

Notas sobre «crítica de la modernidad», de Alain Touraine (4). Diversidad familiar y cuestiones conceptuales (8). La regulación de un sistema de rentas mínimas a nivel estatal: algunas reflexiones (16). La operación estadística que se avecina [2- parte) (29). El espacio sociosanitario. Propuesta de acción a corto plazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco (38). Servicio de atención a la mujer víctima de malos tratos y agresiones sexuales. Dos años de experiencia en Bizkaia (49). El servicio de ayuda a domicilio en el marco de los servicios sociales para la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco (54). El concepto de calidad en la gestión de los servicios sociales (63). La prevención comunitaria de drogodependencias en Getxo (89). Reseñas y Comentarios (97). Normativa Información (118). Bibliografía (139).

# ZERBITZUAN

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA  
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES

## 26



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

LAN ETA GIZARTE SEGURANTZA SAILA

DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

SiiS

ZERBITZUAN

26

1994

# EDITORIAL

Muchas son las tareas que esperan al Gobierno en el ámbito de los Servicios Sociales. La principal, quizá, consiste en establecer un orden de prioridades en la acción a emprender en los próximos años. Años que, es de prever, vendrán marcados por el cuestionamiento constante del Estado de Bienestar. Racionalizar el gasto, distribuir los recursos en función de las necesidades según un plan coherente, valorando el impacto de las acciones emprendidas, constituye sin duda el mejor argumento de defensa de nuestro sistema de protección social.

Para ese fin, es preciso continuar desarrollando los actuales instrumentos estadísticos. Es mucho lo que se ha hecho desde el punto de vista cuantitativo. Tanto es así que, probablemente, existe una infrautilización de la información estadística que se recoge en el ámbito de nuestra comunidad. Quizá incluso, los objetivos establecidos hayan sido en algún caso excesivamente ambiciosos. Es básico preguntarse por el objetivo de la recogida de información antes de proceder a la misma. Sin embargo, este elemental principio se infringe sistemáticamente y la obtención de datos constituye demasiadas veces un fin en sí mismo. No es por cierto una de las consecuencias menos relevantes de tal perversidad, el que las personas que deben suministrar la información lo hagan mal o de mala gana, precisamente por desconocer el destino de su aportación.

Sería deseable que las instituciones directamente implicadas en esta cuestión creasen un foro de estudio con el fin de analizar el actual sistema estadístico tanto desde el punto de vista cuantitativo como del cualitativo y proponer en consecuencia las remodelaciones que fueran pertinentes.



# AURKIBIDEA

## INDICE

- |  |  |
|--|--|
| 4 -Notas sobre «crítica de la modernidad», de Alain Touraine<br>RAMON BARINAGA OSINALDE  | 54 -El servicio de ayuda a domicilio en el marco de los servicios sociales para la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco<br>COMISION TECNICA INTERINSTITUCIONAL |
| 8 -Diversidad familiar y cuestiones conceptuales<br>CENTRO DE DOCUMENTACION Y ESTUDIOS SIIS  |  |
| 16 -La regulación de un sistema de rentas mínimas a nivel estatal: algunas reflexiones<br>LUIS SANZO   | 63 -El concepto de calidad en la gestión de los servicios sociales<br>ENRIQUE SACANELL BERRUECO  |
| 29 -La operación estadística que se avicina (2.ª parte) JULIO DIAZ   |  |
| 38 -El espacio sociosanitario. Propuesta de acción a corto plazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco   | 89 -La prevención comunitaria de drogodependencias en Getxo<br>ENRIQUE SACANELL BERRUECO<br>GOTZON ZULUETA ORTIZ DE VILLALBA   |
| 49 -Servicio de atención a la mujer víctima de malos tratos y agresiones sexuales. Dos años de experiencia en Bizkaia<br>DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL, SERVICIO DE PLANIFICACION Y APOYO TECNICO DE SERVICIOS SOCIALES | 97 -Reseñas y Comentarios  |
|  | 118 -Normativa Información   |
|  | 139 -Bibliografía  |

# NOTAS SOBRE «CRITICA DE LA MODERNIDAD», DE ALAIN TOURAINE

**RESUMEN:** En su libro «Crítica de la modernidad», el sociólogo francés Alain Touraine ofrece una revisión crítica de la idea de modernidad, destacando las consecuencias de la plasmación histórica de una determinada concepción de la misma. El autor aboga por una reinterpretación de la modernidad que subraye la noción de sujeto, y vincule a éste a los nuevos movimientos sociales que luchan por la satisfacción de necesidades y la emancipación de individuos y colectivos humanos.

En su análisis histórico de la idea de modernidad, Alain Touraine presenta una revisión de ésta a lo largo de los siglos, aportando al mismo tiempo reflexiones sobre la idea de sujeto y la construcción del mismo como ser social. Estas notas se centrarán sobre algunos de los rasgos más destacados del concepto de modernidad según Touraine, y sobre cómo él mismo sugiere su reinterpretación, mostrándose a favor de una aproximación que sitúe al sujeto en un plano de libertad del que ningún requerimiento colectivo habría de apartarlo.

En su «Crítica de la modernidad» Touraine plantea la necesidad de una reinterpretación de la idea de modernidad que haga posible una relación armoniosa entre razón y sujeto, ciencia y libertad, superando desentendimientos históricos. El sociólogo francés, critica el modernismo como «reducción de la modernidad a la racionalización que, en esencia, apostó por el triunfo de la razón como instrumento que habría de hacer posible el desarrollo de la ciencia y de un nuevo orden social, ha-

ciendo avanzar a la humanidad hacia la abundancia, la libertad y la felicidad».

Para el autor, la idea de modernidad ha perdido su fuerza creativa. La fuerza de la idea de modernidad se agota a medida que triunfa. No funciona como utopía positiva. «Introdujo el espíritu científico y crítico, pero creó métodos de organización del trabajo y sistemas sociales, que han provocado desencanto y totalitarismos, creó sistemas que propician la normalización y la estandarización sea ésta ejercida de forma liberal o autoritaria».

## REINTERPRETAR LA MODERNIDAD

Para Touraine la situación actual del mundo, con su profunda y creciente brecha entre países avanzados y empobrecidos, el deterioro medioambiental, el desencanto de amplios sectores de población respecto al modelo político y social del que se han dotado las principales sociedades, el hambre, los conflictos armados regionales, etc., es tal, que debe

propiciar una revisión de los valores que han orientado a la civilización humana y han hecho posible este estado de cosas.

«El mundo es hoy más único que nunca, pero nunca estuvo tan dramáticamente fragmentado. La proximidad que la inmediatez propiciada por los medios de comunicación parece dar, es sólo un espejismo». La humanidad se enfrenta así al verdadero desafío fundamental: «integrar el universo mayoritariamente técnico y económico de los países ricos, con la lucha por la supervivencia, el bienestar y la identidad cultural, por parte de los países empobrecidos». Ese desafío debe permitir, a juicio de Touraine, recomponer la idea de modernidad.

La imagen de la modernidad podría ser representada hoy por «una economía fluida, un poder sin centro, ..., una sociedad sin actores». «Las nuevas coordenadas serían, de un lado, la tutela de centros de gestión económica, política y militar, y de otro lado, el universo privado de la necesidad». Lo privado ha adquirido importancia creciente, convirtiéndose en el refugio delimitado por el ámbito del propio interés.

Para poder hablar de una reinterpretación de la modernidad, hay que buscar un principio de integración que restablezca la cohesión entre individuo y colectividad, vida y consumo, y de todo ello con la racionalidad instrumental. «Se trata, por tanto, de superar el énfasis hecho en la modernidad como mera racionalización y buscar un nuevo equilibrio entre ésta y la defensa de la identidad del sujeto y de su libertad personal, frente al poder absoluto de la sociedad».

Tras períodos históricos en los que los modelos políticos se presentaban a sí mismos como agentes del progreso y siglos en los que las civilizaciones descansaban sobre fundamentos religiosos, hoy Touraine describe un mundo frágil en el que no hay fuerza superior ni instancia de arbitraje que haga posible la interdependencia entre racionalización y subjetivación.

«Crítica de la modernidad» plantea el peligro de una disociación completa entre el sistema y los actores. «¿Cómo reinventar la vida social y en particular la vida política, cuya descomposición actual, ..., es el producto de esa disociación de los instrumentos y del sentido, de los medios y de los fines? ¿Cómo superar el vacío creciente entre vida pública y vida privada, evitando que se produzca un definitivo repliegue de la mayoría al espacio privado, lo que de-

jaría un hueco donde se encontraba el espacio público, social y político en el que nacieron las democracias modernas?».

## LA SOCIEDAD PROGRAMADA

Alain Touraine define de esta manera a la sociedad postindustrial, basándose en el hecho de que es la producción y difusión masiva de conocimientos, cuidados médicos y de información, la que define a esta sociedad, y son por tanto la educación, la salud y los medios de comunicación de masas —denominados bienes culturales—, los que caracterizan a esta civilización, como la producción de bienes materiales —metalurgia, textil, química, eléctrica, ...—, lo hizo a la civilización industrial.

En esta sociedad, y en particular en el ámbito de la salud, la educación y la información, adquiere creciente importancia la defensa de una cierta concepción de la libertad de cada sujeto, de la capacidad de dar sentido a la vida.

Así se observa, por ejemplo, en los debates más actuales en el mundo de la salud, con su énfasis en la persona del enfermo, que adquiere rango de sujeto —con derecho a estar informado y a elegir entre los cuidados que le puedan ser de aplicación—, no mero objeto de atención de las lógicas profesionales, financieras, administrativas o corporativas, de los hospitales y sistemas de salud.

Asimismo son de extrema actualidad en el mundo educativo, los debates acerca del sentido de una formación funcionalmente orientada al empleo, frente a una aproximación más integral a la persona que se educa y sus demandas globales.

De modo similar se constata una cada vez mayor preocupación por los derechos del consumidor, receptor de cantidades de información sin precedentes a través de los medios de comunicación de masas, que en tantas ocasiones no respetan criterios mínimos de calidad y adecuación de los contenidos de sus programaciones a los diferentes públicos-objetivo a los que se dirigen. Surgen así autoregulaciones de carácter ético, consensuadas entre los propios agentes de comunicación, o impuestas por otras instancias, pero que aun se muestran claramente insuficientes.

En la sociedad actual se ha producido, según Touraine, «un gran vuelco de la acción colectiva hacia los temas personales o morales». En efecto, hoy en día interesa más preguntarse por las finalidades de

esas «industrias culturales» que son la educación, los cuidados médicos y la información de masas, que enfrentarse por la dirección de esos medios de producción. De esta manera, los movimientos sociales intentan más que «la toma del poder», «cambiar la vida».

La preocupación se desplaza por tanto «hacia la lucha por los derechos humanos, en todas las latitudes, y el derecho a la vida de aquéllos a los que amenaza el hambre y el exterminio», porque «la conciencia moral que está en el corazón de los nuevos movimientos sociales» —constituidos en verdaderos movimientos internacionales— «se identifica especialmente con la defensa de la identidad de aquellos seres humanos que luchan contra una opresión extrema o contra la miseria».

Simultáneamente, en particular en la juventud, se constata una disminución de su capacidad de sentirse atraída por «las estrategias políticosociales de sindicatos o grupos de presión que forman parte del sistema de decisión de los países más ricos». «Antiguos movimientos sociales, como el sindicalismo obrero, se degradan, bien en grupos de presión política, bien en agencias de defensa corporativa de sectores de la nueva clase media asalariada antes que de las categorías más desfavorecidas», esforzándose, en todo caso, por llevar a cabo su propia redefinición en un contexto rápidamente cambiante. Asimismo, «está en crisis el papel de los partidos políticos como representantes de la necesidad histórica» constatándose sus limitaciones para «atraer el interés de amplios sectores de la población», lo que explicaría su estrategia de apertura a la sociedad.

Por su parte, los nuevos movimientos sociales «movilizan principios y sentimientos», «mientras se produce la descomposición de las fuerzas y las instituciones políticas venidas de la sociedad industrial, que ya no expresan demandas sociales fuertes y se transforman en agencias de comunicación política».

En este nuevo escenario, Touraine aboga por una nueva ética, que propugna «la asociación estrecha de la construcción del sujeto personal y del movimiento social», subrayando que «no hay movimiento social sin apelación directa a la libertad y a la responsabilidad del sujeto».

## **EL RESURGIMIENTO DE LO SOCIAL**

Desde 1968 vivimos la descomposición de la sociedad industrial, de sus actores sociales, de su forma de acción política.

Desde comienzos de la década de los ochenta las desigualdades se han incrementado notablemente en el mundo. Touraine llama la atención sobre el hecho de que «cuando las desigualdades sociales son tan grandes que los habitantes no tienen el sentimiento de un bien común, la democracia carece de fundamento», reflexión ésta de gran calado si se analiza la situación del planeta en su conjunto.

El autor francés subraya el riesgo de la sumisión de la sociedad al Estado, que debilita la democracia. Por el contrario, aboga por «una sociedad civil fuertemente estructurada, asociada a una sociedad política integrada», ambas a su vez independientes del Estado. Para Touraine, «se puede prever e incluso observar el resurgimiento de lo social». Nuevos actores, nuevos movimientos sociales que surgen en un siglo marcado por la resistencia al totalitarismo de uno y otro signo.

La construcción del sujeto personal, en opinión de Touraine, debe hacerse en estrecha conexión con el movimiento social. En la sociedad postindustrial, junto a movimientos sociales ya establecidos, aparecen nuevos problemas sociales, nuevos debates, que generan nuevos movimientos sociales. La defensa de la naturaleza, el movimiento pacifista, la defensa de los derechos humanos, la lucha por la igualdad de la mujer o contra el racismo, la cooperación al desarrollo, son manifestaciones de la capacidad de convocatoria de lo que se ha dado en denominar la sociedad civil.

«El movimiento social haría posible la transformación de la defensa personal y cultural del sujeto en una acción colectiva dirigida contra el poder que somete la razón a sus intereses». En ese empeño, el autor nos invita «a no preferir nada a la libertad» y nos previene contra todo totalitarismo, «este siglo ha sido demasiado violento para que confiemos en la historia o en el progreso».

La redefinición de modernidad que Touraine propone, unida inseparablemente a la idea de esperanza apoyada en la razón y en la capacidad de cada individuo libre de vivir cada vez más como sujeto, aleja a este concepto del mero progreso de las técnicas y del individualismo de los consumidores, para vincularlo a la exigencia de libertad y a la lucha contra todo aquello que «transforme al ser humano en instrumento, en objeto o en extranjero absoluto».

Podemos concluir, con Touraine, añadiendo que aunque pudiera parecer para-

dójico, cuanto más se parece la sociedad a una empresa que lucha por sobrevivir en un mercado internacional, más se difunde la obsesión por la identidad, tanto individual como colectiva. Se trata, en su opinión, «de la identidad de un sujeto emancipado e inevitablemente social, que orientado por principios éticos, sea capaz

de llevar a cabo el diálogo entre la racionalización y la subjetivación».

A través de tal diálogo, Touraine se muestra razonablemente esperanzado ante un fin de siglo que abriría un nuevo espacio a los principios éticos y a los movimientos sociales.

**Ramón Barinaga Osinalde**

# DIVERSIDAD FAMILIAR Y CUESTIONES CONCEPTUALES

La celebración en 1994 del Año Internacional de la Familia, proclamado por Naciones Unidas en Resolución de 8 de diciembre de 1989, ha ofrecido la ocasión de abordar la realidad familiar desde las más diversas perspectivas, y de dar un soporte teórico y doctrinal a observaciones que, en la práctica, ya se habían venido poniendo de manifiesto.

Uno de los aspectos más significativos de la cuestión, por cuanto condiciona las demás áreas de análisis, es la diversidad familiar que, en los últimos decenios, se constata en los países occidentales. Esta pluralidad, presenta un indudable interés sociológico como reflejo del carácter eminentemente evolutivo de la estructura familiar, pero la inevitable indefinición conceptual que de ella se deriva pone de relieve la considerable inadecuación normativa a la realidad social en temas de familia.

## **Aspectos evolutivos de la estructura familiar y del concepto de familia**

La gran diversidad de estructuras familiares existentes, diversidad que se observa tanto en el espacio como en el tiempo, ha forzado a los estudiosos de la materia a hablar no ya de «familia», sino de «familias». Sin duda, tratar de englobar bajo una misma definición estructuras familiares tan dispares como la familia del tipo nuclear en sus diversas modalidades, la familia polígama, y la familia tribal, plan-

tea no pocos problemas. Y es normal: al fin y al cabo se trata de culturas, tradiciones y sociedades que poco tienen que ver entre sí, si no es el hecho mismo de mantener una determinada estructura social en la cual, efectivamente, la familia cumple un rol básico.

Lo que ya resulta más curioso, o por lo menos más novedoso con respecto a lo que se daba en fechas todavía recientes, es la dificultad existente a la hora de definir la familia occidental. La realidad familiar actual ofrece un espectro de lo más variopinto: familias extensas, nucleares, monoparentales, compuestas por adultos del mismo sexo, familias adoptivas, familias de adolescentes, familias de ancianos, familias de la llamada «generación sandwich», todas ellas basadas en uniones matrimoniales o, cada vez con mayor frecuencia, en uniones de hecho.

Desde luego, todas o casi todas estas modalidades han existido siempre, pero constituían la excepción. La regla era la familia extensa de tres generaciones (abuelos, padres e hijos), y más adelante la familia nuclear (padres e hijos), y sus rasgos definitorios venían dados por el matrimonio y por la filiación legítima. Un proceso evolutivo bastante rápido ha ido limando, hasta eliminarlo, el carácter definitorio de estas dos instituciones. De forma que hoy en día, es necesario recurrir a definiciones más prácticas que conceptuales, abiertas a, si caben, nuevas formas de estructura familiar.

El Diccionario Demográfico Plurilingüe de las Naciones Unidas define la familia —desde una perspectiva puramente censal— como «conjunto de miembros del hogar que están emparentados entre sí, hasta cierto grado, por sangre, adopción o matrimonio», entendiéndose por hogar «la unidad económica y social constituida por un conjunto de individuos que conviven habitualmente bajo el mismo techo y ocupan la misma vivienda».

Así definida, la unidad familiar podría denominarse, como propone el Centre d'Estudis Demogràfics<sup>1</sup>, «familia de residencia».

Más abierta quizá, probablemente por su origen más sociológico que demográfico, es la definición práctica propuesta por el *Vanier Institute of the Family* de Canadá, basada en la estructura de la familia, sus relaciones y sus funciones, independientemente de cuál sea su tamaño, la edad de sus miembros, o las funciones laborales de estos. Sugiere que la convivencia en familia implica compartir responsabilidades económicas, sociales y emocionales. La definición dice textualmente:

«Cualquier combinación de dos o más personas unidas por lazos de consentimiento mutuo, nacimiento y/o adopción/acogida, que, juntas, asumen responsabilidades para distintas combinaciones de los siguientes aspectos:

- mantenimiento físico y cuidado de los miembros del grupo,
- incorporación de nuevos miembros mediante la procreación o la adopción,
- socialización de los niños,
- control social de los miembros,
- producción, consumo y distribución de bienes y servicios; y
- formación afectiva».

Que estas definiciones no mencionen ni el matrimonio ni la filiación legítima, no significa, obviamente, que éstos hayan desaparecido de la realidad social. Significa únicamente que han dejado de constituir elementos definitorios y, por lo tanto, imprescindibles de la unidad familiar.

Las razones y las implicaciones del cambio sólo pueden apreciarse a la luz del proceso evolutivo que, en este ámbito, han

<sup>1</sup> Centre d'Estudis Demogràfics. «Estructuras familiares en España». Serie Estudios n.º 25. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, 1990.

experimentado y siguen presenciando los países de Europa Occidental.

Para hablar de la evolución de las estructuras familiares en Europa, y sobre todo para saber si es posible referirse a un único sistema familiar europeo y a un único movimiento evolutivo, es necesario proceder a la comparación de los índices demográficos más reveladores en esta materia: fecundidad, nupcialidad, divorcialidad, natalidad fuera del matrimonio. La comparación, es inevitable, servirá para revelar la o las tendencia(s).

De entre la abundante literatura que ha tratado la cuestión en los últimos años, se han preferido, en aras de la uniformidad y del equilibrio del texto, los trabajos que por un lado recogen datos correspondientes a los cuatro indicadores demográficos que se han mencionado, y que por otro son de ámbito comunitario, o mejor, europeo. Destacan el artículo de L. Rousset<sup>2</sup> «La famille en Europe Occidentale: Divergences et convergences», el análisis de A. Monnier y C. de Guibert-Lantoine «La conjoncture démographique: l'Europe et les pays développés d'Outre-Mer»<sup>3</sup>, «Las estadísticas demográficas de 1993» publicadas por Eurostat<sup>4</sup>, y la Encuesta Eurobarómetro «Los europeos y la familia»<sup>5</sup>, publicada por la Comisión de las Comunidades con ocasión del Año Internacional de la Familia.

Retomando los datos recogidos por Monnier y Guibert-Lantoine, y por Rousset, se observan entre 1950 y finales de la década de los 80 dos fases de evolución, estableciéndose el punto de ruptura hacia 1965.

El primer período, el del llamado «baby boom», es testigo de lo que se consideró en cierto modo un «renacimiento de la familia». El fenómeno se observó en todos los países de Europa Occidental: se produjo un incremento de los índices de fecundidad (aproximadamente tres hijos por mujer), la divorcialidad se mantuvo al mismo nivel que en 1935, y la edad media a

<sup>2</sup> ROUSSET, L. «La famille en Europe Occidentale: Divergences et convergences». *Population*, n.º 1, 1992, págs. 133-152.

<sup>3</sup> MONNIER, A. y DE GUIBERT-LANTOINE, C. «La conjoncture démographique: l'Europe et les pays développés d'Outre-Mer». *Population*, n.º 4, 1993, págs. 1043-1067.

<sup>4</sup> EUROSTAT. «Estadísticas demográficas 1993». Bruselas, Comunidad Europea, 1993.

<sup>5</sup> COMISION DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. Encuesta Eurobarómetro «Los europeos y la familia». Bruselas, 1993.

la que se contraía matrimonio disminuyó. Todo parecía augurar la instalación de la familia de tipo parsoniano: de tamaño medio, más bien estable, asimétrica (el marido y la mujer desempeñaban funciones diferentes), y de carácter institucional.

La evolución posterior se encargó de desmentir las previsiones. Los índices actuales no sólo revelan una inversión de las tendencias, sino también grandes distanciamientos entre las situaciones de los diversos países.

La fecundidad es igual o incluso inferior a la tasa de reposición, pero puede ir de 2,11 en Irlanda o de 2,09 en Suecia<sup>6</sup> a 1,26 en Italia y 1,23 en España<sup>7</sup>. Se observa que,

en los países del norte (Dinamarca y Suecia), el descenso se ha producido de forma precoz (en los años 60), paulatina, y no muy pronunciada y que, en cambio, en los países del sur (España, Italia, Grecia y Portugal) se ha iniciado más tardíamente (en la década de los 70) y ha sido más radical, situándose actualmente sus índices de fecundidad entre los más bajos de Europa. Conviene apuntar, además, puesto que para algunos podría ser indicio de una nueva inversión de las tendencias, que los datos revelan un ligero aumento de los niveles de fecundidad en los países del norte a partir de la segunda mitad de la década de los 80.

#### INDICES SINTETICOS DE FECUNDIDAD (NUMERO MEDIO DE HIJOS POR MUJE

|              | 1965        | 1970        | 1975 | 1980 | 1985 | 1989 | 1990 | 1991        | 1992 |
|--------------|-------------|-------------|------|------|------|------|------|-------------|------|
| Alemania     | 2,50        | 2,03        | 1,48 | 1,56 | 1,37 | 1,42 | 1,46 | 1,33        | 1,30 |
| Austria      | 2,70        | 2,29        | 1,83 | 1,65 | 1,47 | 1,45 | 1,45 | 1,50        | 1,50 |
| Bélgica      | 2,62        | 2,25        | 1,74 | 1,68 | 1,51 | 1,58 | 1,62 | 1,57        | 1,56 |
| Dinamarca    | 2,61        | 1,95        | 1,92 | 1,55 | 1,45 | 1,62 | 1,67 | 1,68        | 1,77 |
| Finlandia    | 2,47        | 1,83        | 1,68 | 1,63 | 1,64 | 1,71 | 1,80 | 1,80        | 1,86 |
| Francia      | 2,84        | 2,47        | 1,93 | 1,95 | 1,81 | 1,79 | 1,78 | 1,77        | 1,73 |
| Irlanda      | <b>4,03</b> | 3,93        | 3,40 | 3,23 | 2,47 | 2,12 | 2,18 | 2,18        | 2,11 |
| Islandia     | 3,71        | 2,79        | 2,65 | 2,48 | 1,93 | 2,20 | 2,31 | 2,18        | 2,22 |
| Luxemburgo   | 2,42        | 1,98        | 1,55 | 1,50 | 1,38 | 1,52 | 1,62 | 1,60        | 1,65 |
| Noruega      | 2,93        | 2,50        | 1,98 | 1,72 | 1,68 | 1,89 | 1,93 | 1,92        | 1,88 |
| Países Bajos | <b>3,04</b> | 2,57        | 1,66 | 1,60 | 1,51 | 1,55 | 1,62 | <b>1,61</b> | 1,59 |
| Reino Unido  | 2,89        | 2,43        | 1,90 | 1,89 | 1,79 | 1,79 | 1,84 | 1,82        | 1,80 |
| Suecia       | 2,42        | <b>1,92</b> | 1,77 | 1,68 | 1,73 | 2,02 | 2,14 | 2,12        | 2,09 |
| Suiza        | 2,61        | <b>2,10</b> | 1,61 | 1,55 | 1,51 | 1,56 | 1,59 | 1,61        |      |
| España       | 2,94        | 2,85        | 2,79 | 2,20 | 1,63 | 1,36 | 1,33 | 1,28        | 1,23 |
| Grecia       | 2,32        | 2,43        | 2,33 | 2,21 | 1,68 | 1,44 | 1,43 | 1,40        | 1,41 |
| Italia       | 2,66        | 2,42        | 2,20 | 1,64 | 1,39 | 1,29 | 1,27 | 1,27        | 1,26 |
| Portugal     | 3,14        | 2,83        | 2,62 | 2,19 | 1,70 | 1,50 | 1,50 | 1,50        | 1,48 |

Fuente: EUROSTAT. «Statistiques démographiques, 1993». Bruselas, Comunidad Europea, pág. 98, y MONNIER, A. y GUIBERT-LANTOINE, C. «La conjoncture démographique: l'Europe et les Pays développés d'Outre-Mer». Population, 4, 1993, pág. 1060.

Desde los años 60 también la nupcialidad ha sufrido un importante bajón. Suecia y Dinamarca —una vez más los países del Norte— fueron pioneros del descenso. Poco a poco, los demás países europeos siguieron la misma tendencia. Primero los del Oeste (Francia, Noruega, Holanda y Reino Unido) y los del Centro (Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Suiza), y más tarde, en la década de los 80, los del Sur. En los últimos años se observa, excepto en el Sur, una tendencia a la estabilización o incluso a un ligero aumento de las tasas de nupcialidad.

Los datos correspondientes a la divorcialidad son quizá los más elocuentes de las «divergencias». En efecto, sin tener ya en cuenta el caso de Irlanda, en donde el divorcio no es legal, se observan profundas diferencias: desde el caso de Italia que presenta en 1990 una tasa bruta de divorcialidad de 0,5, hasta los de Suecia o Dinamarca, que en las mismas fechas arrojan índices de 2,5. Eso sí, en todos los países la tendencia ha sido al aumento. En todos aquéllos en los que existía el divorcio en 1965, el número de divorcios se ha

<sup>6</sup> MONNIER, A. y DE GUIBERT-LANTOINE, C. Op. cit. Datos de 1992.

<sup>7</sup> MONNIER, A. y DE GUIBERT-LANTOINE, C. Op. cit. Datos de 1992.

multiplicado en 25 años por dos, a veces incluso se ha cuadruplicado (Holanda, Reino Unido).

Una vez más, los escandinavos tomaron la cabeza, posteriormente los países

del Oeste y los del Centro siguieron la misma dirección, y finalmente los del Sur se unieron a ellos en la década de los 80, aunque con menos brío que en temas de fecundidad y de nupcialidad.

TASA BRUTA DE DIVORCIOS

|      | EUR-12 | B   | DK  | D   | GR  | E   | F   | IRL | I   | L   | NL   | P   | UK  |
|------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|
| 1960 | 0,5    | 0,5 | 1,5 | 1,0 | 0,3 | —   | 0,7 | —   | —   | 0,5 | 0,5  | 0,1 | 0,5 |
| 1965 | 0,6    | 0,6 | 1,4 | 1,1 | 0,4 | —   | 0,7 | —   | —   | 0,4 | 0,5  | 0,1 | 0,7 |
| 1970 | 0,7    | 0,7 | 1,9 | 1,3 | 0,4 | —   | 0,8 | —   | —   | 0,6 | ^0,8 | 0,1 | 1,1 |
| 1975 | 1,2    | 1,1 | 2,6 | 1,9 | 0,4 |     | 1,1 | —   | 0,2 | 0,6 | 1,5  | 0,2 | 2,3 |
| 1980 | 1,4    | 1,5 | 2,7 | 1,8 | 0,7 |     | 1,5 | —   | 0,2 | 1,6 | 1,8  | 0,6 | 2,8 |
| 1985 | 1,7    | 1,9 | 2,8 | 2,3 | 0,8 | 0,5 | 2,0 | —   | 0,3 | 1,8 | 2,3  | 0,9 | 3,1 |
| 1987 | 1,7    | 2,0 | 2,8 | 2,3 | 0,9 | 0,5 | 1,9 | —   | 0,5 | 2,0 | 1,9  | 0,9 | 2,9 |
| 1988 | 1,7    | 2,1 | 2,9 | 2,3 | 0,9 | 0,6 | 1,9 | —   | 0,5 | 2,1 | 1,9  | 0,9 | 2,9 |
| 1989 | 1,7    | 2,0 | 3,0 | 2,2 | 0,6 | 0,6 | 1,9 | —   | 0,5 | 2,3 | 1,9  | 1,0 | 2,9 |
| 1990 |        | 2,0 | 2,7 |     | 0,6 | 0,6 | 1,9 | —   | 0,5 |     | 1,9  | 0,9 | 2,9 |
| 1991 |        | 2,1 | 2,5 | 1,7 | 0,6 |     | 1,9 | —   | 0,5 | 2,0 | 1,9  | 1,1 |     |

: datos no disponibles

— datos inexistentes.

Fuente: EUROSTAT. «Statistiques démographiques, 1993». Luxemburgo, Comunidad Europea, pág. 128.

Para que la visión sea completa, es necesario sumar a estas tendencias la difusión de la que lo sociólogos de la familia denominan nuevos modelos, fundamentalmente la unión de hecho, con y sin descendencia.

Desde hace algunos años —el inicio de la tendencia viene a situarse en los años 70— se observa que los jóvenes, independientemente de cuál sea su estatus socioeconómico, optan por la convivencia (llámesele concubinato o unión de hecho).

Por lo general, la situación tiene carácter provisional, y suele acabar en matrimonio. Con todo, desde que surgió, ha evolucionado. En los 70, solía ser de corta duración, y sin descendencia: cuando la pareja decidía tener hijos, optaba por formalizar su situación mediante el matrimonio. En la actualidad, si bien el matrimonio todavía constituye una formalidad de cierta utilidad, no sirve ya de funda-

mento ni a la unión, ni a la decisión de tener descendencia. Basta observar la evolución de las estadísticas correspondientes a los nacimientos fuera del matrimonio.

Aquí también la difusión geográfica ha sido la misma: surgió en Suecia y Dinamarca entre 1970 y 1980, se extendió a Francia, Noruega y Reino Unido en los años 80, y finalmente al Sur (y a Suiza) en donde la evolución de la tendencia es lenta.

En el Norte, la convivencia de hecho, por lo menos la prematrimonial, constituye la regla general: 80% en Dinamarca y 89% en Suecia, y la mitad de los nacimientos se producen fuera del matrimonio. En los países europeos del Oeste y del Centro, la frecuencia de la convivencia prematrimonial alcanza prácticamente un 50% y los nacimientos extramatrimoniales representan entre un 20 y un 30%. En los países del Sur, estas situaciones siguen teniendo un carácter más excepcional.

**NACIDOS VIVOS FUERA DEL MATRIMONIO**  
(por cada 1.000 nacidos)

|      | EUR-12 | B     | DK    | D     | GR   | Ε    | F     | IRL   | I    | L     | NL    | P                | UK    |
|------|--------|-------|-------|-------|------|------|-------|-------|------|-------|-------|------------------|-------|
| 1960 | 48,6   | 20,7  | 78,2  | 75,6  | 12,4 | 23,1 | 61,0  | 15,9  | 24,2 | 31,7  | 13,5  | 94,5             | 52,2  |
| 1965 | 46,4   | 23,6  | 94,5  | 57,8  | 10,6 | 16,7 | 59,4  | 22,1  | 19,8 | 37,0  | 18,4  | 78,1             | 73,3  |
| 1970 | 51,6   | 27,7  | 110,3 | 72,3  | 11,1 | 13,6 | 68,6  | 26,5  | 21,8 | 40,1  | 20,8  | 73,3             | 80,4  |
| 1975 | 59,7   | 31,2  | 217,3 | 84,5  | 13,2 | 20,3 | 85,1  | 37,4  | 25,9 | 42,2  | 21,5  | 71,7             | 89,6  |
| 1980 | 87,5   | 41,2  | 331,7 | 118,9 | 14,6 | 39,3 | 113,8 | 50,3  | 42,9 | 59,7  | 41,1  | 92,0             | 115,2 |
| 1985 | 139,5  | 70,7  | 429,6 | 162,2 | 18,0 | 79,7 | 195,8 | 84,7  | 53,9 | 86,7  | 82,9  | 123,4            | 188,9 |
| 1987 | 159,5  | 91,4  | 445,2 | 157,2 | 20,9 | 82,7 | 240,8 | 108,6 | 58,3 | 110,2 | 93,1  | 132,5            | 228,9 |
| 1988 | 170,1  | 106,7 | 446,8 | 156,9 | 20,6 | 91,2 | 263,3 | 118,7 | 58,3 | 120,8 | 101,5 | 137,1            | 251,4 |
| 1989 | 178,3* |       | 461,3 | 155,1 | 20,6 | 93,5 | 282,3 | 128,2 | 60,8 | 118,3 | 106,8 | 145,5            | 265,9 |
| 1990 | 186,1* |       | 464,0 | 153,2 | 21,7 | 96,1 | 300,5 | 146,4 | 62,9 | 128,8 | 113,8 | 147,1            | 279,0 |
| 1991 |        |       | 465,3 | 150,8 | 23,8 |      |       | 166,4 |      |       | 119,9 | 156 <sup>1</sup> | 296,8 |

<sup>1</sup> datos provisionales \* estimación Eurostat : datos no disponibles. ». Luxemburgo,  
Fuente: EUROSTAT. «Statistiques démographiques, 1993 Comunidad Europea, pág. 86.

**NACIMIENTOS FUERA DEL MATRIMONIO (en %)**

|              | Hacia 1960 | Hacia 1970 | Hacia 1980 | Hacia 1988 |
|--------------|------------|------------|------------|------------|
| Austria      | 11         | 13         | 18         | 23         |
| Bélgica      | 2          | 3          | 5          | 8          |
| Dinamarca    | 9          | 11         | 33         | 45         |
| España       | 1          | 1          | 2          | 8          |
| Francia      | 6          | 7          | 11         | 28         |
| Grecia       | 1          | 1          | 1          | 2          |
| Irlanda      | 2          | 3          | 2          | 12         |
| Italia       | 2          | 2          | 4          | 6          |
| Luxemburgo   | 4          | 4          | 6          | 12         |
| Noruega      | 4          | 7          | 10         | 28         |
| Países Bajos | 2          | 2          | 4          | 10         |
| Portugal     | 8          | 7          | 9          | 14         |
| RFA          | 5          | 6          | 8          | 10         |
| Reino Unido  |            | 8          | 11         | 25         |
| Suecia       | 14         | 18         | 38         | 50         |
| Suiza        | 4          | 4          | 5          | 6          |

Fuente: ROUSSEL, L. «La famille en Europe Occidentale: divergences et convergences». Population, 1, 1992, pág. 142.

El conjunto de los datos expuestos parece dar muestras de una tendencia general a la desinstitucionalización de la familia, del matrimonio, y de la filiación legítima, aunque siguiendo en los diversos grupos de países un ritmo o calendario propio.

Se observa que la aparición de una nueva conducta obedece siempre a dos pautas:

- El orden en el que se producen las transformaciones coincide en todos los países: afectan sucesivamente a

la fecundidad, a la divorcialidad, a las uniones de hecho sin descendencia, y, finalmente, a las uniones de hecho con descendencia.

- La difusión de estas nuevas pautas ha seguido siempre el mismo eje de expansión geográfica: han surgido en Escandinavia, y han avanzado progresivamente hacia los países del Oeste y del Centro, hasta alcanzar el Sur.

Lo siguiente, lógicamente, es preguntarse las causas de esta evolución.

Sin duda, el primer gran cambio, determinante en cierta medida de todo lo que vino a continuación, se produjo a finales del siglo pasado y comienzos del actual, cuando la familia vió esencialmente alterada su función, y pasó de ser una unidad de producción a ser una unidad de consumo.

Con anterioridad a estas fechas, la familia había constituido el único sistema de protección social del individuo, y en consecuencia, el matrimonio, la pareja, había quedado subordinada a la supervivencia del grupo y del patrimonio familiar. Los sentimientos y los deseos ocupaban un lugar muy secundario.

La aparición del trabajo asalariado fue lo que permitió la transformación, disociando las funciones de reproducción y de socialización, de las funciones de producción económica. Ya no se trataba de sobrevivir juntos, sino de vivir juntos. La diferencia era fundamental, y a partir de ahí las aspiraciones personales, los sentimientos, los deseos y la sexualidad cobraron una importancia que hasta entonces nunca habían podido alcanzar. En líneas generales, puede decirse que este fue el modelo familiar que se mantuvo hasta pasada la Segunda Guerra Mundial, incluso hasta 1960.

En la década de los 60, se inicia la fase de cambio que se ha ilustrado en páginas anteriores con datos demográficos. ¿A qué obedecen esta vez?. Ateniéndose al hecho no casual de que la evolución de las nuevas pautas de conducta familiar se ha producido siempre en un mismo sentido, del Norte al Sur, lo correcto es preguntarse por los cambios sociales que en los últimos treinta años se han producido en Escandinavia, y después, progresivamente en el resto de Europa. Conclusión: la nueva imagen de la mujer, que no sólo se difundió, sino que se incorporó a las prácticas sociales de Suecia y Dinamarca, bastante antes de extenderse al resto de los países europeos.

Tanto desde una perspectiva ideológica como práctica, la mujer sueca y la mujer danesa son las primeras en adoptar un modelo familiar en cuyo marco se reconoce su igualdad y su autonomía. Sale así a la luz un nuevo modelo de vida privada, hasta entonces latente tanto en Escandinavia como en el resto de Europa Occidental (los países del norte, dice Roussel, fueron simplemente los primeros en vencer la resistencia del modelo tradicional). La estructura y la vida familiar ya no quedan sometidas a la institución: son los miembros integrantes de la unidad fami-

liar los que hacen y deshacen de mutuo acuerdo. El matrimonio deja de ser un elemento esencial y definitorio de la familia, para pasar a ser un formalismo legal, con determinadas utilidades prácticas.

### **Las normas por detrás de las nuevas tendencias**

Tarde o temprano, lógicamente casi siempre tarde, los cambios sociales y las novedades resultantes de los mismos acaban reflejándose, con mayor o menor acierto, en la ley.

En nuestro ámbito, el derecho de familia ha sido objeto de importantes transformaciones. Los cambios legislativos fundamentales vinieron de la mano de la Constitución de 1978. En el Capítulo III de su Libro I, dedicado a los principios rectores de la política social y económica declara:

- «Art. 39 — 1. Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia.
2. Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La ley posibilitará la investigación de la paternidad.
3. Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad, y en los demás casos en que legalmente proceda.
4. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos».

En su artículo 32, enmarcado en la Sección dedicada a los Derechos y deberes de los ciudadanos, declara:

- «1. El hombre y la mujer tienen derecho a contraer matrimonio con plena igualdad jurídica.
2. La ley regulará las formas de matrimonio, la edad y capacidad para

contraerlo, los derechos y deberes de los cónyuges, las causas de separación y disolución y sus efectos».

Con estas palabras, el texto constitucional introduce, en su esencia, cambios fundamentales respecto a la situación anterior:

- Deja la puerta abierta a nuevos modelos de estructura familiar, fruto de la evolución social, al no imponer ninguna limitación conceptual.
- Introduce además el principio de igualdad jurídica de los hijos ante la ley, independientemente de su filiación. Con ello elimina las diferencias de derechos entre hijos legítimos (habidos dentro del matrimonio) e hijos ilegítimos (habidos fuera del matrimonio), vigente hasta la fecha.
- Establece asimismo la igualdad de deberes del padre y de la madre para con los hijos habidos dentro y fuera del matrimonio.
- Reconoce el derecho al matrimonio, sin considerarlo condición «sine qua non» para la constitución de una familia.
- Reconoce, en el marco del matrimonio, la igualdad entre los cónyuges.
- Introduce para el legislador la obligación de regular las causas y efectos del divorcio.

Estas innovaciones legislativas iban a tener reflejo, y por supuesto más amplio desarrollo, en la reforma del Código Civil de 1981:

- Su artículo 66 declara expresamente que «el marido y la mujer son iguales en derechos y deberes». El matrimonio se convierte así en un contrato igualitario, en cuyo marco los roles familiares se definen por negociación entre las partes, bajo el imperativo legal de «respetarse, ayudarse mutuamente y actuar en interés de la familia».
- Del artículo 73 al 107, de acuerdo con el mandato constitucional, se regulan la nulidad, la separación y la disolución del matrimonio, y sus efectos. Por primera vez en el derecho español, el matrimonio aparece como disoluble por la voluntad de uno o ambos cónyuges.
- En su Título V, el Código Civil regula la paternidad y la filiación. Declara la

igualdad de efectos ante la ley de la filiación por naturaleza, sea matrimonial o no matrimonial, y de la filiación por adopción.

La patria potestad de los hijos corresponde a ambos padres, y con ella se les impone el deber de «velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral», así como el de representarlos y de administrar sus bienes.

En contrapartida, la filiación crea para los hijos el deber de solidaridad económica, el llamado deber de alimentos, hacia los padres. Este principio que no sólo rige recíprocamente entre padres e hijos y entre cónyuges, sino que se extiende igualmente a todos los ascendientes y descendientes, no desaparece en el momento en el que cesa la convivencia, sino que perdura, en caso de necesidad, toda la vida.

Sin duda, este conjunto de reformas fundamentales modificaron radicalmente el derecho de familia vigente hasta su entrada en vigor. Pero de aquello hace ya trece años, y si se tiene en cuenta el vertiginoso ritmo que ha mantenido la evolución de las estructuras familiares en las últimas décadas, trece son muchos años. Años en los que se ha acentuado notablemente el número de uniones de hecho, con o sin descendencia, de familias monoparentales, de uniones de personas de un mismo sexo, etc.

Convendría pararse a analizar las peculiaridades de estas nuevas estructuras y los obstáculos legales con los que, en la práctica, se enfrentan las personas que optan por esas vías, a la hora de acceder a determinadas prestaciones cuya concesión se condiciona al cumplimiento de una serie de requisitos que legalmente definen la unidad familiar. Prever soluciones a sus dificultades no es más que actuar conforme al principio de igualdad de derechos.

En este sentido, en marzo de este mismo año, el Ministerio de Justicia anunció su intención de proceder a una reforma legal destinada a posibilitar el reconocimiento de las uniones de hecho.

A esta reforma se han adelantado ya diversos ayuntamientos —el primero en hacerlo fue el de Vitoria-Gasteiz, a principios de año— con la apertura de registros para uniones no matrimoniales, heterosexuales y homosexuales. Su intención, evidentemente, no es la de cubrir un vacío

jurídico que sólo una reforma legislativa puede resolver, sino ofrecer un recurso provisional a un importante sector de la población que, con frecuencia, ve obstaculizado su acceso a determinadas prestaciones debido a la imposibilidad de certificar su convivencia ante las instancias administrativas correspondientes. Aunque la inscripción en estos recién creados Registros municipales para uniones no matrimoniales carece de efectividad jurídica, podrá servir de elemento valorativo no vinculante.

Habrà que esperar a conocer el contenido de la nueva reforma del derecho de familia, a estudiar el análisis y la crítica que de ella hagan los especialistas, y a observar su aplicación práctica, para pronunciarse sobre su adecuación a la realidad social que aspira a regular.

**SUS**  
**Centro de Documentación y**  
**Estudios**

# LA REGULACION DE UN SISTEMA DE RENTAS MINIMAS A NIVEL ESTATAL: ALGUNAS REFLEXIONES

El contenido del presente artículo se centra en el análisis de las razones que pudieran avalar la intervención del Estado en la regulación de un sistema general de rentas mínimas, insistiendo en particular en las que se asocian a las modernas tendencias de la política social comunitaria.

Asumida de hecho la posibilidad de esta intervención estatal, se analiza a continuación el posible encuadre de esta intervención, con una referencia particular tanto al dominio de la Asistencia Social como al de la Seguridad Social. En este análisis, se parte tanto del contenido de la Constitución española como de la profusa doctrina del Tribunal Constitucional elaborada al respecto, bajo la perspectiva, en todo caso, del absoluto respeto a las competencias constitucionales asignadas a las Comunidades Autónomas.

Se delimitan, finalmente, a partir del análisis comparado del contenido de las Recomendaciones de las instituciones europeas en materia de rentas mínimas y de la experiencia de aplicación del Plan de Lucha contra la Pobreza en Euskadi en los últimos años, los principios fundamentales para la configuración concreta del posible futuro sistema estatal de rentas mínimas.

## 1. ¿EXISTEN RAZONES PARA LA INTERVENCION DEL ESTADO EN MATERIA DE RENTAS MINIMAS?

Como es de sobra conocido, un rasgo definitorio de la moderna política social en España es el protagonismo y liderazgo de las Comunidades Autónomas en la implantación y desarrollo de los sistemas de rentas mínimas actualmente en funcionamiento.

Asumida la iniciativa en la Comunidad Autónoma del País Vasco, la casi totalidad de las demás Comunidades Autónomas ha acabado por implantar, ya sea por Ley o por Decreto, su correspondiente sistema de ingresos mínimos.

La reciente evolución política, económica y social podría obligar, sin embargo, al Estado a asumir cierta iniciativa en la materia y ello por tres tipos de razones fundamentales que detallamos a continuación.

En primer lugar, se constata que lejos de introducir nuevos y significativos factores de marginalización, las rentas mínimas han conseguido importantes resultados, no sólo en términos de garantía de unos mínimos vitales para toda la población sino también en términos de acercamiento de la población beneficiaria a los programas sociales y de formación gestionados desde los diversos entes públicos.

Esta favorable evolución de los programas de renta mínima ha coincidido, por otra parte, con un agravamiento de las consecuencias de la crisis estructural del empleo existente en nuestro país, realidad que está poniendo cada vez más en tela de juicio la posibilidad de hacer efectivo a corto y medio plazo el objetivo de pleno empleo establecido en la Constitución.

En un contexto de estas características, en el que el principio del derecho al trabajo pierde en la práctica casi toda su virtualidad, se abre poco a poco paso la idea de la necesidad de ofrecer desde el Estado una alternativa a la ausencia de trabajo, en términos de garantía de cobertura de las necesidades básicas de la persona.

En segundo lugar, el Estado corre seriamente el peligro de quedar al margen de las tendencias dominantes en Europa en materia de política social.

A pesar de no tener carácter vinculante, la Administración española no puede, en concreto, dejar de considerar como un elemento básico para la definición de su política social la Recomendación del Consejo Europeo, de 24 de junio de 1992, sobre los criterios comunes relativos a recursos y prestaciones suficientes en los sistemas de protección social.

Como es de sobra conocido, el objetivo básico de esta Recomendación es tratar de implantar de forma generalizada, y sobre principios comunes, sistemas de rentas mínimas garantizadas en todos los países de la Unión Europea. Se culmina con ello el proceso iniciado por el Parlamento Europeo que, mediante Resolución A 2-171/1988, de 16 de septiembre, sobre la lucha contra la pobreza en la Comunidad Europea, se pronunció a favor del establecimiento en todos los Estados miembros de una renta mínima garantizada como factor de inserción social de los ciudadanos más pobres.

La Recomendación del Consejo Europeo se fundamenta en la constatación de que los procesos de exclusión social y la amenaza de empobrecimiento se han incrementado y diversificado en el transcurso del último decenio en Europa, debido a las evoluciones conjugadas, por una parte, del mercado del empleo y, en particular, del aumento del desempleo de larga duración y, por otra parte, de las estructuras familiares y, en particular, del aumento de las situaciones de aislamiento.

La insuficiencia, la irregularidad y la incertidumbre de los recursos no permiten a quienes padecen dicha situación parti-

cipar convenientemente en la vida económica y social de la sociedad en la que viven, siendo por consiguiente necesario, dentro de una política global y coherente de apoyo a su inserción, reconocer a los más necesitados un derecho a recursos suficientes, estables y previsibles.

Este derecho a unos recursos suficientes se inscribe, además, en el contexto más amplio que queda definido por el derecho fundamental al respeto de la dignidad humana, tal y como queda establecido en el preámbulo del Acta Unica Europea.

Los fundamentos a favor de estas medidas no son sólo, sin embargo, de tipo social sino también de tipo económico. En este sentido, la Recomendación ya mencionada considera necesario acompañar las políticas generales de desarrollo de la Unión Europea con políticas específicas, sistemáticas y coherentes de integración. En este sentido, como se subrayaba en la Resolución del Consejo y de los ministros de Asuntos Sociales, de 29 de septiembre de 1989, la lucha contra la exclusión social puede considerarse como un componente importante de la dimensión social del mercado interior.

Finalmente, resulta evidente que la existencia de un conjunto de normativas de rentas mínimas diversificadas y, lo que es más llamativo, de procedimientos de aplicación muy diferentes sitúan a los ciudadanos en posiciones claramente desiguales en términos de derechos sociales que, en Europa, tienden a ser considerados cada vez más como derechos básicos.

Se plantea con ello, en muchos entornos cercanos a la Administración del Estado, una cierta necesidad de armonizar las diferentes realidades autonómicas de forma que, al menos, sean garantizados unos derechos sociales mínimos, comunes a todos los ciudadanos, todo ello de acuerdo con los principios básicos establecidos en la Constitución Española. Esta armonización tendría, además, la virtualidad de corregir aquellas situaciones de desajuste que ya se hubieran producido mediante la aplicación de las diferentes normativas autonómicas (medidas correctivas de armonización).

## **2. LOS FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES DE UNA POSIBLE INTERVENCION DEL ESTADO**

En principio, la Constitución Española introduce una serie de fundamentos doctrinales generales susceptibles de inspirar

y legitimizar una regulación de las rentas mínimas por el Estado, además de aportar suficientes instrumentos para una posible intervención en la materia.

En la vertiente relativa a fundamentos, cabe destacar desde luego los siguientes aspectos:

- a) La configuración, contenida en el artículo 1.1., de España como Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.
- b) La atribución a los poderes públicos, por medio del artículo 9.2., de la responsabilidad de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas, remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.
- c) La responsabilidad, atribuida por el artículo 40.1 a los poderes públicos, de promover las condiciones favorables para el progreso social y económico y para una distribución de la renta regional y personal más equitativa, en el marco de una política de estabilidad económica.  
El contenido de este artículo se vincula estrechamente con el del artículo 39, que señala que los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia.

En lo que se refiere a posibles instrumentos de intervención estatal, cabe destacar en primer lugar los aspectos relativos a Seguridad Social, estableciendo el artículo 149.1.17.<sup>a</sup> que el Estado tiene competencia exclusiva en materia de legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

Este artículo se completa con el 41, en el que se establece que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo.

Otro instrumento fundamental en manos del Estado relacionado con la temática que nos ocupa es el que prevé el artículo

150.3 para aquellas materias de competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas. Este artículo establece que el Estado podrá dictar leyes que determinen los principios necesarios para armonizar las disposiciones normativas de las Comunidades Autónomas, aun en el caso de materias atribuidas a la competencia de éstas, cuando así lo exija el interés general.

Más allá de estas posibilidades generales, sin embargo, la aplicación concreta de medidas relativas a rentas mínimas desde el Estado plantea serios y específicos problemas que deben ser analizados con detalle.

### 3. LAS MODALIDADES CONCRETAS DE LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO

El posible establecimiento de un sistema de rentas mínimas a nivel estatal es tarea de la protección social. Corresponde al propio Estado delimitar, a tal fin, la naturaleza jurídica de las disposiciones destinadas a proporcionar dicha garantía, las cuales, en la mayoría de los Estados miembros de la Unión Europea, no competen a la seguridad social sino a la asistencia social. La alternativa entre seguridad social y asistencia social debe, no obstante, ser objeto de reflexión.

#### 3.1. La intervención a través de la asistencia social

La noción de Asistencia Social no está precisada en el texto constitucional, por lo que ha de entenderse remitida a conceptos elaborados en el plano de la legislación general. De la legislación vigente, se deduce la existencia de una Asistencia Social externa al sistema de Seguridad Social y no integrada en él.

La Asistencia Social aparece por tanto como una técnica de protección situada fuera del sistema de la Seguridad Social, con caracteres propios, que la separan de otras afines o próximas a ella. Su atención se centra en situaciones de necesidades específicas, sentidas por grupos de población a los que no alcanza aquel sistema.

En el momento actual —con independencia de que la evolución del sistema de Seguridad Social pueda ir en la misma dirección—, es característica de la asistencia social su sostenimiento al margen de toda obligación contributiva o previa colaboración económica de los destinatarios o beneficiarios.

De acuerdo con la Constitución y los Estatutos de Autonomía, la Asistencia Social es en España una competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas. Esta circunstancia reduce notablemente las posibilidades de intervención del Estado en este campo, limitándose a dos posibles vías de actuación: la subvencionadora y la armonizadora.

### El enfoque subvencionador

A priori, puede argumentarse que el Estado posee una facultad de gasto público para el logro de fines de interés general que justifica el que se dediquen fondos estatales al logro de los fines así caracterizados; asimismo, que sea la propia entidad que dota los fondos la que los regula y gestiona. En este planteamiento, el Estado, en uso de su facultad de gasto público, puede determinar las condiciones de ese mismo gasto en los términos en que le autoriza a hacerlo la propia Constitución.

En nuestro ordenamiento constitucional, sin embargo, ni la subvención es concepto que delimite competencias, ni la facultad de gasto constituye un título competencial autónomo e implícito, ajeno al sistema de distribución de competencias establecido en la Constitución y en los Estatutos de Autonomía. Por el contrario, el ejercicio de competencias estatales, anejo al gasto o la subvención, sólo se justifica en los casos en que por razón de la materia se hayan reservado al Estado, en la Constitución o en los Estatutos de Autonomía, tales competencias.

La sola decisión de contribuir a la financiación de determinadas actividades no autoriza al Estado a invadir competencias propias de las Comunidades Autónomas, de modo que tal decisión habrá de articularse respetando en todo caso las competencias autonómicas, lo que significa que la legitimidad constitucional del otorgamiento de subvenciones estatales, así como de su régimen normativo y de gestión, está condicionada a que el Estado posea competencias para ello en la materia de que se trate. En el caso de la Asistencia Social, competencia de las Comunidades Autónomas, esto supone un serio problema.

Se podría argumentar desde el Estado, en este contexto, que, aunque éste carezca de competencias en materia de Asistencia Social, los preceptos constitucionales, en particular el artículo 9.2, le habilitan para emprender acciones que tienden a conseguir el logro de fines de interés general

como la potenciación de la igualdad entre los ciudadanos.

Sin embargo, el Tribunal Constitucional rechaza expresamente la posibilidad de acogerse a un precepto tan genérico como el artículo 9.2. de la Constitución para encontrar una solución al problema de la intervención estatal en materia de Asistencia Social mediante actuaciones que supongan la creación de competencias concurrentes o paralelas. El motivo es que, entendido el mencionado artículo como una habilitación para que el Estado pueda actuar en razón del interés general o en base al principio de igualdad, podría terminar por vaciar de contenido el diseño constitucional del Estado de las Autonomías.

En la Sentencia 146/1986, el Tribunal Constitucional abre no obstante una posible vía para la actividad subvencionadora del Estado en materia de Asistencia Social, entendida como actividad desarrollada al margen de las Comunidades Autónomas, estableciendo que la promoción de la igualdad sustancial sí puede justificar en determinados casos el empleo para fines de interés general —como la promoción de colectivos sociales marginados— de fondos públicos estatales —y no por una abstracta facultad de gasto público—.

El marco que queda fijado para la acción del Estado se limita en exclusiva, sin embargo, a aquellos problemas específicos que requieran para su adecuado estudio y tratamiento un ámbito más amplio que el de la Comunidad Autónoma y que presupongan en su concepción, e incluso en su gestión, un ámbito supracomunitario, que puede corresponder al Estado. Se trata, en concreto, de problemas y de tratamiento de problemas que exceden del ámbito de la Comunidad Autónoma y que sólo tienen sentido en cuanto queden referidos al Estado en su conjunto.

Respecto a estas políticas, en la medida en que existan problemas sociales peculiares que requieran y exijan un planteamiento global, el Estado puede intervenir, a través de intervenciones de Asistencia Social de alcance supracomunitario, inclusive mediante medidas de fomento, dentro de las que se inscriben las actividades subvencionadoras.

Aunque la definición de estos supuestos especiales o particulares puede prestarse a múltiples interpretaciones, es obvio que, en ningún caso, puede ser de aplicación el supuesto previsto por el Tribunal Constitucional al caso de las rentas mínimas, ya que éstas no sólo encuentran ple-

no sentido en un contexto de configuración y gestión autonómicos sino que, en la práctica, la experiencia ha demostrado que, en virtud de sus competencias exclusivas, las Comunidades Autónomas se han adelantado con su actuación en la materia a cualquier posible reflexión del Estado al respecto.

En este contexto, una actuación subvencionadora del Estado situada al margen de las Comunidades Autónomas necesariamente invadiría el ámbito competencial de éstas, concurriendo con ellas en la realización de los programas generales y normales de Asistencia Social, que le corresponden en exclusiva a éstas, actuando con ello al margen de sus competencias y atribuciones.

Por esa razón, si el Estado decidiera canalizar sus recursos financieros al fomento de programas generales o de acciones singulares de asistencia social, debería respetar en todo caso las competencias autonómicas exclusivas sobre la materia, sin limitarlas ni yuxtaponer una competencia estatal concurrente o paralela, y ello sólo puede lograrse bien mediante una distribución de tales fondos del Estado, conforme a módulos objetivos, entre todas las Comunidades Autónomas, bien mediante acuerdos o convenios singulares con aquellas Comunidades Autónomas en cuyo territorio haya de desarrollarse la acción social de carácter singular. Sólo así quedaría respetado realmente el diseño constitucional de un Estado autonómico.

En este supuesto, correspondería a las Comunidades Autónomas competentes la gestión de las medidas de fomento con cargo a fondos estatales, ya que una gestión centralizada no sería admisible en el supuesto de programas de rentas mínimas garantizadas, por definición totalmente «regionalizables».

Obviamente, si por esta vía el Estado podría llegar a intervenir en la orientación de las rentas mínimas, su posibilidad real de intervención se vería limitada al contenido de cada uno de los acuerdos definidos en los convenios con las Comunidades Autónomas.

### **El enfoque armonizador**

En base a lo señalado, si el Estado estima que lo requiere el interés general y desea actuar en el marco de la Asistencia Social, deberá desenvolver su actividad al amparo de una autorización constitucional, y respetando en todo caso las com-

petencias que la Constitución (que se entiende que también ha valorado el interés general) ha reservado a otros entes territoriales. El instrumento práctico previsto a este respecto por la Constitución es el que introduce el artículo 150.3, es decir las leyes de armonización.

La previsión concreta introducida por el artículo 150.3. establece que es posible «dictar leyes que establezcan los principios necesarios para armonizar las disposiciones normativas de las Comunidades Autónomas, aún en el caso de materias atribuidas a la competencia de éstas, cuando así lo exija el interés general», operando esta posibilidad como elemento armonizador de las previsiones normativas de las Comunidades Autónomas.

Esta norma de cierre del sistema complementa las demás previsiones constitucionales. Es aplicable sólo a aquellos casos en que el legislador estatal no disponga de otros cauces constitucionales para el ejercicio de su potestad legislativa o éstos sean insuficientes para garantizar la armonía exigida por el interés general.

La apreciación de la existencia de un interés de índole supracomunitario, nacional o general corresponde a las Cortes Generales, por medio de la aprobación de la correspondiente Ley de armonización por mayoría absoluta, previa audiencia de las Comunidades Autónomas, en la forma prevista en la Ley de armonización del proceso autonómico.

En relación al enfoque armonizador, es preciso insistir sobremanera en sus límites, tanto jurídicos como políticos.

A nivel jurídico, la armonización que compete al Estado encuentra sus límites más evidentes en la obligación de respeto a la distribución de competencias fijada por la Constitución, distribución que no puede ser modificada por este tipo de actuaciones legislativas.

En relación a la cuestión que nos ocupa, esto significa que las pretensiones de armonización deberán limitarse fundamentalmente a establecer las condiciones mínimas reguladoras de los derechos y obligaciones de los posibles beneficiarios de las rentas mínimas, en una perspectiva de configuración de los principios mínimos de obligada aplicación al respecto en el conjunto de las Comunidades Autónomas.

En consecuencia, dado que las leyes de armonización son leyes de principios necesarios para armonizar las disposiciones normativas de las Comunidades Autóno-

mas, por su propio carácter de establecimiento de principios, en ningún caso pueden agotar la materia ni incidir en aspectos de distribución de competencias fijados por la Constitución, lo que impide regular aspectos relativos a la organización y gestión concreta de las prestaciones en cada Comunidad Autónoma.

Es indiscutible en todo caso que, en lo que se refiere a las leyes de armonización, el Estado se enfrenta a límites políticos evidentes, tanto más claros cuanto que su capacidad real de intervención resulte realmente limitada —por el equilibrio de fuerzas políticas o por otras razones—.

En la práctica, la utilización del artículo 150.3 de la Constitución supone hacer realidad el principio, jurídicamente establecido pero políticamente no siempre reconocido ni aceptado, de la relación jerárquica de subordinación de disposiciones normativas de las Comunidades Autónomas a leyes dictadas por el Estado, incluso en materias de competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas.

Las leyes de armonización expresan, de hecho, la superioridad de la decisión estatal, sea cual sea la materia, circunstancia que es consecuencia de los principios constitucionales de unidad y de supremacía del interés de la «nación española».

Para muchos administrativistas y, desde luego, para los principales partidos nacionalistas, sin embargo, la puesta en marcha de estas leyes supone un grave riesgo, en la medida en que suponen en la práctica la virtual eliminación de los espacios de poder autónomo definidos como exclusivos por la Constitución y los Estatutos, transformándolos en ámbitos de competencias concurrentes.

En lo que se refiere a la cuestión analizada, de acuerdo con el artículo 148.1.20.<sup>a</sup> de la Constitución, la materia de asistencia social ha sido íntegramente regionalizada por los Estatutos de Autonomía, lo que significa que los órganos centrales carecen, hoy por hoy, de toda competencia para intervenir unilateralmente en dicha materia, quedando de hecho el Estado relegado en la definición de la política de Asistencia Social en múltiples aspectos. Ya hemos señalado que la cuestión de las rentas mínimas era un claro exponente de esta realidad.

En muchos casos, por otra parte, el recurso a la virtualidad jurídica que suponen las leyes de armonización puede implicar la ruptura de consensos meta-jurídicos, de orden político, que sin quedar sanciona-

dos legalmente sí subyacen al actual equilibrio de fuerzas existente en España.

Por esa razón, resulta necesaria una enorme prudencia política a la hora del uso de la facultad del artículo 150.3 para no reducir a cenizas el modelo del Estado de la autonomías y poner en tela de juicio las propias bases del actual consenso constitucional, en especial en el caso de las nacionalidades históricas. Su utilización debe por ello ser excepcional.

En el caso de los programas de rentas mínimas, además, hay que reconocer que en algunas Comunidades Autónomas se trata de programas con fuerte contenido simbólico que, más allá de su mayor o menor importancia en términos económicos o presupuestarios, centran en estos momentos el debate en materia de Asistencia Social. Su puesta en tela de juicio a nivel político, vía aplicación de una ley de armonización, tendría por ello amplias repercusiones que podrían llegar a trascender la limitada esfera de la materia original para dar lugar a un posible conflicto político-constitucional de orden más general.

### **3.2. La intervención a través de la Seguridad Social.**

La puesta en marcha y aplicación de un sistema de rentas mínimas garantizadas desde el Estado plantea mucho menos problemas y dificultades si se enfoca desde la Seguridad Social.

Esto es así, en primer lugar, por razones competenciales. En este sentido, la Constitución, en su artículo 149.1.17.<sup>a</sup>, atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

Lo es, en segundo lugar, porque la configuración de la Seguridad Social que plantea la Constitución resulta particularmente abierta, tal y como puede comprobarse analizando el contenido del artículo 41 de la Constitución. En este artículo se establece el marco general para la intervención del Estado en materia de Seguridad Social, definiendo los principales rasgos del mismo:

- a) Se trata, en primer lugar, de un régimen público de actuaciones en el que sólo se prevé que la asistencia y prestaciones complementarias serán libres.
- b) Este régimen tiene, en segundo lugar, la vocación de llegar a todos los

ciudadanos, planteándose por tanto como régimen de carácter universalista.

- c) Su objetivo fundamental es garantizar, finalmente, la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo.

Es obvio que la cobertura de las necesidades actualmente abordadas por las Comunidades Autónomas a través de sus sistemas de rentas mínimas puede perfectamente contemplarse desde este enfoque amplio de la Seguridad Social, planteado por la Constitución Española. Esto es especialmente palpable si tenemos en cuenta que la mayor parte de las necesidades cubiertas por los sistemas autonómicos de rentas mínimas encuentran su fundamento en la realidad de desempleo hoy existente, objetivo de atención principal planteado en el artículo 41.

Este enfoque abierto y amplio de la Seguridad Social enlaza con la reciente experiencia europea en la materia. Esta se caracteriza, entre otros aspectos, por la consolidación de un nuevo bloque de prestaciones, conocidas como prestaciones no contributivas, que complementan no sólo las prestaciones contributivas y asegurativas tradicionales de la Seguridad Social sino también las prestaciones asistenciales de la Asistencia Social.

Las prestaciones o pensiones no contributivas tienen una naturaleza mixta, no siendo ni asegurativas ni tampoco asistenciales puras pero recogiendo algo de ambas modalidades de protección. De esta forma, participan de la naturaleza de las pensiones contributivas por su pertenencia a los sistemas asegurativos del sistema de Seguridad Social y también de la naturaleza de las prestaciones asistenciales por su finalidad de compensación de necesidades y no de sustitución de rentas.

La Ley 26/1990, de 20 de diciembre, establece y regula por primera vez en España un nivel de prestaciones no contributivas dentro del sistema de la Seguridad Social, de acuerdo con lo previsto en el artículo 41 de la Constitución.

Esta Ley completa las reformas básicas del sistema de la Seguridad Social iniciadas con la Ley 26/1985, de 31 de julio, de medidas urgentes para la racionalización de la estructura y de la acción protectora de la Seguridad Social. El preámbulo de esta Ley ya preveía que el siguiente paso habría de ser «una regulación unitaria de las distintas acciones de los poderes pú-

blicos para integrarlas en un nivel no contributivo de pensiones en favor de aquellos ciudadanos que, encontrándose en situación de necesidad protegible, carezcan de recursos económicos propios suficientes para su subsistencia».

La mencionada Ley limita, sin embargo, la universalización de las prestaciones de la Seguridad Social a tres supuestos concretos: jubilación, invalidez e hijos a cargo. Las demás situaciones de necesidad que pueden dar lugar a una situación objetiva de precariedad no quedan contempladas en la Ley, si bien algunas de ellas merecen tratamiento específico en la legislación en materia de desempleo.

La unificación legal de la distinta normativa relativa a prestaciones no contributivas y la ampliación de los supuestos contemplados al conjunto de situaciones de necesidad susceptibles de colocar a la población por debajo de los umbrales de la pobreza más severa podría, en definitiva, constituir una vía alternativa para la configuración de un sistema de rentas mínimas.

Este planteamiento ofrece una posible solución al problema del tratamiento estatal de las rentas mínimas, resultando además coherente con la orientación universalista establecida en la Constitución y que, tal y como es entendida a nivel europeo, plantea la extensión de las instituciones de la Seguridad Social a toda la población de un país, tanto si es activa o inactiva.

El planteamiento señalado introduce sin embargo algunos problemas que conviene analizar con cierto detalle.

En primer lugar, plantea dudas en términos de regulación general del sistema. De esta forma, el planteamiento defendido choca parcialmente con la tendencia también dominante en Europa a considerar a las prestaciones no contributivas como complementarias —accesorias, por tanto— de las prestaciones correspondientes a cada una de las ramas clásicas de la acción protectora de la Seguridad Social.

Lo cierto, no obstante, es que en la práctica se comprueba que todas las situaciones de precariedad que dan lugar a necesidades cubiertas por los sistemas de rentas mínimas pueden ser fácilmente asociadas a ramas o riesgos clásicos—invalidez, vejez, desempleo o necesidades familiares, básicamente— al menos si se enfocan de una forma suficientemente abierta —para englobar la cobertura a las familias monoparentales, en particular—.

El derecho comparado muestra, desde luego, ejemplos de regulación de los sistemas de rentas mínimas desde las prestaciones no contributivas de la Seguridad Social. Los ejemplos de Bélgica, Luxemburgo y, especialmente por su larga trayectoria histórica, Reino Unido pueden resultar significativos al respecto.

En segundo lugar, plantea el problema del tratamiento de lo individual y de lo familiar o de hogar. En este sentido, frente al tratamiento de hogar o de familia que resulta dominante en los sistemas autonómicos de rentas mínimas, el modelo de prestaciones no contributivas es de contenido fundamentalmente individual.

La propia Ley 26/1990 encuentra, no obstante, fórmulas para obviar esta posible contradicción, delimitando un procedimiento que permite conjugar el derecho individual a la pensión de los beneficiarios integrados en una unidad económica con la innegable repercusión de la convivencia en las economías de los miembros del grupo, considerando con ello los efectos derivados de la denominada economía de escala.

Una tercera cuestión de importancia tiene que ver con la coordinación, en la atención a las problemáticas de los colectivos empobrecidos, de las instituciones de la Seguridad Social y de la Asistencia Social, en concreto los servicios sociales de base.

En este caso, de nuevo, los planteamientos de descentralización en la gestión de las prestaciones no contributivas muestran las vías más racionales para conseguir un adecuado tratamiento de las situaciones planteadas.

Una última cuestión tiene más que ver con la esfera política. En este sentido, un planteamiento como el señalado tiene, en la medida en que las prestaciones no contributivas se asemejan en la práctica a las prestaciones asistenciales, la consecuencia práctica de poner en entredicho el mantenimiento y vigencia de las estructuras asistenciales, privándoles en gran medida de su cometido y funciones tradicionales.

En la práctica, sin embargo, este es un problema relativamente menor. De una parte, el modelo descentralizado de gestión de las prestaciones no contributivas garantiza un papel decisivo de las Comunidades Autónomas en el desarrollo de las rentas mínimas; de otro, éstas siempre seguirían manteniendo capacidad para desarrollar sistemas complementarios de protección, inclusive de carácter económico, enmarcados en la Asistencia Social.

De esta forma, en materia de rentas mínimas, podría compaginarse una protección social general y universal, garantizada por la Seguridad Social estatal, con una protección social particular, especial y complementaria, fundamentada en la Asistencia Social de las Comunidades Autónomas. Esta protección complementaria constituiría el marco para hacer efectiva una solidaridad específica y limitada, territorialmente hablando, posibilidad que queda claramente contemplada en el modelo competencial definido por la Constitución.

#### 4. EL POSIBLE CONTENIDO DEL SISTEMA ESTATAL DE RENTAS MINIMAS

Con independencia del mecanismo que se considere más oportuno para la adaptación a España de la Recomendación del Consejo de 24 de junio de 1992, sobre los criterios comunes relativos a recursos y prestaciones suficientes en los sistemas de protección social, el reconocimiento del derecho a unos ingresos mínimos puede perfectamente ajustarse a los principios generales establecidos en la mencionada Recomendación. La experiencia de aplicación del Plan Integral de Lucha contra la Pobreza durante más de un quinquenio en la Comunidad Autónoma de Euskadi avala totalmente, desde nuestro punto de vista, la mencionada afirmación.

Podemos comprobar la tesis anterior analizando, uno a uno, los diferentes principios establecidos por el Consejo de la Unión Europea en la mencionada Recomendación.

Principio 1: La afirmación del derecho al respeto de la dignidad de la persona humana.

No entraremos a profundizar en este principio, de carácter general. Destacaremos, sin embargo, que la referencia a la dignidad de la persona aparece en el artículo 10 de la Constitución, constituyendo en nuestro ordenamiento constitucional decisivas igualmente las referencias, complementarias, a los valores de igualdad y de solidaridad (artículos 1, 2, 9 y 14).

Principio 2: La definición del ámbito de aplicación personal de este derecho, tomando en consideración la residencia legal y la nacionalidad, con arreglo a las disposiciones pertinentes en materia de residencia y/o de estancia y tendiendo a abarcar progresivamente, en la mayor me-

dida de lo posible y con arreglo a las modalidades previstas por los Estados miembros, el conjunto de las situaciones de exclusión.

En relación a este principio, debe señalarse la conveniencia de abarcar, en el sistema de rentas mínimas que se establezca, al mayor número posible de situaciones de exclusión que existan en el país. Por definición, resulta poco coherente establecer un sistema que tiene como objetivo principal instaurar una última red de protección y dejar al margen de ella a ciertos colectivos sociales.

En ciertos casos, sin embargo, el problema puede razonablemente plantearse. Así ocurre con dos colectivos, fundamentalmente: de una parte, los menores de 25 años; de otra, los extranjeros.

En lo relativo a los menores de 25 años, la Ley 2/1990 de la Comunidad Autónoma del País Vasco, reguladora del Ingreso Mínimo de Inserción (IMI), establece como requisito para acceder a la prestación ser mayor de 25 años. Aunque la Ley establece una cláusula de excepción en el caso de menores de esa edad que tengan a su cargo menores o minusválidos, quedan en todo caso excluidos del acceso a la prestación, por circunstancias de edad, personas casadas sin hijos y hogares unipersonales.

A la vista del volumen de potenciales beneficiarios, esta exclusión no resulta justificada en el caso de los matrimonios sin hijos a cargo. En principio, y por las mismas razones, la exclusión de las personas menores de 25 años viviendo solas tampoco resultaría justificable. En este caso, sin embargo, se pueden plantear ciertos problemas de fraude, ligados a la posibilidad, relativamente sencilla, de que abunden casos artificiales de empadronamiento de personas sin problemas en viviendas de alquiler o en viviendas secundarias propiedad de familiares. Estos posibles problemas tienen especial importancia en un país en el que los menores de 25 años ocupados constituyen una porción claramente minoritaria de la población total de 16 a 24 años.

En lo relativo a los extranjeros, la regulación del IMI resulta especialmente abierta. Al no exigir sino el empadronamiento como residente del potencial beneficiario, se deja de hecho totalmente abierta la puerta al acceso de personas de nacionalidad extranjera a la prestación. El único requisito real es que la residencia sea legal, condición necesaria para que

pueda hacerse efectivo el empadronamiento.

En la regulación estatal de esta cuestión podría existir la tentación de incorporar cláusulas restrictivas al respecto, incluso en relación a residentes extranjeros legales. Esta decisión debe valorarse en función de los objetivos de la política general de inmigración a desarrollar. En principio, si se admitiera el principio de la conveniencia de la integración de los inmigrantes ya establecidos en nuestro país, sería imprescindible apostar por una regulación similar a la establecida en Euzkadi. En todo caso, podría valorarse la conveniencia de establecer un tiempo mínimo de residencia legal, en una línea similar a la prevista con carácter general en el País Vasco.

**Principio 3:** La extensión del derecho a todas las personas que no dispongan, por sí mismas o en la unidad familiar en la que vivan, de recursos suficientes.

La aplicación de este principio plantea la cuestión de la orientación de la prestación: individual, familiar o de hogar o mixta.

Siendo conveniente plantear a largo plazo la prioridad del derecho individual a unos recursos suficientes, a corto y medio plazo este planteamiento es completamente inviable, dados los niveles de desempleo existentes. Por esa razón, debe optarse por un enfoque familiar o de hogar o por un enfoque mixto como el planteado en la normativa estatal sobre prestaciones no contributivas.

La opción por el planteamiento familiar tiene el inconveniente de chocar con la orientación más progresista en materia de protección social, claramente orientada a institucionalizar derechos individuales. Plantea, por otra parte, dificultades de interpretación del contenido del concepto de hogar o de familia, en especial en aquellos casos en los que se produce una convivencia forzada de varios grupos familiares o de varias personas —por ejemplo, una madre soltera que convive con sus padres por problemas de insuficiencia de recursos—.

En este caso, sin embargo, la aplicación del modelo mixto previsto en las prestaciones no contributivas también plantea problemas. En concreto, al tratarse de una prestación con vocación de complementariedad de recursos disponibles, podría llegar a caerse en lo absurdo en la asignación de ayudas en aquellos casos en los que la aportación complementaria fuera

especialmente limitada. Con todo, podría introducirse, en tales situaciones, el principio de la posible cesión de derechos propios a la prestación en favor de otro familiar conviviente, facilitándose con ello la globalización en la cuantificación y percepción de la ayuda.

En cualquier caso, es importante resaltar que, en el corto plazo, la defensa de una consideración familiar del ingreso mínimo resulta socialmente más justa y eficaz que una óptica estrictamente individual. Esto es así en la medida en que, en un contexto de escasez de recursos generales en las Administraciones Públicas, el enfoque familiar permite hoy por hoy optimizar el gasto público en prestaciones sociales, ajustándolo de la mejor manera posible a la realidad de vida en común de las personas, con sus correspondientes economías de escala.

La Recomendación del Consejo plantea, en relación al principio aquí analizado, una serie de reservas o salvedades. La primera hace referencia a la facultad de los Estados miembros de no ampliar el derecho a las rentas mínimas a las personas con empleo a jornada completa.

En principio, no hay motivos razonables para asumir esta reserva si se asume la idea de un derecho universal a unos recursos y prestaciones suficientes. La experiencia de Euskadi demuestra, en concreto, que el origen de la insuficiencia de recursos puede ser muy variado, pudiendo incluir desde luego situaciones asociadas a bajos salarios.

La segunda reserva hace referencia a la disponibilidad activa para el trabajo o para la formación profesional con vistas a la obtención de un empleo, para las personas cuya edad, salud y situación familiar permitan dicha disponibilidad activa o, si se da el caso, para el acceso a medidas de integración económica y social para las restantes personas.

Esta reserva se relaciona directamente con el principio de contraprestación establecido en el artículo 5.2. de la Ley del IMI. El mencionado artículo señala como obligación del beneficiario prestar «su compromiso para realizar aquellas contraprestaciones que, en su caso, se determinen... con el fin de incentivar la integración social de los beneficiarios de la prestación. Las mismas se definirán preferentemente en el ámbito de la Formación Profesional y Ocupacional, quedando, en todo caso, excluidas aquellas prestaciones de naturaleza laboral».

En relación a esta cuestión, la experiencia de estos años en Euskadi hace aconsejable la delimitación de un planteamiento en esta materia fundamentado en los siguientes principios:

- a) El rechazo de un planteamiento radical de la contraprestación que afirme el carácter obligatorio de su aplicación en todos los casos, con independencia de la consideración de las realidades específicas de cada beneficiario. Con mucha frecuencia se constata que este instrumento no resulta ni necesario ni operativo en familias totalmente normalizadas y simplemente afectadas por el desempleo. En estas circunstancias, la garantía del acceso a los programas que puedan resultar necesarios no necesita del apoyo de ninguna fórmula de contraprestación.
- b) La conveniencia, sin embargo, de mantener el principio, constatándose que pueden darse circunstancias de cronificación que podrán llegar a requerir que los servicios públicos cuenten con apoyos jurídicos para poder hacer efectivas las actividades necesarias para la integración.
- c) La inevitabilidad, para que las acciones de inserción no acaben generando una inmensa frustración, de integrar estas actuaciones en planes más generales de empleo y formación, específicamente pensados para estos colectivos desfavorecidos y que garanticen, al menos para una parte de los beneficiarios, un acceso real a medio plazo al empleo, aunque sea con carácter temporal.

**Principio 4:** El acceso al derecho sin límite de duración, siempre que se cumplan las condiciones de acceso y quedando entendido que, concretamente, el derecho podrá asignarse por periodos de tiempo limitados pero renovables;

Este modelo es el que actualmente se aplica en la Comunidad Autónoma del País Vasco, resultando el único coherente. Los planteamientos asociados a límites temporales máximos en el acceso a la prestación no resultan positivos.

Los problemas de cronificación deben solucionarse por otras vías, mediante la aplicación selectiva del principio de contraprestación y, más específicamente, mediante la introducción de fórmulas eficaces que garanticen, al menos, el acceso periódico de los beneficiarios al empleo (todo ello, sin perjuicio de la necesidad de asu-

mir, además, que ciertos colectivos minoritarios alrededor de un 15-20% de beneficiarios carecerán en la práctica de posibilidades reales de inserción, necesitando de la prestación para cubrir sus necesidades básicas).

El proceso de renovación de la prestación plantea, sin embargo, problemas que deben ser analizados con detenimiento, constituyendo uno de los principales aspectos considerados por las distintas regulaciones europeas en el momento de diseñar el procedimiento administrativo correspondiente a la gestión de la prestación.

**Principio 5:** El carácter auxiliar de este derecho con respecto a los demás derechos en materia social; la reinserción de las personas más pobres en los sistemas de derecho general deberá constituir un objetivo paralelo.

Este constituye desde luego un principio básico para la política social de un país. La finalidad de las políticas de mínimos garantizados consiste en delimitar un sistema complementario de protección que beneficie a aquellos sectores de la población en los que se produce una ruptura en los procesos habituales de acceso a unos recursos suficientes, cubriendo de esta forma las necesidades mínimas de la población no suficientemente atendidas por el sistema general de prestaciones contributivas de la seguridad social.

El sistema de protección social general debe basarse principalmente en las prestaciones contributivas de la seguridad social, recurriéndose sólo de forma subsidiaria a los programas de ingresos mínimos garantizados, tanto si se abordan desde la Asistencia Social como desde la Seguridad Social no contributiva.

En relación a esta cuestión, debe defenderse especialmente el principio de residualidad en el acceso a las prestaciones de ingreso mínimo. Los beneficiarios de los mínimos garantizados deben ser cuantitativamente poco numerosos, debiéndose procurar cubrir el máximo de necesidades posible a través de las prestaciones generales de la seguridad social.

**Principio 6:** El acompañamiento del derecho con políticas consideradas necesarias, a nivel nacional, para la integración económica y social de las personas afectadas.

Esta cuestión constituye la asignatura pendiente de los diferentes modelos que han insistido en combinar la prestación

económica con objetivos de integración económica y social. Esto ha sido evidente tanto en Francia, con el RMI, como en Euskadi, con el IMI.

La experiencia vasca demuestra, en cualquier caso, que una actuación seria y realista en este campo debe asumir la necesidad de suscribir un Programa de actuación concreto y en un acuerdo político entre las diferentes partes comprometidas en la gestión de las acciones de integración económica y social previstas. Este acuerdo debe implicar, al menos, a los organismos encargados de las políticas de protección social, empleo, formación, vivienda y salud.

Sin este Programa general, las actuaciones parciales de los servicios sociales pierden efectividad, moviéndose en un marco casi totalmente voluntarista, en el que la descoordinación acaba por eliminar cualquier perspectiva de resultados positivos en términos de integración, circunstancia que es especialmente evidente en materia laboral.

En lo que se refiere a las **orientaciones prácticas** propuestas en la Recomendación, la experiencia desarrollada en Euskadi indica que estas orientaciones resultan, en general, adecuadas y acertadas, en especial en lo que se refiere a la perspectiva de prestación diferencial que resulta típica en los sistemas europeos de rentas mínimas.

Conviene, sin embargo, realizar algunas consideraciones específicas en relación a estas orientaciones prácticas.

Un primer aspecto a destacar es que resultaría sin duda acertado fijar el importe de los recursos estimados suficientes para cubrir las necesidades básicas no sólo en función de la dimensión de la familia —tal y como se realiza en la actualidad en Euskadi— sino también considerando el tipo de familia. Los datos disponibles demuestran, en efecto, que, a igualdad de tamaño del hogar, inciden otros factores en la delimitación de la necesidad, tales como la composición del hogar, las relaciones de parentesco establecidas y, en no menor medida, la edad de los componentes del hogar, tanto adultos como no.

En relación a la fijación de la cuantías, resultaría igualmente interesante establecer complementos específicos para hacer frente a necesidades que son de carácter habitual pero que sólo están presentes en determinados hogares. Estos gastos se asocian fundamentalmente a necesidades

ligadas al mantenimiento de la vivienda y a la superación de problemas de salud.

Sin embargo, es evidente que la consideración de estas variables no haría sino complejizar el proceso de tramitación de las ayudas, tanto en lo relativo al diagnóstico de las necesidades existentes como al propio seguimiento y control de la aplicación efectiva de las ayudas con posterioridad. El riesgo de una aún mayor burocratización de la gestión estaría portanto presente, poniendo en tela de juicio el objetivo fundamental de «simplificar en la mayor medida posible los procedimientos administrativos y las modalidades de examen de los recursos y de las situaciones relativas al reconocimiento de este derecho».

No resultaría por tanto improcedente optar por un modelo menos perfecto en cuanto al acercamiento a la necesidad pero más simple en su gestión y, portanto, más eficaz de cara a facilitar el acceso a las ayudas a los beneficiarios. No debe olvidarse, a este respecto, que los sistemas europeos más complejos son también los que generan menor impacto real en el conjunto de potenciales beneficiarios.

Por otra parte, la existencia de ayudas complementarias, ajenas a la prestación de ingreso mínimo, como las que representan las Ayudas de Emergencia Social (AES) en Euskadi, pueden constituir una vía más sencilla para abordar necesidades complementarias, en especial en el caso de que éstas no tengan carácter permanente. Sólo estas necesidades permanentes —que, en la práctica, se asocian sobre todo al mantenimiento de la vivienda— podrían requerir de un tratamiento directamente ligado a la prestación de ingreso mínimo.

Un segundo aspecto a señalar es la necesidad de no condicionar la cuantía de las prestaciones de ingreso mínimo al salario mínimo interprofesional. Aunque lógicamente las cuantías deberán tomar en consideración este factor, en ningún caso conviene establecer como tope de la prestación la cuantía del salario mínimo.

En el ejemplo vasco, fundamentado en la superación de esta barrera, se comprueba que las distorsiones que puede representar esta medida son reducidas. Pero el argumento fundamental es que en ningún caso se podría establecer una política de ingresos mínimos que realmente pretendiera sacar a la población de la pobreza extrema sin asumir la conveniencia de no verse condicionados por la mencionada limitación. Los datos disponibles demues-

tran, de hecho, que ni siquiera con los actuales baremos se consiguen niveles de bienestar suficientemente aceptables en Euskadi.

En realidad, la búsqueda de estímulos para el empleo debe establecerse por vías diferentes a las que podría suponer la fijación de topes máximos de nivel muy bajo para las prestaciones garantizadas. Estas vías se relacionan tanto con la aplicación selectiva de la contraprestación como, sobre todo, con la definición de programas de contratación directamente orientados a los beneficiarios de los ingresos mínimos y con el establecimiento de baremos de mínimos garantizados más altos en el caso de ocupados con bajos salarios.

En lo relativo a las medidas en favor del empleo, finalmente, conviene desde luego reiterar que constituye una ilusión «neoliberal» pensar que es factible conseguir resultados en términos de inserción laboral sólo sobre la base de la libre actuación de los agentes sociales primarios —fundamentalmente trabajadores sociales y beneficiarios de las prestaciones—. Sólo si existen programas generales de empleo y formación, específicamente diseñados para estos colectivos, suficientemente dotados a nivel humano y presupuestario y con instrumentos de eficacia contrastada, será realmente posible romper las lógicas subyacentes al desempleo crónico que afecta a estos colectivos.

## 5. REFLEXION FINAL

Las consideraciones desarrolladas hasta ahora demuestran fundamentalmente una cosa: la posibilidad de combinar, desde una perspectiva progresista, tanto la conveniencia de una acción estatal coherente con la necesidad de dar respuesta a los requerimientos de actuación implícitos en la Recomendación del Consejo Europeo, de 24 de junio de 1992, como la necesidad de mantener un absoluto respeto por la distribución constitucional de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas. La posibilidad de desarrollar un sistema básico de rentas mínimas garantizadas a través de la Seguridad Social constituye una vía realmente positiva a este respecto.

Conviene, sin embargo, insistir en la conveniencia de que una posible regulación del sistema a nivel estatal se fundamente en dos principios fundamentales:

- a) La necesidad de establecer un sistema de mínimos que permita una

complementación de derechos a nivel de cada Comunidad Autónoma, en función no sólo de las posibilidades económicas de cada una de ellas sino, sobre todo, de su mayor o menor compromiso con una política progresista inspirada por principios de solidaridad con los más desfavorecidos.

- b) La necesidad de garantizar una gestión de las prestaciones de rentas mínimas a través de los servicios sociales locales, resultando necesario integrar estas prestaciones en la gestión cotidiana de la atención social a los más desfavorecidos.

**Luis Sanzo**

# LA OPERACION ESTADISTICA QUE SE AVECINA (2.<sup>a</sup> PARTE)

## 4. LA INFORMACION DISPONIBLE SOBRE LOS SERVICIOS SOCIALES DE LA CAV (II)

Son tres, como ya hemos indicado, las operaciones estadísticas, los estudios o trabajos, que se ponen en funcionamiento para observar el campo de los servicios sociales en su integridad y a nivel de toda la Comunidad Autónoma; vamos a describirlas en los epígrafes siguientes, en orden de aparición en escena.

### 4.1. La Estadística de Servicios Sociales. Entidades y Centros

La Estadística de Servicios Sociales, E.S.S., es una de las operaciones incluida formalmente en el Plan Vasco de Estadística —su ejecución por tanto compete a EUSTAT— que está patrocinada por el Gobierno Vasco y las Tres Diputaciones Forales, y que tiene su origen —al que forzosamente tenemos que referimos— en el «Convenio para la Transferencia de Información en materia de Acción Social y Servicios Sociales», firmado a comienzos de Julio de 1988 entre el Ministerio de Trabajo, por un lado —hay que recordar que en aquellas fechas no estaba organizado aún funcionalmente el de Asuntos Sociales— y los Departamentos competentes en materia de Servicios Sociales de las distintas Autonomías del Estado, por otro.

Tres razones explican en lo fundamental la firma de este Convenio:

Por aquellas fechas la totalidad de las Comunidades Autónomas habían incluido en sus Estatutos competencias en esta materia; los servicios sociales, debido, en parte, a su escasa entidad a comienzos de los ochenta y, en parte también, al carácter descentralizado de su organización, entraron en casi todos los casos en los primeros «paquetes» de transferencias negociadas<sup>1</sup>.

En menos de una década el sector experimentó un aumento importantísimo de recursos, y este proceso se produjo de forma descoordinada y muy desigual, no sólo en cuanto al ritmo de crecimiento, sino incluso en relación a los modelos adoptados. Los servicios sociales empezaban a tener entidad económica, social y política, y resultaba perentorio su control estadístico.

Y una razón adicional, vinculada con la anterior, y de no menos peso: ese

<sup>1</sup> No resulta tampoco anecdótico señalar que sólo cuatro de las diecisiete Comunidades asumieron literalmente competencias en «servicios sociales», las restantes lo hicieron bajo denominaciones tan diversas como «asistencia y bienestar social», «asistencia social», «asistencia social y bienestar social», «asistencia, bienestar social y desarrollo comunitario», «asistencia y beneficencia sociales», y otras más de carácter sectorial añadidas. La diversidad terminológica existente ya a este primer nivel resultaba un expresivo indicador de la variedad de modelos, de la diversidad de conceptos y, en definitiva, de realidades.

mismo año se había creado el Ministerio de Asuntos Sociales y, lógicamente, un Ministerio necesita estadísticas en las materias que le ocupan.

La operación no fue quizás bien valorada en cuanto a su complejidad.

Con el fin de simplificar tanto la recogida de datos como su explotación se diseñó un único cuestionario con una serie de ítems que se pretendía que tuvieran un carácter muy básico, de forma que pudieran ser igualmente planteados en *todas* las entidades y centros que operaban en el ámbito de los servicios sociales de todas las Comunidades Autónomas; el modelo de organización del que se partía tenía mucho que ver con el del propio INSERSO.

Bravo empeño. Y decimos esto porque, salvando las lógicas distancias, el proyecto tenía muchas similitudes con el de creación de un Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social, en el que EUROSTAT llevaba trabajando casi veinte años. Para una operación de esta envergadura, no basta con diseñar un cuestionario, hay que delimitar el ámbito, establecer conceptos y definiciones, tener en consideración una complejísima casuística, trabajar en estrecha colaboración... hay, en definitiva, que disponer de mucho tiempo e invertir un gran esfuerzo para proceder a la creación de un lenguaje común que permita relacionar las cosas, compararlas.

El intento no logró los resultados apetecidos. Ya desde el primer año fueron más numerosas las Comunidades que «pasaron» del Convenio que las que lo cumplieron, menos de media docena y, entre ellas, la nuestra; cuando los resultados recogidos fueron tratados y analizados, se pudo comprobar que, efectivamente, existían diferencias importantes de lenguajes que impedían, en muchos casos, el establecimiento de relaciones.

No serviría de mucho, al menos a los fines de este artículo, hacer una exposición pormenorizada de esta historia. Baste decir que en la actualidad la operación a nivel estatal se mantiene reducida a su mínima expresión, prácticamente en términos de directorio, mientras que en el País Vasco este trabajo está bastante consolidado y empieza a ofrecer ya resultados de gran interés para el sector. El estudio puesto en marcha por sexto año consecutivo, el correspondiente al ejercicio noventa y tres, es una buena muestra de ello.

¿Por qué aquí se ha mantenido y a nivel estatal no? La primera respuesta que se le

ocurre a uno es que resulta más sencillo montar un puzzle pequeño y conocido que otro grande y desconocido. La segunda, es que el Convenio se firmó con seriedad y convicción, la prueba es que se incluyó en el Plan Vasco de Estadística, de carácter vinculante, porque el Gobierno tenía además conciencia de la necesidad de disponer de ese tipo de información, no sólo a nivel estatal, sino, particularmente, a nivel de la propia C.A.V. La tercera y última, por no citar más, es que durante los primeros años de la operación funcionó en esta Comunidad, de manera informal, un equipo de técnicos de distintas instancias públicas vinculadas a los servicios sociales que asumieron, en la medida de sus posibilidades, las tareas de coordinación y, principalmente, se encargaron de intentar mejorar, ampliar y adecuar a la realidad del País Vasco el conjunto de la operación estadística.

Los resultados correspondientes a los ejercicios noventa y uno y noventa y dos se encuentran ya publicados, el último recientemente, y es de esperar que para mediados del año que viene aparezcan ya los del siguiente ejercicio<sup>2</sup>. EUSTAT ofrece además la posibilidad de realizar cuantas explotaciones específicas se le requieran de sus bases de datos, posibilidad que ha sido ventajosamente aprovechada, según tenemos constancia directa, en numerosas ocasiones.

Pasemos revista ahora a las principales características de este trabajo. La E.S.S. tiene como campo de observación a las entidades y centros de todo tipo que operan en el ámbito de los servicios sociales, así como los flujos económicos que se producen entre ellas. De forma un tanto esquemática, podríamos decir que las entidades son las personas jurídicas con capacidad legal para intervenir—incluyen la dirección y el aparato burocrático necesario para su funcionamiento— y los centros son los «lugares de encuentro» entre estas entidades y la ciudadanía o el sector de la ciudadanía al que pretenden prestar servicios estas entidades. Ni que decir tiene que son frecuentes los casos de entidades-centros, esto es, de personas jurídicas cuya única actividad es el mantenimiento de un centro con el que se «confunden». El trabajo de campo se organiza a partir de las entidades que son las

<sup>2</sup> Es prácticamente imposible, por el momento, por las características de la investigación y de lo investigado, funcionar con un desfase inferior a un año.

que proporcionan información sobre sus centros; existe un único cuestionario, idéntico para unas y para otros.

En la operación correspondiente al ejercicio noventa y tres, los grandes bloques de preguntas que integran el cuestionario permiten obtener información en torno a las siguientes cuestiones:

- Identificación. Aparece la información necesaria para relacionar a cada entidad con sus centros y prácticamente toda la precisa para la elaboración de un directorio.
- Características de la actividad. Los datos centrales de este apartado permiten realizar clasificaciones significativas de las entidades y centros y conocer datos en relación a los servicios y niveles de cobertura ofrecidos. Se incluyen asimismo en este apartado preguntas específicas sobre oferta y población atendida, que se dirigen exclusivamente a guarderías y, lo que es bastante más significativo, a centros que ofrecen entre sus servicios el de pernoctación.
- Instalaciones y servicios. El cuestionario incluye una tipología de instalaciones, cuya existencia se señala en términos si/no, y otra de servicios, debiendo en este último caso recogerse además el dato de la relación que mantiene el personal que ofrece un servicio concreto con la entidad: personal propio, subcontratado o voluntario.
- Personal. El prolijo cuadro en que se ordenan los datos pretende poner de manifiesto el esfuerzo social invertido en este sector en términos de personas y horas de actividad que pueden ser desglosados según el sexo, la categoría profesional, la vinculación a la entidad y el carácter remunerado o no del trabajo realizado.
- Los cuatro apartados siguientes son de carácter económico:
  - el correspondiente a ingresos, ordenado en cinco bloques —subvenciones y conciertos, ventas y prestaciones, sociales, financieros y otros— se complementan con un subapartado que permite una observación más en detalle del primero de estos bloques, con objeto de determinar la cuantía, el origen y el destino de los flujos financieros que se producen dentro de los servicios sociales;

- el de gastos, estructurado según los canones contables, en el que se encuentran todos menos los recogidos en los dos apartados que aparecen a continuación;
- transferencias, con un cierto desglose por destinatario, e
- inversiones, muebles e inmuebles.

Hasta aquí, unas notas de la historia de la E.S.S., algo sobre su situación actual, y, ahora, unas breves opiniones, circunscritas también a esta operación.

La relación calidad/precio de la E.S.S. es todavía mejorable y, aunque ello debería hacerse teniendo en cuenta simultáneamente el complejo proceso de creación de un S.I. de la que ella es una pieza importante, existen claramente líneas específicas en las que interesaría seguir trabajando. Y voy a proponer unas cuantas:

- El ámbito de la operación —podríamos decir también la «línea» que discrimina a una entidad como perteneciente o no al campo de los servicios sociales y, consecuentemente, como objeto o no de observación por parte de la E.S.S.— no parece el más adecuado y, además, no funciona bien. No parece el más adecuado por su importante sesgo administrativo —son entidades de servicios sociales las reconocidas como tales por determinadas instancias públicas—, y no funciona bien porque los registros, que son la forma de acceso a ese reconocimiento, no funcionan bien ni coordinadamente. El primero de estos problemas habría que plantearse a medio plazo, porque no es nada simple, ni a nivel de decisiones, ni a nivel práctico —de recogida de información— establecer claramente qué tipos de actuaciones, de iniciativas relacionadas principalmente con la promoción de la calidad de vida y/o la prevención específica en determinadas situaciones de riesgo, son o no propias del campo de los servicios sociales. Pero el segundo, puede ser considerado a corto, y ahí están todos esos halos de urgencia que rodean el tema de las acreditaciones, y por tanto de los registros.
- Sería deseable intentar delimitar más restrictivamente —también en este caso tratamos de fronteras— el ámbito de las Entidades, en favor de los Centros. Tampoco es ésta una

cuestión sencilla, y también es importante. No resulta fácil de resolver porque no es sólo cuestión de establecer «sobre el papel» los criterios que permitan diferenciar lo que es imputable a la entidad y lo que hay que referir a los centros —tarea asumible a corto plazo—, se trataría además de que las entidades de servicios sociales fuesen capaces de tener organizados sus datos de forma que pudiesen atender a esos nuevos requerimientos. El problema estriba en que a las Entidades se les imputa demasiado personal y demasiados gastos que luego ofrecen dificultades para ser discriminados y analizados de acuerdo con su importancia. La E.S.S. correspondiente al ejercicio noventa y tres incorpora algunos ítems nuevos, sin que ello añada trabajo al interlocutor<sup>3</sup>, en el anexo que acompaña a los cuestionarios dirigidos a las entidades públicas, que seguramente contribuirán a perfilar mejor las cosas. Es otra cuestión sobre la que habrá que seguir trabajando.

- Habría que tender a simplificar el proceso de recogida de información mediante la introducción de medidas tales como:
  - la ampliación de los plazos para la actualización de determinados datos de estructura, raramente modificables de año en año, cuya obtención suele resultar particularmente molesta;
  - la simplificación, mejora y adecuación de determinados ítems y colecciones de ítems con una relación calidad-precio especialmente baja;
  - la progresiva integración de la E.S.S. en los diferentes subsistemas de información que en la actualidad funcionan en la C.A.V.
- La E.S.S. no puede dejar de tener en cuenta los rápidos e importantes cambios que se están produciendo en el mundo de los servicios sociales en la C.A.V: eclosión de nuevos programas, prestaciones y servicios, nuevas fórmulas de colaboración entre entidades privadas y públicas

<sup>3</sup> Se trata de una modificación tendente a integrar la E.S.S. con el trabajo al que nos referiremos a continuación, el Gasto Público en Servicios Sociales.

y entre Administraciones de diferentes niveles, nuevas entidades y entidades tradicionales que se transforman hacia modelos de corte más marcadamente empresarial... El instrumento de observación tiene que estar continuamente ajustándose a estas novedades para poder seguir dando una visión nítida de la realidad.

- Y una última reflexión, a sabiendas de que el campo de las propuestas y contrapropuestas no está acotado. Para poder abordar estas necesarias, en nuestra opinión, mejoras, es preciso un cierto grado de poder decisorio que en la actualidad nadie detenta. Una solución que se nos ocurre es la que hacer revivir la extinta comisión interdepartamental —su funcionamiento permitió en su día consolidar la E.S.s., y no es poco mérito— y darle carácter oficial, atribuciones, de forma que, al menos, el Gobierno y las tres Diputaciones aparezcan tan claramente comprometidas e implicadas en la operación como en realidad lo están. Ni EUSTAT, que ha permanecido fiel a su compromiso por encima de lo exigible, ni la empresa a la que anualmente se adjudica el concurso público para la realización del trabajo de campo de la operación, tienen competencias suficientes para hacer frente a estos requerimientos.

#### **4.2. El Gasto Público en Servicios Sociales a nivel Municipal**

La historia de esta operación estadística, mucho más simple en sus planteamientos, está sujeta a menos avatares que la de la E.S.S. El estudio del Gasto Público en servicios sociales a nivel municipal, G.P., se emprende por primera vez en Gipuzkoa en 1988 y tiene como ámbito de observación el ejercicio económico correspondiente al año anterior y una veintena de Ayuntamientos, los de mayor dimensión demográfica. Con el transcurso del tiempo el estudio va ampliando su campo geográfico —para el año ochenta y nueve se recogen prácticamente todos los Ayuntamientos de Gipuzkoa y, a partir del noventa, la práctica totalidad de los Ayuntamientos vascos— pero los objetivos y el enfoque originario permanecen sin modificaciones sustanciales.

El G.P. tiene como objetivo fundamental determinar el esfuerzo económico que

la sociedad vasca, a través de sus instituciones públicas, está realizando en servicios sociales, en la atención y apoyo a las personas y grupos más desfavorecidos, en la prevención de determinados problemas y, en cierta medida, en la promoción del bienestar social.

La información se recoge y se clasifica y ordena de manera que las cifras de gasto puedan ser desagregadas y analizadas de acuerdo con todas y cada una de las siguientes variables:

- organismos públicos que financian,
- sectores de población a los que se destina el gasto,
- tipo de programa, prestación o servicio ofertado, y
- municipio en el que se produce el gasto

Cuatro puntualizaciones metodológicas permiten perfilar más claramente el alcance y contenido del G.P.; vamos a exponerlas brevemente:

- La delimitación que se hace del campo de los servicios sociales se realiza tomando básicamente como referencia el conjunto de actuaciones de los Departamentos de Bienestar Social de las tres Diputaciones Forales que, a pesar de estar organizadas de manera diferente, financian en los fundamentalmente por el mismo abanico de prestaciones, por mucho que lo hagan con diferentes grados de intensidad. Se trabaja por tanto con una definición de naturaleza administrativa que coincide además, prácticamente al cien por cien, con la empleada por la E.S.S., lo que hace innecesario que nos extendamos también aquí en consideraciones sobre su valoración.
- El criterio de distribución espacial del gasto de las entidades supra-municipales —Gobierno, Diputaciones y Mancomunidades, donde existen— que se emplea es el de municipio de residencia de la persona beneficiaria del programa o prestación; en los casos en que no se puede proceder de esta forma —por la naturaleza del gasto, la mayor parte de las veces, o por la inexistencia de datos, sólo en algunas ocasiones— se efectúa el prorrateo de los gastos en función del número de habitantes de los municipios implicados. Los servicios residenciales constituyen la única excepción a esa

regla; el principio, en este caso, es el de considerar municipio de residencia al inmediatamente anterior al internamiento.

- Los datos económicos se ordenan sectorialmente y por programas de acuerdo con el destino último del gasto, con independencia de cualquier otra consideración de carácter formal. Así, por ejemplo, dentro del capítulo de servicios residenciales para la tercera edad, se incluye toda la multiplicidad de fórmulas empleadas para resolver los problemas de esta naturaleza con que se enfrenta este sector de población, sin distinguir si el dinero que sale de las distintas administraciones que intervienen lo hace para financiar el mantenimiento de una residencia propia, a título de subvención, concierto o convenio con una residencia privada o a título de ayuda individual a un anciano con este fin.

- Los sectores y programas en que se ordenan los gastos son los siguientes:

- tercera edad: dirección, servicios residenciales, acogimiento familiar, centros de día, hogares y clubs de jubilados, actividades de promoción y prevención, ayudas económicas periódicas, otras ayudas económicas y movimiento asociativo;
- enfermedad, discapacidad, minusvalía: dirección, servicios residenciales, centros especiales de empleo y ocupacionales, centros de día, centros de orientación, diagnóstico y rehabilitación, actividades de promoción y prevención, ayudas económicas periódicas, ayudas económicas puntuales y movimiento asociativo;
- infancia y juventud: dirección, servicios residenciales, acogimiento familiar, guarderías, comedores, actividades de promoción y prevención y ayudas económicas puntuales;
- mujer: dirección, servicios residenciales, actividades de promoción y prevención, ayudas económicas individuales y movimiento asociativo;
- pobreza y marginación: dirección, servicios residenciales, comedores sociales, actividades de pro-

moción y prevención, programas de reinserción, I MI, AES y movimiento asociativo;

- drogodependencias: dirección, reinserción, programas de promoción y prevención, ayudas económicas puntuales y movimiento asociativo;
- conjunto de población: dirección, servicios sociales de base, asistencia domiciliaria, actividades de promoción y prevención y movimiento asociativo.

El G.P. aporta una visión ordenada de lo que le cuesta a la sociedad mantener los servicios sociales y de los usos que la Administración Pública hace de esos recursos y permite, tanto la detección de diferencias, desequilibrios y tensiones desde todas las perspectivas que la investigación autoriza —espacial, sectorial y de programas e institucional—, como, en algunas ocasiones, el avance de diagnósticos bastante ajustados. En el terreno de lo mejorable, podríamos apuntar que la operación adolece de una cierta rigidez y esquematismo, fruto sin duda del mantenimiento sin modificaciones durante seis años del enfoque originario; algunos programas concretos nacidos recientemente y determinados cambios conceptuales introducidos en los servicios sociales tienen mal acomodo dentro de la estructura del G.P. y habría que proceder ya a una cierta revisión metodológica del mismo.

El G.P., por otra parte, parece necesariamente destinado a fusionarse con la E.S.S. con la que empieza a mantener relaciones y tender puentes a partir del estudio correspondiente al ejercicio del noventa, en concreto:

- en 1990 y 1991 los resultados económicos de la E.S.S. correspondientes a las entidades y servicios sociales de naturaleza pública fueron obtenidos simultáneamente y cotejados con los del G.P.;
- en 1992 se avanzó un paso más, y a título de experiencia piloto, el informe correspondiente al G.P. incorporó datos procedentes de la E.S.S., obteniéndose resultados que, cuando menos, pueden calificarse de satisfactorios;
- en la operación del ejercicio noventa y tres el cuestionario de la E.S.S. se modificó, como ya se ha señalado, incorporando un nuevo enfoque a la ordenación del gasto, el finalista, el propio del G.P.

Este proceso de acercamiento, tendente a la unificación de ambos trabajos supone una importante simplificación en la tarea de recogida de datos y, lo que resulta aún más importante, implica una mejora sustancial de las posibilidades de análisis que ofrecían, por separado, una y otra estadística. En un año o, en el peor de los casos, dos, nos encontraremos por tanto con una única operación, sin que ello conlleve pérdida alguna de la información recogida hasta la fecha, sino, más bien, una mejora y racionalización del estado actual de cosas.

#### 4.3. La Guía Informatizada de Prestaciones de Protección Social

La Guía Informatizada de Prestaciones de Protección Social, G.I.P., es un instrumento de trabajo en proceso de elaboración diseñado con el objeto de apoyar a los profesionales que trabajan en los servicios sociales municipales en su función básica de informar a toda la población sobre sus derechos sociales, sobre toda la serie de recursos de muy diversa naturaleza que la sociedad mantiene con el fin de paliar situaciones de desigualdad, fomentar la integración y mejorar el grado de cohesión social.

La idea de realizar un producto de esta naturaleza surge en el Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco a la vista de las conclusiones obtenidas en las sucesivas evaluaciones realizadas del Plan de Lucha contra la Pobreza; estas evaluaciones ponían de manifiesto el relativo fracaso del tercer nivel del Plan, el de las políticas de inserción, y apuntaban, entre sus causas, un cierto desconocimiento por parte de los profesionales responsables de su gestión —los trabajadores de los servicios sociales de base— del prolijo y descoordinado mundo de los recursos para la inserción. Se trataba de rellenar esta laguna y, puesto que la Guía estaba destinada a estos profesionales, de proporcionarles también información sobre el campo de los servicios sociales, que también tiene lo suyo de prolijo y descoordinado. En otras palabras, en su origen, que data de mediados del noventa y tres, el contenido de la Guía estaba más o menos definido por la unión de dos campos, el de los servicios sociales y el de las medidas de inserción, fundamentalmente relacionadas con la formación y la promoción del empleo.

Unas reflexiones posteriores, más en profundidad, sobre las necesidades de in-

formación de los trabajadores sociales a los que estaba destinada la Guía, se trajeron en algunos cambios importantes en su ámbito, en la delimitación concreta de qué prestaciones deberían aparecer recogidas en ella y cuáles no. En efecto, los servicios sociales de base tienen entre sus funciones, como acabamos de indicar, la de informar y orientar a todas las personas que se dirigen a ellos, normalmente, para recabar de la sociedad algún tipo de recurso que les permita paliar una situación de desventaja comparativa. En la práctica, por historia, por las características especiales de buena parte de su clientela, por la naturaleza misma del trabajo social... los profesionales de estos centros no limitan sus funciones informativa y orientadora al estricto campo de los servicios sociales; para estos trabajadores, buena parte de su tarea consiste en informar y realizar determinados trámites y gestiones —a petición de los interesados o por iniciativa propia, cuando «trabajan» un caso— en relación a temas administrativa e institucionalmente más propios de otras esferas: prestaciones de la seguridad social, de desempleo, cursillos de formación, medidas de promoción del trabajo, asistencia sanitaria, vivienda... La información que los trabajadores sociales precisan para la adecuada realización de su trabajo no se limita, por tanto, a los servicios sociales, con ser éste su campo preferente; en diferente grado, pero también, la relación de temas sobre los que necesita disponer de información es más amplia, se extiende al campo de la protección social, tal y como la define EUROSTAT, y ese ha sido, en definitiva, el ámbito elegido para la Guía, las prestaciones de protección social.

Pero el ámbito de la G.I.P.P.S. no queda suficientemente perfilado con esto, el asunto es algo más complicado y hay que referirse, siquiera someramente, a otra serie de aspectos que inciden en su definición:

- La Guía no contiene únicamente las prestaciones, los recursos que tienen como destinatario directo a los ciudadanos. Las necesidades de información de los trabajadores sociales han sido también contempladas desde otras dos perspectivas diferentes: en tanto en cuanto técnicos al servicio de administraciones locales que, como tales, pueden ser receptoras de prestaciones que tienen su origen en otras administraciones públicas de ámbito supra-municipal, y en tanto en cuanto asesores y promotores de asociacio-

nes que son, también ellas, receptoras de prestaciones de las administraciones públicas. Dicho de otra forma, la G.I.P.P.S. incorpora información no sólo sobre las prestaciones directas, las destinadas a Vd. y a mí, a los ciudadanos, sino también sobre las prestaciones indirectas, las que en primera instancia tienen como potenciales beneficiarios a los propios Ayuntamientos y a las entidades privadas que operan en el campo de la protección social.

-Las Guías, Directorios y productos similares son instrumentos de trabajo rápidamente perecederos y desde el momento mismo de su diseño deben tener en cuenta el problema de su actualización y, a ser posible, el de su actualización permanente. Sólo en el campo de los servicios sociales, que es una parte pequeña del campo de la protección social, pueden ofrecer prestaciones, y prestaciones distintas, un elevadísimo número de agentes sociales, a nada que se tengan en cuenta todos los niveles de la Administración y todas las iniciativas privadas. Tal y como están las cosas en términos de información, resulta forzoso establecer límites por aquí, y, en este sentido, la G.I.P.P.S. pone uno que parece razonable: excluye de su ámbito todas aquellas prestaciones, tanto de origen público como privado, que tienen una incidencia puramente local, más en concreto municipal, y lo hace partiendo del supuesto, bastante verosímil, de que el trabajador social de un Ayuntamiento determinado tiene un buen conocimiento de las prestaciones de carácter local que se ofrecen en su municipio y no necesita por tanto que le incluyan esta información en la Guía. Se pierde, eso sí, la posibilidad, interesante, de que los asistentes sociales, en tanto en cuanto técnicos municipales, estén al día de las iniciativas que toman sus colegas de otros municipios, pero la relación coste-producto en este caso resultaría a todas luces elevada.

■Y una última observación, más indirectamente relacionada con el ámbito de la Guía. El nivel de desarrollo de la información contenida es conscientemente desigual, acorde con las necesidades de los usuarios. Bastará un ejemplo para aclarar este asunto: cuando se trata de presta-

donde propias de los servicios sociales o del campo de la formación y la promoción del empleo, de prestaciones que puede llegar a gestionar el trabajador social, la información es más amplia y exhaustiva que cuando se trata de prestaciones propias de otros ámbitos —seguridad social, desempleo, vivienda, sanidad...— que tienen sus sistemas propios de información y gestión, de las prestaciones que no pueden ni deben ser suplantados por los servicios sociales de base.

Hemos intentado, en los párrafos anteriores, ofrecer una visión del contenido de la Guía, de lo que cabe esperar encontrar en ella, y vamos a concluir la descripción de este producto abordando brevemente dos temas también importantes: el esquema de ordenación de la Guía o, lo que es lo mismo, el sistema de búsqueda de las prestaciones y el contenido informativo de las mismas.

Cada prestación que se incluye en la G.I.P.P.S. incorpora seis variables que pueden ser seleccionadas de forma individual o combinada, con objeto de facilitar la búsqueda de la información:

- número de la prestación,
- contingencia cubierta, traducida a términos de población asistida,
- naturaleza o tipo de prestación,
- ámbito geográfico de aplicación de la norma,
- organismo que gestiona la prestación, y
- destinatario directo de la prestación.

Las variables segunda, tercera y quinta han sido diseñadas teniendo en cuenta y respetando las clasificaciones establecidas en SEEPROS.

La información que se recoge sobre cada prestación, por su parte, se ordena en seis apartados:

- Concepto, naturaleza y objetivos de la prestación.
- Requisitos que deben reunir los beneficiarios para acceder a la prestación.
- Características de la prestación.
- Documentación que es preciso presentar, forma de tramitación y criterios de valoración de las solicitudes.
- Disposiciones legales.

— Directorio.

La Guía que, como se deduce de lo expuesto, es un producto muy ambicioso y muy complejo, se encuentra en estos momentos en fase de experimentación, instalada en media docena de Ayuntamientos vascos con objeto de validar las hipótesis sobre las que se sustenta su diseño: el ámbito, el esquema de acceso a la información y la información contenida sobre cada prestación. Es previsible que a comienzos o mediados del noventa y cinco se proceda ya a su instalación con carácter general.

## 5. ALGUNAS CONCLUSIONES

El diseño y puesta en marcha del sistema de información sobre servicios sociales de la Comunidad Autónoma se presenta por tanto como una operación compleja, que sólo puede completarse a medio plazo, abordando para ello, simultáneamente y de forma coordinada las siguientes tareas:

- Elaboración del modelo de sistema de información al que se pretende llegar para el correcto funcionamiento del sistema de servicios sociales. Ello implica la realización de tareas tales como la identificación de las variables que es preciso controlar, el estudio de la forma más adecuada de conseguir los datos y de los circuitos parciales por donde en la actualidad fluye la información, la ordenación de los datos de acuerdo con su carácter general o especializado, el diseño de nuevos circuitos para el mantenimiento actualizado de la información...
- Implantación a nivel comunitario de un único sistema de recogida de información sobre beneficiarios y demandantes de servicios sociales, coherente con las conclusiones a las que se llegue en el punto anterior.
- Revisión de los tres trabajos independientes puestos hasta la fecha en marcha, la Estadística, el Gasto y la Guía, con objeto de coordinar la recogida de información, evitar duplicidades e ir ajustando sus requerimientos al sistema de información que se vaya perfilando.

La puesta en marcha de un sistema de información como el que se propone, basado prácticamente en instrumentos ya existentes, va a suponer, sin lugar a dudas, un importante avance en la consolidación del sistema de servicios sociales, para

cuya racionalización resulta un elemento imprescindible, pero no agota todas las posibilidades. En definitiva, y en ello están trabajando países más avanzados en el campo de los servicios sociales, el objetivo que persigue este sistema particular de protección, su «producto», es la mejora de las condiciones de vida de los sectores sociales más desfavorecidos y este «producto», que por el momento sólo puede intentarse medir parcial o sectorialmente a través de instrumentos de evaluación cualitativos, no puede ser medido por el sistema de información propuesto. Bueno será tener en cuenta en el desarrollo de los

trabajos esta importante limitación, porque un sistema que permite comparar prestaciones, costes, beneficiarios, plazas... pero no entra en lo esencial, no cuestiona su fundamento, la mejora de las condiciones de vida, es un sistema de información «cojo» que, al menos, debe ser consciente de sus limitaciones. Los esfuerzos de los técnicos y estudiosos de los servicios sociales de otros países se orientan en esa dirección y, a largo plazo, ese hecho no puede en modo alguno ser desconsiderado.

**Julio Díaz**

# EL ESPACIO SOCIOSANITARIO. PROPUESTA DE ACCION A CORTO PLAZO EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO

Conferencia pronunciada en el 5.º CURSO DE GERIATRIA «Ciudad de San Sebastián» organizado por la Dra. Isabel Genua y el Dr. Enrique Arríala, de la Fundación José Matía Calvo, de Donostia - San Sebastián.

## 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 necesi-

dad 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, enfermos y, por otra, en situación de desprotección, necesitados de ayuda por falta de suficiente apoyo de su entorno socio-familiar: personas mayores con enfermedades crónicas invalidantes y demencias seniles buscando un centro resi-

dencial, 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 perteneciesen 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* 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 Ayunta-

mientos. Pero ni en la legislación sanitaria (Ley General de Sanidad, Ley de OSAKI-DETTA) 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. En los últimos tiempos, la multiplicación de contactos está favoreciendo un positivo cambio de actitud.

### **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.

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:

9 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 casos, 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 socio-familiar 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 las 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 y el de enfermos mentales crónicos los que presentan cuantitativa y cualitativamente mayores necesidades por lo que deben 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 ma-

nera 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 mejoría 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 lo 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.

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 a 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.

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 per-

sonas que necesitan cuidados tanto sanitarios como sociales, son CENTROS Y LUGARES SOCIOSANITARIOS 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, ensimismados, 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.

#### **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 estableci-

miento 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.

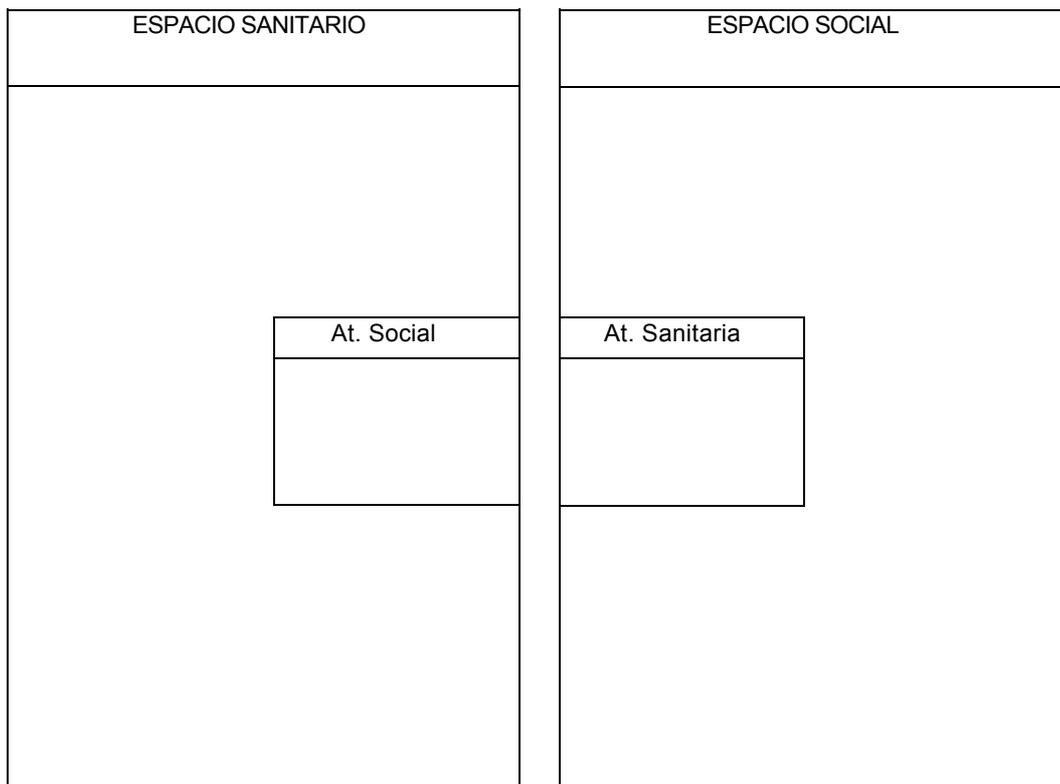
c) Carácter de los miembros: personal técnico con responsabilidades de gestión.

##### **d) Funciones generales:**

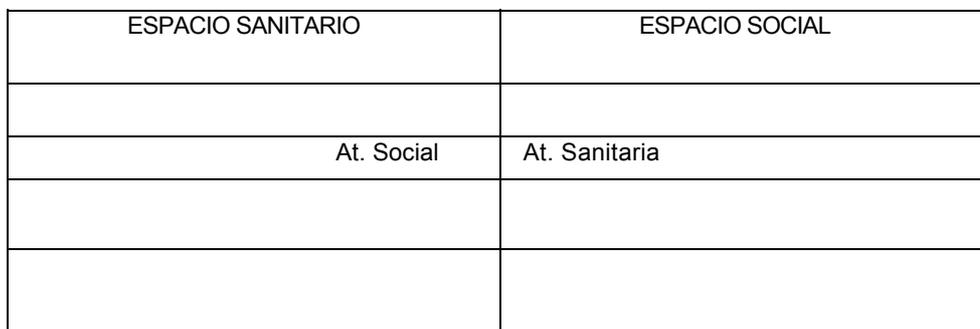
- Generar, en los responsables de ambas redes, la necesidad de la coordinación entre ellos.
- Establecer el marco de actuación de las Mesas de Trabajo.
- Detectar y definir las situaciones y dispositivos donde se plantean problemas sociosanitarios.
- Definir las prioridades de acción en función del volumen 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

LA CREACION DEL ESPACIO SOCIO-SANITARIO

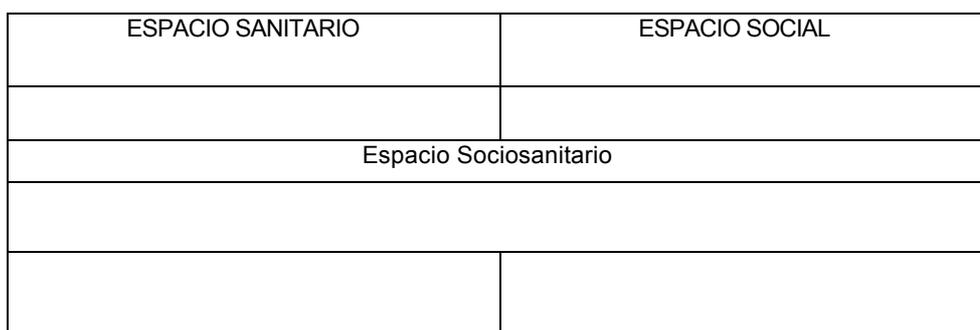
FASE 1 - SEPARACION ORGANIZATIVA Y FUNCIONAL



FASE 2 - SEPARACION ORGANIZATIVA Y COORDINACION FUNCIONAL



FASE 3 - COORDINACION FUNCIONAL Y ESPACIO SOCIOSANITARIO CONJUNTO



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 necesiten.
- 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 OSA-KIDETZA, Diputaciones, Ayuntamientos y Departamento de Trabajo y Seguridad Social.

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

— Procedimientos administrativos:

- Estudiaría la simplificación de los mecanismos administrativos, 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.
- Ortoprótisis y ayudas técnicas.

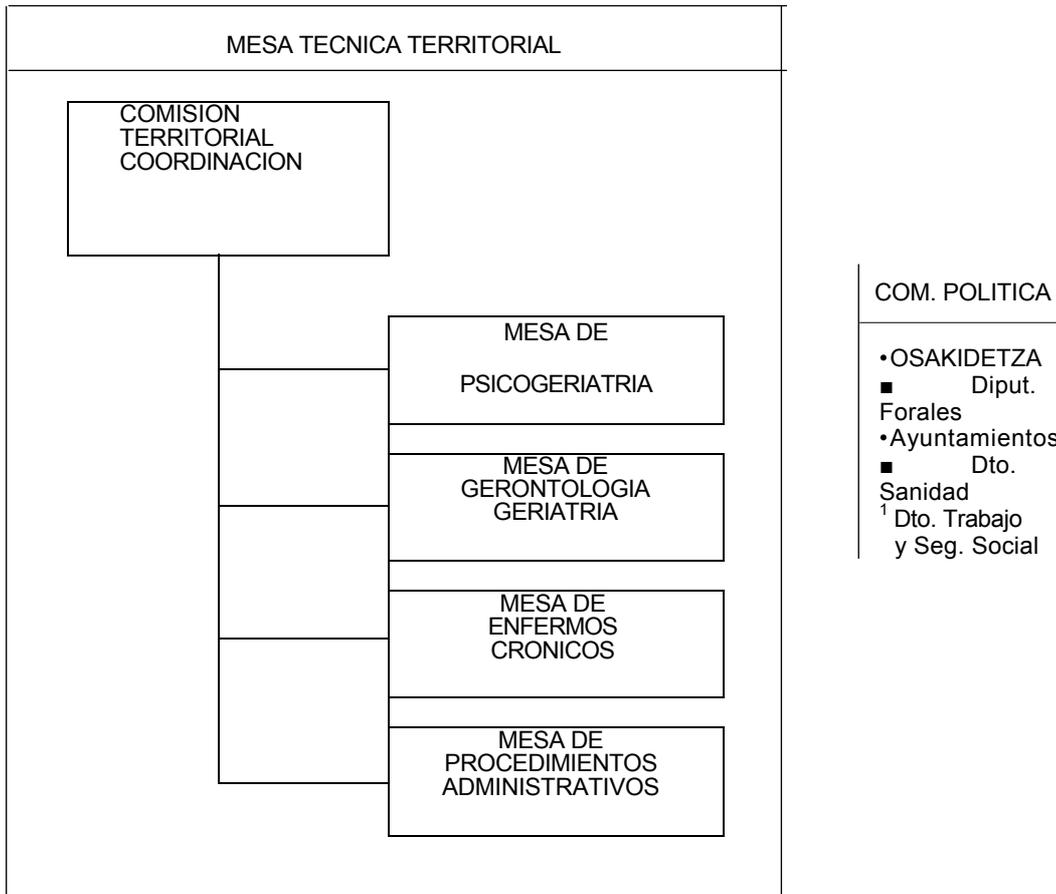
No resulta necesario ni conveniente, para el desarrollo del proceso, la constitución simultánea de todas las Mesas Sectoriales de Trabajo. Estas deberían ponerse en marcha a medida que la situación lo exigiese, y se consideren necesarias para hacer frente a problemas realmente existentes.

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 bá-

ESPACIO SOCIOSANITARIO FASE DE APROXIMACION Y  
COORDINACION ORGANOS OPERATIVOS



sicos que garanticen una buena coordinación y que, a título enunciativo señalamos:

1. Delimitaciones territoriales, sanitarios y sociales, homogéneas a nivel de Area 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 Area 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 conoci-

miento tanto de usuarios como de profesionales.

6. Analizar 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 Area, 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 estableci-

miento de un sistema socio-sanitario integral e integrado, como culminación de la tercera fase señalada como de creación de un espacio común denominado socio-sanitario.

### 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, la apertura de nuevas formas de intervención implican esfuerzos administrativos, técnicos y también económicos y la creación y puesta en marcha del espacio socio-sanitario 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.

### NUEVO MODELO FINANCIERO

| COSTE TOTAL   |                   |                     |
|---|-------------------|---------------------|
| C<br>O<br>N<br>T<br>E<br>N<br>I<br>D<br>O               | MODULO SANITARIO  | MODULO SANITARIO    |
|   | Atención Médica   | Hostelería          |
|   | Enfermería        | Animación           |
|   | Rehabilitación    | Integración Social  |
| F<br>I<br><br>N<br>A<br>N<br>C<br>i<br>A<br>D<br>O<br>R | SISTEMA SANITARIO | USUARIO             |
|   |                   | INSTIT. TERRITORIAL |
|   |                   | INSTIT. MUNICIPALES |

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 exis-

ten 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.

# SERVICIO DE ATENCION A LA MUJER VICTIMA DE MALOS TRATOS Y AGRESIONES SEXUALES. DOS AÑOS DE EXPERIENCIA EN BIZKAIA

El año 1992 el Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Bizkaia, en convenio con Emakunde, y la Universidad del País Vasco, puso en funcionamiento un programa de asistencia psicológica a la mujer víctima de malos tratos y agresiones sexuales.

Este programa es realizado por un equipo de la Universidad del País Vasco perteneciente al Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología, dirigido por Enrique Echeburua, Catedrático de Psicología Clínica, y por Paz Corral, profesora titular de Terapia de Conducta, ambos de la citada Universidad, junto con cuatro psicólogas clínicas.

La trayectoria profesional de este equipo en el campo del maltrato y la agresión sexual a la mujer ha permitido desarrollar y estudiar de forma sistemática la evaluación de las consecuencias psicológicas del maltrato doméstico y de las agresiones sexuales, así como desarrollar una línea de tratamiento.

Fruto de este trabajo y de la necesidad de las instituciones de dar respuesta a las demandas que con asiduidad son presen-

tadas por el colectivo de mujeres maltratadas, se creó este programa de atención psicológica a víctimas de agresiones sexuales y de maltrato físico o psíquico.

El convenio tiene una periodicidad anual, y como consecuencia del mismo, se puso en funcionamiento un Centro en Bilbao en mayo de 1992. Debido al origen de las demandas que se han ido recibiendo a lo largo del tiempo de funcionamiento de este Centro, el Convenio de 1994 recoge la ubicación de un nuevo centro en Durango, de esta forma, desde febrero de este año, el centro en Durango se encarga de la atención a las demandas que proceden de los municipios integrados en la Mancomunidad de la Merindad de Durango y el Municipio de Ermua, reservándose el situado en Bilbao para el resto de la población femenina residente en el Territorio Histórico de Bizkaia.

Estos centros trabajan con dos grandes problemáticas de la mujer: agresiones sexuales y maltrato doméstico. Pero ¿qué se entiende por agresión sexual?, ¿qué es el maltrato doméstico?, ¿qué características tienen las personas que los sufren?, ¿qué

tratamiento reciben? Intentando responder a estas cuestiones se desarrollan los siguientes apartados:

## AGRESIONES SEXUALES

Existe una distinción del concepto de agresión sexual, según se enfoque desde una perspectiva jurídica o bien desde un enfoque psicológico.

Jurídicamente se distinguen los siguientes delitos:

**Violación:** Agresión sexual a una persona, sin consentimiento de la misma, con penetración vaginal, anal o bucal. Se considera violación cuando este comportamiento se realiza por la vía de la fuerza, o de la intimidación, cuando la víctima no está en el uso de sus facultades (bien por una minusvalía psíquica, bien por una alteración mental transitoria) o cuando es menor de 12 años.

**Delito contra la libertad sexual:** Cualquier otra agresión sexual a una persona, sin consentimiento de ella, que no implique penetración vaginal, anal, bucal o intento de la misma.

**Estupro:** Se define como relación sexual con una persona mayor de 12 años y menor de 18, de la que se obtiene el consentimiento por medio del engaño, de la superioridad o del abuso de autoridad.

**Incesto:** Relación sexual entre los miembros de una misma familia.

Desde un enfoque psicológico la agresión sexual es cualquier actividad sexual no acordada a la que se llega mediante la utilización de la coacción, amenaza o uso de la fuerza.

Desde un punto de vista psicológico, lo significativo reside en que la mujer se percibe a sí misma objeto de una agresión sexual, independientemente de las formas y circunstancias en las que se haya llevado a cabo la agresión.

Desde el comienzo del funcionamiento de este Servicio hasta la fecha (octubre 94), 30 mujeres han sido atendidas como consecuencia de agresiones sexuales, correspondiendo al año 1993, 16 casos (todos los datos que se van a mencionar en el resto del artículo son referidos al año 93, porque no se dispone de los datos de la Memoria final del año 94).

Las edades de estas mujeres oscilan entre los 15 y 35 años, situándose la media en 28 años.

En consonancia con esta edad están sus características, puesto que la mayoría son solteras, sin hijos, estudiantes y con un nivel socio-económico que podría calificarse de medio.

En cuanto al tipo de agresión sufrida por estas mujeres, el 50% de ellas han sido violaciones de acuerdo con la definición jurídica de la misma que anteriormente se ha citado, siendo la mitad restante víctimas de delitos contra la libertad sexual.

De todas las víctimas tratadas, el 62% de las mismas eran lo que se denomina recientes, esto es, que no ha transcurrido un período superior a tres meses desde que se ha cometido el delito, siendo el 48% restante víctimas no recientes o que han sufrido abusos sexuales durante su infancia; de este último grupo un 10% son víctimas de incesto.

El impacto psicológico de este tipo de agresiones no es el mismo en todas las mujeres, puesto que depende de muchos factores individuales como la edad, el equilibrio psicológico anterior, el apoyo social actual, las relaciones afectivas, etc.

Sin embargo, el cuadro clínico más frecuentemente identificado en estas víctimas es el trastorno de estrés postraumático.

Ahora bien, existen una serie de síntomas característicos más frecuentes en los tres primeros meses, cuales son:

- Ansiedad generalizada.
- Disminución del deseo sexual, otras disfunciones sexuales.
- Fobias.
- Pensamientos obsesivos en relación con la agresión: pesadillas, pensamientos recurrentes...
- Disminución de la actividad social, lúdica, laboral...
- Síntomas psicofisiológicos: problemas gastrointestinales, genitourinarios, disminución del apetito, fatiga...
- Sentimiento de baja autoestima.

A medio y largo plazo, los síntomas más frecuentes son:

- Ansiedad fóbica.
- Pensamientos obsesivos.
- Depresión.

En relación con los medios utilizados por el agresor para cometer su acto, en todos los casos atendidos (100%) por el programa, se dan amenazas verbales, en el 60% de los casos se ha utilizado la violencia física y en un 25% se ha utilizado

un arma (navaja, cuchillo, etc.), como medio coactivo.

Uno de los aspectos importantes de estos actos es la denuncia de los mismos. Normalmente sólo una mínima parte de ellos son denunciados, y esto es debido, entre otras cosas, a:

- Falta de información y desconfianza respecto al trato y eficacia de la policía y del sistema judicial.
- El miedo a represalias por parte del agresor; en el 50% de los casos de agresión sexual los violadores son conocidos de la víctima.
- Por la reacción de temor y el grado de confusión que provoca la vivencia inmediata a la agresión sexual.

En el caso de las mujeres atendidas en este programa, un 68% ha denunciado esta agresión, y este porcentaje relativamente alto es debido a que la mayor parte de las mujeres que llegan a este servicio son remitidas por el Juzgado, policía, médico forense, etc., es decir, previamente a acudir al servicio han denunciado el hecho.

## **MALTRATO DOMESTICO**

Al hablar de maltrato doméstico, nos referimos a las agresiones físicas, psíquicas, sexuales o de otra índole, llevadas a cabo reiteradamente por parte de un familiar (generalmente el cónyuge), que causan daño físico y/o psíquico y vulneran la libertad de otra persona.

El maltrato doméstico puede ser dividido en dos grandes grupos: maltrato físico y maltrato psíquico.

Las agresiones físicas siempre conllevan el maltrato psicológico, no ocurriendo lo mismo a la inversa.

El número total de víctimas de maltrato doméstico atendidas por este programa, hasta la fecha, es de 314, correspondiendo 146 mujeres al año 1993. De estas mujeres aproximadamente el 50% son víctimas de maltrato físico y el otro 50% de maltrato psicológico.

La mayoría de estas mujeres son casadas y con hijos, y su edad oscila entre los 22 y los 70 años, pero un porcentaje muy elevado se encuentra en edades comprendidas entre los 23 y 47 años. Situándose la media en 30 años.

En cuanto a los medios coactivos empleados en el maltrato, en el 97% de los casos se produce amenaza verbal, en el

82% violencia física y un 21% violencia física con objetos o armas.

El maltrato doméstico crea una situación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal. La violencia repetida e intermitente, crea en la mujer una ansiedad extrema y unas respuestas de sobresalto permanente.

Si bien, como en el caso de las agresiones sexuales, los trastornos que provoca en la mujer son muy diversos, sí se pueden citar unos síntomas como más frecuentes:

- Sensación permanente de temor.
- Trastornos del sueño.
- Dificultades de concentración y ansiedades selectivas.
- Trastornos psicossomáticos.
- Pensamientos obsesivos en relación con el maltrato y el maltratador.
- Pesadillas referidas a las situaciones de maltrato.
- Aislamiento social y ocultación de lo ocurrido.
- Sentimiento de culpa por las conductas que ella realizó para evitar la violencia: mentir, encubrir al agresor, tener contactos sexuales a su pesar, maltratar a los hijos, etc.
- Baja autoestima.

Toda esta serie de características se hacen aún más comprensibles al tener en cuenta la duración del maltrato.

Según los casos atendidos durante todo el año 93 por el programa de atención a las víctimas de malos tratos y agresiones sexuales, encontramos los siguientes datos.

### **Período de tiempo de Maltrato Físico y Psíquico**

- Más de 10 años ..... (60%)
- Más de 5 años ..... (21%)
- Entre 1 y 4 años ..... (17%)
- Menos de 1 año ..... (2%)

### **Período de tiempo de Maltrato Psicológico**

- Más de 10 años ..... (59%)
- Más de 5 años ..... (12%)
- Entre 1 y 4 años ..... (20%)
- Menos de 1 año ..... (9%)

Como queda reflejado en estas tablas, más del 50% de las mujeres atendidas han sufrido este maltrato durante más de 10 años; no es por tanto de extrañar la apa-

rición de los síntomas que se han enunciado.

La tolerancia o el aguante ante estos comportamientos violentos en el núcleo familiar está relacionado con diversos aspectos, como el temor a hacer pública en el medio social una conducta tan degradante; con las posibles consecuencias «negativas» derivadas de la separación; con el miedo a represalias por parte del agresor, y sin olvidar por último el estado psicológico de la víctima, que cuantos más años de maltrato soporta cronifica las secuelas y aumenta la dificultad para ser capaz de romper esta situación y consecuentemente salir de ella.

Distinguiendo los dos grandes grupos establecidos dentro del maltrato doméstico (físico y psicológico) y de acuerdo con el tipo de actos más comunes, se encuentran:

- Maltrato físico: puñetazos, bofetadas, estrangulamiento, empujones y agresiones sexuales.
- Maltrato psicológico: Insultos, humillaciones, desvalorización y amenazas.

En la actualidad es difícil estimar la verdadera incidencia del maltrato doméstico, puesto que sólo se denuncia una mínima parte de los casos, y los datos existentes no parecen representativos de la verdadera incidencia.

En los casos atendidos en este centro, alrededor de un 25% ha denunciado ser víctima de malos tratos.

No obstante, la violencia doméstica supone la causa más común de lesiones en la mujer, más incluso que en los casos de accidentes de coche, robos y de violaciones.

La dificultad, en la denuncia de los malos tratos, radica principalmente en que así como la agresión física suele ser, en muchos casos, fácilmente demostrable por las secuelas que produce, la coacción psíquica y las consecuencias de ella son muy difíciles de probar. De ahí se explica el escaso número de denuncias por este maltrato psíquico y en consecuencia el mayor grado de indefensión en que se encuentran las personas afectadas.

## TRATAMIENTO

Básicamente, en el Servicio de Atención a la Mujer Víctima de Malos Tratos y Agresiones Sexuales se han llevado a cabo dos tipos de programas asistenciales.

El primero ha sido orientado a víctimas de maltrato físico y/o psíquico, mientras que el segundo ha sido establecido para víctimas de agresiones sexuales.

El tratamiento tiene una duración entre dos y cuatro meses aproximadamente.

Posterior al tratamiento se continúa con una fase de seguimiento (1, 3, 6 y 12 meses), en donde la víctima es reconocida periódicamente para comprobar si los efectos al final del tratamiento se mantienen con el paso del tiempo.

El tiempo de intervención psicológica proporcionada se ha diferenciado en tres apartados:

Asesoramiento, apoyo y tratamiento individuales.

El asesoramiento hace referencia a una primera orientación e información solicitadas por la mujer que le permite conocer las diferentes opciones y ayudas existentes para resolver su problemática. El apoyo es un tipo de tratamiento no estructurado dirigido a proporcionar a la víctima pautas concretas de actuación para la resolución de problemas. El tratamiento individual se refiere a una terapia estructural con técnicas psicológicas específicas dentro de una línea cognoscitiva-conductual, para el control y recuperación de su vida y entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

Atendiendo al tipo de asistencia ofrecida y con datos de 1993, encontramos:

## TIPO DE ASISTENCIA

### Maltrato doméstico

- Asesoramiento ..... (42%)
- Apoyo ..... (30%)
- Tratamiento individual . (28%)

### Agresiones sexuales

- Apoyo ..... (19%)
- Tratamiento individual . (81%)

En cuanto a resultados en el tratamiento, aún cuando se han dado bajas en 17 casos del total atendido en el año 1993, de las mujeres que han seguido tratamiento, un 60% han sido dadas de alta durante ese año y un 40% se encontraban en fase de seguimiento periódico. A la vista de estos resultados se puede hablar de una satisfacción de los mismos, por cuanto se aprecia claramente una efectividad del tratamiento, en la mayor parte de los casos.

pudiendo observar también que la mejoría conseguida se mantiene a lo largo del tiempo.

Además de estos tres apartados de trabajo, este año 1994 se ha introducido como un elemento adicional al tratamiento individual la terapia de grupo, dirigida únicamente al grupo de mujeres víctimas de malos tratos.

Por último, y para concluir este artículo, parece importante responder a otra cuestión de gran necesidad como es ¿qué hacer de forma inmediata tras una agresión?

Lo primero acudir a un centro médico si hay lesiones físicas, pedir que le hagan un reconocimiento para tener con ello el certificado médico correspondiente.

#### **Fuentes documentales**

Echeburua, Enrique: «Personalidades violentas». Ediciones Pirámide.  
Memoria 1993 del Programa de «Atención Psicológica a Víctimas de Agresiones Sexuales y de Maltrato Físico y/o Psíquico».

Inmediatamente después, denunciarlo en la Comisaría de la Policía (091), Ertzaintza (088) o Policía Municipal (092). Entregando el certificado médico y declarando las circunstancias en que sufrió la agresión.

Y por último, en el caso de Bizkaia ponerse en contacto con el Servicio de la Mujer de la Diputación Foral, donde se prestaría atención psicológica, asesoramiento, etc. Teléfono 4244415.

**Departamento de Bienestar Social  
Servicio de Planificación y Apoyo  
Técnico de Servicios Sociales**

Entrevista con Belén Sarasua, doctora en psicología y psicóloga clínica del equipo encargado del programa de «Atención Psicológica a Víctimas de Agresiones Sexuales y de Maltrato Físico y/o Psíquico».

# EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL MARCO DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO

## 1. INTRODUCCION

Tradicionalmente, la intervención de los Servicios Sociales ha requerido la separación del anciano atendido de su ámbito natural de vida y su incorporación a circuitos especiales, motivando el rechazo explícito de los usuarios potenciales.

Con objeto de subsanar tal error, un criterio básico en la aplicación de las políticas modernas de atención social —especialmente en las correspondientes al sector de la tercera edad— consiste en buscar y desarrollar fórmulas alternativas ligeras —de fácil implantación y menor coste— frente a los servicios especializados y residenciales.

Esta filosofía coincide con los planteamientos expuestos en la XXVIII Sesión de la Asamblea General de la O.N.U. (1973), documento A/9128 —Anexo III— «Question of the elderly and the aged», y con las propuestas de la «Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento» (Viena, 1982), propiciada por la ONU.

En idéntico sentido se manifiesta la Ley de Servicios Sociales de Euskadi (Ley 6/1982, de 20 de mayo), que en su artículo 3.4 afirma:

«El apoyo a la tercera edad debe realizarse mediante servicios tendentes a mantener al anciano en su entorno social, a promover su desarrollo socio-cultural y, en su caso, a procurarle un ambiente residencial adecuado».

En el contexto de los diversos modelos alternativos a la solución residencial estricta, merece interés especial el Servicio de Ayuda Domiciliaria (S.A.D.).

Es éste un servicio de reciente instauración en la Comunidad Autónoma del País Vasco; en este sentido, las primeras experiencias datan del período 1983-85.

Desde un principio se optó por implantar un modelo intensivo de atención, con una dedicación horaria/usuario superior a la practicada en la mayoría de los países de nuestro entorno que cuentan con una dilatada trayectoria en la prestación del S.A.D.

Desde un principio, se optó por implantar un modelo intensivo de atención, con una dedicación horaria/usuario superior a la practicada en la mayoría de los países de nuestro entorno que cuentan con una dilatada trayectoria en la prestación del S.A.D.

Por el contrario, la extensión o cobertura demográfica actual del servicio en la C.A.P.V., cifrada en un 2,5-3%, valor promedio, con ser la más elevada entre las Comunidades Autónomas del Estado español, es netamente inferior a la detectada en dichos países (diciembre 1989):

|                   |       |
|-------------------|-------|
| Dinamarca .....   | 20,5% |
| Suecia .....      | 18,4% |
| Finlandia .....   | 18,4% |
| Reino Unido ..... | 12,5% |
| Holanda .....     | 8,8%  |
| Francia .....     | 6,1%  |
| Bélgica .....     | 6,0%  |

En nuestro ámbito se presenta una situación sumamente paradójica: a nivel residencial se está atendiendo a un alto número de personas autónomas, que con un mínimo apoyo podrían llevar una vida independiente y, por contra, la atención domiciliar presta ayuda, en muchos casos, a personas, que requieren más bien una solución de tipo residencial, dado su alto grado de discapacidad.

## 2. COMPETENCIAS DE LAS INSTITUCIONES PUBLICAS

### GOBIERNO VASCO

Al Gobierno Vasco le corresponden, entre otras, las siguientes competencias:

- Ejercicio de la iniciativa legislativa y de la potestad reglamentaria en la materia.
- Planificación general de los Servicios Sociales en el ámbito de la C.A.V., al objeto de determinar prioridades, evitar desequilibrios territoriales y establecer niveles mínimos de prestaciones.
- Formación de personal cualificado.

### DIPUTACIONES FORALES

Las Diputaciones Forales tienen las siguientes competencias:

- Establecer los criterios generales de actuación en la prestación del Servicio.

- Promover, coordinar y programar el Servicio a nivel territorial.
- Elaborar las estadísticas y los estudios que se requieran para determinar las necesidades a cubrir dentro de su territorio y obtener la mejora continua del Servicio.
- Participar en la financiación del Servicio.
- Prestar asesoramiento técnico a los Ayuntamientos.

## AYUNTAMIENTOS

Corresponde a los Ayuntamientos:

- Gestionar y ejecutar el Servicio.
- Decidir la fórmula de gestión y contratación más idónea para garantizar el Servicio más adecuado, seleccionando los profesionales o, en su caso, la empresa concesionaria.
- Detectar las necesidades existentes en el municipio en relación con el Servicio.
- Coordinar los recursos existentes para la financiación del Servicio.
- Valorar y resolver las solicitudes de acceso al Servicio.
- Definir el nivel de atención al usuario y la intensidad del Servicio.
- Determinar la aportación económica de los usuarios.
- Coordinar al S.A.D. con el resto de prestaciones y recursos existentes.
- Realizar un seguimiento continuo de la situación de los usuarios y evaluar la calidad del Servicio.
- Recoger información sobre la demanda no atendida por el S.A.D.
- Remitir la información necesaria al Área de Servicios Sociales de la Diputación Foral correspondiente.

## 3. DEFINICION

La Ayuda a Domicilio es un servicio polivalente, orientado a las personas que presentan problemas para la realización de las actividades elementales de la vida diaria, proporcionándoles atención directa en el propio hogar, mediante intervenciones específicas que favorezcan su permanencia e integración en su entorno habitual, y

compensen su restricción de autonomía funcional.

Por tanto, constituye una prestación básica del Sistema Público de Servicios Sociales, que ofrece un servicio integral de apoyo a las personas y a las familias, para garantizar su autovalidez en el propio hogar.

Asimismo, el Servicio de Ayuda a Domicilio (S.A.D.), aporta compañía, seguridad y comunicación, contrarrestado el proceso evolutivo de aislamiento y marginación, vinculados, a menudo, con la pérdida de autonomía y funcionalismo referidos.

El principal factor determinante del acceso de los solicitantes al S.A.D., no es su nivel de ingresos, estado de salud o situación de soledad, sino la existencia de una limitación —variable en cuanto a su etiología, intensidad y duración— para desenvolverse en las actividades básicas cotidianas: higiene personal, preparación de comidas, compras, limpieza de la casa, etc.

#### **4. OBJETIVOS DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO**

##### **4.1. Objetivo General**

Prestar atención, de índole diversa y en propio domicilio, a las personas y familias cuando se hallen en situaciones que limitan su autonomía personal, reducen su seguridad y deterioran sus relaciones sociales.

##### **4.2. Objetivos específicos**

- a) Colaborar en el mantenimiento del usuario en su entorno habitual.
- b) Completar la labor de la familia cuando ésta no pueda responder adecuadamente a todas las necesidades del usuario.
- c) Mejorar la calidad de vida de los usuarios, potenciando su autonomía, seguridad y relaciones sociales.
- d) Apoyar a los usuarios en la realización de aquellas tareas de la vida diaria que no puedan ejercitar por sí solos, estimulando el desarrollo de sus propias capacidades.
- e) Evitar o retrasar el ingreso en Instituciones de aquellas personas que no lo deseen o no lo necesiten, pro-

porcionándoles una alternativa más acorde a su situación.

- f) Prevenir el riesgo de marginación, aislamiento o abandono de las personas con autonomía limitada.

#### **5. FUNCIONES DEL SERVICIO**

El S.A.D. debe ayudar al beneficiario en la realización de actividades que no pueda ejecutar por sí mismo o con el apoyo familiar debido, fomentando el desarrollo de sus propias capacidades, sin incurrir en el posible error de aumentar su nivel de dependencia.

Las principales prestaciones del Servicio deben ser:

1. Cuidado y aseo personal: ayuda para vestirse y desvestirse, levantarse de la cama, comer, incorporarse del asiento, desplazarse, control y seguimiento de la toma de medicamentos simples y prescritos por el médico, higiene personal, etc..
2. Realización de tareas domésticas para el mantenimiento de la casa: limpieza de la casa, lavado de ropa, compras elementales de artículos para el consumo diario, hacer la cama, preparar la comida, pequeños arreglos de la casa y de la ropa de uso personal, etc..
3. Especial interés tiene la ayuda prestada a domicilio en función de las necesidades que la persona y/o la familia presentan y que requiere apoyos profesionales más específicos y especializados: actividades tendentes a evitar el aislamiento social, fomento de habilidades sociales de cara a una mejor integración social, asesoría en la utilización de ayudas técnicas, realización de gestiones, etc..

Se excluirán como funciones propias del S.A.D. las no incluidas en los apartados previos, como por ejemplo:

- Realización de arreglos de la casa de cierta entidad, tipo pintar o empapelar paredes.
- Prestación del servicio en horario nocturno o fuera de las horas estipuladas para cada usuario.
- Prestar atención a otros miembros de la familia o allegados que convivan en el mismo domicilio, cuando

el usuario del servicio sea una persona en concreto.

- Limpieza general de la casa de gran intensidad.
- Tareas que precisen esfuerzos físicos por parte del auxiliar que pongan en peligro su salud, como sentar en una silla de ruedas a una persona totalmente incapacitada.
- Ir a buscar al usuario a un lugar que no sea su domicilio habitual, salvo caso excepcional.
- Tareas no previstas en el Informe Social elaborado sobre cada solicitud por los Servicios Sociales del Ayuntamiento.

Asimismo, quedan rigurosamente excluidas las atenciones de carácter sanitario, ya que implican una especialización de la que el auxiliar domiciliario carece:

- Tomar la tensión arterial.
- Tratamiento de úlceras y escaras.
- Apoyo en la ejecución de ejercicios de mantenimiento o rehabilitación.
- Poner inyecciones.
- Colocar o quitar sondas.
- Suministrar medicamentos que requieren un cierto grado de conocimiento por parte de la persona que lo administra.

## 6. PERFIL DEL AUXILIAR DOMICILIARIO

Se empleará esta denominación por ser la más aceptada para referirse a los trabajadores del S.A.D. Deberá poseer las siguientes características:

1. Experiencia en labores domésticas.
2. Delicadeza en el trato personal.
3. Sensibilidad en las relaciones humanas.
4. Formación específica sobre el contenido del servicio.
5. No deberán existir lazos familiares o de convivencia entre el trabajador y el usuario.
6. Ayudará a los usuarios para que puedan continuar viviendo en su hogar con la mayor comodidad y seguridad posibles.
7. Realizará con diligencia las tareas encomendadas por el responsable del servicio.

8. Colaborará con los Servicios Sociales de Base en el seguimiento y evaluación continuada de la situación de los beneficiarios del S.A.D., informando de cualquier incidencia negativa para la calidad de vida de éstos.

Se observará que el contenido básico de trabajo que realiza el Auxiliar Domiciliario consiste en tareas menajeras típicas; eso sí, debidamente diferenciadas de las que corresponden a las denominadas «in-terinas» o a las de «ama de casa».

El conjunto de características apuntadas —delicadeza en el trato, sensibilidad en las relaciones humanas, adecuado nivel de conocimiento, etc.— habrán de ser tenidas en cuenta en el momento de proceder a la contratación de las personas que van a intervenir en los programas de Ayuda a Domicilio.

## 7. FUNCIONES ESPECIFICAS DEL ASISTENTE SOCIAL EN EL S.A.D.

1. Detección y estudio de los casos a atender.
2. Control de cumplimiento cuantitativo y cualitativo del programa, con carácter individualizado.
3. Proponer la intensidad del servicio en cada caso.
4. Relación directa con los usuarios: recepción y trámite de quejas, evaluar grado de cumplimiento y satisfacción, etc..
5. Relación directa con los Auxiliares Domiciliarios.

En un principio, el asistente Social no debe hacerse cargo de los aspectos gerenciales y administrativos del servicio, que requieren la contratación específica de un gerente.

No obstante, en el supuesto de los Ayuntamientos que no disponen de un Departamento de Servicios Sociales, los Asistentes Sociales a menudo se ven en la necesidad de compaginar sus funciones específicas con alguna de tipo administrativo, en tanto que la infraestructura municipal no permita mejor solución.

## 8. TIPOLOGIA Y SELECCION DEL USUARIO

En líneas generales, podrá ser usuario del S.A.D. toda persona que debido a una restricción de su autonomía, sea incapaz

de realizar, sin notable dificultad, las actividades de la vida diaria.

En base a esto, se puede establecer la siguiente clasificación de usuarios:

- **Tercera Edad:** Considerando como tal las personas mayores de 65 años, constituye el grupo mayoritario de beneficiarios del S.A.D.
- **Minusválidos:** Físicos, psíquicos y sensoriales, en función de su incapacidad y no de su condición.
- **Otros:** Enfermos terminales (cáncer), lesiones o enfermedades de carácter temporal que precisan ayuda momentánea de esta índole, familias o adultos con problemática social acentuada, enfermos psíquicos de cualquier edad, gestantes en situación de alto riesgo, etc..

Con respecto al colectivo de la tercera Edad, que supone 2/3 o más del total de usuarios del S.A.D., existen múltiples escalas de incapacidad que permiten discernir aquellas características que hacen de un anciano sujeto del S.A.D., siendo la Escala de Incapacidad de Guttman la empleada con mayor frecuencia.

Esta escala consta de un total de once niveles de incapacidad, a saber:

1. No puede hacer por sí solo la compra, la limpieza, la colada.
2. No utiliza transporte público sin compañía.
3. No sale de casa sin compañía.
4. No puede cocinar por sí solo.
5. No puede lavarse sin ayuda.
6. No puede vestirse sin ayuda.
7. No puede desvertirse sin ayuda.
8. No puede usar el W.C. sin ayuda.
9. No puede sentarse o permanecer de pie sin ayuda.
10. No puede salir de la cama sin ayuda.
11. No puede comer sin ayuda.

Esta escala aconseja que a partir del nivel 6, y sobre todo del nivel 8 de discapacidad, una persona de edad avanzada no debe ser atendido por el S.A.D., por no considerarlo «usuario tipo» del mismo, requiriendo otro tipo de servicio.

Asimismo, se puede establecer una aproximación al grado de incapacidad mediante el análisis de cuatro factores:

- A. Restricción de la movilidad de las extremidades.
- B. Restricción de la capacidad de autocuidado.
- C. Restricción de la salud mental.
- D. Factor de corrección.

Se podrá obtener una aproximación fiable del nivel de incapacidad del solicitante del servicio, agrupando las respuestas a las preguntas contenidas en los epígrafes «A», «B» y «C», en cuatro categorías: «NO», «BAJO», «MEDIO» y «ALTO».

De este modo, solamente aquellas personas cuyas respuestas se correspondan con los grados «BAJO» y «MEDIO» de incapacidad, podrán ser consideradas como «usuario tipo» del S.A.D.

Por otro lado, tanto los que responden en torno al nivel «NO» como los que lo hacen en torno al «ALTO», no deberán ser considerados, en principio, usuarios del S.A.D., «por defecto» y «por exceso», respectivamente.

El denominado «Factor de Corrección» incluye tanto el modo de convivencia del solicitante como las condiciones de su vivienda.

Su finalidad es corregir el nivel de incapacidad identificado por los otros tres factores, valorando como situación de mayor gravedad, ante idéntico grado de discapacidad, aquella que asocie, por ejemplo, la variable «vivir en soledad» frente a «contar con apoyo familiar».

El S.A.D. es un servicio público al alcance de toda persona que reúna las características definidas en cuanto a falta de autonomía personal, con independencia de su situación económica, que no influirá en el momento de establecer su necesidad de atención.

Los ingresos del usuario se valoran, únicamente, a la hora de concretar su participación económica en la financiación del Servicio.

Cada solicitud de Ayuda a Domicilio será estudiada por los Servicios Sociales del Ayuntamiento, los cuales emitirán, por medio de sus Asistentes Sociales, el correspondiente Informe Social, que deberá contener información suficiente para poder determinar la situación de necesidad del solicitante.

Cuando dicho Informe considere favorablemente la solicitud, deberá determinar la intensidad de prestación del Servicio y.

en su caso, la duración recomendada para su concesión, las tareas a desarrollar por los Auxiliares Domiciliarios, y el perfil personal y profesional de éstos que más se ajuste a la situación del demandante.

## 9. INTENSIDAD DEL SERVICIO

Como criterio general de la intensidad del Servicio —teniendo en cuenta que no existen escalas comúnmente aceptadas que asocien «nivel de incapacidad» con «número de horas de atención y frecuencia», en Ayuda a Domicilio— se sugieren los siguientes módulos orientativos de horas de atención, en consonancia con el grado de incapacidad definido en el Informe Social:

- Nivel de incapacidad alto: de 35 a 55 horas/mes.
- Nivel de incapacidad medio: de 20 a 35 horas/mes.
- Nivel de incapacidad bajo: hasta 20 horas/mes.

Obviamente, los casos que resulten comprendidos en el nivel «nulo» quedarán excluidos del Servicio por defecto de incapacidad.

Por contra, en aquellos casos en que la cobertura de necesidades a través del Servicio resulte insuficiente, se deberá procurar que los usuarios reciban módulos de atención de mayor intensidad.

En este supuesto, y siendo conscientes de que toda oferta pública de servicios tiene un límite, fundamentalmente de índole económico, lo idóneo será complementar dicha oferta con la Ayuda a Domicilio prestada por Organizaciones de Voluntariado (Caritas, Cruz Roja, etc.), estableciéndose la debida coordinación entre ambas.

Con respecto al módulo «número de casos atendidos/Auxiliar Domiciliario», su concreción resulta imposible, por estar sujeto a la influencia de variables, tipo intensidad de atención y modalidad de contrato. Lo que verdaderamente importa es lograr la plena utilización del tiempo de contratación.

## 10. MODALIDADES DE CONTRATACION

Las modalidades de contratación de Auxiliares Domiciliarios, actualmente en funcionamiento, son las tres siguientes:

1. Contratación directa del Auxiliar Domiciliario por parte del Ayuntamiento

o de una Fundación Pública Municipal:

Constituye la alternativa de mayor transparencia, dejando más claro el carácter público del servicio y permite un control de su funcionamiento de mayor calidad.

Este modelo, imperante en muchos países europeos, ha sido adoptado por unos pocos Ayuntamientos de la Comunidad Autónoma del País Vasco, debido a que puede resultar económicamente más costoso y de organización más compleja.

Puede contener, a su vez, diversas modalidades: contratación laboral indefinida a tiempo completo o a media jornada, contratación temporal y contratación por horas dentro de los márgenes legales.

2. Contratación del trabajador familiar por parte de una entidad intermedia (Cooperativa, Asociación, etc..) que actuaría como «empresa de servicios» que gestiona el programa, previo convenio con el Ayuntamiento:

Implica la existencia o creación previa de organizaciones que puedan gestionar y responsabilizarse del Servicio.

En este caso, el Ayuntamiento conviene el precio de la atención y suministra los usuarios, mientras la entidad gestora asume los aspectos de la contratación y la gestión.

Esta fórmula es la más utilizada en Francia, contando con notable extensión en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

También en este supuesto, el Ayuntamiento posee el control último del Servicio.

3. Contratación del Auxiliar de Ayuda a Domicilio por parte de la persona atendida, a su vez subvencionada por el servicio del Ayuntamiento, mediante subvención mensual finalista por valor del costo de las horas de atención a recibir!

Para el Ayuntamiento tiene grandes ventajas, ya que asigna el trabajador familiar, pero se libera de los problemas de contratación del mismo.

No obstante, el servicio continúa siendo público, y el trabajador es

responsable también ante el ente promotor y no sólo ante el usuario.

También corresponde al Ayuntamiento la fijación y distribución del tiempo de atención, el control y seguimiento del Servicio, el establecimiento de las tareas a realizar, etc..

Lo anteriormente expuesto actúa como hecho diferenciador de la figura del Auxiliar Domiciliario frente a la denominada «interina» o «chica de hogar».

Esta modalidad no es la más aconsejable, en principio, por los múltiples inconvenientes que encierra, no sólo de tipo legal. Sin embargo, desde una óptica de los Ayuntamientos, posee cierto atractivo, toda vez que para ellos implica un alivio de sus problemas de sobrecarga de plantilla o de contratación del personal.

La elección de una fórmula de contratación entre las múltiples posibilidades existentes será responsabilidad del Ayuntamiento promotor del servicio, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Legalidad del sistema de contratación elegido.
- Economía de costos.
- Garantizar el funcionamiento correcto del Servicio, asumiendo el Ayuntamiento la responsabilidad plena ante los usuarios y los órganos financiadores.

## 11. FINANCIACION DEL SERVICIO

El Servicio de Ayuda a Domicilio (S.A.D.) se debe financiar, en líneas generales, con las aportaciones de las Diputaciones Forales, de los Ayuntamientos y de los usuarios.

### ∴ *DIPUTACIONES FORALES*

Las Diputaciones Forales garantizarán la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio en los Municipios con población inferior a 20.000 habitantes, promoviendo la ejecución de dicho servicio de manera mancomunada, mediante un sistema de cofinanciación pública entre la correspondiente Diputación Foral y los respectivos Ayuntamientos.

Por otra parte, las Diputaciones Forales podrán participar en la financiación del S.A.D. en Municipios mayores de 20.000 habitantes, en función de la programación establecida para la atención de las necesidades existentes.

## 2. AYUNTAMIENTOS

Los Ayuntamientos, como responsables directos de la gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio, lo financiarán de acuerdo a lo señalado en el apartado anterior, en función de las necesidades detectadas en su municipio y garantizando, en todo caso, las prestaciones mínimas establecidas por la normativa vigente.

## 3. USUARIOS

Los usuarios del S.A.D., en general, deberán participar en la financiación del Servicio que reciben, en función de sus recursos económicos, teniendo como límite de su aportación el coste real, y de acuerdo con los criterios generales establecidos por el Gobierno Vasco.

## 12. ANALISIS ECONOMICO COMPARATIVO DE LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO

A partir de la situación actual y de las tendencias que se perciben en nuestra sociedad, las proyecciones demográficas efectuadas —basándose en las posibles fluctuaciones de los principales factores de comportamiento demográfico— indican un envejecimiento considerable de la estructura de población de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

El coste económico de las modificaciones demográficas previstas se pueden analizar desde diversas vertientes: impacto teórico del envejecimiento, modificación de los modelos familiares, incremento de la magnitud de las pensiones, gasto derivado del desempleo, evolución de los gastos de salud y servicios sociales, etc..

Centrándonos en este último aspecto, el gasto en el ámbito de los servicios sociales se verá notablemente incrementado, no sólo por la presencia de un mayor número de ancianos con edades paulatinamente más avanzadas—lo que conlleva una creciente pérdida de autonomía y mayor grado de dependencia—, sino, funda-

mentalmente, por el aumento del coste de los factores asistenciales.

Con respecto al S.A.D., se debe poner de relieve la existencia de grandes diferencias en la estructura de financiación del mismo entre unos y otros municipios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

En síntesis, el costo promedio por usuario y hora de atención del S.A.D. —datos referidos a 1991— se situó en 1.152 pesetas para el Territorio Histórico de Bizkaia; en Gipuzkoa, oscilaba entre las 1.343 pesetas de media, cuando el Servicio se efectúa a través de cooperativas, y las 1.534 pesetas promedio para aquellas poblaciones en que se realiza por medio de empleadas municipales; en Alava, a su vez, el costo del S.A.D. fue de 1.411 pesetas/hora en 1991, llegándose a las 1.536 pesetas/hora durante 1992, y ascenderá en

el 93 hasta las 1.725 pesetas/hora, lo cual supone una subida del 12,3% respecto al costo del presente año.

Este aumento progresivo del precio/hora, unido a las mejoras experimentadas en la intensidad de prestación y, sobre todo, en la extensión de la cobertura del S.A.D. —con objeto de generalizarlo a todas aquellas personas que lo precisen— implica la necesidad de disponer un crecimiento ostensible de los presupuestos destinados al Servicio de Ayuda a Domicilio.

Una vez efectuado el análisis económico del S.A.D., y con intención de establecer un marco de referencia comparativo entre los diferentes Servicios Sociales Comunitarios, vamos a exponer, a modo de síntesis, los costes promedio de los restantes servicios:

|  |       |                   |   |   |
|--|-------|-------------------|---|---|
| Centro de Día .....                      | 3.500 | 4.000 pesetas/día |   |   |
| -  |       | 2.500             | » | » |
| Piso Tutelado .....                      | 2.300 | 4.200             | » | » |
| -  |       | 7.000             | » | » |
| Residencia de Válidos .....              | 3.000 | 10.000            | » | » |
| -  |       | 3.167             | » | » |
| Residencia Mixta .....                   | 6.500 | 3.834             | » | » |
| -  |       |                   |   |   |
| Residencia Asistida.....                 |       |                   |   |   |
| Acogida Familiar Anciano Válido .....    |       |                   |   |   |
| Acogida Familiar Anciano no Válido ..... |       |                   |   |   |

Resulta especialmente complejo el cálculo económico, por plaza y mes, en el caso de las Residencias de Ancianos, incluso introduciendo la diferenciación entre Centros «de válidos», «mixtos» y «asistidos», debido a la influencia de determinados factores: dependencia o titularidad del centro, de plazas, índices de personal/plaza, porcentaje de personal subcontratado y de personal voluntario, etc..

Las cifras reseñadas al hacer referencia a las Residencias Asistidas corresponden a los Centros dependientes de las Diputaciones Forales.

Por otro lado, el análisis económico comparativo realizado entre los diversos servicios tiene un evidente interés, siendo necesario, no obstante, mantener un distanciamiento claro con respecto a la posibilidad de adoptar un enfoque puramente economicista de la materia objeto de estudio, y tener presente la importancia de desarrollar y organizar una oferta de servicios variada acorde a las necesidades, donde el anciano pudiese optar en todo momento a la solución más adecuada para su situación concreta.

### 13. CONCLUSIONES

Las políticas integrales de atención gerontológica y geriátrica consideran prioritario el establecimiento de una adecuada

atención domiciliaria, en sus aspectos sociales y sanitarios, por entender que el habitat natural del anciano debe ser su propio hogar.

Por eso, la Asistencia Domiciliaria es uno de los programas de Bienestar Social que suscita mayor preocupación e interés.

Al objeto de obtener una sustancial mejora en la prestación del S.A.D., conviene adoptar una serie de medidas, entre otras:

1. Corregir los desequilibrios interterritoriales detectados en relación al nivel de cobertura del servicio.
2. Unificar los criterios de admisión y establecer fórmulas de coordinación, evaluación, control y seguimiento.
3. Regular las condiciones laborales de los auxiliares domiciliarios.
4. Desarrollar mecanismos que potencien la integración del anciano en su entorno: políticas de vivienda, equipamiento de hogares, políticas de rentas y pensiones, políticas de ocio y tiempo libre, etc..
5. Medidas encaminadas a proporcionar al anciano compañía, seguridad y protección: telealarma, instalación

de aparatos telefónicos, llamadas periódicas al domicilio, etc..

6. Potenciar los servicios domiciliarios prestados por organizaciones y asociaciones de voluntariado, que sirven de complemento a la ayuda que proporciona la Administración pública.
7. Estimular la acción social solidaria hacia el anciano, que se fundamenta, sobre todo, en la acción familiar y de vecindad, que a menudo logra llegar allí donde la atención pública no alcanza.

A lo largo de los últimos años, estamos asistiendo a un intenso debate sociopolítico en torno a las características y los ob-

jetivos de lo que debe ser la Ayuda Domiciliaria.

En la actualidad, se debe proceder a una profundización en el debate, con la finalidad de diseñar y clarificar el futuro del S.A.D. en Euskadi, precisando contar con la participación de todas las partes implicadas: Administración Pública, sector privado, sindicatos y usuarios.

**Comisión Técnica Interinstitucional creada para el estudio del Servicio de Ayuda a Domicilio, integrada por: Emilio Sola, José María Chaves, Francisco Castillo, Maribel Sola, Encarna Lázaro, Elena Aquizu, Miren Amilibia, Ramón Gorosti-di, José Antonio Jimeno, Casas González, Olga Vega e Inmaculada Boneta**

# EL CONCEPTO DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES

## 1. INTRODUCCION

La configuración de un Sistema Público de Servicios Sociales es muy reciente en nuestro país. El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales ha sido el motor principal de su constitución en toda España, excepto en el País Vasco, donde esa función impulsora le ha correspondido al Plan de Lucha Contra la Pobreza. El corto período de tiempo transcurrido y la importancia del proceso recorrido, explican que, desde una perspectiva de gestión, la atención se haya centrado en aspectos directamente relacionados con la construcción del nuevo sistema.

El modelo de organización, las dificultades para la construcción del sistema y la planificación, han sido las principales prioridades en la agenda de las personas con responsabilidad de gestión o interesadas en este ámbito.

Más recientemente, la evaluación ha ido incorporándose a estas prioridades, constatándose una relativa explosión bibliográfica centrada en esta materia. Sin embargo, la evaluación aplicada encuentra dificultades para convertirse en una realidad cotidiana dentro del naciente Sistema de Servicios Sociales. A ello no es ajena la dificultad metodológica que conlleva, ni el complicado proceso de llevar a una organización hacia una dinámica de evaluación, aunque no debemos olvidar la escasez de medios materiales motivada tanto por las restricciones presupuestarias

que atraviesa el sector público, como por la imagen amenazante que aún posee la evaluación. Así mismo, la inexperiencia de algunas iniciativas evaluadoras ha frustrado expectativas de quienes las encargaron, enfrentándonos ahora a la más dura tarea de recuperar la credibilidad dañada.

En todo caso, el desarrollo que ha tenido la evaluación aplicada de programas de servicios sociales en nuestro país, ha supuesto un paso significativo a la hora de superar esa dinámica excesivamente centrada en la vertiente organizativa, que mencionábamos anteriormente. De esta forma, si bien sus primeros pasos han estado muy unidos a la búsqueda de información útil para la gestión, las aportaciones teóricas y metodológicas que ha incorporado al campo de la acción social, han desatado una dinámica que ha sido esencial, tanto en los nuevos impulsos que está viviendo la planificación de los servicios sociales, como en la preocupación por los resultados de la acción de los mismos.

Sin embargo, el Sistema Público de Servicios Sociales ha de dar un paso cualitativo de mayor trascendencia. El cuestionamiento de la capacidad de la administración de realizar un trabajo eficaz y adecuado a los fines que le han sido encomendados, el fuerte debate generado en torno al presente y futuro del Estado de Bienestar, la aparente disyuntiva de más impuestos o menos servicios; el avance de una cultura ciudadana más exigente con

los servicios que recibe —ya sean proporcionados por el sector público o por la iniciativa privada—, la demanda creciente de una gestión pública eficiente, entre otros aspectos, hacen que el Sistema Público de Servicios Sociales deba plantearse nuevos retos en su gestión. Nuevos retos que el conjunto de las Administraciones Públicas ya están abordando, en lo que MENY y THOENIG califican de «revolución silenciosa».

Esta «revolución» hunde sus raíces en el agotamiento del modelo burocrático de gestión de los asuntos públicos. Este modelo, que como nos recuerdan OSBORNE y GAEBLER (1994; 40), hace 100 años tenía un significado positivo, ya que «servía para designar un método de organizacional racional y eficiente que venía a sustituir al ejercicio arbitrario del poder de los regímenes autoritarios», ha entrado en una crisis muy profunda al variar radicalmente tanto las condiciones sociales en que se desenvuelve nuestra administración, como el volumen y las características de los servicios que presta, o las expectativas que la sociedad tiene de ella.

En este sentido, tal y como afirma Xabier MENDOZA (1990; 264), «la insatisfacción social ante el deterioro de un amplio número de servicios públicos y las dificultades para responder a las demandas de una sociedad cada vez más desarrollada, compleja e interdependiente se traducen en un cuestionamiento creciente de las bases tradicionales de legitimidad de los poderes públicos, consideradas ahora insuficientes».

Lógicamente, los Servicios Sociales que forman parte de la administración, se enfrentan a esta misma situación, quizás acentuada por el particular cuestionamiento al que asisten en cuanto elemento especialmente sensible del debatido Estado de Bienestar. Por todo ello debemos ser conscientes de la necesidad de que el Sistema Público de Servicios Sociales se incorpore con rapidez a esa «revolución silenciosa», también denominada modernización de las administraciones públicas.

Pero, ¿qué elementos la caracterizan? OSBORNE y GAEBLER (1994) enuncian diez principios para «reinventar el gobierno»:

1. Gobierno catalizador, mejor llevar el timón que remar.
2. Gobierno propiedad de la comunidad, mejor facultar que servir directamente.

3. Gobierno competitivo, inyectar competitividad en la prestación de servicios.
4. Gobierno inspirado en objetivos, transformar las organizaciones regidas por reglas.
5. Gobierno dirigido a los resultados, financiar según lo conseguido y no en base a la actividad desplegada.
6. Gobierno inspirado en el cliente, satisfacer las necesidades del cliente, no las de la burocracia.
7. Gobierno de corte empresarial, ganar en lugar de gastar.
8. Gobierno previsor, utilizando la prospección y la planificación.
9. Gobierno descentralizado, pasando de la jerarquía a la participación y al trabajo en equipo.
10. Gobierno orientado al mercado, incidiendo en el mercado para satisfacer metas públicas.

En un contexto más cercano, Xabier MENDOZA (1990; 264) plantea que la «agenda» de la modernización «puede sintetizarse en dos grandes retos de cambio organizativo: la necesidad de incorporar una "lógica productiva" en la cultura, los sistemas y los procesos administrativos, y la necesidad de gestionar la interdependencia y la "fragmentación" propia de los sistemas descentralizados y pluralistas. Retos a los que debe añadirse un tercero, derivado del proceso de integración europea (...): la necesidad de integrar la "dimensión de competitividad" en la gestión pública».

Por su parte Francisco LONGO (1993; 26) identifica una serie de rasgos comunes en todos los procesos de mejora administrativa que viven un buen número de países: incorporación del criterio de eficiencia, análisis coste-beneficio, flexibilización de los aparatos administrativos, desregulación de ciertas materias, desconcentración de la gestión, dirección por objetivos, énfasis en la formación y en los objetivos de cambio cultural.

Como vemos esta transformación de la gestión de las Administraciones Públicas suele ir unida a conceptos como modernización o incorporación de técnicas empresariales, si bien quienes se muestran críticos, o al menos escépticos, la denominan privatización o desmantelamiento del Estado de Bienestar. Estos planteamientos explican, en parte, la actitud reticente que un amplio sector de profesio-

nales tiene frente a estas propuestas. Otras razones pueden estar más próximas a las lógicas resistencias al cambio que existen en cualquier organización. No es nuestra intención centrarnos aquí en este debate, si bien entendemos que el mantenimiento del Estado de Bienestar no tiene por qué obligar al mantenimiento de formas de gestión que la práctica demuestra inoperantes para conseguir sus objetivos. Precisamente será la capacidad de adaptarse a las nuevas exigencias sociales, económicas y políticas la que influirá de manera significativa en el futuro del Estado de Bienestar.

Un elemento que ha adquirido singular importancia en la modernización de la Administración, al igual que en el entorno empresarial, es el de la CALIDAD. No queremos obviar la posibilidad de que este hecho este influido por «modas» que asolan actualmente cualquier rincón de la actividad social. De hecho, si bien el número de empresas que han puesto en marcha planes de calidad es elevado, no son más del 25% las que afirman haber conseguido resultados concretos (según declaraciones de Juan Roure, formador de evaluadores del Premio Europeo de Calidad, en El País de 24-7-94).

Tampoco es muy optimista Emilio Diez de Castro, Catedrático de Administración de empresas de la Universidad de Sevilla, respecto al futuro de los programas de calidad en la administración, quien afirmaba lo siguiente en las jornadas sobre Calidad Total en los Servicios Públicos y en la Empresa, organizadas por el INAP y la Fundación Formación y Tecnología (VARIOS, 1990:94): «Creo que (...) la mayor parte de los altos directivos de la Administración empiezan a pensar en la implantación de una gestión de calidad total sobre todo por responsabilidad, deseos de modernización de la administración y, también, porque parece que este es el tren que en este momento hay que tomar para no quedarse atrás. Falta, sin embargo, el factor necesidad, así como la existencia de un cierto temor a la supervivencia. ¿Qué pasará cuando comiencen las dificultades? Mi opinión personal es que al llegar ese momento, la mayor parte de los programas de gestión de calidad se diluirán o simplemente caerán.»

En consecuencia, nos situamos frente al tema sin fanatismos ni expectativas desmesuradas. Simplemente entendemos que se ha abierto un camino, de final incierto, que es necesario explorar también desde los Servicios Sociales. Este artículo pretende, precisamente, acercar a esta rea-

lidad los conceptos y los planteamientos ligados a la gestión de calidad, buscando promover un debate y un intercambio de experiencias que nos lleve a mejorar nuestra capacidad de ofrecer servicios públicos eficaces y eficientes, a la vez que respetuosos con otros principios que inspiran la acción pública, como la legalidad o la imparcialidad.

## 2. EL CONCEPTO DE CALIDAD EN EL MUNDO EMPRESARIAL

El concepto de calidad está ligado en sus orígenes al control del producto tangible de los procesos industriales. Al final de ese proceso se encontraba una «unidad de control de calidad» que verificaba los posibles defectos existentes en el producto. Aunque este procedimiento permanece, más recientemente se ha producido una importante transformación de la idea de calidad, sustituyendo la noción de control por la de gestión, más específicamente, la *Gestión de la Calidad Total*. Esta nueva concepción ha permitido incorporar o extender estos planteamientos al sector servicios, de una importancia estratégica clave en la economía de todos los países.

¿Qué significa la calidad total desde la perspectiva empresarial? En la antigua concepción de calidad, ésta se circuncribía a la comprobación de la perfección del producto creado. De ahí que este enfoque se centrara en el *Control de Calidad*. Es fácilmente comprensible la dificultad de aplicar esta perspectiva en empresas cuya producción fuera la producción de elementos intangibles.

El viejo dicho que afirma que «el cliente siempre tiene razón», o el que concluye que «el cliente es el Rey», reflejan bastante adecuadamente el cambio esencial que aporta la Gestión de Calidad Total. La idea de Calidad Total se define por hacer del *cliente el eje central* de la dinámica del conjunto de la organización. Toda su actividad ha de orientarse hacia la calidad, siendo ésta una responsabilidad de toda la estructura. De ahí la consideración de total. Así mismo, se arrincona la idea de control planteándose que *la calidad no se controla sino que se produce*. Es necesario tenerla presente desde los primeros momentos de la concepción de un producto o servicio y debe impregnar tanto la producción, como la distribución o la venta. Desde esta perspectiva, *la calidad se convierte en una cultura* de la organización.

El protagonismo adquirido por el cliente posibilita la plena incorporación de todo

el amplio sector servicios al nuevo paradigma, así como la incorporación de toda la empresa en la búsqueda permanente de la calidad. En él, la definición de la calidad aparecerá directamente ligada a los criterios de los clientes. Tal y como observaron ZEITHAML y colaboradores (1993; 21) la calidad de un servicio puede ser definido como «la amplitud de la discrepancia o diferencia que exista entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones».

Sin embargo, la calidad debe ser considerada como impulso, no como una meta. La búsqueda de la calidad no tiene fin. En palabras de Cándido Velázquez-Gaztelu, Presidente de Telefónica (VARIOS 1992; 36), «...la calidad total es una utopía y siempre hay que andar en esa dirección y a veces, cuando nos parece que la hemos alcanzado, tenemos que seguir caminando porque está mucho más lejos de lo que nosotros, en ese momento, nos podemos imaginar.»

## 2.1. Causas potenciales de deficiencias en la calidad de los servicios

ZEITHAML y colaboradores (1993) realizan un análisis muy sugerente y completo de las causas potenciales de deficiencia en la calidad, específicamente centrado en el sector servicios. El modelo conceptual que plantean (que queda gráficamente resumido en el cuadro adjunto) señala cinco deficiencias como las causas que pueden producir un deterioro en la calidad.

La *Deficiencia* se refiere a la diferencia que puede existir entre las expectativas que los clientes tienen del servicio y la realidad del servicio, tal y como ellos la perciben. Como se puede apreciar, esta deficiencia está directamente relacionada con la misma definición de calidad. El resto de las deficiencias identificadas se producen en el seno de la organización proveedora del servicio, siendo en consecuencia sobre éstas hacia donde han de dirigirse los esfuerzos de la gestión de calidad.

Centrándonos brevemente en esta deficiencia, podemos señalar como las expectativas de los usuarios están influidas por cuatro factores:

- la comunicación verbal interpersonal, también denominada «boca-oido»;
- las necesidades personales del cliente;

- las experiencias en anteriores utilidades de servicios iguales o similares;
- la comunicación externa de los propios proveedores del servicio.

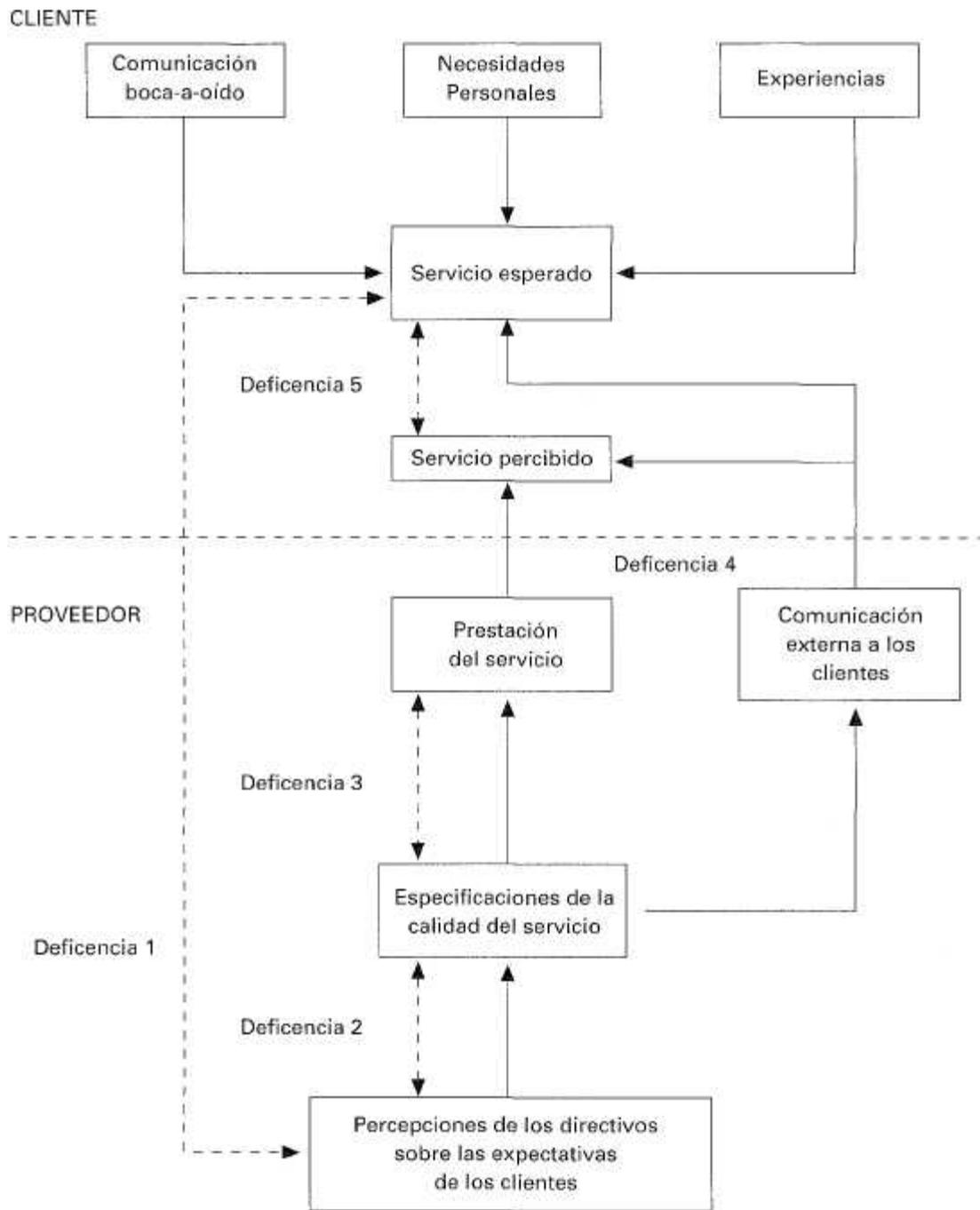
Igualmente significativa es la identificación de las 10 dimensiones del servicio en las que los clientes consideran clave que se igualen o se superen sus expectativas. Estas dimensiones, que en algunos casos son interdependientes son:

- Elementos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
- Fiabilidad: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
- Capacidad de respuesta: Disposición de ayudar al cliente y darle un servicio rápido.
- Profesionalidad: Posesión de las destrezas requeridas y los conocimientos necesarios para la ejecución del servicio.
- Cortesía. Atención, consideración, respeto y amabilidad del personal.
- Credibilidad: Veracidad, creencia, honestidad en el servicio que se presta.
- Seguridad: Inexistencia de peligros, riesgos o dudas.
- Accesibilidad: Accesible y fácil de contactar.
- Comunicación: Mantener a los clientes informados, hacerlo con un lenguaje que puedan entender, así como escucharles.
- Comprensión del cliente: Hacer el esfuerzo de conocer al cliente y sus necesidades

Otra fuente importante de la pérdida de calidad, denominada como *Deficiencia 1* por los autores mencionados, la constituye el desconocimiento de los directivos de las expectativas de los usuarios, o la errónea percepción de las mismas. Tres son los factores principales que contribuyen a esta deficiencia:

- la inexistencia de una cultura orientada a la investigación de marketing,
- la inadecuada comunicación vertical ascendente desde el personal de contacto con el público hacia los niveles directivos, y
- los excesivos niveles jerárquicos de mando.

# MODELO CONCEPTUAL DE LA CALIDAD DEL SERVICIO



Relacionada con el apartado anterior se encuentra la *Deficiencia 2*, relativa al establecimiento de normas de calidad equivocadas. Los directivos pueden conocer adecuadamente las expectativas de sus clientes, pero una vez conseguido ese primer y esencial paso, han de ser capaces de configurar unas normas que modifiquen la dinámica organizativa de la empresa en una dirección potenciadora de la calidad.

La *Deficiencia 3* alude a la distancia que puede existir entre las normas o especificaciones relativas a la calidad del servicio, suponiendo que estas han sido adecuadamente elaboradas, y la forma real en que se realiza la prestación del servicio.

La última gran causa de una baja calidad la constituye la discrepancia entre lo que se promete y lo que efectivamente se realiza. Esta *Deficiencia 4* genera expectativas en el usuario que luego no se van a ver satisfechas, promoviendo así una importante falta de calidad tal y como aquí la venimos definiendo.

### 3. EL CONCEPTO DE CALIDAD EN EL SECTOR PÚBLICO

Las empresas públicas han hecho suyos estos planteamientos sin especiales controversias o problemas, más allá de la propia dificultad de poner en marcha este nuevo enfoque. La similitud entre la actividad que realizan estas empresas y las del sector privado, así como la necesidad de competir en el mismo mercado, explican este hecho. Entidades como Argentaría o Telefónica son un buen ejemplo.

Pero la marea de la gestión de calidad se ha extendido también a la administración pública, en su sentido más estricto, muy unida a los impulsos de transformación y reforma que ésta está viviendo. Sin embargo, las particularidades específicas de la administración, implican algunas dificultades importantes para los intentos de traslación mimética del planteamiento de gestión de calidad desde la empresa. Estos problemas podemos agruparlos en dos grandes bloques, de una parte los relacionados con los principios básicos que inspiran el funcionamiento de la Administración Pública y, de otro, los generados por la utilización del concepto de cliente.

#### 3.1. Calidad y principios de la Administración Pública

La Administración Pública ha vivido, como todas las instituciones sociales, un proceso de cambio muy importante, que

la ha llevado a pasar de ser una organización centrada, casi exclusivamente, en el ejercicio de potestades (autorizar, inspeccionar, controlar, etc.) a una organización en la que ha adquirido un peso trascendental la prestación de servicios públicos. Crecimiento muy ligado al desarrollo del Estado de Bienestar.

En este sentido, en palabras de Angel MARTIN ACEBES (1992; 88-89), «lo que explica una cierta crisis de legitimación de las organizaciones administrativas no se debe tanto a que el modelo de Estado garantista no funcione adecuadamente, sino a la percepción que tienen los contribuyentes de que los ingresos públicos no se emplean eficaz y eficientemente. En la actividad de prestación de servicios públicos, lo que se pretende implantar son derechos colectivos en beneficio de la sociedad. Al prestar un servicio público no se atenta, a diferencia de la actividad de autoridad, contra los derechos individuales y la garantía del ciudadano se establece en términos de un funcionamiento eficaz y eficiente; ya no es suficiente cumplir con el principio de legalidad.»

Así pues, un elemento clave en cualquier estrategia de modernización de la administración pública pasa por contrapesar la dinámica administrativa centrada, de manera casi exclusiva, en el procedimiento (burocracia) con la búsqueda de la eficacia en la acción de la administración. Este planteamiento encuentra amparo legal en la propia Constitución Española, que indica en su artículo 103.1: «La Administración Pública sirve con objetividad los intereses generales y actúa de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación, con sometimiento pleno a la ley y al Derecho».

En consecuencia, nuestro propio ordenamiento jurídico sitúa en rango equiparable la eficacia y la legalidad. Este hecho merece ser destacado ya que no resulta infrecuente que se atribuya a la propia naturaleza de la acción administrativa su ineficacia. Ni tampoco que se utilice la vigilancia de la legalidad para encubrir la pura incompetencia.

Pero, simultáneamente, ese mismo mandato legal hace imposible el arrinconamiento total de los procedimientos administrativos, por mucho que pudiera resultar aparentemente más eficaz prescindir de ellos. Digo aparentemente ya que el propio concepto de eficacia está relacionado con los objetivos perseguidos y no olvidemos que son objetivos propios de la administración la objetividad y la de-

fensa de los derechos y obligaciones constitucionales.

De esta forma, los intentos por equiparar el funcionamiento de la administración al de cualquier empresa implican un serio desconocimiento de los objetivos, principios y otras características de aquella. En palabras de Francisco Tomás y Valiente, catedrático de la Universidad Autónoma de Madrid y ex presidente del Tribunal Constitucional, quien cita a Hebe Leonardi, «la falta de escrúpulos es hija del desdén por lo jurídico, desdén hay que añadir que, en un Estado de Derecho, trae siempre graves consecuencias.» (El País, 10-5-94).

En una dirección similar se mueve Francisco Rubio LLorente (El País, 29-4-94) cuando, polemizando con Víctor Pérez Díaz sobre el papel del Estado y de la Sociedad Civil, afirma: «Menos banal, aunque tampoco vaya al fondo de la cuestión, es el argumento de que los males que con razón se denuncian en el Estado vienen, las más de las veces, del empeño de llevar al Estado, siguiendo la moda del tiempo, las formas de organización y de gestión propias de la sociedad, o si se quiere, de aquella parte de la actividad social que llamamos economía (...). Seguramente la relación no es lineal, ni de causa a efecto, pero con la misma seguridad puede afirmarse que esa tendencia a equiparar el Estado a la empresa lleva a olvidar que la racionalidad propia del Estado no es la de la sociedad, y que el dinero a disposición del Estado ha de utilizarse con arreglo a criterios que nada tienen que ver con la productividad.»

En cualquier caso, cualquier planteamiento transformador de la administración pública que olvide el marco normativo en que ésta ha de desenvolverse tiene muchas posibilidades de acabar estrellándose contra las resoluciones de los tribunales de la jurisdicción contenciosoadministrativa.

En consecuencia, la incorporación del concepto de calidad, como el de muchos otros traídos de la esfera privada, debe suponer un importante esfuerzo de adaptación a las características que le son propias a la Administración Pública. El reto no es sustituir una burocracia que controla exclusivamente el cumplimiento de los procesos y las normas legales, por ejecutivos cuya única limitación sea la consecución de los objetivos técnicos programados, sino generar un nuevo paradigma capaz de integrar ambos aspectos. Algunos incluso avanzan una nueva conceptualización (Estado Relacional, Eficacia Social)

sobre la que no nos detendremos aquí. (DÍAZ MENDEZ 1992 y 1993; MENDOZA 1990).

### 3.2. El concepto de cliente

Uno de los conceptos más polémicos, en esa incorporación a la administración pública de los planteamientos empresariales, es el de cliente. Como ya hemos mencionado, éste es un elemento clave en la perspectiva empresarial de la gestión de calidad. El hacer que toda la atención de la organización se dirija hacia las necesidades del ciudadano y hacia la forma mejor de abordarlas, supone una útil aportación del concepto de cliente. Así mismo, la extensión de este concepto tanto a las personas que acuden a un servicio, como a las otras organizaciones con las que ese servicio se relaciona (clientes externos) o a los propios trabajadores (clientes internos), puede aportar sugerencias de interés para su aplicación a los servicios sociales. Sin embargo, su traslación lineal a la administración pública es problemática por diversas razones:

- a.) Las personas que se dirigen a la administración no son sólo clientes sino ciudadanos sujetos de derechos. En este sentido, la administración no puede «escoger» sus clientes, rechazando (como por ejemplo hacen las compañías aseguradoras) a aquellas personas que no consideren ajustadas a sus objetivos.
- b) En el sentido inverso, el ciudadano que se dirige a la administración no siempre puede elegir otra alternativa, ya que muchas veces esta es inexistente, como ocurre ampliamente en el caso de los servicios sociales y de forma rotunda en el ejercicio de las potestades de la administración (por ejemplo, en las expropiaciones).
- c) La empresa privada tiene por objetivo atraer el máximo número de clientes, sin embargo la administración lo que trata es de asegurar que aquellos que reciben sus servicios son quienes realmente los necesitan o tienen derecho a ellos.
- d) Las personas a quienes va dirigido el servicio de la administración no siempre son fácilmente identificables.
- e) En determinadas actuaciones el «cliente» de la administración lo es

tanto la persona a quien se dirige el servicio concreto (el contribuyente en el caso de la Agencia Tributaria), como un colectivo mucho más amplio o incluso la sociedad en su conjunto (para quien va destinada la recaudación fiscal o quienes siendo contribuyentes juzgan la prestación de los servicios que se financian con sus aportaciones).

- f) En la administración, la persona destinataria de los servicios es también, en cierto sentido, propietaria de la empresa, ejerciendo su voto en la muy singular junta de accionistas que constituyen las elecciones.
- g) El cliente representa un interés individual. Sus deseos o expectativas pueden ser contradictorios con el interés colectivo, que es precisamente el que debe orientar a las administraciones públicas.

¿Quiere esto decir que no tiene sentido utilizar la noción de cliente cuando nos movemos en el marco de la administración? A nuestro entender el concepto de cliente es útil como elemento simbólico que ayuda a ejemplificar algunos de los cambios clave que la administración ha de realizar. Sin embargo, en un sentido riguroso, su utilización acrítica y sistemática puede inducir a serios errores que debemos evitar.

#### 4. EL CONCEPTO DE CALIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA

El concepto de calidad tiene una amplia tradición en la asistencia sanitaria, ya sea ésta suministrada por proveedores públicos o privados. Esta tradición es, sin duda, de gran utilidad a la hora de analizar la incorporación de esta perspectiva a los servicios sociales. Dado que nuestro interés se centra en la provisión pública de estos servicios, nos centraremos de manera más específica en la aplicación del concepto de calidad en la asistencia sanitaria pública.

Los servicios sanitarios que presta la Administración están regulados por un compromiso legal genérico. En esta situación se encuentran también los servicios educativos, pero también los servicios de limpieza o los servicios culturales. La situación de los servicios sociales es algo más compleja y la analizaremos más adelante. Todos ellos tienen en común un imperativo legal que exige de la administra-

ción velar por el cumplimiento de unos objetivos genéricos de, por ejemplo, garantizar la educación o la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos. Sin embargo, no se establecen procedimientos legales específicos sobre la provisión de un servicio específico. Por ejemplo, no existe un marco legal que determine cuando debe realizarse un scanner o una analítica de orina. Para estos supuestos, no se realiza una solicitud formal, ni se inicia un expediente administrativo, ni existe resolución expresa, ni hay vía de recurso de carácter administrativo. En todo caso, al igual que en cualquier actividad privada, cabe la reclamación judicial si se considera que ha existido un comportamiento que atenta contra un derecho establecido.

Esta situación, que desde una perspectiva puede tener consecuencias negativas, ya que el objetivo queda cumplido con «facilitar asistencia sanitaria», aún cuando ésta se haga a través de camas en los pasillos de un hospital, de listas de espera de varios años, de una asistencia primaria escasa y poco dotada, etc., por otra parte, da un gran margen para el desarrollo de una gestión de calidad. De esta forma, la baja exigencia legal queda sustituida por una fuerte presión social, que exige de esa gestión resultados eficientes y un adecuado nivel de calidad. No es ocioso mencionar la gran importancia que la opinión pública da a la asistencia sanitaria que el Estado les oferta, teniendo un ejemplo reciente en la repercusión social de la Reforma Sanitaria propuesta por Bill Clinton o en las reacciones que se vivieron en nuestro país con el llamado Informe Abril, o en las que se viven en el País Vasco con el Osasuna Zainduz.

En consecuencia, aún moviéndonos en el marco de la asistencia sanitaria pública, la presencia de la cultura burocrática, el peso de los procedimientos frente a la resolución de los problemas planteados por los ciudadanos, es aquí mucho más reducida. Lo que explica, al menos en parte, las razones de que este haya sido un sector especialmente permeable a las innovaciones gerenciales desarrolladas en la empresa privada. Otra razón que contribuye a explicar esta circunstancia es la presencia, en algunos casos muy importante, de entidades privadas proveedoras de servicios sanitarios. El factor comparativo, o si se prefiere la competencia, con los estándares de «calidad» que las empresas privadas ofrecen ha supuesto un aliciente adicional para los gestores públicos, a la vez que una referencia. Por último, la crisis fiscal del Estado de Bienestar también ha

contribuido, dada la importancia cuantitativa que el gasto sanitario supone. Este hecho ha potenciado la incorporación de técnicas de gestión dirigidas al ahorro, a la vez que la crisis de legitimación que vive el Estado de Bienestar, ha subrayado la importancia de dar un servicio eficaz, eficiente y de calidad.

#### 4.1. Diferencias entre el modelo empresarial y el modelo sanitario de garantía de calidad

La calidad de la atención a la salud presenta algunas diferencias significativas con la forma en que la calidad es entendida en el marco empresarial. Por ejemplo, mientras en esta perspectiva las características y dimensiones de la calidad están absolutamente ligadas a la percepción del cliente, en el modelo sanitario aparece una dimensión autónoma de aquel, la constituida por la calidad técnica. Existen situaciones en que el deseo del paciente (tomar una medicación, operarse, etc.), si se viera satisfecho, implicaría una muy deficiente calidad técnica. Esta circunstancia tiene una clara translación a los Servicios Sociales, donde no es extraño enfrentarse a demandas específicas de apoyo o ayuda que, desde un punto de vista técnico, pueden considerarse incluso contraproducentes para quien las solicita.

DONABEDIAN (1994) marca las diferencias, entre lo que el denomina los dos modelos de garantía de calidad («modelo de atención a la salud» y «modelo industrial»), a partir de la consideración de que «el modelo de atención a la salud difiere en la necesidad que existe de acomodar, dentro de la definición de calidad, un conjunto más complejo de responsabilidades hacia los usuarios y la sociedad». Precisamente una de estas responsabilidades es la que se tiene hacia los individuos que acuden a solicitar estos servicios, debiendo atender sus intereses de la manera que resulte técnicamente más adecuada, lo cual, como mencionábamos anteriormente, puede suponer incluso contradecir los deseos de aquel. El riesgo de que este planteamiento encubra actitudes paternalistas debe ser contrarrestado. Así mismo, han de abordarse acciones que mejoren la capacidad de los ciudadanos para adecuar sus expectativas a las técnicas más adecuadas.

Otra responsabilidad que asumen los profesionales de los servicios personales, es frente a la sociedad. Los objetivos de salud, educación, bienestar social, son ob-

jetivos que trascienden la suma de las necesidades concretas expresadas por algunas personas, constituyendo demandas sociales de más amplia dimensión. Esto se traduce, tanto en las implicaciones éticas que pueden tener algunas de sus acciones, como en la consideración de que su preocupación no debe terminar con la persona que está atendiendo, ya que ha de buscar una equidad en la distribución de los recursos siempre escasos que gestiona, o en la incorporación de la noción de costo a su actividad. De esta idea deriva DONABEDIAN una última responsabilidad, la referida a la «gestión de las relaciones entre costos y calidad»: «...la atención a la salud es un bien público, pero también es privado. En gran medida, su financiamiento es público y sus beneficios o sus riesgos sobrepasan al propio individuo. Lograr la armonía entre las preferencias y los intereses individuales y los de orden social, es un problema complejo en el modelo de atención a la salud».

Otro elemento diferenciador entre la calidad entroncada en la gestión empresarial y la situada en el contexto de la prestación de servicios personales se refiere al hecho de que, mientras en la primera la gestión empresarial supone reducir costes, en la segunda implica aumentar el gasto. Este elemento es obviado demasiado frecuentemente, a través de la generalización de que «la calidad es rentable», lo que lleva bien a una frustración de las falsas expectativas creadas por quienes tratan de realizar una traducción lineal entre los dos entornos, bien a una política de reducción de costes que acaba hundiendo cualquier perspectiva de mejora de la calidad en la atención a las personas que solicitan los servicios de la organización. En los servicios personales la rentabilidad de la calidad es de carácter social, ya que desde el punto de vista económico implica un incremento de los gastos (formación, tiempo dedicado a grupos de trabajo, tiempo dedicado a cada persona atendida, mayor accesibilidad al servicio, etc.).

Todo lo expuesto no supone una distancia radical e insalvable entre ambos modelos. Lo que se produce es, más bien, una diferenciación en las perspectivas de aproximación al problema, lo que implica un grado distinto de importancia o presencia de algunos factores. El reto ha de ser, precisamente, incorporar, adaptando e innovando, aquellas ideas aplicables al mundo de los servicios personales de responsabilidad pública.

#### 4.2. El concepto de calidad: características específicas del modelo de atención a la salud

Como hemos sugerido en el punto anterior, el modelo de atención a la salud presenta unas características específicas, desarrolladas a lo largo de su amplia historia, en el abordaje de este tema. Sus aportaciones más singulares (y más útiles para su utilización creativa en los servicios sociales) se sitúan en la definición del concepto de calidad aplicado a los servicios sanitarios, así como en la metodología para la evaluación de la calidad.

Como se ha planteado con anterioridad, la definición de calidad que utiliza el enfoque empresarial más moderno, relaciona a ésta con las expectativas del usuario. La calidad será mayor cuanto más se acerquen éstas al servicio ofertado. En la atención a la salud el planteamiento adquiere nuevas dimensiones. Desde sus primeras formulaciones, planteadas por DONABEDIAN (1984; 4-7), existe un consenso bastante amplio sobre el hecho de que la calidad de la asistencia sanitaria está compuesta por dos elementos básicos:

- a) El aspecto interpersonal, relacionado con la relación que se establece entre el ciudadano que presenta una necesidad relacionada con su salud y el profesional que le atiende, la forma en que se comporta en la práctica asistencial y la comunicación que establece con el paciente. De manera más amplia, podemos hablar del «arte de curar», o mejor de la «calidad del arte de curar».
- b) La calidad de atención técnica, que «consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios».

Si bien en el primero de los dos aspectos señalados hay un puente de conexión con un enfoque de la calidad muy relacionado con las expectativas del ciudadano al que se presta el servicio, ya que difícilmente se podrá establecer una relación adecuada si no existe un mínimo de sintonía con el paciente, el segundo de ellos se sitúa en una esfera de valoración estrictamente profesional que, como hemos sugerido en otro lugar, puede ser contradictoria con los deseos del ciudadano. El

abordaje de esa contradicción sí puede enfocarse como parte del proceso interpersonal que configura la calidad de la atención.

Otro «joven clásico» de la literatura sobre la calidad de los servicios sanitarios (VUORI, 1988; 37-40), tras mostrarnos como los intentos de superar la definición de Donabedian no han sido demasiado productivos, realiza un resumen de los componentes del concepto de calidad de la atención sanitaria, partiendo de las investigaciones y actividades relacionadas con el tema:

- *Efectividad*. Relación entre el resultado conseguido y el conseguible idealmente.
- *Eficiencia*. Relación entre resultados y costes.
- *Adecuación*. Relación entre disponibilidad de servicios y necesidades de la población.
- *Calidad científico-técnica*. Nivel de aplicación de los conocimientos y tecnologías disponibles actualmente.
- *Satisfacción del consumidor y del profesional*. La del consumidor referida a los servicios recibidos, a los profesionales que le atendieron y a los resultados conseguidos. La de los profesionales relacionada con sus condiciones de trabajo.
- *Accesibilidad*. Posibilidad de que un consumidor obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar donde los necesita, en suficiente cantidad y a un coste razonable.
- *Continuidad*. Referido al tratamiento del paciente como un todo, en un sistema de atención integrado.

Aunque el propio autor sugiere agrupamientos de estos componentes, dejaremos esa elaboración para su aplicación a la calidad de los servicios sociales.

#### 4.3. La evaluación de la calidad en la atención a la salud

La problemática de la calidad en la atención de la salud se ha abordado a partir de un planteamiento de «control de calidad», equivalente a la noción de control descrita para el entorno empresarial. Aunque en la actualidad se está desbordando este enfoque, acercándose a una noción de gestión de la calidad próxima a la idea de Calidad Total mencionada anteriormen-

te, sigue siendo muy amplia la bibliografía especializada centrada en el control y la evaluación de la calidad<sup>1</sup>.

De hecho, la evaluación de la calidad ha sido el marco en el que se han desarrollado un gran porcentaje de los estudios e investigaciones cuyo eje central era la calidad. Y algunas de las más sugerentes aportaciones realizadas desde esta perspectiva, han surgido precisamente de estos estudios dirigidos a comprobar los niveles de calidad alcanzados en la prestación de los servicios sanitarios, permitiendo así definir líneas de acción destinadas a mejorarlos.

Un elemento característico del control o evaluación de la calidad fue expuesto por DONABEDIAN, planteando la diferenciación de tres componentes en la producción de servicios de atención a la salud:

- *Estructura*, en la que se incluye los elementos físicos tangibles (edificios, mobiliario, equipo, etc.) pero también el personal (tanto su número como su formación), la propia estructura administrativa y organizativa de la entidad, así como factores relacionados con la ubicación del servicio (distancia, accesibilidad, etc.).
- *Proceso*, que hace referencia a «como» se presta el servicio (procedimientos, protocolos, pruebas, controles, seguimientos, patrones de tratamiento, coordinación, etc.).
- *Resultado*, tanto en relación a los niveles de salud alcanzados como al grado de cumplimiento de las expectativas de los pacientes.

Según a cuál de estos componentes se dirija la atención del investigador, siguiendo a VUORI (1988), podemos estructurar tres enfoques de la evaluación de la calidad:

#### A) Enfoque estructural

Parte de la premisa de que si las condiciones previas para la prestación del servicio son buenas, el proceso y el resultado

consecuente, serán más adecuadas. En este capítulo se encuadran posibles evaluaciones específicas, que suelen resumirse en evaluación de la estructura física, humana y organizativa:

- Evaluación de la calidad de los materiales.
- Evaluación de la calidad de la tecnología.
- Evaluación de la calidad del entorno físico.
- Evaluación del entorno laboral.
- Evaluación de la dotación de recursos humanos y materiales.
- Evaluación de la calidad del personal.
- Evaluación organizacional.
- Evaluación de la información y sus circuitos.

La acción más habitual relacionada con este enfoque, es la de la *Acreditación de las instituciones*, en la que se comparan las características de esa institución con unos criterios previamente establecidos. La acreditación trata de asegurar una calidad mínima y generalmente no es habitual que se actualice de forma periódica.

En todo caso, este enfoque es el más criticado por insuficiente, ya que la presunción en la que se basa, esto es, que la existencia de una buena estructura está directamente relacionada con el proceso y el resultado, es ampliamente cuestionada.

#### B) Enfoque de proceso

Parte de la premisa de que si se emplea adecuadamente el conocimiento y la tecnología existente en todas las fases de la prestación del servicio, existen más posibilidades de que el resultado final sea el adecuado.

La evaluación de la calidad de la atención a la salud ha desarrollado un amplio abanico de métodos destinados a valorar el proceso mediante el que se presta ese servicio. Los más importantes son los siguientes:

- El *Audit Médico y de Enfermería*, consistente en un análisis retrospectivo de la atención prestada a través del estudio de la Historia Clínica. Suele realizarse con un listado de criterios explícitos que sirven para determinar el grado de calidad de la

<sup>1</sup> VUORI (X, 1988) plantea una definición diferenciada para ambos conceptos. Así define la *evaluación de la calidad* como «la medición del nivel actual de calidad de los servicios prestados». El *control de calidad* sería la misma medición «junto con los esfuerzos realizados para modificar la provisión de estos servicios cuando sea necesario a la luz de los resultados de la medición».

atención. Esos criterios varían según el tipo de patología analizada.

-La *Revisión entre pares de profesionales*, Tras seleccionar un tipo determinado de problema de salud, se realiza un muestreo entre los pacientes encuadrables en esa tipología y uno o más médicos con experiencia clínica pertinente al tema seleccionado, analizan y valoran la atención prestada. Usa como fuente de información la Historia Clínica, aunque también es posible realizar entrevistas o exploraciones a los pacientes seleccionados.

-El *Mapa de Criterios*, evita una comparación rígida con un listado de criterios, centrándose en el análisis del proceso lógico de toma de decisiones que ha orientado la atención prestada. Tras la selección de un problema de salud concreto, un grupo de expertos desarrolla el mapa de criterios correspondientes que guiará la valoración de la atención concreta prestada.

-*Protocolos de tratamiento* que han mostrado su eficacia y garantizan una alta probabilidad de que la atención prestada sea de calidad.

-*Reuniones Clínicas* en las que se analizan aspectos problemáticos de casos significativos.

-*Comités o Comisiones*, bien específicas dirigidas al seguimiento de aspectos problemáticos, por ejemplo los Comités de Tejidos, bien genéricas como los Comités o Círculos de Calidad

-*Asesoramiento en Salud*, consiste en la detección de casos en los que el resultado esperado no ha sido conseguido, tras lo cual se realiza un análisis pormenorizado con el objetivo de identificar las deficiencias del proceso que han producido ese resultado.

-*Método basado en los resultados del problema*, similar al método anterior, su característica singular es que se basa en la entrevista personal a pacientes que han sido dados de alta a fin de que valoren su situación personal en ese momento. Si ésta, estructurada a través de un pequeño cuestionario, se considera inadecuada se recoge más información, principalmente de la Historia Clínica para intentar determinar los elemen-

tos que han facilitado la situación actual.

— La *Formación Continuada* de los profesionales, a fin de mantenerse al día y corregir las deficiencias en la calidad de la atención.

En general, podemos afirmar que todos los métodos para evaluar la calidad del proceso tienen como protagonistas a los propios profesionales. En consecuencia, su foco de atención es la llamada calidad «técnica», no tanto la percepción del paciente de cómo se está prestando el servicio.

Si bien también se discute la relación directa del proceso con los resultados que se obtienen, no puede negarse el interés de este enfoque para, al menos, conocer el procedimiento por el que la institución presta los servicios que tiene encomendados.

### C) Enfoque de los resultados

En esta categoría es donde encuentra cabida el análisis de la satisfacción de los pacientes, sus opiniones respecto al servicio prestado y el grado de cumplimiento de sus expectativas. Así mismo, analiza el cambio producido en el estado de salud de las personas atendidas, pudiendo incorporar el estudio de la adquisición de nuevos hábitos y actitudes saludables por parte de las personas objetivo del programa. Por otra parte, su metodología está estrechamente unida a la utilizada en la evaluación de resultados de programas, por lo que no nos detendremos en ella.

#### 4.4. Programar la calidad

Como hemos visto, la perspectiva de control o evaluación de la calidad de la atención a la salud pivota esencialmente sobre la denominada calidad «técnica», a la vez que se centra en valorar la calidad producida en lugar de hacerlo en la producción de esa calidad. Ello a pesar de que se realicen evaluaciones de la calidad que abarquen, simultáneamente los tres elementos descritos (estructura, proceso y resultado).

El paso siguiente, capaz de integrar esa perspectiva en un planteamiento más amplio, acorde con las reflexiones más recientes generadas en torno a la calidad, implica plantearse la programación de la calidad. Es decir el configurar y desarrollar planes destinados a hacer de la calidad el

eje de la gestión de los servicios de salud. Y ese protagonismo de la calidad ha de ir necesariamente unido al protagonismo del ciudadano que utiliza esos servicios.

Este punto de vista posee en nuestro país dos ejemplos de interés: el documento titulado «Osasuna Zainduz. Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca» y el Plan Integral de Calidad de Centros Hospitalarios de Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. Aunque no es este el lugar de exponerlos con amplitud, creemos que pueden resultar ilustrativos de un acercamiento concreto, desde un sistema próximo al de los Servicios Sociales, a la idea de la búsqueda de la Calidad Total.

#### A) «Osasuna Zainduz»

El «Osasuna Zainduz» es un documento que plantea las grandes líneas de cambio para la sanidad vasca. «Todas las medidas que se propone persiguen tres objetivos fundamentales:

- que la Administración siga garantizando un sistema de protección de la salud universal, solidario, equitativo y de calidad;
- que los usuarios no sean tratados sólo como pacientes sino como ciudadanos con derecho a utilizar unos servicios de calidad humana y técnica;
- que los profesionales sanitarios se sientan más integrados en una organización flexible, comunicativa, que reconoce los logros de quienes le dedican su trabajo y estimula tanto su desarrollo personal como profesional.»

Tras un análisis diagnóstico de la situación actual, el documento se adentra en el desarrollo de las estrategias dirigidas a conseguir los objetivos mencionados. En lo que aquí nos interesa, plantea nítidamente la necesidad de buscar la calidad total del sistema y la satisfacción del usuario. Para ello propone tres grandes líneas de actuación, con sus correspondientes estrategias y acciones concretas:

Línea de actuación 1. Personalización del servicio, mejora de los niveles de información al usuario y de sus posibilidades de elección.

Estrategias:

- Personalizar el servicio.
- Mejorar los niveles de información al usuario.

- Ampliar la capacidad de elección del ciudadano.

Línea de actuación 2. Diseño y promoción de una política de calidad total de los servicios.

Estrategias:

- Implantar técnicas de calidad total.
- Introducir la acreditación de centros públicos y privados, como condición previa a la contratación/concertación de servicios.
- Desarrollar un sistema de información para la garantía de la calidad, que permita negociar y contratar objetivos de calidad.
- Fortalecer el papel mediador de los Servicios de Atención al Usuario.
- Diseñar un nuevo modelo de atención de urgencias.

Línea de actuación 3. Mejora del acceso a los servicios, adecuando los tiempos de espera a la gravedad de los casos.

Estrategias:

- Controlar los tiempos de espera en asistencia especializada y establecer medidas correctoras para su reducción.

#### B) Plan Integral de Calidad

El Plan Integral de Calidad es un documento elaborado por un grupo de trabajo, formado por técnicos de Osakidetza con experiencia en el tema, en el que se definen una serie de enunciados genéricos, se sugieren unos medios y se proponen unos métodos dirigidos a promover la cultura de la calidad, planteándose una estrategia de implantación y seguimiento de un Plan de estas características. Todo ello dirigido a que cada hospital de la Red Asistencial elabore su propio Plan Integral de Calidad.

Los autores consideran que, si bien la organización sanitaria está obligada a garantizar una calidad técnica en los procesos de atención que realiza, ha de ser la «satisfacción del cliente» el objetivo primordial a conseguir. Estos dos componentes, junto con los esfuerzos para evitar la «no calidad» y la satisfacción de los propios profesionales, constituyen los elementos esenciales del profundo cambio cultural que este documento plantea y que redundará en diversos conceptos ya abordados en este artículo. El interés principal

se concentra en las sugerencias prácticas para llevar adelante esta transformación. Resumimos seguidamente las que consideramos de mayor interés:

- Es fundamental el ejercicio cotidiano y concreto de un claro liderazgo en la búsqueda de la calidad total por parte del equipo directivo.
- El trabajo en calidad ha de realizarse desde cada servicio o unidad asistencial.
- La gestión de calidad ha de estar integrada en los instrumentos de gestión cotidiana del centro.
- Importancia de la formación en calidad.
- Es necesario organizar alguna estructura de soporte, denominada como metodólogo o dinamizador de calidad, si bien ha de considerarse que estamos refiriéndonos a hospitales con un número relativamente elevado de personal. Las funciones propuestas son las siguientes:
  - \* Soporte metodológico a las Comisiones, a los servicios y a la dirección.
  - \* Dinamización de todas las actividades de calidad.
  - \* Función docente en temas de calidad.
  - \* Asesoramiento a la Dirección.
  - \* Coordinación de las acciones procedentes de dirección, servicios y comisiones.
  - \* Acciones de sensibilización y difusión para propiciar el «cambio cultural».
- Reorientar el Servicio de Atención al Usuario, haciendo que pase de una actitud pasiva a la asunción y gestión de las encuestas de satisfacción del cliente y de los profesionales, así como, en general, a «la búsqueda activa de aquellos aspectos que puedan aumentar la satisfacción del cliente o al menos reducir su insatisfacción, mediante la proposición de las oportunas acciones».
- Creación de comisiones que, sin ser esenciales suponen un complemento importante:
  - \* Comisión central de calidad, centrada en la calidad subjetiva para el conjunto del hospital.

\* Comisiones Clínicas, y Grupos de Trabajo o Círculos de Calidad, centrados en el seguimiento de indicadores globales de no calidad.

Las acciones propuestas se estructuran en tres bloques ya descritos con anterioridad, estructura, proceso y resultado. Entre los relacionados con la estructura, merece la pena subrayar los correspondientes a la estructura organizativa:

- Organigrama.
- Sistemas de información, especialmente los ligados al servicio de admisión y archivos los que facilitan información sobre coste intermedios y finales del producto; los de indicadores sobre la calidad del proceso técnico; los que se centran en la calidad percibida por el cliente y los que aportan información sobre la satisfacción de los profesionales del centro.
- Normas de funcionamiento de los servicios y unidades.

En las acciones dirigidas al proceso, además de insistir en la importancia de que la metodología que se desarrolle sea sencilla y facilitadora de la participación de todos los profesionales, se propone la detección y priorización de problemas relacionados tanto con la calidad técnica como con la calidad percibida; la creación de indicadores para seguir la evolución de esos problemas; la protocolización de los procesos diagnósticos y terapéuticos más frecuentes y la elaboración de «auditorías médicas y de enfermería» para profundizar en algunos temas. Por último, en relación a los resultados, plantea la explicitación de indicadores que han de ser «monitorizados».

El Plan Integral de Calidad, después de proponer una serie de medidas destinadas a la difusión de la cultura de la calidad (desde la edición de una revista hasta la organización de una Semana de la Calidad), plantea la necesidad de que cada centro acople estos planteamientos a su realidad, elaborando un plan de acción especificado a lo largo de cada año.

## 5. EL CONCEPTO DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES

En la gestión de los servicios sociales coexisten el ejercicio de potestades de la administración (regulando quiénes tienen derecho a determinadas ayudas, el procedimiento para solicitarlas y las cuantías

a percibir, por ejemplo), con la prestación de un servicio, en este caso de carácter público. Esta situación facilita la comprensión sobre la doble dinámica que vive la administración: cumplir los procedimientos legales y prestar con eficacia y eficiencia un servicio. Hasta hace bien poco el cumplimiento del primero de los requisitos era suficiente. Sin embargo, en la actualidad, la sociedad exige que además se cumplan los objetivos previstos.

De esta forma, no es suficiente con tramitar correctamente las ayudas existentes para paliar una situación de pobreza. Es necesario demostrar que esas ayudas «sirven para algo». Es decir, que tienen alguna repercusión en el problema al que se supone que van dirigidas. Por muy bien que se haga la función burocrática, la acción pública queda radicalmente deslegitimada si es incapaz de dar una respuesta eficaz y eficiente a los problemas que el servicio público tiene planteados como objetivos. Es en este contexto donde ha de situarse la reflexión sobre la gestión de calidad de los servicios sociales.

Para abordar el concepto de calidad desde estos servicios resulta conveniente comenzar realizando algunas reflexiones sobre sus características específicas, especialmente de aquellos servicios sociales de carácter público que centran el interés de este trabajo. Al igual que otro tipo de servicios prestados por la administración, los servicios sociales tienen como punto de partida inicial un compromiso legal de tipo genérico. Tal y como puede comprobarse en la Ley de Servicios Sociales del País Vasco, en una redacción muy próxima a otras Leyes de otras Comunidades, el sistema que se pretende construir tiene por objetivo «garantizar, mediante un sistema público de servicios, aquellas prestaciones sociales que tienden a favorecer el pleno y libre desarrollo de la persona dentro de la sociedad, promover su participación en la vida ciudadana y conseguir la prevención o eliminación de las causas que conducen a su marginación».

Unos principios legales tan generales podían haber establecido una dinámica próxima a la del sistema sanitario, donde la concreción de la garantía de la atención de la salud viene muy determinada desde el ámbito técnico. Este hecho hubiera permitido una amplia autonomía en la gestión y una mayor capacidad de ofrecer respuestas flexibles a las demandas cambiantes de la sociedad. En algunas situaciones, los Servicios Sociales han mantenido esa flexibilidad, dejando a un lado el ejercicio de potestades propio de la administración

y centrándose, exclusivamente, en la prestación de un servicio. Por ejemplo, en los programas de intervención en familias donde la selección de las familias que van a formar parte del programa no está sujeto a una normativa legal, ni existe acuerdo de un órgano de gobierno competente que apruebe esa inclusión, y en consecuencia no cabe recurso frente al hecho de no haber sido seleccionado. Evidentemente, esto no reduce un ápice la obligatoriedad de prestar ese servicio atendiendo con objetividad los intereses generales y según los principios recogidos en el artículo 103.1 de la Constitución, así como la reclamación judicial ante la presunta transgresión de los mismos.

Sin embargo, el impulso clave para el desarrollo y extensión de un Sistema de Servicios Sociales Público en el País Vasco vino de la mano del Plan de Lucha contra la Pobreza. Sin entrar en detalles sobre su contenido, resulta clave el hecho de que, en la práctica, haya consistido en un conjunto de ayudas económicas no periódicas y en el Ingreso Mínimo de Inserción, conocido popularmente como salario social. De esta forma, la propia dinámica impulsada por el Plan puso en primer plano los aspectos procedimentales, que habían de garantizar el adecuado uso de las ayudas y los derechos de los ciudadanos.

Indudablemente el reconocimiento del derecho a unos ingresos mínimos y a unas ayudas económicas específicas, es un avance social indiscutible. Sin embargo parece necesario abrir un debate sobre las consecuencias que ha traído el que se haya situado la función de tramitar esos derechos en los Servicios Sociales, sin diferenciar, al menos, la estructura dirigida a la tramitación de los mismos, de la orientada a la intervención social. Nadie discute que a un trabajador enfermo se le de una Incapacidad Laboral Transitoria, pero sería más discutible el que fuera su médico de cabecera quien, además de tratarle su enfermedad, se encargara de comprobar sus cotizaciones, de tramitar su expediente y de asegurarse del pago a la empresa de la cantidad correspondiente según lo estipulado en la legislación vigente. Probablemente no le quedaría tiempo para esta última tarea. De hecho, está absolutamente diferenciado el sistema que atiende la salud de la persona, del que tramita y controla los procedimientos administrativos que esa enfermedad pueda conllevar.

En los servicios sociales ambas funciones suelen estar confundidas. El Trabajador Social, a la vez que informa, asesora, apoya o incide en la problemática indivi-

dual o familiar planteada, tramita un expediente administrativo de ayuda económica y controla los ingresos del solicitante, por ejemplo. Esta confusión está en la base del acalorado debate generado en torno a las contraprestaciones del Ingreso Mínimo de Inserción, así como en las reiteradas quejas respecto al exceso de papeleo que tienen que realizar los profesionales de estos servicios.

Por otra parte, el importante peso relativo que tienen las ayudas económicas en la acción cotidiana de los profesionales de la acción social, ha potenciado esta vertiente administrativa, impregnando a una amplio número de servicios y recursos. Parece como si la necesidad de marcar un límite claro entre la beneficencia y el Estado de Bienestar, haya llevado a la convicción (incluso a muchos profesionales) de que eso sólo se consigue acumulando procedimientos de carácter administrativo.

No es nuestra intención profundizar aquí en este debate. Su mención se hacía ineludible para enfrentar la gestión de la calidad en los Servicios Sociales, donde se superponen las acciones regidas por criterios técnicos, mucho más permeables a este tipo de enfoque, con una cultura burocrática (visible a pesar de la juventud del sistema) preocupada de los procedimientos puramente administrativos y más resistente al cambio.

En consecuencia, al abordar la gestión de la calidad en los servicios sociales hemos de tener presente que la configuración del sistema ha hecho convivir a programas en los que su elemento central de valoración es su capacidad de cumplir con los objetivos previstos, con otros en los que han de garantizarse los procedimientos administrativos. Esta situación, que inicialmente supone una dificultad, puede tener importantes potencialidades, al colocar dentro del sistema dos polos (flexibilidad técnica y regulación administrativa) en el centro de los cuales podemos situar un funcionamiento moderno de la Administración Pública. La indudable dificultad de conjugar adecuadamente los aspectos positivos de ambas perspectivas no disminuye esa potencialidad.

### **5.1. El modelo de gestión de calidad de los servicios sociales: la calidad percibida**

Sin duda alguna, el modelo de calidad aplicable en los servicios sociales ha de basarse en el modelo sanitario de garantía

de calidad. Las similitudes de ambos sistemas, mucho mayores que las diferencias en cuanto al tema de interés, justifican esta afirmación.

Un breve comentario antes de seguir. En alguna ocasión he escuchado opiniones en las que se consideraba el enfoque de la calidad un «lujo» para el sistema de servicios sociales. Esta opinión se sustentaba en el argumento de que existen demasiadas carencias como para preocuparse de la calidad de los servicios. Si el enfoque de la gestión de calidad puede ser un elemento de especial importancia en la modernización de la administración, dejar fuera de este proceso a los servicios sociales, supondría una marginación de los mismos, colocándolos en un furgón de cola, dentro de la administración, más propio de concepciones benéficas que de un Estado de Bienestar.

Por otro lado, roza lo indignante considerar un lujo lo que la inmensa mayoría de los ciudadanos, y desde luego aquellos en una situación económica desahogada, exigen en cualquier transacción comercial o a cualquier administración. En este sentido, hacer de la calidad un elemento central de la acción social, implica un especial compromiso de solidaridad con los sectores sociales más desfavorecidos, ofreciéndoles un valor añadido (la calidad) que muy frecuentemente se encuentra fuera de su alcance, al no poder pagar el coste que conlleva en la esfera privada. Además, el coste añadido que en términos absolutos puede suponer la búsqueda de la calidad, no ha de suponer recortes en los servicios prestados, sino una mayor efectividad de éstos.

Las particularidades de la aplicación de la gestión de calidad a estos servicios las expondremos seguidamente, eludiendo la repetición de comentarios ya realizados.

#### **A) LOS CUENTES<sup>2</sup>**

Como ha quedado claro anteriormente, no cabe hablar de calidad sin considerar la percepción que de la misma tienen los

<sup>2</sup> Al centrarnos en la gestión pública de los servicios sociales, resultan plenamente aplicables los comentarios realizados anteriormente sobre el concepto de cliente, por lo que utilizaremos el de *ciudadano cliente* para referirnos a las personas que utilizan o son potenciales usuarios de los servicios sociales; reservando el de *clientes* para referirnos al conjunto de ciudadanos, instituciones, asociaciones, etc. que interactúan con estos servicios.

clientes, y en concreto el ciudadano cliente, de un servicio público. Esta dimensión de la calidad se forma a partir de la diferencia entre lo que los clientes esperan de los servicios sociales y lo que efectivamente consiguen de éstos. Situar la calidad en el centro de la gestión de estos servicios supone buscar la máxima adecuación que sea posible entre ambos aspectos, utilizando las técnicas más adecuadas, respetando la legalidad vigente y considerando las repercusiones sociales de la misma.

Esta definición nos sitúa de inmediato frente al reto de identificar quiénes son los clientes de los servicios sociales. Resulta habitual que en estos servicios se considere exclusivamente al ciudadano cliente, incluso a veces, exclusivamente a aquel que acude a esos servicios. Sin embargo los clientes de los servicios sociales, al igual que los de otros servicios públicos o privados, pueden catalogarse en dos grandes grupos:

1. *Clientes Internos*. Relacionados con la propia estructura desde la que se presta el servicio. En este grupo podemos situar a las categorías siguientes:

- Otros departamentos municipales con los que mantenemos relaciones (Intervención, Obras y Servicios, Cultura, Información Ciudadana, etc.), los cuales son vistos frecuentemente como obstáculos para el quehacer de los servicios sociales. Sin embargo, hemos de considerarlos organizaciones con su dinámica propia e independiente de la nuestra, analizando y estableciendo estrategias dirigidas a responder adecuadamente a sus características y expectativas. Muchas veces las dificultades de coordinación también están motivadas por la incapacidad de entender que esperan de nuestro servicio esos departamentos o de la imagen distorsionada que poseen.
- Los trabajadores de los servicios sociales. Resulta esencial que los propios trabajadores de los servicios sociales se encuentran satisfechos con su pertenencia a ese departamento. La quiebra de este elemento cuestiona el resto de objetivos que puedan establecerse.

2. *Clientes Externos*. Donde encontramos la siguientes categorías:

- Los ciudadanos clientes que utilizan o son potenciales usuarios de los programas y servicios sociales. Es esencial la inclusión en esta categoría de aquellas personas que, aún no habiendo contactado con los servicios sociales, constituyen una «población objetivo» de estos.
- Las asociaciones ciudadanas, de voluntarios, y otras entidades ligadas a la acción social. Estas instituciones no son sólo recursos a los que derivar ciudadanos o con los que convenir programas. Son también clientes de los servicios sociales, con sus expectativas y opiniones sobre lo que estos servicios han de ser, y con una significativa capacidad de generar opinión.
- Otras administraciones u organismos públicos con los que nos relacionamos con asiduidad y que, muy a menudo, son quienes «compran» nuestros servicios al decidir subvencionar o no determinado programa. Su opinión sobre nuestro quehacer puede resultar determinante.
- El conjunto de los ciudadanos, sean o no potenciales usuarios de los servicios sociales, quienes financian a través de los impuestos estos servicios. Una opinión pública crítica respecto a la actividad o los resultados de los mismos, puede influir claramente en la financiación o la continuidad de un programa, o incluso plantear un cuestionamiento más global del sistema público de servicios sociales en sí mismo.
- Los medios de comunicación, en cuanto elemento clave en la generación de opiniones y actitudes.

Como vemos, existe una gran variedad de personas o instituciones cuya opinión debe ser considerada a la hora de valorar la calidad de nuestro servicio. Si hubiera que dar prioridades entre todos ellos, quizás las dos categorías donde hemos de centrar nuestra atención de una manera más clara es en la de los ciudadanos clientes y en la de los trabajadores de los servicios sociales. En el resto, ya supondría un cambio significativo el pasar a considerarlos clientes hacia los que también va dirigido nuestro trabajo y cuyas opiniones hemos de considerar.

También aquí, como en otros servicios, atender todos los frentes, puede suponer contradicciones al existir intereses que pueden resultar contrapuestos. En este

punto hemos de considerar dos aspectos. De una parte, que una adecuada gestión de calidad ha de implicar saber conjugar, hasta donde sea posible, esa pluralidad de expectativas. De otro, que los servicios sociales públicos están regidos por una normativa cuyo principal punto de referencia es la Ley de Servicios Sociales, donde se explicitan los criterios generales que han de inspirar el trabajo de estos servicios. En consecuencia, esos han de ser los «intereses» que en caso de colisión prevalezcan, muy especialmente los de solidaridad, integración y prevención.

De esta forma, una primera tarea esencial consiste en elaborar la relación concreta de clientes, reales y potenciales, de nuestro servicio. Delimitando así el universo hacia el que debemos dirigir nuestra atención.

## B) LAS EXPECTATIVAS Y OPINIONES DE LOS CLIENTES

La identificación de los clientes es un paso indispensable para mejorar la calidad pero insuficiente. Es esencial conocer que esperan estos clientes de nosotros, así como su opinión sobre los servicios que les ofrecemos. Limitándonos al núcleo central de los grupos de clientes mencionados, los ciudadanos clientes, ¿sabemos que idea tienen de nosotros?, ¿qué esperan?, ¿cuáles son los aspectos que, en su opinión, les resultan determinantes para valorar si el servicio prestado ha sido o no de calidad? Sinceramente creo que, con excepción de unos pocos trabajos referidos a centros residenciales, existen pocas respuestas a esas preguntas. Sin ellas, el camino hacia la calidad se encuentra obstruido, ya que es imposible determinar el rumbo que debemos seguir, los elementos que debemos mejorar. Por ello resulta prioritario desarrollar métodos para cubrir esta laguna, al menos en lo referente a los ciudadanos clientes y a los propios trabajadores de los servicios sociales.

Entre los procedimientos para acceder a esa información podemos mencionar los siguientes:

- Estudios de satisfacción de usuarios.
- Estudios sobre las expectativas de los ciudadanos y sus criterios para valorar la calidad.
- Análisis de las expectativas de otros servicios equiparables. En nuestro caso resultan un buen punto de referencia los servicios de atención a la salud, donde además el estudio de

la calidad está mucho más avanzado.

- Paneles de ciudadanos clientes, equivalentes a grupos asesores, consistentes en grupos de 15 a 20 personas, seleccionados al azar entre todos los ciudadanos clientes, que se reúnen varias veces al año para valorar la calidad de los servicios o los elementos que la perturban.
- Gestión de las reclamaciones.

Evidentemente, este último método puede resultar el más sencillo de aplicar ya que tanto el tiempo como el desembolso económico que puede requerir es escaso. Sin embargo, no parece que en nuestro país esté muy arraigada la cultura de la reclamación. Todos conocemos experiencias de «buzones de reclamaciones o sugerencias» llenos de telarañas o somos conscientes del poco uso de las Hojas de Reclamaciones en cualquier establecimiento comercial. Pero incluso en un contexto empresarial y una cultura como la norteamericana «sólo el 4% de los usuarios insatisfechos plantean sus quejas a las empresas. El otro 96% permanece insatisfecho, pero, por término medio, le comunica su insatisfacción a otras nueve o diez personas» (ZEITHAML y col. 60, 1993). Añadámosle, a todo ello, el recelo que suscita la presentación de un queja escrita en la Administración Pública.

En consecuencia, a la hora de aproximarnos a las expectativas y opiniones de los ciudadanos clientes hemos de tener presentes estas consideraciones, a fin de paliar sus efectos. A este fin, consideramos clave la constitución de un **Servicio de Atención al Ciudadano** dirigido a servir de mediador entre el ciudadano y la institución, siguiendo, una vez más, la estela del Sistema de Salud. Para ello, no tiene por qué ser necesaria una ampliación de la dotación de personal sino una reorganización del mismo, básicamente en los niveles de administrativos, auxiliares administrativos y ordenanzas, orientando sus funciones en esta nueva dirección.

Algunos elementos claves del Servicio de Atención al Cliente, variables en su aplicación concreta según la dimensión y características del Centro, pueden ser:

- Delimitación de las personas que atienden las consultas telefónicas y reciben a cualquier ciudadano que se acerque a los servicios sociales. A estas personas ha de facilitárseles, en el caso de que no la posean, una

formación especializada de atención al público. Así mismo, se les deben especificar criterios para la derivación de llamadas, delimitación de situaciones de urgencia y otros aspectos de trascendencia para la organización del centro.

- El Servicio de Atención al Cliente debe tener establecido un profesional de referencia inmediata al que acudir en caso de necesitar información complementaria o tener dudas sobre el procedimiento a seguir.
- Los componentes del Servicio de Atención al Cliente deben poseer una información amplia y actualizada de los programas y servicios del departamento, incluyendo toda aquella información, no especializada, que pueda ser de interés; desde documentación a presentar para cualquier tramitación del Departamento hasta un amplio listín telefónico con todo tipo de teléfonos y direcciones de interés.
- Este Servicio encauza las reclamaciones de los ciudadanos.

Tal y como indicábamos anteriormente, limitamos a la información que puedan suministrar las quejas presentadas por escrito, restringiría de tal forma esta fuente de datos que su utilidad quedaría muy menguada. Por ello, consideramos de utilidad que las personas pertenecientes al Servicio de Atención al Cliente recojan todas las quejas, problemas, comentarios críticos, independientemente de que se acaben plasmando o no en un escrito. Incluso aquellas situaciones, que sin producir una reacción expresa por parte de los ciudadanos clientes, ellos consideren que suponen un foco potencial de falta de calidad.

Basándonos en la propia experiencia y en el interesante trabajo de Inmaculada PEREIRO y colaboradores (1994), sobre la clasificación de las reclamaciones de los usuarios de atención primaria de salud, nos atrevemos a sugerir una tipología de «Factores percibidos como obstáculos a la calidad». Esta tipología, que lógicamente habrá que ir adecuando en base a la experiencia, puede orientar sobre la información que estamos buscando a aquellas personas encargadas de recogerla. En la información recogida debe explicitarse si ha sido detectada sin comentario expreso del ciudadano cliente o lo ha sido a partir de esos comentarios.

1. Fallo de organización.
  - 1.1. Cambios en el profesional que atiende el caso.
  - 1.2. Cambios en la entrevista concertada.
  - 1.3. Dificultades de obtener cita por teléfono.
  - 1.4. Cita previa: excesivo tiempo transcurrido hasta la cita concertada.
  - 1.5. Retraso en la consulta.
  - 1.6. Pérdida de documentación aportada.
  - 1.7. Pérdida del historial.
  - 1.8. Escasa o nula información sobre la situación de su expediente.
  - 1.8. Dificultad para hablar por con la persona deseada.
2. Trato personal.
3. Fallo en la atención técnica.
  - 3.1. Poco tiempo de entrevista.
  - 3.2. Mala atención profesional.
  - 3.3. Denegación del servicio solicitado.
  - 3.4. Retraso en la realización de recurso indicado.
  - 3.5. Utilidad de la atención recibida.
4. Entorno.
  - 4.1. Confortabilidad de las instalaciones.
  - 4.2. Accesibilidad interna.
  - 4.3. Accesibilidad externa:
    - 4.3.1. Horarios
    - 4.3.2. Distancia
    - 4.3.3. Medios de comunicación.
5. Fallo burocrático.
  - 5.1. Exceso de documentos a aportar.
  - 5.2. Dificultad para cumplimentar los impresos.
  - 5.3. Complejidad de los trámites.
6. Otras fuentes de insatisfacción.

Este instrumento, utilizado como base de referencia para las reuniones periódicas del responsable del centro con el equipo de personas que componen el Servicio de Atención al Cliente, puede ser una rica fuente de información para detectar aquellos puntos críticos para la mejora de la calidad del servicio, tal y como la perciben los ciudadanos clientes. Así mismo puede resultar un interesante estímulo para generar sugerencias respecto a la calidad por unas personas que están en un lugar privilegiado de la organización.

Naturalmente, aunque esta tarea la desempeña este Servicio de manera sistemática, otros profesionales también han de realizar sus aportaciones. El foro para ello puede ser una reunión conjunta de todo el equipo que forman el Centro de Servicios Sociales (si su número lo hace operativo) o canalizarse a través de las propias reuniones del equipo técnico.

Por otra parte, aunque resulta más costoso y requiere de más tiempo, los estudios de satisfacción de los ciudadanos atendidos pueden aportar una información de enorme trascendencia. Estos estudios, inexistentes en lo referente a los servicios sociales de base, consisten en la realización de una encuesta (existen varias opciones metodológicas) construida en torno a tres ejes que definirían las dimensiones que componen la calidad percibida: trato personal, competencia profesional y comodidad o estructura. Al no existir un modelo validado, la primera tarea habría de consistir en la validación de un cuestionario que recogiera el desarrollo de las dimensiones mencionadas. Seguidamente proponemos algunas variables que pueden ser utilizadas en ese proceso, desglosando una dimensión relacionada con aspectos organizativos:

#### TRATO PERSONAL

- Amabilidad.
- Disponibilidad.
- Escucha.
- Respeto.
- Comprensión. Empatía.
- Interés.
- Trato recibido por los auxiliares (puede desglosarse en varias de las variables anteriores).

#### COMPETENCIA PROFESIONAL

- Información recibida.
- Eficacia de la ayuda.
- Dominio de la materia por parte del profesional.
- Sensación de confidencialidad.
- Confianza en los profesionales.
- Competencia de los auxiliares con que ha tratado (puede desglosarse en varias de las variables anteriores).

#### ESTRUCTURA - COMODIDAD

- Accesibilidad.
- Comodidad (salas de espera, despachos,...).
- Limpieza de las instalaciones.
- Ambiente percibido.

#### ESTRUCTURA - ORGANIZACION

- Volumen de papeleo a cumplimentar.
- Grado de dificultad del papeleo.
- Tiempo de espera antes de la primera cita.
- Tiempo de espera para ser recibido.
- Duración de la entrevista.
- Facilidad de acceso telefónico.
- Número de personas distintas que le han atendido.

Esta relación propuesta podría enriquecerse mucho más si existiera un estudio sobre cuáles son los factores que los ciudadanos consideran de más importancia a la hora de valorar la calidad de unos servicios sociales.

Disponible este instrumento, puede aplicarse junto a otras variables que se consideren influyentes en la percepción que pueda tenerse de la calidad. Además de las habituales variables sociodemográficas (estudios similares realizados en el campo de la salud plantean como más decisivas las variables de edad, sexo, situación laboral y nivel de estudios), pueden incorporarse algunas otras como, por ejemplo,:

- Tipo de problema planteado.
- Número de entrevistas mantenidas.
- Antigüedad de la relación con el servicio.
- Conocimiento previo de lo que son los servicios sociales.
- Origen de ese conocimiento.

También es importante avanzar en un conocimiento similar de las opiniones y expectativas de otras categorías de clientes. Las líneas aquí esbozadas pueden dar una referencia sobre el camino a seguir.

#### 5.2. Otros aspectos del modelo de gestión de calidad de los servicios sociales

##### A) CALIDAD TECNICA

Como hemos manifestado anteriormente, la calidad no solo tiene la dimensión percibida por los clientes, también la calidad técnica juega un papel esencial. De hecho, al igual que en el sistema sanitario, pueden producirse demandas por parte de los ciudadanos, por ejemplo ingresar en una Residencia o ceder la tutela de un hijo, que valoradas técnicamente no sean adecuadas para resolver el problema que el ciudadano plantea. Así mismo, pueden existir planteamientos técnicos que cho-

quen con los deseos del ciudadano cliente, por ejemplo cuando éste solicita una ayuda económica para un concepto que el profesional no considera en absoluto necesario.

¿Pero qué es la calidad técnica? Esta se puede definir, adaptando al campo de los servicios sociales la definición realizada por DONABEDIAN (1984), como la aplicación de los conocimientos teóricos y metodológicos de las ciencias aplicadas a la acción social, de una manera que rinda el máximo de beneficios para el desarrollo personal y social, sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad, por lo tanto, sería la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios utilizando los conocimientos técnicos existentes.

Lógicamente, una definición tan genérica, enmarca el tema, pero requiere de un desarrollo concreto que la haga operativa. Ese desarrollo, pasa por tres aspectos bastante problemáticos en el campo de los servicios sociales:

1. Definición operativa de los factores o criterios esenciales para valorar la calidad de una intervención social. Actualmente no existen referencias claras para juzgar si una intervención social ha tenido o no una calidad mínima.
2. Capacidad diagnóstica de los problemas sociales, con un mínimo de fiabilidad (si se repite el procedimiento con situaciones análogas el resultado es el mismo diagnóstico) y de validez (diferentes profesionales realizan un diagnóstico similar de problemas similares). De todos es conocida la dificultad de establecer un diagnóstico etiológico de un problema social. Incluso los diagnósticos sintomáticos son poco habituales en el trabajo cotidiano, y cuando existen son tan genéricos que resultan poco operativos.
3. Establecimiento de procedimientos de intervención mínimamente normativizados para problemáticas específicas diagnosticadas. Dicho en otras palabras, una mayor correlación entre los problemas y los recursos utilizados para solucionarlos. Parece razonable considerar que, ante problemas similares, sean necesarias acciones parecidas. Las excepciones no harían sino ayudar a profundizar en el fenómeno. Lógicamente, cada caso particular ten-

drá siempre sus facetas específicas, esto no contradice lo expuesto. Para saber qué es una faceta específica y qué una pauta habitual, en un determinado tipo de problemas, es necesario definir con claridad estas últimas.

El avance en estos campos, y en consecuencia el avance en la posibilidad de valorar la calidad técnica, pasa por un fuerte impulso de la investigación aplicada de los problemas sociales, incluyendo la evaluación de programas. Así mismo, es necesario un importante esfuerzo en los profesionales de la acción social, para incorporar a sus hábitos cotidianos el diagnóstico explícito de cada caso que abordan y la determinación de los objetivos buscados con la indicación de un recurso o intervención social concreta. Ambos pilares son básicos para la sólida constitución de un sistema de servicios sociales con una calidad técnica contrastada y contrastable.

#### *B) EL ASPECTO INTERPERSONAL DE LA CALIDAD*

El aspecto interpersonal de la calidad constituye la tercera dimensión de este concepto. En él se incluyen un conjunto de elementos muy relacionados con el nexo que se establece entre el profesional de la acción social y los ciudadanos con los que se relaciona. La empatía, la capacidad de escuchar al otro, la capacidad para transmitir acogimiento o apoyo, la comunicación verbal y no verbal que se establece, etc. En general, lo que vulgarmente podíamos definir como la capacidad para «sintonizar». Correspondería al aspecto más «artístico» de la acción social (en similitud con el «arte de curar») Este aspecto de la dimensión interpersonal posee una importancia clave en el trabajo social, ya que una falta de confianza, o la sensación de no ser entendido, puede imposibilitar cualquier intervención.

En términos generales, esta dimensión de la calidad es la que más sensibilidad despierta entre muchos profesionales, probablemente tanto por la evidencia de la trascendencia inmediata que tiene para su quehacer, como por el valor especial que dan a estas facetas vitales. El avance en la calidad técnica, que acabamos de mencionar, ha de complementar esta situación, pero no debe reducir la importancia de esta dimensión. Supondría un serio retroceso el hecho de que, la mejora en la estandarización de los procesos diagnós-

ticos y de intervención, supusieran una pérdida de la calidad de la relación interpersonal.

Aunque resulta difícil de valorar, las opiniones de los usuarios son la fuente privilegiada de información para especificar el nivel alcanzado en este aspecto de la calidad.

### *C) EL ENFOQUE ESTRUCTURAL*

En páginas anteriores hemos descrito brevemente este enfoque en su aplicación a los servicios de atención a la salud; su aplicación a los servicios sociales resulta bastante directa y la necesidad de mejora bastante evidente. Así, respecto a los aspectos tangibles de la estructura (edificios, mobiliario, equipamiento especializado, etc.) los servicios sociales, en especial los servicios de base municipales, presentan, con dignas excepciones, un balance manifiestamente mejorable. Parece como si la situación de marginación de muchas de las personas atendidas en estos servicios, hubiera «contagiado» a su propia estructura física. Claro que más que contagio nos inclinamos a pensar que el origen se ubica en la estigmatización que este tipo de centros tiene entre muchos gestores municipales, que los colocan en lugares marginales y con una dotación que, en lenguaje coloquial, podríamos calificar de cutre.

Por todo ello, no resultaría ocioso el establecimiento de unos mínimos (metros cuadrados por trabajador, disponibilidad de despachos con unas condiciones mínimas de insonoridad, ergonomía en el mobiliario, etc.) que permitieran constituir un sistema de acreditación de centros de servicios sociales, tal y como ya se ha realizado con los centros residenciales para la tercera edad. Conociendo la realidad de muchos servicios sociales de los municipios y mancomunidades de nuestro país, nadie considerará exagerada esta propuesta.

Otro aspecto del enfoque estructural de la calidad alude al personal, tanto a su número como a su formación. En cuanto al número, el establecimiento de unos ratios mínimos facilitaría un mínimo común denominador del que carecen muchos servicios sociales municipales. Respecto a la formación del personal de los servicios sociales constituye una necesidad del sistema para avanzar en la búsqueda de la máxima calidad posible y, en consecuencia, de la mayor eficiencia alcanzable. Eso sólo se consigue con profesionales de alta cua-

lificación. Esto implica, la delimitación de tiempos destinados a la formación y al reciclaje profesional, pero también la consolidación de unas plantillas con un elevado porcentaje de trabajadores temporales, con las consecuencias que esto tiene para la cualificación profesional y la configuración de equipos con una cultura común.

El enfoque estructural incluye, así mismo, la valoración administrativa y organizativa de la institución. También en esta dirección es necesario hacer un serio esfuerzo. Aunque se ha avanzado bastante, aún existen muchos municipios o mancomunidades que no disponen de responsables técnicos o directores de los servicios sociales, ni de organigramas jerárquicos y funcionales, que clarifiquen las tareas y el papel de cada trabajador. Así mismo, la relación entre los diversos elementos que forman el Sistema Público Vasco de Servicios Sociales, especialmente Diputaciones y Ayuntamientos, si bien está reglada legislativamente, no está coordinada funcionalmente de una manera clara, generándose conflictos y disfunciones fácilmente evitables.

En otro orden de cosas, no existe un sistema de información homogéneo de los diferentes servicios sociales. Aunque se ha avanzado en la vertiente más económica de este sistema, a través de las encuestas realizadas por el S.I.I.S. para el Gobierno Vasco, es necesario superar este vacío a fin de poseer información útil sobre la realidad del conjunto de los servicios sociales de nuestro país.

Por último, este enfoque tiene en consideración los factores relacionados con la ubicación del servicio, lo que incide directamente en la facilidad de acceso, proximidad a medios de transporte, centralidad, etc.; así como en las posibles barreras arquitectónicas que pudieran existir. Ambos aspectos pueden suponer trabas serias al objetivo de equidad que los servicios sociales deben tener.

### *D) EL ENFOQUE DE PROCESO DE LA CALIDAD*

El enfoque de proceso de la calidad a los servicios sociales se centra, muy especialmente, en la calidad técnica, la cual, como hemos visto, presenta algunas dificultades en nuestro ámbito. En este enfoque, son los propios profesionales los que protagonizan su aplicación. En este sentido, el trabajo en equipo, incorporando la discusión sobre casos significativos

(sesiones clínicas), supone un primer paso importante ya realizado en la mayoría de los centros de servicios sociales. Sin embargo, existen otras posibilidades menos exploradas en este ámbito, como son, por ejemplo, los protocolos de atención, las auditorías del trabajo social o la supervisión.

#### *E) LAS PROMESAS Y LOS HECHOS. LAS POLÍTICAS INFORMATIVAS*

Una fuente de problemas para la calidad, en cualquier tipo de servicios, proviene de la discrepancia entre lo que se promete, lo que se dice que se va a hacer, y lo que realmente el ciudadano ve que se hace. Al estar la calidad fuertemente influida por la diferencia que el ciudadano tiene entre sus expectativas y el servicio que recibe, una política informativa inadecuada elevará esas expectativas a niveles poco razonables o, simplemente, producirá confusiones respecto a lo que se puede esperar de un servicio concreto.

Este problema tiene matices importantes en el ámbito de la administración pública, donde está muy extendido el defecto de prometer en exceso. La posterior constatación de que la expectativa no es satisfecha generará un descontento probablemente mayor que el que existía anteriormente.

Ahora bien, este desajuste entre la comunicación y el servicio prestado no tiene porqué estar motivado de forma voluntaria. Más frecuente resulta que se origine en una serie de defectos estructurales. El más importante de ellos consiste en que quienes diseñan las líneas comunicativas, o quienes envían el mensaje, y el personal que atiende directamente a los clientes no están adecuadamente relacionados. Esta falta de coordinación motiva, de un lado, que se envíen mensajes que no han sido previamente comunicados al personal de atención directa, quienes se encuentran con llamadas telefónicas o solicitudes personales de información sobre un tema que desconocen. De otro, quienes realizan las promesas o transmiten las informaciones no han podido sopesar adecuadamente cuales son las expectativas inadecuadas de los ciudadanos, las cuales deben intentar modificar, y cuales son las que es necesario promover, siendo capaces de responderlas.

Otro problema de carácter estructural es la heterogeneidad de políticas y procedimientos que desarrollan los diferentes sistemas o departamentos de la adminis-

tración. Esto puede generar expectativas, a la vista de lo visto en un centro determinado, que se ven frustradas en otro diferente. Un ejemplo claro lo tenemos cuando se acercan a los servicios sociales personas que acuden con la experiencia y las expectativas propias del sistema sanitario. Un sistema universalista, en el que la necesidad de atención genera el derecho a ella, siendo los profesionales quienes definirán la forma en que se concreta. Cuando un ciudadano con esas expectativas se acerca a los servicios sociales, se va a encontrar con que el derecho a ser atendido está limitado por la disponibilidad presupuestaria, incluso por su nivel de ingresos. Esa frustración puede provocar una sensación de falta de calidad muy fuerte. Los caminos para abordar este problema son difíciles, mientras se mantenga esa diferencia entre los sistemas, sólo la difusión de las particulares características de los servicios sociales puede adecuar las expectativas a la realidad.

Por último, la carencia de una cartera de servicios clara, favorece que los ciudadanos no sepan que pueden esperar de los servicios sociales. La inexistencia de esa relación de servicios disponibles, así como la heterogeneidad entre los diversos municipios, tanto en el tipo de servicio prestado como en los procedimientos para acceder al mismo, confunde a los ciudadanos y genera la frustración de sus expectativas.

En términos generales, una adecuada política informativa debe pasar:

- Por centrarse en aquellos aspectos de la calidad más sensibles para los ciudadanos clientes.
- Por subrayar las potencialidades reales del servicio, evitando la exageración o las promesas excesivas, pero realzando lo que se hace y se hace bien, a fin de incidir en la propia de los ciudadanos.
- Por atajar aquellas expectativas erróneas más difundidas y que pueden perjudicar la percepción de la calidad del servicio.
- Por identificar los procesos por los que se difunden de manera más efectiva las expectativas de los ciudadanos clientes. A menudo esos procesos no pasan a través de la publicidad o de los medios de comunicación de masas (lo cual no quiere decir que no tengan importancia o que haya que descuidarlos), sino que se vinculan con las propias ex-

perencias y necesidades de las personas, o se basan en la comunicación boca-oído.

## **6. LA CULTURA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SOCIALES**

La dinámica y la historia de los servicios sociales ha estado, y está, tan ligada a la escasez de recursos frente a la dimensión de las necesidades que tienen que abordar, que la cultura informal más extendida ha sido la de la reivindicación y la queja por esa situación. Aún hoy persiste un fuerte desequilibrio entre ambos factores. Sin embargo, las críticas sociales al sistema público de servicios sociales no vienen tanto por los escasos recursos de que dispone, sino por la eficacia con que se utilizan. Así mismo, el conjunto de las administraciones públicas están inmersas en una transformación de la que no pueden quedar al margen los servicios sociales. Por último, cada vez son más los ciudadanos que se acercan a los servicios sociales y que solicitan, no sólo la posibilidad de una ayuda, sino ser atendidos con prontitud, recibir informaciones claras, etc. Por todo ello, y por solidaridad y respeto hacia quienes, no exigiéndolo, tienen el mismo derecho a recibir una atención de calidad, consideramos necesario incorporar la cultura de la calidad a los servicios sociales.

Esta incorporación supone instalar la búsqueda de la calidad en el centro de la acción y la organización de los servicios sociales, rediseñándolas en lo que sea necesario. A lo largo de estas páginas hemos analizado este concepto y su aplicación a los servicios sociales, introduciendo aquellas matizaciones que hemos entendido necesarias. En este último capítulo nos detendremos brevemente en algunos elementos significativos a la hora de conseguir hacer de la búsqueda de la calidad un elemento estratégico.

Comenzaremos subrayando dos ideas básicas. La búsqueda de la calidad es una tarea permanente, de carácter indefinido, ya que la calidad plena no se alcanza nunca. Por otra parte, la búsqueda de la calidad es un proceso en sí misma. Es decir, el desarrollo de esa cultura en el seno de una organización requiere de tiempo y de planificación, estructurándose el progreso en fases sucesivas, acordes con la realidad específica de esa organización. Forzar este proceso puede tener efectos similares que un aguacero para la agricultura, daña la cosecha y no cala suficientemente en la tierra.

Otro aspecto esencial es que la búsqueda de la calidad deben liderarla las personas con más responsabilidad en la organización. «La raíz de un mal servicio radica en que las personas que en la organización tienen la responsabilidad del liderazgo, por una u otra razón, no lo ejercen» (ZEITHAML 156, 1993). Y deben hacerlo con convicción, apoyando todas las iniciativas que apunten en la dirección planteada y respaldando el trabajo de aquellos profesionales más identificados con la tarea. Simultáneamente, la búsqueda de la calidad debe ser una tarea asumida por todos los niveles de la organización.

Asimismo, la búsqueda de la calidad ha de realizarse a partir de la información existente sobre las lagunas que ésta presenta. Partiendo de estos datos, u obteniéndolos si no existen, han de seleccionarse aquellas deficiencias que se consideren más críticas. En una primera fase interesa que esa elección se centre en problemas que puedan ser abordados con relativa facilidad y tengan una repercusión clara y positiva para el conjunto de la organización. Este hecho favorecerá que toda la organización centre su atención en el potencial de la calidad.

Por otro lado, es necesario organizarse coherentemente con la nueva tarea, de tal manera que seamos capaces de romper la inercia que la acción cotidiana impone, evitar que lo urgente continúe postergando a lo importante. Para ello puede ser útil la clara delimitación de prioridades, la especificación de fases y etapas para abordar de forma pausada, pero continua, los problemas identificados; así como el trabajo en equipo.

Otro elemento de interés en la incorporación de la cultura de la calidad es la descentralización de la toma de decisiones, especialmente en aquellos casos en que hay contacto directo con los ciudadanos. Esto implica aceptar los errores que se puedan cometer en el ejercicio de esa autonomía. Hay que incentivar la creatividad, la capacidad de reflexionar críticamente sobre el trabajo que cada uno hace, y esto no se puede hacer si el error implica ser reprendido. Para todo esto, resulta necesario disminuir el volumen de reglamentaciones que puedan encorsetar excesivamente ese proceso. Naturalmente, en la administración pública esa desregulación tiene un límite en la propia legislación.

Por último, resulta imprescindible establecer objetivos de calidad que puedan hacerse públicos, sirviendo de norte para

la organización y de referencia para su entorno. La explicitación de esos objetivos permitirá posteriormente su evaluación y una nueva relación de puntos críticos en el camino sin fin de la búsqueda de la calidad.

Como hemos planteado anteriormente, incorporar la cultura de la calidad al sistema público de servicios sociales no será tarea sencilla, sin embargo creemos que merece la pena, que los ciudadanos con los que trabajamos habitualmente se lo

merecen, que la sociedad nos lo exige y que en este sistema existe una amplia mayoría de profesionales volcada a dar lo mejor de sí mismos en la tarea que tienen entre manos. Este es el mejor motor para realizar este cambio.

**Sacanell Berruero, Enrique**  
Sociólogo

Responsable Técnico de Bienestar Social  
y Salud Pública del Ayuntamiento de  
Getxo.

## Bibliografía

- ARCELAY, A.; HERNANDEZ, L.; BERNAL, R.S.; BACIGALUPE, M.T.; ORUE-ETXEBARRIA, B. (1993): «El Plan Integral de Calidad de los centros hospitalarios de Osakidetza»; publicado en *OSANSUNKARIA Revista Vasca de Salud Pública y Gestión Sanitaria*, n.º 5, Mayo-Agosto 1993, págs. 9-14.
- BALLART, Xavier (1992): «¿Cómo evaluar programas y servicios públicos? Aproximación sistemática y estudios de caso», Ministerio para las Administraciones Públicas, Madrid.
- COMISION PARA LA RACIONALIZACION Y MEJORA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA (1994): «Una nueva organización para una nueva etapa del Gobierno Vasco. 47 Medidas para renovar la estructura organizativa del Gobierno y la Administración del País Vasco»; Ed.: Instituto Vasco de Administración Pública. Vitoria - Gazteiz.
- CUESTA GOMEZ, A.; MORENO RUIZ, J.A.; GUTIERREZ MARTI, R. (1986): «La calidad de la asistencia hospitalaria»; Ediciones Doyma.
- DIAZ MENDEZ, Antonio (1992): «Gestión Sociocultural. La eficacia social», Ed. Comunidad de Madrid. Madrid.
- DIAZ MENDEZ, Antonio (Director) (1993): «Nueva gestión local. Modernización municipal en Alcobendas», Ed. Popular. Madrid.
- DONABEDIAN, Avedís (1984): «La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación»; Ed. La Prensa Médica Mexicana.
- DONABEDIAN, Avedís (1994): «Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad», en *REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL*. Vol. 9 n.º 1, Marzo. SG Editores. Barcelona, págs.: 31 - 39.
- GONZALEZ DAGNINO, A. y Col. (1994): «Calidad Total en atención primaria de salud»; Ed. Díaz de Santos. Barcelona.
- JURADO, Enrique (1994): «La calidad total, vista bajo la lupa europea», en *El País*, 24 de Julio, sección Gestión y Formación.
- KAHN, Joan (1990): «Gestión de calidad en los centros sanitarios»; S.G. Editores. Barcelona.
- LAUFER, Romain y BURLAUD, Alain (1989): «Dirección pública: gestión y legitimidad»; Ed. Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid.
- LONGO, Francisco (1993): «Nuevos modelos de gestión en la administración local», en DIAZ MENDEZ, Antonio (Director), «Nueva gestión local. Modernización municipal en Alcobendas», Ed. Popular. Madrid.
- LONGO, Daniel R. y BOHR, Deborah (1994): «Métodos cuantitativos en la gestión de la calidad. Una guía práctica»; S.G. Editores. Barcelona.
- LOPEZ CABANAS, Miguel y GALLEGU GALLEGU, Antonio (1993): «Análisis organizacional y propuestas de desarrollo en los servicios sociales comunitarios», en *III Jornadas de Psicología de la Intervención Social*, Ed. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. Págs.: 81-108.
- MARAÑÓN, E. y ELEXPE, X. (1993): «Análisis de la calidad percibida por los usuarios del Centro de Salud de Arrásate acerca de los servicios médicos y de enfermería»; publicado en *OSANSUNKARIA Revista Vasca de Salud Pública y Gestión Sanitaria*, n.º 6, Septiembre-Diciembre 1993, págs. 11-18.
- MARTIN ACEBES, Angel (1992): «Calidad Total y eficacia directiva en la administración y en la empresa»; en VARIOS, «Calidad Total en los Servicios Públicos y en la Empresa»; Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid. Págs.: 85-92.
- MEDINA TORNERO, Manuel Enrique (1994): «Análisis de calidad de los centros residenciales para mayores», ponencia presentada a las «Primeras Jornadas Internacionales de Política Social y Calidad de Vida», organizadas por la Diputación Provincial de Granada. Granada. Libro de Ponencias, pag.: 59-66.
- MENDOZA MAYORDOMO, Xavier (1990): «Técnicas gerenciales y modernización de la Administración Pública en España»; en *DOCUMENTACION ADMINISTRATIVA* n.º223 (julio-septiembre), págs.:261-290. Ed. Instituto Nacional de Administración Pública. Madrid.
- MENY, Ivés y THONIG, Jean-Claude (1992): «Las Políticas Pública», Ed. Ariel. Barcelona.
- MEUNIER, Baudouin (1993): «La gerencia de las Organizaciones no Comerciales»; Ed. Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid.

- MUÑOZ DE BUSTILLO (Comp.) (1989): «Crisis y futuro del estado de bienestar», Ed. Alianza Universidad. Madrid.
- NUTTING, P.A.; BURKHALTER, B.R.; CARNEY, J.P.; GALLAGHER, K.M. (1991): «Métodos de evaluación de la calidad en atención primaria»; S.G. Editores. Barcelona.
- OFFE, Claus (1990): «Contradicciones en el Estado del Bienestar», Ed. Alianza Universidad. Madrid.
- OLEAGA, José A. de y SACANELL, Enrique (1991): «Análisis de la satisfacción de los usuarios de un Centro de Salud Mental: Uribe - Costa»; no publicado.
- OSAKIDETZA (1992): «Plan Integral de Calidad. Centros Hospitalarios»; Dirección de Asistencia Sanitaria. Vitoria -Gazteiz.
- OSAKIDETZA (1993): «Osasuna Zainduz. Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca», Ed. Gobierno Vasco. Vitoria -Gazteiz.
- OSBORNE, David y GAEBLER, Ted (1994): «La reinvencción del gobierno», Ed. Paidós. Barcelona.
- PEREIRO, Inmaculada; RODRIGUEZ MOYA, Rosario; ANDREU, Concha; COSTA, Elena; CHANA, Pedro; RODRIGO, Carlos (1994): «Propuesta de clasificación de las reclamaciones de los usuarios en atención primaria», en *REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL* Vol. 9, n.º 1, Marzo. SG Editores. Barcelona. Pags.: 27 - 30.
- RODRIGUEZ CABRERO (Comp.) (1993): «Estado, privatización y bienestar», en *III Jornadas de Psicología de la Intervención Social*, Ed. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. Pags.: 65-75.
- RODRIGUEZ CABRERO (Comp.) (1991): «Estado, privatización y bienestar», Ed. Icaria. Barcelona.
- SEVILLA SEGURA, Jorge (1994): «Desmantelar o no tocar nada», en «EL PAIS», sábado 19 de Marzo.
- SILVA, Pedro De (1994): «Privatizar, ¿para qué?», en «EL PAIS», lunes 28 de Marzo.
- SUBIRATS, Joan (1992): «Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración»; Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid.
- VARIOS (1992): «Calidad Total en los Servicios Públicos y en la Empresa»; Ministerio para las Administraciones Públicas. Madrid.
- VARIOS (1982): «Control de qualitat deis centres assistencials. Informe d'un Comité d'Expertes»; Ed Generalitat de Catalunya.
- VUORI, H.V. (1988): «El control de calidad en los servicios sanitarios»; Ed. Masson. Barcelona.
- ZEITHAML, Valerie A.; PARASURAMAN, A. y BERRY, Leonard L (1993): «Calidad Total en la gestión de servicios»; Ed. Diaz de Santos. Madrid.

# LA PREVENCIÓN COMUNITARIA DE DROGODEPENDENCIAS EN GETXO

## UNA HISTORIA

Resulta cuando menos complejo intentar resumir la historia de las drogodependencias y su prevención en el País Vasco sin riesgo de omitir aportaciones importantes tanto desde amplios sectores Sociales como desde las Instituciones.

Nos limitaremos por ello a realizar una breve descripción cronológica desde que a finales de los setenta se perciben las drogodependencias como fenómeno social problemático.

- Con la creación del D.A.K. (Centro Coordinador de Drogodependencias) en 1981 se plasma una incipiente respuesta globalizadora, organizada y sistemática a una larga trayectoria de desvelos y voluntariedades en el abordaje de las drogodependencias.
- En 1982 se aprueba el primer Plan de Actuación contra las Drogodependencias del Gobierno Vasco.
- A fin de coordinar e impulsar a instancias públicas y privadas surge en 1986 la Oficina del Lehendakari para la Lucha contra la Drogodependencias.
- En 1988 se publica la Ley 15/88 sobre Prevención, Asistencia y Reinserción en materia de Drogodependencias.

En el camino se ha producido un proceso evolutivo, con estrategias y prioridades muy diversas, con un gran paso de la demanda asistencial y en el que poco a poco se ha ido configurando un concepto innovador de la intervención comunitaria, centrado en la Prevención y con la participación de sus diversos agentes sociales.

En nuestro caso, la Prevención de las Drogodependencias adopta la Promoción de la Salud como estrategia y el Municipio como marco prioritario de la intervención.

Esta evolución conceptual y metodológica culmina contemporáneamente a la Ley de Drogodependencias con la creación de Equipos Técnicos en los Ayuntamientos a quienes se asigna la elaboración y dinamización de Planes Municipales de Prevención de Drogodependencias. Estos equipos (unos 30 en la actualidad) se constituyen merced a un convenio entre Gobierno Vasco y los Ayuntamientos o Mancomunidades. Se hallan compuestos por uno o dos técnicos especialistas en Prevención, y un administrativo quedando adscrito funcionalmente a los Servicios Sociales Municipales.

## UNOS POR QUES DE SU UBICACION

- Las toxicomanías observan entre sus causas factores relacionados con el sistema educativo, sanitario,

judicial... o con aspectos como la crisis económica o el urbanismo. Sobre estos aspectos y sus consecuencias de desintegración y alteración de la convivencia familiar o social, los Servicios Sociales tendrían mucho que decir e intervenir desde una perspectiva global y en todas las fases del proceso.

De hecho, existe un importante contexto legal que así lo avala.

- La Ley 6/1982 de 20 de Mayo sobre Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco concibe éstos dentro de una red más amplia de Servicios Sanitarios, Educativos... evitando la duplicidad de recursos y facilitando la atención integral del individuo.

Entre sus áreas preferentes de actuación (art. 3) destaca la prevención o eliminación de causas específicas de marginación, así como el apoyo a la reinserción de alcohólicos y drogadictos.

- Igualmente el Plan concertado de Servicios Sociales contempla entre sus prestaciones básicas la Prevención e Inserción Social, refiriéndose a las intervenciones dirigidas a personas y colectivos en situación de riesgo o dificultad social con objeto de evitar marginaciones y, en su caso, lograr la reinserción familiar y social.

## **UN MUNICIPIO Y SUS SERVICIOS SOCIALES**

Getxo es un municipio situado en la margen derecha de la desembocadura de la ría bilbaína, con una extensión de 11,64 km<sup>2</sup> y 83.000 habitantes distribuidos en cinco núcleos ó barrios: Romo, Las Arenas, Neguri, Algorta y Andra Mari.

Otros datos que pueden ayudar a ubicar socialmente este municipio son:

- Un crecimiento vegetativo positivo a pesar de su descenso sostenido de la fecundidad (progresivo envejecimiento).
- Una alta cualificación profesional a nivel global: uno de cada cinco (20%) ha completado estudios de nivel superior al Bachillerato.
- Una tasa de paro claramente inferior a la media provincial.

- Un presupuesto anual destinado a Servicios Sociales de 520 millones de pesetas (8% del presupuesto municipal total).

Cuando en 1990 se diseña el primer Plan de Organización de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Getxo, éste define como objetivo «La creación de una estructura básica que dé cuerpo a unos Servicios Sociales Municipales capaces de hacer frente a las necesidades que presenten los vecinos en materia de accesibilidad a recursos sociales, convivencia personal, integración y solidaridad social».

Su organización se halla inspirada en planteamientos del Plan Concertado, no contemplando la división funcional por sectores de población (mujer, infancia, drogas, tercera edad...), respondiendo a las necesidades específicas de los diferentes colectivos con programas sectoriales en los que actuarán de modo compactado todos los niveles de la estructura de Servicios Sociales.

De esta forma se contemplan tres áreas que articulan la acción del Departamento: Servicios Sociales de Base, Familia y Convivencia e Inserción, Promoción y Cooperación Social.

## **UN AREA DE INSERCIÓN, PROMOCIÓN E INSERCIÓN SOCIAL**

Por razones obvias de espacio haremos especial mención al Area de Prevención, Inserción y Cooperación Social en donde orgánica y funcionalmente se integra la Prevención Comunitaria de Drogodependencias.

Se podría definir este Area como «la impulsora y dinamizadora de recursos y situaciones que generan un marco comunitario preventivo y facilitador para la inserción social de personas y familias en situaciones de necesidad, en dificultad y/ o en conflicto social» (Diputación Foral de Gipuzkoa, 1994).

Entendemos por ello que la inserción es un proceso global, un itinerario hacia el desarrollo integral de la personalidad y capacidades del individuo y en el que la Prevención pretende influir creando un marco favorable para que se den situaciones de igualdad entre los ciudadanos.

Desde esta óptica, los Servicios Sociales pueden tener y de hecho tienen, una perspectiva privilegiada para el abordaje de problemáticas como la de las drogodependencias. Sostenemos la convicción

de que la función preventiva no debiera limitarse en exclusividad a ningún área ni sector.

En muchos casos no obstante, la realidad cotidiana de los Servicios Sociales termina agobiada por papeles y burocratización fruto de una política de prestación de ayudas. En este sentido, creemos que los Equipos Municipales de Prevención apuntan líneas alternativas de trabajo comunitario para avanzar en coordinación y complementariedad dentro de un proceso global de normalización.

Desde la concepción en Septiembre de 1991 del Servicio de Prevención Comunitaria incluido en la plantilla orgánica del Ayuntamiento, se han venido desarrollando, por un lado, programas institucionales de Drogodependencias así como actividades y proyectos propios adecuados a la realidad del municipio y que paulatinamente se van consolidando en la programación.

Por otro lado, y paralelamente, tras la configuración de la nueva estructura funcional (Área de Prevención, Inserción y Cooperación Social) en Enero de 1992, se ponen en marcha de modo incipiente actividades más orientadas «hacia la Inserción Social» (si es que pudiéramos diferenciarlas). Nos referimos en concreto a aspectos relacionados con la Inserción Laboral o la detección de Menores en dificultad.

## **UNOS AMBITOS DE PREVENCIÓN**

### **A) AMBITO DE DROGODEPENDENCIAS**

#### **• PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN E.G.B.-O.H.O.**

La meta que se pretende alcanzar con esta serie de programas es contribuir a la implantación paulatina de aspectos de Salud y Prevención en los centros escolares, tal y como vienen observados en la Reforma Educativa a través de la denominada Línea Transversal de Salud.

Se cuenta para ello con la colaboración de equipos profesionales del Departamento de Educación como pueda ser el Instituto de Diseño Curricular (IDC) o el Centro de Orientación Pedagógica (COP - PAT), así como de otras iniciativas del ámbito de la prevención.

El Servicio Municipal de Prevención ha venido coparticipando desde lo específico (drogodependencias) en el estímulo a profesores, padres y alumnos y en el apoyo a

la integración de la Educación para la Salud y la promoción de estilos de vida saludables en los Proyectos Educativos de Centro.

Osasunkume: Tu aventura... y la de todos

Programa de prevención primaria de las drogodependencias patrocinado por el Gobierno Vasco desde su Dirección de Bienestar Social y con la participación de los Equipos Municipales de Prevención.

Se dirige al total (100%) de los escolares de Ciclo Medio (9 a 11 años), basando su estrategia en la adquisición de hábitos de vida saludable.

El material de apoyo que sustenta dicho programa es: El álbum y cromos para el alumnado; la Guía del Profesorado y la publicación «Aitak eta Amak» destinada a aportar orientaciones básicas para padres y madres

### **Teatro y Prevención**

Con el programa de Teatro y Prevención se pretende contribuir a que se puedan abordar en la Escuela, cada vez con mayor normalidad, elementos de salud.

Se propone la actividad teatral como apoyo a la labor educativa en el refuerzo de actitudes y hábitos de salud, a la vez que complemento lúdico.

El montaje titulado «Bizi Alai» está basado en la marionetas y dirigido a preescolar y ciclo inicial. En el mismo se analizan aspectos de salud como la higiene corporal o bucodental, el riesgo de accidentes o aspectos relacionados con el consumo. Las marionetas son el soporte visual básico para estos alumnos que aún abordan la lectura y la escritura de modo incipiente.

Destinado al alumnado de ciclo medio se ha representado el «Juicio a Pepe Malos Humos» que viene a mostrar los modos de vida criticables de una persona fumadora y bebedora empedernida. Utilizando el sociodrama como elemento teatral, los alumnos se van incorporando a la escenificación y forman parte en la obra.

### **Talleres de consumo**

Fruto de la cooperación entre la Oficina del Consumidor (OMIC) y el Servicio de Prevención se lleva a cabo la inclusión de

talleres de tabaco y alcohol de las Jornadas de Consumo de Getxo.

Dichos talleres, dirigidos específicamente a escolares de ciclo medio y superior contribuyen a una mejora de la formación en materia de consumo, teniendo en cuenta que tanto tabaco como alcohol deben de ser considerados como otros elementos más de consumo.

La asistencia global de escolares de EGB al conjunto de las jornadas se estima en torno a los 2.000 participantes.

#### • PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN ENSEÑANZAS MEDIAS

##### **El cine en la enseñanza (Programa de educación para la salud en Enseñanzas Medias)**

Mediante la asistencia del profesor/a y los alumnos del aula a una proyección cinematográfica y la entrega en dicha sesión de una Guía de trabajo, se establecen grupos en clase para analizar y comprender diferentes aspectos de la adolescencia que puedan incidir en consumos abusivos de sustancias.

Este ciclo de cine didáctico (5 sesiones) dirigido a todos los alumnos de Enseñanzas Medias (B.U.P., F.P., R.E.M. y C.O.U.) se realiza cooperativamente entre el Servicio de Prevención y diferentes Departamentos de Gobierno Vasco (Sanidad, Trabajo, Educación, Cultura e Interior).

##### **Prevención de SIDA en adolescentes**

Es un programa iniciativa del Plan de Prevención y Control del SIDA del Departamento de Sanidad en el que se colabora básicamente en el aumento de la cobertura de Centros de Enseñanzas Medias favoreciendo los contactos y accesibilidad del profesorado a esta actividad.

Para el desarrollo del mismo se cuenta con material de apoyo para el profesorado y alumnado (Guía del profesor y Cuaderno del alumno).

#### • PROGRAMAS DE INFORMACION-FORMACION Y SENSIBILIZACION

##### **Oficina de Información sobre Drogodependencias**

Entre las funciones específicas de la misma se hallan:

- Atención a demandas personales o de grupo.

- Información a familias de afectados.
- Orientación y derivación a la red de Asistencia en su caso.
- Colaboración y coordinación con Centros Públicos y Privados de la red asistencial y/o de reinserción.

##### **Formación de Padres y Madres**

A lo largo de 1993 se ha realizado un esfuerzo especial en cubrir los aspectos formativos en relación a las drogodependencias y el medio familiar como uno de los pilares básicos de la prevención.

##### **Fondo básico de documentación**

Como apoyo y consulta a los diferentes programas se diseñó la creación de un fondo de documentación básico en materia de drogodependencias y educación para la salud.

Se pretende disponer con ello de la suficiente documentación, información o experiencias llevadas a cabo sobre Prevención, que sirva de asesoramiento a personas o colectivos interesados en diversos aspectos de las drogodependencias.

Dicho Fondo se va consolidando y enriqueciendo gracias a la generosa colaboración de organismos e instituciones que trabajan y cooperan desde diversos ámbitos de Prevención.

##### **Campaña «Cuerpos con alcohol»**

Con motivo de hacer especial hincapié en aspectos divulgativos y de sensibilización en torno al consumo abusivo de alcohol se inició en una Campaña publicitaria bajo el lema «Cuerpos con Alcohol - Alkoholdun Gorputzak».

El diseño de la Campaña se ha secuenciado en tres fases:

- a) Carteles en cubos (de 2,00 x 2,80 metros) situados en lugares estratégicos del municipio.
- b) Distribución de carteles (1.000 ejemplares) y dípticos de mano (28.000 unidades).
- c) Reparto en Centros docentes de Enseñanzas Medias de ejemplares de la publicación «Si bebes en exceso... te la juegas».

Junto a las actividades señaladas merecen, además, reseñarse las siguientes: Formación de mediadores sociales. Cesta de Navidad sin alcohol. Semana Europea de Prevención, Carrera contra las Drogodependencias,...

## B) AMBITO DE INSERCIÓN LABORAL Un

itinerario hacia la inserción

Cuando los profesionales del Área de Prevención, Inserción y Cooperación Social se sitúan al inicio de 1992 ante el objetivo... «promover la inserción social de colectivos en dificultad» rápidamente se baraja la hipótesis de que el empleo era un elemento esencial, adoptándose la formación como instrumento/método de trabajo.

Obviamente casi a renglón seguido, aparecen las dudas sobre si la formación para el empleo es competencia de los Servicios Sociales o sobre la posible duplicidad de funciones con el INEM u otras estructuras ya existentes.

Una serie de contactos, reuniones y reflexiones al respecto nos centraron en el objetivo de remover los obstáculos «añadidos» que tienen los usuarios de Bienestar Social para acercarse al mundo laboral permitiendo que sean parados «en igualdad de condiciones».

Los primeros pasos se dieron en torno al análisis sobre el perfil de los usuarios perceptores del Ingreso Mínimo de Inserción (IMI), la situación del mercado laboral de Getxo, o el aprovechamiento de los recursos locales. Todo ello en el ánimo de concretar de algún modo en el marco local el prácticamente inexistente Tercer Nivel del Plan de Lucha contra la Pobreza

### De la Formación para el empleo...

La concreción de todo este proceso se plasma en la organización por los Servicios Sociales municipales de dos cursos de formación para el empleo, específicos para beneficiarios del Ingreso Mínimo de Inserción, y que rompiera una larga trayectoria de fracasos y una dinámica continuada de exclusión de las actividades normalizadas.

Las características del colectivo destinatario (edad media. 35 años, sexo: 75% mujeres, niveles previos de formación...), las prioridades del mercado y la disponibilidad de una humilde partida presupuestaria nos llevó a decidimos por la impartición de un Curso de Auxiliares de

Geriatría y otro sobre Informática de Gestión.

En el curso de Auxiliares de Geriatría participaron 15 personas con una formación teórica práctica de 200 horas, desarrollándose las prácticas en un Centro geriátrico privado y en la Residencia Municipal.

El curso sobre Informática de Gestión de 250 horas teórico prácticas se llevó a cabo con 16 participantes, realizándose en las instalaciones de la empresa adjudicataria

...Hacia una formación más empleo

Una metodología de trabajo basada en la acción-reflexión-acción nos guía cada vez con mayor precisión hacia el establecimiento de líneas de trabajo.

A la vista de la experiencia anterior afrontamos el año 1993 enriquecidos con otras reflexiones y valoraciones fruto de la evaluación y que, al menos someramente conviene señalar:

- Se pasa del planteamiento de Formación para el empleo a otro con una mayor ligazón práctica centrado en la Formación más empleo.
- Constatamos la relevancia del «antes» y del «después» de la formación. Nos referimos con ello a la motivación previa y al seguimiento posterior.
- Tendencialmente avanzamos hacia programas «cuasi normalizados» en los que el tipo de usuarios se amplía a otros sectores como Salud Mental, ex-toxicómanos o desempleados del municipio.
- Si inserción social no es igual a inserción laboral conviene tratar simultáneamente otros aspectos del desarrollo personal en los que nuestros destinatarios puedan ser especialmente carentes (autoestima, habilidades sociales, apoyo...).

La inclusión de la prevención comunitaria de drogodependencias en el área de Prevención, Inserción y Cooperación Social, ha permitido introducir las acciones dirigidas a la inserción laboral de ex-toxicómanos o de jóvenes en situación de dificultad, en programas más amplios.

Asimismo, se ha participado muy directamente en la propia evolución conceptual que estos programas han tenido, pasando de una idea de «formación para el

empleo» a otra de «formación más empleo» dentro de itinerarios de inserción.

Estas reflexiones se operativizan en 1993 con una serie, cada vez más ambiciosa de programas, donde se incorporaron ex-toxicómanos y numerosos jóvenes que pudiéramos calificar en situación de riesgo.

#### **Programa de asesoramiento para el empleo**

Especie de acompañamiento especializado en el camino hacia la inserción. Se concreta en un asesoramiento personalizado en el que participaron 123 personas.

#### **Programa INEM. Corporaciones Locales**

Modificado hacia un programa de Formación más Empleo dirigido a 60 personas (sobre todo hombres) junto al trabajo en diferentes áreas de servicios municipales, se imparte formación sobre diversos sectores de la Construcción: albañilería, fontanería, pintura, carpintería en la Escuela de Construcción de Gallarta.

#### **Curso de Camareras de Restaurante**

Habida cuenta de la excesiva «masculinización» del programa INEM-Corporaciones Locales, éste se destina específicamente a mujeres (16). Coincidente con la formación teórica (40 horas) se realiza trabajo «real» en prácticas en una empresa de hostelería.

### **C) AMBITO DE MENORES**

Una de las demandas de atención directa más común en el Servicio de Prevención, es la de familiares de menores y adolescentes preocupados por consumos abusivos de alcohol u otras drogas.

En nuestra experiencia estas conductas no vienen sino a reflejar un síntoma de una cierta dificultad social, alarma explícita de otra problemática latente o encubierta.

El planteamiento de la incorporación del Servicio de Prevención al ámbito de menores con una perspectiva más amplia que la mera drogodependencia pretende complementar y potenciar objetivos comunes e intervenciones conjuntas de cara a precozmente detectar casos de menores

con cierto grado de dificultad social (fracaso escolar, problemática familiar, maltrato, abandono, predelinuencia, consumo de drogas...) antes de que las situaciones sean ya desbordantes.

A tal efecto, desde 1993, se constituye el Equipo de Menores compuesto inicialmente por recursos humanos de los Servicios Sociales Municipales y de la red General de Educación (C.O.P.), con una finalidad de diseñar un proyecto-piloto de coordinación e intervención para la detección temprana en el ámbito del menor.

Dicha intervención estará centrada en el medio escolar, contando para ello con el profesorado de un Colegio Público, pilar básico del proyecto y figura clave como sensor privilegiado de situaciones de dificultad.

Una de las premisas del proyecto sería la optimización de los recursos ya existentes (Bienestar Social y Educación) y que de hecho, intervienen con menores y adolescentes.

No obstante, como objetivo indirecto de proyecto se espera y desea la paulatina implicación de otras entidades como las sanitarias (pediatras y C.S. mental infantil), judiciales (policía, juzgado de menores) o especializadas (Dpto. Menor de Diputación) con quienes la coordinación hasta la fecha es más distante.

De la oportuna evaluación de esta experiencia se determinará la futura implementación en el marco global del municipio.

### **UNA RED DE CONTACTO - COORDINACION**

#### **El aspecto interno**

El encuadre dentro de los Servicios Sociales Municipales de la Prevención de Drogodependencias ha supuesto un esfuerzo especial de ensayo - error para su integración en los flujos de información y atención en modo que no interfiriese los canales y planteamientos de trabajo conjunto ya existentes.

De esta forma, aunque los Servicios Sociales de Base son la puerta única de entrada al sistema, de modo excepcional se puede acceder directamente al Servicio de Drogodependencias en aquellos casos de demanda específica ligada a problemática de drogas, si bien el técnico correspondiente remitirá mediante documento interno estandarizado (hoja de demanda, de deri-

vacación interna) el informe correspondiente a los Servicios Sociales de Base. Igualmente, y en sentido inverso, los Servicios Sociales de Base proporcionarán información sobre aquellos usuarios a los que se esté atendiendo desde los diversos programas y que, contemporáneamente presenten problemas de drogodependencias.

A tal efecto, el técnico participa de la Reunión de Equipo que con carácter semanal se prevé para abordar aspectos de interés común.

### La cara externa

Al poco de la puesta en marcha de esta puerta de acceso se constata la necesidad de coordinar la atención ofrecida, básicamente social, con otros dispositivos o estructuras, bien sanitarias (Centros Salud Mental, Atención Primaria de Salud, otros proyectos terapéuticos...) bien educativas (Centro Orientación Pedagógica, Centros Docentes, Centro Iniciación Profesional...) o bien del tejido Social (Voluntariado, grupos de ocio y tiempo libre, líderes...).

Todo ello a fin de evitar duplicidades en la intervención social y favorecer el seguimiento, pero también para optimizar eficazmente los recursos existentes.

La coordinación y trabajo conjunto de las redes sanitaria, educativa y social permite ofertar una atención más integral y globalizadora, controlando el uso «perverso» de los recursos, máxime teniendo en cuenta la diversidad y origen administrativo de los mismos.

Otro tipo de coordinación, derivada de la estructura organizativa específica de la Prevención de Drogodependencias son los contactos periódicos (mensual a nivel territorial y bimensual a nivel Comunidad Autónoma Vasca) con los aproximadamente 30 Equipos de Prevención Comunitaria que funcionan en el País Vasco.

Ello permite homogeneizar criterios de actuación, determinar objetivos y programas comunes y definir estrategias de intervención ante las drogodependencias (por supuesto respetando las peculiaridades e idiosincrasia de cada municipio).

No quisiéramos concluir esta apartado sin una breve reflexión ya que nos parece obvio remarcar que este tipo de funciones asignadas (impulsar, dinamizar, catalizar, promover,...) pretenden ser coherentes con una serie de programas cuyo elemento aglutinador es el marco comunitario y la estrategia, la de participación social.

Una intervención social que se plantea, que necesita, trabajar con y en el medio comunitario debe como requisito indispensable interactuar con los diversos sistemas y Agentes Sociales, estableciendo flujos de información y participación adecuados a las diferentes realidades, medios y personas.

En este sentido coincidimos con la Diputación Foral de Gipuzkoa al afirmar que «... hay que crear una red en la que se delimiten las funciones de cada uno de los Entes (Autonómico, Territorial, Local) y de cada Departamento (Economía Juventud, Educación, Servicios Sociales...) respondiendo cada cual a sus áreas competenciales, fomentando de esta manera una conexión e interacción entre dichas áreas».

### UNAS VENTAJAS Y UNOS INCONVENIENTES

Cumpléndose ya tres años de trayectoria hacia una «real» articulación de la Prevención de Drogodependencias en los Servicios Sociales de Getxo, resultaría absurdo engañarse diciendo que todo ha sido sencillo y camino de rosas.

Aprovechando nuestra experiencia creemos hallarnos en condiciones de aportar algunos elementos de reflexión y debate que de algún modo prevengan andaduras ingratas en este particular itinerario hacia la inserción

Damos por supuesto una concepción global compartida sobre los Servicios Sociales y la existencia de una planificación en la gestión de recursos y programas, apuntando a continuación algunas premisas para un positivo proceso de integración.

- Flexibilidad organizativa ante la diversidad de demandas (prestación económica - dinámica social).
- Establecimiento de áreas de trabajo común que potencien la complementariedad y no la competencia.
- Estructuración de lugares comunes tanto para la Formación como para el debate.
- Capacidad y voluntad de adaptación que desde las diferentes identidades profesionales confluyan hacia el equipo de trabajo.

® Mantenimiento y respeto hacia la autonomía de tareas específicas.

Sin embargo, y aún respetándose esta serie de requisitos, todo proceso de cam-

bio supone a priori una cierta dificultad por el propio cambio de las dinámicas de trabajo en sí mismo y por las correspondientes reubicaciones a que son sometidas las culturas y estilos profesionales, tanto desde la óptica del integrador (Servicios Sociales) como del integrado (Prevención Drogodependencias).

A este respecto aportamos algunos pros y contras (ventajas e inconvenientes) observados en nuestra experiencia.

En una fase inicial son consideradas positivamente unas nuevas perspectivas de trabajo comunitario, que superan la hegemonía de la prestación y además aportan apoyo especializado favoreciendo dinámicas de intervención.

No obstante se perciben como aspectos negativos la incorporación de una población «difícil», las iniciales (pero lógicas) dificultades de coordinación o de trabajo en equipo, fruto de los diferentes «lenguajes» o perspectivas y rivalidades profesionales o simplemente de una cierta sensación de pérdida.

Han sido el tiempo y la práctica en nuestro caso, los encargados de demostrar la importancia de algunos pros de la integración:

- Mayor integralidad de los abordajes.
- Mejor acceso a los recursos sociales.
- Más respaldo tanto organizativo como institucional.

Ahora bien, mirando hacia delante con perspectiva de futuro, la realidad del País

#### **Bibliografía**

- Ley 15/1988 de 11 de Noviembre sobre Prevención, Asistencia y Reinserción en materia de Drogodependencias.
- Decreto 235 de 13 de Septiembre de 1988 para la creación de Equipos de Prevención Comunitaria de Drogodependencias (BOPV n.º 178 de 23 de Septiembre).
- Plan Trienal de Drogodependencias (1993 - 1995) Secretaría General de Drogodependencias del Gobierno Vasco.
- Plan Concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales. Ministerio de Asuntos Sociales.
- La articulación de la Prevención de las Drogodependencias en los Servicios Sociales: Enrique Sacanell. (Jornadas de Formación de los Equipos de Prevención). San Sebastián Junio 1993.

Vasco en materia de Prevención Comunitaria de Drogodependencias se contempla en términos de incertidumbre cuando no de temor respecto:

- La continuidad de los Equipos.
- El apoyo económico a programas.
- La asunción de responsabilidades sobre drogodependencias desde lo municipios.

Cabría desde un punto de vista organizativo (o de relación de poder si se quiere) plantearse la situación de futuro desde dos posiciones:

- «Ser cabeza de ratón» desde un servicio «joven», con escasa dotación presupuestaria y exigua plantilla, manteniendo una total autonomía y especificidad.
- «Convertirse en Cola de León» en una estructura más desarrollada, con unas relaciones de poder más respetadas en base al presupuesto y a la plantilla y por tanto con un mayor reconocimiento tanto institucional como organizativo.

#### **Zulueta Ortiz de Villalba, Gotzon**

Médico  
Técnico de Prevención Comunitaria de Drogodependencias. Ayuntamiento de Getxo (Bizkaia)

#### **Sacanell Berruero, Enrique**

Sociólogo  
Responsable Técnico del Dpto. de Bienestar Social y Salud Pública. Ayuntamiento de Getxo (Bizkaia)

III Jornadas de Psicología de la intervención Social. Ejes básicos del Programa de Drogodependencias de Servicios Sociales. Tomás Ezpeleta.

Organización de los Servicios Sociales Municipales del Ayuntamiento de Getxo. Documento interno (1992).

Plan de Organización de los Servicios Sociales Municipales. Ayuntamiento de Getxo (1990 - 1992) Documento interno.

Acciones para la inserción laboral desde un Servicio Social Municipal.

Enrique Sacanell y Montserrat Rodríguez (1994).

Programa de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias. Dpto. de Trabajo y Seguridad Social - Gobierno Vasco (1990).

Memoria 1993 del Servicio de Prevención Comunitaria del Ayuntamiento de Getxo.

# RESEÑAS Y COMENTARIOS

## AIPAMEN ETA IRAZKINAK

### **EUROLINK AGE.**

*Mobility and transport. Meeting the needs of older people with disabilities.* Londres, 1993, 43 págs.

### **MOVILIDAD Y TRANSPORTE: RESPUESTAS A LAS NECESIDADES DE LOS ANCIANOS CON DISCAPACIDADES**

En fechas recientes, Eurolink Age, red europea de reconocido prestigio en temas de envejecimiento, ha publicado un informe en el que se trata de recoger ordenadamente la muy diversa y abundante información que aportaron los participantes al Seminario sobre «Movilidad y transporte: respuestas a las necesidades de los ancianos con discapacidades», organizado en Bruselas los días 5, 6 y 7 de noviembre por dicha organización, con el apoyo de la Comisión Europea a través de su programa Helios II.

La principal finalidad del Seminario era atraer la atención del Parlamento Europeo, de las Direcciones Generales de la Comisión Europea con competencias directas o indirectas en la materia (DG V - Asuntos Sociales, DG VII - Transporte, DG XI - Medio Ambiente, DG XIII - Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones), de las organizaciones no gubernamentales y de las administraciones nacionales, sobre la importancia que las cuestiones de movilidad y transporte presentan para la integración de los ancianos con discapacidades en la vida social.

El documento resultante, compendio descriptivo de normativas, programas, iniciativas, investigaciones y recomendaciones elaboradas desde diversas ópticas, constituye un material de trabajo de obligada referencia y de innegable utilidad para todos aquéllos que, en este campo, se han visto, en más de una ocasión, aturridos por la dispersión de la legislación y de las recomendaciones internacionales, fundamentalmente comunitarias, y por la escasez de información relativa a las experiencias que se vienen desarrollando a niveles locales, regionales o estatales.

El informe abarca cada uno de los mencionados aspectos. Tras una breve introducción destinada a recordar la importancia numérica y las especificidades del grupo de población al que se refieren las medidas, el texto recoge las iniciativas que, desde mediados de los setenta y hasta finales de los ochenta, han desarrollado el Consejo de Europa, la Conferencia Europea de Ministros de Transportes, y la Comunidad Europea, esta última básicamente en el marco de su Primer Programa de Acción para las Personas con Discapacidades (1982-87), del Segundo Programa de Acción Helios (1988-1991), de la Carta

Comunitaria de los Derechos Sociales Básicos de los Trabajadores adoptada en 1989, y de la Recomendación aprobada ese mismo año por la Comisión relativa a la introducción en los Estados Miembros de un Pase Europeo que permitiera a las personas mayores disfrutar en todo el territorio comunitario de las reducciones de tarifas existentes, independientemente de su nacionalidad.

Aun sin constituir grandes logros, estos primeros pasos han servido de punto de partida a un conjunto de medidas más variadas, lanzadas a principios de los noventa y en pleno desarrollo en la actualidad.

1. Lo más destacable es, probablemente, el Informe elaborado por la Comisión en Noviembre de 1993 sobre un Plan de Acción relativo a la accesibilidad en el transporte para las personas con movilidad reducida. El texto propone tres niveles de intervención:

— Nivel comunitario:

- Una directiva estándar sobre los criterios de acreditación que deben reunir los autobuses en materia de accesibilidad para personas con movilidad reducida, en cuya redacción deben colaborar las Direcciones Generales de Industria (DG III) y de Transporte (DG VII).
- Una directiva destinada a la aproximación de las legislaciones nacionales relativas al transporte ferroviario, basada en las «Directrices destinadas a mejorar el acceso a los trenes», elaborada por la Conferencia Europea de Ministros de Transporte y por la Unión Internacional de Ferrocarriles.
- Un programa de investigación.

— Nivel nacional:

- Aprobación de las recomendaciones elaboradas por la Conferencia Europea de Aviación Civil en relación con la accesibilidad a los aeropuertos y a los aviones.
- Aprobación de un cuerpo común de estándares de accesibilidad a los taxis.
- Introducción de cursos obligatorios sobre discapacidad y accesibilidad para arquitectos, diseñadores, responsables de planificación urbana, etc.

— Nivel local:

- Aplicación de proyectos piloto, fundamentalmente campañas de sensibilización.
- Elaboración de códigos de buena práctica en relación con la accesibilidad a las zonas peatonales, a las aceras, las paradas de autobús, los ascensores...
- Introducción de cursos de formación en materia de accesibilidad para el personal de los medios de transporte.

2. Una segunda intervención comunitaria a destacar es el Informe relativo a la «Información sobre el Transporte para las Personas con Discapacidades», presentado en diciembre de 1992 por la Dirección General de Transporte. Se trata básicamente de un estudio de necesidades, de un compendio descriptivo de las experiencias desarrolladas en los países miembros, y de un conjunto de recomendaciones sobre las actuaciones que conviene desarrollar en este ámbito.

3. A estas iniciativas, cabe añadir los proyectos de investigación parcialmente financiados por la Comunidad Europea:

- Cooperación en investigación científica y técnica COST, proyecto n.º 322, cuyo interés se centra en el diseño interior y exterior de los vehículos, y en cuya financiación, además de la Comunidad, intervienen Alemania, España, Francia, Holanda, Reino Unido, Hungría, Suecia y Suiza.
- Iniciativa Tecnológica en favor de las Personas con Discapacidades y de los Ancianos - TIDE, cuyo interés se centra fundamentalmente en cuestiones relacionadas con tecnología de la rehabilitación. En su marco cabe destacar el Proyecto HEART, liderado por el Swedish Handicap Institute.
- Infraestructuras para la Seguridad Vial en Europa-DRIVE, en cuyo marco se ha desarrollado un proyecto sobre medidas de seguridad en vehículos adaptados.

4. Las cuestiones de accesibilidad también tienen eco en el marco del Primer Programa Europeo para las Personas Mayores (1991-1993), y del Tercer Programa de Acción para las Personas con Discapacidades - Helios II (1993-1996), que incluye la movilidad y el transporte entre los temas prioritarios para 1995.
5. Finalmente, debe mencionarse el Quinto Programa de Acción en Cuestiones Medioambientales, que introduce el entorno urbano entre los temas prioritarios y, en su marco, los problemas de accesibilidad.

Descritas las actuaciones desarrolladas a nivel comunitario, el informe resultante del Seminario organizado por Eurolink Age ofrece una descripción de ejemplos de buena práctica que se han desarrollado en diversos países europeos en las áreas específicas de accesibilidad al transporte público y a las zonas peatonales:

- Introducción de estándares de accesibilidad en el diseño de los autobuses, como por ejemplo los elaborados por el Comité Asesor para el Transporte de Personas con Discapacidades del Ministerio de Transporte del Reino Unido.
- Introducción de sistemas que permiten a las personas con discapacidades visuales comunicarse directamente con el conductor del autobús desde un dispositivo colocado en la parada.
- Organización de servicios de autobús específicamente destinados a personas con discapacidades o a personas muy ancianas que tienen dificultades para acceder a la red ordinaria de transporte público, (existen diversos modelos en Alemania, Reino Unido y Suecia).
- Introducción de estándares de accesibilidad en el diseño de los taxis.
- Organización de servicios de transporte en taxi, especialmente destinados a personas con discapacidades. También aquí existen diversos modelos (el informe menciona expresamente el sistema aplicado en Vitoria).
- Introducción de estándares de accesibilidad en el diseño de las estaciones y de los trenes. Francia es quizá el país líder en este ámbito: el 70% de sus estaciones internacionales y de sus trenes de recorrido internacional han sido objeto de adaptaciones para permitir el acceso de personas en silla de ruedas.
- Introducción de estándares de accesibilidad en los aeropuertos y en los aviones. En 1993, la Conferencia Europea sobre Aviación Civil elaboró una serie de recomendaciones al respecto. En algunos países, fundamentalmente en Francia, Bélgica e Irlanda, se empieza a observar la aplicación de algunas de estas medidas.
- Introducción de medidas de seguridad vial. Dado que cada vez es mayor el número de ancianos que sigue conduciendo un vehículo, conviene que lo hagan en vehículos adaptados a sus limitaciones de movilidad. En este sentido, Irlanda ha regulado el acceso de estas personas a ayudas económicas destinadas a la adquisición de un vehículo adaptado. También la Comisión Europea se ha interesado por la cuestión y debe presentar, antes del 31 de diciembre de 1996, un informe sobre seguridad vial.
- Introducción de criterios de planificación urbana tendentes a priorizar las necesidades de los peatones. En Holanda, se apuesta en la actualidad por una ciudad en la que, en la medida de lo posible, los servicios básicos (tiendas, escuelas, estaciones, servicios sociales...) se encuentren al alcance de los usuarios sin que éstos necesiten recurrir a ningún tipo de medio de transporte. Para que esto pueda ocurrir, para que andando se pueda llegar casi a todas partes, es necesario prever sistemas de desviación de la circulación, redes de acceso al casco urbano, y aceras amplias, accesibles, y en buen estado.

Un documento como el publicado por Eurolink Age, del que aquí no se ha ofrecido más que una muy breve exposición, permite adquirir una visión general pero coherente del panorama europeo en materia de movilidad y transporte para ancianos con discapacidades. Permite por fin, aunque sea en un área muy específica, poner un poco de orden en el laberinto de acciones, iniciativas, normativas y recomendaciones comunitarias.

LAFERRERE, A. «Le rôle de la transmission du patrimoine au sein de la famille». *Gerontologie et Societe*, n.º 68, 1994, pags. 45-54.

### **ONDARE-ESKUALDATZEAREN PAPERA FAMILIAREN BARRUAN (FRANTZIA)**

Oinordetza edo jaraunspena, XIX. mendean zuen garrantzia eta moduak gorde ez arren, egun ere gizartean indarrean dagoen zerbait da. Eta kontutan hartzen bada klase ertainekoek gero eta maizago eskuratzen dutela beren jabetzako bizitokia, jubilatutakoek inoiz baino soldata hobeak jasotzen dituztela eta familien tamaina erabat gutxitzen ari dela, pentsatzekoa da ondareen eskualdaketa horrek indarra galdu ezeze irabazi egingo duela.

Aurrekoa baieztatzeko nahikoa da datu batzuei erreparatzea eta 1986an esaterako, guraso biak hilda zituzten frantsesen %60ak zerbait jasoa zuen haiengandik, dela oinordetza dela dohaintzen bitartez. Beste alde batetik, jubilatutako bikoteen artean, beren ondarearen eskuaidatzeari buruzko erabakia hartua dute hamarretik seik.

Frantziako haziendak erregistraturiko ondare-eskualdaketa aztertutik, 1987. urtean hildakoek 142 mila milioi libera (3.350 mila milioi pezeta) eskualdatu zituzten, horietako %88a hiltzeko momentuan eta gainerakoa hil aurreko dohaintzen bidez. Hala ere, ez da ahaztu behar benetako kopuru osoa handiagoa dela, eragiketa guztiak ez baitira haziendan aitortzen, bereziki dohaintzak direnean (eskura emandako dirutzak etab.)

Urte bereko datuekin segituz ikusten da diru kopuru handiena bigarren ezkontidea hiltzerakoan eskualdatzen dela, baina dohaintzak -bizien artekoak eta guztiz borondatez-koakalargunduek egiten dituzte gehienetan, beti ondorengoenen alde, eta ezkongabeek eta dibortzioek ez dute sekula horrelakorik egiten.

Eskualdatutakoari dagokionez, batzbesteko balioa 475.000 liberatakoa da (11.875.000 pezeta) eta balio zentrala 258.000 libera (6.450.000 pezeta) inguruan kokatzen da. Horrez gain esan behar da oinordetza izendatzen denean, lehenagotik emandakoa hiltzerakoan ematen denaren %88aren parekoa izaten dela, eta dohaintzak familiarik aberatsenetan gertatzen dira. Azkenik, oinordetzan hartzen dena %56an ondare higiezina izaten da (%47a etxebizitzak), eskudirua utzitakoaren %16a da, eta %5a altzariek osatzen dute. Gainerakoa (%23a) ondare higigarriak izaten dira.

#### **Oinorde nagusienak, seme-alabak**

Seme-aiabei eta ondorengoei «zerbait uzteko» nahia ere islatzen dute datuek zeren, baldintza berdinetan (adina, soldata etab.) zenbateko handiagoa uzten baitute seme-alabak eta ilobak dituztenek. Beste alde batetik nekazaritzan eta lanbide liberaletan dihardutenek (irabazi berdinen kasuan) gehiago uzten diete ondorengoei, baina kasu honetan ondarearen izaerak berak baldintzatzen du, ez baita diruzkoa izaten, lurrak, lanabesak, etab. baizik.

Herentzia gehienak Frantzian seme-alabengana pasatzen dira (%76a) eta %14a bizirik gelditzen den ezkontidearengana. Frantziako legeriak horixe bultzatzen du ahaidetasun harreman zuzenetik urrunduz gero askoz handiagoa baita haziendari ordaindu beharrekoa (%10etik %56raino familiakoak ez direnean). Batz bestea 44 urte izaten ditu oinordeak lehen gurasoa hiltzen zaionean, baina ez du orduan hartzen herentziaren parterik handiena, bizirik gelditzen den gurasoa horren usufruktuduna izaten baita. Benetako oinordetza batz bestea 52 urterekin heltzen da baina, sarritan, alde zuzenetik dohaintzak edo laguntzak jasotzen dituzte seme-alabek.

#### **Neha-arreben arteko desberdintasunak**

Ekonomilariak garrantzia eman diote (bereziki Gary Becker-en lanen ondorioz) herentzietan seme-alabak desberdin tratatzeko joerari, eta honen azalpen gisa bi joera edo arrazoi aipatzen dira. Lehena joera «altruista» litzateke, eta gurasoek partiketa desberdina egiteko arrazoa seme-alaben arteko desberdintasun erreala gainditzea litzateke. Beste ekonomilari batzuren ustez, ostera, jarrera «berekoi» bat izan liteke iturria eta gurasoek herentzia-promesa emango lukete zahartzaroko zaintzen truke. Neurri batean aseguro pribatu baten antzerako zerbait.

Frantziako datuei begiraturik esan daiteke jaraunspenen %7ak seme-alaben arteko banaketa desberdina dakarrela, baina kasurik gehienetan ez da testamentua irekitzerakoan jakiten den zerbait, lehenagotik dohaintzak egin baitira. Kontutan hartu behar da halaber Frantziako legeriaren arabera seme-alabek herentziaren parte bat segurtaturik dutela eta gurasoek beren kabuz erabil dezaketena ez dela laurdena baino gehiago izaten.

Oro har, banaketa desberdina ondare eta diru-iturri handiak daudenean gertatzen da. Sarriagoa izaten da, halaber, lanbide liberalekoen artean, ondarea dirutan ez dagoenean, hildakoaren adina oso handia denean eta adin oso desberdinak dituzten oinorde ugari dagoenean.

### **Ondarearen eskualdatzea bikoteengan**

Hiritarren jokaerak zeintzuk diren jakin aurretik azaldu behar da, Frantzia, legeen arabera, ezkontidea ez dela lehentasunezko oinordekoa. Horrek esan nahi du herentzia uka dakiokela testamentuaren bidez eta, testamenturikez dagoenean, ondarearen laurdenaren usufuktua baino ez zaiola gelditzen. Hala ere egoera hori zerbait aldatzen da ezkontzaren bitartez ondasunerkidetza dagoenean (hau da ezkonduz geroko ondasunen erdia geratzen zaio alarganduari, gehi beste erdiaren laurdenaren usufuktua).

Gauzak horrela, bikoteen erdia baino gehiagok (%53,5a) bizirik gelditzen den ezkontidearen aldeko dohaintza egiten dute eta horrek eskubidea ematen dio alarganduari ondare guztiaren usufuktua heredatzeko edo, aukeran, ondarearen laurdenaren jabetza eta gainerakoaren usufuktua. Praktika hau hedatuagoa dago seme-alabarikez dagoenean (%61a) eta murriztu egiten da seme-alaben kopurua handitzen den neurrian.

Testamentuari dagokionez, maizago egiten da seme-alabarik ez dagoenean (%13), daudenean baino (%4), eta oro har esan daiteke legeak ezartzen duen banaketa berdinzalea onartzen dela. Hala ere, guraso desberdinetako seme-alabak daudenean, edo ezkontza bat baino gehiago (familia konplexuak), testamentua gehiago erabiltzen da. Ez ordea ondarea seme-alaben artean desberdin banatzeko, baizik eta oinordekotza zailak arautzeko edo lege babesik gabeko oinordeak zaintzeko.

Testamentua egitea ala ez oso loturik dago bi aldagairekin: adina eta ezkontza-erregimena. Pentsa daitekeen bezala adina handitzen den neurrian ugaritzen dira testamentuak, bai eta ezkontideen arteko ondare-banaketa parekoa ez denean. Ondarearen aberastasunarekin ostera, ez du lotura esanguratsurik.

Azkenik, Frantziako lurraldean bi zati egin daitezke gai honi dagokionean. Batetik ipar eta mendebaldeko Frantzia legoke, non oinordeek tratamendu berdina izaten duten; eta bestetik hegoaldeko Frantzia agertzen da, non lehentasuna gizonezkoen ondorengoei ematen zaien.

### **Laburbilduz**

Oro har esan daiteke frantziar gehienek ezkontideen arteko dohaintza aukeratzen dutela oinordetzak arautzeko. Praktika hau gainera, ez da aberatsen artean bakarrik agertzen, klase ertainekoek ere gero eta maizago jotzen baitute horretara. Azken finean egungo familia nuklearraren ideala agertzen du horrek eta xedea ezkontide biak maila berean babestea da.

Baina bada hemen azpimarratu beharreko puntu garrantzitsu bat, alegia, gurasoen jokaera dela oinordetzak arautzeko modu guzti hauek baldintzatzen dituen aldagai nagusienetakoa. Hau da, gainerako baldintzak (adina, aberastasuna, kategoria soziala etab.) berdina direnean, dohaintzak edo testamentua egin dituzten gurasoen seme-alabek portzentaia handiagoan erabiltzen dituzte bide hauek. Eta honek esan nahi du ondarearen eskualdaketa, pentsa litekenaren kontra, ez dela ekintza ekonomiko hutsa, ondasunekin batera ohitura, joera eta balio multzoa eskualdatzen baita. Oinordeek herentzia jasotzen dute baina, neurri handi batean, erabiltzeko manualarekin.

**M.<sup>a</sup> JOSE CELORIO<sup>1</sup>; JOSEBA IRAURGI<sup>1</sup>; NEKANE BASABE<sup>2</sup>, JUANJO IGARTUA<sup>2</sup> y DARIO PAEZ<sup>2</sup>.**

(1) (Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekaldeberri).

(2) Dpto. de Psicología Social y Metodología/Universidad del País Vasco.

## **ASOCIACION DE FAMILIARES Y ENFERMOS PSIQUICOS: RESULTADOS DE UNA INVESTIGACION**

El presente artículo constituye una síntesis de una investigación surgida de la iniciativa de la Federación de Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos de la C.A.V. (FE-DEAFES), quienes, dentro de su línea de actuación, consideraron la necesidad y/o conveniencia de realizar un estudio sobre las necesidades sociosanitarias de los usuarios-miembros de la Federación, así como una valoración de la misma por parte de sus asociados. Fruto de este trabajo de investigación es la publicación «Enfermedad mental: Grupos de Autoayuda e Integración Social»; editada por la Vicepresidencia para Asuntos Sociales del Gobierno Vasco (colección Cuadernos para la Integración Social, n.º 6).

### **METODOLOGIA**

Para el estudio se consideró al conjunto de enfermos y familiares asociados a las diversas asociaciones que constituyen FEDEAFES<sup>1</sup>. A través de los listados de cada una de las asociaciones se pudo delimitar el tamaño de la población, tomando como unidad de análisis al enfermo psíquico. A partir de este universo finito (N=525) se obtuvo una muestra de 237 casos, lo que supone un error muestral de  $\pm 4,8\%$  para un nivel de confianza del 95,5% y P=Q=50. Todos los asociados fueron contactados por carta, teléfono y/o personalmente, solicitando su participación en el estudio.

El soporte de la investigación lo constituyeron dos cuestionarios dirigidos a los usuarios de la Asociación (al enfermo y a un familiar o persona responsable —si el enfermo no tenía familia, se entrevistaba a su terapeuta o alguna persona que tuviera relación con él)—. Sin embargo, a nivel técnico se consideró que ambos cuestionarios formaban un único «caso» sobre el que operar estadísticamente. No entramos aquí en la descripción del cuestionario<sup>2</sup>; baste decir que contemplaban instrumentos que permitían analizar cada uno de los apartados que a continuación se expondrán.

La recogida de datos se llevó a cabo en entrevistas realizadas por personal colaborador de las respectivas asociaciones utilizando como soporte básico el cuestionario estructurado. En cada caso, se entrevistó al enfermo psíquico y a su familiar de forma individual y separada (en distintos momentos).

### **PERFIL DEL ASOCIADO**

Un primer dato a destacar es la relación entre la enfermedad y las condiciones sociales. En este sentido, se observa cómo dos de cada tres enfermos tiene un status social bajo, dos de cada tres tiene estudios equivalentes o inferiores al graduado escolar, ocho de cada diez se encuentran laboralmente inactivos (existiendo un predominio, sobre los que no han trabajado nunca —23%—, de aquellas personas que habiendo trabajado en el pasado ya no lo hacen —62%—), y en dos de cada tres casos los ingresos económicos no superan las 35.000 pesetas. Respecto a la procedencia de los ingresos económicos, en dos de cada tres casos provienen de organismos públicos (INEM, Seguridad Social, Bienestar Social), y sólo en uno de cada siete casos la fuente de ingresos es el propio trabajo. Se observa también que un 23% de los enfermos no tiene ningún tipo de ingreso. Entre los familiares, el nivel de actividad laboral es bajo (un 32% de activos frente a un 68% de inactivos-jubilados, pensionistas, parados—), siendo mayoritariamente de procedencia social baja. Así pues, enfermedad y condición social se ven en estrecha relación en un

<sup>1</sup> FEDEAFES agrupa a las siguientes asociaciones: AVIPES por Bizkaia; AGUIFES por Gipuzkoa, y ASAFES y ASASAM por Alava.

<sup>2</sup> Tanto la descripción de las variables/escalas que componen el cuestionario, como este mismo, puede encontrarse en la obra citada en el texto.

proceso de depauperación socio-laboral, y donde la acción de una aumenta las posibilidades de incrementarse la otra, produciéndose una espiral de marginalidad y deterioro psicosocial.

En relación con lo propuesto, cabe señalar el alto nivel de dependencia de estos enfermos respecto a su familia. La mayoría de ellos, tres de cada cuatro, viven con su familiar de origen, mientras que tan sólo un 7% han creado familia propia y un 15% viven solos o con otras personas no familiares. De hecho, en este colectivo tener trabajo e ingresos propios favorece la independencia familiar. Por otro lado, si bien los enfermos asociados están controlados psiquiátricamente (tres de cada cuatro acuden con regularidad a la consulta y saben que el tratamiento es necesario), la familia ejerce de forma mayoritaria un apoyo y supervisión en dicho tratamiento, que se hace más evidente en aquellos casos donde el enfermo no es consciente de su enfermedad y entre los más jóvenes. La cronicidad de la enfermedad y la dificultad de obtener mayores cotas de autonomía a través de una integración socio-laboral tiende a perpetuar la dependencia del enfermo respecto a su familia. Esta situación de responsabilidad de cuidados y asilo de los enfermos a cargo de la familia se constituye en un agente estresor crónico que, como se verá, afecta y merma la salud de la propia familia.

En definitiva, y tratando de presentar un perfil del asociado-enfermo de FEDEAFES, éste se caracterizaría por ser «joven, hombre, soltero, sin pareja, sin hijos, con un nivel de estudios primario, que viven con la familia de origen, dependientes económicamente de la familia o con pensiones económicas bajas provenientes de organismos públicos, sin experiencia laboral o sólo con experiencia en el pasado, encontrándose ahora inactivos laboralmente y/o pensionistas, de clase baja, controlados psiquiátricamente, habiendo iniciado el tratamiento en su juventud (con 21-22 años), habiendo tenido su último ingreso psiquiátrico hace más de un año y que cuentan con apoyo familiar en el control y seguimiento del tratamiento».

## **ASOCIACION COMO GRUPO DE AUTOAYUDA**

El movimiento asociativo en forma de organizaciones o grupos de autoayuda surge tradicionalmente como una respuesta a la necesidad de afrontar problemas (situaciones de crisis) que demandan más recursos de los que se poseen y ante la carencia, en mayor o menor medida, de soluciones por parte del sistema de atención comunitario. El grupo de autoayuda constituye un conjunto de enfermos y familiares que se aunan en torno a un eje común: la defensa de la salud de sus miembros y la información, prevención y afrontamiento de la situación de crisis, enfermedad psíquica en nuestro caso.

FEDEAFES contaba en el momento de inicio del estudio (marzo de 1992) con 525 asociados, número que según las pautas de incorporación que se venían observando habrá aumentado en la actualidad. Los índices de participación en la Asociación por parte de enfermos y familiares resultan elevados (78% y 72%, respectivamente), si bien la frecuencia de asistencia e implicación en las actividades de las asociaciones es mayor entre los enfermos.

Si bien la participación es alta, la calidad de la misma varía, pudiéndose distinguir entre cuatro grupos básicos: Disociados (no acuden a la Asociación ni participan de actividades), Inactivos (baja asistencia y baja participación), Pasivos (alta asistencia y baja participación) y Activos (alta asistencia y participación). Entre los enfermos, los Disociados (22%) y los Activos (28%) son los que mayor nivel de integración presentan, los primeros por tener mayores recursos adaptativos (mayor empleo, mejor situación psiquiátrica y mayor apoyo familiar), de ahí su menor vinculación a la Asociación, y los segundos por mostrar una mayor actividad en la Asociación. Por su parte, los enfermos Inactivos (32%) y Pasivos (16%) son los que presentan una mayor cronicidad de su enfermedad y una más baja integración familiar y socio-laboral. A este respecto, cabría suponer que su peor situación podría asociarse a una mayor desesperanza, lo que podría estar incidiendo en su menor integración en la Asociación. Respecto a los familiares, se ha observado que una mayor participación en la Asociación (familiares Pasivos —17%— y Activos —13%—) está relacionada con una menor cronicidad de la enfermedad y un mayor apoyo a sus familiares enfermos. Los familiares Disociados (28%) e Inactivos (42%) se caracterizarían por una mayor cronicidad en sus familiares enfermos, por una menor integración familiar y una situación social más depauperada. De algún modo, cabría suponer que la cronicidad de la enfermedad ha deteriorado la respuesta familiar ante el afrontamiento de la misma.

Por otra parte, los datos muestran cómo las distintas asociaciones dan cobertura a las funciones básicas de todo grupo de autoayuda. Es decir, entre 3/5 y 3/4 partes de los asociados han visto incrementarse su conocimiento sobre la enfermedad, han recibido apoyo emocional y han tenido la oportunidad de sentirse útiles y ayudar a otros. Así, en torno al 70% de los enfermos y al 75% de los familiares han llegado a comprender mejor la enfermedad y saber qué hacer cuando el enfermo se encuentra mal. Asimismo, la Asociación permite encontrar un clima de apoyo y comprensión a un 63% de los enfermos y a un 71% de los familiares; encontrándose que los enfermos amplían su red social más que los familiares, mientras que estos últimos comunican y expresan en mayor medida sus problemas. Respecto al hecho de poder ayudar a otros compañeros y hacer más cosas útiles, se han visto en dicha situación la mitad de los enfermos y seis de cada diez familiares. En cualquier caso, los asociados más integrados en la Asociación son los que en mayor medida se han visto beneficiados, de ahí la conveniencia de incrementar los niveles de participación e integración en la Asociación.

Por otro lado, las valoraciones de los familiares respecto al estado de sus enfermos permiten revalorizar el papel amortiguador del grupo de autoayuda (Asociación), dado que éste contribuye en mayor medida al mejoramiento que al agravamiento de la enfermedad. Esto es así en tanto que sólo un 2,3% de los familiares refieren que el enfermo ha empeorado desde que entró en la Asociación, mientras que un 22,6% no ha percibido cambios; un 47,4% y 27,7% consideran que, respectivamente, ha mejorado algo o mucho.

Respecto a la evaluación de las asociaciones, el 76% de los enfermos y el 86% de los familiares valoran positivamente su experiencia en la misma, observándose como una mayor integración se relaciona con una valoración más positiva. No obstante, los asociados, en mayor medida los familiares que los enfermos, señalan las carencias de materiales y adecuación de los locales de las asociaciones.

## **NECESIDADES SOCIOSANITARIAS**

A la hora de evaluar las necesidades sociosanitarias de los enfermos se han explorado tres indicadores básicos. El primero de ellos hace referencia al lugar de residencia más deseable para el enfermo, proponiéndose como más adecuados la propia familia, los pisos tutelados y la independencia del enfermo de su familia de origen. Tanto la mayoría de los enfermos como de los familiares consideran el núcleo familiar como la residencia más apropiada. Ahora bien, cuando se trata de elegir entre las otras dos posibles residencias, enfermos y familiares muestran criterios opuestos: los familiares optan por los pisos tutelados, mientras los enfermos lo hacen por una convivencia independiente. Considerando las elecciones en su conjunto, los familiares de forma mayoritaria (9 de cada 10) optan para el enfermo por una residencia supervisada (familia o piso tutelado). De ello puede inferirse un cierto temor-deshconfianza de la familia respecto a que el enfermo pueda valerse por sí mismo. En el caso de los enfermos, si bien la mayor parte (70%) opta por considerar la residencia familiar y la tutelada como las más deseables, cerca de la tercera parte muestra su preferencia por una forma de vida independiente sin necesidad de ser supervisado. Esta elección de los enfermos está asociada al hecho de convivir o no con sus familiares, así como a recibir o no apoyo de los mismos en su proceso terapéutico. En este sentido, los enfermos más desvinculados de la familia y con menor apoyo de ésta son los que optan en mayor medida por residencias distintas a la familia, dándose una relación inversa para los que viven con su familia. En el caso de los familiares, la elección de la residencia familiar está vinculada al hecho de vivir actualmente con el enfermo y a una mayor responsabilidad de éste en el seguimiento de su problema (mayor conciencia de enfermedad).

El segundo indicador de las necesidades sociosanitarias se centra en la demanda de recursos sociales para el enfermo, siendo los más demandados el club psicosocial, los empleos (protegido y/o normalizado en el caso de los enfermos, sólo protegidos en el caso del familiar) y los referentes a una prestación económica (ayuda o pensión de invalidez). Tanto los enfermos como los familiares coinciden al elegir en 1.º y 2.º lugar el club psicosocial y el empleo protegido, respectivamente. A la hora de priorizar los recursos, la mayor parte de los asociados están volcados en la integración del enfermo en el mundo socio-laboral, si bien se aprecia una no desdeñable minoría que adopta un rol más incapacitante y/o más pasivo respecto a la búsqueda de soluciones. En cualquier caso, los recursos laborales son priorizados sobre los meramente económicos, si bien se observa cómo los familiares son más partidarios del empleo protegido para el enfermo, mientras

que éste prefiere que dicho empleo sea de tipo normalizado. En líneas generales, y tanto en el caso del enfermo como del familiar, a medida que aumenta la edad, la cronicidad de la enfermedad se hace más acuciante y los recursos sociofamiliares se vuelven más depauperados, se registra una mayor tendencia hacia la demanda de recursos de tipo económico; por otro lado, la solicitud de empleo, sea éste protegido y/o normalizado, iría asociada a una menor edad, menor cronicidad y mejor situación familiar y económica.

Existe una preocupación generalizada por parte de los familiares por el futuro de los enfermos. Ha de tenerse en cuenta que el conjunto de familiares tiene una edad avanzada, lo cual les lleva a cuestionarse qué pasará con los enfermos cuando ellos ya no puedan estar a su cuidado. Esta preocupación permite entender por qué se produce una mayor preferencia por los recursos de tipo proteccionista (residencias supervisadas, empleo protegido y/o recursos económicos) entre el grupo de familiares.

Respecto a la elección de los servicios sanitarios, los familiares optan preferentemente (6-7 de cada 10) por el Centro de Salud Mental y el Centro de Día, ambos integrados en la Comunidad; siendo menos considerados el Hospital de Día y la Comunidad Terapéutica. Por otro lado, resulta claramente minoritaria (6,9%) la elección de la unidad psiquiátrica de larga estancia, mostrándose con ello una clara renuncia al mismo. No obstante, la mayoría de los familiares (93,5%) coinciden en la necesidad de que el enfermo reciba asistencia especializada. Por otro lado, si bien queda patente la poca aceptación que tienen los psiquiátricos, hay que reconocer que existe un grupo de enfermos crónicos (desintegrados social y familiarmente, sin empleo ni ingresos económicos, con gran afectación en su enfermedad), para los cuales se hace imprescindible. Otra cuestión es la adaptación de un funcionamiento interno a las nuevas necesidades de este grupo.

## **HABILIDADES ESPECIFICAS Y SOCIALES**

Desde una perspectiva psicosocial el ajuste o funcionamiento psicosocial es definido en función de la situación y del contexto social de referencia, donde se incluirían aspectos referidos a la competencia social —habilidades cotidianas/específicas—, a las habilidades sociales —habilidades de interacción y comunicación— y el desempeño de roles sociales. A este respecto, las habilidades sociales serían aquellos comportamientos eficaces, dentro de un marco cultural determinado, en situaciones de interacción social.

Los diversos indicadores sobre las habilidades de los enfermos para desarrollar tareas en la vida cotidiana y comunicación con los demás, muestran cómo, en general, se producen menores dificultades en el desarrollo de tareas básicas como el autocuidado personal, las comidas y el seguimiento del tratamiento psiquiátrico; mientras que las esferas relacionadas con las actividades sociales, la integración social, la ocupación del tiempo libre y la comunicación con los demás constituyen las dimensiones donde se producen mayores carencias.

Asimismo, las habilidades sociales están relacionadas entre sí, es decir, las personas que tienen dificultades para conversar con los demás suelen tener también dificultades para expresar sus emociones y sentimientos, para defenderse de los demás y para solicitar informaciones. Además, cuantas menos habilidades sociales de comunicación se posean se tendrán también menores habilidades en la vida cotidiana para el autocuidado básico, menores niveles de actividad social fuera del hogar y menor habilidad para el manejo económico, unos hábitos menos regulares en relación a las comidas y menor control sobre la toma de medicación.

Por otro lado, las habilidades sociales y específicas varían en función de categorías sociales y de la pertenencia a distintos grupos, tener bajas o altas habilidades depende de la integración social, de las condiciones de vida y del estatus social y de los roles sociales. Así, por ejemplo, y en relación a la participación en el hogar, las mujeres tendrían más habilidades que los hombres, lo que se relaciona con la distribución de tareas en función de los roles sexuales. A nivel general, en el caso de las habilidades específicas, una menor integración social, peores condiciones de vida junto a estatus sociales bajos se asocian a una mayor incapacidad y limitación para el desarrollo de las actividades cotidianas.

Igualmente para las habilidades sociales comunicativas, las mujeres tendrían mayores habilidades para la comunicación emocional que los hombres, fenómeno que es general y dependiente de las definiciones sociales de los roles sexuales. Asimismo, las habilidades

comunicativas dependen de categorías sociales, los grupos con altas habilidades se dan más típicamente en las clases medias, en las personas con pareja (sólo para expresar las emociones) y entre las que han aumentado su número de amigos. Por el contrario, y como en el caso de las habilidades específicas, los grupos con bajas habilidades se dan más frecuentemente entre las categorías sociales siguientes: clases bajas, personas sin pareja y no casados (a nivel emocional), jóvenes, personas sin hijos, inactivos laborales, sin experiencia laboral y dependientes económicamente de su familia.

En relación a la participación en la Asociación, los miembros activos poseen más habilidades que los miembros pasivos: salen más del hogar, son más sociables, se responsabilizan más del tratamiento psiquiátrico y tienen más habilidades para conversar con los demás. Igualmente, cuanto más positiva se considera la experiencia de participación en las asociaciones se poseen mayores habilidades sociales de comunicación (a todos los niveles) y mayores habilidades de sociabilidad, de participación familiar y para el autocuidado. Por lo tanto, la experiencia de participación en la Asociación puede considerarse positiva por su relación con las habilidades sociales, pero presenta algunas carencias importantes a nivel emocional y de comunicación íntima.

En definitiva, puede señalarse que poseer y desarrollar habilidades sociales y cotidianas varía en función de las situaciones sociales de integración social, de las categorías sociales asociadas a mejores condiciones socio-económicas de vida y de prestigio social y, en parte, de los roles sexuales. Asimismo, existe una relación entre mejores habilidades sociales y mejor situación psiquiátrica que permite plantear la importancia que los aspectos sociales, el soporte social y los recursos intermedios pueden jugar en la mejora de la situación de los enfermos mentales. Junto a ello se observa que la participación en asociaciones de enfermos mentales conlleva aspectos positivos en cuanto al desarrollo de las habilidades sociales, sin olvidar carencias como las referidas a la comunicación emocional y la falta de participación femenina. Por último, existe una coherencia entre la demanda de recursos socio-sanitarios y la percepción de las habilidades sociales: los empleos normalizados son demandados por personas con altas habilidades, mientras los recursos proteccionistas son elección preferente entre los que tienen menores habilidades (empleo protegido para los jóvenes y pensiones de invalidez para los mayores).

## **ACTIVIDADES Y TIPOS DE OCIO**

Los datos indican que existe una baja actividad y una desocupación del tiempo libre, sobre todo si se tiene en cuenta que el nivel de actividad laboral de estas personas es muy bajo. Casi de forma generalizada, los enfermos ocupan su tiempo libre paseando y en menor medida leyendo algo. Estas dos serían las formas de ocio mayoritarias, si bien habría que decir que un 13% de personas no salen a pasear y que el nivel de lectura es más bien bajo (el 40% no leen o leen muy poco).

La participación en clubs, asociaciones (distintas a las de afectados) y en talleres, los juegos recreativos, «ir de potes o copas con amigos», el deporte y, en menor medida, las salidas al monte, son las actividades de ocio que realizan entre el 39% y 45% de los asociados enfermos. Las actividades de ocio más minoritario son, por un lado, los viajes y excursiones, las religiosas e ir al cine, realizadas entre el 36 y el 39%, y, por otro, beber alcohol estando solo, ir a teatros y museos e ir a conciertos musicales, realizadas entre el 13% y 22% de los enfermos. Es importante destacar que el 9,6% de las personas beben frecuentemente alcohol estando a solas.

Atendiendo a estas distintas actividades de ocio, habría que diferenciar entre aquellas que típicamente presentan elementos positivos y/o negativos. Entre las negativas se encuentran los juegos recreativos y el beber alcohol en solitario; resulta obvio que ocupar el tiempo bebiendo alcohol solo es una forma claramente negativa. Además, el grupo que realiza esta actividad presenta un bajo nivel de sociabilidad, de participación en el hogar y una dependencia de los demás respecto al autocuidado. Asimismo, ambas actividades de ocio aparecen relacionadas con una peor situación psiquiátrica. Por su parte, entre las formas positivas destacan la práctica de deporte, lectura, paseos, participación en talleres, etc., las cuales, además de reportar beneficios por sí mismas, están asociadas a unas mayores habilidades sociales a todos los niveles, una mejor capacitación para el autocuidado, una mayor sociabilidad y una mayor participación en el hogar.

En cuanto a la satisfacción general con las actividades de ocio, el 55,3% de las personas se encuentran satisfechas con el ocio que realizan, el resto se reparten entre un 20,7%, que se encuentra insatisfecho, y un 24%, que se muestra indiferente.

Tomando las actividades de ocio en su conjunto y observando la forma de asociarse éstas entre sí, se aprecian varios tipos de ocio. Uno de ellos es el denominado Ocio Social-grupal, que incluye una serie de actividades realizadas principalmente en grupo y que tienen un carácter participativo (acudir a clubs o asociaciones, participar en talleres y juegos recreativos, salir con amigos a «potear»...). Las personas que realizan este tipo de ocio poseen más habilidades sociales para comunicarse —conversar— con los demás, excepto en el aspecto emocional, y presentan, asimismo, una mayor sociabilidad, estando menos implicados en el mundo cotidiano del hogar. Por otra parte, este tipo de ocio está asociado con una mayor participación en la Asociación (miembros activos). Asimismo, la evaluación positiva de la experiencia en la Asociación aumenta cuanto más se practica esta forma de ocio.

De todo ello pueden sugerirse una serie de sugerencias relativas al ocio. El ocio social-grupal favorece la sociabilidad y la comunicación en grupo, pero existe una carencia a nivel de la comunicación íntima y emocional, aspecto éste que convendría potenciar. Las actividades solitarias, junto con el consumo de alcohol, resultan negativas, por lo que habría que pensar en formas de integración de los grupos con estas prácticas. Parece que la combinación de actividades grupales, del deporte, la lectura y las actividades de expansión (salidas, excursiones) podría favorecer la sociabilidad y la satisfacción con el ocio.

## **REDES SOCIALES Y SOPORTE SOCIAL**

La integración social se refiere tanto a su dimensión estructural de inclusión en redes sociales como el soporte social o percepción de apoyo derivado de la pertenencia a redes sociales. La integración y el soporte social se asocian a sentimientos de bienestar, como se verá más adelante, ya que proporcionan sentimientos de estabilidad y confianza, facilitarían la formación de un sentido de sí mismo seguro y positivo y una identidad múltiple y reforzada.

Destacaremos en este apartado una serie de datos sobre la incidencia del aislamiento social y del soporte social entre los miembros de las asociaciones. Así, existe un grupo de enfermos (25%) que se encontrarían aislados socialmente, en tanto que cuentan con una escasa red de familiares y/o amistades. A este respecto se observa cómo un 14% no tiene contacto diario con ningún familiar, un 27% no tiene amigos y un 29% sólo tiene 1 ó 2 amigos. Los enfermos de este grupo se caracterizan por ser mayores, de estatus social bajo, predominando más que en otros grupos los que viven solos, los separados y divorciados, los que salen a la calle solos, los que tienen pocas habilidades sociales, poco soporte social y aquellos en los que sus relaciones con amigos se han deteriorado. Son personas, por tanto, con graves carencias psico-sociales. Esta situación de aislamiento social también se reproduce en un 16% de familias, quienes se caracterizarían por ser en mayor medida mujeres, con una edad entre 53 y 61 años, con una alta proporción de solteros y de viudos. Su nivel de participación en la Asociación, el apoyo social y la satisfacción con el mismo es bajo.

Un grupo totalmente distinto lo formarían los que se muestran más integrados socialmente; lo constituirían aquellos que tienen redes sociales amplias, tanto a nivel familiar como de amigos. Representarían el 22% de los enfermos y el 34% de los familiares. Los enfermos de este grupo se caracterizarían por tener una alta presencia de mujeres, de personas de edad intermedia (29-34 años), de personas con pareja y de activos laborales. Su situación psíquica y social es la mejor: tienen conciencia de enfermedad, apoyo familiar, son activos en la Asociación, salen de casa sin problemas, poseen un nivel elevado de habilidades sociales y se sienten apoyados y satisfechos con el soporte social (además, tienen una percepción positiva respecto a la mejora de sus relaciones con los amigos en los últimos tiempos). Entre los familiares que pertenecen a este colectivo se observa una alta presencia de hombres, personas con una edad inferior a la que mostraba el grupo anterior y con una proporción mayor de casados. Se observa, asimismo, una proporción elevada de «padres», muestran el nivel más alto de implicación en la Asociación y también en apoyo subjetivo y satisfacción con el soporte social.

El soporte social subjetivo (la percepción de ayuda recibida de las redes sociales) es mayor cuando se poseen amplias redes sociales que cuando éstas son escasas. Para los enfermos son las redes de amigos las que principalmente proporcionan apoyo social, mientras que en los familiares resultan más importantes las redes familiares y las ligadas a la ocupación. Por otro lado, entre los enfermos que viven solos y entre los familiares

que viven con dicho enfermo se observa el nivel más bajo de apoyo subjetivo. Asimismo, tanto para los enfermos como para los familiares, una mayor participación en las actividades de la Asociación (adoptando un patrón «activo») se asocia a un mayor soporte social percibido, es decir, a sentirse más apoyado y ayudado por los demás.

Para los enfermos las fuentes principales de apoyo son las madres (87%), la pareja (85%, aunque muy pocos la tienen), los amigos (81 %) y el médico o terapeuta (81 %); los padres son una fuente menor de apoyo (69%). Lógicamente, se sienten más apoyados por la familia de origen (madre y padre) los enfermos más jóvenes, mientras que los de mayor edad perciben un mayor nivel de apoyo de los amigos. Para los familiares las fuentes de mayor apoyo son la pareja (86%), los amigos (82%) y los hijos/as (77%).

## BIENESTAR PSICOLOGICO

El nivel de bienestar psicológico entre los enfermos y familiares se relaciona con su situación psico-social. Así, se relaciona con la situación psiquiátrica del enfermo, con la participación en la Asociación y evaluación de la experiencia en la misma, con las habilidades específicas y sociales, con los tipos de ocupación del tiempo libre y ocio, y con el grado de integración y soporte social.

El nivel de bienestar psicológico de los enfermos será mayor cuanto mejor sea su situación psiquiátrica (mayor conciencia de enfermedad y menor cronicidad). Asimismo, la mayor participación e implicación en la Asociación de Auto-ayuda conlleva un mayor bienestar psicológico. Así, cuando la experiencia en las asociaciones se considera positiva y cuanto mayores son los beneficios recibidos a nivel de información (comprender la enfermedad), a nivel emocional y de integración social (tener más gente con quien hablar, ayudar a otros, hacer cosas útiles) y a nivel instrumental (ayudas para resolver problemas), mayor es el bienestar experimentado. Por el contrario, cuantas más dificultades se perciben para participar en las Asociaciones, peor es la situación psíquica; en concreto, las personas que se han sentido rechazadas, las que desean una atención más individualizada, quienes tienen la sensación de que son diferentes a los demás y los que tienen miedo de volver a recordar la enfermedad, son los que tienen un mayor malestar. Por otro lado, a nivel de habilidades sociales y/o específicas, se observa cómo un menor manejo de la enfermedad, una dedicación ocupacional mayor, una mayor actividad social y relacional y unas mayores habilidades sociales para comunicarse en situaciones de interacción, se asocian a un mayor bienestar psicológico. Igualmente, la integración social y el soporte percibido son fuentes importantes de gratificación individual. Especialmente las relaciones fuera del hogar, con amigos y compañeros en un contacto ocupacional, son los aspectos que más se asocian al bienestar; en este sentido, las personas que peor se sienten son las que están «aisladas» (tienen pocos contactos tanto con la familia como con los amigos) y las que tienen apoyo familiar pero no tienen amigos, mientras que aquellos que tienen una red social amplia, especialmente cuando tienen amigos, se sienten mejor. Por otro lado, el nivel de conflictos familiares se asocia a una peor situación; en este sentido, es importante señalar que los conflictos enfermo-familiar aumentan cuanto más aislado esté el enfermo y cuantas menos habilidades sociales posea. Respecto a la ocupación del tiempo libre, se observa cómo las actividades de ocio social-grupal (participación en clubs, asociaciones y talleres), y el ocio mixto (compaginando el deporte y la lectura) se relacionan con una mejor situación de bienestar individual.

En relación al bienestar-malestar de los familiares, se observa cómo su situación va a depender del estado psiquiátrico del enfermo, de forma que los familiares se encontrarán peor cuanto más reciente esté el episodio de enfermedad y cuanto más cercano sea el último ingreso psiquiátrico. Por lo tanto, las descompensaciones y la mayor sintomatología va a afectar al entorno familiar agravándose su situación psíquica junto a la del enfermo. Es importante destacar que entre los familiares el nivel de malestar va a ser mayor entre las mujeres, quizá debido al rol de cuidado de la enfermedad que se le asigna socialmente. Asimismo, el malestar va a ser mayor entre los familiares que viven con el enfermo frente a los que no conviven con él, lo que muestra que la convivencia con enfermos mentales constituye una fuente crónica de estrés emocional. Al igual que sucede con los enfermos, la participación en la Asociación va a tener efectos beneficiosos sobre los familiares; su bienestar aumenta cuando lo hace su nivel de participación, cuanto mayor mejoría se percibe en el enfermo desde su integración en la Asociación, cuantos más beneficios se obtienen de la Asociación y menos dificultades se encuentran para la integración en la misma. Asimismo, la integración social y el soporte social juegan un rol importante. Cuando

más amplia sea la red de contactos de los familiares, cuantos mayores beneficios se obtengan de las relaciones con los demás —para compartir emociones, para ayudar a resolver problemas, para informarse sobre los problemas, para sentirse integrado— mejor se encontrarán los familiares. Asimismo, el apoyo de la pareja es un aspecto importante que favorece el bienestar de los familiares.

Por último, el bienestar psicológico de los asociados se relaciona con su situación psicosocial. En definitiva, se observa cómo la situación psiquiátrica, el estatus social, la integración social, el soporte proporcionado por los otros, y las habilidades sociales están relacionadas entre sí, configurando indicadores de la calidad de vida de los enfermos y sus familiares y que, como se ha visto, también se relacionan con el bienestar (psicológico) individual.

## Experiencias de países de la OCDE. LA CO-PARTICIPACION, PALANCA DE LA CREACION DE EMPLEO

Si bien hace sólo diez años la promoción pública de empresas en los países de la OCDE era labor casi exclusiva de los gobiernos centrales, la persistencia de altas tasas de paro ha hecho evolucionar la situación y las autoridades locales han comenzado a ocuparse más directamente en buscar nuevas formas de promoción del desarrollo social y económico de sus zonas, descubriendo inmediatamente que la fórmula de co-participación presentaba un gran interés a la hora de movilizar el máximo de recursos y obtener el mayor impacto posible.

En esta línea se han creado las ILE (Iniciativas locales de creación de empleo) que tienen como objetivo prioritario la creación de empleo, sin dejar de lado la posible resolución de problemas de índole medioambiental o de protección social.

Antes de pasar a reseñar algunos ejemplos específicos de actuación de las ILE, se pueden señalar las características y objetivos comunes.

En primer lugar es fundamental hacer un profundo estudio de la zona de intervención para poder establecer claramente los objetivos y las estrategias concretas. Hay que señalar también que no se trata de suplantarse la inversión privada por la pública, sino de ayudar a conseguir esa financiación privada, sea mediante iniciativas fiscales, sistemas de colaboración, concesión de avales, etc.

Otro punto fundamental de todas las iniciativas desarrolladas es la importancia que se da al reciclaje, tanto para posibilitar la entrada al mercado laboral de jóvenes recién diplomados y parados de mayor edad, como para formar a nuevos empresarios en la gestión de empresas. Y también en este caso se opta por fórmulas de co-participación, implicando a los empresarios y grupos de negocios de la zona, pues la experiencia ha demostrado que las iniciativas que no han tenido en cuenta al sector privado y al sector asociativo han fracasado mayoritariamente.

Estas iniciativas de colaboración implican a diferentes agentes que cumplen funciones diversas. Por un lado se sitúan las autoridades locales que pueden recurrir a medidas tradicionales tales como la prestación de servicios públicos, acondicionamiento de zonas o locales industriales, política fiscal, etc., y pueden también intervenir en la concepción de un sistema de formación apropiado, en función del tipo de organización del sistema educativo local.

Esto no debe hacernos olvidar la importancia de los poderes públicos centrales, en manos de quienes están las grandes decisiones políticas y el conjunto de los fondos dedicados a estas actividades así como su reparto entre las diversas iniciativas de creación de empleo.

En ocasiones las autoridades locales estiman necesario la creación de agencias de desarrollo local que cuentan con un funcionamiento relativamente independiente, a pesar de que el poder de decisión en materia de definición de normas y objetivos y el control de las actividades y resultados de la agencia queden en manos de dichas autoridades.

La rapidez del desarrollo económico de una zona está frecuentemente ligada a la presencia de universidad u otros establecimientos de enseñanza superior y redes de in-

vestigación empresarial y por tanto es fundamental mejorar los recursos de formación e investigación, integrándolos de forma más eficaz en la economía local. Las universidades y escuelas de gestión por ejemplo, pueden realizar evaluaciones independientes que señalen las necesidades y los objetivos más viables y los establecimientos secundarios y profesionales aparecen como colaboradores decisivos de las ILE orientadas hacia la mejora y renovación de la base de cualificaciones locales.

También las Cámaras de Comercio e Industria son agentes interesados en la creación de empleo, especialmente en el ámbito de la pequeña y mediana empresa, y pueden resultar colaboradores inestimables a la hora de movilizar recursos financieros.

Finalmente, multitud de otros agentes sociales pueden colaborar, según la iniciativa concreta, en los trabajos de las ILE y al no haber una receta infalible para el trabajo, la lista queda siempre abierta, pasando de los sindicatos en casos de desmantelamiento de grandes empresas, a asociaciones específicas creadas para la revalorización de una zona concreta.

A continuación se reseñan algunas de las iniciativas de creación de empleo a nivel local, subrayando sus características más específicas.

## **ESTRATEGIAS DE DESARROLLO REGIONAL**

### **\* Evaluación de necesidades - Proyecto Yukon 2000 - Canadá**

Este proyecto se ha llevado a cabo en una zona del Canadá dependiente anteriormente de la minería y que estaba conociendo altas tasas de paro y emigración. Se trata de un proyecto a largo plazo y cuyo primer objetivo era el de movilizar a todos los segmentos de la población para que participaran conjuntamente en el desarrollo de la región. La financiación ha sido pública pero han tomado parte activa en el proyecto tanto organismos públicos locales y regionales, como empresas de la zona, organizaciones sindicales y otros particulares.

Durante varios años se ha desarrollado un programa de análisis de las necesidades de la población, recabando la información directamente de los diferentes grupos y organizaciones. Posteriormente se llevaron a cabo más de 30 estudios sobre la economía de Yukon, imprescindibles para establecer la estrategia Yukon-2000, donde se recogen las diferentes líneas de acción en los diversos sectores.

### **"" Regeneración rural: La Fundación rural de Valonia - Bélgica**

Se trata también de un proyecto de desarrollo zonal pero la fundación no sólo se ocupa de la creación de empleo sino que desarrolla también proyectos de orden cultural, social y medioambiental. Su actividad se ejerce en dos direcciones. En primer lugar la creación de empleo ofreciendo posibilidades de formación, asesoría y asistencia a las explotaciones agrícolas, artesanos, empresarios y parados. Por otro lado desarrolla una iniciativa más amplia de «renovación rural», que pasa por mejorar la explotación de las materias primas, desarrollar el turismo y dinamizar la vida cultural. Las acciones son de tipo local y se ejercen por intermediación de las agencias de desarrollo. Consideran clave del éxito obtenido la colaboración entre instancias públicas locales y regionales, asociaciones locales, establecimientos de enseñanza, sector privado y población local.

Como ejemplo concreto de actuación se puede señalar la adquisición y renovación de una estación de tren en desuso. En la planta baja se establecieron locales comerciales para las pequeñas empresas locales, y dos pisos se destinaron a viviendas de alquiler controlado para facilitar que los jóvenes no emigren. Además se prevé un plan de mantenimiento de todo el barrio.

### **\* Desarrollo de pequeños municipios: Rural Enterprise Victoria Australia**

Este programa dirigido a municipios de menos de 5.000 habitantes fue lanzado por el estado federal como consecuencia de las recomendaciones de un estudio previo. La base de la iniciativa reposa en el principio de que los habitantes de una zona rural tienen ideas,

conocen bien el lugar en que habitan y desean mantenerse allí, pero con frecuencia no tienen acceso a informaciones indispensables. Los agentes de desarrollo local intentan subsanar el problema asegurando el acceso a los recursos y medios necesarios para estimular el desarrollo y diversificar las actividades locales. Existen también un Centro de información que ofrece actividades de formación y servicios de apoyo mientras que los agentes ayudan a los futuros empresarios a definir sus proyectos, ofreciendo contactos y asistencia en ámbitos tales como la planificación, la compatibilidad y la comercialización.

Este proyecto ha posibilitado la puesta en marcha de varias pequeñas empresas como panaderías, fábricas de galletas y servicios de submarinismo.

#### \* **Diversificación regional: La región del Jura - Suiza**

Se trata de una zona que como resultado de la excesiva dependencia del sector de los relojes ha perdido un tercio de sus puestos de trabajo en los últimos años. La iniciativa se articula en torno a tres grandes instrumentos: los centros de investigación tecnológica de reciente creación, las cámaras de comercio e industria, y las sociedades de desarrollo local.

Junto a medidas generales para atraer nuevas empresas llevadas a cabo por el gobierno cantonal se han puesto en marcha, a nivel local, sociedades y agencias de apoyo e investigación entre las que destacan la RET-SA, especializada en servicios de asesoría a empresas de la región, y creada con fondos públicos y privados (bancos, empresas, cámara de comercio); así como la CSEM especializada en la investigación en microtecnología. En este caso se ha aprovechado la tradición investigadora de la región, enfocándola hacia otros ámbitos distintos del de los relojes. El CSEM se creó en colaboración con la Universidad y una de sus principales funciones consiste en prever las necesidades de las industrias y ofrecerles los conocimientos y procedimientos adecuados. También en este caso la financiación es mixta, público-privada.

#### \* **Revitalización regional: Dundalk Employment Partnership Limited - Irlanda**

La característica fundamental de Dundalk, situado en la frontera de Irlanda del Norte, es el alto índice de paro (el doble que la media irlandesa), y la existencia de un gran número de parados de larga duración. En esta situación el primer paso consistió en ponerse en relación con los parados así como con empresas dispuestas a contratar parados de larga duración. Posteriormente se desarrollaron proyectos de formación y enseñanza para ofrecer nuevas cualificaciones a los parados, tanto con formación teórica como con proyectos prácticos. Junto a la formación también se han abierto líneas de ayuda para las empresas creadas por parados de larga duración, mediante capital para el arranque de la actividad.

Una de las características fundamentales de todas estas acciones es que, mediante un acuerdo con el estado y diversos organismos nacionales, se ha conseguido que los parados de larga duración de la región no se vean económicamente desfavorecidos cuando aceptan un empleo o crean su propia empresa, al mantenerse los subsidios.

#### \* **Redes locales de empresas: Friuli - Italia**

En este caso el objetivo común de todas las actuaciones era industrializar una región inicialmente agrícola, preservando su tejido económico y social. Para ello se han tomado como base las pequeñas y medianas empresas y las empresas familiares, elemento fundamental de la revitalización de la región. Hay que señalar también que como consecuencia de un terremoto que asoló la zona en 1975 hubo un importante aporte de capital exterior para contribuir a la reconstrucción, pero a diferencia de otras zonas que no consiguen recuperarse, en Friuli, gracias a una buena gestión de los recursos y a una estrategia adecuada a las características de la zona, los resultados han sido positivos.

Los organismos fundamentales en este proceso han sido: la sociedad Friulia S.p.A, financiada por sus accionarios entre los que se hallan organismos públicos, y que tiene como objetivo la ayuda financiera a empresas nuevas o en declive, bien mediante la compra de acciones (nunca más del 35%) o mediante la concesión de créditos con intereses

preferenciales. Y la cámara de comercio de Udine que gestiona la promoción de los productos regionales y ofrece a las empresas servicios de asesoría e información.

Esta iniciativa ha demostrado que si bien las empresas pequeñas, aisladamente, son débiles y vulnerables, pueden formar redes de producción y distribución que les ofrecen el apoyo necesario (en lugar de una gran fábrica que gestiona toda la producción, puede dividirse en pequeñas empresas auxiliares ubicadas en distintas poblaciones). De esta forma, además, pueden mantenerse, aunque en menor medida, las actividades agrícolas y la forma de vida propia de la región.

#### **\* Parques tecnológicos: Oulu - Finlandia**

En este caso la iniciativa partió de la Universidad, donde un grupo de profesores creó un departamento de electrónica que no solamente formaba ingenieros, sino que también trabajaba en la puesta en marcha de una industria local en la que pudieran encontrar trabajo los diplomados. De hecho uno de los problemas fundamentales era el éxodo de los jóvenes con titulación superior por falta de posibilidades de trabajo. Partiendo de ese pequeño grupo y en relación siempre con la universidad se creó un complejo de alta tecnología llamado Technopolis, que alberga actualmente 105 empresas especializadas en electrónica y tecnologías de la información.

Para favorecer más la innovación técnica en el ámbito comercial Technopolis creó en 1990 un Centro de innovación con el objetivo de facilitar la transferencia de tecnología de las universidades y centros de investigación a las empresas. Los servicios que el centro ofrece están financiados en parte con fondos públicos, en parte por los usuarios.

Teniendo en cuenta el éxito de Technopolis, en el 91 se creó el primer parque tecnológico especializado en medicina, tecnología médica y biotecnología. Este parque reúne a la facultad de medicina de Oulu, el hospital universitario central, un instituto de investigación que trabaja en salud pública, higiene y medioambiente, así como a las empresas allí implantadas.

#### **\* Turismo e industria: Shannon Development - Irlanda**

El organismo Shannon Development, si bien creado por el estado, es una empresa privada que tiene como objetivo resolver el problema de empleo en la región y establecer lazos entre la universidad local y diversos organismos públicos y empresas privadas. Para ello se ha optado por diversificar las actuaciones en sectores diferentes, basándose en las capacidades previas de la región.

Uno de los ejes de desarrollo ha sido el aeropuerto de Shannon, que había perdido su importancia como escala del tránsito internacional. En torno a éste se ha favorecido la creación de una zona dedicada a la industria aeronáutica y a servicios financieros e internacionales. Por otra parte se han desarrollado nuevos productos de oferta turística capaces de formar una red de actividades turísticas integradas.

En cuanto a las pequeñas empresas se ha partido de la tradición existente en el sector agroalimentario y tras detectar como punto débil la transformación de los productos es en ese campo en el que se ha trabajado creando un semillero de empresas donde se ofrecen servicios tales como: unidades de concepción del producto, material para la experimentación, acceso a bancos de datos europeos y americanos sobre productos alimenticios, asesoría de un especialista en alimentación, posibilidad de consecución de subvenciones a nivel nacional y europeo.

También hay que señalar la colaboración de Shannon Development en el parque tecnológico de Plassey, centrado en el Centro de aplicaciones micro-electrónicas.

#### **\* Turismo rural: Asociación para el desarrollo del valle de Lesachtal - Austria**

La iniciativa en este caso parte de la propia población de este valle alpino, que veía cómo su población emigraba por falta de creación de empleo. El objetivo fundamental era crear una estrategia coherente de desarrollo socio-económico que frenara la emigra-

ción, protegiera el medio-ambiente y el paisaje y fuera capaz de desarrollar el turismo y la agricultura como base futura de la economía de la zona.

En este caso quizá lo más remarcable sean las dificultades que ha conocido la iniciativa y que ponen de manifiesto que si bien la co-participación es una fórmula muy útil para luchar contra el paro, se puede complicar el proceso cuando se trata de aunar intereses y puntos de vista diversos en una estrategia global de desarrollo. La solución podría estribar en sistemas flexibles de co-participación con objetivos y planes bien definidos y responsabilidades claramente distribuidas.

No obstante el proyecto ha tenido efectos positivos en la creación de nuevas empresas y ha sido capaz de movilizar a los agentes locales en la creación de redes de actividades turístico rurales.

## **REACCIONES A CIERRES DE EMPRESA**

### **\* Sector del automóvil: Programa de formación y perfeccionamiento Ford/UAW - Estados Unidos**

Este programa se puso en marcha con motivo del cierre de la fábrica Ford en San José (California). Inicialmente fueron la empresa Ford y el sindicato UAW (United Auto Workers Union) quienes organizaron el plan, pero posteriormente se unieron organismos públicos tales como las oficinas de empleo.

Tras establecer diferentes acuerdos de colaboración entre la Ford y la UAW se comenzaron a organizar cursos de formación a diversos niveles. Teniendo en cuenta la cualificación de los obreros despedidos se organizaron cursillos de cultura general e inglés (dirigidos especialmente a los hispanos y asiáticos). También los propios trabajadores dieron cursillos a sus compañeros para que conocieran otras especializaciones, que luego podrían estudiar en cursos específicos. Finalmente se organizaron cursos de formación dirigidos a las especializaciones profesionales con demanda en el mercado.

Hay que señalar que gracias a los acuerdos con la empresa, los trabajadores cobraban ciertos subsidios que les permitían dedicarse a la formación.

Finalmente se incluyó también en el programa una formación en «técnicas de búsqueda de empleo»: dónde conseguir información sobre el mercado de trabajo, cómo redactar un curriculum, etc. Esta iniciativa fue impuesta como condición por las oficinas públicas de empleo e integrada rápidamente en el plan general. Se establecieron contactos con los empleadores de la región y se estableció un sistema para informar de las posibilidades de trabajo.

### **\* Mineral de hierro y madera: Condado de Vastmanland - Suecia**

Como resultado de la masiva desaparición de empleos en la región, varios municipios pusieron en marcha proyectos para hacer frente a la situación

En Norberg (ciudad de 6.000 habitantes), y como respuesta a movilizaciones populares en contra del cierre, las autoridades locales crearon grupos de trabajo voluntario y discusión para estimular la creación de nuevas empresas. La característica principal es que no se trataba de atraer empresas del exterior sino de fomentar las existentes o crear nuevas. En la financiación del proyecto tomaron parte tanto los organismos locales como la empresa minera.

En la ciudad de Skinnskatteberg, y también tras una movilización obrera contra el cierre de una empresa maderera nacionalizada, las autoridades crearon una célula de gestión de la crisis constituida por especialistas y representantes sindicales. Este grupo analizó las razones del cierre y propuso alternativas que permitieron mantener un tercio de los empleos. Por otra parte se creó un fondo para ayudar especialmente a las pequeñas empresas de nueva creación o en dificultades.

Finalmente en Fagersta (14.400 habitantes) se puso en marcha la estrategia «Por el futuro de Fagersta» en la que colaboraban el consejo municipal, representantes de la administración del condado, sindicatos y empresas siderúrgicas. El objetivo era atraer

empresas al municipio, no compitiendo con otros, sino proponiendo la introducción de un nuevo producto o la ampliación de actividades. La financiación estaba a cargo tanto de las empresas participantes como de fondos públicos.

## CIERRE DE ESTABLECIMIENTOS MILITARES

Las destrucción de empleo en las bases militares y en las fábricas que producen material militar origina problemas similares a los de cierres de industrias civiles, y en general las actuaciones para hacerles frente son las mismas: programas a corto y largo plazo para favorecer el empleo y la reconversión de trabajadores despedidos; creación de una agencia local encargada de estudiar los puntos fuertes y las debilidades de la economía local y de organizar una acción estratégica de ajuste a largo plazo y constitución de co-participaciones locales sólidas para concebir, poner en marcha y hacer el seguimiento de las iniciativas locales de empleo.

No obstante estas actuaciones deben de tener en cuenta las especiales características del personal de este sector. Por un lado existe un mayor porcentaje de titulados superiores (científicos, ingenieros, técnicos de alto nivel), así como obreros y mecánicos muy calificados. Pero se trata también de un personal con sistemas de trabajo e investigación bastante diferentes de los de la industria civil por lo que necesitan un buen reciclaje en este punto. En este campo las autoridades locales podrían apoyarse en las infraestructuras educativas existentes para crear programas especiales de reciclaje de los trabajadores de estas empresas.

En algunas ocasiones el desarrollo tecnológico obtenido puede reconvertirse total o parcialmente dentro de la producción destinada al mercado civil y en algunos sectores concretos como las comunicaciones y la electrónica, las tecnologías y productos militares y civiles son muy similares por lo que la diversificación en dirección al mercado civil es posible. Las autoridades locales, además de colaborar en la mejora de las infraestructuras locales a fin de apoyar el desarrollo de la zona han de analizar también la posibilidad de reutilización de las instalaciones militares, que en ocasiones resultan muy apropiadas para la ubicación de nuevas empresas en función de sus buenas infraestructuras y servicios.

Programas locales de este tipo han sido desarrollados en la región de Tri-Cities (Estados Unidos), Kingston (Gran Bretaña), Mineral Wells (Estados Unidos), Benicia (Estados Unidos) y Bangor (Estados Unidos).

## INICIATIVAS LOCALES DE CREACION DE EMPLEO

\* Ayuda a pequeñas empresas: Las agencias de gestión - Francia

La función de estas agencias, con financiación casi totalmente pública y estatus de organismo privado sin ánimo de lucro, es ayudar a la creación y mantenimiento de pequeñas empresas, ofreciendo información y asesoría respecto a las fuentes de financiación, estudios de mercado, proyectos de empresa, etc.

El proceso normalmente es el siguiente: se examina gratuitamente junto al futuro empresario la base del proyecto; posteriormente cada cliente paga unos modestos honorarios y desarrolla su proyecto con la asesoría de un experto que le ayuda a fijar el calendario de creación de la empresa, a elegir el estatus jurídico más conveniente y a precisar los planes financieros y las modalidades prácticas.

También se ofrece formación en labores administrativas y de gestión, siendo ésta una de las fuentes de financiación de la agencia.

Quizá lo más interesante de las agencias de gestión es que ofrecen un apoyo y seguimiento a largo plazo a los nuevos empresarios. Las agencias saben que éstos no poseen en muchos casos ni las competencias ni la experiencia necesaria para gestionar una empresa y, de hecho, diversos estudios muestran que los fracasos de numerosas pequeñas empresas en los dos primeros años se debe a la falta de preparación de los nuevos empresarios en la gestión.

#### \* **Greenstone Business Development Centre - Canadá**

También en Canadá se han desarrollado centros locales de ayuda a la creación de empresas en los que participan diversos agentes sociales (banqueros, enseñantes, representantes de las colectividades locales...) y totalmente financiados por fondos públicos.

En el caso de Greenston el centro actúa simultáneamente en dos direcciones. Por una parte están las ayudas financieras mediante préstamos o compra de participaciones de nuevas empresas o de empresas que quieren desarrollarse creando nuevos empleos. Y por otro lado está la asesoría y los servicios de ayuda técnica y formación a empresarios, completados por una biblioteca especializada a su disposición.

El mayor problema que plantea esta estructura es la excesiva dependencia del gobierno federal lo que supone una ausencia de autonomía financiera que dificulta el funcionamiento.

#### \* **Ayuda a jóvenes empresarios: Asociación Promolavoro - Italia**

En este caso la estrategia de creación de empleo se dirige concretamente hacia los jóvenes, y se articula en torno a una asociación sin ánimo de lucro de la que forman parte las autoridades provinciales, los alcaldes de los municipios afectados, sindicatos, cámaras de comercio e industria, consorcios de artesanos y de cooperativas, jefes de empresas locales y un banco regional.

Además de asesorar en todo el proceso de formación y puesta en marcha de las empresas y de financiar los proyectos de los solicitantes, la asociación también propone sus propios proyectos de creación de empresas, como por ejemplo la catalogación de los carteles históricos que se guardan en la biblioteca de Florencia.

Otra línea de actuación es la de reclutar a empresarios dispuestos a gestionar dentro de sus empresas proyectos de alta tecnología capaces de crear empleo, aunque es precisamente en este punto donde menos éxitos ha conquistado Promolavoro.

#### \* **Formación de mujeres empresarias: Condado de Storstrom Dinamarca**

Otro ejemplo de actividad dirigida a un grupo concreto de población es el desarrollado entre 1986 y 1990 en Storstrom, Dinamarca.

La iniciativa «Creadoras de empresas» fue aprobado por la CEE como proyecto piloto y formaba también parte de un programa experimental de los países nórdicos contra la segregación entre hombres y mujeres en el mercado de trabajo.

Mediante este proyecto se ofrecieron cursos de formación de hasta 200 horas así como asesoramiento y seguimiento de las empresas creadas por mujeres, que al finalizar el proyecto eran ya 51. Esta actuación se concibió teniendo en cuenta las dificultades específicas de las mujeres a la hora de integrarse en el mercado laboral con sus propias empresas, y si bien en general consiguió muy buenos resultados, las mujeres que tomaron parte en ellos señalaron que desearían seguir un formación mixta, teniendo en cuenta especialmente que sus futuros colaboradores serían en gran medida hombres.

El proyecto como tal no está ya en marcha sobre todo a causa de las restricciones presupuestarias, pero aún se mantienen algunas redes femeninas a través del Centro femenino de creación de empresas.

#### \* **Desarrollo rural: IN LOCO, Algarve - Portugal**

El objetivo final de este proyecto es desarrollar la zonas agrícolas del interior del Algarve portugués, y si bien en principio no se planteaba dirigido a ningún grupo concreto de población, pronto se vio que la base del desarrollo de la región había de centrarse en las mujeres (los hombres partían a trabajar a la costa) y en los jóvenes (a quienes había que impulsar a no emigrar).

Las características fundamentales de la actuación son dos. En primer lugar, se basa totalmente en las actividades tradicionales de la zona (productos alimenticios, artesanía,

lana...) y lo que se pretende es poner a punto productos, modelos y procedimientos de fabricación modernos, que garanticen un desarrollo económico. La segunda característica es la de integrar desde el inicio la formación profesional y la creación de empresas, a pesar de que el proyecto gubernamental originario las consideraba actividades independientes.

Los cursos de formación abarcaban desde la alfabetización y nociones de cálculo hasta conocimientos técnicos sobre gestión. Actualmente el proyecto IN LOCO sigue en marcha y su principal problema es poder ofrecer un apoyo continuado a las empresas creadas, sin lo cual en ocasiones su viabilidad resulta dudosa.

#### \* **Capital inicial: Michigan Strategic Fund (MSF) - Estados Unidos**

El objetivo concreto del MSF, dentro de una estrategia general de creación de empleo, es el de ofrecer ayuda financiera a las nuevas empresas. Previamente se había detectado que el mercado financiero no ofrecía ni el capital inicial necesario para la creación de empresas, ni el capital de riesgo medio que éstas necesitan, ya que se trata de capitales con excesivo riesgo para los préstamos bancarios habituales y que tampoco puede ofrecer las tasas de rentabilidad que exige el capital de riesgo.

El Fondo Estratégico de Michigan (MSF) se creó por tanto para llenar ese vacío y para ello se instauró un sistema único de co-participación entre el sector público y privado, creando un fondo de desarrollo destinado a procurar capitales a las principales fuentes de creación de empleo: a saber, las pequeñas empresas, los empresarios y las empresas tecnológicamente innovadoras.

El Fondo es gestionado por instituciones financieras del sector privado y vistos los resultados cabe esperar que a medida que estas sociedades de capital inicial prueben su eficacia podrán movilizar más fondos privados para la puesta en marcha de nuevas empresas.

### **FORMACION Y RECICLAJE**

Aunque tal como se ha visto la mayoría de los proyectos de creación de empleo incluyen en mayor o menor medida líneas de formación y reciclaje, también se han llevado a cabo iniciativas cuyo principal objetivo era concretamente ese, siempre dentro de una estrategia general de mejora de las condiciones para acceder al mercado de trabajo.

#### \* **Escuelas-taller - España**

Una de las experiencias es la de las escuelas-taller españolas, en las que la formación se integra en proyectos de restauración del patrimonio artístico-monumental, protección de espacios naturales y supervivencia y promoción de la artesanía. El objetivo principal es formar especialistas en una extensa gama de oficios y cualificaciones en sectores como la construcción, el arte, el medio ambiente y el turismo, que el mercado demanda.

Las condiciones necesarias para poder acoger en un municipio una escuela-taller de estas características son: que el municipio tenga una alta tasa de paro juvenil, que exista patrimonio nacional que necesite restauración, que el municipio ofrezca los locales para la formación y establezca un proyecto de renovación y que existan en la comunidad artesanos y personal especializado.

La formación se organiza en períodos de tres años y durante los primeros seis meses se imparte una formación teórica de base y los participantes reciben una ayuda financiera limitada.

En la segunda fase los participantes adquieren el estatuto de asalariados y la formación teórica gira en torno a proyectos concretos. Finalmente los últimos seis meses, se asesora a los participantes sobre creación de empresas y se les impulsa a que finalizada la formación opten por el trabajo independiente.

**\* Formación de jóvenes: Instituto Dimitra - Grecia**

El instituto Dimitra fue fundado en la ciudad de Larissa por jóvenes universitarios, para intentar combatir las altas tasas de paro juvenil y la imposibilidad de realizar estudios superiores salvo en escuelas técnicas públicas.

El instituto organiza programas de formación gratuitos con una parte práctica y una de sus especificidades es que no sólo se trata de formaciones directamente dirigidas a la producción sino que se ha creado también un centro de actividades de creación. Se han organizado cursos de formación con artistas locales y también se ha creado un teatro experimental para formar jóvenes actores y promocionar las obras de los dramaturgos locales, montando espectáculos para el público. El objetivo final es lanzar operaciones culturales rentables pero al mismo tiempo se ha conseguido contribuir a la vida cultural de la región.

Los principales problemas con los que se ha encontrado el Instituto están relacionados con su excesiva dependencia de fondos públicos, ya que la complejidad burocrática de las ayudas impide que el Instituto sea más dinámico y rápido en su acción. En lo que se refiere a las empresas, el Instituto ha tenido dificultades para convencerles de que contraten a jóvenes recién cualificados y de que adopten nuevas tecnologías.

**\* La contratación temporal asociada a la expansión de las empresas - Noruega**

Esta iniciativa está dirigida a los jóvenes diplomados superiores que frecuentemente no son aceptados en las empresas por falta de experiencia. La base del proyecto es una estrecha colaboración entre el sector público y el privado, pues si bien durante los seis primeros meses los fondos públicos cubren un 45% del salario los seis restantes corren totalmente a cargo de la empresa (los participantes en el proyecto perciben el 75% del salario normal).

Además es necesario que la empresa presente un proyecto de innovación o expansión para poder adherirse al proyecto, lo que garantiza en un alto porcentaje el mantenimiento del puesto de trabajo una vez pasado el primer año experimental. Por otra parte las empresas también se benefician, pues además de poder experimentar posibles innovaciones y mejoras con costos más bajos, una vez finalizado el programa tienen la posibilidad de contratar a unas personas ya formadas para ese puesto en concreto.

**\* Fundación Tilburg para la formación - Holanda**

La población a la que se dirige en este caso el proyecto es totalmente diferente a la del ejemplo anterior, pues se trata de mujeres y jóvenes con baja cualificación y miembros de minorías étnicas.

En razón de esta situación de partida se han querido adaptar los planes de formación a las necesidades reales, y se observado que estos grupos de formación necesitan desarrollar ciertas capacidades además de los estrictos conocimientos técnicos. Por esta razón, los cursos además de incluir una parte de formación técnico-profesional (trabajos con metales, madera, textil...) y una parte de formación teórica básica (matemáticas, física, holandés, lectura de diagramas...), hacen especial hincapié en aspectos funcionales tales como el trabajo en equipo, la precisión, la puntualidad, la adaptación al ritmo de trabajo, el respeto a las consignas de seguridad y la perseverancia.

Especialmente cuando se trata de parados de larga duración, estos cursos no estrictamente técnicos se han revelado muy importantes para cambiar la actitud de los trabajadores y facilitar su reintegración al mercado laboral.

# **ARAUDIA** **albisteak**

## **NORMATIVA** **información**

|             |   |
|-------------|---|
| DOG 3/5/94  | Orden de 25 de abril de 1994, de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales de GALICIA, por la que se regulan las AYUDAS INDIVIDUALES no periódicas para MINUSVALIDOS y TERCERA EDAD. (Corrección de errores: DOG, 27/5/94).  |
| DOGV 3/5/94 | 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 de EQUIPAMIENTO y CONSTRUCCIÓN para CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES.  |
| BOG 3/5/94  | Convocatoria de 25 de abril de 1994, del Dpto. de Urbanismo y Arquitectura de GIPUZKOA, para la adjudicación del CONTRATO DE OBRAS correspondiente a la ejecución de la Fase I «ELIMINACIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS Y REFORMA DE ASEOS» del Proyecto de Reforma del CAMPAMENTO TXURRUKA, en ORIO. |
| DOG 4/5/94  | Orden de 15 de marzo de 1994, de la Consellería de Familia, Mujer y Juventud de GALICIA, por la que se regulan AYUDAS y SUBVENCIONES para ACTIVIDADES e INVERSIONES realizadas por ENTIDADES para la promoción de la MUJER.   |
| DOGC 4/5/94 | Decreto 89/1994, de 22 de marzo, por el que se aprueba el REGLAMENTO constitutivo del CONSEJO ASESOR del INSTITUTO CATALÁN DEL VOLUNTARIADO.  |
| DOGC 4/5/94 | Resolución de 19 de abril de 1994, del Dpto. de Enseñanza de CATALUÑA, por la que se convoca concurso público para el otorgamiento de SUBVENCIONES a ENTIDADES que llevan a cabo actividades a favor de PERSONAS DISMINUIDAS y a ASOCIACIONES DE PADRES de alumnos de centros de EDUCACIÓN ESPECIAL.  |
| BOE 5/5/94  | Orden de 13 de abril de 1994, del MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, por la que se regula la concesión de AYUDAS y SUBVENCIONES sobre FOMENTO DEL EMPLEO de los trabajadores con MINUSVALIA que establece el capítulo II del Real Decreto 1451/1983, de 11 de mayo.                            |
| BOCM 5/5/94 | Corrección de errores de la 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. (BOCM, 22/4/94).                       |
| BOG 5/5/94  | Orden Foral de 15 de abril de 1994, del Dpto. de Hacienda y Finanzas de GIPUZKOA, por la que se regula la EXONERACIÓN de la ACREDITACIÓN de estar al corriente de las OBLIGACIONES TRIBUTARIAS y de la SEGURIDAD SOCIAL a determinados PERCEPTORES DE SUBVENCIÓN.                                     |
| BOCM 6/5/94 | Acuerdo de 13 de abril de 1994, de la Comisión Mixta del Programa de Prevención de Drogodependencias en Centros Educativos de MADRID, por el que se convocan AYUDAS a proyectos de PREVENCIÓN de DROGODEPENDENCIAS en CENTROS EDUCATIVOS.   |

|               |   |
|---------------|---|
| BOJA 6/5/94   | Resolución de 28 de abril de 1994, del Instituto Andaluz de Servicios Sociales, por la que se regula la convocatoria de prórroga de BECAS destinadas a favor de PERSONAS CON MINUSVALIA atendidas en CENTROS ESPECIALIZADOS de la Comunidad Autónoma de ANDALUCÍA.  |
| BOPV 6/5/94   | Resolución de 19 de abril de 1994, del Dpto. de Presidencia del GOBIERNO VASCO, por la que se convoca el PREMIO AL COOPERANTE VASCO para 1994.  |
| BOJA 7/5/94   | Resolución de 19 de abril de 1994, de la CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES de ANDALUCÍA, por la que se hace público el CONVENIO suscrito entre esta Consejería y la FUNDACIÓN ONCE en materia de INTEGRACIÓN DE PERSONAS CON MINUSVALIA.   |
| BOCM 10/5/94  | Orden de 28 de abril de 1994, de la Consejería de Educación y Cultura, sobre ADMISIÓN de niños y niñas en las «CASAS DE NIÑOS» de la Comunidad de MADRID, para el curso escolar 1994/95, asignación de CUOTAS, HORARIO y CALENDARIO ESCOLAR.  |
| BOCM 11/5/94  | Resolución de 5 de mayo de 1994, de la Consejería de Presidencia, por la que se convocan ESTANCIAS DE TIEMPO LIBRE para MUJERES con cargas familiares no compartidas, residentes en la Comunidad de MADRID.   |
| BORM 11/5/94  | Orden de 28 de abril de 1994, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, por la que se CREA el COMITÉ ASESOR REGIONAL para el seguimiento del PLAN DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES de la Región de MURCIA.   |
| BOE 12/5/94   | Resolución de 20 de abril de 1994, del MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA, por la que se convocan para el curso 1994/95 AYUDAS económicas para la realización de proyectos de INNOVACIÓN EDUCATIVA por CENTROS y GRUPOS DE PROFESORES.   |
| BOJA 12/5/94  | Orden de 27 de abril de 1994, de la Consejería de Asuntos Sociales de ANDALUCÍA, por la que se convoca y regula la celebración de CONCIERTOS con ENTIDADES privadas para el desarrollo de PROGRAMAS ASISTENCIALES y de programas de apoyo a la REINSERCIÓN en materia de DROGODEPENDENCIAS.                 |
| BOPA 12/5/94  | Resolución de 26 de abril de 1994, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, por la que se hace pública la convocatoria anual de SUBVENCIONES a CORPORACIONES LOCALES, ASOCIACIONES e INSTITUCIONES sin fin de lucro, para SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS ubicados en el Principado de ASTURIAS. |
| BOPA 12/5/94  | Resolución de 26 de abril de 1994, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, por la que se establecen las condiciones para la concesión de SUBVENCIONES a CORPORACIONES LOCALES del Principado de ASTURIAS, para SERVICIOS SOCIALES GENERALES.  |
| BOCM 13/5/94  | Orden de 28 de abril de 1994, de la Consejería de Integración Social, por la que se aprueba la convocatoria anual de SUBVENCIONES dirigida a ENTIDADES públicas y privadas sin fin de lucro, cuyas actividades contribuyan a la PROTECCIÓN DE MENORES de la Comunidad de MADRID.                            |
| BOCM 13/5/94  | Orden de 27 de abril de 1994, de la Consejería de Educación y Cultura de MADRID, por la que se convocan AYUDAS para la realización de proyectos de INVESTIGACIÓN EN HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES.  |
| BOCYL 13/5/94 | Orden de 4 de mayo de 1994, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la que se CREA el CONSEJO REGIONAL PARA LAS PERSONAS MAYORES de CASTILLA Y LEÓN.  |

|               |  |
|---------------|--|
| DOG 13/5/94   | Orden de 25 de abril de 1994, de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales de GALICIA, por la que se regula el establecimiento de CONVENIOS de cooperación con AYUNTAMIENTOS que desarrollen programas de TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIAS no exclusivamente alcohólicas a través de unidades y SERVICIOS ASISTENCIALES gestionados por dichas entidades. (Corrección de errores: DOG, 19/7/94).            |
| BOLR 14/5/94  | CONVENIO, de 13 de abril de 1994, entre la CONSEJERÍA DE SALUD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL de LA RIOJA y el Ayuntamiento de LOGROÑO para la FINANCIACIÓN conjunta de los gastos para el desarrollo de programas de INVERSIONES en materia de SERVICIOS SOCIALES para 1994.   |
| BOLR 14/5/94  | CONVENIO, 15 de abril de 1994, entre la CONSEJERÍA DE SALUD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL de LA RIOJA y la Asociación ASPACE-RIOJA para la ATENCIONa personas con PARÁLISIS CEREBRAL.  |
| DOCE 16/5/94  | Dictamen, de 23 de febrero de 1994, del Comité Económico y Social de la UNION EUROPEA, sobre la propuesta de decisión del Consejo y de los Ministros de Sanidad de la Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo, relativa a la AMPLIACIÓN hasta fin de 1994 del plan de acción 1991-1993 en el marco del programa «EUROPA CONTRA EL SIDA».   |
| BON 16/5/94   | Orden Foral de 22 de abril de 1994, del Dpto. de Bienestar Social, Deporte y Vivienda de NAVARRA, por la que se aprueban las bases de la convocatoria de SUBVENCIONES para INVERSIONES en materia de SERVICIOS SOCIALES.   |
| BON 16/5/94   | Orden Foral de 22 de abril de 1994, del Dpto. de Bienestar Social, Deporte y Vivienda de NAVARRA, por la que se aprueban las bases de la convocatoria de SUBVENCIONES para INVERSIONES en materia de DEPORTE. Contiene base expresa sobre supresión de BARRERAS FÍSICAS Y SENSORIALES.   |
| DOG 16/5/94   | Orden de 25 de abril de 1994, de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales de GALICIA, por la que se regulan los CONVENIOS de colaboración con ASOCIACIONES privadas sin ánimo de lucro que desarrollen programas de TRATAMIENTO de DROGODEPENDENCIAS no exclusivamente alcohólicas a través de unidades y SERVICIOS ASISTENCIALES gestionados por dichas entidades. (Corrección de errores: DOG, 19/7/94). |
| DOG 16/5/94   | Orden de 25 de abril de 1994, de la Consellería de Sanidad y Servicios sociales de GALICIA, por la que se regulan los CONVENIOS de colaboración con ASOCIACIONES privadas sin ánimo de lucro que desarrollen programas de PREVENCIÓN y REINSERCIÓN SOCIAL de DROGODEPENDIENTES. (Corrección de errores: DOG, 19/7/94).   |
| BOG 16/5/94   | CONCURSO público de 28 de abril de 1994, del Consorcio para la Educación Compensatoria y Formación Ocupacional de GIPUZKOA, para la CONTRATACIÓN de la ejecución del proyecto de INTERVENCIÓN en JOVENES y MENORES en RIESGO DE MARGINACION en el ámbito del municipio de ANDOAIN.   |
| BOTHA 16/5/94 | CONVENIO de colaboración, de 26 de abril de 1994, entre el Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ, el Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de ARABA y la ASOCIACIÓN GITANA GAO LACHO DROM, para el desarrollo de programas de REHABILITACIÓN y REINSERCIÓN SOCIAL de EXTOXICOMANOS pertenecientes al colectivo GITANO.  |
| BOCM 17/5/94  | Orden de 11 de mayo de 1994, de la Consejería de Salud de MADRID, por la que se CREA la COMISIÓN REGIONAL DE GERIATRÍA.  |

|               |   |
|---------------|---|
| BOLR 17/5/94  | CONVENIO de colaboración, de 2 de mayo de 1994, entre el GOBIERNO DE LA RIOJA y la ASOCIACIÓN PROMOTORA DE DEFICIENTES MENTALES ADULTOS de La Rioja (ASPRODEMA).  |
| DOE 17/5/94   | Resolución de 11 de mayo de 1994, de la Consejería de Presidencia y Trabajo de EXTREMADURA, por la que se da publicidad al CONVENIO entre la CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL y la UNIVERSIDAD de Extremadura (Cátedra de Oftalmología) para la realización del ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO complementario sobre CEGUERA y RETINOPATIA DIABÉTICA.                |
| BOG 17/5/94   | Decreto Foral 43/1994, de 3 de mayo, de la Diputación Foral de GIPUZKOA, por el que se establece y regula el PROGRAMA DE VIAJES A PARIS-EURODISNEY para la TERCERA EDAD.  |
| BOJA 18/5/94  | Orden de 3 de mayo de 1994, de la Consejería de Trabajo de ANDALUCÍA, por la que se convocan los PREMIOS SUPERACIÓN (sobre INTEGRACIÓN LABORAL DE PERSONAS CON MINUSVALIA) de 1994 y se publican las bases que regirán su concesión.  |
| DOG 18/5/94   | Orden de 25 de abril de 1994, de la Consellería de Educación y Ordenación Universitaria de GALICIA, sobre la EVALUACIÓN en la EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA. Establece que en la evaluación se tendrá en cuenta la validez de los criterios aplicados en las ADAPTACIONES CURRICULARES para los ALUMNOS con NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.         |
| DOGV 18/5/94  | Orden de 2 de mayo de 1994, de la Consellería de Educación y Ciencia de VALENCIA, por la que se convocan AYUDAS económicas destinadas al MANTENIMIENTO de los GABINETES PSICOPEDAGOGICOS ESCOLARES sostenidos por ENTIDADES LOCALES.  |
| DOE 19/5/94   | Ley 2/1994, de 28 de abril, de ASISTENCIA SOCIAL GERIATRICA en EXTREMADURA.   |
| DOE 19/5/94   | Orden de 5 de abril de 1994, de la Consejería de Industria y Turismo de EXTREMADURA, por la que se regulan las SUBVENCIONES para 1994 en materia de servicios públicos regulares de TRANSPORTE INTERURBANO de viajeros por carretera para las personas MAYORES DE 65 AÑOS o PENSIONISTAS de edad inferior por INVALIDEZ total, absoluta o gran invalidez. |
| DOCM 20/5/94  | Orden de 12 de mayo de 1994, de la Consejería de Sanidad de CASTILLA-LA MANCHA, por la que se convocan SUBVENCIONES para el MANTENIMIENTO y programas de ACTIVIDADES para ASOCIACIONES sin ánimo de lucro de ALCOHÓLICOS REHABILITADOS.   |
| DOCM 20/5/94  | Orden de 28 de abril de 1994, de la Consejería de Sanidad de CASTILLA-LA MANCHA, sobre DECLARACIÓN OBLIGATORIA DE CASOS DE SIDA.  |
| DOCM 20/5/94  | Orden de 10 de mayo de 1994, de la Consejería de Bienestar Social de CASTILLA-LA MANCHA, por la que se regulan las bases generales de las convocatorias de AYUDAS para la COOPERACIÓN AL DESARROLLO. En el mismo boletín publica una CONVOCATORIA de estas ayudas.  |
| BOTHA 20/5/94 | CONVENIO de colaboración, de 26 de abril de 1994, entre el Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ, el Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de ARABA y la FUNDACIÓN JEIKI, para el desarrollo de actuaciones encaminadas a la INTEGRACIÓN SOCIAL de personas EXDROGADICTAS.   |

|               |   |
|---------------|---|
| BOTHA 20/5/94 | Acuerdo del Consejo de Diputados de ARABA de 10 de mayo de 1994, por el que se aprueba el PROYECTO de ejecución de un CENTRO OCUPACIONAL para MINUSVALIDOS PSÍQUICOS en el Polígono L-50 de VITORIA-GASTEIZ, para el INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL, por un importe de 162.105.208 pesetas, así como su ADJUDICACIÓN por CONCURSO. |
| BOE 21/5/94   | Corrección de errores de la 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 FORMACIÓN E INSERCIÓN PROFESIONAL (BOE, 28/4/94).   |
| BOE 23/5/94   | Ley 9/1994, de 19 de mayo, de modificación de la Ley 5/1994, de 26 de marzo, reguladora del DERECHO DE ASILO y de la CONDICIÓN DE REFUGIADO. (Corrección de errores: BOE, 2/6/94).  |
| BOE 23/5/94   | Ley 10/1994, de 19 de mayo, sobre MEDIDAS URGENTES DE FOMENTO DE LA OCUPACIÓN. Contiene distintas fórmulas en relación con los TRABAJADORES CON MINUSVALIA.   |
| BOE 23/5/94   | Ley 11/1994, de 19 de mayo, por la que se MODIFICAN determinados artículos del ESTATUTO DE LOS TRABAJADORES, y del texto articulado de la Ley de PROCEDIMIENTO LABORAL y de la Ley sobre INFRACCIONES Y SANCIONES EN EL ORDEN SOCIAL  |
| BOCM 24/5/94  | Ley 3/1994, de 19 de mayo, del VOLUNTARIADO SOCIAL en la Comunidad de MADRID.   |
| BOG 25/5/94   | Decreto Foral 45/1994, de 10 de mayo, por el que se aprueba el Plan de INSERCIÓN en el mundo LABORAL de PERSONAS CON DIFICULTADES DE CARÁCTER SOCIAL. (EXTOXICOMANOS, perceptores del Ingreso Mínimo de Inserción-IMI-, perceptores de la Ayuda de Emergencia Social-AES- y EXRECLUSOS).  |
| DOG 26/5/94   | Orden de 3 de mayo de 1994, de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales de GALICIA, por la que se establecen AYUDAS INDIVIDUALES para el TRATAMIENTO de DROGODEPENDENCIAS en COMUNIDADES TERAPÉUTICAS.  |
| BOE 27/5/94   | Resolución de 17 de mayo de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se da publicidad al CONVENIO de colaboración entre el INSTITUTO DE LA MUJER y el INSTITUTO ARAGONÉS DE LA MUJER sobre COOPERACIÓN en programas y actuaciones dirigidos específicamente a las MUJERES.  |
| BOE 27/5/94   | Resoluciones de 13 de mayo de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por las que se da publicidad a los CONVENIOS de cooperación suscritos entre el Ministerio y los Gobiernos de las Comunidades Autónomas de CANARIAS y de MADRID sobre el SISTEMA DE INFORMACIÓN DE USUARIOS DE SERVICIOS SOCIALES (SIUSS).                       |
| BOC 27/5/94   | Decreto 83/1994, de 13 de mayo, por el que se modifica puntualmente el Decreto 133/1992, de 30 de julio, por el que se regulan con carácter urgente AYUDAS ECONÓMICAS BÁSICAS en CANARIAS.  |
| BOPV 27/5/94  | Orden de 29 de abril de 1994, del Dpto. de Urbanismo, Vivienda y Medio Ambiente, sobre ADJUDICACIÓN DE VIVIENDAS SOCIALES, propiedad de la Administración de la Comunidad Autónoma de PAÍS VASCO. Entre otras medidas que afectan también a otros sectores sociales, establece la RESERVA de viviendas para PERSONAS CON MINUSVALIA.    |
| DOCM 27/5/94  | Orden de 18 de mayo de 1994, de la Consejería de Sanidad de CASTILLA-LA MANCHA, por la que se convocan tres BECAS para proyectos de INVESTIGACIÓN sobre INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS.  |

|               |   |
|---------------|---|
| DOGV 27/5/94  | Orden de 11 de mayo de 1994, de la Consellería de Cultura de la COMUNIDAD VALENCIANA, por la que se hace pública la convocatoria de SUBVENCIONES a ASOCIACIONES JUVENILES para 1994.  |
| BOLR 28/5/94  | Ley 3/1994, de 24 de mayo, de MODIFICACIÓN de la Ley del CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA RIOJA.  |
| DOE 28/5/94   | Orden de 25 de mayo de 1994, de la Consejería de Bienestar Social de EXTREMADURA, por la que se fija la cuantía de PRECIOS públicos correspondientes a la prestación de servicios en RESIDENCIAS y CLUBES de ANCIANOS y GUARDERÍAS INFANTILES dependientes de la Consejería.  |
| BOTHA 30/5/94 | La Diputación Foral de ARABA publica los CONVENIOS de colaboración entre el Instituto Foral de Bienestar Social y el Ayuntamiento de VITORIA-GASTEIZ, para la AMPLIACIÓN de la UNIDAD ASISTIDA de la RESIDENCIA DE LA TERCERA EDAD «SAN PRUDENCIO» y para la AMPLIACIÓN del CENTRO DE DÍA «SAN PRUDENCIO».              |
| BOTHA 30/5/94 | Acuerdo del Consejo de Diputados de ARABA, de 17 de mayo de 1994, por el que se aprueba el preceptivo ESTUDIO de «SEGURIDAD E HIGIENE DEL CENTRO OCUPACIONAL PARA MINUSVALIDOS PSÍQUICOS EN EL POLÍGONO DE LAKUA EN VITORIA GASTEIZ, PARA EL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL», por un importe de 2.304.856 pesetas. |
| BOE 31/5/94   | Resolución de 16 de mayo de 1994, del MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA, por la que se convocan AYUDAS de EDUCACIÓN ESPECIAL para el curso 1994-95.   |
| BOE 31/5/94   | Resolución de 11 de mayo de 1994, del INSTITUTO DE LA MUJER, por la que se convocan ESTANCIAS DE TIEMPO LIBRE para MUJERES que tengan hijas e hijos menores, exclusivamente a su cargo, RESIDENTES en las Comunidades Autónomas de ANDALUCÍA, CASTILLA Y LEÓN, EXTREMADURA, MURCIA y COMUNIDAD VALENCIANA.              |
| BOE 31/5/94   | Resoluciones de 29 de abril de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por las que se da publicidad a los CONVENIOS entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas de ANDALUCÍA y del PRINCIPADO DE ASTURIAS sobre el SISTEMA DE INFORMACIÓN DE USUARIOS DE SERVICIOS SOCIALES (SIUSS).                              |
| BOPV 31/5/94  | Orden de 24 de mayo de 1994, del Dpto. de Sanidad del GOBIERNO VASCO, por la que se convocan AYUDAS a la INVESTIGACIÓN SANITARIA.   |
| BOPV 31/5/94  | Orden de 18 de mayo de 1994, del Dpto. de Trabajo y Seguridad Social, por la que se convocan los PREMIOS SUSTATU DE PROMOCIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN EUSKADI para el año 1994.  |
| DOG 1/6/94    | Orden de 20 de mayo de 1994, de la Consellería de Sanidad y Servicios Social de GALICIA, por la que se regulan las AYUDAS para el MANTENIMIENTO, REALIZACIÓN DE PROGRAMAS e INVERSIONES destinadas a la prestación de SERVICIOS SOCIALES por las CORPORACIONES LOCALES.   |
| DOG 1/6/94    | Orden de 20 de mayo de 1994, de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales de GALICIA, por la que se establecen SUBVENCIONES para MANTENIMIENTO, promoción de ACTIVIDADES e INVERSIÓN destinadas a la prestación de SERVICIOS SOCIALES por las ASOCIACIONES y otras ENTIDADES DE INICIATIVA SOCIAL                  |
| BOCM 2/6/94   | Resolución de 10 de mayo de 1994, de la Consejería de Salud, para la CREACIÓN del COMITÉ DE EXPERTOS ASESOR DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE MINUSVALIAS de la Comunidad de MADRID.  |

|              |   |
|--------------|---|
| BOCM 2/6/94  | Orden de 26 de mayo de 1994, de "la Consejería de Integración Social de MADRID, por la que se convocan turnos de ESTANCIA EN RESIDENCIA durante el PERIODO ESTIVAL para PERSONAS MAYORES atendidas habitualmente por sus FAMILIARES u otras personas.   |
| BOG 2/6/94   | Orden Foral de 19 de mayo de 1994, del Dpto. de Hacienda y Finanzas de GIPUZKOA, por la que se desarrolla el Decreto 27/1993, de 6 de abril, por el que se regula el RÉGIMEN GENERAL aplicable al PROCEDIMIENTO de concesión de SUBVENCIONES y AYUDAS.  |
| BOJA 3/6/94  | Orden de 19 de mayo de 1994, de la Consejería de Salud, por la que se regula el procedimiento de concesión de AYUDAS a ENTIDADES de cualquier titularidad, sin ánimo de lucro, para la realización de programas de PREVENCIÓN de la infección por VIH y APOYO SOCIO-SANITARIO a personas afectadas por el VIH-SIDA en el ámbito de ANDALUCÍA.                         |
| DOCM 3/6/94  | Orden de 25 de mayo de 1994, de la Consejería de Bienestar Social de CASTILLA-LA MANCHA, por la que se MODIFICA la base sexta de la Orden de 23 de diciembre de 1993, de convocatoria de SUBVENCIONES a ENTIDADES públicas y privadas en materia de BIENESTAR SOCIAL para 1994.   |
| DOG 3/6/94   | Orden de 20 de mayo de 1994, de la Consellería de Presidencia y Administración Pública de GALICIA, por la que se regula la concesión de AYUDAS a ONGs de COOPERACIÓN AL DESARROLLO.   |
| DOE 4/6/94   | Decreto 81/1994, de 31 de mayo, de regula del PROCEDIMIENTO DE INGRESO en los CENTROS INFANTILES dependientes de la Consejería de Bienestar Social de EXTREMADURA.  |
| BOPA 6/6/94  | Resolución de 25 de mayo de 1994, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, por la que se convoca CONCURSO para la REALIZACIÓN DE PROYECTOS CONJUNTOS, Centros de Salud, Centros Educativos, de EDUCACIÓN PARA LA SALUD en CENTROS EDUCATIVOS públicos y privados concertados en el PRINCIPADO DE ASTURIAS, que imparten enseñanzas del régimen general.      |
| BOLR 7/6/94  | Addenda 1994 al CONVENIO de colaboración suscrito entre el INSTITUTO DE LA MUJER y la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de LA RIOJA.   |
| DOE 7/6/94   | Decreto 78/1994, de 31 de mayo, por el que se establecen las EXENCIONES y REDUCCIONES de las cuantías de los PRECIOS públicos por la prestación de servicios en RESIDENCIAS y CLUBES de ANCIANOS y GUARDERÍAS INFANTILES dependientes de la Consejería de Bienestar Social de EXTREMADURA.  |
| BOTHA 8/6/94 | Decreto Foral 53/1994, del Consejo de Diputados de ARABA de 24 de mayo, por el que se aprueba la NORMATIVA REGULADORA de la concesión por el Instituto Foral de Bienestar Social de AYUDAS INDIVIDUALES dirigidas a personas afectadas por MINUSVALIA.  |
| BOE 9/6/94   | Real Decreto 1101/1994, de 27 de mayo, por el que se modifica el Real Decreto 2352/1986, de 7 de noviembre, por el que se determina la ESTRUCTURA ORGÁNICA básica del MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA.  |
| BOE 9/6/94   | Orden de 31 de mayo de 1994, del MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, por la que se DISTRIBUYEN territorialmente, para el ejercicio económico de 1994, las SUBVENCIONES correspondientes al PLAN NACIONAL DE FORMACIÓN E INSERCIÓN PROFESIONAL, que han de gestionar las Comunidades Autónomas de ANDALUCÍA, CANARIAS, CATALUÑA, GALICIA y COMUNIDAD VALENCIANA. |

|               |   |
|---------------|---|
| BOLR 9/6/94   | CONVENIO de colaboración, de 27 de mayo de 1994, entre la CONSEJERÍA DE SALUD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL y la CAJA DE AHORROS de LA RIOJA para el desarrollo de los SERVICIOS SOCIALES.  |
| BOPV 9/6/94   | Decreto 160/1994, de 19 de abril, sobre DERECHOS y DEBERES de los ALUMNOS y ALUMNAS de los CENTROS DOCENTES NO UNIVERSITARIOS de la Comunidad Autónoma del PAÍS VASCO.  |
| DOE 9/6/94    | Decreto 7/1994, de 1 de junio, por el que se modifica el programa preferencial de SUBVENCIONES a la creación de EMPLEO estable en SOCIEDADES COOPERATIVAS y SOCIEDADES ANÓNIMAS LABORALES. Afecta a JÓVENES, MUJERES y PERSONAS CON MINUSVALIA, entre otros.  |
| DOE 9/6/94    | Decreto 8/1994, de 1 de junio, por el que se modifica el programa preferencial de SUBVENCIONES al establecimiento de desempleados como TRABAJADORES AUTÓNOMOS. Afecta a JÓVENES, MUJERES y PERSONAS CON MINUSVALIA, entre otros.  |
| BOPV 10/6/94  | Orden de 19 de abril de 1994, del Dpto. de Educación, Universidades e Investigación del GOBIERNO VASCO, por la que se convocan AYUDAS destinadas a la SUPRESIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS y la adecuación de espacios para la correcta escolarización de ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES en CENTROS DOCENTES CONCERTADOS. |
| BOPV 10/6/94  | Anuncio de CONTRATACIÓN directa, de 27 de mayo de 1994, del Dpto. de Economía y Hacienda del GOBIERNO VASCO, para la adjudicación de un ESTUDIO de seguimiento de la puesta en marcha de la GUIA DE RECURSOS Y SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS PARA LA INSERCIÓN.   |
| BOPV 10/6/94  | Anuncio de CONTRATACIÓN directa, de 27 de mayo de 1994, del Dpto. de Economía y Hacienda del GOBIERNO VASCO, para la adjudicación de la realización de los trabajos de OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN METODOLÓGICA para el diseño de la «ESTADÍSTICA DE POBREZA Y DESIGUALDADES SOCIALES».  |
| BOPV 10/6/94  | Anuncio de CONTRATACIÓN directa, de 27 de mayo de 1994, del Dpto. de Economía y Hacienda del GOBIERNO VASCO, para la adjudicación de la realización de un ESTUDIO sobre CENTROS Y ACCIONES DE FORMACIÓN NO REGLADA.   |
| BOJA 11/6/94  | Orden de 31 de mayo de 1994, de la Consejería de Asuntos Sociales, por la que se regula la COMISIÓN DE PARTICIPACIÓN SOBRE DROGODEPENDENCIAS de ANDALUCÍA.  |
| BOTHA 13/6/94 | Anuncio de 1 de junio de 1994, del Dpto. de Relaciones con Entidades Locales y Urbanismo de ARABA, relativo a la REFORMA de la RESIDENCIA DE ANCIANOS DE ARANA, en VITORIAGASTEIZ.  |
| BOTHA 13/6/94 | Anuncio de 1 de junio de 1994, del Dpto. de Relaciones con Entidades Locales y Urbanismo de ARABA, relativo a la creación de dos UNIDADES ASISTIDAS y CENTRO DE DÍA en la RESIDENCIA GERIATRICA DE TXAGORRITXU.   |
| BOA 15/6/94   | Orden de 3 de junio de 1994, del Dpto. de Sanidad y Consumo de ARAGÓN, por la que se hace pública la convocatoria de SUBVENCIONES y AYUDAS para programas de PREVENCIÓN de enfermedades cardiovasculares, enfermedades alérgicas y programas de SALUD MATERNO-INFANTIL.   |
| BOA 15/6/94   | Orden de 3 de junio de 1994, del Dpto. de Sanidad y Consumo de ARAGÓN, por la que se hace pública la convocatoria de SUBVENCIONES y AYUDAS en materia de PREVENCIÓN de la infección por VIH-SIDA, así como la ATENCIÓN a portadores y enfermos para el año 1994.  |

|               |  |
|---------------|--|
| BOG 16/6/94   | Orden Foral de 24 de mayo de 1994, del Dpto. de Juventud y Deportes de GIPUZKOA, por la que se aprueba el programa de actividades de DEPORTE ESCOLAR para el curso 1994-95. Incluye actividades específicas para escolares con MINUSVALIAS.  |
| BOPV 17/6/94  | Orden de 18 de mayo de 1994, del Dpto. de Urbanismo, Vivienda y Medio Ambiente del GOBIERNO VASCO, por la que se aprueban las ORDENANZAS de DISEÑO DE VIVIENDAS DE PROTECCIÓN OFICIAL. Hace mención expresa a medidas que afectan a PERSONAS CON MINUSVALIA.                                   |
| DOE 18/6/94   | Orden de 9 de junio de 1994, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se convoca la concesión de prórroga de BECAS a favor de MINUSVALIDOS atendidos en CENTROS ESPECIALIZADOS y cuyos representantes legales residan en EXTREMADURA.  |
| BOCM 20/6/94  | Orden de 13 de junio de 1994, de la Consejería de Integración Social de MADRID, por la que se MODIFICA la Orden de 30 de diciembre de 1993, (BOCM de 13/1/94), por la que se convocaron AYUDAS para transporte en TAXI a MINUSVALIDOS gravemente afectados en su movilidad.                    |
| DOG 20/6/94   | Decreto 174/1994, de 2 de junio, por el que se crean ÓRGANOS COLEGIADOS DE COORDINACIÓN en materia de DROGODEPENDENCIAS, en GALICIA.   |
| BOTHA 20/6/94 | Convocatoria pública del Dpto. de Bienestar Social de ARABA, de 9 de junio de 1994, de AYUDAS dirigidas a personas afectadas por MINUSVALIAS.  |
| BOE 22/6/94   | Resolución de 9 de junio de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se da publicidad a la Addenda del CONVENIO de colaboración entre el INSTITUTO DE LA MUJER y el INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER.   |
| BOC 22/6/94   | Decreto 123/1994, de 20 de junio, por el que se regula el programa territorial de apoyo al EMPLEO y la FORMACIÓN en acciones que respondan a necesidades colectivas, en CANARIAS. Afecta a varios COLECTIVOS con ESPECIALES DIFICULTADES para acceder al TRABAJO y para la INTEGRACIÓN SOCIAL. |
| BOC 22/6/94   | Decreto 124/1994, de 20 de junio, por el que se regulan los programas del Gobierno de CANARIAS, para el FOMENTO y el MANTENIMIENTO del EMPLEO. El Programa III enuncia el fomento de la contratación de COLECTIVOS CON ESPECIALES DIFICULTADES DE INSERCIÓN LABORAL.                           |
| DOGV 23/6/94  | Decreto 106/1994, de 7 de junio, por el que se MODIFICA el artículo 3 del Decreto 41/1994, de 21 de febrero, por el que se crea el CONSEJO ASESOR de la GENERALITAT VALENCIANA en materia de DROGODEPENDENCIAS.  |
| BOE 24/6/94   | Real Decreto 1334/1994, de 20 de junio, de ESTRUCTURA básica del MINISTERIO DE JUSTICIA E INTERIOR.  |
| DOG 24/6/94   | Orden de 1 de junio de 1994, de la Consellería de Familia, Mujer y Juventud de GALICIA, por la que se establecen los programas y medidas innovadoras en el marco de PLAN DE EMPLEO JUVENIL, para 1994, y cofinanciados por el FONDO SOCIAL EUROPEO.  |
| DOE 25/6/94   | Orden de 21 de junio de 1994, de la Consejería de Bienestar Social de EXTREMADURA, por la que se convoca a los CENTRO DOCENTES públicos y privados que pretendan recibir FINANCIACIÓN para el desarrollo de proyectos de EDUCACIÓN para la SALUD ESCOLAR durante el curso 1994-95.             |

|              |  |
|--------------|--|
| BOC 27/6/94  | Resolución de 1 de junio de 1994, de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes de CANARIAS, por la que se convoca la realización de Proyectos de INNOVACIÓN y FORMACIÓN en CENTROS de niveles NO UNIVERSITARIOS , para el curso 1994-95. Contempla la atención a las NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. |
| BOCM 27/6/94 | Orden de 21 de junio de 1994, de la Consejería de Presidencia de MADRID, por la que se convocan AYUDAS para la impartición de acciones de FORMACIÓN, por parte de INSTITUCIONES sin ánimo de lucro, para MUJERES.  |
| BOCM 28/6/94 | Orden de 14 de junio de 1994, de la Consejería de Salud, por la que se regula la concesión de SUBVENCIONES a CORPORACIONES LOCALES de la Comunidad de MADRID para la realización de actividades en materia de SALUD PUBLICA.   |
| DOE 28/6/94  | Orden de 10 de junio de 1994, de la Consejería de Educación y Juventud de EXTREMADURA, por la que se regulan la SUBVENCIONES a ASOCIACIONES JUVENILES para desarrollo de programas de interés general.   |
| DOG 28/6/94  | Decreto 198/1994, de 16 de junio, por el que se establece la ESTRUCTURA ORGÁNICA de la CONSELLERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES de GALICIA.   |
| DOG 28/6/94  | Decreto 199/1994, de 16 de junio, por el que se establece la ESTRUCTURA ORGÁNICA del SERVICIO GALLEGO DE SALUD.  |
| BOE 29/6/94  | Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el TEXTO REFUNDIDO de la LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.  |
| DOGC 29/6/94 | Resolución de 7 de junio de 1994, del Dpto. de Bienestar Social de CATALUÑA, por la que se hace público el Acuerdo del Gobierno de la Generalitat de aprobación de medidas de APOYO A LA FAMILIA.  |
| DOGV 30/6/94 | Orden de 10 de junio de 1994, de la Consellería de Cultura, por la que se aprueban los ESTATUTOS de la FEDERACIÓN VALENCIANA DE AULAS DE TERCERA EDAD.   |
| BOB 30/6/94  | Orden de 30 de mayo de 1994, del Dpto. de Urbanismo, Vivienda y Medio Ambiente del GOBIERNO VASCO, relativa a la ADJUDICACIÓN de VIVIENDAS SOCIALES. Se establece RESERVA de VIVIENDA ADAPTADA para MINUSVALIDOS.  |
| BOE 1/7/94   | Resolución de 14 de junio de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se da publicidad al CONVENIO de cooperación suscrito entre el Ministerio y la Comunidad Autónoma de GALICIA sobre SISTEMA DE INFORMACIÓN DE USUARIOS DE SERVICIOS SOCIALES (SIUSS).  |
| BOC 1/7/94   | Decreto 90/1994, de 27 de mayo, por el que se regulan la creación y funcionamiento de la COMISIÓN ASESORA SOBRE ASISTENCIA GERIÁTRICA de CANARIAS. (Corrección de errores: BOC, 24/8/94).  |
| BOC 1/7/94   | Orden de 27 de junio de 1994, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de CANARIAS, por la que se regula para 1994 el régimen de SUBVENCIONES en el área de JUVENTUD.  |
| BOC 1/7/94   | Orden de 27 de junio de 1994, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de CANARIAS, por la que se establece el régimen de AYUDAS y SUBVENCIONES en el área de PROTECCIÓN DEL MENOR y la FAMILIA, así como ATENCIÓN a la MUJER durante 1994.  |

|             |   |
|-------------|---|
| BOCM 1/7/94 | Orden de 29 de junio de 1994, de la Consejería de Presidencia de MADRID, por la que se convocan SUBVENCIONES a ONGs de COOPERACIÓN AL DESARROLLO.   |
| DOCM 1/7/94 | Orden de 15 de junio de 1994, de la Consejería de Bienestar Social de CASTILLA-LA MANCHA, de convocatoria de AYUDAS a GUARDERÍAS infantiles sin ánimo de lucro para 1994. Han de atender a NIÑOS DE INTEGRACIÓN. (Corrección de errores: DOCM, 15/7/94).  |
| BORM 2/7/94 | Orden de 24 de junio de 1994, de la Consejería de fomento y Trabajo, por la que se dispone la publicación del REGLAMENTO de Organización y Funcionamiento del CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL de la REGIÓN DE MURCIA.  |
| DOGC 4/7/94 | Decreto 145/1994, de 30 de mayo, sobre la ADECUACIÓN de los procedimientos del DPTO. DE BIENESTAR SOCIAL de CATALUÑA a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de RÉGIMEN JURÍDICO DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS y del PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO COMÚN.   |
| BOE 5/7/94  | Resolución de 22 de junio de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se da publicidad al CONVENIO de cooperación suscrito entre el Ministerio y la Comunidad Autónoma de CASTILLA Y LEÓN sobre el SISTEMA DE INFORMACIÓN DE USUARIOS DE SERVICIOS SOCIALES (SIUSS).  |
| BOPV 5/7/94 | Orden de 13 de junio de 1994, del Dpto. de Educación, Universidades e Investigación del GOBIERNO VASCO, por la que se convocan SUBVENCIONES para EQUIPOS ZONALES DE APOYO AL SISTEMA EDUCATIVO.   |
| BOPV 5/7/94 | Orden de 20 de junio de 1994, del Dpto. de Educación, Universidades e Investigación, por la que se convoca a los AYUNTAMIENTOS de la Comunidad Autónoma del PAÍS VASCO, a la presentación de proyectos educativos para la AMPLIACIÓN de la oferta de ESCUELAS INFANTILES de titularidad Municipal que acojan a niños de 0 a 3 años.                 |
| BOE 6/7/94  | Orden de 29 de junio de 1994, del MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA, por la que se aprueban las instrucciones que regulan la ORGANIZACIÓN y FUNCIONAMIENTO de las ESCUELAS de EDUCACIÓN INFANTIL y de los COLEGIOS de EDUCACIÓN PRIMARIA. Contiene mención a las actividades docentes de APOYO a los ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. |
| BOCM 6/7/94 | Orden de 22 de junio de 1994, de la Consejería de Salud, por la que se convocan SUBVENCIONES para la realización de proyectos de EDUCACIÓN PARA LA SALUD en CENTROS DOCENTES de la Comunidad de MADRID.   |
| DOGC 6/7/94 | Resolución de 13 de mayo de 1994, del Dpto. de Enseñanza de CATALUÑA, por la que se establecen los MÓDULOS ECONÓMICOS de los conceptos que integran los CONCIERTOS EDUCATIVOS en los diferentes niveles.  |
| BOE 7/7/94  | Ley 21/1994, de 6 de julio, por la que se MODIFICA el artículo 338 de la Ley de ENJUICIAMIENTO CRIMINAL, sobre la DESTRUCCIÓN de la DROGA DECOMISADA.   |
| BOE 7/7/94  | Orden de 24 de mayo de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se crea el COMITÉ ESPAÑOL de la CAMPAÑA EUROPEA de la JUVENTUD CONTRA EL RACISMO, LA XENOFOBIA, EL ANTISEMITISMO Y LA INTOLERANCIA.   |

|              |   |
|--------------|---|
| BOPV 7/7/94  | Orden de 13 de junio de 1994, del dpto. de Educación, Universidades e Investigación del GOBIERNO VASCO, por la que se convocan SUBVENCIONES para CENTROS concertados de EDUCACIÓN ESPECIAL, BACHILLERATO y FORMACIÓN PROFESIONAL que implanten SECCIONES •DE APRENDIZAJES DE TAREAS para ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. |
| DOGC 8/7/94  | Decreto 155/1994, de 28 de junio, por el que se regulan los SERVICIOS EDUCATIVOS del Dpto. de Enseñanza de CATALUÑA.  |
| DOGC 8/7/94  | Decreto 156/1994, de 14 de junio, de modificación del Decreto 57/1993, de REESTRUCTURACIÓN del DPTO. DE ENSEÑANZA de CATALUÑA.  |
| BOE 11/7/94  | Resolución de 2 de junio de 1994, del MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA, por la que se da publicidad al CONVENIO suscrito entre el Ministerio y la Comunidad Autónoma de las ISLAS BALEARES para la colaboración en la PLANIFICACIÓN EDUCATIVA.   |
| BOE 12/7/94  | Resoluciones de 2 de junio de 1994, del MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA, por las que se da publicidad a los CONVENIOS suscritos entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas de CANTABRIA, REGIÓN DE MURCIA y LA RIOJA para la colaboración en la PLANIFICACIÓN EDUCATIVA.   |
| BORM 12/7/94 | Orden de 12 de julio de 1994, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de MURCIA, sobre AYUDAS no periódicas de APOYO FAMILIAR o INDIVIDUAL. (Corrección de errores: BORM, 22/7/94).  |
| BOCM 13/7/94 | Ley 7/1994, de 6 de julio, de REFORMA del artículo 2 de la Ley 11/1994, de 6 de junio, de SERVICIOS SOCIALES de MADRID.   |
| BOCM 13/7/94 | Orden de 6 de julio de 1994, de la Consejería de Integración Social de MADRID, por la que se convocan SUBVENCIONES, con destino a los ENTES LOCALES en concepto de INVERSIONES para la promoción de la ACCESIBILIDAD y la SUPRESIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS, en el ámbito de los SERVICIOS SOCIALES.                                |
| BOPV 15/7/94 | Ley 10/1994, de 17 de junio, sobre MODIFICACIÓN de la Ley de la ESCUELA PÚBLICA VASCA en su artículo 10, punto 4.   |
| BOPV 15/7/94 | Ley 12/1994, de 17 de junio, de FUNDACIONES del PAÍS VASCO.   |
| DOGC 15/7/94 | Orden de 9 de junio de 1994, del Dpto. de Bienestar Social de CATALUÑA, por la que se determinan las COMPETENCIAS provisionales del INSTITUTO CATALÁN DE ASISTENCIA Y SERVICIOS SOCIALES.   |
| BOPA 16/7/94 | Resolución de 6 de junio de 1994, de la Consejería de Industria, Turismo y Empleo de ASTURIAS, por la que se convocan SUBVENCIONES y se establecen las bases de su concesión para la ejecución de cursos de FORMACIÓN OCUPACIONAL cofinanciados por el FONDO SOCIAL EUROPEO. Incluye a JÓVENES, MUJERES Y GRUPOS DESFAVORECIDOS.        |
| BOC 18/7/94  | Decreto 103/1994, de 10 de junio, por el que se regulan los PROCEDIMIENTOS y REGISTROS de la ADOPCIÓN y de las formas de PROTECCIÓN DE MENORES en el ámbito de la Comunidad Autónoma de CANARIAS.   |
| DOG 19/7/94  | Orden de 6 de junio de 1994, de la Consellería de Educación y Ordenación Universitaria, por la que se amplía para el curso 1994-95 el ámbito de aplicación del programa de INTEGRACIÓN del ALUMNADO CON MINUSVALIAS en centros ordinarios de ENSEÑANZAS MEDIAS en la Comunidad Autónoma de GALICIA.                                     |

|              |  |
|--------------|--|
| BOLR 21/7/94 | Orden de 15 de julio de 1994, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social de LA RIOJA, de prórroga de BECAS para PERSONAS CON DISCAPACIDAD atendidos en CENTROS ESPECIALIZADOS.  |
| DOG 22/7/94  | Decreto 225/1994, de 7 de julio, por el que se regula el programa de ACOGIMIENTO FAMILIAR para PERSONAS MAYORES y MINUSVALIDOS. (Corrección de errores: DOG, 12/8/94).   |
| BOLR 23/7/94 | Ley 5/1994, de 19 de julio, de SUPRESIÓN de BARRERAS ARQUITECTÓNICAS y PROMOCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD en LA RIOJA.  |
| BOLR 26/7/94 | Decreto 45/1994, de 14 de julio, por el que se dictan normas de adecuación de PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS, correspondientes de la CONSEJERÍA DE SALUD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL de LA RIOJA. De acuerdo al RÉGIMEN JURÍDICO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS y Procedimiento Común establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. |
| DOG 26/7/94  | Decreto 228/1994, de 14 de julio, regulador de las FEDERACIONES DEPORTIVAS GALLEGAS. Establece medida sobre la creación de Federaciones de deportistas con MINUSVALIA.   |
| BOE 27/7/94  | Orden de 22 de julio de 1994 reguladora de los FICHEROS DE TRATAMIENTO AUTOMATIZADO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES.  |
| BOCa 27/7/94 | Orden de 1 de julio de 1994, de la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, por la que se hace pública la convocatoria anual de SUBVENCIONES a INSTITUCIONES sin fin de lucro, ubicadas en CANTABRIA, para SERVICIOS SOCIALES ESPECÍFICOS.   |
| BOPV 27/7/94 | Ley 15/1994, de 30 de junio, de MODIFICACIÓN de la Ley sobre el CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL VASCO.  |
| BORM 27/7/94 | Orden de 25 de julio de 1994, de la Consejería de Hacienda y Administración Pública de MURCIA, sobre CREACIÓN y USO de FICHEROS DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, pertenecientes a la CONSEJERÍA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES.   |
| DOGC 27/7/94 | Decreto Legislativo 5/1994, de 13 de julio, por el que se ADECUA la Ley 26/1985, de 27 de diciembre, de SERVICIOS SOCIALES de CATALUÑA, a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de RÉGIMEN JURÍDICO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS y del PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO COMÚN.   |
| DOGC 27/7/94 | Decreto Legislativo 6/1994, de 13 de julio, por el que se ADECUA la Ley 20/1991, de 25 de noviembre, de PROMOCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD Y SUPRESIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS de CATALUÑA, a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de RÉGIMEN JURÍDICO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS y del PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO COMÚN.            |
| BOE 28/7/94  | Real Decreto 1487/1994, de 1 de julio, por el que se MODIFICA y completa el Real Decreto 986/1991, de 14 de junio, por el que se aprueba el CALENDARIO de aplicación de la nueva ORDENACIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO.   |
| BOLR 28/7/94 | Orden de 26 de julio de 1994, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social de LA RIOJA, por la que se desarrolla el REGISTRO y AUTORIZACIÓN de ENTIDADES, SERVICIOS y CENTROS de ACCIÓN SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES.  |
| DOGV 28/7/94 | Decreto 131/1994, de 5 de julio, del GOBIERNO VALENCIANO, por el que se regula los SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA, PSICOPEDAGÓGICOS y PROFESIONAL   |

|              |   |
|--------------|---|
| BOE 29/7/94  | Orden de 27 de julio de 1994 por la que se regulan los FICHEROS DE DATOS PERSONALES del MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL  |
| BOE 30/7/94  | Resolución de 29 de julio de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se dispone la publicación de las AYUDAS y SUBVENCIONES CONCEDIDAS al amparo de lo dispuesto en la Orden del Ministerio de 22 de febrero de 1994. (Reparto del 0'5% del IRPF).   |
| BORM 30/7/94 | Ley 3/1994, de 26 de julio, de los DISMINUIDOS VISUALES USUARIOS DE PERROS-GUIA, de la REGIÓN DE MURCIA.  |
| DOG 30/7/94  | Orden de 28 de julio de 1994, de la CONSELLERIA DE FAMILIA, MUJER Y JUVENTUD de GALICIA, por la que se regulan los FICHEROS AUTOMATIZADOS DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL existentes en la Consellería.   |
| DOG 30/7/94  | Orden de 27 de julio de 1994, de la CONSELLERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES de GALICIA, por la que se regulan los FICHEROS AUTOMATIZADOS DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL de la Consellería.   |
| BOCYL 1/8/94 | Decreto 175/1994, de 28 de julio, por el que se MODIFICAN parcialmente los Decretos 30/1990, de 22 de febrero, que regula las acciones de la Junta de CASTILLA Y LEÓN cofinanciadas con el FONDO SOCIAL EUROPEO, y 72/1993, de 7 de abril, que establece medidas para combatir el paro de larga duración y lograr la INSERCIÓN SOCIO PROFESIONAL de los JÓVENES y otros COLECTIVOS con ESPECIALES DIFICULTADES para acceder a un EMPLEO.  |
| BON 1/8/94   | Orden Foral de 21 de julio de 1994, del Dpto. de Bienestar Social, Deporte y Vivienda de NAVARRA, por la que se actualizan las CUANTÍAS de la RENTA BÁSICA.   |
| BOG 1/8/94   | Orden de 27 de junio de 1994, del Dpto. de Urbanismo, Vivienda y Medio Ambiente de GIPUZKOA, sobre adjudicación de VIVIENDAS SOCIALES. RESERVA VIVIENDAS ADAPTADAS para personas con MINUSVALIA.  |
| BOE 2/8/94   | Real Decreto 1734/1994, de 29 de julio, por el que se ADECUA a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de RÉGIMEN JURÍDICO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS y del PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO COMÚN, las NORMAS REGULADORAS de los procedimientos relativos a las PRESTACIONES SOCIALES y ECONÓMICAS para la integración social de los MINUSVALIDOS, las PRESTACIONES NO CONTRIBUTIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL y las PENSIONES ASISTENCIALES por ANCIANIDAD en favor de los EMIGRANTES ESPAÑOLES. |
| BOE 2/8/94   | Resolución de 1 de agosto de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se RECTIFICA la de 29 de julio de 1994 por la que se dispone la publicación de las AYUDAS y SUBVENCIONES CONCEDIDAS al amparo de lo dispuesto en la Orden del Ministerio de 22 de febrero de 1994. (Reparto del 0'5% del IRPF). (Corrección de errores: BOE, 29/8/94).  |
| DOCE 3/8/94  | Posición Común (CE) n° 23/94 adoptada por el Consejo de la UNION EUROPEA el 2 de junio de 1994 con vistas a la adopción de la Decisión 94/.../CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de..., relativa a la prolongación del programa «EUROPA CONTRA EL SIDA».  |
| DOGC 3/8/94  | Orden de 28 de junio de 1994, de la Presidencia de la GENERALITAT CATALANA, por la que se fijan los valores de las UNIDADES BÁSICAS DE PAGO para la contraprestación de los SERVICIOS realizados por los CENTROS SOCIOSANITARIOS en el marco del Programa «VIDA ALS ANYS», para el año 1994.  |

|             |  |
|-------------|--|
| BOE 4/8/94  | Orden de 27 de julio de 1994, del MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, por la que se regulan las BECAS y AYUDAS ESCOLARES para el curso 1994-95 para ALUMNOS afectados por el SÍNDROME TÓXICO.  |
| BOE 4/8/94  | Resoluciones de 18 de julio de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por las que se da publicidad a los CONVENIOS-MARCO de colaboración entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas de ANDALUCÍA, ASTURIAS, CANARIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN, CATALUÑA, EXTREMADURA, GALICIA, ISLAS BALEARES, MADRID, MURCIA y VALENCIANA, en materia de ASUNTOS SOCIALES. |
| BOLR 4/8/94 | CONVENIO de colaboración, de 28 de junio de 1994, entre la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social del GOBIERNO DE LA RIOJA y la ASOCIACIÓN RIOJANA PRO-PERSONAS CON DEFICIENCIA PSÍQUICA (ARPS).  |
| BORM 4/8/94 | Ley 4/1994, de 26 de julio, de SALUD de la REGIÓN DE MURCIA.   |
| DOG 4/8/94  | Orden de 6 de julio de 1994, de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales de GALICIA, por la que se desarrolla el Decreto 95/1994, de 8 de abril, relativo a los REGISTROS de ENTIDADES prestadoras de SERVICIOS SOCIALES.  |
| BOG 4/8/94  | Orden Foral de 22 de julio de 1994 por la que se definen y regulan los FICHEROS AUTOMATIZADOS que contienen DATOS DE CARÁCTER PERSONAL del DPTO. DE SERVICIOS SOCIALES de la Diputación Foral GIPUZKOA.  |
| BOC 5/8/94  | Ley 11/1994, de 26 de julio, de ORDENACIÓN SANITARIA de CANARIAS.  |
| BOPA 5/8/94 | Decreto 59/1994, de 14 de julio, por el que se regula la ESTRUCTURA ORGÁNICA de la CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES de ASTURIAS.   |
| BOPA 5/8/94 | Decreto 60/1994, de 14 de julio, por el que se regula la ESTRUCTURA ORGÁNICA del SERVICIO DE SALUD del PRINCIPADO DE ASTURIAS.   |
| DOGC 5/8/94 | Decreto 188/1994, de 28 de junio, de creación de la COMISIÓN DE ASESORAMIENTO Y SUPERVISIÓN de PERSONAS JURÍDICAS sin ánimo de lucro que tengan asignada la TUTELA de MENORES o INCAPACITADOS, en CATALUÑA.  |
| DOGV 5/8/94 | Orden de 24 de junio de 1994, de la Consellería de Educación y Cultura de la GENERALITAT VALENCIANA, por la que se convocan AYUDAS económicas para la organización de ACTIVIDADES de RENOVACIÓN PEDAGÓGICA y FORMACIÓN DE PROFESORADO.   |
| BOE 9/8/94  | Resolución de 26 de julio de 1994, del MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA, por la que se da publicidad al CONVENIO suscrito entre el Ministerio y la Comunidad Autónoma de EXTREMADURA para la colaboración en la PLANIFICACIÓN EDUCATIVA.  |
| BORM 9/8/94 | Orden de 27 de julio de 1994, sobre CREACIÓN y USO de FICHEROS DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, pertenecientes al INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES de la REGIÓN DE MURCIA (ISSORM).   |
| DOE 9/8/94  | Orden de 25 de julio de 1994, de la Consejería de Cultura y Patrimonio, por la que se regula el Plan de SUBVENCIONES para la financiación de ENTIDADES públicas o privadas sin fines de lucro, que presten SERVICIOS ESPECIALIZADOS en la áreas de actuación que contempla el «PLAN PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE LAS MUJERES DE EXTREMADURA».                  |

|               |   |
|---------------|---|
| BOE 10/8/94   | Resolución de 26 de julio de 1994, del MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA, por la que se da publicidad al ANEXO al CONVENIO suscrito entre el Ministerio y la Comunidad Autónoma del Principado de ASTURIAS para la colaboración en la PLANIFICACIÓN EDUCATIVA.  |
| BOPA 10/8/94  | Decreto 55/1994, de 19 de mayo, por el que se regula la ORGANIZACIÓN y FUNCIONES de la COMISIÓN REGIONAL DE JUVENTUD, del Principado de ASTURIAS.   |
| BOTHA 10/8/94 | El INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL de ARABA, acuerda la CREACIÓN, MODIFICACIÓN o SUPRESIÓN de FICHEROS AUTOMATIZADOS de dicho Organismo Foral, tal como establece la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del TRATAMIENTO AUTOMATIZADO de los DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.   |
| BON 12/8/94   | Orden Foral de 24 de julio de 1994, del Dpto. de Educación y Cultura de NAVARRA, por la que se convocan BECAS de EDUCACIÓN ESPECIAL y AYUDAS de APRENDIZAJE y TRATAMIENTO para el curso 1994-95.  |
| DOGC 12/8/94  | Decreto 209/1994, de 26 de julio, de MODIFICACIÓN del CALENDARIO de aplicación y de la adecuación de los CONCIERTOS EDUCATIVOS vigentes a la nueva ordenación del sistema educativo en CATALUÑA.  |
| BOJ A 13/8/94 | Decreto 154/1994, de 10 de agosto, por el que se establece la ESTRUCTURA ORGÁNICA de la CONSEJERÍA DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES de ANDALUCÍA.  |
| BOE 16/8/94   | Resolución de 27 de julio de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se da publicidad al CONVENIOMARCO de colaboración entre el Ministerio y la Comunidad Autónoma de LA RIOJA en materia de ASUNTOS SOCIALES.   |
| BOJ A 16/8/94 | Orden de 27 de julio de 1994, por la que se regulan los FICHEROS de TRATAMIENTO INFORMATIZADO de DATOS DE CARÁCTER PERSONAL de la CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES y sus ORGANISMOS AUTÓNOMOS, de ANDALUCÍA.  |
| BOE 17/8/94   | Resolución de 27 de julio de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se da publicidad al CONVENIOMARCO de colaboración entre el Ministerio y la Comunidad Autónoma de ARAGÓN en materia de ASUNTOS SOCIALES.   |
| BOC 17/8/94   | Resolución de 20 de julio de 1994, de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes de CANARIAS, por la que se regula la ORGANIZACIÓN y FUNCIONAMIENTO de los CENTROS de PREESCOLAR/EDUCACION INFANTIL y E.G.B./EDUCACION PRIMARIA dependientes de esta Consejería.  |
| BOPV 17/8/94  | Decreto 213/1994, de 21 de junio, por el que se establece el CURRÍCULO de la EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA para la Comunidad Autónoma del PAÍS VASCO. Contiene referencias a los ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.  |
| BOE 18/8/94   | Sentencia 215/1994, de 14 de julio, del TRIBUNAL CONSTITUCIONAL Cuestión de inconstitucionalidad 1415/1992. En relación con el artículo de la Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del código Penal, en la parte del mismo que da nueva redacción al art. 428 de dicho Código, autorizando la ESTERILIZACIÓN de los incapaces que adolezcan de GRAVE DEFICIENCIA PSÍQUICA. |
| BOCM 18/8/94  | Orden de 12 de agosto 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 PREVENCIÓN y REINSERCIÓN de DROGODEPENDIENTES.  |

|              |   |
|--------------|---|
| BOB 18/8/94  | Decreto Foral 67/1994, de 26 de julio, por el que se MODIFICAN parcialmente los elementos cuantitativos del PRECIO público por la prestación de SERVICIOS de carácter SOCIO-ASISTENCIAL por la Diputación Foral de BIZKAIA fijado el Decreto Foral 156/1990, de 26 de diciembre.  |
| BOE 19/8/94  | Resolución de 18 de julio de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se da publicidad a la Addenda 1994 del CONVENIO de colaboración entre el INSTITUTO DE LA MUJER y la Comunidad Autónoma de EXTREMADURA.  |
| BOE 19/8/94  | Resolución de 22 de julio de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se da publicidad al CONVENIO de cooperación suscrito entre el Ministerio y la Comunidad Autónoma de MURCIA sobre el SISTEMA DE INFORMACIÓN DE USUARIOS DE SERVICIOS SOCIALES (SIUSS).   |
| BOE 19/8/94  | Resolución de 3 de agosto de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por la que se da publicidad a la Addenda 1994 al CONVENIO de colaboración suscrito entre el INSTITUTO DE LA MUJER y la Comunidad Autónoma de las ISLAS BALEARES.   |
| DOCE 20/8/94 | Reglamento (CE) n° 2062/1994 del CONSEJO DE LA UNION EUROPEA de 18 de julio de 1994, por el que se crea la AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO.  |
| DOCE 20/8/94 | Directiva 94/33/CE del CONSEJO DE LA UNION EUROPEA de 22 de junio de 1994, relativa a la PROTECCIÓN de los JÓVENES en el TRABAJO.   |
| DOCE 20/8/94 | Posición Común (CE) n°28/1994 adoptada por el CONSEJO DE LA UNION EUROPEA el 11 de julio de 1994, con vistas a la adopción de la Decisión 94/.../CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de..., por la que se adopta el programa «LA JUVENTUD CON EUROPA» (tercera fase).  |
| DOCE 20/8/94 | Posición Común (CE) n°25/1994 adoptada por el CONSEJO DE LA UNION EUROPEA el 16 de junio de 1994, con vistas a la adopción de la Directiva 94/.../CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de..., sobre la aproximación de las LEGISLACIONES de los ESTADOS MIEMBROS relativas a los ASCENSORES. Se menciona a los usuarios con MINUSVALIA. |
| DOCE 20/8/94 | Resolución del CONSEJO DE LA UNION EUROPEA, de 22 de junio de 1994, relativa a la PROMOCIÓN de la IGUALDAD DE OPORTUNIDADES para HOMBRES Y MUJERES mediante la acción de los Fondos Estructurales Europeos.   |
| BOE 20/8/94  | Resolución de 8 de agosto de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, complementaria de la de 29 de julio de 1994, por la que se dispone la publicación de las AYUDAS y SUBVENCIONES CONCEDIDAS al amparo de lo dispuesto en la Orden del Ministerio de 22 de febrero de 1994 (reparto del 0'5% del IRPF).                                 |
| BOE 20/8/94  | Resoluciones de 3 de agosto de 1994, del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, por las que se da publicidad a las Addendas 1994 a los CONVENIOS de colaboración suscritos entre el INSTITUTO DE LA MUJER y las Comunidades Autónomas de CASTILLA Y LEÓN y VALENCIANA.   |
| BOA 22/8/94  | Decreto 179/1994, de 8 de agosto, de la Diputación General de ARAGÓN, por el que se MODIFICAN determinados artículos del Decreto 57/1994, de 23 de marzo, por el que se regula el INGRESO ARAGONÉS DE INSERCIÓN.  |
| BOE 23/8/94  | Orden de 5 de agosto de 1994, del MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA, por la que se regula la IMPLANTACIÓN GRADUAL del segundo ciclo de la EDUCACIÓN INFANTIL  |

|              |   |
|--------------|---|
| BOG 24/8/94  | Norma Foral 8/1994, de 19 de julio, de la Diputación Foral de GIPUZKOA, de desarrollo y ejecución del PLAN DE INTERVENCIÓN IN ME DI ATA PARA LA TERCERA EDAD.   |
| DOG 25/8/94  | Orden de 17 de agosto de 1994, de la Consellería de Familia, Mujer y Juventud de GALICIA, por la que se regulan AYUDAS para la ejecución de PROGRAMAS DE APOYO a las FAMILIAS por las CORPORACIONES LOCALES.  |
| BOG 25/8/94  | Norma Foral 9/1994, de 19 de julio, de inclusión en el Presupuesto de 1994 de un crédito de compromiso plurianual en el Dpto. de Servicios Sociales de GIPUZKOA, para la ADQUISICIÓN de 120 VIVIENDAS SOCIALES para personas con MINUSVALIA FÍSICA, menores de 65 años y situaciones de EMERGENCIA SOCIAL, así como la construcción de instalaciones complementarias y asistencia social.   |
| DOG 31/8/94  | Decreto 275/1994, de 29 de julio, por el que se establece el CURRÍCULO del BACHILLERATO en la Comunidad Autónoma de GALICIA. Prevé las ADAPTACIONES curriculares para ALUMNOS con PROBLEMAS GRAVES DE AUDICIÓN, VISION y MOTRICIDAD.  |
| BOPA 31/8/94 | Resolución de 29 de julio de 1994, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de ASTURIAS, por la que se hace pública la convocatoria de concesión de prórroga de BECAS a favor de MINUSVALIDOS atendidos en CENTROS ESPECIALIZADOS.  |
| BOJA 1/9/94  | Resolución de 21 de agosto de 1994, de la Consejería de Educación y Ciencia de ANDALUCÍA, sobre ORGANIZACIÓN y FUNCIONAMIENTO de los CENTROS que impartan Educación Infantil, Educación Primaria y EDUCACIÓN ESPECIAL, para el curso 1994-95.   |
| BOPV 1/9/94  | Orden de 28 de julio de 1994, del Dpto. de Educación, Universidades e Investigación del GOBIERNO VASCO, por la que se convocan ASIGNACIONES INDIVIDUALIZADAS de TRANSPORTE ESCOLAR para alumnos que cursen estudios de FPI, REMI y casos excepcionales de Educación Infantil, Primaria y EDUCACIÓN ESPECIAL en centros públicos.  |
| BOPV 1/9/94  | Orden de 28 de julio de 1994, del Dpto. de Educación, Universidades e Investigación del GOBIERNO VASCO, por la que se convocan AYUDAS al estudio para la escolarización de alumnos de niveles no universitarios para el curso académico 1994-95. Incluye el nivel de EDUCACIÓN ESPECIAL   |
| BOPV 1/9/94  | Orden de 15 de julio de 1994, del Dpto. de Educación, Universidades e Investigación del GOBIERNO VASCO, por la que se convoca la suscripción de nuevos CONCIERTOS EDUCATIVOS para el curso escolar 1994-95.   |
| BOC 2/9/94   | Orden de 30 de agosto de 1994, de la Consejería de Trabajo y Función Pública de CANARIAS, de convocatoria y regulación de las bases para la concesión de SUBVENCIONES reguladas en el Decreto 124/1994, de 20 de junio, por el que se regulan los programas para el fomento y el mantenimiento del EMPLEO. Establece medidas para el empleo de trabajadores con MINUSVALIA, de las MUJERES, de los EX-DROGODEPENDIENTES y de los EX-RECLUSOS. |
| DOGV 5/9/94  | Acuerdo de 29 de julio de 1994, del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el REGLAMENTO de organización y funcionamiento del COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL de la COMUNIDAD VALENCIANA.   |
| BOCYL 6/9/94 | Orden de 26 de agosto de 1994, de la Consejería de Cultura y Turismo de CASTILLA Y LEÓN, por la que se convocan los PREMIOS PARA DISCAPACITADOS, en materia de DEPORTES, del año 1994.  |

|                |   |
|----------------|---|
| BOCa 7/9/94    | Resolución de 12 de agosto de 1994, de la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de CANTABRIA, por la que se convoca y regula la concesión de prórroga de BECAS a favor de MINUSVALIDOS atendidos en CENTROS ESPECIALIZADOS.   |
| DOG 7/9/94     | Orden de 26 de agosto de 1994, de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales de GALICIA, por la que se convocan AYUDAS económicas para el ACOGIMIENTO FAMILIAR de personas MAYORES y de MINUSVALIDOS.   |
| BON 9/9/94     | Decreto Foral 153/1994, de 5 de septiembre, por el que se aprueba el nuevo CALENDARIO de aplicación de las enseñanzas contenidas en la Ley 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) y se derogan los Decreto Forales 573/1991, de 30 de diciembre y 184/1993, de 7 de junio, por los que se establecen sendos calendarios de aplicación de la citada Ley en el ámbito de NAVARRA. |
| BON 12/9/94    | Resolución de 6 de septiembre de 1994, del INSTITUTO NAVARRO DE BIENESTAR SOCIAL, por la que se aprueba el expediente para la celebración de un CONTRATO DE ASISTENCIA TÉCNICA para optar a la financiación parcial de TURNOS DE VACACIONES para la TERCERA EDAD en varias comunidades autónomas, durante 1994 y 1995. (Corrección de errores: BON de 26/9/94).   |
| BOG 12/9/94    | Resolución de 31 de agosto de 1994 por la que se definen y regulan los FICHEROS AUTOMATIZADOS que contienen DATOS DE CARÁCTER PERSONAL del Organismo Autónomo Foral FUNDACIÓN ULIAZPI de la Diputación Foral de GIPUZKOA.   |
| DOGC 14/9/94   | Orden de 25 de agosto de 1994, del Dpto. de Enseñanza de CATALUÑA, por la que se establece el procedimiento para la autorización de MODIFICACIONES de elementos prescriptivos de CURRÍCULUM de las etapas de EDUCACIÓN INFANTIL y de EDUCACIÓN PRIMARIA. Contiene mención expresa a la necesidad de modificación derivada de DISMINUCIONES FÍSICAS, PSÍQUICAS o SENSORIALES de los alumnos.                           |
| DOGV 14/9/94   | Orden de 15 de julio de 1994, de la Consellería de Educación y Ciencia de la COMUNIDAD VALENCIANA, por la que se establece el programa experimental de INTEGRACIÓN de ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES permanentes en centros públicos de FORMACIÓN PROFESIONAL y BACHILLERATO.  |
| BORM 16/97/94  | Decreto 72/1994, de 2 de septiembre, de adecuación a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de los PROCEDIMIENTOS de la ADMINISTRACIÓN DE LA REGIÓN DE MURCIA. Se recoge la parte que afecta a las competencias de la CONSEJERÍA DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES.   |
| BOG 16/9/94    | Convocatoria 1994 para la concesión de SUBVENCIONES destinadas a la ADQUISICIÓN de AUTOBUSES de PLATAFORMA BAJA que presten servicios en la Líneas Regulares de Transporte Público de Viajeros por Carretera del Territorio Histórico de GIPUZKOA.  |
| BOG 19/9/94    | La Diputación Foral de GIPUZKOA publica en extracto el acuerdo de conceder a TALLERES PROTEGIDOS GUREAK S.A., una SUBVENCIÓN para la mejora de INSTALACIONES y adquisición de bienes de EQUIPO.   |
| BOE 20/9/94    | Orden de 7 de septiembre de 1994, del MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA, por la que se establece la SECTORIZACIÓN de los EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA.  |
| BOCAIB 20/9/94 | Decreto 96/1994, de 27 de julio, por el que se aprueba el REGLAMENTO para la mejora de la accesibilidad y la supresión de las BARRERAS ARQUITECTÓNICAS en BALEARES.   |

|               |   |
|---------------|---|
| BOG 20/9/94   | La Diputación Foral de GIPUZKOA publica en extracto el acuerdo de conceder a KATEA, Agrupación de CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO, una SUBVENCIÓN en concepto de INVERSIONES para la centralización de los Servicios Centrales del Grupo.  |
| BOPV 21/9/94  | Decreto 351/1994, de 6 de septiembre, por el que se reconoce de UTILIDAD PUBLICA a la Asociación alavesa de Ayuda a los Afectados de Parálisis Cerebral ASPACE, de Vitoria-Gasteiz.   |
| DOGC 21/9/94  | Orden de 14 de julio de 1994, del dpto. de bienestar social de CATALUÑA, de convocatoria para 1994, con la finalidad de que establecimientos para la tercera edad de INICIATIVA MERCANTIL puedan ser incluidos en la relación de RESIDENCIAS COLABORADORAS del programa de AYUDA A LA ACOGIDA RESIDENCIAL PARA LA TERCERA EDAD. |
| BOLR 22/9/94  | CONVENIO de colaboración entre el GOBIERNO DE LA RIOJA, consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social y el CENTRO DE SOLIDARIDAD DE LA RIOJA para realizar actividades de RECUPERACIÓN y APOYO en FAMILIAS afectadas por el programa de la DROGADICCION.  |
| BOLR 22/9/94  | CONVENIO entre el GOBIERNO DE LA RIOJA, Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social y CAJA DE AHORROS DE LA RIOJA, para el establecimiento y difusión del programa TARJETA DEL MAYOR'.  |
| BOPV 22/9/94  | Decreto 353/1994, de 13 de septiembre, por el que se crea la ESCUELA UNIVERSITARIA DE TRABAJO SOCIAL de la UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO, y se autoriza la implantación de las enseñanzas conducentes al título de DIPLOMADO EN TRABAJO SOCIAL   |
| BOPV 23/9/94  | Orden de 13 de septiembre de 1994, del Dpto. de Educación Universidades e Investigación del GOBIERNO VASCO, por la que se convocan AYUDAS para los CENTROS DOCENTES concertados que cuenten con ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES y necesiten CONTRATAR AUXILIARES DE EDUCACIÓN ESPECIAL para el curso 1994-95.     |
| BOCM 27/9/94  | Acuerdo de 22 de julio de 1994, de la Consejería de Integración Social de MADRID, por el que se aprueba el REGLAMENTO de Régimen Interior de las RESIDENCIAS para PERSONAS MAYORES que gestiona directamente el Servicio Regional de Bienestar Social.  |
| DOE 27/9/94   | Decreto 116/1994, de 20 de septiembre, por el que se regula la ORGANIZACIÓN, COMPOSICIÓN y FUNCIONES del CONSEJO REGIONAL DE SERVICIOS SOCIALES de EXTREMADURA.   |
| DOE 27/9/94   | Orden de 14 de septiembre de 1994, de la CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL de EXTREMADURA, reguladora de los FICHEROS AUTOMATIZADOS de DATOS de CARÁCTER PERSONAL existentes en esta consejería.   |
| DOGV 27/9/94  | Decreto 186/1994, de 13 de septiembre, del GOBIERNO VALENCIANO, por el que se regula la ADMISIÓN de ALUMNOS en los CENTROS DOCENTES no universitarios sostenidos con fondos públicos. Contiene mención expresa a los alumnos con DISCAPACIDAD.  |
| BOCYL 28/9/94 | Decreto 210/1994, de 22 de septiembre, por el que se regulan los FICHEROS AUTOMATIZADOS de DATOS de CARÁCTER PERSONAL de la Administración de la Comunidad de CASTILLA Y LEÓN. Aparecen los que son competencia de la CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL  |
| BOPA 28/9/94  | Decreto 61/1994, de 28 de julio, por el que se crea la COMISIÓN DE TOXICOMANÍAS del PRINCIPADO DE ASTURIAS y se regula su COMPOSICIÓN y FUNCIONAMIENTO.   |

|              |   |
|--------------|---|
| BORM 28/9/94 | Orden de 16 de septiembre de 1994, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de MURCIA, sobre INGRESO MÍNIMO DE INSERCIÓN.   |
| BORM 28/9/94 | Orden de 16 de septiembre de 1994, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de MURCIA, sobre AYUDAS periódicas de APOYO FAMILIAR.   |
| DOG 29/9/94  | Orden de 21 de septiembre de 1994, de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales, por la que se convoca la octava edición del PREMIO XUNTA DE GALICIA para trabajos de INVESTIGACIÓN científica sobre DROGODEPENDENCIAS.  |
| DOCM 30/9/94 | Ley 2/1994, de 26 de julio, del CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL de CASTILLA-LA MANCHA.   |
| DOCM 30/9/94 | Orden de 20 de septiembre de 1994, de la Consejería de Educación y Cultura, por la que se convocan SUBVENCIONES para las ASOCIACIONES JUVENILES de CASTILLA-LA MANCHA.  |
| DOGC 30/9/94 | Resolución de 19 de septiembre de 1994, del Dpto. de Enseñanza de CATALUÑA, por la que se establece el PROCEDIMIENTO de RECOGIDA DE DATOS para la elaboración de la ESTADÍSTICA de la Educación Infantil y Primaria, la Educación Secundaria y la EDUCACIÓN ESPECIAL para el curso 1994-95. |

# BIBLIO- GRAFIA

---

## ANCIANOS

BALTES, P.B. «THE AGING MIND: POTENTIAL AND LIMITS». *GERONTOLOGIST, THE*, 33, 5, 1993, págs. 580-594, Biblio. R.155.

ANCIANOS, FUNCION MENTAL, PSICOLOGIA, VALORACION

CARPENTER, B.D. «A REVIEW AND NEW LOOK AT ETHICAL SUICIDE IN ADVANCED AGE». *GERONTOLOGIST, THE*, 33,3,1993, págs. 359-365, Biblio. R.155.

ANCIANOS, SUICIDIO, ETICA, PSICOLOGIA

CASERTA, M.S., LUND, D.A. «INTRAPERSONAL RESOURCES AND THE EFFECTIVENESS OF SELF-HELP GROUPS FOR BEREAVED OLDER ADULTS». *GERONTOLOGIST, THE*, 33, 5,1993, págs. 619-629, Biblio. R.155.

ANCIANOS, VIUDEDAD, ADAPTACION PERSONAL, APOYO SOCIAL

COHEN, D., Y OTROS. «PSYCHOPATHOLOGY ASSOCIATED WITH ALZHEIMER'S DISEASE AND RELATED DISORDERS». *JOURNALS OF GERONTOLOGY, THE*, 48, 6, 1993, págs. M255-260, Biblio. R.420.

ANCIANOS, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, PSICOPATOLOGIA

CONNIDIS, I.A., McMULLIN, J.A. «TO HAVE OR HAVE NOT: PARENT STATUS ANDS THE SUBJECTIVE WELL-BEING OF OLDER MEN AND WOMEN».

*GERONTOLOGIST, THE*, 33, 5, 1993, págs. 630-636, Biblio. R.155.

ANCIANOS, AUTOCONCEPTO, SATISFACCION, FACTORES SOCIALES

DIAZ, M., Y OTROS. *EN CASA TENEMOS UN ENFERMO DE ALZHEIMER*. BILBAO, ASOCIACION DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER, 1994, 123 págs. Biblio. R1a.77.

ANCIANOS, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, SINTOMATOLOGIA, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, DATOS EPIDEMIOLOGICOS, INTERVENCION INFORMAL, CARGA FAMILIAR, CUIDADOR INFORMAL, SERVICIOS SOCIALES, PRESTACIONES SOCIALES, INCAPACIDAD JURIDICA, ACCION INTERFAMILIAR, MANUALES, RECOMENDACIONES

ESTES, C.L «THE 1992 KENT LECTURE. THE AGING ENTERPRISE REVISITED». *GERONTOLOGIST, THE*, 33, 3, 1993, págs. 292-298, Biblio. R.155.

ANCIANOS, ENVEJECIMIENTO, ACTITUDES SOCIALES

FISCHER, L.R., SCHAFFER, K.B. *OLDER VOLUNTEERS. A GUI DE TO RESEARCH AND PRACTICE*. LONDRES (GB), SAGE PUBLICATIONS, 1993, 251 págs. Biblio. R1.99.

ANCIANOS, VOLUNTARIADO, ORGANIZACION DE SERVICIOS, MOTIVACION, PRACTICA, ETICA, USA

FRASER, J., Y OTROS. *INSPECTION OF SOCIAL SERVICES DEPARTMENT*

- ARRANGEMENTS FOR THE DISCHARGE OF ELDERLY PEOPLE FROM HOSPITAL TO RESIDENTIAL OR NURSING HOMECARE. NORTHUMBERLAND. TYNE AND WEAR (GB), SOCIAL SERVICES INSPECTORATE, 1994, 38 págs. Biblio. R1n.363.
- ANCIANOS, RESIDENCIAS, POST-HOSPITALIZACION, SERVICIOS GERIATRICOS, EVALUACION DE SERVICIOS, ESTANDARES
- FRISONI, G.B., Y OTROS. «PRINCIPAL LIFETIME OCCUPATION AND MMSE SCORE IN ELDERLY PERSONS». *JOURNALS OF GERONTOLOGY, THE*, 48, 6, 1993, págs. S310-314, Biblio. R.420.
- ANCIANOS, FUNCION MENTAL, CONFUSION, FORMA DE VIDA, ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA
- GARCIA, M.P. CONSUMO DE ALCOHOL EN LAS PERSONAS MAYORES. EN: XXI JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. MADRID, SOCIEDAD CIENTIFICA ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DEL ALCOHOL, 1994, 243-260 págs. Biblio. Q1.117.
- DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOL, ANCIANOS, CONSUMO, FACTORES SOCIALES, SALUD, CALIDAD DE VIDA, PATRONES DE CONSUMO, EDAD, GENERO, POLIUSO DE DROGAS, PATOLOGIA, PREVENCION
- GARRARD, J., Y OTROS. «DIFFERENCES BETWEEN NURSING HOME ADMISSION AND RESIDENTS». *JOURNALS OF GERONTOLOGY, THE*, 48, 6, 1993, págs. S301-309, Biblio. R.420.
- ANCIANOS, RESIDENCIAS, ADMISSION, CARACTERISTICAS USUARIO, COSTE
- HARDING, N. ALARM SYSTEMS IN COMMUNITY CARE FOR ELDERLY PEOPLE. *SOCIAL WORK MONOGRAPHS N° 123*. NORWICH (GB), UNIVERSITY OF EAST ANGLIA, 1993, 41 págs. Biblio. N2b.45.
- ANCIANOS, ATENCION COMUNITARIA, TELEALARMA, ORGANIZACION DE SERVICIOS, UTILIZACION DE SERVICIOS, REINO UNIDO
- HENNESSY, C.H. «MODELING CASE MANAGEMENT DECISION-MAKING IN A CONSOLIDATED LONG-TERM CARE PROGRAM». *GERONTOLOGIST, THE*, 33,3,1993, págs. 333-341, Biblio. R.155.
- ANCIANOS, INSTITUCIONALIZACION,
- TOMA DE DECISIONES, FACTOR DE RIESGO, INFORMACION
- HUGMAN, R. «SOCIAL WORK AND CASE MANAGEMENT IN THE UK: MODELS OF PROFESSIONALISM AND ELDERLY PEOPLE». *AGEING AND SOCIETY*, 14, 2, 1994, págs. 237-253, Biblio. R.352.
- ANCIANOS, TRABAJO SOCIAL, TRABAJO SOCIAL INDIVIDUAL, ANCIANISMO, ACTITUDES PROFESIONALES, REINO UNIDO
- IDLER, E.L «AGE DIFFERENCES IN SELF-ASSESSMENTS OF HEALTH: AGE CHANGES, COHORT DIFFERENCES, OR SURVIVORSHIP?». *JOURNALS OF GERONTOLOGY, THE*, 48, 6, 1993, págs. S289-300, Biblio. R.420.
- ANCIANOS, SALUD, AUTOCONCEPTO, PSICOLOGIA
- INTRIERI, R.C., Y OTROS. «IMPROVING MEDICAL STUDENTS' ATTITUDES TOWARD AND SKILLS WITH THE ELDERLY». *GERONTOLOGIST, THE*, 33, 3, 1993, págs. 373-378, Biblio. R.155.
- ANCIANOS, GERIATRIA, PERSONAL MEDICO, ACTITUDES SOCIALES
- KRAAN, R.J., Y OTROS. CARE FOR THE ELDERLY. S/GN/F/CANT INNOVATIONS IN THREE EUROPEAN COUNTRIES. VIENA (AU), EUROPEAN CENTRE FOR SOCIAL WELFARE POLICY AND RESEARCH, 1991, 248 págs. Biblio. R1n.376.
- ANCIANOS, SERVICIOS SOCIALES, RESIDENCIAS, ASISTENCIA DOMICILIARIA, SERVICIOS DE SALUD, INNOVACIONES, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, CARACTERÍSTICAS SERVICIO, PANORAMA INTERNACIONAL
- LACROIX, J. «LES RETRAITES EN 1993». *INFORMATIONS RAPIDES*, 45, 1993, págs. 4, Biblio. R.715.
- ANCIANOS, JUBILACION, NORMATIVA, FRANCIA
- LAUNER, L.J., Y OTROS. «ARE AGE AND EDUCATION INDEPENDENT CORRELATES OF THE MINI-MENTAL STATE EXAM PERFORMANCE OF COMMUNITY-DWELLING ELDERLY?». *JOURNALS OF GERONTOLOGY, THE*, 48, 6, 1993, págs. P271-277, Biblio. R.420.
- ANCIANOS, FUNCION MENTAL, EVALUACION, FACTORES PSICOLOGICOS

- LIU, K., Y OTROS. «CATASTROPHIC ACUTE AND LONG-TERM CARE COSTS: RISKS FACED BY DISABLED ELDERLY PERSONS». *GERONTOLOGIST, THE*, 33,3,1993, págs. 299-307, Biblio. R.155.
- ANCIANOS, SERVICIOS DE SALUD, RESIDENCIAS, GASTO SOCIAL, USA
- MALMBERG, B., ZARIT, S.H. «GROUP HOMES FOR PEOPLE WITH DEMENTIA: A SWEDISH EXAMPLE». *GERONTOLOGIST, THE*, 33, 5, 1993, págs. 682-686, Biblio. R.155.
- ANCIANOS, DEMENCIA SENIL, VIVIENDA ASISTIDA, CALIDAD DE VIDA, SUECIA
- MANTON, K.G., Y OTROS. «A MULTIVARIATE ANALYSIS OF DISABILITY AND HEALTH, AND ITS CHANGE OVER TIME IN THE NATIONAL CHANNELING DEMONSTRATION DATA». *GERONTOLOGIST, THE*, 33, 5,1993, págs. 603-609, Biblio. R.155.
- ANCIANOS, SALUD, UTILIZACION DE SERVICIOS, SEGUIMIENTO
- McCULLOUGH, L.B., Y OTROS. «MAPPING PERSONAL, FAMILIAL, AND PROFESSIONAL VALUES IN LONG-TERM CARE DECISIONS». *GERONTOLOGIST, THE*, 33,3,1993, págs. 324-332, Biblio. R.155.
- ANCIANOS, INSTITUCIONALIZACION, TOMA DE DECISIONES, ACTITUDES FAMILIA, ACTITUDES PROFESIONALES
- MINER, S., Y OTROS. «PREDICTING THE FREQUENCY OF SENIOR CENTER ATTENDANCE». *GERONTOLOGIST, THE*, 33, 5,1993, págs. 650-657, Biblio. R.155.
- ANCIANOS, HOGARES DE JUBILADOS, UTILIZACION DE SERVICIOS, PREDICCION, FACTORES SOCIOECONOMICOS
- MOLLER, V. «INTERGENERATIONAL RELATIONS IN A SOCIETY IN TRANSITION: A SOUTH AFRICAN CASE STUDY». *AGEING AND SOCIETY*, 14, 2, 1994, págs. 155-189, Biblio. R.352.
- ANCIANOS, GENERACIONES, SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL, RELACIONES FAMILIARES, CALIDAD DE VIDA, SATISFACCION, SUDAFRICA
- McGUE, M., Y OTROS. «LONGEVITY IS MODERATELY HERITABLE IN A SAMPLE OF DANISH TWINS BORN 1870-1880». *JOURNALS OF GERONTOLOGY, THE*, 48, 6, 1993, págs. B237-244, Biblio. R.420.
- ANCIANOS, LONGEVIDAD, HERENCIA, FACTORES SOCIOECONOMICOS
- NICHOL, J. *WORKING WITH ELDERLY SURVIVORS OF SEXUAL ABUSE. SOCIAL WORK MONOGRAPHS N° 125*. NORWICH (GB), UNIVERSITY OF EAST ANGLIA, 1993,52 págs. Biblio. R1g.150.
- MENORES, ABUSOS SEXUALES, IMPACTO, ANCIANOS, PROBLEMAS PSICOLOGICOS, TRABAJO SOCIAL
- ONU. *LAS PERSONAS MAYORES EN LA FAMILIA: FACETAS DE LA POTENCIACION OCCASIONAL PAPERS SERIES N° 4*. EN: 1994 AÑO INTERNACIONAL DE LA FAMILIA. DOSSIER. VIENA (A), ONU, 1993, 23 págs. Biblio. G1h.65.
- FAMILIA, ANCIANOS, ANCIANOS ACTIVOS, SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL, INTERVENCION INFORMAL, CUIDADOR INFORMAL, RECOMENDACIONES, PROGRAMAS DE PROMOCION, ORGANISMOS INTERNACIONALES, ONU
- PICKARD, S. «LIFE AFTER A DEATH: THE EXPERIENCE OF BEREAVEMENT IN SOUTH WALES». *AGEING AND SOCIETY*, 14, 2, 1994, págs. 191-217, Biblio. R.352.
- ANCIANOS, VIUDEDAD, ADAPTACION PERSONAL, SOLEDAD, FACTORES SOCIALES
- REYNOLDS, N.H. *OLDER VOLUNTEER LEADERS IN THE RURAL COMMUNITY*. LONDRES (GB), GARLAND PUBLISHING, 1992, 133 págs. Biblio. R1.98.
- ANCIANOS, VOLUNTARIADO, ORGANIZACIONES VOLUNTARIAS, CARACTERISTICAS SERVICIO, EXPERIENCIAS, USA
- RUBIN, R.M., KOELLN, K. «OUT-OF-POCKET HEALTH EXPENDITURE DIFFERENTIALS BETWEEN ELDERLY AND NON-ELDERLY HOUSEHOLDS». *GERONTOLOGIST, THE*, 33, 5,1993, págs. 595-602, Biblio. R.155.
- ANCIANOS, SALUD, COSTE, ESTUDIO COMPARATIVO
- RUDBERG, M.A., Y OTROS. «THE RELATIONSHIP OF VISUAL AND HEARING IMPAIRMENTS TO DISABILITY: AN ANALYSIS USING THE LONGITUDI-

- NAL STUDY OF AGING». *JOURNALS OF GERONTOLOGY, THE*, 48, 6, 1993, págs. M261-265, Biblio. R.420.
- ANCIANOS, ACTIVIDADES VIDA DIARIA, PROBLEMAS VISUALES, AUDICION
- SHERMAN, E., WEBB, T.A. «THE SELF AS PROCESS IN LATE-LIFE REMINISCENCE: SPIRITUAL ATTRIBUTES». *AGEING AND SOC/ETY*, 14, 2, 1994, págs. 255-267, Biblio. R.352.
- ANCIANOS, ENVEJECIMIENTO, ADAPTACION PERSONAL, AUTOCONCEPTO
- SOLINGE, H. VAN. «LIVING ARRANGEMENTS OF NON-MARRIED ELDERLY PEOPLE IN THE NETHERLANDS IN 1990». *AGEING AND SOC/ETY*, 14, 2, 1994, págs. 219-236, Biblio. R.352.
- ANCIANOS, FORMA DE VIDA, SOLEDAD, FACTORES SOCIALES, ESTUDIO COMPARATIVO, HOLANDA
- STRAWBRIDGE, W.J., Y OTROS. «GENDER DIFFERENCES IN FACTORS ASSOCIATED WITH CHANGE IN PHYSICAL FUNCTIONING IN OLD AGE: A 6-YEAR LONGITUDINAL STUDY». *GERONTOLOG/ST, THE*, 33, 5, 1993, págs. 603-609, Biblio. R.155.
- ANCIANOS, ENVEJECIMIENTO, SEXO, SEGUIMIENTO
- TERESI, J., Y OTROS. «A PRIMARY CARE NURSING MODEL IN LONG-TERM CARE FACILITIES: EVALUATION OF IMPACT ON AFFECT, BEHAVIOR, AND SOCIALIZARON». *GERONTOLOGIST, THE*, 33, 5, 1993, págs. 667-674, Biblio. R.155.
- ANCIANOS, RESIDENCIAS, INTERACCION SOCIAL, CALIDAD DE VIDA, CONDUCTA
- TERESI, J.A., Y OTROS. «AN EVALUATION OF THE EFFECTS OF COMMINGLING COGNITIVELY AND NONCOGNITIVELY IMPAIRED INDIVIDUALS IN LONG-TERM CARE FACILITIES». *GERONTOLOGIST, THE*, 33, 3, 1993, págs. 350-358, Biblio. R.155.
- ANCIANOS, DETERIORO MENTAL, RESIDENCIAS, SATISFACCION, ESTUDIO COMPARATIVO
- THOMAS, J.L. «CONCERNS REGARDING ADULT CHILDREN'S ASSISTANCE: A COMPARISON OF YOUNG-OLD AND OLD-OLD PARENTS». *JOURNALS OF GERONTOLOGY, THE*, 48, 6, 1993, págs. s315-322, Biblio. R.420.
- ANCIANOS, RELACION PADRES-HIJOS, SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL, FACTORES SOCIOECONOMICOS
- VARIOS AUTORES. *PROYECTO DEL PLAN GERONTOLOGICO DE EUSKADI*. VITORIA-GASTEIZ, EUSKO JAURLARITZA, 1994, 199 págs. Biblio. R1n.377.
- ANCIANOS, NECESIDADES, SERVICIOS SOCIALES, RESIDENCIAS, ASISTENCIA DOMICILIARIA, ATENCION COMUNITARIA, CARACTERISTICAS POBLACION, SALUD, ESTADISTICAS DE SERVICIOS, GASTO SOCIAL, RECOMENDACIONES, PLAN GERONTOLOGICO, CAPV
- VRIES, B.DE, Y OTROS. «THE UNDERSTANDING OF DEATH AND DYING IN A LIFE-SPAN PERSPECTIVE». *GERONTOLOGIST, THE*, 33, 3, 1993, págs. 366-372, Biblio. R.155.
- ANCIANOS, MUERTE, PSICOLOGIA, ACTITUDES SOCIALES
- WILBER, K.H., BUTURAIN, LM. «DEVELOPING A DAILY MONEY MANAGEMENT SERVICE MODEL: NAVIGATING THE UNCHARTED WATERS OF LIABILITY AND VIABILITY». *GERONTOLOGIST, THE*, 33, 5, 1993, págs. 687-691, Biblio. R.155.
- ANCIANOS, ASIGNACION ECONOMICA, TRABAJO SOCIAL, ASESORAMIENTO
- WOLFSON, C, Y OTROS. «ADULT CHILDREN'S PERCEPTIONS OF THEIR RESPONSIBILITY TO PROVIDE CARE FOR DEPENDENT ELDERLY PARENTS». *GERONTOLOGIST, THE*, 33, 3, 1993, págs. 315-323, Biblio. R.155.
- ANCIANOS, DEPENDIENTES, SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL, CUIDADOR INFORMAL, ACTITUDES SOCIALES
- MUJER**
- ALDRICH, M.R.** «HISTORICAL NOTES ON WOMEN ADDICTS». *JOURNAL OF PSYCHOACTIVE DRUGS*, 26, 1, 1994, págs. 61-64, Biblio. R.829.
- DROGODEPENDENCIAS, MUJER, EVOLUCION, HISTORIA
- ANDERSON, J., Y OTROS. «PREVALENCE OF CHILDHOOD SEXUAL ABUSE EX-

- PERIENCES IN A COMMUNITY SAMPLE OF WOMEN». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 5, 1993, págs. 911-919, Biblio. R.598.
- MENORES, ABUSOS SEXUALES, MUJER, DATOS EPIDEMIOLOGICOS, NUEVA ZELANDA
- ASUNCION, R. DE LA, ROTAETXE, A. *MUJER Y VEJEZ EN BIZKAIA. EN: CONVOCATORIA 1992 DE AYUDAS A LA INVESTIGACION EN SERVICIOS SOCIALES*. BILBAO, DIPUTACION FORAL DE BIZKAIA, 1992, 119-143 págs. Biblio. G9.317.
- ANCIANOS, MUJER, FORMA DE VIDA, ACTITUDES SOCIALES, BIZKAIA
- BECKERMAN, A. «MOTHERS IN PRISON: MEETING THE PREREQUISITE CONDITIONS FOR PERMANENCY PLANNING». *SOCIAL WORK*, 39, 1, 1994, págs. 9-14, Biblio. R.671.
- MUJER, MADRE, PRISION, NIÑOS, ACOGIMIENTO FAMILIAR, RELACIONES FAMILIARES
- BURMAN, S. «THE DISEASE CONCEPT OF ALCOHOLISM: ITS IMPACT ON WOMEN'S TREATMENT». *JOURNAL OF SUBSTANCE ABUSE TREATMENT*, 11, 2, 1994, págs. 121-126, Biblio. R.991.
- DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOLISMO, ENFERMEDAD, TRATAMIENTO, MUJER
- BUSCH, C.M., Y OTROS. «MENOPAUSAL TRANSITION AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN A NATIONALLY REPRESENTATIVE SAMPLE: IS MENOPAUSE ASSOCIATED WITH PSYCHOLOGICAL DISTRESS?». *JOURNAL OF AGING AND HEALTH*, 6, 2, 1994, págs. 209-228, Biblio. R.816.
- ANCIANOS, MUJER, GINECOLOGIA, PROBLEMAS PSICOLOGICOS, DATOS EPIDEMIOLOGICOS
- BUSTOS, Y. «MUJER: DROGODEPENDENCIAS Y REHABILITACION». *PROYECTO*, 11, 1994, págs. 9-12, Biblio. R.956.
- DROGODEPENDENCIAS, TRATAMIENTO, MUJER, CODEPENDENCIA, AUTOCONCEPTO, REHABILITACION, ESTUDIO DESCRIPTIVO
- CHOLLAT-TRAQUET, C. *LA MUJER Y EL TABACO*. GINEBRA (CH), OMS, 1993, 126 págs. Biblio. Q3a.6.
- DROGODEPENDENCIAS, TABAQUISMO, MUJER, SALUD, PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, ACCIÓN CONTRA LAS DROGODEPENDENCIAS, ENCUESTAS, BIBLIOGRAFÍAS, OMS
- COMUNIDAD EUROPEA. *NOW. NUEVAS OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES. INICIATIVA COMUNITARIA DE RECURSOS HUMANOS*. MADRID, INSTITUTO DE LA MUJER, 1993, 24 págs. Biblio. G1b FOL 20.
- MUJER, POLÍTICA EMPLEO, PROMOCIÓN DE EMPLEO, IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, MEDIO LABORAL, PROGRAMAS DE PROMOCIÓN, PROGRAMAS INTERNACIONALES, INFORMACIÓN, COMUNIDAD EUROPEA
- CORNELIUS, M.D., Y OTROS. «A COMPARISON OF PRENATAL DRINKING IN TWO RECENT SAMPLES OF ADOLESCENTS AND ADULTS». *JOURNAL OF STUDIES ON ALCOHOL*, 55, 4, 1994, págs. 412-419, Biblio. R.978.
- DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOL, CONSUMO, ADOLESCENTES, ADULTOS, EMBARAZO, ESTUDIO COMPARATIVO, MUJER
- COSENTINO, CE., Y OTROS. «CROSS-GENDER BEHAVIOR AND GENDER CONFLICT IN SEXUALLY ABUSED GIRLS». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 5, 1993, págs. 940-947, Biblio. R.598.
- MENORES, MUJER, ABUSOS SEXUALES, GÉNERO, PERSONALIDAD
- COSSE, P. «VERS LE DEVELOPPEMENT DE L'AUTONOMIE ECONOMIQUE DES FEMMES: UNE EXPERIENCE DE GROUPE». *SERVICE SOCIAL*, 42, 2, 1993, págs. 163-182, Biblio. R.1004.
- MUJER, POBREZA, SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA, INTEGRACIÓN SOCIAL, INTERVENCIÓN SOCIAL, CANADA
- COUILLARD, M.A., COTE, G. «LES DEFIS D'UNE INTERFACE: LES GROUPES DE FEMMES ET LE RESEAU DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA REGION DE QUEBEC». *SERVICE SOCIAL*, 42, 2, 1993, págs. 29-49, Biblio. R.1004.
- SERVICIOS SOCIALES, SERVICIOS SA-

- NITARIOS, COLABORACION, MUJER, ASOCIACIONES
- DIEM, E.C., Y OTROS. «FEMALE ADOLESCENT ALCOHOL, CIGARETTE, AND MARIJUANA USE: SIMILARITIES AND DIFFERENCES IN PATTERNS OF USE». *INTERNATIONAL JOURNAL OF THE ADDICTIONS, THE*, 29, 8, 1994, págs. 987-997, Biblio. R.830.
- DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOL, TABACO, MARIHUANA, PATRONES DE CONSUMO, MUJER, POLIUSO DE DROGAS, ETNIA, ADOLESCENTES
- EMAKUNDE. «MUJERES EN LA TERCERA EDAD». *EMAKUNDE*, 12, 1993, págs. 63, Biblio. R.838.
- MUJER, ANCIANOS, ESTADISTICAS DE POBLACION, FORMA DE VIDA, POBREZA, CUIDADOR INFORMAL, ANCIANOS ACTIVOS, SOLUCIONES RESIDENCIALES, GENERALIDADES, CAPV
- EUROSTAT. «LES FEMMES DANS LA COMMUNAUTE EUROPEENNE». *STATISTIQUES RAPIDES. POPO'LATION ET CONDITIONS SOCIALES*, 10, 1993, págs. 12, Biblio. R.1021.
- MUJER, NATALIDAD, MORTALIDAD, FORMA DE VIDA, EDUCACION, TRABAJO, ESTADISTICAS DE POBLACION, COMUNIDAD EUROPEA
- GOIKOETXEA, I., Y OTROS. *EVOLUCION DE LAS ESPOSAS DE ALCOHOLICOS EN TRATAMIENTO. EN: XXI JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL*. MADRID, SOCIEDAD CIENTIFICA ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DEL ALCOHOL, 1994, 387-410 págs. Biblio. Q1.117.
- DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOLISMO, CODEPENDENCIA, MUJER, PAREJA, EVOLUCION
- GONYEA, J.G. «THE PARADOX OF THE ADVANTAGED ELDER AND THE FEMINIZATION OF POVERTY». *SOCIAL WORK*, 39, 1, 1994, págs. 35-49, Biblio. R.671.
- ANCIANOS, MUJER, POBREZA, ETNIA, CLASE SOCIAL
- GRAHAM, H., HUNT, S. «WOMEN'S SMOKING AND MEASURES OF WOMEN'S SOCIO-ECONOMIC STATUS IN THE UNITED KINGDOM». *HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL*, 9, 2, 1994, págs. 81-88, Biblio. R.1009.
- DROGODEPENDENCIAS, TABAQUISMO, MUJER, ESTATUS SOCIOECONOMICO, REINO UNIDO
- HAGAN, T.A., Y OTROS. «IMPEDIMENTS TO COMPREHENSIVE TREATMENT MODELS FOR SUBSTANCE-DEPENDENT WOMEN: TREATMENT AND RESEARCH QUESTIONS». *JOURNAL OF PSYCHOACTIVE DRUGS*, 26, 2, 1994, págs. 163-171, Biblio. R.829.
- DROGODEPENDENCIAS, OPIACEOS, TRATAMIENTO, METADONA, MUJER, DIAGNOSTICO
- HAWK, M.A. «HOW SOCIAL POLICIES MAKE MATTERS WORSE: THE CASE OF MATERNAL SUBSTANCE ABUSE». *JOURNAL OF DRUG ISSUES*, 24, 3, 1994, págs. 517-526, Biblio. R.993.
- DROGODEPENDENCIAS, EMBARAZO, CONSUMO, PENALIZACION, CASUÍSTICA, INTERVENCION, MODIFICACION DE CONDUCTA, RECOMENDACIONES, MUJER, POLITICAS PUBLICAS
- HENDERSON, S. «FUN, FASHION & FRISON». *INTERNATIONAL JOURNAL OF DRUG POLICY, THE*, 4, 3, 1993, págs. 123-129, Biblio. R.1114.
- DROGODEPENDENCIAS, DROGAS, MUJER, OCIO, POLITICAS PUBLICAS, CULTURA, GENERO
- INSTITUTE FOR THE STUDY OF DRUG DEPENDENCE. «DRUGLINK FACTSHEET 5: DRUGS AND YOU, PART TWO. INFORMATION FOR WOMEN FROM ISDD». *DRUGLINK*, 9, 1, 1994, págs. 11, Biblio. R.891.
- DROGODEPENDENCIAS, MUJER, EMBARAZO, EFECTOS, SIDA, INFORMACION
- KAMINSKI, M. *INTERVENTIONS ANTITABAGIQUES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES: BILAN. EN: LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME EST-ELLE EFFICACE?*. PARIS (FR), DOCUMENTATION FRANQAISE, LA, 1992, 121-132 págs. Biblio. Q3.12.
- DROGODEPENDENCIAS, TABAQUISMO, EMBARAZO, MUJER, INTERVENCION
- KASKUTAS, L.A. «WHAT DO WOMEN GET OUT OF SELF-HELP? THEIR REASONS FOR ATTENDING WOMEN FOR SOBRIETY AND ALCOHOLICS ANONYMOUS». *JOURNAL OF SUBSTANCE ABUSE TREATMENT*, 11,3,1994, págs.

- 185-195, Biblio. R.991.  
DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOLISMO, MUJER, ALCOHOLICOS ANONIMOS
- LEIDENFROST, N.B. *FAMILIES IN TRANSITION. 1994 INTERNATIONAL YEAR OF THE FAMILY*. VIENNA (A), INTERNATIONAL FEDERATION FOR HOME ECONOMICS, 1992, 245 págs. Biblio. G1h.64.  
FAMILIA, MUJER, SITUACION FAMILIAR, IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, EVOLUCION, CAMBIO SOCIAL, PANORAMA INTERNACIONAL, ONU
- LITTLEWOOD, B. «LIFE, LOVE AND HIV: THE WOMEN'S SYMPOSIUM ON HIV AND AIDS». *CRITICAL SOCIAL POLICY*, 40, 1994, págs. 5-23, Biblio. R.844.  
SIDA, MUJER, FEMINISMO, ACTITUDES SOCIALES
- LORING, M.T., SMITH, R.W. «HEALTH CARE BARRIERS AND INTERVENTION FOR BATTERED WOMEN». *PUBLIC HEALTH REPORTS*, 109, 3, 1994, págs. 328-338, Biblio. R.945.  
MUJER, MALOS TRATOS, DATOS EPIDEMIOLOGICOS, TRATAMIENTO, SERVICIOS DE SALUD, COSTE
- MARTINEZ, M.V. *MUJER, TRABAJO Y MATERNIDAD. PROBLEMAS Y ALTERNATIVAS DE LAS MADRES QUE TRABAJAN*. MADRID, INSTITUTO DE LA MUJER, 1992, 287 págs. Biblio. G1 b.97.  
MUJER, TRABAJO, MADRE TRABAJADORA, ACTITUDES SOCIALES, OPINION PUBLICA, PROBLEMAS FAMILIARES, DATOS ESTADISTICOS, ESPAÑA
- MAURAS, M. «LOS PLANES NACIONALES DE ACCION EN FAVOR DE LA INFANCIA Y LA MUJER EN AMERICA LATINA YELCARIBE». *INFANCIA Y SOCIEDAD*, 17, 1992, págs. 33-43, Biblio. R.928.  
NIÑOS, MUJER, ATENCION INFANCIA, ATENCION MATERNO-INFANTIL, POLITICA SOCIAL, PLANES DE SALUD, MORTALIDAD, NUTRICION, PLANES NACIONALES, LATINOAMERICA
- MILLER, B.A., Y OTROS. «THE IMPACT OF FAMILY VIOLENCE ON THE USE OF ALCOHOL BY WOMEN». *ALCOHOL HEALTH AND RESEARCH WORLD*, 17, 2, 1993, págs. 137-143, Biblio. R.1118.  
DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOLISMO, MEDIO FAMILIAR, VIOLENCIA, MUJER, FACTOR DE RIESGO, RELACIONES FAMILIARES, ABUSOS SEXUALES
- SAUNDERS, D.G. «CHILD CUSTODY DECISIONS IN FAMILIES EXPERIENCING WOMAN ABUSE». *SOCIAL WORK*, 39, 1, 1994, págs. 51-59, Biblio. R.671.  
MENORES, MUJER, MALOS TRATOS, PROBLEMAS FAMILIARES, RIESGO, NIÑOS MALTRATADOS, CUSTODIA
- STOW, J. *SEXUAL ABUSE, FEMINISM AND FAMILY THERAPY. SOCIAL WORK MONOGRAPHS N° 127*. NORWICH (GB), UNIVERSITY OF EAST ANGLIA, 1994, 41 págs. Biblio. G2d.31.  
MENORES, ABUSOS SEXUALES, MEDIO FAMILIAR, MUJER, FEMINISMO, TERAPIA
- TURNBULL, J.E. «EARLY BACKGROUND VARIABLES AS PREDICTORS OF ADULT ALCOHOL PROBLEMS IN WOMEN». *INTERNATIONAL JOURNAL OF THE ADDICTIONS*, 29, 6, 1994, págs. 707-728, Biblio. R.830.  
DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOLISMO, MUJER, FACTOR DE RIESGO, ESTUDIO PROSPECTIVO
- MENORES
- AIMDERSON, J., Y OTROS. «PREVALENCE OF CHILDHOOD SEXUAL ABUSE EXPERIENCES IN A COMMUNITY SAMPLE OF WOMEN». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 5, 1993, págs. 911-919, Biblio. R.598.  
MENORES, ABUSOS SEXUALES, MUJER, DATOS EPIDEMIOLOGICOS, NUEVA ZELANDA
- ARCHAMBAULT, G. «LA PSYCHIATRIE ET LA LOI. ROLE DU PSYCHIATRE DANS UN SERVICE JUDICIAIRE POUR MINEURS». *SAUVEGARDE DE L'ENFANCE*, 5, 1993, págs. 451-505, Biblio. R.114.  
MENORES, PROTECCION DE MENORES, ATENCION PSIQUIATRICA, ATENCION INFANCIA, NIÑOS MALTRATADOS, CASUISTICA
- BERNET, W. «FALSE STATEMENTS AND THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ABUSE ALLEGATIONS». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD*

AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, 32, 5, 1993, págs. 903-910, Biblio. R.598.

MENORES, ABUSOS SEXUALES, DIAGNOSTICO, CONCEPTO, TRIBUNALES

CAMPIS, L.B., Y OTROS. «DEVELOPMENTAL DIFFERENCES IN DETECTION AND DISCLOSURE OF SEXUAL ABUSE». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 5, 1993, págs. 920-924, Biblio. R.598.

MENORES, ABUSOS SEXUALES, DIAGNOSTICO, PERSONALIDAD

DEAN, C. *THE ARGUMENTS FOR AND AGAINST TRANSRACIAL PLACEMENTS. SOCIAL WORK MONOGRAPHS N° 124.* NORWICH (GB), UNIVERSITY OF EAST ANGLIA, 1993, 39 págs. Biblio. G11.185.

MENORES, ADOPCION, MINORIAS, ETNIA, RACISMO, CRITICA, REINO UNIDO

GREEN, A.H. «CHILD SEXUAL ABUSE: IMMEDIATE AND LONG-TERM EFFECTS AND INTERVENTION». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 5, 1993, págs. 890-902, Biblio. R.598.

MENORES, ABUSOS SEXUALES, PERSONALIDAD, PROBLEMAS PSICOLOGICOS, TERAPIA, RESULTADOS

HERZOG, D.B., Y OTROS. «CHILDHOOD SEXUAL ABUSE IN ANOREXIA NERVOSA AND BULIMIA NERVOSA: A PILOT STUDY». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 5, 1993, págs. 962-966, Biblio. R.598.

MENORES, ABUSOS SEXUALES, ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

HORNER, T.M., Y OTROS. «CLINICAL EXPERTISE AND THE ASSESSMENT OF CHILD SEXUAL ABUSE». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 5, 1993, págs. 925-931, Biblio. R.598.

MENORES, ABUSOS SEXUALES, CUSTODIA, TRIBUNALES, NORMATIVA, USA

KERMANI, E.J. «CHILD SEXUAL ABUSE REVISITED BY THE U.S. SUPREME COURT». *JOURNAL OF THE AMERICAN*

*CAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 5, 1993, págs. 971-974, Biblio. R.598.

MENORES, ABUSOS SEXUALES, ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

LIVINGSTON, R. «PREDICTORS OF SELF-REPORTED PSYCHOPATHOLOGY IN CHILDREN ABUSED REPEATEDLY BY A PARENT». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 5, 1993, págs. 948-953, Biblio. R.598.

MENORES, ABUSOS SEXUALES, RELACION PADRES-HIJOS, PROBLEMAS PSICOLOGICOS

MENNEN, F.E., MEADOW, D. «DEPRESSION, ANXIETY, AND SELF-ESTEEM IN SEXUALLY ABUSED CHILDREN». *FAMILIES IN SOCIETY*, 75, 2, 1994, págs. 74-81, Biblio. R.936.

NIÑOS, ABUSOS SEXUALES, PROBLEMAS PSICOLOGICOS, DEPRESION, ANSIEDAD, AUTOESTIMA

MEYERS, M.K. «ORGANIZATIONAL FACTORS IN THE INTEGRATION OF SERVICES FOR CHILDREN». *SOCIAL SERVICE REVIEW*, 35, 4, 1993, págs. 547-575, Biblio. R.690.

NIÑOS, MENORES, PROTECCION DE MENORES, SERVICIOS SOCIALES, SERVICIOS SANITARIOS, ORGANIZACION DE SERVICIOS, COORDINACION, TEORIA, CRITICA, USA

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION. *CATALOGUE DES DOCUMENTS PEDAGOGIQUES SUR LA PROTECTION DES ENFANTS MALTRAITES.* PARIS (FR), MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION, 1993, 58 págs. Biblio. G4c FOL 139.

NIÑOS, MENORES, MALOS TRATOS, ABUSOS SEXUALES, MATERIAL PEDAGOGICO, BIBLIOGRAFIAS, FRANCIA

MOWBRAY, M. «PRIVATE AGENCIES AS PUBLIC AGENTS? DEVELOPMENTS IN CHILD WELFARE IN NEW SOUTH WALES». *SOCIAL SERVICE REVIEW*, 35, 4, 1993, págs. 535-546, Biblio. R.690.

NIÑOS, MENORES, PROTECCION DE MENORES, SERVICIOS Y CENTROS, SECTOR PUBLICO, SECTOR PRIVADO, PRIVATIZACION, AUSTRALIA

STOW, J. *SEXUAL ABUSE, FEMINISM AND FAMILY THERAPY. SOCIAL WORK MONOGRAPHS N° 127*. NORWICH (GB), UNIVERSITY OF EAST ANGLIA, 1994, 41 págs. Biblio. G2d.31.

MENORES, ABUSOS SEXUALES, MEDIO FAMILIAR, MUJER, FEMINISMO, TERAPIA

VARIOS AUTORES. «LOS DEPORTES». *INFANCIA Y SOCIEDAD*, 13, 1992, págs. 150, Biblio. R.928.

NIÑOS, DEPORTES, EJERCICIO FISICO, EDUCACION FISICA, ESPAÑA

## JUVENTUD

ESCUELA, TRABAJO Y DROGAS: ESTUDIO SOBRE INICIA C/ON EN EL USO INDEBIDO DE DROGAS EN ESCOLARES TRABAJADORES DE 6 A 13 AÑOS DE ESCUELAS FISCALES, EN LAS CIUDADES DE SANTA CRUZ, COCHABAMBA Y EL ALTO. LA PAZ (BO), DIRECCION NACIONAL DE PREVENCION INTEGRAL DEL USO INDEBIDO DE DROGAS, 1990, 130 págs. Biblio. Q1.115.

DROGODEPENDENCIAS, INVESTIGACION, LATINOAMERICA, ESCUELA, TRABAJO, ADOLESCENTES.

BARRIONUEVO, J., Y OTROS. *DROGA; ADOLESCENCIA Y FAMILIA. UNA APROXIMACION DESDE EL PSICOANALISIS, LA PSICOLOGIA Y LA MEDICINA*. BUENOS AIRES (AR), TEKNE, 1991, 125 págs. Biblio. Qih.8.

DROGODEPENDENCIAS, ADOLESCENTES, FAMILIA, PSICOLOGIA, MEDICINA, PSICOANALISIS, GENERALIDADES

BIEDERMAN, J., Y OTROS. «SOCIAL ADJUSTMENT INVENTORY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS: CONCURRENT VALIDITY IN ADHD CHILDREN». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 5, 1993, págs. 1059-1064, Biblio. R.598.

NIÑOS, ADOLESCENTES, HIPERACTIVIDAD, SOCIABILIDAD, EVALUACION

BLUME, T.W. «SOCIAL ROLE NEGOTIATION SKILLS FOR SUBSTANCE-ABUSING ADOLESCENTS: A GROUP MODEL». *JOURNAL OF SUBSTANCE ABUSE TREATMENT*, 11,3,1994, págs. 197-204, Biblio. R.991.

DROGODEPENDENCIAS, ADOLESCENTES, TERAPIA DE GRUPO

CHILDRESS, A.C., Y OTROS. «THE KIDS' EATING DISORDERS SURVEY (KEDS): A STUDY OF MIDDLE SCHOOL STUDENTS». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 4, 1993, págs. 843-850, Biblio. R.598.

ADOLESCENTES, ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, DIAGNOSTICO, TERAPIA

COMUNIDAD EUROPEA. *PETRA. VADEMECUM. GUIA DEL SOLICITANTE 1993*. BRUSELAS (BE), COMUNIDAD EUROPEA, 1993, 39 págs. Biblio. G1c FOL 16.

JUVENTUD, FORMACION PROFESIONAL, PROGRAMAS DE FORMACION, PROGRAMAS INTERNACIONALES, ADMISION, PROCEDIMIENTO, COMUNIDAD EUROPEA

COMUNIDAD EUROPEA. *PETRA II. ACCION Ia*. BRUSELAS (BE), COMUNIDAD EUROPEA, 1994, 4 págs. Biblio. Gic FOL. 12.

JUVENTUD, FORMACION PROFESIONAL, PROGRAMAS DE FORMACION, PROGRAMAS INTERNACIONALES, INFORMACION, COMUNIDAD EUROPEA

COMUNIDAD EUROPEA. *PETRA II. ACCION Ib*. BRUSELAS (BE), COMUNIDAD EUROPEA, 1994, 4 págs. Biblio. Gic FOL. 13.

JUVENTUD, FORMACION PROFESIONAL, PROGRAMAS DE FORMACION, PROGRAMAS INTERNACIONALES, INFORMACION, COMUNIDAD EUROPEA

COMUNIDAD EUROPEA. *PETRA. VADEMECUM. GUIA DEL SOLICITANTE 1994*. BRUSELAS (BE), COMUNIDAD EUROPEA, 1994, 40 págs. Biblio. G1c FOL. 17.

JUVENTUD, FORMACION PROFESIONAL, PROGRAMAS DE FORMACION, PROGRAMAS INTERNACIONALES, INFORMACION, ADMISION, CONDICIONES, COMUNIDAD EUROPEA

CORNELIUS, M.D., Y OTROS. «A COMPARISON OF PRENATAL DRINKING IN TWO RECENT SAMPLES OF ADOLESCENTS AND ADULTS». *JOURNAL OF STUDIES ON ALCOHOL*, 55, 4, 1994, págs. 412-419, Biblio. R.978

- DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOL, CONSUMO, ADOLESCENTES, ADULTOS, EMBARAZO, ESTUDIO COMPARATIVO, MUJER
- ELZO, J., Y OTROS. *ALCOHOLISMO JUVENIL. REFLEXIONES Y SUGERENCIAS DE ACTUACION ANTE UNA REALIDAD CONTRASTADA*. BILBAO, UNIVERSIDAD DE DEUSTO, 1994, 114 págs. Biblio. Q2k.4.
- DROGODEPENDENCIAS, FACTORES SOCIALES, ALCOHOLISMO, JUVENTUD, CAPV, AYUNTAMIENTOS, ACTITUDES SOCIALES
- FLAY, B. *LES DETERMINANTS PSYCHOLOGIQUES ETSOC/AUXDU TABAGISME A LA PRE-ADOLESCENCE ET A L'ADOLESCENCE. EN: LA LUTTECONTRE LE TABAGISME EST-ELLE EFFICACE?*. PARIS (FR), DOCUMENTACION FRAN QAISE, LA, 1992, 3-10 págs. Biblio. Q3.12.
- DROGODEPENDENCIAS, TABAQUISMO, ADOLESCENTES, FACTOR DE RIESGO, FACTORES PSICOLOGICOS, FACTORES SOCIALES
- FROMME, K., Y OTROS. «THE ALCOHOL SKILLS TRAINING PROGRAM: A GROUP INTERVENTION FOR YOUNG ADULT DRINKERS». *JOURNAL OF SUBSTANCEABUSE TREATMENT*, 11, 2, 1994, págs. 143-154, Biblio. R.991.
- DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOLISMO, ALTO RIESGO, PROGRAMAS DE PREVENCION, JUVENTUD, APTITUDES, GRUPO, PROGRAMAS Y METODOS, EXPERIENCIAS
- GUSTAFSON, D.H., Y OTROS. «PREDICTING ADOLESCENT PROBLEM USE OF MARIJUANA: DEVELOPMENT AND TESTING OF ABAYESIAN MODEL». *INTERNATIONAL JOURNAL OF THEAD-DICTIONS, THE*, 29, 7, 1994, págs. 861-886, Biblio. R.830.
- DROGODEPENDENCIAS, MARIHUANA, ADOLESCENTES, ESTUDIO PROSPECTIVO, INSTRUMENTOS TECNICOS
- HARDERT, R.A., DOWD, T.J. «ALCOHOL AND MARIJUANA USE AMONG HIGH SCHOOL AND COLLEGE STUDENTS IN PHOENIX, ARIZONA: A TEST OF KAN-DEL'S SOCIALIZATION THEORY». *INTERNATIONAL JOURNAL OF THE AD-DICTIONS, THE*, 29, 7, 1994, págs. 887-912, Biblio. R.830.
- DROGODEPENDENCIAS, ADOLESCENTES, ALCOHOL, MARIHUANA, ESTUDIANTES, EDUCACION SECUNDARIA, TEORIA, SOCIALIZACION
- HUSSEY, D.L, SINGER, M. «PSYCHOLOGICAL DISTRESS, PROBLEM BEHAVIORS, AND FAMILY FUNCTIONING OF SEXUALLY ABUSED ADOLESCENT INPATIENTS». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 5, 1993, págs. 954-961, Biblio. R.598.
- ADOLESCENTES, ABUSOS SEXUALES, PROBLEMAS PSIQUIATRICOS, DROGODEPENDENCIAS, HOSPITALIZACION
- KEEFE, K. «PERCEPTIONS OF NORMATIVE SOCIAL PRESSURE AND ATTITUDES TOWARD ALCOHOL USE: CHANGES DURING ADOLESCENCE». *JOURNAL OFSTUDIES ONALCOHOL*, 55,1,1994, págs. 46-54, Biblio. R.978.
- DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOL, CONSUMO, EVOLUCION, ACTITUDES SOCIALES, ADOLESCENTES
- LITTLE, R., CLONTZ, K. «YOUNG, DRUNK, DANGEROUS AND DRIVING: UNDERAGE DRINKING AND DRIVING RESEARCH FINDINGS». *JOURNAL OF ALCOHOL AND DRUG EDUCATION*, 39, 3, 1994, págs. 37-49, Biblio. R.988.
- DROGODEPENDENCIAS, JUVENTUD, ALCOHOLISMO, AUTOMOVIL, ACCIDENTES DE TRAFICO, CARACTERISTICAS POBLACION, PATRONES DE CONSUMO
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. «FACTS ABOUT TEENAGERS AND DRUG ABUSE». *NIDA CAPSULES*, 1, 1993, págs. 11-13, Biblio. R.1049.
- DROGODEPENDENCIAS, JUVENTUD, SEGUIMIENTO, USA, INFORMES
- NEUKIRCH, F. *PROPOSITION DE CAMPAGNE ANTITABAGIQUE: L'EXAMEN FONCTIONNEL RESPIRATOIRE CHEZ DES ADOLESCENTS SCOLAR/SES. EN: LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME EST-ELLE EFFICACE?*. PARIS (FR), DOCUMENTATION FRAN QAISE, LA, 1992, 65-72 págs. Biblio. Q3.12.
- DROGODEPENDENCIAS, ACCION CONTRA LAS DROGODEPENDENCIAS, ADOLESCENTES, MEDIO ESCOLAR, ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, CAMPANAS DE PREVENCION
- NORMAN, E., TURNER, S. «PREVENTION PROGRAMMES FOR ADOLESCENTS

- IN THE USA». *INTERNATIONAL JOURNAL OF DRUG POLICY, THE*, 5, 2, 1994, págs. 90-105, Biblio. R.1114.
- DROGODEPENDENCIAS, ADOLESCENTES, PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, MODELOS, USA
- RUSSAC, R.J., WEAVER, S.T. «FINE-TUNING THE PREVENTION MESSAGE: A DEVELOPMENTAL PERSPECTIVE». *JOURNAL OF ALCOHOL AND DRUG EDUCATION*, 39, 3, 1994, págs. 46-55, Biblio. R.988.
- DROGODEPENDENCIAS, EDUCACION, ADOLESCENTES, NIÑOS, PREVENCIÓN, METODOLOGIA, RECOMENDACIONES
- SASCO, A.J., POBEL, D. *UNE ACTION EDUCATIVE EN MILIEU SCOLAIRE. EN: LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME EST-ELLE EFFICACE?*. PARIS (FR), DOCUMENTATION FRAN CAISE, LA, 1992, 45-55 págs. Biblio. Q3.12.
- DROGODEPENDENCIAS, TABAQUISMO, NIÑOS, ADOLESCENTES, MEDIO ESCOLAR, ACCION CONTRA LAS DROGODEPENDENCIAS, ENCUESTAS, ESTUDIO LOCAL
- SHELEY, J.F. «DRUG ACTIVITY AND FIREARMS POSSESSION AND USE BY JUVENILES». *JOURNAL OF DRUG ISSUES*, 24, 3, 1994, págs. 363-382, Biblio. R.993.
- DROGODEPENDENCIAS, JUVENTUD, DELINCUENCIA JUVENIL, VIOLENCIA, PRISION, USA
- STANTON, W.R., Y OTROS. «SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF ADOLESCENT SMOKERS». *INTERNATIONAL JOURNAL OF THE ADDICTIONS, THE*, 29, 7, 1994, págs. 913-925, Biblio. R.830.
- DROGODEPENDENCIAS, ADOLESCENTES, TABACO, CONSUMO, FACTORES SOCIALES, CARACTERISTICAS POBLACION
- VEGA, A. VALORES Y DROGAS: ASPECTOS EDUCATIVOS. *EN: XXI JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL*. MADRID, SOCIEDAD CIENTIFICA ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DEL ALCOHOL, 1994, 597-608 págs. Biblio. Q1.117.
- DROGODEPENDENCIAS, EDUCACION, FUNDAMENTOS, ACCION CONTRA
- LAS DROGODEPENDENCIAS, JUVENTUD
- VOGLER, R.E. «WHAT COLLEGE STUDENTS NEED TO KNOW ABOUT DRINKING». *JOURNAL OF ALCOHOL AND DRUG EDUCATION*, 39, 3, 1994, págs. 99-112, Biblio. R.988.
- DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOLISMO, JUVENTUD, EDUCACION SUPERIOR, INFORMACION, RECOMENDACIONES, PREVENCIÓN
- WEBSTER, R.A., Y OTROS. «PERSONALITY AND SOCIODEMOGRAPHIC INFLUENCES ON ADOLESCENTS' SUBSTANCE USE: A PATH ANALYSIS». *INTERNATIONAL JOURNAL OF THE ADDICTIONS, THE*, 29, 7, 1994, págs. 941-956, Biblio. R.830.
- DROGODEPENDENCIAS, ADOLESCENTES, FACTOR DE RIESGO, PERSONALIDAD, ESTATUS SOCIOECONOMICO, INVESTIGACION
- WEILL, J., LE BOURHIS, B. «FACTORS PREDICTIVE OF ALCOHOL CONSUMPTION IN A REPRESENTATIVE SAMPLE OF FRENCH MALE TEENAGERS: A FIVE-YEAR PROSPECTIVE STUDY». *DRUG AND ALCOHOL DEPENDENCE*, 35, 1, 1994, págs. 45-50, Biblio. R.854.
- DROGODEPENDENCIAS, ALCOHOL, CONSUMO, FACTOR DE RIESGO, ADOLESCENTES, ESTUDIO PROSPECTIVO, FRANCIA, SEGUIMIENTO
- POBREZA
- «INCIDENCIA DE LA CRISIS EN EL ESTADO DE BIENESTAR». *REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES Y POLITICA SOCIAL*, 31/32, 1993, págs. 112, Biblio. R.666.
- ECONOMIA, CRISIS, BIENESTAR SOCIAL, ESTADO SOCIAL, PROTECCION SOCIAL, PARO, TRABAJO SOCIAL, SALARIO SOCIAL, CARACTERISTICAS POBLACION
- CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES. «QUESTIONS SUR L'INSERTION DANS LE RMI: ANALYSE DES REPRESENTATIONS ET DES PRACTIQUES». *ESPACES ET FAMILLES*, 30, 1993, págs. 114, Biblio. R.940.
- POBREZA, MARGINACION SOCIAL, TIPOLOGIA, INTEGRACION SOCIAL, INTEGRACION LABORAL, CONTRATOS, PROGRAMAS DE INSERCIÓN, CRITICA, ACTITUDES USUARIOS, FRANCIA

- COMUNIDAD EUROPEA. «NUEVO PROGRAMA EUROPEO DE LUCHA CONTRA LA EXCLUSION». *CRONICA DE INFORMACION SOCIAL*, 11, 1993, págs. 6-7, Biblio. R.1012.
- POBREZA, PLANES POBREZA, PROYECTOS, FINANCIACION, PROCEDIMIENTO, GENERALIDADES, COMUNIDAD EUROPEA
- COMUNIDAD EUROPEA. «DICTAMEN SOBRE EL LIBRO VERDE SOBRE LA POLITICA SOCIAL EUROPEA: OPCIONES PARA LA UNION. COMUNICACION DEL SR. FLYNN (94/C 148/10)». *DOSIER ASUNTOS SOCIALES*, JUNIO, 1994, págs. 1-14, Biblio. R.959.
- POLITICA SOCIAL, POLITICA EMPLEO, POBREZA, MARGINACION SOCIAL, INTEGRACION SOCIAL, RECOMENDACIONES, DIRECTRICES, COMUNIDAD EUROPEA
- COMUNIDAD EUROPEA. *LUTTER CONTRE L'EXCLUSION SOCIALE. UN DEFI POUR LES ANNEES 90*. BRUSELAS (BE), COMUNIDAD EUROPEA, 1993, 16 págs. Biblio. G4a FOL 29.
- POBREZA, MARGINACION SOCIAL, CRITICA, PROPUESTAS, RECOMENDACIONES, REUNIONES, COMUNIDAD EUROPEA
- CONGRESS, E.P., CHERNESKY, R.H. «REPRESENTATIVE PAYEE PROGRAMS FOR THE ELDERLY: ADMINISTRATIVE, CLINICAL, AND ETHICAL ISSUES». *JOURNAL OF GERONTOLOG/CAL SOCIAL WORK*, 21, 1/2, 1993, págs. 77-93, Biblio. R.131.
- ANCIANOS, PRECARIEDAD, PRESTACIONES SOCIALES, PRESTACIONES ECONOMICAS, PROCEDIMIENTO
- COSSE, P. «VERS LE DEVELOPPEMENT DE L'AUTONOMIE ECONOMIQUE DES FEMMES: UNE EXPERIENCE DE GROUPE». *SERVICE SOCIAL*, 42, 2, 1993, págs. 163-182, Biblio. R.1004.
- MUJER, POBREZA, SITUACION SOCIOECONOMICA, INTEGRACION SOCIAL, INTERVENCION SOCIAL, CANADA
- DATLAN. *PLAN INTEGRAL DE LUCHA CONTRA LA POBREZA EN EUSKADI (BALANCE 1990-1991)*. *DOCUMENTOS DE BIENESTAR SOCIAL A*° 51. VITORIA-GASTEIZ, EUSKO JAURLARITZA, 1993, 210 págs. Biblio. G4a.154.
- POBREZA, SALARIO SOCIAL, PLANES POBREZA, PRESTACIONES ECONOMICAS, CARACTERISTICAS USUARIO, ESTADÍSTICAS DE POBLACIÓN, CAPV
- EMAIKER. *ESTUDIO DE PANEL DE LOS BENEFICIARIOS DEL I.M.I. 1990-1992. DOCUMENTOS DE BIENESTAR SOCIAL N° 50*. VITORIA-GASTEIZ, EUSKO JAURLARITZA, 1993, 121 págs. Biblio. G4a.153.
- POBREZA, PLANES POBREZA, CARACTERISTICAS USUARIO, ESTADÍSTICAS DE POBLACION, CONTRAPRESTACIONES, EVALUACION DE SERVICIOS, SEGUIMIENTO, EVOLUCION, CAPV
- EMAKUNDE. «MUJERES EN LA TERCERA EDAD». *EMAKUNDE*, 12, 1993, págs. 63, Biblio. R.838.
- MUJER, ANCIANOS, ESTADÍSTICAS DE POBLACION, FORMA DE VIDA, POBREZA, CUIDADOR INFORMAL, ANCIANOS ACTIVOS, SOLUCIONES RESIDENCIALES, GENERALIDADES, CAPV
- FATRAS, J.Y., GOUDET, B. *RMI ET SANTE. GUIDE PEDAGOG/QUE A L'USAGE DES PROFESSIONNELS*. VANVES (FR), COMITE FRAN QAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE, 1993, 320 págs. Biblio. G4a.152.
- POBREZA, SALARIO SOCIAL, PLANES POBREZA, CARACTERISTICAS USUARIO, SALUD, INDICADOR DE SALUD, PLANES DE SALUD, EDUCACION SANITARIA, EXPERIENCIAS, FRANCIA
- GENERAL ACCOUNTING OFFICE. *ELDERLY AMERICANS. HEALTH, HOUSING, AND NUTRITION GAPS BETWEEN THE POOR AND NONPOOR*. WASHINGTON (USA), GENERAL ACCOUNTING OFFICE, 1992, 62 págs. Biblio. R1g.158.
- ANCIANOS, SITUACION SOCIAL, POBREZA, SALUD, VIVIENDA, NUTRICION, ESTADÍSTICAS DE POBLACION, USA
- GONYEA, J.G. «THE PARADOX OF THE ADVANTAGED ELDER AND THE FEMINIZATION OF POVERTY». *SOCIAL WORK*, 39, 1, 1994, págs. 35-49, Biblio. R.671.
- ANCIANOS, MUJER, POBREZA, ETNIA, CLASE SOCIAL
- GRACIA, J. *MENDIGOS Y VAGABUNDOS EN VIZCAYA (1766-1833)*. BILBAO,

UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO, 1993, 272 págs. Biblio. G4a.151.

POBREZA, MARGINACION SOCIAL, SIN TECHO, VAGABUNDOS, MENDICIDAD, HISTORIA, ESTADISTICAS DE POBLACION, EVOLUCION, BIZKAIA

GROSKIND, F. «IDEOLOGICAL INFLUENCES ON PUBLIC SUPPORT FOR ASSISTANCE TO POOR FAMILIES». *SOCIAL WORK*, 39, 1, 1994, págs. 81-89, Biblio. R.671.

POBREZA, PRESTACIONES SOCIALES, ACTITUDES SOCIALES, ETNIA

OPPENHEIM, C. «FAMILIES AND THE RECESSION LIVING ON THE BREADLINE». *CHILDRIGHT*, 101, 1993, págs. 11-14, Biblio. R.952.

FAMILIA, NIÑOS, POBREZA, NIVEL DE VIDA, PRECARIEDAD, DATOS ESTADISTICOS, REINO UNIDO

PARLAMENTO EUROPEO. «EL PARLAMENTO EUROPEO APRUEBA UNA RESOLUCION SOBRE LA LUCHA CONTRA LA POBREZA Y LA EXCLUSION SOCIAL EN LA COMUNIDAD EUROPEA Y PROPONE A LA COMISION SU PUNTO DE VISTA SOBRE EL NUEVO PROGRAMA DE LUCHA CONTRA LA EXCLUSION». *CRONICA DE INFORMACION SOCIAL*, 11, 1993, págs. 3-7, Biblio. R.1012.

POBREZA, PLANES POBREZA, RECOMENDACIONES, PARLAMENTO, COMUNIDAD EUROPEA

VARIOS AUTORES. «HOMELESS CHILDREN». *SOCIAL WORK IN EDUCATION*, 16, 1, 1994, págs. 71, Biblio. R.912.

POBREZA, NIÑOS, SIN TECHO, EDUCACION, TRABAJO SOCIAL

## DEFICIENCIAS

«GUIDE-BAREME D'EVALUATION DU HANDICAP: CIRCULAIRE D'APPLICATION». *TRAVAIL SOCIAL ACTUALITES*, 479, 1993, págs. 3, Biblio. R.735.

DEFICIENCIAS, DIAGNOSTICO, EVALUACION, BAREMOS, ESCALAS, INSTRUMENTOS TECNICOS, NORMATIVA, FRANCIA

AMAN, M.G., Y OTROS. «FENFLURAMINE AND METHYLPHENIDATE IN CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION AND ADHD: CLINICAL AND SIDE EF-

FACTS». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 4, 1993, págs. 851-859, Biblio. R.598.

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, HIPERACTIVIDAD, TRATAMIENTO, FARMACOS

BAX, M. «NUTRITION AND DISABILITY». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 35, 12, 1993, págs. 1035-1036, Biblio. R.727.

DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, NUTRICION, DESARROLLO INFANTIL

BELCHER, T.L. «MOVEMENT TO THE COMMUNITY: REDUCTION OF BEHAVIORAL DIFFICULTIES». *MENTAL RETARDATION*, 32, 2, 1994, págs. 89-90, Biblio. R.101.

DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DESINSTITUCIONALIZACION, CONDUCTA

BENJAMIN, E., BUOT-SMITH, T. «NAL-TREXONE AND FLUOXETINE IN PRADER-WILLI SYNDROME». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 4, 1993, págs. 870-873, Biblio. R.598.

DEFICIENCIAS, SINDROME DE PRADER-WILLI, TRATAMIENTO, FARMACOS

BLAIR, E., STANLEY, F. «AETIOLOGICAL PATHWAYS TO SPASTIC CEREBRAL PALSY». *PAEDIATRIC AND PERINATAL EPIDEMIOLOGY*, 1, 3, 1993, págs. 302-317, Biblio. R.298.

DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, ETIOLOGIA

BLAIR, E., STANLEY, F. «WHEN CAN CEREBRAL PALSY BE PREVENTED?. THE GENERATION OF CAUSAL HYPOTHESES BY MULTIVARIATE ANALYSIS OF A CASE-CONTROL STUDY». *PAEDIATRIC AND PERI NATAL EPIDEMIOLOGY*, 7, 3, 1993, págs. 272-301, Biblio. R.298.

DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, PREVENCIÓN

BRACE, R.A., Y OTROS. «AMNIOTIC FLUID». *SEMINARS IN PERINATOLOGY*, 17, 3, 1993, págs. 70, Biblio. R.770.

DEFICIENCIAS, EMBARAZO, LIQUIDO AMNIOTICO, CARACTERISTICAS,

- EFFECTOS, FETO, EVALUACION, DIAGNOSTICO, ECOGRAFIA, DESARROLLO FETAL
- BROWDER, D.M., COOPER, K.J. «INCLUSION OF OLDER ADULTS WITH MENTAL RETARDATION IN LEISURE OPPORTUNITIES». *MENTAL RETARDATION*, 32, 2, 1994, págs. 91-99, Biblio. R.101.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, ANCIANOS, OCIO, PROGRAMAS DE OCIO
- CAWLEY, J.F. «SCIENCE FOR STUDENTS WITH DISABILITIES». *REMEDIAL AND SPECIAL EDUCATION*, 15, 2, 1994, págs. 67-71, Biblio. R.515.
- DEFICIENCIAS, EDUCACION ESPECIAL, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS
- CHICOINE, B., Y OTROS. «DEVELOPMENT OF A CLINIC FOR ADULTS WITH DOWN SYNDROME». *MENTAL RETARDATION*, 32, 2, 1994, págs. 100-106, Biblio. R.101.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, SINDROME DE DOWN, SERVICIOS DE SALUD, HOSPITAL
- CIONI, G., Y OTROS. «SENSORIMOTOR DEVELOPMENT IN CEREBRAL-PALSIED INFANTS ASSESSED WITH THE UZGIRIS-HUNT SCALES». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 35, 12, 1993, págs. 1055-1066, Biblio. R.727.
- DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, DESARROLLO COGNITIVO, DESARROLLO MOTOR
- CIURLIA-GUY, E., Y OTROS. «IDENTIFYING HEARING LOSS AND HEARING HANDICAP AMONG CHRONIC CARE ELDERLY PEOPLE». *GERONTOLOGIST, THE*, 33, 5, 1993, págs. 644-649, Biblio. R.155.
- ANCIANOS, DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, ENFERMEDADES CRONICAS, DETECCION
- CLARKE, D.J., PICKLES, K.J. «LITHIUM TREATMENT FOR PEOPLE WITH LEARNING DISABILITY: PATIENTS' AND CARERS' KNOWLEDGE OF HAZARDS AND ATTITUDES TO TREATMENT». *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 38, 2, 1994, págs. 187-194, Biblio. R.104.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DEPRESION, TRATAMIENTO, INFORMACION, ACTITUDES FAMILIA
- CLYMER, E.W., PARRISH, R. «PRODUCTIVE ADMINISTRATIVE APPLICATIONS OF COMPUTERS IN SCHOOLS AND PROGRAMS FOR DEAF STUDENTS». *AMERICAN ANNALS OF THE DEAF*, 139, ESPECIAL, 1994, págs. 28-31, Biblio. R.622.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS, ORDENADORES
- COLLACOTT, R.A., Y OTROS. «MULTINFARCT DEMENTIA IN DOWN'S SYNDROME». *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 38, 2, 1994, págs. 203-208, Biblio. R.104.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DEMENCIA SENIL, DATOS EPIDEMIOLOGICOS
- DAVILA, R.R. «TECHNOLOGY AND FULL PARTICIPARON FOR CHILDREN AND ADULTS WHO ARE DEAF». *AMERICAN ANNALS OF THE DEAF*, 139, ESPECIAL, 1994, págs. 6-9, Biblio. R.622.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, AUTONOMIA PERSONAL, INTEGRACION SOCIAL, NUEVAS TECNOLOGIAS
- DEMETRAL, G.D. «DIAGRAMMATIC ASSESSMENT OF ECOLOGICAL INTEGRATION OF SEX OFFENDERS WITH MENTAL RETARDATION IN COMMUNITY RESIDENTIAL FACILITIES». *MENTAL RETARDATION*, 32, 2, 1994, págs. 141-145, Biblio. R.101.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, CONDUCTA, AGRESION SEXUAL, RESIDENCIAS, INTEGRACION SOCIAL
- DISABILITY SCOTLAND. *COMMUNICATIONS*, 22. EDINBURGH (GB), DISABILITY SCOTLAND, 1994, 37 págs. Biblio. N2b.43.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA SENSORIAL, DEFICIENCIA VISUAL, DEFICIENCIA AUDITIVA, COMUNICACION, AYUDAS TECNICAS, DIRECTORIOS
- DISABILITY SCOTLAND. *BEDS*, 1. EDINBURGH (GB), DISABILITY SCOTLAND, 1994, 47 págs. Biblio. N2b.44.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA FISICA, AYUDAS TECNICAS, DIRECTORIOS

- DUKER, P., Y OTROS. «A STIMULUS CONTROL PROCEDURE TO INCREASE REQUESTING WITH INDIVIDUALS WHO ARE SEVERELY/PROFOUNDLY INTELLECTUALLY DISABLED». *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 38, 2, 1994, págs. 177-186, Biblio, R.104.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DEFICIENCIA PROFUNDA, COMUNICACION, LENGUAJE, ESTIMULOS, RESULTADOS
- EDGERTON, R.B., Y OTROS. «HEALTH CARE FOR AGING PEOPLE WITH MENTAL RETARDATION». *MENTAL RETARDATION*, 32, 2, 1994, págs. 146-150, Biblio. R.101.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, ANCIANOS, SERVICIOS DE SALUD
- EVANS, G., Y OTROS. «ASSESSING THE IMPACT OF THE ALL-WALES MENTAL HANDICAP STRATEGY: A SURVEY OF FOUR DISTRICTS». *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 38,2,1994, págs. 109-133, Biblio. R.104.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DESINSTITUCIONALIZACION, ATENCION COMUNITARIA, FORMA DE VIDA, EVALUACION DE SERVICIOS, SEGUIMIENTO, REINO UNIDO
- FELDER, C, DOUCE, V. «HANDICAPS, DEFICIENCES ET DIFFICULTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE». *INFORMATIONS RAPIDES*, 50, 1994, págs. 4, Biblio. R.715.
- DEFICIENCIAS, DEPENDIENTES, ESTADISTICAS DE POBLACION, GENERALIDADES, FRANCIA
- GODDARD-FINEGOLD, J. «THE NEUROLOGICALLY COMPROMISED FETUS». *SEMINARS IN PERINATOLOGY*, 17, 5, 1993, págs. 304-311, Biblio. R.770.
- DEFICIENCIAS, DESARROLLO NEUROLOGICO, FETO
- GRAY, P.H., Y OTROS. «PERINATAL HYPOXIC-ISCHAEMIC BRAIN INJURY: PREDICTION OF OUTCOME». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 35, 11, 1993, págs. 965-973, Biblio. R.727.
- DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, ANOXIA NEONATAL, ETIOLOGIA
- GRIGG, G., Y OTROS. «ELEMENTARY SCHOOL SCIENCE FOR STUDENTS WITH DISABILITIES». *REMEDIAL AND SPECIAL EDUCATION*, 15, 2, 1994, págs. 86-93, Biblio. R.515.
- DEFICIENCIAS, EDUCACION ESPECIAL, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS, CURRICULUM, MATEMATICAS
- HAIRSTON, E.E. «EDUCATIONAL MEDIA TECHNOLOGY FOR HEARING-IMPAIRED PERSONS. A FEDERAL PERSPECTIVE». *AMERICAN ANNALS OF THE DEAF*, 139, ESPECIAL, 1994, págs. 10-13, Biblio. R.622.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS, NUEVAS TECNOLOGIAS
- HILL, A.E. «PROBLEMS IN RELATION TO INDEPENDENT LIVING: A RETROSPECTIVE STUDY OF PHYSICALLY DISABLED SCHOOL-LEAVERS». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 35,12,1993, págs. 1111-1115, Biblio. R.727.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA FISICA, ACTIVIDADES VIDA DIARIA, EMANCIPACION, ACTITUDES FAMILIA
- JENSEMA, C.J. «TELECOMMUNICATIONS FOR THE DEAF. ECHOES OF THE PAST - A GLIMPSE OF THE FUTURE». *AMERICAN ANNALS OF THE DEAF*, 139, ESPECIAL, 1994, págs. 22-27, Biblio. R.622.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, NUEVAS TECNOLOGIAS
- JORDAN, J. «USE OF A REVISED VERSION OF THE PSYCHOTROPIC MEDICATION EFFICACY GRAPH». *MENTAL RETARDATION*, 32, 2, 1994, págs. 128-131, Biblio. R.101.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, PSICOTROPOS, EFECTOS
- KATZ, E. «THE NATIONAL INSTITUTE OF ART AND DISABILITIES: AN ART CENTER FOR ADULTS WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES». *MENTAL RETARDATION*, 32, 2, 1994, págs. 137-140, Biblio. R.101.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, ACTIVIDADES ARTISTICAS Y CULTURALES, EXPERIENCIAS
- KELTNER, B. «HOME ENVIRONMENTS OF MOTHERS WITH MENTAL RETARDATION». *MENTAL RETARDATION*, 32, 2, 1994, págs. 123-127, Biblio. R.101.

- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, PADRES DEFICIENTES, MADRE, MEDIO FAMILIAR, EVALUACION DE AMBIENTES
- KING, E.M., Y OTROS. «EVALUATION OF THE HIP-EXTENSOR TRICYCLE IN IMPROVING GAIT IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 35, 12, 1993, págs. 1048-1054, Biblio. R.727.
- DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, CADERA, REHABILITACION
- KLIN, A., VOLKMAR, F.R. «ELECTIVE MUTISM AND MENTAL RETARDATION». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 4, 1993, págs. 860-864, Biblio. R.598.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, PROBLEMAS DE LENGUAJE, MUTISMO, TERAPIA
- KONARSKI, E.A., Y OTROS. «CASE STUDY OF THE RELATION BETWEEN CENSUS REDUCTION AND INJURIES TO RESIDENTS IN AN ICF/MR». *MENTAL RETARDATION*, 32, 2, 1994, págs. 132-136, Biblio. R.101.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, RESIDENCIAS, TAMAÑO, CONDUCTA, ACCIDENTES
- KRAGELOH-MANN, I., Y OTROS. «BILATERAL SPASTIC CEREBRAL PALSY. A COMPARATIVE STUDY BETWEEN SOUTH-WEST GERMANY AND WESTERN SWEDEN. I: CLINICAL PATTERNS AND DISABILITIES». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 35, 12, 1993, págs. 1037-1047, Biblio. R.727.
- DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, TRASTORNOS ASOCIADOS
- LAW, M., KING, G. «PARENT COMPLIANCE WITH THERAPEUTIC INTERVENTIONS FOR CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 35, 11, 1993, págs. 983-990, Biblio. R.727.
- DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, ASISTENCIA DOMICILIARIA, TERAPIA OCUPACIONAL
- LERMAN, D.C., Y OTROS. «RESTRAINT FADING AND THE DEVELOPMENT OF ALTERNATIVE BEHAVIOUR IN THE TREATMENT OF SELF-RESTRAINT AND SELF-INJURY». *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 38,2,1994, págs. 135-148, Biblio. R.104.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, CONDUCTA, AUTOAGRESION, TRATAMIENTO, TERAPIA, RESULTADOS
- LICASTRO, F., Y OTROS. «ORAL ZINC SUPPLEMENTATION IN DOWN'S SYNDROME SUBJECTS DECREASED INFECTIONS AND NORMALIZED SOME HUMORAL AND CELLULAR IMMUNE PARAMETERS». *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 38, 2, 1994, págs. 149-162, Biblio. R.104.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, SINDROME DE DOWN, INMUNOLOGIA, ZINC, TRATAMIENTO
- LOVITT, T.C., HORTON, S.V. «STRATEGIES FOR ADAPTING SCIENCE TEXTBOOKS FOR YOUTH WITH LEARNING DISABILITIES». *REMEDIATION AND SPECIAL EDUCATION*, 15, 2, 1994, págs. 105-116, Biblio. R.515.
- DEFICIENCIAS, PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS, FORMACION DE PERSONAL
- MASTROPIERI, M.A., SCRUGGS, T.E. «TEXT VERSUS HANDS-ON SCIENCE CURRICULUM. IMPLICATIONS FOR STUDENTS WITH DISABILITIES». *REMEDIATION AND SPECIAL EDUCATION*, 15, 2, 1994, págs. 72-85, Biblio. R.515.
- DEFICIENCIAS, EDUCACION ESPECIAL, CURRICULUM, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS
- MENT, L.R., Y OTROS. «RISK PERIOD FOR INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGE OF THE PRETERM NEONATE IS INDEPENDENT OF GESTATIONAL AGE». *SEMINARS IN PERINATOLOGY*, 17, 5, 1993, págs. 338-341, Biblio. R.770.
- DEFICIENCIAS, LESION CEREBRAL, NEONATOLOGIA, DATOS EPIDEMIOLOGICOS
- MYHR, U., WENDT, L VON. «INFLUENCE OF DIFFERENT SITTING POSITIONS AND ABDUCTION ORTHOSES ON LEG MUSCLE ACTIVITY IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 35, 10, 1993, págs. 870-880, Biblio. R.727.
- DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL,

- EXTREMIDADES SUPERIORES, ORTOPROTESIS
- McLESKEY, J., PACCHIANO, D. «MAINSTREAMING STUDENTS WITH LEARNING DISABILITIES: ARE WE MAKING PROGRESS?». *EXCEPTIONAL CHILDREN*, 60, 6, 1994, págs. 508-517, Biblio. R.120.
- DEFICIENCIAS, PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, INTEGRACION ESCOLAR, RESULTADOS
- NOVOTNY, E.J. «NEONATAL SEIZURES». *SEMINARS IN PERINATOLOGY*, 17, 5, 1993, págs. 351-356, Biblio. R.770.
- DEFICIENCIAS, PROBLEMAS NEUROLOGICOS, CONVULSIONES, NEONATOLOGIA, CLASIFICACION, ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, PRONOSTICO
- PARMAR, R.S., Y OTROS. «DIFFERENCES IN MATHEMATICS PERFORMANCE BETWEEN STUDENTS WITH LEARNING DISABILITIES AND STUDENTS WITH MILD RETARDATION». *EXCEPTIONAL CHILDREN*, 60, 6, 1994, págs. 549-563, Biblio. R.120.
- PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DEFICIENCIA LIGERA, MATEMATICAS
- PARMAR, R.S., Y OTROS. «INVESTIGATIONS INTO THE RELATIONSHIP BETWEEN SCIENCE AND LANGUAGE ABILITIES OF STUDENTS WITH MILD DISABILITIES». *REMEDIAL AND SPECIAL EDUCATION*, 15, 2, 1994, págs. 117-126, Biblio. R.515.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DEFICIENCIA LIGERA, LENGUAJE, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS
- PAULS, D.L. «FAMILIAL RELATIONSHIP BETWEEN GILLES DE TOURETTE'S SYNDROME, ATTENTION DEFICIT DISORDER, LEARNING DISABILITIES, SPEECH DISORDERS, AND STUTTERING». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 5, 1993, págs. 1044-1050, Biblio. R.598.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, HIPERACTIVIDAD, SINDROME DE LA TOURETTE, GENETICA
- PIAZZA, C.C., Y OTROS. «TEACHING SELF-FEEDING SKILLS TO PATIENTS WITH RETT SYNDROME». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 35, 11, 1993, págs. 991-996, Biblio. R.727.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, SINDROME DE RETT, REHABILITACION.
- PUESCHEL, S.M., MYERS, B.A. «ENVIRONMENTAL AND TEMPERAMENT ASSESSMENTS OF CHILDREN WITH DOWN'S SYNDROME». *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 38, 2, 1994, págs. 195-202, Biblio. R.104.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, SINDROME DE DOWN, MEDIO FAMILIAR, EVALUACION DE AMBIENTES, PERSONALIDAD
- REED, M. «CHROMOSOMAL ABNORMALITIES IN THE NEWBORN PERIOD». *SEMINARS IN PERINATOLOGY*, 17, 5, 1993, págs. 312-317, Biblio. R.770.
- DEFICIENCIAS, ANOMALIAS CROMOSOMICAS, NEONATOLOGIA, DATOS EPIDEMIOLOGICOS, ETIOLOGIA, CONSEJO GENETICO
- REED, M., RINALDO, P. «METABOLIC DISEASE OF THE NEONATE AND YOUNG INFANT». *SEMINARS IN PERINATOLOGY*, 17, 5, 1993, págs. 318-329, Biblio. R.770.
- DEFICIENCIAS, ENFERMEDADES METABOLICAS, RECIEN NACIDO, NIÑOS, DIAGNOSTICO
- RICHARDSON, S.A., Y OTROS. «LEISURE ACTIVITIES OF YOUNG ADULTS NOT RECEIVING MENTAL HANDICAP SERVICES WHO WERE IN A SPECIAL SCHOOL FOR MENTAL HANDICAP AS CHILDREN». *JOURNAL OF INTELLECTUAL DISABILITY RESEARCH*, 38, 2, 1994, págs. 163-175, Biblio. R.104.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, ADULTOS, OCIO, ACTIVIDADES RECREATIVAS
- RICKETTS, R.W., Y OTROS. «FLUOXETINE TREATMENT OF SEVERE SELF-INJURY IN YOUNG ADULTS WITH MENTAL RETARDATION». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 4, 1993, págs. 865-869, Biblio. R.598.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, TRATAMIENTO, FARMACOS
- ROTH, S.C., Y OTROS. «RELATION BETWEEN ULTRASOUND APPEARANCE

- OF THE BRAIN OF VERY PRETERM INFANTS AND NEURODEVELOPMENTAL IMPAIRMENT AT EIGHT YEARS». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 35, 9, 1993, págs. 755-768, Biblio. R.727.
- DEFICIENCIAS, PREMATURIDAD, LESION CEREBRAL, DIAGNOSTICO, DESARROLLO INFANTIL
- RUSCH, F.R., Y OTROS. «MATCHED-PAIRS ANALYSIS OF CO-WORKER INTERACTIONS IN RELATION TO OPPORTUNITY, TYPE OF JOB, AND PLACEMENT APPROACH». *MENTAL RETARDATION*, 32, 2, 1994, págs. 113-122, Biblio. R.101.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, INTEGRACION LABORAL, COMPARETOS, INTERACCION SOCIAL, EVALUACION DE AMBIENTES
- SHAYWITZ, B.A., FLETCHER, J.M. «NEUROLOGICAL, COGNITIVE, AND BEHAVIORAL SEQUELAE OF HYPOXIC-ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY». *SEMINARS IN PERINATOLOGY*, 17, 5, 1993, págs. 357-366, Biblio. R.770.
- DEFICIENCIAS, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, ENCEFALOPATIAS, ANOXIA NEONATAL
- SLOPER, P., TURNER, S. «DETERMINANTS OF PARENTAL SATISFACTION WITH DISCLOSURE OF DISABILITY». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 35, 9, 1993, págs. 816-825, Biblio. R.727.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DIAGNOSTICO, IMPACTO FAMILIAR, RELACION FAMILIA-PROFESIONALES, SATISFACCION
- STEPP, R.E. «A TECHNOLOGICAL METAMORPHOSIS IN THE EDUCATION OF DEAF STUDENTS». *AMERICAN ANNALS OF THE DEAF*, 139, ESPECIAL, 1994, págs. 14-17, Biblio. R.622.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA AUDITIVA, PROGRAMAS Y METODOS EDUCATIVOS, NUEVAS TECNOLOGIAS
- TAYLOR, D.J., Y OTROS. «NEURODEVELOPMENTAL DISABILITY. A SIBLING-CONTROL STUDY». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 35, 11, 1993, págs. 957-964, Biblio. R.727.
- DEFICIENCIAS, PROBLEMAS NEUROLOGICOS, ETIOLOGIA, EMBARAZO PATOLOGICO
- TEMPLE, C.M., CARNEY, R.A. «INTELLECTUAL FUNCTIONING OF CHILDREN WITH TURNER SYNDROME: A COMPARISON OF BEHAVIOURAL PHENOTYPES». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 35, 8, 1993, págs. 691-698, Biblio. R.727.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, INTELIGENCIA, SINDROME DE TURNER, VALORACION
- TOWBIN, K.E., Y OTROS. «CONCEPTUALIZING »BORDERLINE SYNDROME OF CHILDHOOD« AND »CHILDHOOD SCHIZOPHRENIA« AS A DEVELOPMENTAL DISORDER». *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 32, 4, 1993, págs. 775-782, Biblio. R.598.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, DEBILIDAD MENTAL, ESQUIZOFRENIA, DIAGNOSTICO
- VANNUCCI, R.C. «MECHANISMS OF PERINATAL HYPOXIC-ISCHEMIC BRAIN DAMAGE». *SEMINARS IN PERINATOLOGY*, 17, 5, 1993, págs. 330-337, Biblio. R.770.
- DEFICIENCIAS, PERINATOLOGIA, LESION CEREBRAL, ETIOLOGIA, ANOXIA NEONATAL
- WAGNER, P.A. «ADAPTATIONS FOR ADMINISTERING THE PEABODY PICTURE VOCABULARY TEST-REVISED TO INDIVIDUALS WITH SEVERE COMMUNICATION AND MOTOR DYSFUNCTIONS». *MENTAL RETARDATION*, 32, 2, 1994, págs. 107-112, Biblio. R.101.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA MENTAL, PROBLEMAS DE LENGUAJE, COMUNICACION, EVALUACION, METODOS DE EVALUACION
- WILLIG, T.N., Y OTROS. «NUTRITIONAL ASSESSMENT IN DUCHENNE MUSCULAR DYSTROPHY». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 35, 12, 1993, págs. 1074-1082, Biblio. R.727.
- DEFICIENCIAS, DEFICIENCIA FISICA, DISTROFIA MUSCULAR, NUTRICION, EVALUACION
- WINCH, R., Y OTROS. «WOMEN WITH CEREBRAL PALSY: OBSTETRIC EXPERIENCE AND NEONATAL OUTCOME». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND*

*CHILD NEUROLOGY*, 35, 11, 1993, págs. 974-982, Biblio. R.727.

DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, EMBARAZO, PARTO, RESULTADOS

WOODWARD, J. «THE ROLE OF MODELS IN SECONDARY SCIENCE INSTRUCTION». *REMEDIAL AND SPECIAL EDUCATION*, 15, 2, 1994, págs. 94-104, Biblio. R.515.

DEFICIENCIAS, PROBLEMAS DE

APRENDIZAJE, CURRICULUM, MATEMATICAS

YOKOCHI, K., Y OTROS. «MOTOR FUNCTION OF INFANTS WITH ATHETOID CEREBRAL PALSY». *DEVELOPMENTAL MEDICINE AND CHILD NEUROLOGY*, 35, 10, 1993, págs. 909-916, Biblio. R.727.

DEFICIENCIAS, PARALISIS CEREBRAL, DESARROLLO MOTOR.

# 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 Mendia  
José Antonio Agirre Elustondo  
Elena Martín Zurimendi  
Rosalia 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

ISSN:1134-74-147