓN en situaciones de riesgo y TRATAMIENTO de FAMILIAS en cuyo seno se producen MALOS TRATOS.
BOCyL 28/1/94	Orden de 19 de enero de 1994, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la que se crea el COMITE REGIONAL DE CASTILLA Y LEON PARA EL AÑO INTERNACIONAL DE LA FAMILIA.
BOE 31/1/94	Resoluciones de 13 de enero de 1994 por las que se da publicidad a los CONVENIOS entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y las Comunidades Autónomas de CASTILLA-LA MANCHA y de CATALUÑA, para la realización de programas para el desarrollo de SERVICIOS de ATENCION a la PRIMERA INFANCIA (cero-tres años).
BOCM 1/2/94	Orden de 26 de enero de 1994, de la Consejería de Integración Social de la Comunidad de MADRID, por la que se regula la concesión de AYUDAS individuales para el ACOGIMIENTO FAMILIAR de ANCIANOS.
BOCyL 1/2/94	Orden de 27 de enero de 1994, de la CONSEJERIA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL de CASTILLA Y LEON, por la que se modifica la ESTRUCTURA ORGANICA de la Consejería.
DOE 1/2/94	Orden de 18 de enero de 1994, de la Consejería de Bienestar Social de EXTREMADURA, por la que se convoca el Plan de SUBVENCIONES públicas para la financiación a ENTIDADES PUBLICAS y PRIVADAS sin fin de lucro que presten SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS. (Corrección de errores: DOE, 10/2/94).
DOGV 1/2/94	Orden de 24 de enero de 1994, de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales de VALENCIA, por la que se regulan diversas medidas de FOMENTO DE EMPLEO para el ejercicio de 1994. Contiene diversas fórmulas de empleo, algunas de ellas referidas a colectivos específicos: Personas con MINUSVALIA, JOVENES, MUJERES. Contempla también las AYUDAS a GUARDERIAS LABORALES.
DOGC 2/2/94	Orden de 19 de enero de 1994, del Departament de Bienestar Social de CATALUÑA, de convocatoria pública para la concesión de SUBVENCIONES a las ENTIDADES PRIVADAS de iniciativa social y entidades privadas sin ánimo de lucro a los programas y ayudas del Departamento en materia de SERVICIOS SOCIALES.
DOGV 2/2/94	Orden conjunta, de 15 de diciembre de 1993, de las Consellerías de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia de VALENCIA, por la que se ADSCRIBEN los CENTROS docentes de EDUCACION ESPECIAL a los correspondientes CENTROS DE ATENCION PRIMARIA.
BOJA 3/2/94	Resolución de 26 de enero de 1994, del INSTITUTO ANDALUZ DE SERVICIOS SOCIALES, por la que se actualiza el COSTE de las PLAZAS CONCERTADAS por dicho Instituto con CENTROS ESPECIALIZADOS para los sectores de personas MAYORES y personas con MINUSVALIAS.

DOGC 4/2/94	Orden de 19 de enero de 1994, del Departament de Bienestar Social de CATALUÑA, de convocatoria pública para la concesión de SUBVENCIONES a PERSONAS naturales, a los programas y ayudas del Departamento en materia de SERVICIOS SOCIALES.
BOJA 5/2/94	Decreto 23/1994, de 1 de febrero, por el que se establecen los programas de FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL de la JUNTA DE ANDALUCIA. Contiene programas dirigidos a COLECTIVOS CON ESPECIALES DIFICULTADES DE INSERCIÓN LABORAL.
BOJA 5/2/94	Decreto 24/1994, de 1 de febrero, sobre medidas de FOMENTO de la Contratación, el EMPLEO y la Economía Social, en ANDALUCIA. Afecta, entre otros, a personas con MINUSVALIA, JOVENES Y MUJERES.
BOJA 5/2/94	Orden de 2 de febrero de 1994, de la Consejería de Trabajo de ANDALUCIA, sobre desarrollo de las medidas de FOMENTO de la Contratación, el EMPLEO y la Economía Social.
BOJA 5/2/94	Orden de 2 de febrero de 1994, de la Consejería de Trabajo de ANDALUCIA, de convocatoria y desarrollo de los programas de FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL de la Junta de Andalucía, establecidos en el Decreto 23/1994, de 1 de febrero.
BOPV 10/2/94	Resolución de 1 de febrero de 1994, de Presidencia del GOBIERNO VASCO, por la que se convocan AYUDAS con cargo al FONDO PARA LA COOPERACION AQUITANIA-EUSKADI, para el ejercicio 1994.
BORM 10/2/94	Resolución de 26 de enero de 1994, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de MURCIA, por la que se da publicidad al Protocolo para la creación de la TARJETA DE ESTACIONAMIENTO PARA MINUSVALIDOS, suscrito entre la Administración autonómica, representantes de municipios y representantes de asociaciones de personas con minusvalía.
BOTHA 11/2/94	Decreto Foral 9/1994, de 1 de febrero, por el que el Consejo de Diputados de ARABA aprueba las bases de la convocatoria de SUBVENCIONES para el desarrollo del DEPORTE PARA TODOS o Deporte Recreativo, durante el año 1994. Se hace mención expresa a los proyectos dirigidos a la TERCERA EDAD y a personas con MINUSVALIA.
BOLR 12/2/94	Protocolo por el que se determinan las APORTACIONES ECONOMICAS de las partes al CONVENIO prorrogado para el desarrollo de prestaciones básicas de SERVICIOS SOCIALES de CORPORACIONES LOCALES, suscrito entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de LA RIOJA.
BON 14/2/94	Resolución de 17 de enero de 1994, del INSTITUTO NAVARRO DE BIENESTAR SOCIAL, por la que se aprueba la convocatoria pública sobre las AYUDAS para el desarrollo de los SERVICIOS SOCIALES DE BASE MUNICIPALES.
DOGC 14/2/94	Resolución de 7 de febrero de 1994, del INSTITUTO CATALAN DE LA MUJER, de convocatoria de concurso público para la concesión de SUBVENCIONES a ENTIDADES PRIVADAS sin finalidad de lucro que programen actividades para promover la IGUALDAD DE DERECHOS y la no-discriminación entre HOMBRE y MUJERES durante el año 1994.
DOGC 14/2/94	Resolución de 7 de febrero de 1994, del INSTITUTO CATALAN DE LA MUJER, de convocatoria de concurso público para la concesión de SUBVENCIONES para el desarrollo de programas organizados por los ENTES LOCALES o COMARCALES destinados a promover la IGUALDAD DE DERECHOS y la no-discriminación entre HOMBRES y MUJERES.

DOGC 14/2/94	Resolución de 7 de febrero de 1994. del INSTITUTO CATALAN DE LA MUJER, de convocatoria de concurso público para la concesión de SUBVENCIONES a PERSONAS físicas para la realización de TRABAJOS CIENTIFICOS y de INVESTIGACION sobre aspectos jurídicos, sociales, culturales, científicos, económicos y políticos relacionados con la MUJER.
DOGC 14/2/94	Decreto 24/1994, de 21 de enero, de creación del CONSEJO CATALAN DE FORMACION OCUPACIONAL
BOG 14/2/94	Decreto Foral 3/1994, de 1 de febrero, por el que se adapta la NORMATIVA FISCAL del Territorio Histórico de GIPUZKOA a la Ley 21/1993, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1994, y a las medidas TRIBUTARIAS contenidas en la Ley 22/1993, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, de reforma del régimen jurídico de la función pública y de la protección por desempleo. Contiene medidas relativas a las personas con MINUSVALIA.
BOG 14/2/94	Orden Foral de 25 de enero de 1994, del Departamento de Juventud y Deportes de la Diputación Foral de GIPUZKOA, por la que se aprueban los programas mínimos de obligado cumplimiento relativos a diversos tipos de INSTALACIONES DEPORTIVAS. Establece las medidas de ciertos ESPACIOS aptos para el uso de las personas con MINUSVALIA.
BOE 15/2/94	Orden de 10 de febrero de 1994, del MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA, por la que se crea una UNIDAD NACIONAL DE COORDINACION para la ejecución en España del PROGRAMA COMUNITARIO PETRA (programa de acción para la FORMACION y la preparación de los JOVENES para la vida adulta y PROFESIONAL).
BOC 16/2/94	Orden de 19 de enero de 1994, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de CANARIAS, por la que se establecen las bases reguladoras generales para la concesión de AYUDAS y SUBVENCIONES en el área de PROTECCION DE MENORES y de la FAMILIA.
BORM 16/2/94	Orden de 31 de enero de 1994, de la Consejería de Cultura y Educación, por la que se convocan SUBVENCIONES destinadas a INSTITUCIONES sin ánimo de lucro para el MANTENIMIENTO de ESCUELAS INFANTILES de la Región de MURCIA. Entre los criterios de valoración está el de atender a NIÑOS con NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.
BORM 16/2/94	Orden de 31 de enero de 1994, de la Consejería de Cultura y Educación, por la que se convocan SUBVENCIONES destinadas al MANTENIMIENTO de ESCUELAS INFANTILES dependientes de CORPORACIONES LOCALES de la Región de MURCIA. (Contiene el mismo criterio de la norma anterior).
DOGV 18/2/94	Decreto 23/1994, de 8 de febrero, del GOBIERNO VALENCIANO, sobre actuaciones protegibles en materia de rehabilitación. Contiene normas sobre la supresión de BARRERAS ARQUITECTONICAS para el acceso de personas con MINUSVALIA.
DOCE 19/2/94	Dictamen de 21 de diciembre de 1993, del COMITE ECONOMICO Y SOCIAL de la UNION EUROPEA, sobre: — el PROGRAMA de acción a medio plazo para luchar contra la EXCLUSION SOCIAL y promover la SOLIDARIDAD: nuevo programa para apoyar y fomentar la innovación (1994-1999), — el informe sobre la aplicación del PROGRAMA comunitario para la INTEGRACION ECONOMICA Y SOCIAL de los GRUPOS MENOS FAVORECIDOS (1989-1994).
DOE 19/2/94	Orden de 20 de enero de 1994, de la Consejería de Bienestar Social de EXTREMADURA, por la que se establecen AYUDAS económicas durante 1994, en el campo de la REINSERCIÓN SOCIOLABORAL, destinadas a financiar la contratación, mediante BECAS DE FORMACION, de personas que han superado la DROGADICCION, por EMPRESAS PRIVADAS o AYUNTAMIENTOS.

DOE 19/2/94	Orden de 20 de enero de 1994, de la Consejería de Bienestar Social de EXTREMADURA, por la que se convocan SUBVENCIONES públicas para 1994, destinadas a ONGs que desarrollen programas comunitarios en el marco del PLAN INTEGRAL SOBRE DROGAS. (Corrección de errores: DOE, 26/2/94).
BOPV 21/2/94	Orden de 10 de febrero de 1994, del Consejero de Educación, Universidades e Investigación, sobre ADMISION de alumnos en los CENTROS sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma del PAIS VASCO para el curso académico 1994-95. Hace mención expresa a la admisión de ALUMNOS con NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.
BOCyL 22/2/94	Decreto 41/1994, de 17 de febrero, por el que se aprueba el PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA y de las infecciones relacionadas con el VIH.
DOGV 22/2/94	Acuerdo de 25 de enero de 1994, del GOBIERNO VALENCIANO, por el que se crea en la Comunidad Valenciana la COMISION DE COORDINACION PARA LA CELEBRACION DEL AÑO INTERNACIONAL DE LA FAMILIA (1994).
BOB 22/2/94	Decreto Foral Normativo 1/1994, de 8 de febrero, de medidas TRIBUTARIAS urgentes para 1994, en el Territorio Histórico de BIZKAIA. Contiene medidas específicas en relación con las personas con MINUSVALIA y las instituciones que atienden a éstas y a las de la TERCERA EDAD.
BOC 23/2/94	Decreto 12/1994, de 11 de febrero, por el que se regula la ADMISION de ALUMNOS en CENTROS sostenidos con fondos públicos de Educación Infantil, Primaria y Secundaria, en CANARIAS. Se establecen medidas específicas en relación a los alumnos con DEFICIENCIAS.
BOC 23/2/94	Resolución de 8 de febrero de 1994, del INSTITUTO CANARIO DE FORMACION Y EMPLEO, por la que se hacen publicas la convocatoria de CURSOS de FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL y la regulación de las bases para la selección. Afecta a JOVENES, MUJERES y personas con MINUSVALIA, entre otros.
BOPV 23/2/94	Decreto 61/1994, de 1 de febrero, por el que se regulan las AYUDAS para la COOPERACION y el DESARROLLO para 1994. (Corrección de errores: BOPV, 17/3/94).
BOE 25/2/94	Orden de 22 de febrero de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se convocan ayudas y SUBVENCIONES para la realización de programas de COOPERACION y VOLUNTARIADO SOCIALES con cargo a la asignación tributaria del I.R.P.F. (Corrección de errores: BOE, 11/3/94).
BOCM 25/2/94	Orden de 18 de febrero de 1994, de la Consejería de Educación y Cultura de MADRID, por la que se convocan SUBVENCIONES a GUARDERIAS Infantiles Laborales para el ejercicio presupuestario de 1994. Entre los criterios de selección: la atención a NIÑOS con DEFICIENCIAS diagnosticadas.
BOB 25/2/94	El Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de BIZKAIA publica en extracto el acuerdo de aprobar un CONVENIO entre la Diputación Foral y el Departamento de Interior del GOBIERNO VASCO, para la prestación del SERVICIO TELEFONICO ESPECIAL PARA ANCIANOS (TEPA).
BOB 25/2/94	El Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de BIZKAIA publica en extracto el acuerdo de aprobar un CONVENIO entre la Diputación Foral y el Ayuntamiento de BILBAO para la prestación del Servicio de TELE-ALARMA, como actividad complementaria al Programa de AYUDA A DOMICILIO, en al ámbito territorial del municipio de Bilbao.

BOLR 26/2/94	Protocolo adicional al CONVENIO de cooperación entre la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de LA RIOJA y la ASOCIACION RIOJANA DE AYUDA AL DROGADICTO (A.R.A.D.).
DOGC 28/2/94	Resolución de 17 de febrero de 1994, del Departamento de Trabajo de CATALUÑA, por la que se ofrecen SUBVENCIONES destinadas al sostenimiento de las GUARDERIAS infantiles laborales. La DISCAPACIDAD aparece como situación a valorar en la selección.
BOG 28/2/94	El Departamento de Juventud y Deportes de la Diputación Foral de GIPUZKOA, publica el concurso para la adjudicación del CONTRATO DE ELABORACION Y DESARROLLO de programas de ANIMACION y la GESTION de COLONIAS Y CAMPAMENTOS DE VERANO para JOVENES de 7 a 13 años. Se contempla la INTEGRACION de participantes con algún tipo de DEFICIT SOCIAL o FISICO.
BOE 1/3/94	Orden de 16 de febrero de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se establecen y regulan los PROGRAMAS DE ACTUACION en favor de los EMIGRANTES ESPAÑOLES. (Corrección de errores: BOE, 15/3/94).
BOCM 2/3/94	Orden de 23 de febrero de 1994, de la Consejería de Educación y Cultura de MADRID, por la que se convocan SUBVENCIONES para CONSTRUCCION, REHABILITACION, ADECUACION y EQUIPAMIENTOS de CASAS DE JUVENTUD, LOCALES juveniles y CENTROS DE INFORMACION Y DOCUMENTACION juvenil, dirigidas a los AYUNTAMIENTOS de la Comunidad de Madrid y ACTIVIDADES de promoción y fomento de SERVICIOS CULTURALES Y SOCIALES a la juventud durante 1994.
DOGC 2/3/94	Resolución de 18 de febrero de 1994, del Departamento de Bienestar Social de CATALUÑA, de convocatoria del PREMIO JAUME NUALART, de SERVICIOS SOCIALES, y de aprobación de las bases que lo regirán para el año 1994.
DOGV 2/3/94	Orden de 24 de febrero de 1994, de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales de VALENCIA, por la que se determinan los programas de FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL y continua y se regula el procedimiento general para el otorgamiento de AYUDAS durante 1994. Plantea medidas específicas para COLECTIVOS CON DIFICULTADES en la INSERCCION LABORAL
BOE 3/3/94	Orden de 28 de febrero de 1994, del MINISTERIO DEL INTERIOR, por la que se convocan AYUDAS económicas a ENTIDADES de ámbito estatal sin fines de lucro que desarrollen programas de alcance supracomunitario en el marco de prioridades del PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, en 1994.
BOCAIB 3/3/94	Orden de 23 de febrero de 1994, de la Consellería de Economía y Hacienda de BALEARES, de desarrollo del Decreto 102/1993, de 2 de septiembre, por el que se regulan las convocatorias de las ACCIONES FORMATIVAS en el marco del objetivo 3 del FONDO SOCIAL EUROPEO. Prevé acciones para la INSERCCION LABORAL de JOVENES y MUJERES, entre otros colectivos.
BOCyL 3/3/94	Orden de 28 de febrero de 1994, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de CASTILLA Y LEON, por la que se convocan SUBVENCIONES para la FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL Contiene fórmulas para facilitar la INSERCCION LABORAL de COLECTIVOS CON ESPECIALES DIFICULTADES para acceder a un empleo.
BOCyL 3/3/94	Orden de 28 de febrero de 1994, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de CASTILLA Y LEON, por la que se convocan SUBVENCIONES para la PROMOCION DEL EMPLEO.

BOJA 3/3/94	Orden de 16 de febrero de 1994, de la Consejería de Asuntos Sociales de ANDALUCIA, por la que se regula la convocatoria para el curso 1994-95 de PLAZAS de GUARDERIAS infantiles gestionadas por el INSTITUTO ANDALUZ DE SERVICIOS SOCIALES.
BOJA 3/3/94	Orden de 17 de febrero de 1994, de la Consejería de Asuntos Sociales de ANDALUCIA, por la que se aprueba el modelo y procedimiento de concesión de la TARJETA DE APARCAMIENTO de VEHICULOS que lleven personas con MOVILIDAD REDUCIDA.
BOA 4/3/94	Orden de 24 de febrero de 1994, del Departamento de Bienestar Social y Trabajo de ARAGON, por la que se hace pública la convocatoria de SUBVENCIONES en materia de ACCION SOCIAL para 1994.
BOPV 4/3/94	Decreto 85/1994, de 8 de febrero, de modificación del Decreto sobre SERVICIOS SOCIALES PARA MINUSVALIDOS, en el PAIS VASCO.
BORM 5/3/94	Decreto 31/1994, de 25 de febrero, sobre INGRESO Y TRASLADO en CENTROS RESIDENCIALES de la Administración Regional de MURCIA para personas MAYORES.
BOE 7/3/94	Resolución de 20 de febrero de 1994, por la que se da publicidad al CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de CASTILLA Y LEON para COEDICION DE MATERIALES del programa de FORMACION DE FAMILIAS DE ACOGIDA.
BOE 7/3/94	Resolución de 20 de febrero de 1994, por la que se da publicidad al CONVENIO entre el MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y la Comunidad Autónoma de LA RIOJA, para la realización de programas experimentales de PREVENCIÓN en situaciones de riesgo y TRATAMIENTO de FAMILIAS en cuyo seno se producen MALOS TRATOS.
BOCM 7/3/94	Resolución de 2 de marzo de 1994, de la Consejería de Integración Social de MADRID, por la que se aprueba la convocatoria anual de SUBVENCIONES a PROYECTOS DE INTEGRACION del INGRESO MADRILEÑO DE INTEGRACION, que se conceden de acuerdo con órdenes anteriores de la Consejería.
BORM 7/3/94	Orden de 18 de febrero de 1994, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Región de MURCIA, de convocatoria para el reconocimiento de prórroga de BECAS, durante 1994, por la atención de personas con MINUSVALIA en CENTROS ESPECIALIZADOS.
BORM 7/3/94	Orden de 18 de febrero de 1994, de la CONSEJERIA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES de MURCIA, sobre SUBVENCIONES para el desarrollo de PROGRAMAS GENERICOS en materias de competencia de la Consejería.
BORM 7/3/94	Orden de 18 de febrero de 1994, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de MURCIA, de convocatoria para 1994 de SUBVENCIONES a INSTITUCIONES sin fin de lucro, para MANTENIMIENTO de ACTIVIDADES y CENTROS del colectivo de la TERCERA EDAD.
BOG 7/3/94	La Diputación Foral de GIPUZKOA publica en extracto el acuerdo de PRORROGAR la vigencia del CONVENIO entre el Departamento de Servicios Sociales de esta Diputación Foral y la FUNDACION JOSE MATIA CALVO.
BOCM 8/3/94	Orden de 4 de marzo de 1994, de la Consejería de Presidencia de MADRID, por la que se convocan AYUDAS a MANCOMUNIDADES y agrupaciones de MUNICIPIOS para la actividades de FORMACION OCUPACIONAL encaminadas a la obtención de titulación profesional para MUJERES.

BOCM 8/3/94	Orden de 4 de marzo de 1994, de la Consejería de Presidencia de MADRID, por la que se convocan AYUDAS a CORPORACIONES LOCALES para la realización de programas de IGUALDAD y PROMOCION de las MUJERES.
BOCM 8/3/94	Orden de 4 de marzo de 1994, de la Consejería de Presidencia de MADRID, por la que se convocan AYUDAS a INSTITUCIONES sin ánimo de lucro para la realización de programas de IGUALDAD y PROMOCION de las MUJERES.
BOCM 8/3/94	Orden de 4 de marzo de 1994, de la Consejería de Presidencia de MADRID, por la que se convoca la concesión de SUBVENCIONES a CORPORACIONES LOCALES para actividades o programas dirigidos a adecuar la oferta de SERVICIOS de CUIDADOS INFANTILES.
BOPV 8/3/94	Decreto 106/1994, de 1 de marzo, por el que se regulan los CENTROS TUTELADOS de FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL en el PAIS VASCO.
DOG 8/3/94	Orden de 17 de febrero de 1994, de la Consellería de Familia, Mujer y Juventud de GALICIA, por la que se regulan las SUBVENCIONES a AYUNTAMIENTOS, para el fomento y realización de ACTIVIDADES JUVENILES.
BOG 8/3/94	La Diputación Foral de GIPUZKOA publica en extracto el acuerdo de DENUNCIAR el CONVENIO firmado el 15 de junio de 1993, con la ASOCIACION EMAUS SOLIDARIDAD INTERNACIONAL
DOG 9/3/94	Orden de 17 de febrero de 1994, de la Consellería de Familia, Mujer y Juventud, por la que se anuncian y regulan AYUDAS para ACTIVIDADES programadas por ENTIDADES JUVENILES o entidades prestadoras de servicios a la juventud.
DOGC 9/3/94	Resolución de 28 de febrero de 1994, del Departamento de Enseñanza de CATALUÑA, de convocatoria para la concesión de AYUDAS a ALUMNOS de EDUCACION ESPECIAL para la realización de CONVIVENCIAS ESCOLARES durante el año 1994.
BOG 9/3/94	Decretos Forales 15 y 16/1994, de 8 de marzo, por los que se aprueban las bases reguladoras del otorgamiento de AYUDAS económicas con cargo a los programas gestionados por el Servicio de JUVENTUD del Departamento de Juventud y Deportes de la Diputación Foral de GIPUZKOA. Establecen las conexiones con los CENTROS DE EDUCACION ESPECIAL y ayudas para DEPORTISTAS CON MINUSVALIA.
BOJA 10/3/94	Corrección de errores de la Orden de 16 de diciembre de 1993, por la que se crean el CONSEJO ANDALUZ y los CONSEJOS PROVINCIALES DE MAYORES (BOJA, 31/12/93).
BOJA 10/3/94	Orden de 21 de febrero de 1994, de la Consejería de Asuntos Sociales de ANDALUCIA, por la que se modifica la de 1 de septiembre de 1993, que regula la BONIFICACION del 50% del PRECIO del billete de VIAJES INTERURBANOS a personas MAYORES de 65 AÑOS y PENSIONISTAS, y se abre el plazo de presentación de solicitudes de la TARJETA de beneficiario de transporte bonificado para el ejercicio de 1994.
DOGV 10/3/94	Decreto 41/1994, de 21 de febrero, del GOBIERNO VALENCIANO, por el que se crea el CONSEJO ASESOR DE LA GENERALITAT VALENCIANA EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS.
BOE 11/3/94	Orden de 28 de febrero de 1994, del MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, por la que se convocan AYUDAS económicas a INSTITUCIONES de cualquier titularidad, sin ánimo de lucro, con destino a financiar programas de PREVENCION y CONTROL del SIDA.

BOE 11/3/94	Orden de 3 de marzo de 1994 por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de SUBVENCIONES sometidas al REGIMEN GENERAL del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES y de sus ORGANISMOS ADSCRITOS. (Corrección de errores: BOE, 7/4/94).
BOE 11/3/94	Orden de 7 de marzo de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se establecen y convocan PROGRAMAS de actuación en favor de INMIGRANTES. (Corrección de errores: BOE, 30/3/94).
BOE 11/3/94	Resolución de 7 de marzo de 1994, del INSTITUTO DE LA MUJER, por la que se convoca la concesión de SUBVENCIONES sometidas al régimen general de subvenciones del Ministerio de Asuntos Sociales, durante 1994.
BOE 11/3/94	Resolución de 7 de marzo de 1994, de la DIRECCION GENERAL DE PROTECCION JURIDICA DEL MENOR, por la que se convoca la concesión de SUBVENCIONES sometidas al régimen general de subvenciones del Ministerio de Asuntos Sociales, en el área de INFANCIA Y FAMILIA durante 1994.
BOE 11/3/94	Resolución de 7 de marzo de 1994, de la Dirección General del INSERSO, por la que se convoca la concesión de SUBVENCIONES sometidas al régimen general de subvenciones del Ministerio de Asuntos Sociales, en las áreas de atención a los MAYORES, personas con MINUSVALIA y REFUGIADOS durante 1994.
BOE 11/3/94	Resolución de 7 de marzo de 1994, del INSTITUTO DE LA JUVENTUD, por la que se convoca la concesión de SUBVENCIONES sometidas al régimen general de subvenciones del Ministerio de Asuntos Sociales, durante 1994.
BOE 11/3/94	Resolución de 7 de marzo de 1994, de la DIRECCION GENERAL DE ACCION SOCIAL, por la que se convoca la concesión de SUBVENCIONES sometidas al régimen general de subvenciones del Ministerio de Asuntos Sociales, en el área de ACCION SOCIAL durante 1994. (Corrección de errores: BOE, 7/4/94).
BOE 16/3/94	Resolución de 10 de marzo de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se da publicidad al acuerdo por el que se determinan los criterios objetivos de DISTRIBUCION de varios CREDITOS PRESUPUESTARIOS entre COMUNIDADES AUTONOMAS, en concepto de SUBVENCIONES para la realización de programas de SERVICIOS SOCIALES, PROTECCION DEL MENOR y PLAN GERONTOLOGICO.
BON 16/3/94	Decreto Foral 56/1994, de 28 de febrero, por el que se regula la ADMISION de ALUMNOS en los CENTROS DE ENSEÑANZAS NO UNIVERSITARIAS de la Comunidad Foral de NAVARRA sostenidos con fondos públicos.
BOPV 16/3/94	Decreto 100/1994, de 22 de febrero, por el que se crea y regula el CONSEJO VASCO DE FORMACION PROFESIONAL (Coordinación entre la FORMACION PROFESIONAL REGLADA, la FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL y la PRACTICA LABORAL).
DOGC 16/3/94	Decreto 50/1994, de 22 de febrero, por el que se regula el programa de AYUDAS de atención social a PERSONAS CON DISMINUCION, en CATALUÑA.
DOGC 16/3/94	Orden de 2 de marzo de 1994, del Departamento de Bienestar Social de CATALUÑA, de convocatoria pública para acceder al programa de AYUDAS de atención social a PERSONAS CON DISMINUCION.
BOJA 17/3/94	Orden de 10 de marzo de 1994, de la Consejería de Salud de ANDALUCIA, por la que se regula el procedimiento de concesión de AYUDAS a ASOCIACIONES DE AYUDA MUTUA Y AUTOCUIDADO.

BOPA 17/3/94	Resolución de 16 de febrero de 1994, de la Consejería de Educación, Cultura, Deportes y Juventud del Principado de ASTURIAS, por la que se convocan SUBVENCIONES y AYUDAS para programas y actividades a desarrollar durante 1994 destinadas a la PROMOCION DE LA MUJER.
DOG 17/3/94	Decreto 52/1994, de 4 de marzo, por el que se establece el régimen general de las AYUDAS y SUBVENCIONES de la Consellería de Familia, Mujer y Juventud de GALICIA, en materia de FORMACION, PROMOCION DEL EMPLEO y fomento de la ECONOMIA SOCIAL
DOG 17/3/94	Orden de 9 de marzo de 1994, de la Consellería de Presidencia y Administración Pública de GALICIA, por la que se dispone la concesión de AYUDAS a PERSONAS FISICAS y JURIDICAS por razón de INTERES SOCIAL o HUMANITARIO.
BOCM 18/3/94	Orden de 11 de marzo de 1994, de la Consejería de Integración Social de MADRID, por la que se convocan SUBVENCIONES a INSTITUCIONES sin fines de lucro, en concepto de INVERSIONES, para la prestación de SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS.
BOJA 18/3/94	Orden de 8 de marzo de 1994, de la Consejería de Trabajo, por la que se regula la oferta a los AYUNTAMIENTOS de la Comunidad Autónoma de ANDALUCIA para la utilización de las RESIDENCIAS DE TIEMPO LIBRE a favor de sus residentes PENSIONISTAS y MINUSVALIDOS.
BOG 18/3/94	Decreto Foral 9/1994, de 8 de marzo, de la Diputación Foral de GIPUZKOA, por el que se aprueban las bases para la convocatoria del PLAN DE COOPERACION SOCIAL para el MANTENIMIENTO de actividades y programas. (Corrección de errores: BOG, 26/4/94).
BOG 18/3/94	Decreto Foral 10/1994, de 8 de marzo, de la Diputación Foral de GIPUZKOA, por el que se aprueban las bases de la convocatoria del PLAN DE COOPERACION SOCIAL de INVERSIONES en materia de SERVICIOS SOCIALES. (Corrección de errores: BOG, 26/4/94).
BOG 18/3/94	Decreto Foral 11/1994, de 8 de marzo, de la Diputación Foral de GIPUZKOA, por el que se regula la concesión de AYUDAS económicas a las GUARDERIAS Infantiles.
BON 21/3/94	Orden Foral de 24 de febrero de 1994, del Consejero de Bienestar Social, Deporte y Vivienda de NAVARRA, por la que se aprueban las bases de la convocatoria de SUBVENCIONES para la ADQUISICION y ADAPTACION de VEHICULOS con destino a MINUSVALIDOS.
BON 21/3/94	Orden Foral de 9 de marzo de 1994, del Consejero de Bienestar Social, Deporte y Vivienda de NAVARRA, por la que se establece la CUANTIA de la AYUDA a MAYORES DE 65 ANOS sin medios de subsistencia, para 1994.
DOG 21/3/94	Orden de 8 de marzo de 1994, de la Consellería de Familia, Mujer y Juventud de GALICIA, por la que se regulan los INGRESOS en GUARDERIAS Infantiles dependientes de la Consellería. Contempla la integración de niños con MINUSVALIA.
BOG 21/3/94	Decreto Foral 12/1994, de 8 de marzo, de la Diputación Foral de GIPUZKOA, por el que se aprueba el programa de AYUDAS a conceder, para la utilización de BONO-TAXI, como medio alternativo de transporte a personas que presenten GRANDES PROBLEMAS DE MOVILIDAD que les la utilización del transporte público normalizado.
BORM 24/3/94	Orden de 2 de marzo de 1994, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Región de MURCIA, de convocatoria para 1994 de SUBVENCIONES finalistas a CORPORACIONES LOCALES e INSTITUCIONES sin fin de lucro, para la ADQUISICION, CONSTRUCCION, REMODELACION y EQUIPAMIENTO de CENTROS que presten SERVICIOS SOCIALES.

DOG 24/3/94	Resolución de 8 de marzo de 1994, de la ACADEMIA GALLEGA DE SEGURIDAD, por la que se convoca un CURSO DE DROGODEPENDENCIAS, dirigido a los miembros del cuerpo de POLICIA LOCAL del Ayuntamiento de Oleiros y ayuntamientos circundantes.
BOJA 25/3/94	Acuerdo de 8 de marzo de 1994, del Consejo de GOBIERNO ANDALUZ, por el que se aprueba el Plan Integral de Actuaciones, denominado PLAN ANDALUCIA JOVEN 1994.
BON 25/3/94	Orden Foral de 17 de marzo de 1994, del Consejero de Bienestar Social, Deporte y Vivienda de NAVARRA, por la que se amplía el PLAZO de presentación de SOLICITUDES del Programa de BALNEARIOS para personas MAYORES.
DOG 25/3/94	Orden de 28 de febrero de 1994, de la Consellería de Justicia, Interior y Relaciones Laborales de GALICIA, por la que se anuncian AYUDAS económicas destinadas a subvencionar actividades de ONGs que colaboren con INSTITUCIONES PENITENCIARIAS gallegas en la REEDUCACION y REINSERCIÓN SOCIAL de los INTERNOS que se encuentren en régimen abierto o en período inmediato a su puesta en libertad.
DOGC 25/3/94	Resolución de 8 de marzo de 1994, del Departamento de Justicia de CATALUÑA, de convocatoria para la concesión de SUBVENCIONES para ENTIDADES LOCALES que colaboran en la ejecución de medidas dictadas por los JUZGADOS DE MENORES y otros órganos jurisdiccionales penales y en la REINSERCIÓN SOCIAL de los MENORES por ellas afectados.
DOGC 25/3/94	Resolución de 9 de marzo de 1994, del Departamento de Justicia de CATALUÑA, de convocatoria para la concesión de SUBVENCIONES a INSTITUCIONES y CENTROS para ADOLESCENTES y JOVENES que sin ánimo de lucro colaboren en la REINSERCIÓN SOCIAL de aquellos que están o han estado sujetos a MEDIDAS JUDICIALES.
DOGV 25/3/94	Orden de 7 de febrero de 1994, de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales de VALENCIA, por la que se establecen normas para la concesión, durante 1994, de SUBVENCIONES en materia de DROGODEPENDENCIAS.
BOTHA 25/3/94	Convocatoria pública, del Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de ARABA, de AYUDAS dirigidas a promover la CREACION y/o el MANTENIMIENTO de PUESTOS DE TRABAJO para personas con MINUSVALIA.
BOE 28/3/94	Orden de 17 de marzo de 1994, del MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA, por la que se determinan los tipos de AYUDAS a conceder a personas con MINUSVALIA para el ejercicio de 1994 y la CUANTIA de las mismas.
BOCM 28/3/94	Orden de 25 de marzo de 1994, de la Consejería de Integración Social de MADRID, por la que se aprueba la convocatoria anual de SUBVENCIONES para MANTENIMIENTO de CENTROS Y SERVICIOS de INSTITUCIONES sin fin de lucro para atención de personas con MINUSVALIA.
BOPV 28/3/94	Decreto 125/1994, de 15 de marzo, por el que se establecen AYUDAS para la realización de ACTIVIDADES en el área de los SERVICIOS SOCIALES en el PAIS VASCO.
BOPV 28/3/94	Decreto 131/1994, de 15 de marzo, por el que se articulan las medidas de AYUDA A LA CONTRATACION en el PAIS VASCO. Afecta a varios colectivos en situación desfavorable. (Corrección de errores: BOPV, 22/4/94).

BOB 28/3/94	El Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de BIZKAIA publica en extracto el acuerdo de aprobar la PRORROGA y MODIFICAR el CONVENIO de colaboración entre la Diputación Foral y la ASOCIACION BIZGARRI, (atención de las FAMILIAS de los MENORES ingresados por la Diputación Foral en CENTROS propios o ajenos).
BOTHA 28/3/94	El Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de ARABA publica las bases de la convocatoria de AYUDAS a GUARDERIAS durante 1994.
BOPV 29/3/94	Decreto 137/1994, de 22 de marzo, por el que se regula el Programa de AYUDAS a la CONTRATACION de personas EXTOTICOMANAS con fines de REHABILITACION y REINSERCIÓN SOCIAL
BOA 30/3/94	Decreto 52/1994, de 16 de marzo, de la Diputación General de ARAGON, sobre pago de AYUDAS a las CORPORACIONES LOCALES para la creación y sostenimiento de los SERVICIOS SOCIALES gestionados por las mismas.
DOCM 30/3/94	Orden de 24 de marzo de 1994, de la Consejería de Sanidad de CASTILLA-LA MANCHA, por la que se convocan AYUDAS para la FORMACION de MEDIADORES SOCIALES en PREVENCION de las DROGODEPENDENCIAS.
DOGC 30/3/94	Orden de 22 de marzo de 1994, del Departamento de Trabajo de CATALUÑA, sobre SUBVENCIONES al sector de la ECONOMIA SOCIAL para la CREACION y MANTENIMIENTO de PUESTOS DE TRABAJO. Contiene medidas dirigidas a colectivos de personas con especiales dificultades para su integración laboral.
DOGC 30/3/94	Orden de 21 de marzo de 1994, del Departamento de Trabajo de CATALUÑA, por la que se regulan los programas de EMPLEO y FORMACION OCUPACIONAL y se desarrolla el Decreto 45/1989, de 13 de marzo, modificado por el Decreto 204/1990, de 30 de julio, sobre la INTEGRACION DE TRABAJADORES CON ESPECIALES DIFICULTADES, para el año 1994.
DOGC 30/3/94	Orden de 25 de marzo de 1994, del Departamento de Bienestar Social de CATALUÑA, de convocatoria pública para la concesión de SUBVENCIONES de inversión para la CREACION y MANTENIMIENTO de PUESTOS DE TRABAJO para PERSONAS CON DISMINUCION.
BOTHA 30/3/94	Decreto Foral 32/1994, del Consejo de Diputados de ARABA de 22 de marzo, por el que se aprueba la convocatoria de AYUDAS para aquellos AYUNTAMIENTOS del Territorio Histórico, con población inferior a 25.000 habitantes, que soliciten SUBVENCIONES para la ELIMINACION DE BARRERAS URBANISTICAS y ARQUITECTONICAS.
BORM 4/4/94	Orden de 15 de marzo de 1994, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de MURCIA, de convocatoria para 1994 de SUBVENCIONES dirigidas a ENTIDADES LOCALES e INSTITUCIONES sin fin de lucro, para el MANTENIMIENTO, REMODELACION y EQUIPAMIENTO de LOCALES y realización de programas y ACTIVIDADES dirigidos a las MUJERES de la Región de Murcia.
BOCAIB 5/4/94	Decreto 33/1994, de 28 de marzo, por el que se aprueba el REGLAMENTO de PROVISION de PUESTOS DE TRABAJO y promoción interna de los FUNCIONARIOS al servicio de la ADMINISTRACION de la Comunidad Autónoma de las ISLAS BALEARES. Regula el acceso de las personas con MINUSVALIA.
BOE 6/4/94	Resolución de 14 de marzo de 1994, de la Dirección General de Migraciones del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se aprueban los MODELOS DE SOLICITUD de SUBVENCIONES a favor de los EMI-GRANTES ESPAÑOLES de la Orden de 16 de febrero de 1994 (BOE, 1/3/94).

BOCyL 6/4/94	Ley 3/1994, de 29 de marzo, de PREVENCIÓN, ASISTENCIA e INTEGRACIÓN SOCIAL de DROGODEPENDIENTES de CASTILLA Y LEÓN. (Corrección de errores: BOCyL, 11/4/94).
BOCM 7/4/94	Orden de 11 de marzo de 1994, de la Consejería de Integración social de MADRID, por la que se actualiza la CUANTIA del INGRESO MADRILEÑO DE INSERCIÓN.
DOG 7/4/94	Orden de 21 de marzo de 1994, de la Consellería de Familia, Mujer y Juventud de GALICIA, por la que se establece la convocatoria pública para la programación de CURSOS del PLAN NACIONAL DE FORMACIÓN E INSERCIÓN PROFESIONAL en la Comunidad Autónoma de Galicia correspondiente a 1994.
DOGV 7/4/94	Ley 1/1994, de 28 de marzo, de la GENERALITAT VALENCIANA de SALUD ESCOLAR.
BOA 8/4/94	Decreto 57/1994, de 23 de marzo, de la Diputación General de ARAGON, por el que se regula el INGRESO ARAGONES DE INSERCIÓN en desarrollo de la Ley 1/1993, de 19 de febrero, de Medidas Básicas de Inserción y Normalización Social. (Corrección de errores: BOA, 15/4/94).
DOG 8/4/94	Orden de 22 de marzo de 1994, de la consellería de Familia, Mujer y Juventud de GALICIA, por la que se establece la convocatoria pública para la programación de acciones de FORMACIÓN PROFESIONAL OCUPACIONAL cofinanciadas por el FONDO SOCIAL EUROPEO en la Comunidad Autónoma de Galicia correspondientes a 1994.
BOJA 9/4/94	Orden de 14 de marzo de 1994, de la Consejería de Presidencia de ANDALUCÍA, por la que se convoca la concesión de AYUDAS para la realización de proyectos de COOPERACIÓN INTERNACIONAL al desarrollo.
BOC 11/4/94	Orden de 22 de marzo de 1994, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de CANARIAS, por la que se convoca a las CORPORACIONES LOCALES para la presentación de proyectos a financiar con cargo al PLAN CONCERTADO DE PRESTACIONES BÁSICAS DE SERVICIOS SOCIALES.
DOGC 11/4/94	Orden de 23 de marzo de 1993, del Departamento de Bienestar Social de CATALUÑA, de convocatoria del II PREMIO VOLUNTARIADO.
BOG 11/4/94	La Diputación Foral de GIPUZKOA publica en extracto el acuerdo de aprobar el Programas de TERMALISMO SOCIAL para la TERCERA EDAD.
BOE 12/4/94	Orden de 28 de marzo de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se convoca el concurso para la concesión de SUBVENCIONES destinadas a la realización de trabajos de INVESTIGACIÓN relacionados con la MUJER.
BOE 12/4/94	Orden de 22 de marzo de 1994, del MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, por el que se establecen las bases reguladoras para la concesión de AYUDAS y SUBVENCIONES de los programas de Promoción del Empleo Autónomo y de INTEGRACIÓN LABORAL de los MINUSVALIDOS en CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO y TRABAJO AUTÓNOMO, reguladas en la Orden de 21 de febrero de 1986.
BOLR 12/4/94	Decreto 17/1994, de 7 de abril, por el que se aprueba el REGLAMENTO SANITARIO de PISCINAS de uso colectivo. Hace mención expresa a la evitación o eliminación de BARRERAS ARQUITECTÓNICAS.
BOPV 12/4/94	Orden de 15 de marzo de 1994, del Departamento de Sanidad del GOBIERNO VASCO, por la que se convocan AYUDAS destinadas a las ASOCIACIONES ciudadanas anti-sida de la Comunidad Autónoma, para la organización de ACTIVIDADES de LUCHA contra el SIDA.

BOG 12/4/94	Decreto Foral 29/1994, de 22 de marzo, del Departamento de Servicios Sociales de GIPUZKOA, por el que se regula la concesión de PRESTACIONES ECONOMICAS a FAMILIAS extensas con MENORES en régimen de GUARDA de hecho.
BOG 12/4/94	Decreto Foral 30/1994, de 22 de marzo, del Departamento de Servicios Sociales de GIPUZKOA, en el que se regula la concesión de AYUDAS TECNICAS y otras PRESTACIONES INDIVIDUALES a personas con MINUSVALIA.
BOE 14/4/94	Resolución de 8 de marzo de 1994, del Instituto Nacional de Servicios Sociales, por la que se convocan los PREMIOS INSERSO 1994.
BOCM 14/4/94	Orden de 24 de marzo de 1994, de la Consejería de Educación y Cultura de MADRID, por la que se convocan AYUDAS de COMEDOR ESCOLAR en centros públicos, concertados y centros de Educación Infantil para el curso 1994-95. Se tienen en cuenta a los niños con DEFICIENCIAS y a los centros de EDUCACION ESPECIAL
BOJA 14/4/94	Orden de 25 de marzo de 1994, de la Consejería de Asuntos Sociales de ANDALUCIA, por la que se establecen los MODELOS de CONVENIOS que han de regir los programas de intervención a favor de la Comunidad GITANA Andaluza, con ENTIDADES PUBLICAS y ONGs.
DOGV 14/4/94	Orden de 25 de marzo de 1994, de la Consellería de Cultura de VALENCIA, por la que se convoca la concesión de AYUDAS destinadas a la realización de programas relacionados con los fines del INSTITUTO VALENCIANO DE LA MUJER.
DOGV 14/4/94	Orden de 28 de marzo de 1994, de la Consellería de Educación y Ciencia de la COMUNIDAD VALENCIANA, por la que se convocan AYUDAS destinadas a la EDUCACION de la POBLACION MENOR de 4 AÑOS, patrocinadas por CORPORACIONES LOCALES y ENTIDADES sin fin de lucro. Contiene referencias expresas a los niños con DEFICIENCIAS.
BOG 14/4/94	La Diputación Foral de GIPUZKOA publica en extracto el acuerdo de aprobar el Proyecto de CONVENIO de colaboración a suscribir con el MINISTERIO DE AGRICULTURA, PESCA Y ALIMENTACION para ESTANCIAS de larga duración para la TERCERA EDAD.
BOJA 15/4/94	Resolución de 15 de marzo de 1994, del INSTITUTO ANDALUZ DE SERVICIOS SOCIALES, por la que se determinan los requisitos y se establecen los modelos de CERTIFICACION a emitir para la concesión de la TARJETA DE APARCAMIENTO de VEHICULOS que lleven a personas con MOVILIDAD REDUCIDA.
BOPA 15/4/94	Decreto 24/1994, de 11 de marzo, por el que se regula el REGISTRO de ASOCIACIONES DE MUJERES del PRINCIPADO DE ASTURIAS.
DOCM 15/4/94	Orden de 7 de abril de 1994, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se convocan 400 PLAZAS de VACACIONES socio-culturales para MUJERES de CASTILLA-LA MANCHA con cargas familiares no compartidas.
BOJA 16/4/94	Decreto 68/1994, de 22 de marzo, por el que se establecen MEDIDAS ESPECIALES en materia de DROGODEPENDENCIAS en ANDALUCIA (PREVENCION, ASISTENCIA, INSERCIÓN SOCIAL, PARTICIPACION SOCIAL, colaboración en la PERSECUCION DEL NARCOTRAFICO).
BOJA 16/4/94	Orden de 6 de abril de 1994, de la Consejería de Asuntos Sociales de ANDALUCIA, por la que se regula la realización de programas de intervención a favor de la Comunidad GITANA Andaluza, a desarrollar en 1995.

BOJA 16/4/94	Corrección de errores de la Orden de 16 de diciembre de 1994, de la Consejería de Asuntos Sociales de ANDALUCIA, por la que se crean el CONSEJO ANDALUZ y los CONSEJOS PROVINCIALES DE MAYORES (BOJA, 31/12/94).
BOJA 16/4/94	Resolución de 7 de abril de 1994, de la Consejería de Salud de ANDALUCIA, por la que se convocan AYUDAS a las ASOCIACIONES DE AYUDAS MUTUA Y AUTOCUIDADO para el ejercicio presupuestario de 1994.
BOA 18/4/94	Decreto 60/1994, de 6 de abril, de la Diputación General de ARAGON, sobre FOMENTO DE EMPLEO. Contiene medidas específicas para algunos COLECTIVOS con especiales DIFICULTADES en la INTEGRACION LABORAL.
BOA 18/4/94	Orden de 8 de abril de 1994, del Departamento de Economía y Hacienda de ARAGON, por la que se convocan SUBVENCIONES por FOMENTO DEL EMPLEO para 1994, en desarrollo del Decreto 60/1994, de 6 de abril.
BOE 19/4/94	Resolución de 4 de abril de 1994, del INSERSO, por la que se efectúa convocatoria de SUBVENCIONES institucionales para ENTIDADES y CORPORACIONES LOCALES de CEUTA y MELILLA.
BOLR 19/4/94	CONVENIO de colaboración entre la Comunidad Autónoma de LA RIOJA y el COMITE CIUDADANO ANTISIDA de La Rioja para realizar actividades de PREVENCIÓN, PROMOCION y APOYO PSICOSOCIAL
BOLR 19/4/94	CONVENIO de colaboración entre la Comunidad Autónoma de LA RIOJA y el CONSEJO DE LA JUVENTUD de Logroño para realizar actividades en materia de SALUD. Entre los objetivos: prevenir problemas relacionados con la sexualidad, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, ALCOHOLISMO, TOXICOMANIAS, etc.
BOPV 19/4/94	Orden de 29 de marzo de 1994, del Departamento de Sanidad, del GOBIERNO VASCO, por la que se crea el CONSEJO ASESOR SOBRE ANOMALIAS CONGENITAS Y ENFERMEDADES PERINATALES EN EUSKADI.
BOPV 19/4/94	Decreto 147/1994, de 29 de marzo, de la Presidencia del GOBIERNO VASCO, por el que se convocan los PREMIOS EMAKUNDE para el año 1994.
BOB 19/4/94	Decreto Foral 42/1994, de 29 de marzo, de la Diputación Foral de BIZKAIA, por el que se aprueba la convocatoria pública de AYUDAS y SUBVENCIONES en materia de SERVICIOS SOCIALES, correspondiente al año 1994.
BOB 19/4/94	Decreto Foral 43/1994, de 29 de marzo, de la Diputación Foral de BIZKAIA, por el que se regula la DISTRIBUCION de las AYUDAS DE EMERGENCIA SOCIAL entre los MUNICIPIOS del Territorio Histórico.
BOCa 20/4/94	Orden de 7 de abril de 1994, de la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de CANTABRIA, por la que se desarrolla el Decreto 52/1989, de 13 de julio, de CENTROS y ESTABLECIMIENTOS de SERVICIOS SOCIALES y establece los requisitos de procedimiento para otorgar AUTORIZACION de apertura a CENTROS RESIDENCIALES DE REHABILITACION DE DROGODEPENDIENTES.
DOG 20/4/94	Orden de 10 de marzo de 1994, de la Consellería de Familia, Mujer y Juventud de GALICIA, por la que se regulan las AYUDAS para MANTENIMIENTO de CENTROS y SERVICIOS dedicados a la atención de la PRIMERA INFANCIA y GUARDERIAS infantiles laborales dependientes de ASOCIACIONES o ENTIDADES de iniciativa social. Tiene medidas específicas relacionadas con los niños con DEFICIENCIAS.

BOCAIB 21/4/94	Orden de 28 de marzo de 1994, de la Consellería de Sanidad y Seguridad Social de BALEARES, por la que se regula la tramitación de los procedimientos de concesión de SUBVENCIONES públicas en materia de sanidad, consumo y ACCION SOCIAL
DOG 21/4/94	Orden de 12 de marzo de 1994, de la Consellería de Familia, Mujer y Juventud de GALICIA, por la que se regulan las AYUDAS para INVERSION en CENTROS y SERVICIOS dedicados a la atención a la PRIMERA INFANCIA y GUARDERIAS infantiles laborales dependientes de ASOCIACIONES o ENTIDADES de iniciativa social. Hace mención expresa a las BARRERAS ARQUITECTONICAS.
BOPA 21/4/94	Resolución de 10 de marzo de 1994, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de ASTURIAS, por la que se hace pública la convocatoria de SUBVENCIONES a las ASOCIACIONES sin ánimo de lucro de FAMILIARES y/o AFECTADOS por las DROGODEPENDENCIAS que realicen actividades y programas de PREVENCIÓN, INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO y APOYO SOCIAL en este campo.
BOPA 21/4/94	Resolución de 10 de marzo de 1994, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de ASTURIAS, por la que se hace pública la convocatoria de SUBVENCIONES a las PERSONAS FISICAS que, en situación de DROGODEPENDENCIA y con escasez de recursos económicos, necesiten asistencia en un CENTRO DE INTERNAMIENTO.
BOE 22/4/94	Real Decreto 541/1994, de 25 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre, de COORDINACION INTERMINISTERIAL para la ejecución del PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, ampliando la composición de grupo interministerial.
BOCM 22/4/94	Orden de 25 de marzo de 1994, de la Consejería de Integración Social de MADRID, por la que se hace pública la convocatoria de renovación de AYUDAS INDIVIDUALIZADAS periódicas a MINUSVALIDOS atendidos en CENTROS ESPECIALIZADOS.
DOCM 22/4/94	Orden de 14 de abril de 1994, de la Consejería de Bienestar Social de CASTILLA-LA MANCHA, por la que se anuncia la licitación por el sistema de concurso para la CONTRATACION de los SERVICIOS de ORGANIZACION, gestión y ejecución del programa de VACACIONES socioculturales 1994 para MUJERES con cargas familiares no compartidas.
DOG 22/4/94	Decreto 86/1994, de 14 de abril, por el que se establece la estructura y funciones de la OFICINA DEL COMISIONADO del PLAN AUTONOMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS de GALICIA.
DOG 22/4/94	Orden de 14 de marzo de 1994, de la Consellería de Familia, Mujer y Juventud de GALICIA, por la que se establecen AYUDAS periódicas a FAMILIAS para la INTEGRACION DEL MENOR.
DOE 23/4/94	Orden de 19 de abril de 1994, de la Consejería de Economía y Hacienda de EXTREMADURA, de desarrollo del Decreto 11/1994, de 8 de febrero, por la que se fija una línea de FINANCIACION de INVERSIONES de las Pequeñas y Medianas Empresas y EMPRESAS de la ECONOMIA SOCIAL. Contempla medidas específicas en la contratación de COLECTIVOS con mayores dificultades en la INSERCIÓN LABORAL.
BOCyL 25/4/94	Decreto 53/1994, de 3 de marzo, por el que se aprueba el PLAN INTEGRAL PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE LA MUJER en CASTILLA Y LEON.
DOG 25/4/94	Orden de 24 de marzo de 1994, de la Consellería de Familia, Mujer y Juventud de GALICIA, por la que se regulan AYUDAS a la CONTRATACION de TRABAJADORES desempleados de difícil INSERCIÓN en el mercado de TRABAJO.

DOG 25/4/94	Orden de 25 de marzo de 1994, de la Consellería de Familia, Mujer y Juventud de GALICIA, por la que se regulan las AYUDAS a la CONTRATACION cofinanciadas por el FONDO SOCIAL EUROPEO y la Comunidad Autónoma para 1994. Afecta a jóvenes y mayores parados de larga duración.
DOG 25/4/94	Orden de 25 de marzo de 1994, de la Consellería de Familia, Mujer y Juventud de GALICIA, por la que se establece el programa de AYUDAS para el fomento de la ECONOMIA SOCIAL y la INTEGRACION LABORAL de los MINUSVALIDOS. Afecta también a JOVENES, MUJERES, EMI-GRANTES.
BOCM 26/4/94	Orden de 19 de abril de 1994, de la Consejería de Presidencia de MADRID, por la que se convocan AYUDAS para la impartición de acciones de FORMACION con compromiso de CONTRATACION para MUJERES.
BOCM 26/4/94	Orden de 22 de abril de 1994, de la Consejería de Presidencia de MADRID, por la que se regulan las AYUDAS para la FORMACION EMPRESARIAL, como medida de FOMENTO DE EMPLEO FEMENINO.
DOG 26/4/94	Orden de 8 de abril de 1994, de la Consellería de Política Territorial, Obras Públicas y Vivienda de GALICIA, de AYUDAS a ENTIDADES LOCALES para la ERRADICACION del CHABOLISMO en la Comunidad Autónoma en el ejercicio de 1994.
BOG 26/4/94	Decreto Foral 32/1994, de 29 de marzo, de la Diputación Foral de GI-PUZKOA, por el que se aprueban las bases que regulan la concesión de SUBVENCIONES a actividades culturales y a ASOCIACIONES DE MUJERES.
DOG 27/4/94	Decreto 95/1994, de 8 de abril, por el que se desarrolla la Ley 4/1993, de 14 de abril, de SERVICIOS SOCIALES en los relativo a los REGISTROS de ENTIDADES prestadoras de servicios sociales, en GALICIA.
BOE 28/4/94	Orden de 13 de abril de 1994, del MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, por la que se dictan normas de desarrollo del Real Decreto 631/1993, de 3 de mayo, por el que se regula el PLAN NACIONAL DE FORMACION E INSERCIÓN PROFESIONAL
BOCM 28/4/94	Orden de 18 de abril de 1994, de la Consejería de Presidencia, por la que se convoca la concesión de SUBVENCIONES para la puesta en marcha de CENTROS DE INFORMACION Y ASESORAMIENTO para las MUJERES en AYUNTAMIENTOS de la Comunidad de MADRID.
BOC 29/4/94	Orden de 18 de abril de 1994, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de CANARIAS, por la que se regula, para 1994, el régimen de AYUDAS y SUBVENCIONES en el área de SERVICIOS SOCIALES.
BORM 29/4/94	Orden de 30 de marzo de 1994, de la Consejería de Fomento y Trabajo de MURCIA, por la que se regulan los programas de FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL de la Comunidad Autónoma. Afecta a JOVENES, entre otros.
BORM 29/4/94	Orden de 30 de marzo de 1994, de la Consejería de Fomento y Trabajo de MURCIA, por la que se desarrolla los programas de FOMENTO DE EMPLEO para 1994. Afecta a JOVENES, entre otros.
BORM 29/4/94	Orden de 30 de marzo de 1994, de la Consejería de Fomento y Trabajo de MURCIA, por la que se regulan los programas de FOMENTO DE LA ECONOMIA SOCIAL y del Desarrollo Local. Afecta a JOVENES, entre otros.
DOGC 29/4/94	Ley 4/1994, de 20 de abril, de la GENERALIDAD CATALANA, de DESCENTRALIZACION, de DESCONCENTRACION y de COORDINACION del sistema catalán de SERVICIOS SOCIALES.

DOGV 29/4/94	Orden de 30 de marzo de 1994, de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales de VALENCIA, por la que se convocan para 1994 las AYUDAS y SUBVENCIONES destinadas al fomento de actividades, programas y proyectos de COOPERACION AL DESARROLLO que realicen las ONGs.
DOGV 29/4/94	Orden de 8 de abril de 1994, de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales de VALENCIA, por la que se regulan y convocan AYUDAS para la potenciación de la accesibilidad al medio físico, a través de la ELIMINACION de BARRERAS ARQUITECTONICAS Y URBANISTICAS, para 1994.

ZERBITZUAN

Las colaboraciones publicadas en esta revista con la firma de sus autores expresan la opinión de éstos y no necesariamente de ZERBITZUAN

DIRECTOR: R. Saizarbitoria
S.I.I.S. Reina Regente, 5 - 20003 DONOSTIA-SAN SEBASTIAN

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Félix M.a Moratalla
Luis Sanzo
Patxi López Cabello
Juan Carlos Ansotegi
Manuel Vigo
Rafael Mendiá
José Antonio Agirre Elustondo
Elena Martín Zurimendi
Rosalía Miranda Barandilla

EDITA : Servicio central de publicaciones
del gobierno vasco
C/ Duque de Wellington, 2 – 01010 Vitoria -Gasteiz

FOTICOMPOSICION: DIDOT, S.A. Nervion,3 – 6.º -Bilbao

IMPRIME : ITXAROPENA, S.A. Araba kalea, 45 - Zarautz

DEPOSITO Legal : SS-101 -86