

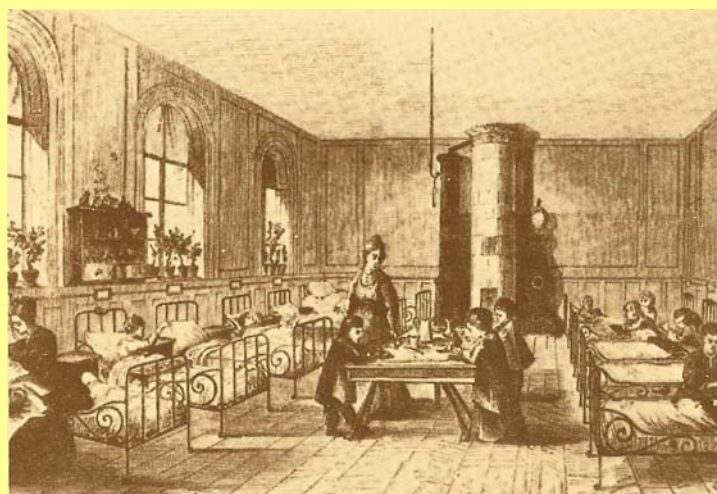
Marco legal de la asistencia domiciliaria (4). La asistencia domiciliaria en el contexto de los servicios sociales (6). Reflexiones en torno a la planificación y gestión de los servicios sociales en pequeños municipios (13). El servicio de ayuda domiciliaria en la C.A.V. Algunas cifras e impresiones generales (17). El baremo de necesidades de asistencia doméstica: el ejemplo francés (20). Adineko pertsonak Europan (33). Elkarrizketa: Javier Postigo eta Antxon Arrieta (43). La financiación del servicio (47). La formación de personal en la ayuda a domicilio (51). Las condiciones laborales en el S.A.D. (58). Asistencia domiciliaria en salud mental: Aspectos socioasistenciales y sanitarios (59). Nortzuk behar dute laguntza gehiago: gizonek ala emakumeek (65). Los malos tratos y el abandono en la infancia (69). Análisis del Proyecto de Ley sobre adopción y acogimiento familiar (76). Bibliografía 84).

ZERBITZUAN

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES

3

OTOÑO 1987 UDAZKENA



EUSKAL GIZARTE-ONGIZATE KONTSEILUA
CONSEJO VASCO DE BIENESTAR SOCIAL

EDITORIAL

ZERBITZUAN

3

OTOÑO 1987

Este número de Zerbitzuan viene casi exclusivamente dedicado al tema de la Asistencia Domiciliaria. La expansión alcanzada por este Servicio en su todavía breve existencia, unas cuatro mil personas se benefician actualmente del mismo en la Comunidad Autónoma Vasca, y las perspectivas de que vaya ampliándose en los próximos años justifican una reflexión sobre el tema.

Muchas veces nos cuesta creer que ciertas soluciones del pasado que hoy nos parecen superadas, pudieron ser en su día respuestas audaces, alternativas vanguardistas que tuvieron que luchar también con la incompreensión de su tiempo. Algunas casas de misericordia recuerdan todavía sus años de esplendor cuando sin duda eran la mejor construcción del pueblo y en las bibliotecas de algunos manicomios aletea todavía el espíritu de Pinel, de sus proyectos de una revolución psiquiátrica que hoy nos parece irrisoria.

Y es que las instituciones envejecen. Haríamos mal en pensar que las que son fruto de nuestra imaginación, las creadas en nuestro tiempo, mal que bien a la medida de nuestras necesidades, no van a ir por el mismo camino si no nos esforzamos en remediarlo. Con las instituciones envejecen también sus trabajadores y administradores. Los dos procesos no van unidos necesariamente pero sí que debe existir una relación entre la decadencia biológica de los equipos humanos que en los servicios nuevos suelen pertenecer generalmente a una misma generación y la decadencia institucional.

Al joven técnico del casi recién estrenado aparato administrativo de los servicios sociales, la imagen del funcionario con manguito le puede parecer tan imposible, tan inexplicable queremos decir, como la misericordia o el manicomio que administraba e incluso defendía ideológicamente.

Pocos servicios han nacido con un consenso general tan amplio sobre sus virtudes. Ligerero, poco costoso, integrador, promotor de empleos, el S.A.D. es nuevo e impactante y va fundamentalmente destinado a esa tercera edad que va camino de protagonizar la demanda de servicios sociales.

Sin embargo de no abandonar cierta tendencia a la autocomplacencia, fácil de entender cuando se viene de la nada, si no se ejerce la autocrítica y no se cuidan día a día los programas, los síntomas de decadencia institucional se van a hacer sentir antes de que pase mucho tiempo.

Además, sobre el S.A.D. pesan todavía demasiadas indefiniciones, algunas tan importantes como las que se refieren al perfil del usuario o a las condiciones de trabajo de los auxiliares, cuestiones que comprometen innecesariamente el excelente futuro que era previsible para el servicio como alternativa a la institucionalización.

Esperamos que el debate que se inicia en Zerbitzuan tenga continuidad en números sucesivos con la participación del mayor número posible de personas.

Los dos trabajos sobre infancia y malos tratos que se incluyen en este número son el preludio del siguiente que va a dedicarse al tema en estrecha colaboración con profesores de la Universidad del País Vasco. También esperamos poder seguir por esta vía de colaboración.

El lector observará que hemos roto la línea de la revista en cuanto a su tratamiento lingüístico. Hemos abandonado el bilingüismo anterior sobre todo porque no era un verdadero bilingüismo. La revista se hacía exclusivamente en castellano para ser traducida luego en su totalidad al euskara. No es el trabajo o el elevado coste de aquella solución lo que motiva el cambio sino la convicción de que es más útil para los euskaldunes y en consecuencia para el euskara la aportación de trabajos originales aunque sean menos, que la traducción mecánica de todos los artículos redactados en castellano.

INDICE

- 4 - Marco legal de la asistencia Domiciliaria.
FELIX MORATALLA.
- 6 - La asistencia domiciliaria en el contexto de los servicios sociales.
RAMON SAIZARBITORIA.
- 13 - Reflexiones en torno a la planificación y gestión de los servicios sociales en pequeños municipios.
RAFAEL MENDIA.
- 17 - El servicio de ayuda domiciliaria en la C.A.V.: Algunas cifras e impresiones generales.
J. D.
- 20 - El baremo de necesidades de asistencia doméstica: el ejemplo francés.
R. S.
- 33 - Adineko pertsonak Europan.
XABIER MENDIGUREN.
- 43 - Elkarrizketa: Javier Postigo eta Antxon Arrieta.
- 47 - La financiación del servicio.
JULIO DIAZ.
- 51 - La formación de personal en la ayuda a domicilio.
FERNANDO MONTES.
- 58 - Las condiciones laborales en el S.A.D.
- 59 - Asistencia domiciliaria en salud mental. Aspectos socioasistenciales y sanitarios.
JOSE IGNACIO ZUAZO.
- 65 - Nortzuk behar dute laguntza gehiago: gizonak ala emakumeek.
- 69 - Los malos tratos y el abandono en la infancia. Consideraciones Generales.
JOAQUÍN DE PAUL OCHOTORENA.
- 76 - Análisis del Proyecto de Ley sobre adopción y acogimiento familiar.
PATXI LOPEZ CABELLO.
- 84 - Bibliografía.

MARCO LEGAL DE LA ASISTENCIA DOMICILIARIA

El importante papel que, en el conjunto de los servicios sociales, representa ya la asistencia domiciliaria, su relativa novedad en la lista de los recursos sociales y, sobre todo, el seguro crecimiento en extensión y ¡ojalá! en calidad asistencial que van a experimentar, parecen exigir unas sólidas bases normativas que definan con claridad dos aspectos esenciales a una correcta institucionalización de servicios: las competencias y la financiación.

La competencia administrativa admite distintos grados en la participación de los organismos públicos, pero referida a un servicio social como la asistencia domiciliaria, equivale, en nuestra Comunidad, a la responsabilidad plena de los poderes públicos, tanto en la prestación del servicio como en la financiación de sus costos. Más aún: Se señala inequívocamente a los Ayuntamientos o Mancomunidades municipales como directos responsables de la asistencia y funcionamiento de este recurso social.

Como es bien sabido, la Ley de Servicios Sociales de Euskadi asigna a los poderes públicos la responsabilidad en la aportación de los recursos financieros, técnicos y humanos que permitan un eficaz funcionamiento de los servicios sociales (Exposición de motivos y Art. 5.1.). Reivindica, por otra parte, el principio de integración, que constituye la esencia misma de

la Asistencia domiciliaria: "Los servicios sociales tendrán al mantenimiento de los ciudadanos en su ambiente familiar y social, o, en su caso, a su reinserción en el entorno normal de la comunidad, utilizándose, en cuanto sea posible, los cauces normales de satisfacción de las necesidades sociales (Art. 5.4.).

La Ley insiste en otro principio, que es clave en toda la norma, y que marca firmemente el camino de la descentralización de los servicios o, si se quiere, la aproximación a los ciudadanos de los centros de poder y de gestión de los recursos sociales: "La prestación de los servicios sociales, cuando su naturaleza lo permita, responderá a criterios de máxima descentralización, siendo el municipio su principal gestor y atendiendo a la comarca como el eslabón base de planificación" (Art. 5.5.). Este mismo mandato, en la atribución expresa de competencias que se recogen en el Título II de la Ley, se enuncia así: "Los Ayuntamientos o entes supramunicipales serán los responsables de organizar y gestionar los servicios sociales en su ámbito correspondiente, procediendo también a la creación de aquellos que se demuestren necesarios de acuerdo con la programación establecida al efecto" (Art. 11.).

No parece dudoso que el servicio social llamado asistencia domiciliaria esté incluido entre los servicios

que los Ayuntamientos deben promover, organizar y gestionar. Pero, por si cupiera la duda, otra norma, esta vez el Decreto 257/1986, de 18 de Noviembre, sobre servicios sociales para minusválidos, manda en su artículo 48, que los Ayuntamientos y mancomunidades deberán promover y, en su caso, gestionar la ayuda domiciliaria.

Para terminar estas anotaciones sobre el tema competencial, quizá convenga puntualizar que la responsabilidad de los Ayuntamientos es compatible con fórmulas de gestión no directamente pública, con tal de que los criterios de selección de usuarios, funcionamiento del servicio y control de su calidad esté en manos del Ayuntamiento que es quien, en cualquier caso, responde ante los usuarios y la propia comunidad.

Respecto de la financiación del servicio social que nos ocupa, es de plena evidencia que debe soportarla la institución responsable. Así está recogida en la propia Ley de Servicios Sociales: "Los Ayuntamientos establecerán en sus presupuestos una partida especial destinada exclusivamente al mantenimiento y desarrollo de sus servicios sociales" (Art. 28).

Sin entrar en el tema de la financiación municipal, que explica en buena parte la timidez de gran número de Ayuntamientos de nuestra Comunidad en

el campo de los servicios sociales y en la falta de sensibilidad social, origen también de muchas inhibiciones, hay que decir que el sistema de financiación que se ha seguido en nuestra Comunidad para la creación y funcionamiento de la Ayuda domiciliaria no favorece en absoluto la asunción por parte de los Ayuntamientos de sus propias responsabilidades, sistema que tiene su apoyo normativo en el desconcertante artículo 27 de la Ley, que parece priorizar la iniciativa de la Diputación en la creación de servicios de ámbito municipal.

No cabe duda, sin embargo, que la fórmula que nuestras Diputaciones, con escasas variantes, han adoptado para financiar la Ayuda a Domicilio —subvención de un módulo por habitante o pago directo del servicio— ha servido para crear

un recurso de crecimiento espectacular, como probablemente no habría ocurrido si la iniciativa hubiese tenido que partir de los Ayuntamientos; y ha dado, también, seguridad financiera a los servicios que están por crear.

Pero el inconveniente del tufillo paternalista que el sistema despiende, puede pesar, a la larga, más que las ventajas. Por de pronto, la fórmula que comentamos penaliza a los Ayuntamientos que quieran potenciar y perfeccionar el servicio domiciliario y condiciona las propias iniciativas en la búsqueda de soluciones adoptadas a las peculiaridades de cada comunidad, que es la razón de ser del Ayuntamiento y, a la vez, el secreto que despierta en el ciudadano.

Félix Moratalla

PREMIO REINA SOFÍA

DE INVESTIGACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS



Se convoca el Premio REINA SOFÍA 1988, de investigación sobre prevención de las deficiencias.

La finalidad de este Premio es recompensar una labor realizada de investigación científica o un trabajo experimental cuyos resultados merezcan esta distinción.

El tema de la investigación o del trabajo deberá versar sobre cualquier aspecto de la prevención, en sus distintos niveles, de las deficiencias.

Podrán optar a dicho Premio las investigaciones y trabajos realizados, en España o en el extranjero, por autores de nacionalidad española o de los países iberoamericanos y publicados, al menos parcialmente, en lengua española.

Las candidaturas deberán ser presentadas por Academias, Universidades o instituciones científicas aequivalentes de los países donde el trabajo hubiera sido realizado o publicado, haciendo constar los méritos y circunstancias especiales que concurren en la investigación o trabajo propuesto. En el expediente de la candidatura se incluirán, por duplicado ejemplar, las publicaciones de las investigaciones o de los trabajos experimentales que se presentan para su valoración y, asimismo, autorización de sus autores para su reproducción por el Real Patronato o por la Fundación "Pedro Barrié de la Maza", en el caso de que fueran premiados.

Las candidaturas deberán obrar antes del día 30 de mayo de 1988 en la Secretaría General del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías, c/ Serrano, 140, 28006 Madrid (España).

El Premio REINA SOFÍA estará dotado con 5.000.000 de pesetas. El fallo del Jurado será irrevocable. El Premio podrá declararse desierto.

1988

CONVOCADO POR EL REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA Y DOTADO POR LA FUNDACIÓN "PEDRO BARRIÉ DE LA MAZA, CONDE DE FENOSA".

LA ASISTENCIA DOMICILIARIA EN EL CONTEXTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES

La Asistencia Domiciliaria está conociendo en pocos años un desarrollo importante, quizá el más rápido que se haya operado nunca en la oferta de Servicios Sociales.

En algún sitio hemos dicho que esta expansión se explica y se justifica, naturalmente, por su alta rentabilidad social y política, siendo el factor más importante de cuantos coadyuvan a su desarrollo el reducido coste/plaza del servicio.

El intento de extender la Ayuda Domiciliaria, aumentando el número de beneficiarios más que proporcionalmente a los fondos destinados a su financiación —en un deseo de incrementar su rentabilidad— puede tener efectos nocivos importantes que lleguen a comprometer incluso los objetivos del servicio.

De estos riesgos nos advierten continuamente los profesionales de la Ayuda Domiciliaria en Francia, que escriben profusamente sobre este tema, quizá porque la Administración de su país y los Organismos que financian el servicio han sido especialmente sensibles a la tentación de incrementar su rentabilidad, optando por una acción extensiva, más de medio millón de beneficiarios, con un estándar de atención claramente reducido que debe andar, según el agente financiero de que se trate, entre las 1 20 y las 130 horas anuales por beneficiario.

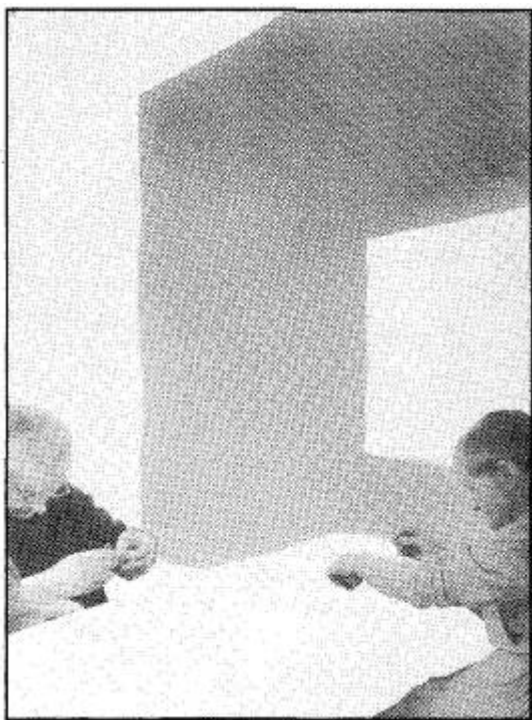
Claro que existen razones teóricas que explican la opción por una fórmula extensiva: en principio la Ayuda Domiciliaria es un servicio "ligero" que no puede ni debe competir con otro tipo de servicios de los denominados "pesados", y que son los que en buena lógica tendrían que hacerse cargo de los casos que requieren una atención intensa y continuada.

Ahora bien, la reducción del tipo de prestación conduce al parecer a una situación, que sería la que se da con frecuencia en Francia, en la que la Ayuda Domiciliaria se banaliza —valga aquí el galicismo— y comienza a reclamarse como un derecho independiente de las necesidades del sujeto y ligado generalmente a la edad de jubilación. Claro que esto no sería problema si, al mismo tiempo con los reducidos estándares existentes, la Ayuda Domiciliaria no se revelase como escasamente útil para hacer frente a situaciones en las que el teórico beneficiario, por circunstancias sociales o de discapacidad, tiene severamente limitada su independencia personal.

Hay que redefinir la Asistencia Domiciliaria, ampliar su ámbito

No estará de más recordar que, en síntesis, la Atención Domiciliaria consiste en una intervención de tipo global de ayuda a las personas con limitaciones en sus recursos de autosuficiencia, derivados generalmente de una enfermedad o de una minusvalía, o de situaciones de emergencia, de carencias de apoyo en el ámbito de la familia o del vecindario, contra el riesgo de marginación, de abandono, de institucionalización.

Es obvio que las personas que con mayor frecuencia ven limitados sus recursos de autosuficiencia son los ancianos, y también es cierto que la ayuda más elemental y por tanto la más perentoria es la que tiende a responder a necesidades básicas de alimentación e higiene. Pero no es cierto que el anciano deba ser el único cliente del servicio, ni que las únicas prestaciones deban ser las que incluimos generalmente bajo el término de "ayuda doméstica", ni que, en consecuencia, los agentes de la atención deban responder al perfil



profesional que normalmente se asigna al auxiliar doméstico.

Es importante distinguir administrativamente la Ayuda Domiciliaria de la atención de los ancianos con el fin de que conceptualmente las necesidades típicas de éstos no influyan en exclusividad en el diseño y definición del servicio.

La adscripción de la Asistencia Domiciliaria a los Servicios de la tercera edad restringe evidentemente su uso, no sólo porque el servicio tiende a estar mejor o peor adaptado a las necesidades de los ancianos —o a no contemplar las necesidades propias de otros colectivos—, sino, sobre todo, porque la referida limitación conceptual hace que los diferentes agentes sociales que intervienen en la orientación, sin estar adscritos directamente al servicio, médicos, educadores, asistentes sociales, etc., y los beneficiarios potenciales no pertenecientes a la tercera edad, ignoren la posibilidad de dicha fórmula de intervención.

Esa "desviación conceptual", hacia la que se van deslizando los servicios de Asistencia Domiciliaria, no es la única que explica la nula o escasa intervención en algunas situaciones en las que la acción domiciliaria resultará de una elevadísima rentabilidad social.

Nos referimos, por ejemplo, al apoyo de la mujer gestante, en especial en los casos de embarazos de alto riesgo, aten-

ción que tendría una repercusión positiva en la prevención de la mortalidad y de la morbilidad perinatal y muy especialmente en la reducción de las tasas de prematuridad.

El apoyo de las familias problemáticas es otro supuesto en el que la Asistencia Domiciliaria puede jugar un importante papel preventivo. Un reciente estudio de la Diputación alavesa sobre la problemática del menor viene a poner de manifiesto que, cuando un niño es calificado como tal en el medio escolar, el factor de desorganización familiar es más frecuente que el factor económico como elemento explicativo de la situación. Quiere decirse que, en muchos casos, lo que los progenitores necesitan es el control y sobre todo el apoyo de una persona cualificada para planificar la economía familiar, aconsejar en determinadas circunstancias, etc.

En el caso del maltrato, concretamente, la simple existencia de un nexo de unión con las instituciones a través de la simple presencia periódica de un trabajador sería suficiente para solucionar, o al menos paliar, muchas situaciones.

Evidentemente, el tipo de problemas a los que teóricamente puede y debe hacer frente la Asistencia Domiciliaria requiere la contribución de un personal debidamente cualificado. Entre nosotros se están haciendo esfuerzos loables en este sentido, pero, sin olvidar lo dicho aquí mismo en Zerbizuan, sobre los riesgos de proliferación de nuevas profesiones en el campo de los Servicios Sociales, no cabe duda que habría que pensar en qué tipo de personas deberían asumir un rol profesional asimilable al que en Francia recibe el nombre de "trabajador familiar".

Este personaje, cuyo período de formación dura en Francia 665 horas —en otros países sobrepasa las 1.200 (ver cuadro adjunto)—, realiza las tareas domésticas personalmente cuando ello es necesario; pero como deja ver el Programa de Formación, que también se adjunta, parece capaz de abordar tareas de orientación en aspectos administrativos, de control, higiénico-sanitarios, de organización y economía doméstica, etc.

Si hacemos un esfuerzo imaginativo y nos fijamos en Suecia, que es donde hay que situarse en estos casos, y tratamos de sorprender a una trabajadora ejerciendo su función en el hogar de una gestante de

alto riesgo —una madre añosa con familia numerosa, por ejemplo—, veremos que además de contribuir en la realización de las tareas domésticas con el resto de los habitantes de la casa, incluido el padre del futuro bebé que, evidentemente, también cumple, hace que la gestante en cuestión pueda seguir las prescripciones de la matrona, la anima a que en el puerperio acuda al Servicio de Planificación Familiar, le organiza un elemental esquema contable para organizar el gasto, si observa deficiencias al respecto, o le ayuda a establecer contactos con el servicio correspondiente para tramitar determinada prestación social.

Este personaje, con un período de formación próximo a las 900 horas —y de los que hay en Suecia uno por menos de medio millar de habitantes—, habrá observado si los hábitos higiénicos y alimentarios de la familia son correctos y los habrá intentado corregir en la medida de sus posibilidades. En caso de observar comportamientos inadecuados con relación a los hijos o entre la pareja, cumplirá con una primera tarea informativa, la víctima de los malos tratos sabrá que no está sola, y lo que quizá es más importante, lo sabrá también la persona que los infiere.

Es obvio que los factores económicos explican en gran medida las diferencias en el nivel de desarrollo de nuestros Servicios Sociales en relación a los países escandinavos. Todo el mundo admite la importancia de las razones de orden económico, pero habría que empezar a considerar también si en el estadio en que nos encontramos muchas lagunas, deficiencias e incompetencias se deben únicamente a cuestiones económicas.

Dejando al margen la consideración de si no es posible realizar un mayor esfuerzo público y privado en el campo de los Servicios Sociales en detrimento de otros gastos —y no porque no nos parezca pertinente hacerlo, sino por no molestar a quienes lo consideran tópico—, habría que preguntarse también si algunas deficiencias e incompetencias de nuestro sistema no se deberán a razones extraeconómicas.

Nos parece evidente. Hay una cuestión de actitud ante los problemas y la nuestra se caracteriza en primer lugar por la escasa importancia que concedemos a los aspectos preventivos. Aquí también los Servicios Sociales siguen fielmente el esquema médico sanitario, que entre nosotros, como es sabido, se caracteriza fundamen-

talmente por la escasa consideración que le merecen los aspectos preventivos frente a los curativos. Se nos dirá que es lógico que en una situación de precariedad, al menos en términos relativos, es perfectamente justificable que los esfuerzos se encaminen a hacer frente a lo inmediato, a lo perentorio, a lo que no permite dilación, en detrimento de la prevención de los problemas del futuro.

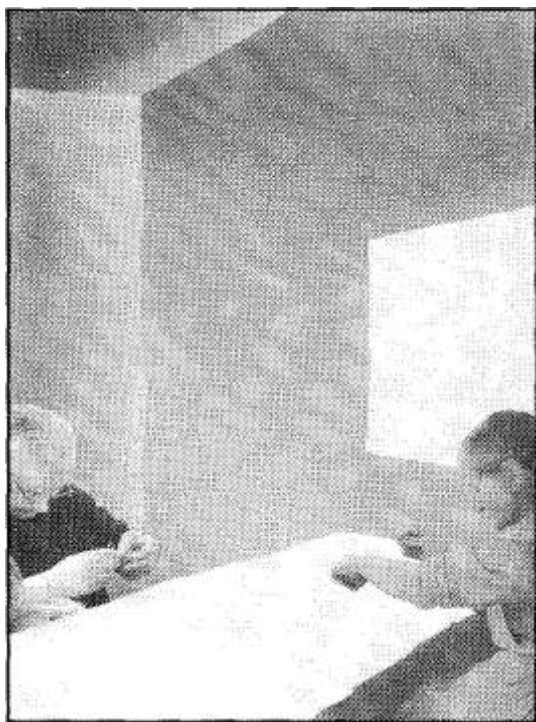
Y quienes nos lo digan tendrán posiblemente razón, pero tendrán que convenir asimismo en que de esa espiral lógica no se sale nunca a no ser que disminuyan milagrosamente los problemas perentorios o aumenten de la misma forma los medios para encararlos.

Somos los pobres, precisamente, los que más deberíamos interesarnos por cuidar los aspectos preventivos, desechando la idea de que es un lujo, de la misma manera que es en las epidemias precisamente cuando con más ahínco deberíamos buscar soluciones inmunológicas.

En cualquier caso, la teórica presión de los problemas perentorios —cuya atención distraería los recursos necesarios para atender aspectos preventivos— no explica suficientemente nuestra precaria situación en ese terreno. Es más, llama poderosamente la atención la aparente facilidad con que los Servicios Sociales, y más concretamente los servicios de Asistencia Domiciliaria, esquivan las embestidas de la perentoriedad.

Quizá un tanto ingenuamente pensábamos, en los inicios del establecimiento de este servicio, que iba a constituirse en la puerta de entrada de toda una serie de problemas que con anterioridad pasaban inadvertidos. Suponíamos que al instalarse la Ayuda Domiciliaria —sin que nadie lo exigiese ni tan siquiera lo pidiese con mínima vehemencia, no conviene olvidarlo— se iba a estimular la demanda de ese servicio y de otros anexos, de manera imprevisible y sobre todo incontenible.

Estábamos equivocados. La demanda podía contenerse y de hecho se ha contenido. En parte, todo hay que decirlo, se ha realizado un esfuerzo importante para satisfacer necesidades —en el anterior Zerbitzuan hablábamos concretamente del incremento del esfuerzo social vizcaíno—, pero asimismo los servicios han demostrado una apreciable capacidad para desoír o contener la demanda manifiesta. Y lo decimos al



tiempo que nos autocriticamos en la medida en que hayamos podido contribuir a esa capacidad de contención mediante alguna aportación teórica.

Lo intensivo y extensivo en Asistencia Domiciliaria

Parece claro que, en principio, a partir de un determinado número de horas/día de intensidad, la Ayuda Domiciliaria puede resultar poco rentable en términos económicos, al elevarse su coste por encima del de un tratamiento residencial alternativo, e incluso en términos de rentabilidad social al reducirse su eficacia, también en términos relativos, para hacer frente de manera satisfactoria a las necesidades del cliente.

También parece cierto que, donde la Ayuda Domiciliaria demuestra su mayor grado de eficacia es en la atención de aquellos casos en los que el cuidado de determinados afectos mínimos es suficiente para evitar el aislamiento social y un aceptable grado de bienestar. Muchas veces una hora diaria de Ayuda Domiciliaria puede constituirse en eficaz alternativa al internamiento.

Pero reconociendo lo anterior sería absurdo negar todo el apoyo necesario a un determinado caso a través de la Ayuda Domiciliaria, en nombre de que teóricamente no es el instrumento adecuado, cuando se carece de los necesarios servicios complementarios y por tanto de soluciones alternativas. De hecho, la facilidad con que los

Servicios Sociales en general han sabido, salvando honrosas excepciones, cerrar la persiana a los problemas los domingos y días de fiesta, es una muestra de su impermeabilidad ante la acción de los problemas perentorios.

La rigurosa aplicación de ciertos baremos a la hora de seleccionar la clientela o de cualquier otro tipo de normativa referente a las características del usuario, se erige no pocas veces en indicador de la aludida impermeabilidad.

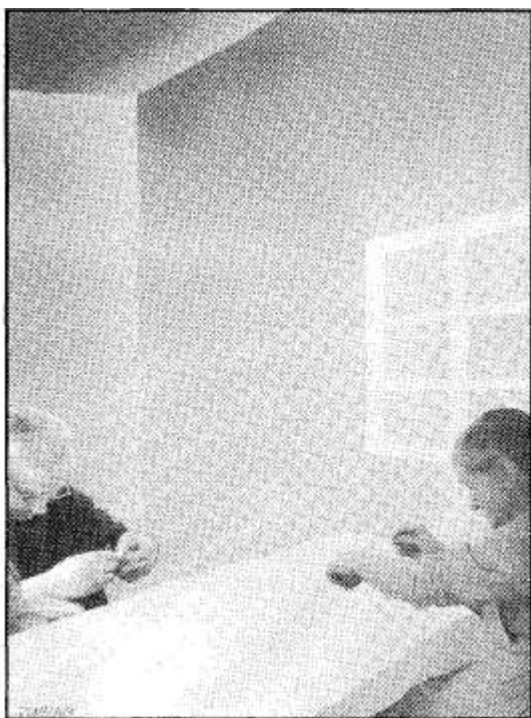
Se trata con esto de los baremos de evitar la arbitrariedad en la distribución de recursos públicos y de hacer lo más objetivamente posible el juicio de una persona o grupo de personas ante determinada situación. Los baremos son un instrumento imprescindible, sobre todo para planificar y evaluar la necesidad de recursos. También son útiles a la hora de adjudicar estos bienes, siempre escasos, a una demanda siempre excedentaria.

Pero el resultado de un baremo debe ser siempre negociable, por más que la cuantificación numérica tenga no pocas veces la virtud de elevar arbitrariedades al rango de verdades objetivas.

Muchas veces los baremos nos sirven para disimular la inseguridad, esconder la mala conciencia a la hora de optar, elegir, decidir —lo siento, a Vd. le han salido 27 puntos y aquí la señora tiene 32—, lo que sería difícil optar, elegir o decidir decentemente atendiendo a todos los argumentos que no caben en un baremo. También sirve para preservar la imagen de honradez del político y del técnico ante una opinión a veces demasiado susceptible.

Los baremos, queremos decir, son totalmente necesarios, pero es insustituible el debate, la discusión, la participación directa de los usuarios en la toma de una decisión y no digamos ya a la hora de exponer su problema.

Los políticos —hablando de política municipal, ¿habría que empezar a llamarlos los "electos", como se hace por otras partes?—, abrumados quizá por la mala prensa de su oficio ante un estado de opinión que, con razón o sin ella, sigue creyendo en la pervivencia del "enchufe", se retiran a veces a discretos segundos planos y dejan en manos de los técnicos —felices algunos de asignarse atribuciones— responsabilidades incómodas, pero que tienen una direc-



ta relación con la filosofía política en función de la cual se supone que son elegidos.

Unas líneas finales en torno a los trámites de solicitud de servicios y prestaciones. Es cierto que el simple acercamiento físico de la Administración, a través de la potenciación de los Departamentos de Bienestar Social de los Ayuntamientos, facilita la justa distribución de recursos y la necesaria tarea de fiscalización. Ahora bien, la ventaja del "conocimiento del terreno", con ser una ventaja, no resuelve automáticamente todos los problemas ligados a la concesión de prestaciones y en cualquier caso no conviene fiarse excesivamente del "aquí nos conocemos todos".

Admitida, pues, la necesidad de los procedimientos burocráticos de cara a la asignación de recursos, no estará de más recordar, una vez más, que en todos los niveles administrativos se tiende a exigir con excesiva facilidad una documentación de dudosa utilidad a la hora de establecer criterios selectivos reales y operativos. Ocurre a veces que la frustración derivada de la falta de rigor en el control de la partida de ingresos públicos que el Ayuntamiento no controla lleva a algunos municipios a extremar obsesivamente los procedimientos de control del gasto en Servicios Sociales, quizá porque este sector inspira más que otros los deseos de justicia social. En cualquier caso, lo cierto es que llama la atención el contraste entre el relajo aparente en materia de fraude fiscal —en el control de plusvalía, el impuesto sobre sola-

res dentro de la propia Hacienda Municipal— y el a veces obsesivo rigor con que se controla la concesión de prestaciones.

Sería útil que la Administración tomase conciencia de que la fácil disponibilidad de un documento no es razón suficiente para exigirlo a la hora de una tramitación, y que el hecho de pedir papeles constituye una especie de agresión que habría que tratar de evitar en lo posible.

Y, obviamente, ningún formulario, por bueno que sea, puede sustituir la voz del ciudadano que, además, necesita expresarse, tener la seguridad de que las razones, todas sus razones, van a ser tenidas en cuenta a la hora de tomar una decisión. Cada vez que veo un impreso formulario no puedo evitar acordarme del estudiante de Celaya, ese que tras dar obedientemente su afiliación como es norma le pide al funcionario que donde dice "observaciones" ponga también esas cosas que le pasan cuando tumbado bajo un haya escucha hoja por hoja el murmullo de los mundos no vaya a ser que a base de simples datos le tomen por mandingo o por insecto.

Ramón Saizarbitoria

ANEXO

Programa de examen del certificado de trabajadora familiar.

DIVISION DEL TIEMPO DE FORMACIÓN POR TEMA (665 horas)

I. Vida familiar y social (85 horas) II.

Salud

—Alimentación familiar y cocina (110 horas)

—Puericultura (78 horas)

—Higiene familiar (48 horas)

III. Vivienda

— Economía doméstica (70 horas)

IV. Ropa blanca y de vestir (162 horas)

—Tecnología

—Costura y arreglos

—Mantenimiento: lavado, quitar las manchas y planchado

V. Organización de la vida familiar (55 horas)

—Organización doméstica

—Nociones de las necesidades ligadas a las condiciones socio-económicas de las familias

—Presupuesto familiar

—Economía familiar

VI. Vida profesional (40 horas)

—Preparación y participación en los cursos (17 horas)

—Visitas (17 horas)

PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN DIFERENTES PAÍSES

PAÍSES DE HABLA ALEMANA

ALEMANIA (RFA)	AUSTRIA	SUIZA	LIECHTENSTEIN	PAÍSES BAJOS
DENOMINACIÓN DE LOS AGENTES PROFESIONALES				
A) Con formación mínima:				
Familienpflegerin Dorfhelferin — landliche Familienpflegerin. ("Asistente familiar - Asistente rural = Asistente familiar rural").	— Familienhelferin (2 J.). ("Asistente familiar") (2 A.). - Dorfhelferin (2 J.). ("Asistente rural") (2 A.). - Althelferin (2 J.). ("Cuidador de ancianos") (2 A.). — Behindertenbetreuer (1 1/2 J.). ("Asistente de minusválidos") (1 1/2 A.).	— Diplomierte Hauspflegerin. ("Asistente doméstica titulada"). — Diplomierte Familienhelferin. ("Asistente familiar titulada").	Familienhelferin. ("Asistente familiar").	— Familienhelferin. ("Asistente familiar). — Familienpflegerin. ("Auxiliar familiar"). — Althelferin. ("Asistente de ancianos") — Althelferin. ("Cuidadora de ancianos"). — spez. Familienpflegerin. ("Asistente familiar especialista").
B) Con formación intensa:				
— Familienpflegehelferin. ("Ayudante de asistente familiar"). — Hauspflegehelferin. ("Ayudante de asistente doméstica").	- Heimehelferin (4 W.-1 J.). ("Auxiliar doméstica") (4 S.-1 A.). — Nachbarschaftshelfer/in ("Asistente/a de vecindad").	— Haushilfe. ("Asistente doméstica"). — Hauspflegerin. ("Auxiliar doméstica").	Familienhelferin-Aushilfe. ("Ayudante de Asistente doméstica").	Helferinnen. ("Ayudantes").
FORMACIÓN				
Formación profesional de dos años con examen de reválida tras el cursillo de prácticas, con reconocimiento oficial. Cursos de formación para auxiliares, de iniciación y perfeccionamiento progresivo.	Formación profesional de dos años (con ejercicio público). Cursos profesionales complementarios de dos años. Cursos de formación (4 sem. todo el día o 2 años una vez a la semana por la tarde). para auxiliares. Seminarios breves para asistentes de vecindad.	Formación de dos años como asistente familiar y doméstica, oficialmente reconocida. Cursos de iniciación para auxiliares como oferta de las Escuelas (4-5 medias jornadas).	La formación se realiza en Suiza (ocasionalmente en Austria).	Formación de dos años con un día de clase teórica a la semana y 16 horas de prácticas. Planes de enseñanza diferentes según el servicio, que varían de 2 a 12 X 2 horas.

PAÍSES ANGLOSAJONES

GRAN BRETAÑA	SUECIA	FINLANDIA
DENOMINACIÓN DE LOS AGENTES PROFESIONALES		
A) Con formación mínima:		
	— Home-makers (aged clients). ("Empleadas de hogar (personas mayores)"). — Homehelpers (mentally handicapped). ("Cuidadores de hogar (deficientes mentales)"). — Child care attendants. ("Asistentes de cuidado infantil").	
B) Con formación intensa:		
— Homehelps. ("Ayuda para el hogar"). — Home care aides. ("Ayuda para el cuidado del hogar"). — Community care assistants. ("Asistentes para cuidado comunitario"). — Home care assistants. ("Asistentes para cuidado doméstico").		— Homehelps (family, handicapped. elderly). ("Ayuda para el hogar (familia, deficientes, ancianos)"). — Home-aids (elderly, physically bled adults). (Ayuda doméstica (ancianos. adultos disminuidos físicos"))
FORMACIÓN		
Entrenamiento en servicio proporcionado por cada Agencia, que varía en términos de duración y contenido. Entrenamiento práctico y teórico en un centro de formación controlado por la Agencia o una escuela local. Ningún examen formal, evaluación continuada, ningún reconocimiento formal.	Dos años en escuelas públicas a nivel de escuela secundaria superior, teórico, con algunas prácticas incluidas.	Ayudas domésticas: 20 meses en instituciones especiales, entrenamiento teórico y práctico, reconocido por el Estado. Ayudantes para el hogar: 225 horas de

PAÍSES FRANCÓFONOS

FRANCIA	BÉLGICA	SUIZA	LUXEMBURGO
DENOMINACIÓN DE LOS AGENTES PROFESIONALES			
A) Con formación mínima:			
Travailleuse familiale. ("Trabajadora familiar").	— Aide familiale polyvalente ("Ayudante familiar polivalente"). — Aide senior. ("Ayudante senior").	Aide familiale (diplômée). ("Ayudante familiar (diplomada)").	
B) Con formación intensa:			
— Aide ménagère aux personnes âgées. ("Ayudante doméstica de personas mayores"). — Auxiliaires de vie. ("Auxiliares de vida").	— Aide ménagère (travail purement matériel). ("Ayudante doméstica" trabajo puramente material).	Aide ménagère ou aide au foyer. ("Ayudante doméstica o ayudante del hogar").	— Aide familiale (pour tous). ("Ayudante familiar (para todos)"). — Aide senior (âgées et handicapées). ("Ayudante senior (personas mayores y deficientes)").
FORMACIÓN			
A) Formación inicial teórica y práctica de 8 meses a 1 año. La formación termina con un examen, 1 año de prueba al término del cual se expide el certificado. B) Cursos impartidos por asociaciones, de duración más o menos larga.	A) Un año, 500 horas de cursos y 500 horas de práctica. Bajo la supervisión de los servicios. En centros de formación homologados. En el marco de la enseñanza clásica. B) Cursos de introducción al trabajo.	A) Dos años (1 año en la escuela, 1 año de prácticas). Escuelas de ayudantes familiares. Después de examen final, derecho a certificado federal de capacidad. B) Algunas escuelas ofrecen cursos de instrucción (4/5 tardes).	B) Dos meses en forma de cursillo y seminarios. Ningún reconocimiento por el Estado. Una fase de orientación de 6 meses.

REFLEXIONES EN TORNO A LA PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN PEQUEÑOS MUNICIPIOS

Una de las cuestiones que en el momento actual queda sin resolver en el sistema de los Servicios Sociales es cómo se plantea la gestión de los pequeños ayuntamientos.

Teóricamente, la cuestión está resuelta. La vigente legislación nos aproxima a la solución. Por un lado, la prestación de los Servicios es una responsabilidad compartida por los distintos estamentos de la Administración. Unos gestionan en su nivel local, otros definen criterios planificadores y otros establecen políticas generales. Más aún, a partir de la LTH, es responsabilidad de cada Diputación la planificación en su territorio del desempeño de los Servicios Sociales. En definitiva, se comparten responsabilidades a niveles de conocimiento de la realidad, planificación y gestión.

Es claro que los Servicios Sociales, y está comúnmente admitido en los medios vinculados a las políticas de Bienestar Social, que el mejor Servicio Social es aquél que se presta cerca del propio ciudadano, siendo la Administración local la adecuada para el desempeño del sistema de

prestaciones sociales. Igualmente, es comúnmente admitido que los Servicios Sociales ofrecen soluciones de tipo social en propuestas que van de lo más cercano y próximo al individuo hasta lo más especializado y lejano. Así, el tipo de propuestas de afrontamiento de los distintos problemas se ofrecen desde el mantenimiento en el propio hogar del individuo, al mantenimiento en la propia comunidad, en el propio territorio, etc., hasta las soluciones especializadas poco normalizadoras.

Si bien los principios parecen bien asentados, la práctica creo que está lejos de aproximarse a los principios.

Al hilo de esta aproximación me surgen diversas cuestiones. ¿Realmente los pequeños ayuntamientos tienen asumidas sus responsabilidades en la prestación de Servicios Sociales? ¿Han superado el viejo concepto de beneficencia para aproximarse al de Servicios Sociales como servicio público? ¿Consideran los pequeños ayuntamientos que para una eficaz prestación de los Servicios Sociales a sus vecinos es conveniente

buscar soluciones mancomunadas en comarcas o sectores? ¿Han descubierto ya los ayuntamientos de pequeña dimensión que la solución de los problemas de índole social no pueden afrontarse con criterios meramente de tipo doméstico y que un adecuado abordaje precisa un análisis tanto individual como comunitario y que éste supera las meras intuiciones de los corporativos? ¿Son conscientes las corporaciones que los problemas no se afrontan difiriendo su tratamiento, buscando otras instancias responsables, posponiendo a posteriores análisis, solicitando nuevos informes de otros servicios de las diputaciones mientras los problemas de las personas afectadas permanecen eternamente sin abordajes coherentes y eficaces? ¿Conocen los corporativos que en los tiempos que corren las soluciones de internamiento, asilo, limosnas, vales, etc., no son válidas en la mayoría de los casos si antes no se han agotado otras medidas vinculadas a la vida de la propia comunidad?

El rosario de cuestiones puede parecer como inacabable. Sin embargo, da la

sensación, por el conocimiento que se tiene de la cuestión, que el Area de Servicios Sociales es un Area "blanda" en la vida municipal, de segundo orden, como que no le toca de cerca. Como que lo propio de las competencias municipales es el urbanismo, los bordillos, alcantarillas, fiestas y mercados...

En definitiva, es un Area que todavía hay que seguir reivindicando como de vital importancia para la vida comunitaria y para la convivencia ciudadana.

Para muestra un botón

Por cuestiones que no vienen al caso, he tenido acceso a diversas Actas de algunos ayuntamientos de pequeño tamaño, en lo que a Servicios Sociales se refiere.

He efectuado un recorrido por las actas de un ayuntamiento de unos cinco mil habitantes, de la Comunidad Autónoma, cuyo nombre no me parece oportuno destacar, durante seis meses.

Los asuntos de Bienestar Social se encuentran incluidos dentro del Area de Gobernación, lo que viene a indicar en gran manera la consideración que dicha área merece a la Corporación. Bienestar Social = Beneficencia. Beneficencia = Padrón de Beneficencia. Padrón de Beneficencia = Asistencia Sanitaria gratuita, asistencia farmacéutica gratuita, vales de comida, etc.

Los temas se tratan en la Comisión de Gobierno, a partir de los informes que el Asistente Social elabora, si bien el Asistente Social no acude a dichas reuniones. No ocurre lo mismo con el Arquitecto y el Aparejador que habitualmente acu-

den a las reuniones de la citada Comisión como asesores de la misma. Los técnicos de urbanismo gozan de una consideración de la que no disfruta el Asistente Social.

El Asistente Social es compartido con otros cuatro municipios, sin que medie normativa alguna de funcionamiento, ni horas de dedicación, ni mancomunidad alguna. Aparece financiada por los Servicios Sociales de la Diputación, que subvenciona su contratación de cara a la puesta en marcha del programa de Ayuda Domiciliaria. Puede ocurrir, y de hecho ocurre, que cada municipio, en aras de su autonomía municipal, tenga criterios muy distintos a la hora de la prestación de los Servicios Sociales. No existe ningún otro compromiso.

La práctica habitual en cuestiones de Servicios Sociales es la de "echar balones fuera", posponiendo la solución de los problemas o transfiriendo la solución a otras entidades. Los problemas se solucionan de forma enigmática, más bien no se solucionan, pues no hay un planteamiento eficaz de abordaje.

Hay que señalar que hemos eliminado los nombres de los lugares y de los potenciales beneficiarios, pues no nos interesa en sí mismo el dato concreto, revelador evidentemente para sus responsables, pero no válido para nuestras reflexiones. Es curioso que en documentos públicos, como son las actas de las sesiones, aparezcan los nombres de los beneficiarios, ningún código, ninguna referencia, apareciendo en público los problemas de los beneficiarios de la acción social.

Veamos una síntesis de las Actas de la Comisión:

"1-12-1986: Escrito remitido por el Ayto. de L, en el que se indica un acuerdo en sesión Plenaria del día 28 de octubre de 1986, en el que se subvencionaba un viaje a cada anciano a la Costa del Sol. Se solicita se subvencione a los ancianos de este municipio.

Se remite escrito comunicando que el dinero destinado en el presupuesto al "Nagusien Etxea" es la Junta del mismo la que se encarga de distribuirlo.

11-12-1986: Informe realizado por la Asistente Social, en que solicita se compre por parte del Ayto., y semanalmente, el desayuno de los 8 hijos de las familias M.E., R.R., que constaría de una caja de leche de 10 o 12 unidades; 2 paquetes de kilo de galletas; 5 tabletas de chocolate; 5 cajas de quesitos, y que según el informe de la AS, estos chavales van a la escuela sin desayunar y esto influye en el rendimiento de los mismos.

Los Sres. presentes deciden dejar el tema pendiente.

5-1-87: M.D.R. solicita que el Ayto. pague los recibos de agua pendientes por un importe de 7.377 ptas., 12.741 ptas. y 10.599 ptas. Los Sres. presentes consideran que las cantidades corresponden a un consumo excesivo de agua.

26-1-87: Relación de kilómetros realizados por la Asistente Social en el año 1986.

Detalla los kms. comunes a todos los ayuntamientos y especifica los correspondientes al Ayto. Total de km. a pagar serían 174. Los Sres. presentes dan su visto bueno.

9-3-1987: Informe de la AS sobre las gestiones realizadas para el internamiento de A.D.A., detalla los kms. realizados desde enero de 1987.

Los Sres. presentes se dan por enterados y señalan que se pase la factura de los kms. realizados a Hacienda.

9-3-1987: Informe presentado por la AS en que se solicita subvención para asistir a las II Jornadas de "SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL". Los Sres. presentes dejan pendiente el tema de la concesión hasta realizar una consulta con el resto de los ayuntamientos.

16-3-1987: Informe de la AS solicitando que el Ayto. se haga cargo del déficit de la factura de agua de la familia R. Aporta facturas de agua. Los Sres. presentes dan su visto bueno por un importe de 44.151 ptas. para solicitar a la Diputación Foral.

16-3-1987: Informe de Asistente Social, solicitando se haga publicidad de un viaje a Benidorm en mayo de 1987.

Detalla que el Ayto. de L subvenciona con 4.000 ptas. a los vecinos del Municipio mayores de 65 años y pensionistas de invalidez. Indicar/e que las ayudas de este tipo se realizan a través de "Nagusien Etxea " y estamos enterados de que preparan un viaje de estas características y tienen apuntadas a 12 personas.

Por otra parte los Sres. presentes indican que se dé traslado de la comunicación y cifra señalada.

23-3-1987: Instancia presentada por A.R.J., solicitando arreglo de escalera, indica que fue solicitado el año pasado a través de la AS y fue denegado. Los Sres. presentes indican que la denuncia se tramite a través de la Cámara de la Propiedad o el Inquilinato.

23-3-1987: Escrito remitido por el Gobierno Vasco



en el que adjunta anexo que solicita sea contestado por el Ayto., para la colaboración en el tema de las Drogodependencias que estén llevando a cabo.

Los Sres. presentes indican que se dé traslado a la AS

6-4-1987: Informe de la AS sobre arreglo de escalera solicitado por la familia R.R., en el que explica que existe un tramo de 10 escalones que se encuentra en muy mal estado, por lo que solicita se pueda realizar de nuevo petición al Departamento de Bienestar Social de arreglo de escalera.

Los Sres. presentes se dan por enterados y reiteran lo expresado en la Comisión de Gobierno anterior: "Que la denuncia se tramite a través de la Cámara de la Propiedad o el Inquilinato".

6-4-1987: Informe de la AS sobre el escrito remitido por el GV referente al Libro Blanco sobre Drogodependencias de la CAV.

La AS informa que dicho tema corresponde a la Policía Municipal por los datos que solicitan:

1. Actuaciones policiales.
2. Recursos humanos y materia/es con los que cuentan.
3. Si el Ayto. tiene conocimiento de las actuaciones de la PM.
4. Opinión de la PM, Alcalde y Concejales sobre el tema de las drogas.

Indica el informe que no duda en colaborar con la Policía Municipal, pero cree que no es tema de su competencia.

Los Sres. presentes indican que se traslade el escrito a la PM para que realice el informe.

6-4-1987: Informe de la AS, en el que expone "petición de compra de lavadora e instalación para la familia R.R. Indica que el coste total sería de 15.000 ptas., tanto de instalación como de compra. El informe se puede incluir tal cantidad dentro del programa de Ayuda a Domicilio de 1987 y concederles la subvención de dicha petición".

13-4-1987: Informe de la Asistente Social sobre AR LDSL y JRS. Los Sres. presentes dan el Vto. Bno. para su inclusión en el Padrón de Beneficencia de 1987.

15-6-1987: Escrito remitido por el INS ALUD, en el que se adjunta cartilla de asistencia sanitaria de ARR. Los Sres. presentes se dan por enterados.

22-6-1987: Escrito remitido por el INSS, en el que adjunta cuadro informativo sobre las prestaciones sociales y económicas de la Ley de Integración Social del Minusválido.

Los Sres. presentes indican que se entregue una copia a la AS."

Desde nuestra experiencia es importante decir que esta situación, con matices más o menos positivos, es bastante común no sólo en los pequeños ayuntamientos, sino en lo que se refiere a medianos e incluso grandes.

También es importante decir que pese a los esfuerzos que se están haciendo por poner al día las Áreas de Bienestar Social, a partir tanto de las actuaciones del Gobierno Vasco, y más recientemente de las Diputaciones Forales, el avance, aun siendo considerable, no es todo lo significativo que sería de desear, ya que los niveles de atención social eran mínimos cuando no inexistentes en la mayoría de los municipios, sobre todo en los menores de 5.000 habitantes.

Un camino de replanteamiento

No es cuestión, a mi manera de ver, de hacer grandes planteamientos teóricos, que de alguna manera ya están elaborados, y todavía no superados. Si bien la actual coyuntura económica europea, y en concreto la de nuestro país, apunta a una significativa recesión en la prestación de los Servicios Sociales, cuando todavía no se ha conseguido un pleno desarrollo de los mismos, lo fundamental se sitúa en cómo hacer compatibles la eficacia en la prestación de los servicios, el desarrollo de las competencias de base de los ayuntamientos pequeños, la eficiencia (es decir, la mayor cobertura, la mejor calidad al mínimo costo posible) en la implantación de políticas de Bienestar Social, la aproximación de los servicios a los usuarios, así como las



competencias de los órganos territoriales.

Es básico pasar de "compartir" un trabajador social entre varios ayuntamientos a "planificar la intervención social" en una zona o sector, para lo cual es preciso un trabajador especialista como es el "trabajador social". Esta diferencia de matiz aparece como sutil pero básica para hacer posibles los presupuestos enunciados en el párrafo anterior.

Para ser más concretos cabe hacer una hipotética gradación de pasos en el desarrollo de planificaciones posibles. Veamos:

1. *Sensibilización a los corporativos* de los distintos ayuntamientos sobre las políticas de Bienestar Social y competencia de los ayuntamientos. Para ello desarrollar sesiones de información, de asesoramiento, técnicas, etc. Entre los corporativos, especialmente aquellos que tienen delegación de funciones o forman parte de las Comisiones que

Obtener las principales magnitudes relativas a los usuarios del Servicio de Ayuda Domiciliaria en la Comunidad Autónoma Vasca, resulta una tarea sólo en apariencia sencilla. Las únicas cifras que hemos conseguido poner en línea para realizar comparaciones territoriales son las que se recogen en el cuadro y tienen sólo carácter orientativo, ya que los datos no se refieren exactamente a las mismas fechas y el concepto de "usuario" varía ligeramente de un Territorio a otro.

La situación de Vizcaya y Álava en cuanto a características de población y estructura de los servicios sociales montados no puede resultar tan distinta de la de Guipúzcoa como para que ello explique las fortísimas diferencias existentes en el nivel de cobertura del servicio entre este Territorio y los otros dos. Ni las necesidades son tan llamativamente inferiores ni se están cubriendo en esa medida con otras líneas

algo tienen que ver con el Área que nos ocupa. Este paso es básico y de implantación permanente, ya que la tendencia habitual de muchos ayuntamientos es la de vivir el Área de Bienestar Social como una carga, algo que hay que asumir bajo mínimos, algo que corresponde afrontar a otras

EL SERVICIO DE AYUDA DOMICILIARIA EN LA C.A.V.: ALGUNAS CIFRAS E IMPRESIONES GENERALES

de actuación de los servicios sociales. Todo parece indicar que se trata de una diferencia coyuntural que se justifica más bien por lo reciente de la implantación del servicio en los tres Territorios y un desigual ritmo de desarrollo inicial. Quiere esto decir que a medio o largo plazo esta diferencia debe tender a atenuarse por la vía del crecimiento de los Servicios de Ayuda Domiciliaria vizcaínos y alaveses hasta un nivel cuando menos similar al guipuzcoano, y ello por sí sólo supondría 2.034 usuarios adicionales en la C.A.V., 1.626 en Vizcaya y 408 en Álava.

Ahora bien, ¿es alto, bajo o puede considerarse suficiente al actual nivel de cobertura que se ofre-

ce en Guipúzcoa? En relación con países en que los servicios sociales están fuertemente desarrollados, en los que la Ayuda Domiciliaria tiene ya una larga tradición —Suecia, Países Bajos, Gran Bretaña— la atención que se presta en Guipúzcoa es tan baja que no admite punto de comparación. Como realidad más próxima podríamos tomar la tasa de cobertura del conjunto del Estado francés; la consideración de esta tasa —más de tres veces mayor que la guipuzcoana— como objetivo a largo plazo para el conjunto de la C.A.V. nos daría, sobre la base de la población actual, una cifra de usuarios algo superior a dieciséis mil, lo que implicaría multiplicar casi por cinco el número actual.

Es evidente que el valor de comparaciones como las que acabamos de realizar es siempre muy relativo; como mucho puede mostrarnos por dónde andamos y, aproximadamente, por dónde tenemos que ir.

No puede precisarse que el tema de la atención domiciliaria esté entre nosotros más o menos resuelto, a falta quizás afirmarse de unos ligeros retoques y reajustes relacionados principalmente con la situación laboral de los trabajadores. Los profesionales, los políticos, los asistentes domiciliarios y la población en general, tenemos que tener clara conciencia de que en este asunto queda todavía mucho camino por delante.

Comunidad	Casos atendidos: cifras absolutas				Casos atendidos: % horizontales				Cobertura general por 1.000 hab.
	3.ª edad	Mvs.	Otros	Total	3.ª edad	Mvs.	Otros	Total	
Álava	227	50	33	310	73,22	1,13	10,65	100,00	1,2022
Guipúzcoa	1.522	204	210	1.936	78,61	10,54	10,85	100,00	2,7869
Vizcaya	1.580	141	74	1.795	88,02	7,86	4,12	100,00	1,5110
C.A.V.	3.329	395	317	4.041	82,39	9,77	7,84	100,00	1,8867

instancias. Muchas propuestas provenientes de órganos supramunicipales no han tenido el eco debido en las corporaciones locales de pequeños municipios precisamente por falta de información de las obligaciones sociales de los ayuntamientos con respecto a los vecinos en estos asuntos.

2. *Hacer propuestas de estudio de necesidades en base a parámetros poblacionales supramunicipales: un sector, una comarca, una zona.* Este análisis puede hacerse desde un equipo de expertos facilitados por las entidades supramunicipales como pueden ser las Diputaciones Forales.

3. *A raíz de análisis proponer una estructura de atención a las necesidades que responda a los criterios ya enunciados.* En líneas generales se precisa la creación de un ente supramunicipal que pueda dar cobertura a las necesidades de la zona o sector. Fundación, Consorcio, Mancomunidad u

otra forma jurídica sería la más idónea para la prestación de los Servicios Sociales de Base en función de las necesidades presentes, latentes y futuras. Dicho ente puede abrirse a posteriores desarrollos en función del crecimiento de la población y detección de otro tipo de necesidades.

4. Creación del *Consortio correspondiente* con los órganos rectores precisos, reglamento de funcionamiento, etc., para agilizar la atención a la población, así como el establecimiento de la plantilla adecuada para la puesta en marcha de los programas.

5. *Establecer las bases de financiación* en función del coste previsto del servicio que presta dicho Consorcio. Estas bases de financiación se establecen en función del estudio de necesidades, de la implantación progresiva de respuestas coherentes con la propia filosofía del proyecto. A partir de aquí se establece la cuota de participación de los distintos municipios en el coste total de proyecto. Por otra parte, se establecen los acuerdos o convenios con el órgano foral correspondiente, de forma que se responda a programas concretos de desarrollo de las Áreas de Bienestar Social y no en base a cada pequeña necesidad surgida en cada momento. Es decir, lo que se propone es que los planes se desarrollen en función de las necesidades surgidas en el propio medio y no según los criterios del planificador territorial, que de alguna forma diseña programas de promoción de servicios al margen del análisis de una zona o sector concreto.

6. *Establecer las bases de funcionamiento y la asignación de roles en el desarrollo de Servicios Sociales.*

Con demasiada frecuencia aparece la confrontación entre lo "político" y lo "técnico" en la práctica habitual de los ayuntamientos. ¿Qué es lo político y qué es lo técnico en lo que respecta a los Servicios Sociales? Al tener mucha gente (de ello no se libran muchos corporativos), la sensación de que estos asuntos los puede resolver cualquiera que tenga sentido común (y dentro de este colectivo, claro está, se incluyen todos aquellos que piensan así con respecto a los Servicios Sociales), las interferencias entre "políticos" y "técnicos" se dan con excesiva asiduidad. Concejales que quieren asistir a entrevistas sociales y visitas domiciliarias, que quieren hacer análisis de casos y establecer criterios de atención familiar, etc. Por ello es preciso establecer un debate para definir quién es quién en cada situación, y quién decide qué cosa en cada momento. La excesiva burocratización de los Servicios Sociales se da con demasiada frecuencia perdiendo agilidad la gestión de los mismos, cuando los trabajadores sociales dedican la mayor parte de su tiempo a elaborar informe tras informe para que los "políticos" decidan la ayuda o servicio más adecuado para cada cual. Este asunto está todavía sin resolver en la mayoría de los ayuntamientos. Y es preciso abordarlo con urgencia.

A mi manera de ver "lo político" define los criterios previos de planificación, las pautas de intervención, los presupuestos, etc. Lo "técnico" asesora en el establecimiento de la planificación a partir de los estudios desarrollados, elabora las pautas de intervención que definitivamente aprobarán los políticos, diseña los pre-

vios presupuestos mediante la cuantificación de las posibles acciones a emprender para el futuro, y ejecuta los planes aprobados por los corporativos, o en nuestro caso por los Consejeros del Consorcio, así como evalúa periódicamente el desarrollo de los programas, haciendo propuestas correctoras en base al desarrollo de los mismos.

De esta forma se clarifica, según creo, el panorama de definición de roles. Por supuesto es un tema abierto sobre el que es preciso profundizar y avanzar. En otras áreas los roles de cada cual están más definidos y son más precisos los contornos de la intervención.

¿Planes Municipales y/o Planes Forales?

Un último punto de reflexión se nos presenta al analizar las distintas complejidades de planificación.

La realidad constatada es que muchos Planes Forales sirven en ocasiones para despertar inquietudes en este Área en muchos ayuntamientos que no estaban suficientemente sensibilizados. Desde este punto de vista es posible su promoción y aplicación.

Sin embargo, también es cierto que se produce otro efecto, que bien podríamos llamar el "efecto Olentzero", que es recibido como un regalo o más bien como algo que "logramos sacar" a la Diputación. Se produce una hipersensibilización ante determinada problemática que hasta el momento había estado ausente de los debates de los corporativos. El asunto es que en virtud del componente mágico de la convocatoria foral, las fuerzas vivas municipales se lanzan a la búsqueda del anciano con necesidad de

ayuda domiciliaria o aquella familia con urgentes necesidades de atención, siempre que al ayuntamiento no le cueste un duro.

La verdad es que en el inconsciente colectivo de la corporación se despierta un mecanismo "algo malicioso" de que a la Diputación "hay que sacarle" lo más que se pueda en cualquier asunto, por cualquier medio. Algo así como el adolescente zalamero que aprovecha la buena disposición de sus padres para conseguir complementos de la paga.

Sin embargo, hasta ese momento no habían estado presentes este tipo de temas. Y lo están en función de que se asegure la intervención del órgano foral. Si éste suspende la ayuda por algún motivo, finaliza el servicio municipal. Y si no se precisa ya del servicio, se trata de que se mantenga la asignación por si acaso. Evidentemente, ésta es una especie de picaresca que nada o poco tiene que ver con la asimilación de la conciencia de la obligación por parte del ayuntamiento de la puesta en marcha de iniciativas en beneficio del bienestar de los ciudadanos y por parte de los órganos forales correspondientes de criterios planteadores que cuenten con las corporaciones locales.

Por parte de los primeros se habla de la autonomía municipal y de la conciencia cada vez más extendida de las aportaciones de alguna manera "graciosas" de las Diputaciones en estos asuntos, es algo que les corresponde a los ayuntamientos por propia naturaleza. El debate subsiste con mayor o menor crudeza según el momento político y no nos toca avanzar en el mismo en el presente artículo.

Compaginar ambas competencias sin que éstas entren en confrontación estéril, sino que se potencien mutuamente, requiere propuestas de intervención complementaria.

Por un lado en cuanto a la facultad planificadora de los órganos forales, es importante que ésta se desarrolle en base a estudios lo más científicos posibles. No consideramos un criterio científico desde el punto de vista de los Servicios Sociales el establecimiento de estándares únicamente en base a módulos poblacionales. Creemos que existen instrumentos a nuestro alcance que facilitan una planificación más justa, si bien menos uniforme, teniendo en cuenta aspectos como los niveles de renta por zonas, las pirámides de población, la concentración de determinadas problemáticas de pobreza y otro tipo de variables a tener en cuenta. Es decir, se propugna la aplicación de un "efecto zoom" (acercamiento a la realidad para ver con mayor precisión la composición de la misma), con objeto de aplicar criterios correctores a las planificaciones territoriales. Es distinta la planificación que se hace desde una concepción del territorio como un todo uniforme a la que se hace teniendo en cuenta la planificación general, aplicando correctores sociales, cuyo componente deben facilitar los propios municipios, teniendo en cuenta los estudios existentes hoy en día.

Por otro lado, es preciso que los ayuntamientos, sobre todo los de pequeño tamaño, no se consideren un sistema completo de Servicios Sociales (extremo opuesto al de considerar que los Servicios Sociales son algo ajeno a la responsabilidad municipal), sino

que en cooperación mediante la fórmula jurídica correspondiente puedan establecerse unos Servicios Sociales de Base dignos y completos y que en función de este planteamiento se puedan establecer convenios en cuanto a la planificación y prestación de servicios con otros ayuntamientos y órganos forales. Así se entiende modernamente una planificación eficaz de los Servicios Sociales.

Es importante tomar conciencia de estos asuntos. Sin embargo, un paso hay que darlo después de otro y este último es la base del siguiente. Como veremos, el camino a recorrer todavía es largo para la implantación de un Sistema coherente de Servicios Sociales. Hay que:

a) Sensibilizar a las corporaciones locales, apoyar la creación de Servicios Sociales en cooperación con otras entidades locales.

b) Establecer una planificación teniendo en cuenta la realidad social de cada zona.

c) Diseñar un sistema de financiación de Servicios Sociales en base a dicha planificación, combinando las responsabilidades tanto de las corporaciones locales como de los órganos forales o territoriales.

d) Iniciar la suscripción de convenios con aquellos ayuntamientos dispuestos a afrontar una acción social cooperativa con otros ayuntamientos y apoyarles en su empeño.

e) Desarrollar acciones puntuales sustitutorias de las carencias de aquellos ayuntamientos que no comparten estos criterios.

Rafael Mendia

EL BAREMO DE NECESIDADES DE ASISTENCIA DOMESTICA: El ejemplo francés



Dado el interés que existe por encontrar un baremo que objetivice al máximo las necesidades de los usuarios, facilite la selección de los mismos y la asignación de horas, vamos a presentar el modelo francés, al tiempo que recogemos algún comentario sobre el proceso de elaboración, ya que puede resultar tan importante como el baremo mismo para las personas que están pensando en la posibilidad de adaptar o poner a punto un sistema de baremación propio.

Presentamos el modelo francés porque, al margen de que nos parece que está bien elaborado, es en este país donde con mayor facilidad se suele encontrar este tipo de respuestas a plan-

teamientos que, en otras latitudes con mayor tradición en Servicios Sociales, son radicalmente diferentes. Uno de esos puntos diferenciales lo constituye precisamente esa necesidad de

cuantificar y medir, de objetivar que últimamente nos hermana a los franceses y que si bien, en su caso, es posible atribuir muy dignamente a la vieja tradición racionalista, en el nuestro

queda pendiente de encontrar un antecedente honroso.

El primer baremo

El año 1984 el Ministerio de Asuntos Sociales y de la Solidaridad Nacional de Francia, reunió un grupo de trabajo con el objeto de elaborar un sistema de evaluación de necesidades de cara a la Asistencia Domiciliaria.

El interés de dicho Baremo se centraría a juicio de quienes lo elaboraron en los siguientes puntos:

- Permitiría identificar más fácilmente a las personas que precisan de atención domiciliaria, al tiempo que contribuiría a combatir la idea que algunas personas se hacen del servicio, al considerarlo como una necesidad real y un derecho de todos los ancianos.
- Contribuiría a facilitar la adjudicación de horas de servicio cubriendo una necesidad que preocupa enormemente a los trabajadores sociales. Al parecer en Francia, al igual que ocurre entre nosotros, existe una enorme variabilidad en la adjudicación de horas que no se justifican probablemente por las diferencias en las necesidades objetivas de los usuarios. Algunos trabajadores sociales tienden a ser más "generosos" que otros a la hora de atribuir horas de servicio, hecho este que está comprobado empíricamente.
- También ocurre que si bien es fácil saber cuándo al trabajador doméstico le falta o lo que es más raro, le sobra tiempo

para realizar las tareas que le han sido encomendadas, en general, resulta más difícil saber si tales tareas responden adecuadamente a las necesidades del usuario. Un baremo, en opinión de las autoridades francesas, podría ser útil para ajustar las tareas a las necesidades reales, fundamentalmente precisando sus contenidos.

Como resultado de diversas reuniones y de trabajos preliminares, se llegó a un primer Cuestionario-Baremo, que se recoge como documento 1. Paralelamente el Ministerio encargó a la casa ARmc (*) la realización de un estudio con el fin de conocer la realidad de la Asistencia Domiciliaria en Francia y de interpretarla a través del cuestionario de necesidades propuesto. En definitiva, lo que se pretendía era:

- Conocer mejor la población de beneficiarios desde el punto de vista socio-demográfico y, sobre todo, desde la perspectiva de sus necesidades.
- Establecer la relación entre el número de horas de atención domiciliaria atribuidas mensualmente a los interesados y los diferentes aspectos de su discapacidad.

Dejamos al margen cuestiones técnicas relacionadas con el método de trabajo que seguramente tienen un interés marginal y pasamos a dar cuenta de los resultados más significativos del Estudio con la convicción de que puedan ser útiles para confrontarlos con nuestra propia realidad.

Lo hacemos de manera muy breve y esquemática:

- Las tres cuartas partes de los beneficiarios de la ayuda domiciliaria en Francia son mujeres. La inmensa mayoría, el 91 %, tienen más de 70 años y el 52 % 80 o más.
- El número de horas de atención atribuidas en la actualidad varía entre 8 y 60, con una media de 22,3 horas, es decir, alrededor de 5 horas semanales. La distribución de horas entre el colectivo encuestado es el siguiente:

Menos de 10 horas	%
10-14	6
15-19	14
20-24	20
25-29	8
30-39	25
40 y +	7
Total	100

No hay diferencia en cuanto a la atribución de horas en función del sexo. Sin embargo, aumenta claramente en función de la edad:

Distribución de horas	
Edad	
60-69 años	20,6
70-79 años	21,4
80-84 años	22,8
85 y + años	24,0

- Por lo que se refiere a la pérdida de autonomía de las personas atendidas, la situación es la siguiente:
 - El 64 % no pueden realizar las tareas domésticas corrientes; el 29 %, pueden hacerlo con dificultades.
 - El 62 % no pueden cuidar de su ropa; el 28 %, con dificultades.
 - El 61 % no pueden hacer las compras solas; el 24 % difícilmente.

—El 57 %, no pueden salir solas de su barrio o de su pueblo y el 26 %, con dificultades.

—El grado de dependencia de cara al cuidado de la higiene personal es menor en el colectivo de encuestados, pero tampoco son desdeñables las necesidades a este nivel. En efecto: el 8 % no pueden levantarse solos de la cama o de un sillón; el 35 % puede hacerlo con dificultad. El 12% no pueden atender a su higiene, ni vestirse solas y el 33 % logran hacerlo con dificultad.

De la aplicación del baremo provisional que hemos identificado como "documento 1", se deduce que la puntuación media de las personas que realizan Asistencia Domiciliaria, se eleva a 164,5 puntos, siendo la distribución porcentual la siguiente:

— de 5 puntos	5
50-99 puntos	15
100-149	23
150-199	23
200-249	21
150-299	11
300 y + puntos	2
Total	100

- La nota media obtenida en el baremo, difiere según el sexo, la edad y el lugar de residencia, tal y como se resume en los siguientes datos:
- El número de horas atribuidas mensualmente se eleva en función de la nota resultante en el baremo de necesidades, pasando de 14,2 horas de media en el caso de las personas que obtienen una nota media inferior a 50 puntos, a 33,6 horas en el caso de aquellos

	Nota individual media en el Baremo
<i>Sexo</i>	
— Hombres	173,6
— Mujeres	161,6
<i>Edad</i>	
60-69 años	146,2
70-79 años	152,5
80-84	167,1
85 y + años....	189,4
<i>Edad y sexo</i>	
Hombres 60-84 años 85 y + años....	168,2
Mujeres 60-64 años 80 y + años....	194,9
	153,8
	188,0
<i>Residencia</i>	
— Medio urbano — Medio rural	161,5
	168,7
Total	164,5

cuya puntuación supera los 300.

Indicaciones de modificación del Baremo en función de los resultados del estudio

Ya hemos indicado que el nivel de horas de atención atribuidas crece a medida que aumenta la puntuación obtenida en el baremo, lo que en principio viene a indicar que responde a los medios naturales o habituales de observación directa.

Sin embargo, los realizadores del Estudio han podido observar que los incrementos en la puntuación del baremo no se corresponden con incrementos equivalentes en la atribución de horas.

En el cuadro n.º 1, que establece la relación entre puntuación y horas realmente adjudicadas, se puede observar, por ejemplo, que una nota seis veces más alta en el baremo se traduce en una adjudicación de horas

únicamente tres veces mayor, lo que induce a reflexionar acerca de la importancia de cada uno de los elementos que intervienen en el baremo en función de los diferentes niveles de dependencia.

Este análisis se resume en el cuadro n.º 2, y en líneas generales viene a señalar que el peso relativo de los criterios de dependencia personal (sección A del baremo), crece considerablemente a medida que aumenta la puntuación global, pasando del 4,7 % para una nota inferior a 50 puntos, al 43,5 % cuando la puntuación global alcanza o sobrepasa los 300 puntos. Por el contrario la influencia de los criterios de "dependencia doméstica" (sección B1 del baremo), tiende a disminuir a medida que aumenta la nota global.

Finalmente, el peso relativo del conjunto de factores de ponderación (existencia de otra persona discapacitada sin "auxiliar de vida": B2, trastornos de la memoria: B3, y por los factores ambientales: C + D + E), se muestra preponderante cuando la nota global es baja y de prácticamente imperceptible cuando la puntuación es elevada. En efecto, estos factores representan el 58,4 % de la puntuación total, cuando es inferior a 50 y el 25,6% cuando es igual o superior a 300.

En base a estas observaciones, ARC me propuso ciertas modificaciones al Baremo con la finalidad de:

- Reducir algunas redundancias en los criterios de dependencia que se tomaron en consideración: "salir del pueblo o del barrio" y "hacer com-

CUADRO N.º 1

NUMERO DE HORAS ATRIBUIDAS MENSUALMENTE SEGÚN LA NOTA EN EL BAREMO

	Número de horas atribuidas al mes							
	> 10	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40 y +	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%
Total	6	14	20	20	8	25	7	100
<i>Puntuación:</i>								
> 50	22	33	20	16	2	7	—	100
50-99	12	26	25	21	6	10	—	100
1-99	14	27	24	20	5	10	—	100
100-149	6	16	26	21	9	20	2	100
150-199	4	11	23	24	10	23	5	100
200-249	2	7	14	20	9	38	10	100
250-299	1	5	9	18	7	39	21	100
299-300	2	6	13	19	8	39	14	100
300 y más	4	5	1	15	5	36	34	100

CUADRO N.º 2

CONTRIBUCIÓN DE CADA SECCIÓN DEL BAREMO A LA PUNTUACIÓN FINAL

1. Con las puntuaciones originales

	Conjunto de encuestadas	Puntuación total						
		-50	50-99	100-149	150-199	200-249	250-299	300 y +
		%	%	%	%	%	%	%
<i>Dependencia</i>								
Corporal: A	36,5	4,7	15,0	26,7	36,3	42,1	42,1	45,8
Doméstica: B1	39,3	36,9	45,4	44,6	40,2	38,0	35,0	30,9
<i>Ponderación</i>								
B2 + B3	5,3	0,5	2,8	4,6	5,2	4,5	6,7	13,4
C + D + E	18,9	57,9	36,9	24,2	18,2	15,5	12,6	12,2
<i>Tota/es</i>								
A + B1	75,8	41,6	60,4	71,3	76,5	80,1	80,8	74,4
A + B1 + B2 + B3	81,1	41,6	63,2	75,9	81,4	84,6	87,5	87,8
B2 + B3 + C + D + E	24,2	58,4	39,7	28,8	23,4	20,0	19,3	25,6
Total general: A + B1 + B2 + B3 + C + D + E	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

pras"; "cuidar de la casa al margen de la limpieza de fondo" y "cuidar la ropa". - Mantener al mismo tiempo el peso de los factores de dependencia corporal (acción A del Baremo). - Acentuar ciertos factores de ponderación particularmente graves: presencia de una persona discapacitada, trastornos importantes de la memoria, aislamiento, inexisten-	cia o indiferencia de la familia (Ver Cuadro n.º 3). Dichas modificaciones no dan pie a cambios importantes en la estructura de la puntuación total a nivel del conjunto de la población estudiada, según se observa en la confrontación de los datos recogidos en los cuadros 1 y 2 y que resumimos a continuación. Sin embargo, la influencia de las modificaciones es notoria en la estructura de la puntuación total en los niveles más bajos de la	escala, es decir, con menos de 50 puntos. En efecto, cuando la puntuación total es igual o inferior a 50: - El peso de los factores de dependencia corporal permanece inalterable: 4,7 % antes, 4,6 % después. - El de los factores de dependencia doméstica aumenta considerablemente: de 36,9 %, pasa a 52,5 %.
---	--	--

CUADRO N.º 3

CONTRIBUCIÓN DE CADA SECCIÓN DEL BAREMO A LA PUNTUACIÓN FINAL

1. Con las puntuaciones corregidas

	Conjunto de encuestadas	Puntuación total						
		-50	50-99	100-149	150-199	200-249	250-299	300 y +
	%	%	%	%	%	%	%	%
<i>Dependencia</i>								
Corporal: A.....	33,5	4,6	11,9	22,1	34,7	40,8	45,3	43,1
Doméstica: B1	36,9	52,5	45,9	44,0	37,3	34,0	30,3	6,9
<i>Ponderación</i>								
B2 + B3	8,3	0,0	3,4	6,8	8,1	7,7	0,9	16,9
C + D + E.....	21,2	42,9	38,8	27,1	19,9	17,4	13,4	13,1
<i>Totales</i>								
A + B1.....	70,4	57,1	57,8	66,1	72,0	74,8	75,7	70,0
A + B1 + B2 + B3	78,7	57,1	61,2	72,9	80,1	82,5	86,6	86,9
B2 + B3 + C + D + E . .	29,6	42,9	42,2	33,9	28,0	25,2	24,3	30,0
Total general: A + B1 + B2 + B3 + C + D + E	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

- En total el peso de los factores de dependencia se eleva de 41,6% a 57,1 %.
- Y finalmente, la influencia de los factores de ponderación disminuye: de 58,4% cae al 57,1 %.

Por encima de los 50 puntos, la estructura del baremo queda poco afectada por las modificaciones. Todo lo más se puede decir que la influencia de los factores de ponderación por la presencia de otra persona discapacitada y por trastornos importantes de la memoria aumenta considerablemente.

EL BAREMO DEFINITIVO

Las modificaciones sugeridas por ARCMC tienen, pues, la ventaja de preservar el peso relativo de la dependencia corporal, que es esencial, y de acentuar

CUADRO N.º 4

Influencia de los diferentes factores del baremo	Con la puntuación inicial	Con las modificaciones
<i>Dependencias</i>	%	%
Corporal: A.....	36,5	33,5
Doméstica: B1	39,3	36,9
<i>Ponderaciones</i>		
B2 + B3	5,3	8,3
C + D + E.....	18,9	21,1
<i>Totales</i>		
A + B1 (Dependencia).....	75,8	70,4
A + B1 + B2 + B3	81,1	78,7
B2 + B3 + C + D + D.....	24,2	29,6
Total general A + B1 + B2 + B3 + C + D + E.....	100,0	100,0

los factores de ponderación más graves (B2 y B3), limitando al mismo tiempo el peso de los factores ambientales (C + D + E) en los niveles bajos de la escala.

Sin embargo, el Ministerio no tomó en consideración prácticamente ninguna de las modificaciones pro-

puestas. Aceptó, eso sí, que el factor "cuidar de la casa", añadido al "cuidar de la ropa", podría efectivamente constituir una redundancia y lo que se hizo fue eliminar esta segunda cuestión, pero doblando la puntuación de la primera, con lo cual, en la práctica tampoco se modificaba (*). También tuvo en cuenta la suge-

(*) En el primer baremo había una doble cuestión: "¿es capaz de atender las tareas domésticas?" (sí: 0; con dificultad: 10; no: 20) y de "cuidar la ropa" (sí: 0; con dificultad: 10; no: 20) ARCMC, proponía reducir las dos a una única cuestión: "¿es capaz de atender las tareas domésticas y de cuidar la ropa?", con una puntuación 0, 15, 30 y el baremo final, acepta la puntuación única, pero con una puntuación de 0, 20, 40.

rencia de incrementar la importancia del papel de la familia y como modificación más importante, el nuevo baremo valora la situación del cónyuge, exactamente igual que la del solicitante. Los otros factores de ponderación, como la existencia de trastornos de la memoria, importantes de tomar en consideración, pero no se puntúan debido posiblemente a que —y más adelante hablaremos de este principio filosófico—, un trastorno muy grave puede indicar precisamente la necesidad de un servicio distinto al de la simple ayuda doméstica.

Forma de utilización del baremo

El documento n.º 2 recoge el baremo corregido que se aplica en Francia a título experimental. Lógicamente no lo cumplimenta el trabajador doméstico, y la persona encargada de controlar su aplicación tiene que verificar que las respuestas sean coherentes.

El control de coherencia exige que los casos que tienen 0 en A1 o en A2 y una puntuación alta en B, sean convenientemente estudiados o que en el apartado "observaciones" se recoja una información suficiente. Según apreciación del Ministerio, incluso si en A1 o en A2 se suman menos de 45 puntos, sería cuestión de verificar si lo que se solicita no es una prestación de confort.

Se recomienda la verificación de un determinado número de cuestionarios mediante muestreo, a fin de verificar desviaciones y estudiar las causas de las mismas, lo que en definitiva conduciría a una redefini-

ción de los criterios de cumplimentación.

El cuestionario contempla tres situaciones:

1. Persona sola: se cumplimentan A1, B y siguientes.
2. Pareja: se cumplimentan A1, A2 y siguientes.
3. Otros casos (habitar la casa una o varias personas): se cumplimentan A1, B y siguientes, y se precisa en observaciones el papel de las demás personas.

El término "con dificultad" —realiza determinada tarea "con dificultad"—, debe asignarse a las personas que tienen serias dificultades debidas a limitaciones personales, incluso al margen de las de tipo físico, o a las de su entorno.

Cuando las tareas las realiza una persona que reside en el domicilio del solicitante, o se llevan a cabo mediante un servicio organizado, debe señalarse "con dificultad", si ocurre ocasionalmente (por ejemplo, cuando únicamente se le preparan las cenas o se le atiende los fines de semana).

En A2 "aseo normal" no se tiene en cuenta el baño.

En A4 "exterior inmediato", se entiende el jardín o la calle sin atravesarla.

En B "puede al menos una persona que viva en el hogar", equivale a "entre las personas que viven en el hogar —incluyendo al solicitante—, una al menos puede".

Si interviene un servicio exterior organizado (por ejemplo, servicio de lavan-

dería, hogar restaurante, distribución de comida a domicilio), debe responderse como si una persona que vive en el hogar pudiera acometer dichas tareas.

B1. "Realizar las compras": poder salir, pagar, transportar la compra.

B2. "Preparar la comida": si el solicitante se beneficia de un servicio de comidas o de un hogar restaurante, señalar 0 si se le sirven todas las comidas y 20 únicamente parte de ellas.

Si no sabe, no puede, o no quiere preparar sus comidas, señalar 20 ó 30.

B3. "Atender la casa al margen de las limpiezas de fondo y las tareas extraordinarias": se consideran trabajos pesados los que son difíciles de ejecutar para una persona mayor (independientemente de que deban prestarse o no a través de la Asistencia Domiciliaria).

Las tareas ordinarias consisten básicamente en barrer, limpiar el piso, lavar la vajilla, hacer la colada y planchar.

— Existencia de trastornos importantes de la memoria: estos trastornos deben ser lo suficientemente importantes como para hacer difíciles o imposibles las tareas de la vida ordinaria.

CI. "Familia": uno o varios miembros de la familia al margen del cónyuge.

"Alejado": tener en cuenta el tiempo y la frecuencia de los desplazamientos de la familia más que la distancia propiamente dicha.

D2. Comercios en "la proximidad": incluye los

repartos a domicilio y los vendedores ambulantes que pasan regularmente.

F. Los servicios deben entenderse en un sentido restrictivo; se trata únicamente de servicios organizados por un colectivo público, un establecimiento público, o una asociación.

No se trata de señalar la existencia de un servicio en el sector, sino más bien de tomar en consideración el hecho de que el solicitante o su cónyuge se benefician del mismo.

F6. "Sector de higiene mental": sector psiquiátrico.

— Observaciones del encuestador: este apartado debe cumplimentarse obligatoriamente indicando lo que se crea más digno de tomar en consideración. Los problemas particulares (depresión, etc.) se indicarán en observaciones.

Se señalará en qué aspecto la situación del solicitante es eventualmente excepcional (situación transitoria ligada a una enfermedad diagnosticada por el médico de cabecera, a un acontecimiento familiar o a factores de aislamiento).

Deben indicarse finalmente las particularidades de la composición del hogar, del estado de la vivienda y del entorno si tienen una incidencia significativa en las tareas domésticas.

LOS RESULTADOS DEL BAREMO: SU TRADUCCIÓN EN HORAS DE SERVICIO

Lógicamente la mayoría de las personas implicadas en la Asistencia Domiciliaria desean un sistema de

baremación de necesidades directamente traducibles en horas de servicio. El Ministerio de Asuntos Sociales se mostraba contrario al procedimiento, ya que la aprobación de un baremo de equivalencia en horas de servicio hubiera supuesto un nivel de compromiso importante, estableciendo de alguna forma una prestación legal.

El papel del Ministerio de la Solidaridad Nacional

El Ministerio se limita a tipificar cuatro grandes grupos de solicitantes en función de la puntuación alcanzado en el baremo:

1. Los "muy dependientes", que totalizan 1 50 puntos en A1 o en A2.
2. Las personas que presentan una incapacidad en los actos de la vida ordinaria (no pueden hacerse el aseo, andar solos). Los casos graves totalizan 120 a 135 puntos en A1 o en A2.
3. Las personas que tienen la posibilidad de llevar a cabo actividades más o menos limitadas en B, ya sea en la realización de tareas domésticas o debido a que no salen de casa.
4. Las personas que no tienen dificultades claras en A o B no deben constituir en condiciones normales objeto de Asistencia Domiciliaria.

En algunos casos (problemas psicológicos o situaciones transitorias), habrá que proceder a un examen particular de la solicitud.

En las dos últimas categorías se hace necesario

verificar que lo que se ofrece no es una prestación de "confort" y se recomienda tener en cuenta principalmente el aislamiento del solicitante.

En el caso de tratarse de una pareja, si uno de los miembros se encuentra en una de las dos últimas categorías, es preciso realizar la misma verificación.

No está justificado que reciban una atención regular las personas que tienen dificultades para realizar trabajos ocasionales.

Por lo que hace referencia a los apartados C, D y E relacionados con el entorno familiar y social y el habitat del solicitante, el Ministerio considera que deben servir tanto para justificar un incremento como una disminución del número de horas atribuidas.

De todas formas, se insiste muy especialmente en que una elevada puntuación no debe implicar necesariamente la prestación del servicio. Textualmente se indica que "los criterios de dependencia corporal que se contemplan en A, no equivalen a que la Atención Domiciliaria tiene por función ayudar a la persona en la realización de dichos actos. Concretamente el trabajador doméstico no deberá normalmente hacerse cargo del aseo personal".

Y más adelante: "en los casos graves, que totalizan una puntuación máxima en A y B y que tienen, asimismo, una vivienda en malas condiciones o carecen de familia o ésta es indiferente a su situación, no tratándose de un problema transitorio, la intervención de la ayuda doméstica puede ser discutible".

El punto de vista de las Asociaciones

Las Asociaciones de Asistencia Domiciliaria se han dividido en torno a dos visiones del problema. Por un lado la UN ASSAD y la FNADAR (*) optan por un baremo de concordancia o de equivalencia referido exclusivamente a la sección A que se refiere a la autonomía personal del solicitante cuyo resultado debe ser ponderado con el juicio personal del encuestador en base a los resultados del resto de las secciones. Puede decirse en consecuencia que estos organismos rechazan una solución puramente mecánica y optan por la vía intermedia.

El baremo de concordancia es el siguiente:

instancia, serían entre 4 y 6 horas y quedarían fijadas según la apreciación del trabajador social en función de los resultados obtenidos en el resto de las secciones.

La ADMR (**), por su parte, considera que el procedimiento anterior al tener en cuenta únicamente en el apartado A a fines de formulación numérica, no resuelve en definitiva el problema que se pretendía solucionar con el baremo, puesto que la valoración de las secciones B, C, D y E sigue siendo totalmente subjetiva.

En consecuencia propone un baremo de equivalencias que se basa en las siguientes consideraciones:

- Las tareas que realiza el auxiliar son domésticas.

da, puesto que no encuentran dificultades para hacer la compra, la comida, la colada, etc. Pueden constituir una excepción las personas que tienen una fuerte dependencia física (105 puntos o más en A1, o en A2). Estos casos que, teniendo 105 puntos o más en A1, o en A2, no tienen ninguna puntuación en B, corresponden a situaciones en las que al menos otra persona que vive en el hogar hace frente a todas las dificultades domésticas y parece razonable ayudarlas en alguna medida. Así pues, la primera condición para ser acreedor al servicio consiste en tener un mínimo de puntos en B (al menos 15) o al menos 105 puntos en A1 o en A2.

Por otra parte, la ADMR considera también que los grandes inválidos requieren ayuda incluso en los casos en que disponga de un buen entorno.

En los casos de discapacidad leve, si la familia y el vecindario no son suficientemente próximos y disponibles, también la ayuda es necesaria, puesto que las dificultades, incluso poco importantes en sí mismas —no poder hacer las compras, por ejemplo— pueden tener consecuencias graves, e impedir la permanencia en el domicilio. En estos casos, unas pocas horas de atención pueden resultar de una elevada rentabilidad.

Por el contrario, si las discapacidades son poco importantes, la familia vive cerca y está dispuesta a ayudar, el entorno debe ser

BAREMO DE CONCORDANCIA, PROPUESTO POR UNASSAD, FNAAFP Y FNADAR

Niveles de autonomía	Nivel de puntuación según baremo de necesidad	Horas/semana
Autonomía muy reducida, grandes inválidos	150 puntos	8/16 horas
Autonomía reducida. Incapacidad para hacer frente a necesidades importantes	120/135 puntos	8/10 horas
Autonomía relativa. Dificultad para realizar actos cotidianos	45/105 puntos	4/6 horas
Autonomía precaria. Intervención más puntual y preventiva	— 50 puntos	2/4 horas

Si un solicitante suma 75 puntos en el apartado A, que se refiere a su autonomía personal, será considerada como una "persona con autonomía relativa" y las horas semanales que se le adjudicarían en primera

a pesar de que a través de la ayuda material, se ejerce un rol social y relacional importante. La ADMR considera que las personas que no tienen ningún punto en B no tienen necesidad de ayu-

(*) UNASSAD: Union Nationale des Associations de Soins et Services a Domicile. FNADAR: Federation Nationale d'aide a domicile des retraites. (**) Aide a Domicile en Milieu Rural.

suficiente para resolver el problema.

Por esta razón, la ADMR determina que es necesario obtener 65 puntos como mínimo en A1 + A2 + B + C (en el caso de una pareja) o en A1 + B + C (en el caso de una sola persona).

Una vez establecido el límite mínimo a partir del cual una persona se hace acreedora al servicio, el siguiente baremo de concordancia permite adjudicar

de ser una referencia que, en algunos casos, habrá que ajustar en función de la observación directa y de informaciones complementarias. Por otra parte, es posible que en ocasiones el número de horas resultante sea de difícil financiación y que "las correcciones" haya que hacerlas por imperativos de orden económico.

En cualquier caso, lo que interesa señalar es que en este segundo baremo el resultado es global, ya que

personal del "solicitante" que a los de su "cónyuge", lo que parece de estricta justicia, o a factores de aislamiento social.

CONCLUSION

Es evidente que un baremo tiene como mínimo la utilidad de dar seguridad a las personas que tienen encomendada la difícil misión de valorar la prestación horaria.

El trabajo realizado por las instituciones francesas parece serio al margen de la actitud adoptada en relación al baremo de concordancias o de equivalencias y no estaría de más aplicarlo a una muestra de la población atendida en la Comunidad Autónoma, a fin de determinar la tendencia en la línea de actuación de los muchos protagonistas de la Asistencia Domiciliaria. Sería interesante verificar el nivel de discapacidad de los usuarios vascos en relación al de los franceses y el grado de "intensidad" del servicio, utilizando el mismo término comparativo a fin de replantear el futuro de esta fórmula de atención en nuestro contexto socioeconómico.

Repetir por último, una vez más, que en cualquier caso, el baremo constituye un elemento más de cara a la racionalización de la actuación de los trabajadores sociales en la adjudicación de horas y en la selección de clientes, pero que de ninguna manera debe convertirse en un talismán al que se le transfiere la responsabilidad de juzgar y decidir sobre problemas que siempre son difíciles y que, obviamente, rebasan la capacidad expresiva de un cuestionario.

R. S.

BAREMO DE CONCORDANCIA

Propuesto por la ADMR

Núm. total de puntos en A1 + B + C + D + E o en A1 + A2 + B + C + D + E	Núm. horas/seman.
65 a 80	1,5
85 y 90	2
95 a 105	2,5
110 y 115	3
120 a 130	3,5
135 y 140	4
145 a 155	4,5
160 y 165	5
170 a 180	5,5
185 y 190	6
195 a 205	6,5
210 y 215	7
220 y 230	7,5
235 y 240	8
245 a 255	8,5
260 y 265	9
270 a 280	9,5
285 y 290	10
295 a 305	10,5
310 y 315	11
320 a 330	11,5
335 y 340	12
345 a 355	12,5
360 y 365	13
370 y +	13,5

el número de horas de atención necesarias. hace la valoración conjunta de todas las secciones, de la A1 a la E, dando la misma importancia, por ejemplo, a los problemas o limitaciones en la autonomía

La ADMR señala de todas maneras que el resultado en número de horas no deja

BAREMO DE NECESIDADES DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

1.ª REDACCIÓN (El solicitante es la persona de edad que necesita la ayuda doméstica)

-EDAD		-NOMBRE DEL SERVICIO	
-SEXO		-MEDIO URBANO	
-N.º DE HORAS ATRIBUIDAS		-MEDIO RURAL	
		-NOMBRE DEL ENCUESTADOR	

PONER UN CIRCULO ALREDEDOR DE LA RESPUESTA VALIDA

A) EL SOLICITANTE PUEDE	SI	CON DIFICULTAD	NO
• Levantarse sólo de su cama o de un sillón			
• Realizar su aseo normal y vestirse solo	o	15	30
• Desplazarse sin ayuda por su casa	o	15	30
• Salir sin ayuda de su vivienda al exterior inmediato	o	15	30
• Andar sin ayuda por el barrio o por el pueblo	o	15	30
B1) EL SOLICITANTE PUEDE (Poner 0 si estas tareas son efectuadas habitualmente por una persona válida que viva en el hogar)			
• Hacer sus compras solo	O	15	30
• Preparar su comida (1)	O	15	30
• Realizar su aseo habitualmente	O	10	20
• Cuidado de la ropa	O	10	20

B2) Ponderación por cónyuge u otra persona a cargo incapacitada, sin auxiliar de vida

B3) Ponderación por trastornos importantes de la memoria, que hacen difíciles o imposibles las tareas de la vida cotidiana

TOTAL: A + B1 + B2 + B3

(1) Tener en cuenta los casos en que la persona no sabe, no puede o no quiere preparar sus comidas.

C) AISLAMIENTO

Familia

en casa cerca alejada, inexistente o indiferente

Vecinos

disponibles poco disponibles indiferente

D) VIVIENDA

Situación

Planta baja o ascensor 1.ª planta o piso

Comercios

Cerca alejados muy alejados

E) COMODIDADES DE LA VIVIENDA

Agua corriente

En casa en el exterior

W. C.

Interiores fuera o inexistentes

Dificultades de abastecimiento y mantenimiento de la calefacción

TOTAL: A + D + E

TOTAL GENERAL: A + B + C + D + E

BENEFICIARIO SI LO HAY EN LOS SECTORES DE LOS SERVICIOS SIGUIENTES:

—Cuidados de domicilio	SI	NO
—Transporte de las comidas	SI	NO
—Lavado de la ropa	SI	NO

DOCUMENTO N.º 2

BAREMO DE EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE ASISTENCIA DOMICILIARIA1.ª Solicitud ☐ o renovación ☐

(el solicitante es la persona de edad que necesita la ayuda doméstica)

-APELLIDOS:

-NOMBRE: SEXO: ☐ NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL SERVICIO:-FECHA DE NACIMIENTO

-DIRECCIÓN:

-N.º DE HORAS MENSUALES: NOMBRE DEL ENCUESTADOR:

Solicitadas ☐ Atribuidas ☐Prestadas ☐ FECHA:- PERSONA SOLA ☐ PAREJA ☐ OTRO CASO ☐ (precisar)— ¿Disfruta el cónyuge de un servicio de ayuda doméstica? SI ☐ NO ☐En caso afirmativo, número de horas mensuales — ¿Resulta la solicitud de una situación excepcional? ☐ ¿duradera? ☐**PONER UN CIRCULO ALREDEDOR DE LA RESPUESTA VALIDA****A) ¿PUEDE****EL SOLICITANTE****EL CÓNYUGE**

Sí	Con Dificultad	No	Sí	Con Dificultad	No
----	----------------	----	----	----------------	----

A1) levantarse solo de la cama o de un sillón? 0 15 30 0 15 30

A2) realizar su aseo normal y vestirse solo? . . 0 15 30 0 15 30

A3) andar solo en casa o desplazarse convenientemente en silla de ruedas? 0 15 30 0 15 30

A4) salir solo de su vivienda al exterior inmediato? 0 15 30 0 15 30

A5) salir solo por el barrio o por el pueblo? . . 0 15 30 0 15 30

Total A1 Total A2 **B) ¿PUEDE AL MENOS UNA PERSONA QUE VIVA EN EL HOGAR (1)?**

(1) El solicitante, su cónyuge, u otra persona que viva en el hogar o, eventualmente un servicio exterior organizado.

		Sí	Con dificultad	No	
B1)	realizar sus compras sola?	0	15	30	
B2)	preparar sus comidas?	0	20	30	
B3)	atender la casa, al margen de la limpieza de fondo, y cuidar de la ropa?	0	20	40	Total B

Total A1 + B

Total A1 + A2 + B

	SOLICITANTE	CÓNYUGE
Existencia de trastornos importantes de la memoria que hagan difíciles o imposibles las tareas de la vida corriente.	SI NO	SI NO

C1) Familia: en casa o cerca alejada, inexistente o indiferente

C2) **Vecinos:** disponibles poco disponibles inex. o indif.

C3) Habitat: rural agrupado o ciudad rural disperso

Total A1 + B + C = Total A1 + A2 + B + C =

D) VIVIENDA

D1) **Situación:** Planta baja o ascensor 1.^a planta o sótano planta superior

D2) **Comercios:** Cerca alejados o de difícil acceso muy alejados o de muy difícil acceso

D1) y D2) sólo dan puntos si los hay en A4), en A5) ó en B1]

E) COMODIDADES DE LA VIVIENDA

E1) **agua corriente:** en casa fuera

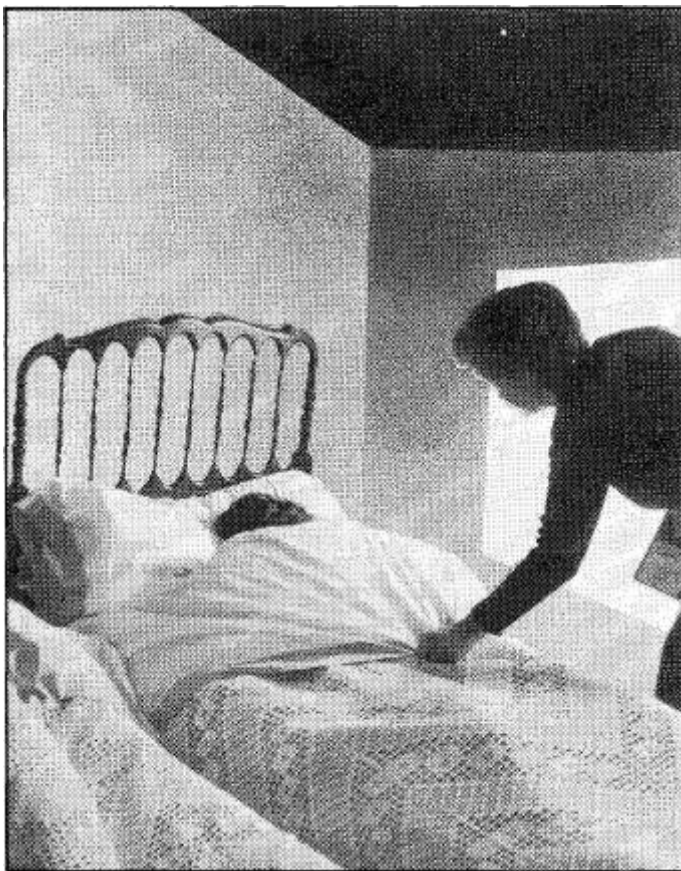
E2) W. C: interior fuera o inexistente

E3) dificultades de abastecimiento y mantenimiento de la calefacción

TOTAL GENERAL A1 + B + C + D + E =

TOTAL C + D + E TOTAL GENERAL A1 + A2 + B + C + D + E =

ADINEKO PERTSONAK EUROPAN (1)



El presente artículo resume el extenso informe elaborado por el CLEIRPPA (Centre de Liaison, d'Etude, d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées) a petición de la Comisión de las Comunidades Europeas y que bajo el título "Para una mayor autonomía de la persona de edad: realizaciones innovadoras y nuevas orientaciones para el futuro", recoge los datos más destacados existentes hasta el año 1982 sobre el tema en algunos países miembros de la CEE. Esta primera entrega contempla algunos datos sobre la situación de las personas de edad en la CEE (demografía, alojamiento, servicios sociales) y en el apartado de las innovaciones reseña las correspondientes a actividades, ayudas a domicilio, educación-formación, información y alojamiento. Una segunda entrega resumirá las realizaciones referentes a los temas de ocio-vacaciones, participación, cuidados-salud, sistemas de alarma y transportes. Por último, se ofrecerá un breve resumen de las tendencias políticas actuales y futuras en favor de las personas de edad en diez de los países que integran la CEE.

AUTONOMÍA ADINEKOEN BATERATO BURURAPEN ETA ORIENTABIDE BERRITZAILEAK ETORKIZUNARI BEGIRA

Europako Elkarteen Batzordeak ikerketa bat eskatu zion CLEIRPPA (*Centre de Liaison, d'Etude, d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées*) antolamenduri, bâtez ere zenbait herrialdetan, hala nola: Danimarka, Frantzia, Italia, Herrialde Behereak Alemaniaren Errepublikaren Fedérala eta Erresuma Batua bezalako herrialdeetan adinekoen mesedetan eman diren urrats berriak biltzeko erregutuz, baita herrialde horietan politika-sailean alor honetan ageri diren joera berriei buruzko txosten bat ontzeko ere aginduz.

Txostenaren egileek sarreratik beretik adizera ematen dutenez, zailtasun eta muga bat baino gehiago izan ditu lan honek. Adinekoen autonomia kontzeptuak edo bururapen berritzailea zer den erabakitzeak zailtasun nabarmenak ezartzen zituen eta azkenik hizkuntzak ezezik estatistika-datuen egoera desberdinak era eragozpen bat baino sortu die ikertzaileei beren ondorioak ateratzeko orduan. Guztia ere, ZERBITZUAN aldizkariaren irakurleentzat interesgarria izango delakoan gaude txosten zabal honetan datozen datuen berri ematea, berriki EEEn sartu garelarik, ezinbesteko bait zaigu elkarteak ditugun herrialdeek nota ikusten duten adinekoei buruzko politika eta laguntza-jarduna, *mutatis mutandis*, beraietan burutu dirten esperientzietatik egokientzat jotzen ditugunak etxera ditzagun edota bide beretsuetatik ibiliz ekintza antzekoak edo osagarriak asma ditzagun.

Txostenak hiru sail nagusi ditu:

- a) Estatutu kideetan adineko pertsonen egoera.
- b) Aipaturiko sei herrialdeetan eman diren urrats berritzaileak.
- c) Etorkizunari buruzko orientabide berriak, 1982ko uztailan, Viennan, Zahartzeari buruzko Mundu-Biltzarrean aurkeztutako txostenen ildotik, eta Gobernu bakoitzak agertu duen borondatearen berri émanez.

Lehen artikulua honetan CLEIRPPAk buruturiko txostenaren lehen bi atalen laburpen bat eskainiko dugu eta bigarren artikulua batean emango dugu joera politikoei buruzko hirugarren atalaren berri.

Adineko pertsonen egoera EEEn

Populazioaren zahartzeari dagokionean, 65 urtetik gorako pertsonen %10 baino gehiagoko kopurua eratzen duten Elkarteen kide diren Estatuetan, hirurogeigarren hamarkadaren hasieratik aurrerakoan, Alemania delarik aurrena %16 rekin. Jakina denez, jaiotze-tasa apalen edo denatalizazioaren ondorioz ari da gertatzen zahartze hau eta ez hainbeste bizitzaren iraunerazpenean aurrera egin delako; hau gerta dadi-nean beste zahartze-aldi berri bat gertatu-ko da.

Oro har, esan behar da, populazio orokorra baino askoz bizkorrago ugaltu dela adinekoena, Oitik 14ra bitartekoek batzbestek duten garrantzi txikia ikusirik: 1975 urteaz geroztik populazioaren sektore honek ez du osatzen Estatu kideen populazioaren laurdena ere Aide hau nabarmena gertatzen da munduko populaziorik gazteenekin konparaketa eginez gero. Kanyak, esaterako, % 50 zuten 15tik beherakoez osatua eta %4 bakarrik zituen 65 urtetik gorakoaren artean. Antzeko kopuruak agertzen dira Honduras, Nikaragua, Jordania, Syria, Algeria, Zambia eta abar bezalako herrialdeen populazioak aztertzean.

Adinekoen garrantzia nola igotzen ari den ikustean populazio orokorren baitan, adinaren arabera igotzen den hilkortasunak murrizketa bat dakar 65 urtetatik gorakoaren artean, baina guztia ere adinean aurreratuek gero eta eremu zabalagoa hartzen dute populazio osoari dagokionean. Honela, aipaturiko bost Estatu kideetan (Belgika, Danimarka, Frantzia, Errepublikaren Federalean eta Erresuma Batuan), 75 urtetatik gorakoek % 5 gaindituxea dute eta Irlanda da maila

honetan ordezkaitza apalena duena % 3,8. Datuen arabera, badirudi populazioaren zahartzea, adin handikoen artean, urteko + %0,1eko erritmoan ari dela gertatzen bateko beste.

Nahiz eta 4° adin hau adin aldakiz bakarrik definitzen ez den, 75 urtetatik gorakoaren populazioa arrisku handiko bezala gertatukoartzen da eta planteiatzen dituzten arazo larriak konpontzera edo konponbidean jartzera beehintzak, zuzendu beharko dituzte bereziki Estatuak beren ahaleginak 1975eko datuekin konparatuta, 1980an % etik gorako hazkundera izan dute adinkategoria honetakoek ia herrialde guztietan, mutur batean Alemania eta Italia daudelarik % 20rekin eta beste muturrean Irlanda % 3rekin.

Adineko populazio honen beste ezaugarrietako bat emakumezkoen ugartasuna da. Jakinaenez Otik 4ra bitarteko adin -taldean emakumeen ordezkaitza % 49koa izan ohi da. 40-50 urte bitartean gizonezkoen hilkortasun-tasa zertxobait handiagoa da emakumezkoenen aldean. Baina adin honetatik aurrera desoreka nabarmenki hazten da: Hamarren Europar 65-69 urte bitartekoaren % 57 dira emakumeak, 75-79 bitartean % 63 eta 84 urtetatik gora % 72. Aipaturiko desoreka hau Erresuma Batuan eta Frantzia nabarmentzen da inon baino gehiago eta Grezia, Herrialde Behereak eta Irlandan bezalako herrialdeetan ageri da alderik txikiena. Bistan dago emakumezkoen proportzio handi honek areagotu egiten dituela zahartzeak berekin dituen zailtasunak, ekonomia eta gizarte-bizitzari dagokionean senarraren menpean egon direnen kasuan.

Ezkontzari dagokionean eta gizonezkoen hilkortasun-tasa handiagoa izatearen ondorioz, Alemanian, Frantzian, Italian eta abarretan, gizonezkoen artean ezkonduak % 70 diren bitartean emakumeak % 33 bakarrik aurkitzen dira egoera honetan 65 urtetatik gorakoaren artean. Irlanda aparteko kasu bat da: gizonezkoen artean ezkonduak % 55 dira eta emakumezkoen artean % 28. Eta dina gora doa neurrian, desoreka hau hazi egiten da emakumearen kaltetan. Dibortzioari dagokionez oso kopuru txikiak ageri dira belaunaldi hauetan eta % 4 inguruetan dabil-tza zifra bi sexuentzat.

Bizi-txaropena, kontutan izan diren zazpi herrialdeetan, gizonezkoentzat 70 urteetan eta emakumezkoentzat 77 urteetan ezarri behar da. Mende honen hasieratik egundoko aurrera-pausoa eman da zentzu honetan, zeren eta 1900 urtean 53 urteetan bait zegoen gizonezkoentzat eta 56 urte-

tan emakumezkoentzat. Kontutan izan behar da oraindik ere munduko zenbait herrialdeetan aipaturiko zifra hauen inguruan dabil-tzala, adibidez, Egipto, Algeria, Guatemala, Bolivia, Malawi eta abar bezalakoetan.

Dena den, esan behar da bilakaera hau haurren hilkortasun-tasa jaitsi delako ematen dela, medizina eta higieenak egin dituen aurrerapenei esker, eta ez bizitza luzatzea lortu delako.

Aurrikispenei dagokionean, Hamarren Europako populazio orokorrak 1980ko mailan iraungo du eta 270 milioi gizabanako ditu. Bi herrialde haziko dira bereziki: Frantzia (+ % 9) eta Herrialde Behereak (+ % 8); Alemanian, aldiz, populazioak behera egingo du % 7an. Beste herrialdeetan bere horretan irautilera joko du populazioak. Populazioaren zahartzeari dagokionez 2.000 urtean gaur eguneko zifra berdintsuak izango direla espero da.

Etxebizitza

Ez dago esan beharrik nolako garrantzia duen adineko pertsonarentzat etxebizitza. Lanetik erretiroa hartzean ordu luzeak etnaten ditu bertan, eta gainera kontutan hartzen bada gero eta ahulezia fisiko handiagoa sentitzen duela, piskanaka hormaz kanpoko bizimodua murriztu eta hormaz barrukoa nagusitzen hasten da. Unibertsoaren mugatze honek bereziki azpimarratzen du etxebizitzaren garrantzia. Beraz, puntu honetan etxebizitzari duten ala ez eta nolako baldintzatan dituzten galdetu beharko da alderdi hau aztertzerakoan. Frantzia, Italia, Errepublikak Fedérale eta Erresuma Batua kontutan ditugularik (populazioaren % 85) etxebizitza hornitu baten jabe zenbat diren galdetu dugu, hornitua izateaz ur beroa, barne-komuna, garbitegia (dutxa edo bainua) eta berokuntza zentrala izatea ulertzen delarik.

Frantzia eta Erresuma Batuko egoerarekin alderatuta, alemaniarrek pribilegiatu gisa agertzen dira zeren etxe denek bait dute komuna, % 89k ur beroa, % 84k bainua eta erdiak lau osagaiak dituen etxe batean bizi bait dira. Frantzian etxeen erdiak bakarrik du bainua, eta hirutik bi baino gutxiago dira ur beroa edo barneko komuna. Erresuma Batuko datuak ere ez dira gehiegi urruntzen Frantziakoetatik. Bestalde, eraikuntza hauek aski ezerosoak gertatzen dira, zeren jabeak eta etxeak batera zahartuak bait dira. Alemanian % 53 gerra-ondoan eraikitako etxeetan bizi da, zeren hiri handien ia % 80 suntsiturik geratu bait zen; Frantzian, aldiz.

ondasun higiezinak oso zaharrak dira. Honez gainera etxebizitzaren tamaina ere desagokoa gertatzen da bakarrik bizi diren pertsonen kasuan: % 70 kasutan etxebizitza azpipopulaturik dagoela ikusten da. Okupazioari dagokionean aide handiak ikusten dira herrialdeen artean, % 34tik (Alemania) hasi eta % 70era (Grezia) doan gama bat ageri da.

Bizikidetzaren (cohabitation) datuari dagokionez europar gizartearen fenomeno honek garrantzi txikia du. Herrialde guztietako datuak ez badago ere Frantzian % 14,5 eta Alemaniako Errepublikaren % 13 da tasa hau. Europar adinekoen ia kopuru osoa etxebizitza banakakotan bizi da, hau da, talde-albergeko egituratik kanpo. Dagoen imajina negatiboaz aparte eta ustearen aurka esan behar da oso pertsona gutxi bizi dela ospitaleak ez diren talde-albergetan eta portzentaia ez dela iristen % 5era, tasarik apalena Greziakoa (% 1) eta altuena Herrialde Beheretakoak (% 14,5) delarik.

Gizarte-zerbitzuak

Europar Elkartearen kideen politikak ahalik eta denbora luzeenean adinekoak beren etxeetan edukitzera zuzendurik daudelakusua dugu etxebizitzaren kalitateak zenbaterainoko garrantzia duen. Helburu nagusi honen bigarren ahalegin bezala, laguntza-egitura edo sistema bat antolatzea da. Etxera eskaintzen diren zerbitzu hauen artean otordua, liburua, ile-apainketa, pedikura, gorputz-higienea, gurpilaulkizko paseoak, korrespondentzia, konponketa eta abar bezalako sail desberdinak sartzen dira. Aide izugarriak daude herrialde batetik bestera eta hirigunetik baserrigunera zerbitzu hauen eskaintzari dagokionean. Eskasirik handiena Grezian, Irlandan eta Italian aurkitzen dira eremu honetan.

Bestalde abegizko zentruak ere osagai derrigorrezkoak dira etxerako zerbitzu hauekin batera. Hasiera batean zainketa-joera nabarmena bazuten, azken aldiotan, heste alderdi batzuren jabe ere bihurtu dira: hezkuntza eta aisiazko alderdiena batipat. Beraz, kultur eta arte-ekintzez (hitzaldiak, kontzertuak, teatroa, kantua...) gainera gizarte-jokoak (kirola, gimnasia arrantza, skia, bizikletazko paseoak...), biblioteka eta irakurgelak, jaialdiak, dantzaldiak, eskulanak eta abar luze baterako zentruak daude sail honetan. Gizarte industrialduetan gero eta balio handiagoa ikusi zaio adinekoen aberaste kultural eta intelektualari eta him motatako egiturak ageri dira baliagarri sail honetan: Adinarteko Unibertsitateak, Hirugarren adi-

neko Unibertsitateak eta Usadiozko Unibertsitateak Lehenak Europaren iparraldean diraugarrienak. Bigarrenak Frantzian aurkitzen dira hedatuena eta hirugarrenei dagokionez, gaztetan beraietan ibilitakoak bakarrik joaten direla gero ere ikusten da.

Azkenik, medikuntza alderdia da etxean adinekoak edukitzeko garatu beharreko beste puntu bat: eguneko ospitaleak, eguneko osasun-zentruak eta etxe-ospitalizazioa dira beharrezko sail honetan. Oraindik egitura hauek oso gutxi hedatu dira Estatu kide desberdinetan.

Bururapen berritzaileak

Hasieran esanenez, adineko pertsonen autonomia eta gizarte faboratzen duten bururapen esanguratsuak biltzeko orduan honako sei Estatu kide hauek bakarrik hartuko dira kontutan, hots, Alemania Federala, Danimarka, Frantzia, Italia, Herrialde Beherak eta Erresuma Batuetakoak.

Txostengileek fitxa-eran aurkeztea erabaki dutelarik, guk ere ildo beretik joko dugu eta honako kode hauek erabiliko ditugu informazio desberdinen berri ematean:

E = erakundea H =
helburuak M =
modalitateak F =
finantzaketa

Bildu diren esperientziak sei herrialdeetakoak direlarik, izendapenaren ondoan ezarriko diren honako siglen arabera laburtuko dira estatu-izenak: Alemania Federala (D), Italia (I), Danimarka (DK), Herrialde Beherak (NL), Frantzia (F), Erresuma Batua (UK).

Ondoren eskainiko ditugun xehetasunak honako sail desberdinei buruzkoak izango dira: ekintzak, etxerako laguntza, hezkuntza-formazioa, informazioa, etxebizitza, aisiaoporrak, partaidetza, zainketa-osasuna, alarma-sistemak eta garraioa.

EKINTZA

(ongintzazkoak, sozialak eta paraprofesionalak)

BORONDATE ONAREN LAGUNAK (D)

E* Dirua irabazteko helbururik ez duen eta osasunean dauden jubilaturiko gizonez osaturiko elkarte batda. Westfaliako Hagenen du egoitza.

H* Bakoitzak bere astia edo denbora librean inoren mesedetan eskaintzea, aldi berean bere ezaguerak eta esperientzia baliaraziz.

M* Karitatezko erakunde guztien zerbitzutan jartzen dira "lagunok" iheltsari, elektrikari, zurgin eta abar bezalakoen lanak egiteko eta astean bost egunez eta egunean 7 bat orduz lan egiten dute. Eliza, erretoretxe, kiroldegi, drogatuentzako etxeak eta abar bezalako lanak burutzen dituzte.

F* Lana eskaintzen dien erakundeak ordaindu behar izaten ditu garraioa, ostatu eta mantenua eta obrak eskatzen dituen materialak.

ELKARLAGUNTZAZKO ELKARTEA (D)

E* Hasieran Russelheimeko pastore batek sortua, gaur egun elkarte ez-konfesionala da eta iraznahirik gabea. "Kontakt" deritzo eta Hesseneko Landaren eta hiriaren laguntzarekin aritzen da.

H* Eragozpenak dituen edozein pertsonaren zerbitzutan jartzea, beste pertsona batzu eta gauza bera egitera bultzatuz, adinekoek eta ezinduek isolamendua eta bakar-tadearen aurka borroka egin dezaten.

M* Elkarateak 24 orduz funtzionatzen du, larunbat, igande eta jaiegunak ere barne direla. Egunerdi ordainduriko sekretari batek lan egiten du eta berau arduratzen da soldadutzaren ordezkari zerbitzu zibila egiten ari diren gazteen eta borondatezko pertsonen antolaketaz. Azken hauen artean era eta adin desberdinetako pertsonak aritzen dira.

Helburu nagusia 6 telefono-katea koordinatzea izaten da, bakoitza 4-6 kidez osatua egoten delarik. Telefono-deia egunero ordu berean egiten dira eta ordenu berean kateko kideen artean. Eteten bada edo premiaren abt sortzen bada kate arduradunak norbait bidaltzen dute helbidera. Elkarateak baditu ibilgailuak sorospen-lanetarako.

F* Elkarateari egiten zaizkion kotizazioak. Oparizko laguntzak. Zerbitzu zibila egiten ari diren gazteak gobernuak eskuratzen ditu.

ADOPZIOZKO AMONAK (DK)

E* EGV = Adineko Pertsonen laguntzeko irabaznahirik gabeko Elkartea.

H* Belaunaldien arteko integrazioa. Emakumeak "berea" izan duen ekintza baten bitartez norbere "nia" birbalaratzea.

M* Adineko emakumeak "eguneko amona" bezala ari izatea, haurtzaindegietan eta erakundeetan bizi diren haurren artean.

F* EGV.

S.O.S. AITON-AMONAK HAUR-HERRI BATEAN (D)

E* Frankoniako Wurzburgen dagoen "Erich Kastner" Haur-herrian aurkitzen da interés publikoko elkarte hau.

H* Gurasorik gabeko haurren (umezurtz edo zapuztuen) eta adinekoen artean harremanak sortaraztea.

M* Haur hauen "hutsunea" betetzeko deiak egiten dira eta ondoren ezartzen diren lotura afektiboak esker harreman iraunkorrak sortzen dira bisitak eginez, elkarrekin jolastuz, historiak kontatuz eta abarrez.

ADINEKO PERTSONAK ESKOLETAN (NL)

E* Udalerrietan.

H* Adinekoari bere gizarte-rola bihurtu eta baliagarri egin. Bakartadeak eta asper-turik egoteak dakarren hondamendia eragotzi. Ikasturteei bizitasuna eman.

M* Zenbait eskolatan gonbidatu egiten dituzte adinekoak gai jakin batzuri buruz hitzegitera etor daitezen (historia eta azken mundu-gerrateaz bereziki).

ADINEKO PERTSONAK HIRI-BIZITZAN PARTAIDE (I)

E* Erromako 3 auzategian sortua ongintzazko erakunde eta udalerriko administrazioaren arteko akordioz.

H* Adinekoari bere balioaren zentzua bihurtzea, ekintza "sozialak" burutzeko eta giza harremanak izateko aukera eskainiz.

M* 1980 urtearen amaieratik hasita administrazioak lan-aukera batzu sortu ditu gutxienez 55 urtetik gora dituzten eta hilean 400.000 lira (40.000 pta) baino gehiago irabazten ez dutenentzat, hórrela talde-bizitzan partaide izan daitezen. Ekintzen



artean hauek daude: eskoletatiko sarrerak zaindu, liburutegiak zaindu, kultur ekintza desberdinetan parte hartu... Parte hartzea borondatezkoa da presentziazko obligaziorik gabe.

EGEE = ENPLEGU ETA ENPRESARAKO BELAUNALDIEN AKORDIA (F)

E* 1979an Association des Ages delakoak sortu eta bideraturiko programa.

H* Tamaina ertain eta txikiko enpresei edota oraindik sorbidean daudenei, jubilatua edo aurrejubilatua diren eta gaitasun-maila onaren jabe direnak baliaraziz. Enpresak sortzen edo mantentzen lagundu, enpresari gazteei "kinka larriak" gainditzeko lagunduz.

M* EGEEren kontseilari-sareak 1.200 borondatezko ditu eta % 80 jubilatua edo aurrejubilatua dira. Doan aritzen dira arauketa juridiko eta fiskala, banku-praktika, patente-gordailu, finantzaketa, pertsonalbilketa eta abar bezalako gaietan. Jardunak bitarikoak zuten dira: puntualak eta iraupen luzekoak. 16 erregio-antennatan banaturik daude, ordezkari baten ardurapean.

F* 1982 arte Ministraritzak desberdinetatik dirulaguntzari esker iraun du, harrez gero enpresa-sorketarako Agentzia nazionalak finkatu du programa.

EKINTZA PARAPROFESIONALAK; ADINEKO PERTSONA ASISTENTEAK (I)

E* Milango hirian, Reggio Emiliako udalerrian, Tristeko hirian.

H* Adineko pertsonari rola aktibo bat ematea beren egoera morala hobetzeko. Beraien esperientzia eta gaitasunari etekina atera. Zenbait sektoretan pertsonal-gabezia bete.

M* Adineko pertsonari lagundu (laguntza psikologiko eta materiala, etxean eta atsedeen-etxetan).

Museoetako aretoen zainketa batez ere eskolaren bisitaldietan.

Eskola-ingurumarien zainketa.

55 urtetatik 70 artekoak egiten zaizkie proposamenak, ahal dela auzategian bizi direnei. Medikuz-ziurtagiria eskatzen da. Lan-orduak mugatu samarrak izaten dira aurrez erabakita zenbatekoa bat kobratzen dute. Aseguru-poliza batek estaltzen ditu eratzukizun zibileko arriskuak.

ETXERAKO LAGUNTZAK

"DENETARAKO " GIZONAK ADINEKOEN ZERBITZUTAN (D)

E* Samaritar Langileen Elkartea (Saxonia Behereko Bielefelden).

H* Etxea zaintzeko zerbitzuak eskaini dagoen eskasia betetzeko. Zerbitzu zibila egiten ari diren errekutak erabiltzen dira adinekoen zerbitzutan.

M* 9 errekutaz osaturiko talde batek burutzen dituzte adinekoen etxe-lanak, bizilekua garbitzetik hasi, arropak, ontziak, sukaldaria... garbitzeraino. Aurretik prestakuntza hartzen dute. Auto bat egokiturik izaten dute lanerako behar duten guztiarekin. Prezioa: orduko 20 markotakoa izaten da.

F* Eskatzailea eta Gizarte-Laguntzako edo antzeko erakundeetako mesede-hartzaileei dagokionean, udalerriko gizarte-fondoa.

EXTERAKO LAGUNTZEN HEDAPENA LARUNBAT, IGANDE, JAIEGUIM ETA GAUETAN (DK)

E* Udalerrria.

H* Adineko, gaiso, ezindu eta bakarrik bizi direnen segurtasuna eta segurtapena gehitzea. Ospitalizazioa denboran mugatzea.

M* Dirulaguntza, laguntasun "moral" eta gauezko zainketa ematean zertzen da zerbitzua.

Astean sei ordu, laguntza guztiak orokorki, doanekoak dira, adineko pertsonak zer-nolako ahalbide ekonomikoak dituen kontutan hartu gabe. Asteazpi ordutik aurrera zerbitzua ordaindu egin behar izaten da oinarritzko pentsioa baino baliabide gehiago baditu adinekoak. Orduaren prezioa 45 daniar koroatakoa uzaten da, Copenhagen 45 koroatakoa izaten delarik.

F* Udalerrriaren gain. Zenbait baldintzat erabiltzaileak ere parte hartzen du finantzaketan.

PRESAZKO MEDIKU-ZERBITZUA (GAUEZ ETA ASTEBURUZ) GAISO DAUDEIM PER- TSONA ISOLATUEIMTZAT (D)

H* Gauetan eta asteburuetan presazko mediku-laguntza duten gaiso isolatuei laguntza eskaintzea.

M* 1975az geroztik, Wiesbaden, borondatezko-talde bat arduratzen da (irratizistematik loturaz baliatuz) presazko zerbitzuaz, bakarrik beren sendagaiak hartzeko gauza ez diren gaisoei laguntza emateaz.

ETXEANGO MANTENU ESPERIMENTALA (F)

E* Grenobleko auzategi bateko zenbait organismo eta elkarte sozio-mediku. Bertako populazioaren zahartze-tasa nabarmena da (% 17).

H* Auzategiko egitura sozio-medikuak errebortatzea bertako antolamentu geriatrikoari osagarritzko laguntza bat eskainiz.

Langile sozialei eta familiei lana kentzea ospitalizazioak laburtuz.

Osasun-etxeren batean egon ondoren, gaisoari etxera moldatzen laguntzea.

M* Erizain, zainketari eta sekretaria batez osaturik egoten da ekipoa. Zerbitzuak normalean goizetan egiten dira, adineko pertsonen etxeetan.

Kide iraunkorrez eta aldian-aldikoz osaturiko batzorde mediku-tekniko bat hiltzen da hamabostean behin adineko pertsona bakoitzarentzat proiektu terapeutiko bat ezartzeko eta berau aldatuz joango da gaisoaren egoeraren arabera.

ASISTENTZIA PERTSONALIZATUA (I)

E* "Cultura Popolare" elkarte S. Egidio parrokiarekiko loturan.

H* Adineko pertsonari bere ohizko ingurunean bizi ahal izateko laguntza eskaini.

Kanpoarekiko harremanak erraztu: etxean lagunduz (medikuarengana joaten, tratamendua jarraitzen lagunduz) eta adineko pertsonak komunitate txikitik bilduz (biltzeko tokietan, oportetako lekuetan). Elkarteko kideak adinekoekin bizi izaten dira.

M* 30-35 pertsonak lan egiten dute taldetoxotan Erromako periferian dauden 10 auzategitan eta 500 bat adineko arduratzen dira.

ISOLAMENDUAREN AURKAKO EKINTZA (D)

E* Aschaffenburgeko udalerrria (Frankonia).

H* Erakundeez aparte bakarrik eta isolaturik bizi diren adineko pertsonak detektatzea. Berauen beharrezko zehaztea eta laguntzea.

M* "Isolamenduaren aurkako Ekintza" honek hiru aldi ditu:

1) Prentsaren bitartez adinekoen aide lan egin nahi duten pertsonak biltzea, eta hiria 13 sailetan banatu ondoren bakoitzean arduradun bat (adinekoen bisitaria) izendatzea.

2) Isolaturiko kasu guztien eta berauen premien zerrendatzea. Adinekoen mesfi-

dantzak uxatzeko prentsan argitaratu ekin-tzaren zertarakoa, arduradun bakoitzaren argazkia. Gauza bera egiten da orri batzuen bitartez erakunde eta abegi-etxee guztietan ere. Ondoren bisitak egiteari ekin zitzaion, eta "egoera arriskutsuan" zeuden 313 per-sona detektatu ziren.

3) Ondoren laguntza-sistema bat anto-latu zen: bisita erregularrak isolatuei, etxe-lanak egitea, paseatzen edo medikuarenga-na joaten laguntzea. Laguntza materiala baino areago izaten da morala. Dauden laguntza-egiturekin lankidetzat estuan aritzen dira arduradunak. Adinekoa erakunderen bâtera eraman behar denean, arduradunak prestatzen du aldaketa. Programa hau gero eta gehiagora doa eta auzategiko ardura-dun bat baino gehiago behar dira.

F* Antolatzailea.

HEZKUNTZA-FORMAZIOA

(Kultura Orokorra-kreatibitatea-3° Adine-ko Unibertsitateak-Jubilazioa eta Zahar-tzeak berekin dituen arazoekiko sentsi-bilizazioa-Formatzaileen formazioa)

3° ADINEKO UNIBERTSITATEEN ETXE FRANTSESAREN SORRERA (F)

E* 1980az geroztik talde honetan 60 bat adinekoen unibertsitate daude.

H* UFUTAk 35.000 bat "ikasle" ditu 30 bat unibertsitatetan barreiatuak. Lehenda-biziko Bilera Nazionalak antolatu ditu infor-mazioa trukatzeko Unibertsitate hauek Fran-zian izan behar duten egitekoaz.

M* UFUTAk bileretarako aukeratu duen gaia hau da: "Hirugarren Adinekoen Uni-bertsitateak eta Hezkuntza Iraunkorra".

ADINARTEKO GOI-ESKOLAK EDO UNIBERTSITATEAK (DN)

E* Alderdi politiko desberdinek antola-turiko hiru erakunde handi: FOF, AOF eta LOF.

H* Hasieran nekazariantzat bakarrik zena, gerora langileetara hedatu zen. Zenbait urtez geroago jubilatuek erakartzeko lana egin da, ikaste-prozesu oro gizarte-bizitzan irauteko modu bezala ikusten delarik.

M* Ikaskizun bereziak diseinatu dira adi-nekoentzat (hizkuntza, historia, literatura, eskulanak, gimnasia...) eta irakaskuntzak kon-

tutan hartzen ditu 3° adinekoen berezitasu-nak (asimilazio-erritmoaren moteltasuna).

Partaideen gutxienezko kopurua: 12.

Irakasleen ordainketa: 100 koroa orduko.

Ikasturtearen iraupena: urriaren 1 etik api-rilaren 30 arte.

F* Partaideek (200-300koroa bitartean) eta antolatzaileek.

HERRIALDE BATEN AURKIKUNDERAKO PRESTAKUNTZA ETA ONDORENGO BIDAI A (DK)

E* Adinarteko unibertsitatea, "Eskola I toil-taria" saila.

H* Kultur formazioa eta kultur bidaiak. Interesgune baten bitartez talde batean inte-grazioa, bidaiaren aurreko prestakuntzaren eta ondorengo orientabideen bitartez.

M* Lehen etapa: Formazio-aldi bat Dani-markako zentru batean, bisitatu den herrialdeko geografia, historia eta kultura sakonduz.

Bigarren etapa: Bisita. Orain arte SESB, Groenlandia, Alemaniaren iparraldea, Nor-vegia dira bisitaturiko herrialdeak.

F* Partaideak ordaintzen du parterik han-diena baina EGVeK laguntzak ematen ditu.

ADINEKO PERTSONEK ANIMATURIKO "UNIBERTSITATE PARALELOAK" (UK)

H* Jubilatuen ikasteko gogoari erantzun eta isolamendua gaitzitea.

M* Elkarrekin bilduriko jubilatuek beren ikasturteak antolatzen dituzte Cardiff, Sowiby eta Hope Valley. TAP elkarrekin frantses eta espainiarazko elkarriketa-ikasturteak pro-posatzen dizkie bere kideei, baita zurean eta beiran grabazioa ere.

F* TAP (Third Age Project) elkarrekin-tzat "Nuffield Fundazioak" eta "European Social Fund"ek ematen dituzte laguntzak.

Oharra: Alemanian Klappholtal/Sylteko Adinarteko Unibertsitatean bizpahiru aste-tako ikastaldiak antolatzen dira adinekoen-tzat pintura, marrazkia, argazkia, zeramika, eskulanak eta bara bezalako gaietan, par-taideek bere finantziaturik.

Danimarkan "Daghojskole"n goiz eta arratsalderoko klaseak antolatzen dira 55 urtetik gorakoentzat, urritik apirilera bitartean. Bertan irakasten diren gai nagusienak hauek dira: psikologia, pintura eta arte plastikoak, musika, kantua, historia, literatura, sukaldaritza, dantza folklorikoak, dantza modernoak, gimnasia. Irakaslego profesional eta ordaindua da, nahiz eta partaideek hilean 20,5 koroa bakarrik ordaintzen duten. Parezpare kontzertuak, bidaiak, museotarako bisitak, erakusketak eta abar ere antolatzen dira.

Alemanian Meemsteden udalerriak sukaldaritza-ikastaldiak antolatzen eta finantzatzen ditu 50 urtetik gorako gizonetarako.

BARNETEGIKO IRAKASKUNTZ SAIOAK (DK)

E* EGV.

H* Adinekoen ezaugarriak kontutan izanik, berauen interés intelektualak lantzea.

M* 60 urtetatik gorako guztientzat irekita dauden bi Goi-Eskola sortu dira jubilatuentzat. Saioak 12 egunetakoak izaten dira eta garraioa, pentsio eta guzti 750 koroa inguru kostatzen dira. Egunean zehar gimnasia, kantuak, eztabaidak, otorduak eta txangoak tartekatzen dira norbere ekintzetarako eta telebista ikusteko astiarekin. Gehienbat ikasten diren gaiak historia, literatura, hizkuntzak eta egungotasuna izaten dira.

F* Partaideen eta batzutan udalerrien kontura.

DESFAFORATUENEI IREKITA UNIBERTSITATEA (F)

E* CRI taldea (Caisse Retraite Interprofessionnelle) eta Paris VIIko Unibertsitatea.

H* Gizarte-maila desfaboratuenetako adinekoei ikastaldietan parte hartzeko aukera eskaintzea, beraien artean lotura afektiboak sortuz eta indartuz.

M* CRI arduratzen da bere kideei berri emateaz eta 3º adineko Unibertsitate baten arabera aritzen da: kontaktoa hartzeko bileta bat, taldetxoak eratzen dira irakasleen inguruan eta egunerdikoko foroak eratzen dira.

F* CRI faldearen kontura.

JUBILAZIORAKO PRESTAKUNTZAZKO PROGRAMAK (DK-D)

*EGV-Enpresa pribatu bat.

H* Etorkizuneko jubilatuei zahartzeari buruzko prestakuntza bat eskaini, errealitatea desdramatizatuz eta berak dituen "egiazko" eta "gezurrezko" alderdien berri emanez. Zahartzearen irudia balorizatu.

M* Danimarkan astean bi aldiz eta ordu parte batez egiten dira eta bakoitzari 1.400 koroa kostatzen zaio edo bikoteari 400na. Ukitzen diren gaiak hauek dira: zahartzearen egia eta gezurra, rola eta erlazio-sareak, psikismoaren bilakaera, bikote-bizitza eta denboraren berregituratzea.

Alemanian, beren denbora librean egituratzeko inizatibak eta aukerak ematen saiatzen dira zenbait enpresatan, lan artistikoen erakusketak antolatuz. Enpresak aldizkari bat banatzen du doan aktibo eta jubilatuen artean, bere jubilazio aldirako ideiak eta egin-kizunak proposatuz.

F* Enpresen eta antolatzaileen kontura.

Oharra: Aipaturiko ekintzez gainera Alemanian badira Erakundetan Bizitzeko Prestakuntza eskaintzen duten ikastaldiak eta bertan jubilatutakoak eta berauen seme-alabek ere parte hartzen dute; Pedagogia Ikastaldiak, aiton-amonei beren hezitzaile-rolak betetzen laguntzeko eta Ospitalizazio-ondorako prestakuntza ematen duen Caritasen zerbitzu bat ere.

Danimarkan, Eguneroko Bizitzara Moldatzeko ikastaldiak ematen dira eta adin guztietara irekita daude, berauetan josten, sukalketan, etxeko tresnez baliatzen eta abar irakasten da.

INFORMAZIOA

AGINTARI LOKALAK LEGEZ BEHARTURIK DAUDE ADINEKOAK INFORMATZERA (DK)

E* Gobernu-agintaritza.

H* Eskubideen eta laguntzen berri gehien behar izaten dutenak informazioaren faltaz aukera eta ahalbiderik gabe ez geratzea.

M* Adinekoen interesekoak diren gai guztiei buruz informazioa eskaintzen duten liburuak eta orriak argitaratuz. Udaletxetan

antenak edo egunezko etxeak ezarriz informazioa zabaltzeko. Eta erakunderen batean sartzean ahoz eta idatziz émanez, bertartzean zer eratako eskubide eta betebeharrak dituen adieraziz.

Oharra: Oso prezio merketan banatzen diren aldizkariak ere badira, EGV-ek kudeatuak, eta adinekoen intereseko gaiak lantzen dituzte: abegi-etxeak, zahartzeari buruzko testuak, janaria eta osasunari buruzko kontseiluak, adinekoen elkarteak etaba. Itxura onekoak dira, alaiak eta eta zahartzaroei irudi positibo bat ematen saiatzen dira.

"INFO-BUSA" (D)

E* Bonneko hiria.

H* Adinekoen informazioa eta laguntza eskaini, eraikuntza administratiboetara joateak sortzen dituen eragozpenak baztertuz.

M* Gizarte-asistente batek autokar bat gidatzen du hiriko auzategietara joanez eta zerbitzu eta eskubideen berri eman eta formularioak betetzen laguntzen die, dagozkien laguntzak jaso ditzaten. Etxetik ia ateratzen ez diren pertsonekin harremanetan jartzeko aukera izan da.

Oharra: Antzeko zerbait egiten da Hannoveren ezinduei autobus batean beren eragozpenak gainditzeko tresna eta aparatuak eramanez.

Frantzia ere bada "Service Mobile d'Information" deritzana, adinekoen informazioa eramanez Paris korritzen duena eta herriagintaritzak finantzatzen du. Egun eta ordu jakinetan iristen da kamioneta hau aurrez izendaturiko guneetara.

Herrialde Beherean "Solidaritatezko Katea" deritzan bat dago adinekoen zailtasun ekonomikoak gainditzeko kontseiluak eta informazioa eskaintzen diena.

ETXEBIZITZA

Danimarkan adineko pertsonen premiei moldaturiko etxagintza bati ekin zaio, Gurutze Gorria, EGV, etxagile pribatuak erakunde pribatu, publiko eta erdi-publikoak partaide izan direlarik proiektuan. Etxe zaharrituen ordeztuak eraiki diren berri hauek gehienak 60 m², ekipamendu sanitarioa osoa, sukalde, igongailua eta galtzara-sarea, telefonoa eta alarma-sistema dituzte. 67 urtez

gorakoentzat dira. 1982an kostua 400.000 koroatakoa zen eta gobernuaren ustez aski idealak ziren banakako bizilagunarentzat. 1982az geroztik gobernuak bere gain hartu ditu interesak eta udalak diru-laguntzak ematen ditu. Hileko alokairua 2.300 ingurukoa izaten da. Gobernua eta udalaren ahalbideak mugatuak dira.

Bada beste plan bat ohizko etxebizitzak adinekoen premia eta eskaizunetara egokitzeko ere. Fondo publikoekin egiten dira obrak, baina adinekoak etxearen jabe denean oinordekotzaren bidez egiten da amortizazioa. Antzeko planak daude Herrialde Behereetan.

Beste era askotako iniziatibak ere aipagarri dira herrialde hauetan: Frantzia auzategietan ostatu-egitura txikiak eginez jutilatuak biltzeko saioak egin dira eta Pobre Anaia Txikiak nabarmendu dira lan honetan. Nekazarien arazo bereziei soluziobideak ematen ere saiatu dira Danimarkan. Ingalaterran arrakasta handikoak gertatu dira "granny-flats" deritzatenaak, ebadetuen premietara ongi egokitzeaz gainera oso erraz eraikitzen direlako. Alemaniako Frankfurt/Mainen ere egin dira esperientziak adinekoak eraikuntza handi eta erdi-hutsetatik atera eta etxebizitza txiki eta egokietara aldatzeko. Primak ematen zaizkie honelako plana onartzen duena adinekoari.

Herrialde guztietan ageri dira iniziatiba ugari adinekoak erakundeetara eramatea atzerazten duten ekintza eta zerbitzuekin: Goldstone Old People's Home, Cowley Road Hospital, Abbeyfield Society, Home Close... Azken sistema hau 1968an sortu zen eta ostatu kolektibo bat da 40 bat pertsonarentzat eta bakarkako eta taldekako bizitzaren abantailak uztartzen saiatzen da eta talde-bizitzari apatia dioten pertsonak integrazteko oso eraginkorra gertatu da.

Italian, ACAPEk kolektibitate txiki erdi-autonomoak sortu ditu adinekoen andea-kuntza fisiko eta mentalari aurre egiteko. Apartamendu batean adineko talde bat jartzeko ACAPEko arduradun baten zaindaritapean. Laestra A. Signan, Florentziako auzategi industrial batean, 60 urtetatik gorako 86 pertsona bizi direneko bizitegi bat dago. Hemen ere banakako eta binakako zerbitzuak taldekakoekin konbinaturik daude. Adin eta ekonomi ahuleziatzeko baldintzak betetzen dituenak sar daitezke eta eskualdeko eta udalerriko agentziak arduratzen dira finantzaketaz.

Xabier Mendiguren

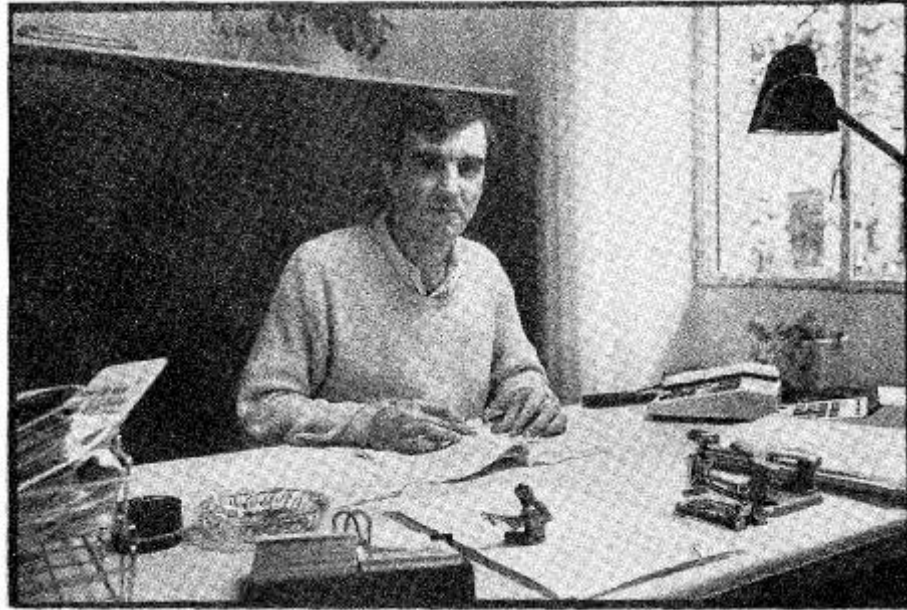
ELKARRIZKETA



Javier Postigo, Adineko Zerbitzu Burua.

1982 urtean hasi zen Etxe Laguntza Zerbitzua Gipuzkoan Foru Diputazioaren eskutik. Ez zen ezaguna garaian zerbitzu mota hau eta egia esan martxan jarri bazen gehiago izan zen lan baten bidez ekonomikoki egoera larrian zeuden pertsonen laguntza moduko bat emateko berez, zerbitzuaren bitartez, etxeko eginkizunetan eragozpenak zituztenei laguntzeko baina. Hasiera hartan errezeloz begiratua ere izan zen gure egoera ekonomikoari egokitzen ez zitzaiola eta azken finean lujo bat bezala kontsideratu zutenak, laguntza formula bezala populazioarentzat erabat arrotza zenez onargaitza izango zela pentsatu zutenak ere izan ziren. Egun ordea Gipuzkoako Etxe Laguntza Zerbitzuak ia udal guztietan finkatu dira eta mila eta zazpirehun etxetara heltzen dira.

Javier Postigo Hirugarren Adineko Zerbitzu Bura da Foru Diputazioan eta Antxon Arrieta Etxe Laguntzako Zerbitzuaren arduraduna.



Antxon Arrieta Etxe Laguntzako Zerbitzuaren Arduraduna.

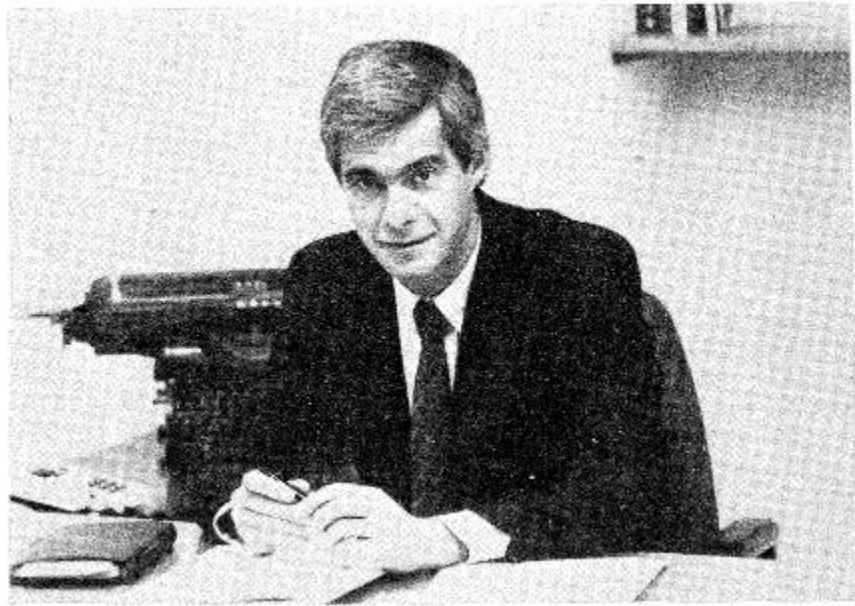
Hasiera batean Plan de Emergencia Social deituriko eskemaren barnean Etxe Laguntza zaharrei eta diskapazitatuei zerbitzu bat eman nahiean baino gehiago eratu zen egoera larrian zeuden zahar eta diskapazitatuei laguntzeko bide bezala. Esan dezagun bi helburuak loturik zetozeela. Gero gutxinaka zerbitzuak oraingo bidea hartu zuen premia gorrian zeuden pertsona haietariko asko ez ziren gai beren etxeak eramateko eta are gutxiago besteenak zaintzeko. Profesionalizazioaren beharra, bere zentzurik jatorrean, premiazkoa ikusi zen, pertsonarik aipose-nak aukeratzea eta bere eginkizunetarako prestakuntza berezia eskaintzea derigorrezkoa azaldu zitzaigun. Horrez gainera lehendabiziko garaian eskaintzen ziren zenbait zerbitzu mota kualifikazio maila haundiegirik eskatzen ez zutenak, hain zuzen eta leku gehienetan boluntarioen bidez betetzen direnak, konpainia eta kalean laguntzea adibidez, utzi egin ziren bezeroen kopurua gehitzearen arabera, ezinezko bait zen ekonomikoki mantentzea.

Beste herrialde batzuetan boluntario asko inguratzen zaie Etxe Laguntza Zerbitzuei baina gure artean ez daki-gu zergatik, eta interesgarria litzateke gai hau atertzea, ez dago horrelako eskaintzarik. Bestalde aitortu beharra dago lan legediak ez dituela errazten hor zehar boluntarioak eta erdi boluntarioak zerbitzu sozialetan integratzeko erabiltzen diren formulak hemen erabiltzeko. Baina dena den zerbitzuaren zenbait osagarri behar beharrezkoak direnak, konpainia bezala adibidez, ezinezkoak dira boluntarioen parte hartzerik gabe.

Mementu honetan Diputazioak konbenio bidez etxe laguntzaren finantziaketa ziurtatzen die Udalei. Udal batzuk Urola bailarakoak gehien bat ez dute konbeniorik zinatu nahi izan baina orora 70 ingururekin mantentzen dugu. Esan bezala finantziazio oinarrikoa ziurtatzen zaie biztanle bakoitzeko diru kantitate batekin. 31 pezeta konbeniorik zinatu nahi izan ez dutenei eta 39 zinatu dutenei. Hilean noski, eta bi milatik behe-rako udalei biztanlego mini-

mo hori balukete bezala ematen zaie. Esan bezala hori finantziaketa oinarrikoa da gero Udal batzuk beren aurrekontuetatik diru gehigarria jartzen dute. Ba dira beste batzuk noski Diputazioak transferiturikoa gastatzeko gauza ez direnak. Bada hor Udalen bat hamabi miiroi inguru jasoko dituen eta lau baino gastatuko ez dituen. Noski Udalek gastua justifikatu behar dute eta Etxe Laguntza arloan izan behar du nahi eta nahi ez. Gastatzen ez dutena edo nahi baduzue justifikatzen ez dutena hurrengo hilabeteen ez zaie igorritzen.

Ez dakigu zehazki zergatik ez diren iristen Udal batzuk beren eskuetan dagoen diru hori gastatzea. Pentsatzen dugu ohituraren eraginez dela, Udalak ez bait dira orain artean horrelako gauzez arduratu. Bada hor kuestio ideiolojiko edo filosofiko bat ere nahi baduzue. Leku batzuetan ez da ulertzen zergatik Udalak lagundu behar dion ontziak garbitzen pertsona bati, zergatik ordaindu behar dituen jendearen "neskameak". Horrelakorik entzun izan dut



behin baino gehiagotan. Gezurra dirudi baina Udal batzuetan ez da ulertu oraindik gizarte ekintzan duten erresponsabilitatea eta arlo horretan Etxe Laguntzak duen garrantzia.

Ez dut usté mementu honetan diru iturririk gabeko erresponsabilitateak hartzeko kezka, mesfidantza horren oinarrian dagoenik. Mementu honetan ematen den diru laguntza oinarritzakoa, laguntza mínimo bezala ziurtzat jo baitdezakete urtero. Pertsonalari dagokionez berriz Diputazioak hiru formula onartzen ditu: Entrepresa batekin kontratatzea, udalak zuzenki eta legedia beteaz pertsonala kontratatzea, edo ta diru laguntza bezeroari ematea, hau da Etxe Laguntza jasotzen duenari ematea berak langilea ordaindu dezan. Aukeraturiko formularen arabera zerbitzua garestiago edo merkeago izango da eta pertsona gehiago edo gutxiago lagundu ahal izango dira baina Aldundiaren aldetik beti ere finantziaketa ziurtatua duenarik.

Beste arlo batzuetan ere berdin gertatzen da eta Udalak ez dute mesfidantzarik erakusten, alderantziz ahalik eta diru gehien lortzeko ahaleginak egiten dituzte. Ez dezagun ahaztu bestalde Udal batzuk Diputazioaren bitartez jasotakoaz gainera beren aurrekontuetatik ere dirua jartzen dutela, argi dago beraz borondate edo aukera politiko baten ondorio ere badela gizarte lanean sartze edo ez sartze hori. Beren aurrekontuetatik ere jartzen dutenen artean Pasaia, Eibar eta Donostiako kasuak ditugu. Egia esan hiriburuan gertatu zaiena zera da langileak kooperatiba bezala antolatu direla eta horren ondorioz zerbitzuaren orduko kostua doblatu egin dela. Kostu gehitzea ez da izan beraz zerbitzua gehitu delako baizik eta langileen egoera hobegotu delako.

Finantziaketa oinarizkoaz gainera Diputazioak beste zenbait laguntza eskaintzen die Udalei hala nola langileen heziketarako kurtsoen antolaketa, informazio orokorra, bereziki estatistikoa,

laguntza juridikoa, etab. Bide batez orientazio zenbait ere ematen zaie, zein izan behar lukeen zerbitzuaren intentsitate maila haundiena adierazi zaie adibidez, edo nola ez den komeni familiakoek profesionalki etxekoan laguntzaren kargu egitea, eta era horretako zenbait. Dena den honi buruz bi eritzi daude. Batzuen ustetan gehiegi sartu gara edo gehiegi zehaztu ditugu gauzak, Udalen arloak inbadituz, eta beste batzuen eritzian berriz askatasun gehiegi eman zaie Udalei zerbitzua antolatzerakoan.

Gure eritziz egunean hiru ordutik gora eskatzen dituen kasu bat ez da Etxe Laguntzaren bitartez konpontzekoa. Beste laguntza modu bat behar du. Baina badira ordu hoiek eta gehiago ere ematen dituzten Udalak. Gai dira horretarako noski. Era berean gure ustez ez litzateke ordaindu behar etxekoa laguntzeagatik, bide horretatik ez bait legoke munduan boluntarioki edo espontaneoki ematen diren laguntzak ordaintzeko. Egia da batzutan etxekoa besteen

lanak egitera kanpora joan beharrean aurkitzen denean anakroniko dirudiela Udaletxetik bere aita edo ama zaintzeko eta etxeko garbiketarako egiteko beste norbait bidali beharra. Baina hala ere komenigarriago deritzai prozedura hori.

Dena den lehen esan dugun bezala badira udalak etxekoari etxekoak zaintzearen kanpora joango balira bezala ordaintzen dienak. Diputazioak jarri duen muga bakarria Etxe Laguntzan gas-tatzen den dirutik ehuneko bost baino gehiago ez izatea da etxekoaren bitartez betetzen den laguntza ordaintzeko erabilgarria.

Esan daiteke beraz jessioa eta antolakuntza Udalen zeregina dela. Udalek erabakitzen dute zein laguntza eman nori eta noren bidez. Diputazioak gomen-dio batzuk egiten ditu eta betekizun bat baino ez du ezartzen, zerbitzua eskaini behar duela Etxe Laguntzarako transferitzen zaionetik eta ez duela diru laguntza zuzenik eman behar.

Etxe Laguntzak osasun estrukturrekin loturik egon behar luke. Hori izango litzateke jendeak planteiatutik dituen prolema asko konpontzeko modurik hobere-na. Baina oraindik Diputazioak eta udalek ezin dute mediku zaintzarik asumitu. Behar bada transferentzien ondorioz errezagoak izan daitezke harremanak Osakidetzarekin eta etorkizunean bi estrukturrek Etxe Laguntzarena eta Sanitaria, loturik eta koordinaturik funtzionatu dute, era horretan bi eginkizunen muga dauden zenbait prolema konponduko direlarik.

Batzuetan bezeroaren etxean zenbait premia eta

desegokitasun antzematen dira berez kaltegarriak izanik etxe laguntza dorpetu eta garestitu egiten dutenak. Esate baterako etxe batean garbiketara egin behar bada eta bezeroak garbigailua izateko modurik ez badu dudarik gabe errentagarria da etxe horretan tresna hori sartzea. Aide hortatik Udalek eskubidea osoa dute Etxe Laguntzaren partidatik gas-tu hoietarako beharrezko zaiena etxeak txukuntzeko moldaketa oinarritzakoak egiteko etab. erabiltzeko, baina apenas era horretako gasturik egiten duten.

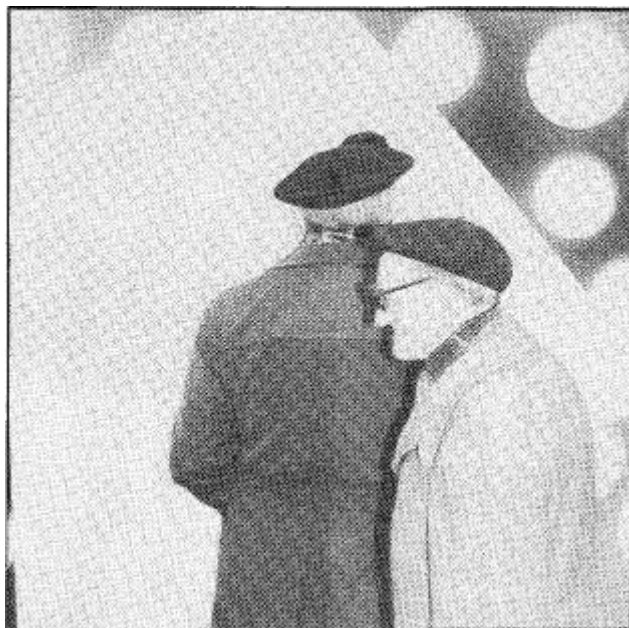
Garai batean bai oso modan egon zen Tele Alarma Zerbitzua. Gipuzkoan berrogei jarritara. Dakizue-nez funtsean sistema honen abantaila zera da botoi bat zakatuz SOS DEIAK "in linea" jartzen dela eta hamabost metro inguruko ingurunean bezeroak soinean daraman aparatu baten bidez ez duela telefonorik ikuitu beharrik eta lurretik edo ohetik hitzegin dezake beraz eta gainera ozenki entzungo dituela hariaren bestaldekoak. Baina prolema bat du, zerbitzua garestia da bezeroarentzat honek bi hilabetez behin 1.100 pezeta ordaindu behar baitizkio telefonikari. Beharbada horregatik sistema instalatu zitzaientatik zenbait baja jaso ditugu. Eta ez dakit nik, beharbada diru hori Diputazioaren kargu hartu beharko litzateke kasu batzuetan.

Hain zuzen ere orain Komunitate Europearraren diru laguntza bat jaso dugu programa horretarako, eta estudiatu egin beharko dugu etorkizunerako antolaketa modua. Dena den denbora asko baino lehen behar bada Telefonika berak jarriko du sistema hori edo antzekoren bat.

Etxe Laguntza Zerbitzuari dagokionez orora nik esango nuke oso azkar, azkarregi beharbada eraiki dela eta hemendik aurrera finkatuz joango dela. Orain-goz ikusten dugun joeraren arabera lagunduen kopurua gehituz joango dela, bezero bakoitzak jasotzen dituen laguntza orduak gutxitu egingo diren neurrian. Gure estatistikek interpretatzea erreza ez den zenbait datu oso bitxiak azaltzen dizkigute, eta behar bada hortik ere lort dezakegu etorkizuna nondik nora joango den norakoa izango den jakitea. Egun bezeroen artean gehienak ehuneko 74 hain zuzen emakumeak dira, badakigu herri txikietan ordu gehiago ematen direla herri haundietan baino eta hori handiagoa izanik hiri haundietan bakarrik bizi diren kopurua. Konkretuki 25 mila biztanletik gorako udaletan ehuneko 43 bizi dira bakarrik etxe laguntzaren bezeroren artean noski eta milatik beherako artean ehuneko 18 besterik ez. Horrek esan nahi du faktore sozialak aldatuz joango diren neurrian beharrak desplazatu eta aldatu gingo direla.

Ezin dugu esan orain-goz, berez beharko lukeen bezala, etxe laguntzaren medioz zaharren egoitzetarako eskaria gutxitu ote den. Egoitzen Plana hain zuzen ere aurten amaitzen denez orain litzateke mementoa alderdi hortatik beharrak nola eta zergatik aldatu diren jakiteko. Dena den Plana bere osotasunean bete da, esan nahi dut alderdi hortatik ez dela zereginik ikusi eratu zenean etxe laguntzarik ez bazegoen ere. Ez dakigu beraz nolako eragina izan duen Etxe Laguntzak. Behar bada baja ematen dutenen azterketaren bitartez argitasunen bat lortzea izango genuke. Baina ez da egin eta mentuz ez dago jakiterik.

LA FINANCIACIÓN DEL SERVICIO



En el actual estadio de desarrollo del Servicio de Ayuda Domiciliaria, llegados a un punto en que, sin vislumbrarse todavía el techo de la cobertura de las necesidades, unas seis mil personas se encuentran ya en la Comunidad Autónoma Vasca directamente implicadas en el S.A.D., bien como usuarios o como trabajadores, parece razonable esperar del estudio de sus principales magnitudes económicas algunas aportaciones —es de desear que no muchas— que permitan aumentar el grado de coherencia de un servicio que resulta entre nosotros prácticamente recién nacido, a pesar del tamaño y el peso adquiridos.

Nuestro propósito en este caso es bien modesto; nos interesa simplemente poner de relieve que existen diferencias enormes en la estructura de financiación de los S.A.D. de unos y otros municipios. Es evidente que

estas diferencias no son sino el reflejo de otras más profundas —diferentes valoraciones políticas, económicas y sociales del servicio, concepciones más o menos municipalistas de su carácter, distinto nivel reivindi-

cativo de los trabajadores, los usuarios y la población en general...— pero profundizar en las razones, intentar detectar las causas de este fenómeno, es algo que rebasa los fines de este artículo.

Para tratar este tema nos hemos basado en los datos económicos relativos a los S.A.D. de los municipios guipuzcoanos, correspondientes a diciembre de 1968 (*). No tenemos ninguna preferencia ni manía especial por este Territorio; ha

ocurrido simplemente que esta información en Guipúzcoa era más fácil de conseguir que en Vizcaya o Álava y resulta además —creemos— bastante representativa de la realidad del conjunto de la Comunidad.

1. Las fuentes de financiación del Servicio de Ayuda Domiciliaria

Los S.A.D. en Guipúzcoa, implantados en la práctica totalidad del Territorio (**) se financian básicamente

CUADRO N.º 1

Aportación de los usuarios (% coste servicio)	APORTACIÓN ECONÓMICA DE LOS AYTOS. (% DEL COSTE DEL SERVICIO)						
	Ninguna	Menos del 10 %	Entre el 10 y el 20 %	Entre el 20 y el 30 %	Entre el 30 y el 40 %	Entre el 40 y el 50 %	Más del 50 %
Ninguna	Billabona Zizurkil Legorreta Irura Berrobi Altzo Zerain	Rentería Hernani Lasarte Elgóibar Anoeta Zegama Segura Leaburu-G. Mutilloa Orexa	Zestoa Ataun	Oyarzun Aya Aizarnazabal Gabiria Aduna Beizama		Lizarza	Donostia Olaberria Ezkio-I.
Menos del 10 %	Andoain Eskoriza Idiazábal Elgeta Itsasondo Erregil Abalzisketa Leintz-G.	Irún Eibar Bergara Deba Larraul Mendaro	Getaria	Mutriku Bidegain	Zarautz Hondarribia Legazpia Antzuola	Azpeitia Lezo	Usurbil Urretxu Orio
Entre el 10 y el 20 %	Arrásate Beasain Lazkao Belaunza Gainza	Ibarra Ormaiztegui Alkiza	Azkoitia Ordizia Aretxabaleta Alegia	Umieta Zumárraga Oñati Zaldibia	Pasaia Tolosa Soraluce-P. Asteasu		
Entre el 20 y el 30 %	Zumaia Elduayen	Berastegi					
Entre el 30 y el 40 %	Iruerrieta						
Entre el 40 y el 50 %	Amezketeta						

(*) Siguen coexistiendo en Guipúzcoa las más variadas formas de contratación de trabajadores domiciliarios y ello implica que en algunos casos —no muchos, aunque no hemos podido identificarlos con la información disponible— los trabajadores perciben pagas extraordinarias, una de ellas precisamente en el mes de diciembre, lo que indudablemente introduce un sesgo en las comparaciones, sesgo que en un estudio con más pretensiones de exactitud debería ser soslayado.

(**) Sólo en tres municipios pequeños —en conjunto reunían una población de 762 habitantes— no funcionaba este servicio en diciembre de 1966.

con las aportaciones de la Diputación, las de los Ayuntamientos y, en mucha menor medida, con el pago de cuotas por parte de los propios usuarios. En concreto, de los treinta y ocho millones y medio de pesetas que en el mes de referencia se gastaron:

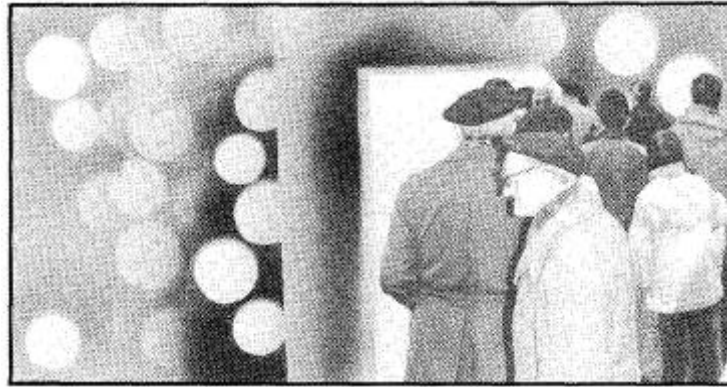
—Las dos terceras partes, el 66,26 %, fueron pagadas por la Diputación.

—Los Ayuntamientos se hicieron cargo del 30,09 %. Los usuarios aportaron el resto, tan sólo el 3,65 %.

Estudiaremos con algún detalle cada una de estas fuentes por separado, pero para dar una primera impresión de conjunto de las diferencias existentes entre unos y otros municipios, hemos confeccionado antes el cuadro que se observa a continuación. Agrupando los municipios homogéneos desde el punto de vista de la estructura de financiación del servicio y considerando además intervalos amplios, de diez puntos, nos encontramos que los ochenta municipios guipuzcoanos estudiados deben ordenarse ni más ni menos que en veintidós categorías distintas.

2. Los recursos invertidos por la Diputación

La Diputación de Guipúzcoa, que en su momento fue la promotora de este servicio, sigue siendo en la actualidad su fuente de financiación básica. Al depender las transferencias de este organismo del número de habitantes de cada municipio y no del de usuarios efectivos del servicio, la



importancia relativa de esta fuente varía de forma sensible, y así nos encontramos con las siguientes situaciones extremas:

—En 27 municipios que reúnen al 30 % de la población, los Ayuntamientos se limitan básicamente a gastar en el servicio los fondos que le transfiere la Diputación. Esta financia en todos estos casos más del 90 % del coste de los mismos.

—En el otro extremo, en 9 municipios que reúnen algo más del 35 % de la población guipuzcoana —entre ellos se incluye la capital— las transferencias de la Diputación no llegan a cubrir siquiera el 50% del coste.

Hay otro aspecto también en el que merece la pena detenerse brevemente, no tanto por su importancia cuantitativa en términos monetarios como por su importancia cualitativa: veinticuatro municipios con una población algo superior a los noventa mil habitantes (*) no llegaron a agotar en el mes objeto de estudio las partidas consignadas para sus respectivos S.A.D. en la Diputación. Como es evidente que el nivel de cobertura de necesidades es bajo en todos los sitios, es evidente asimismo que una

situación como la expuesta pone de relieve claramente que hay algo que no funciona, que hay un problema que habría que estudiar e intentar resolver.

3. Los recursos de los Ayuntamientos

El grado de participación de los Ayuntamientos en los gastos que se derivan del S.A.D. puede ser considerado un buen indicador tanto de la importancia política que se concede al servicio como del grado de asunción por parte de cada Corporación del carácter municipal de este tipo de prestación, aunque existan también otras razones que contribuyen a explicarlo.

De los datos globales expuestos líneas más arriba, podría deducirse que, en general, el nivel de participación de los Ayuntamientos guipuzcoanos es importante —treinta por ciento de financiación—; lo cierto, sin embargo, es que si se prescinde en los cálculos de las cifras correspondientes al Ayuntamiento donostiarra —doce millones y medio de gasto, de los que el 50,64 % lo paga el propio Ayuntamiento— la proporción en que el conjunto de todos los demás financia el servicio se queda en el veinte por ciento, la quinta parte.

(*) Se trata de los municipios que aparecen en el cuadro anterior en la columna "ninguna aportación del Ayuntamiento".

La desigualdad sigue siendo nota imperante también en este terreno y ello tanto en términos absolutos —medida en ptas./habitante/mes que los Ayuntamientos gastan en el servicio— como en términos relativos —porcentaje del gasto pagado.

4. Las cuotas de los usuarios

Si el derecho a la prestación del S.A.D. es un tema que en este Territorio resulta controvertido porque en la práctica no existe una

normativa que fije sus límites, la obligación por parte de todos o algunos de los beneficiarios del servicio de hacer frente en todo o en parte al costo del mismo es algo que, lógicamente, se encuentra aún menos perfilado.

De los datos económicos disponibles parece desprenderse que en cada municipio existe un criterio diferente y, es de esperar, un baremo propio.

Las cifras son bastante elocuentes a pesar de las

limitaciones que impone el hecho de que el grado máximo de desagregación posible sea el del conjunto de usuarios de cada municipio y no el de usuarios individualizados, esto es, a pesar de que nos veamos obligados a trabajar en base a cuotas medias en cada municipio.

A nivel de Territorio, por término medio, cada usuario paga 815 de las 22.326 ptas. que cuesta su servicio, esto es, el 3,65 % antes citado; ahora bien, la media en este caso es también mal reflejo de lo que en la realidad sucede y la prueba es la variabilidad que aparece cuando se ordenan los municipios atendiendo a las cuotas medias pagadas por los usuarios en cada caso.

5. A modo de conclusión

Volvemos al principio.

Los S.A.D. son en todos los casos servicios de reciente creación y servicios además cuya organización y desarrollo se lleva a efecto a nivel de cada municipio, con un grado de autonomía alto. En estas condiciones es razonable esperar que existan diferencias. Lo que ya no resulta tan esperable en la actual etapa de desarrollo, con unos servicios que se han extendido a todo el Territorio, que tienen una importancia humana y económica tan elevada, es el grado que éstas alcanzan.

Parece aconsejable profundizar algo más en este análisis, intentar aislar las causas que están detrás de esas diferencias, no vaya a ser que éstas no sean sólo resultado de decisiones libres, responsables y distintas, sino que resulten también producto de situaciones de injusticia mucho menos justificables.

JULIO DIAZ

CUADRO N.º 2

Ptas. invertidas por habitantes mes	Núm. de Municipios	Población	% del total de población
— No existe servicio	3	762	0,11
— Ninguna	25	145.189	21,07
- Hasta 10 ptas.	22	195.177	28,33
- Más de 10, hasta 25	15	93.756	13,61
- Más de 25, hasta 50	13	242.753	35,23
- Más de 50	5	11.393	1,65

CUADRO N.º 3

Cuotas medias pagadas	N.º de Munie.	N.º de usuarios	Población	% de usuario	% de Poblac.
— No existe servicio	3	—	762	—	0,11
— No se paga	29	719	305.14	41,63	44,29
- Media < 500 ptas./mes	4	76	34.256	4,40	4,97
- Media de 500 a 1.000 ptas./mes	6	206	106.15	11,93	15,41
- Media de 1.000 a 2.000 ptas./mes	20	400	136.09	23,16	19,75
- Media de 2.000 a 5.000 ptas./mes	18	321	104.72	18,59	15,20
- Media > 5.000 ptas./mes	3	5	1.894	0,29	0,27

CUADRO N.º 4

% del gasto pagado por el ayuntamiento	Núm. de Municipios	Población	% del total de población
— No existe servicio	3	762	0,11
— Ninguno	25	145.189	21,07
- Menos del 10 %	19	163.284	23,70
- Entre el 10 y el 20 %	7	35.602	5,17
- Entre el 20 y el 30 %	12	44.994	6,53
- Entre el 30 y el 40 %	8	86.389	12,54
- Entre el 40 y el 50 %	3	19.596	2,84
- Más del 50 %	6	193.214	28,04

LA FORMACIÓN DE PERSONAL EN LA AYUDA A DOMICILIO



La necesidad de la formación

Se tiende a dar por descontado que es necesario formar a los trabajadores domiciliarios antes de que comiencen a desempeñar sus tareas. Pero quizá esta necesidad de formación no sea tan obvia. Al fin y al cabo, podría argumentarse que la prestación va a consistir, en la mayor parte de los casos, en la ejecución de tareas domésticas y un ama de casa que haya sacado adelante a una familia ha demostrado sobradamente su competencia en estas materias. Aunque hay razones suficientes para descartar un enfoque tan simplista del Servicio de Ayuda a Domicilio (S.A.D.), el hecho es

que su crecimiento no se ha visto correspondido por un desarrollo proporcional de las actividades de formación dirigidas a los profesionales que lo prestan. Sin embargo, no parece que esta situación sea consecuencia de la convicción de que no es necesario formar a los trabajadores domiciliarios; probablemente tengan más que ver en ello las dificultades presupuestarias, la urgencia social que ha impulsado la creación de los servicios y la ausencia de una tradición asentada para la formación de profesionales de bienestar social, salvo, claro está, los asistentes sociales.

El carácter de la prestación constituye la primera razón que aboga en favor del esfuerzo formativo. En la medida en que el S.A.D. es un servicio social y, por lo tanto, "algo más" que un mero servicio doméstico, se hace necesario transmitir esta idea a quienes lo prestan. Esto es tanto más importante cuando existe el peligro de desvirtuar —por parte de los trabajadores, de los usuarios e incluso de la población en general— la verdadera naturaleza del S.A.D., asimilándolo a otro tipo de situaciones que en principio les resulten más familiares.

Lo anterior queda corroborado si se analiza más detenidamente en qué consiste la prestación y en qué situación se lleva a cabo. El hecho de que se trate de un servicio que se dispensa en el lugar del usuario da origen a una situación atípica que no se puede asimilar ni a otras modalidades de servicio ni, como decíamos antes, a la situación de servicio doméstico. De entrada, en este caso, lo común es que haya tres partes interesadas: de un lado la Administración, que promueve y subvenciona el servicio, determina su intensidad y duración, realiza un

seguimiento y, al menos en teoría, un control de su calidad; sin embargo, se trata de un servicio que, al contrario que otros, no lo presta en sus propias dependencias, a lo que hay que añadir que muy a menudo tampoco existe una relación laboral entre la Administración que promueve el servicio y el trabajador que lo presta. De otro, el trabajador domiciliario que, integrado o no en una estructura asociativa intermedia, presta sus servicios en los hogares de los usuarios sin ser objeto de una dirección y supervisión inmediatas, por lo que toda actuación de seguimiento o apoyo habrían de realizarse en otro momento, y, finalmente, el usuario quien, por una parte, ve resueltos una serie de problemas más o menos acuciantes, pero que por otra debe consentir que una persona extraña acceda a su hogar, y por tanto a su intimidad, sin ser dueño de todos los resortes que normalmente configuran este tipo de situaciones en la relación de servicio doméstico. Toda esta ambigüedad demanda la clarificación de funciones y expectativas que, por lo que respecta al trabajador domiciliario, puede aportarse a través de los cursos de formación. En ellos, además del concepto de ayuda a domicilio, es importante delimitar las funciones del trabajador domiciliario y ayudarlo a situarse ante el usuario y la Administración o asociación gestora del servicio con una idea clara de lo que puedan ser las expectativas de éstas y los derechos de aquél. La técnica del "role playing" ha resultado particularmente útil para alcanzar este objetivo.

Si se examina el catálogo de tareas que puede llegar a ejercer el trabajador domiciliario es fácil encontrar algunas con las que un ama de casa no tiene por qué estar familiarizada. Ejemplo de ello pueden ser las movilizaciones y aseo de pacientes encamados o la preparación de comidas para enfermos sometidos a algún tipo de dieta especial.

Finalmente, cabe considerar las características de los usuarios del S.A.D. y las necesidades específicas que plantean. Sobre estos aspectos es importante transmitir a

los trabajadores domiciliarios una idea clara del tipo de situaciones y necesidades que van a encontrar y de la forma en que se espera que actúen. Junto con ello habrá que trabajar también para desmontar los prejuicios que espontáneamente pudieran existir en torno a determinados colectivos de usuarios como pueden ser los minusválidos tanto físicos como psíquicos, por ejemplo, proporcionando una visión de su estado y necesidades ajustada a la realidad. También, aunque no pueda generalizarse, existe la posibilidad de que el trabajador domiciliario haya de afrontar situaciones críticas o difíciles sufridas o planteadas por los usuarios. Junto con todo lo anterior, esto contribuye a reforzar la tesis de que es necesario preparar al trabajador domiciliario para que conozca de antemano las diferentes situaciones que se le pueden plantear y sepa reaccionar adecuadamente ante los requerimientos —ordinarios o extraordinarios— de su labor.

Además de las evidentes ventajas que conlleva la derivada mejora de la calidad del servicio que pueden derivarse del esfuerzo formativo, existen otras igualmente importantes entre las que mencionaremos el mayor grado de seguridad en sí mismo que adquiere el trabajador domiciliario y la clarificación respecto al perfil y funciones del puesto que de todo ello se deriva.

Otras experiencias

En otros países la formación de personal para servicios sociales, y en particular de trabajadores domiciliarios, tiene un amplio arraigo.

En Dinamarca, por ejemplo, el Ministerio de Asuntos Sociales se encarga de la formación de trabajadores domiciliarios a través de unos 30 centros distribuidos por todo el país. El programa de formación comprende una breve introducción de 3 días (24 horas lectivas) de duración seguido de un curso de 7 semanas (280 horas) que da derecho al Diploma correspondiente. A lo largo de su vida profesional los trabajadores pueden asistir, bien por propia iniciativa, bien por indicación de sus superiores, a



una serie de cursos monográficos de 1 semana (40 horas) sobre diversos temas:

1. El entorno laboral.
2. Ergonomía y técnicas para levantar cargas.
3. Evaluación de necesidades, visita y planificación del trabajo.
4. Ayuda domiciliaria y otras medidas dirigidas a estimular la actividad de jóvenes con deficiencias.
5. Ayuda domiciliaria para familias con niños.
6. Ayuda domiciliaria para ancianos.
7. Ayuda domiciliaria para inmigrantes.
8. Ayuda domiciliaria para personas con enfermedad mental.

9. Ayuda domiciliaria para jóvenes con deficiencias motóricas o sensoriales.
10. El trabajador domiciliario como guía en familias con dificultades para la administración doméstica.
11. El trabajador domiciliario como enlace en diferentes formas de alerta diurna y nocturna.
12. Nuevos métodos de asistencia práctica.
13. Cuidado de los enfermos.

En Inglaterra y Gales existen 115 Departamentos Municipales de Servicios Sociales que emplean a más de 100.000 trabajadores domiciliarios. Cada municipio se ocupa de la formación de sus propios trabajadores domiciliarios; sin embargo, sólo el 15% de estos municipios está en condiciones de ofrecer una formación específica a *todos* los nuevos trabajadores domiciliarios.

Según una recomendación del *Local Government Training Board*, organismo encargado de establecer necesidades de formación, diseñar cursos y desarrollar material didáctico para los municipios ingleses, el curso mínimo para formación de trabajadores familiares debe constar de dos partes. Una primera parte introductoria con una duración de 5 medias jornadas (12 horas) destinada a todos los nuevos trabajadores domiciliarios, consistente en clases teóricas y prácticas y que se realizaría durante el primer mes de trabajo. La segunda parte "Instrucción Básica" con una duración de 7 medias jornadas (21 horas) iría destinada a trabajadores domiciliarios nuevos o a trabajadores domiciliarios en activo que no hubieran recibido previamente ningún tipo de formación. Se impartiría durante el primer año de trabajo y conllevaría una carga práctica considerable.

Los objetivos de estas acciones formativas persiguen:

- Ofrecer al trabajador domiciliario una idea clara del objeto de su trabajo.

- Desarrollar una actitud positiva y responsable hacia el trabajo y los usuarios.
- Informar acerca de los tipos de usuarios y sus necesidades.
- Informar acerca de otras instituciones que puedan estar implicadas en la prestación de asistencia a domicilio.
- Ofrecer directrices y adiestramiento práctico para que el trabajador domiciliario desempeñe eficientemente sus cometidos.
- Poner de relieve la importancia y contenido del trabajador domiciliario en el equipo de servicios sociales.

Además de lo anterior, se recomienda la organización de cursos breves de reciclaje para trabajadores domiciliarios experimentados, seminarios monográficos y cursos de especialización. Estos últimos pueden tratar materias como:

- La colaboración del trabajador domiciliario en la hospitalización a domicilio.
- Familias problemáticas.
- Formación de nuevos trabajadores domiciliarios.

En Francia la prestación del Servicio de Ayuda a domicilio corre a cargo de una multitud de asociaciones de carácter privado financiadas con cargo a la Seguridad Social. Este esquema se reproduce en la oferta formativa que corre a cargo de organismos de tipo federativo que en muchos de los casos agrupan a las asociaciones antes mencionadas. Esto da lugar a una importante dispersión de criterios y procedimientos que dificulta cualquier intento de generalización. No obstante, y aunque sólo sea porque allí se otorga una importancia primordial a la formación continuada de todos los profesionales, el colectivo de los trabajadores domi-

ciliarios no constituye una excepción y son numerosas las oportunidades de formación que se les ofrecen. Esta formación se realiza, por imperativo legal, con cargo a un fondo especial que toda empresa debe constituir y dotar para estas actividades. A modo de ejemplo, se puede mencionar que una de estas agrupaciones ofertaba, en 1985, 16 cursos diferentes de 5 días (30 a 40 horas) de duración por término medio a impartir entre un conjunto de 48 municipios. Estos cursos abordan temas monográficos como: los emigrantes, la salud, la nutrición, las relaciones en la vida cotidiana, la adolescencia, la familia, la enfermedad, el niño, el bricolaje, los minusválidos físicos, etc. Sorprende constatar el grado de evolución del sistema de asistencia domiciliaria en este país cuando uno de los cursos ofertados —"Reanudar la actividad"— está especialmente concebido para el reciclaje de trabajadores domiciliarios que hubieran interrumpido durante tres o más años el ejercicio de esta profesión. Para terminar este sucinto informe sobre la formación de los trabajadores domiciliarios en Francia, sólo resta añadir que, en base a la información proporcionada por la Association d'Aide à Domicile aux Personnes Agées de Bordeaux, la parte más importante de esta acción formativa va dirigida a trabajadores domiciliarios con 2 o más años de antigüedad, en tanto que la preparación inicial que se les dispensa se limita a unas pocas horas. Probablemente esto sea consecuencia de la regulación legal de estas materias en ese país y que en este caso subrayaría el criterio de que la formación es un derecho que el trabajador va generando a medida que acumula antigüedad en la empresa.

La Escuela de Trabajadores Familiares (*) de Barcelona

A iniciativa de la Dirección General de Servicios Sociales de la Generalitat, el Instituto Católico de Estu-

(*) En Cataluña se utiliza la denominación trabajador familiar en el mismo sentido que a lo largo de este artículo se ha dado a trabajador domiciliario. Dado que forma parte de la denominación oficial de la escuela y de sus programas, se ha optado por no sustituirlo en este apartado.



dios Sociales de Barcelona (ICESB) desarrolló primero unos cursos y a partir de 1980 una Escuela para la Formación de estos profesionales. El curso consta de 210 horas de enseñanza teórica y 398 horas de prácticas.

Las materias teóricas son: Conocimiento y cuidado del cuerpo humano - Iniciación a la psicología - Introducción a la puericultura - Alimentación, cocina, organización de la casa y cuidado de la ropa - Planificación familiar y social del parálisis cerebral - Metodología y técnica del Trabajo Familiar - Deficientes psíquicos - Situación del deficiente físico motor - Fisioterapia, profilaxis y mantenimiento - Disminuidos sensoriales: sordos, mudos e invidentes - Drogadicción - Delincuencia juvenil - Medios de comunicación social - Bricolaje y recursos generales - Sociología de la familia y del trabajo de la mujer - La profesión de Trabajador Familiar y su papel dentro de los Servicios

Sociales de Cataluña - Elaboración de expectativas del trabajo familiar.

Las prácticas que se realizan son: Puericultura-Geriátrica-Paralíticos Cerebrales-Disminuidos físicos-Disminuidos psíquicos-Estancia en familia.

Entre 1980 y 1985 esta Escuela formó a 522 alumnos a través de cursos impartidos en Barcelona y en otros diez municipios de Cataluña.

Formación de Trabajadores Domiciliarios en la Comunidad Autónoma Vasca

En Álava, el Instituto Foral de Bienestar Social viene organizando desde 1984 cursos para la formación de trabajadores domiciliarios, financiados en gran parte con subvenciones otorgadas por el Gobierno Vasco. Con el fin de facilitar el acceso a los mismos a personas residentes en diferentes cuadrillas del Territorio Histórico, se alternan los impartidos en la capital con otros que se celebran de forma rotativa en diferentes municipios. Hasta el momento se han organizado dos en Vitoria-Gasteiz (1984 y 1986), uno en Amurrio (1985), uno en Laguardia (1986) y uno en Salvatierra (1987) respectivamente. En 1987 se ha previsto impartir uno más en algún municipio de la cuadrilla de Campezo. Como resultado de esta actividad se han expedido hasta el momento 163 certificados de asistencia a dichos cursos. Sin embargo, sólo algo menos del 50 % de los 150 trabajadores domiciliarios en activo ha pasado por estos cursos. La explicación de esto reside en parte en que un cierto número de los alumnos desempeña ya otra actividad en el momento de asistir al curso o encuentra otras colocaciones poco después y por otra parte en que el fuerte incremento de la demanda de atención domiciliaria en estos últimos años no ha permitido que se acompasaran la contratación de nuevos trabajadores domiciliarios con su formación.

La duración del curso es de 57 horas y, a lo largo de este tiempo.

el programa ha sufrido diversos ajustes con el fin de mejorarlo en función de las evaluaciones que de él han hecho los asistentes.

Los temas que en él se tratan son:

- El Servicio Social de Asistencia Domiciliaria. Su finalidad en el marco de los Servicios Sociales. Funciones del trabajador domiciliario (6h).
- Alcance de las obligaciones del trabajador domiciliario en cuanto a las tareas domésticas: Economía doméstica. Organización de las tareas domésticas. Limpieza. Cuidado de la ropa. Compras. Preparación de alimentos. Derechos de los consumidores (6h).
- El cuerpo humano, nociones generales (6).
- El cuidado sanitario y la higiene. Conceptos básicos sobre signos vitales: pulso, tensión arterial, temperatura y respiración. Necesidades del paciente encamado: actividad y alineación corporal. Alimentación: nociones de dietética. Mecánica corporal. Posiciones corporales. Cambios posturales. Movilizaciones. Traslado del paciente. Necesidades higiénicas personales: el cuidado de la boca, cabellos, genitales, ojos, uñas y piel. Ulceras de decúbito. Normas sobre medio ambiente: temperatura, humedad, ventilación, iluminación y olores. Principios generales sobre la atención al paciente con heridas, fiebre, diarrea, estreñimiento, vómitos y dolor (15h).
- Las personas con minusvalía psíquica. Concepto. Tipos de minusvalía psíquica. Principales problemas y necesidades (3h).
- Las personas con minusvalía física. Concepto. Tipos de minusvalías físicas. Principales problemas y necesidades. Nociones sobre barreras arquitectónicas. Los problemas de la movilidad y los recursos para su solución y mejora (3h).
- Las personas con minusvalías sensoriales. Tipos de minusvalías sen-

soriales. Principales problemas y necesidades (3h).

- Necesidades del anciano: atención general, alimentación, salud, ocio y actividad social. Normas de actuación ante los problemas de salud del anciano (3h).
- La demencia senil: características y normas de actuación. La depresión en el anciano. Problemática y necesidades de las familias derivadas de trastornos psicogerítricos (6h).
- El anciano. Problemática social (6h).

En Guipúzcoa, el Servicio Internacional de Información sobre Subnormales, con financiación a cargo del Gobierno Vasco, impartió, durante los años 1985 y 1986, 13 cursos de 18 horas de duración, fundamentalmente dirigidos a trabajadores domiciliarios en activo. A través de estos cursos se han formado 390 personas.

Actualmente se está desarrollando un proyecto de formación de trabajadores domiciliarios, financiado por el Fondo Social Europeo, que consta de 10 cursos de 120 horas de duración con una capacidad de 20 asistentes por curso. El organismo coordinador de los mismos es Caritas, que ya ha impartido los tres primeros. El resto tendrá lugar a lo largo de 1987. En ese momento aproximadamente el 60 % de los trabajadores domiciliarios de Guipúzcoa contarán con alguna formación específica.

En Vizcaya han sido algunos Ayuntamientos quienes han asumido la iniciativa de formar a los trabajadores domiciliarios. Así, el Ayuntamiento de Bilbao ha organizado en 1987 tres cursos de 16 horas de duración mediante los cuales ha formado a 120 trabajadores domiciliarios en activo. Las materias tratadas en el programa abarcan aspectos sanitarios, psicología, geriatría, nutrición, aspectos religiosos y aspectos sociales.

Los Ayuntamientos de Lekeitio y Gernika han organizado también algunos cursos para los trabajadores domiciliarios de las comarcas

Lea-Artibay y Busturialde con cargo a subvenciones concedidas por la Diputación Foral. El más reciente tiene una duración de 28 horas y aborda, entre otros, temas como:

- Concepto y funciones del Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Movilización del paciente encamado y ergonomía.
- Podología.
- Problema de los minusválidos físicos.
- Alcoholismo.
- Peluquería.

En conjunto, han pasado por estos cursos entre 100 y 1 20 trabajadores domiciliarios.

También se tiene noticia de que otros Ayuntamientos han organizado alguna de estas actividades, sin que haya sido posible obtener más detalles en el momento de redactar este artículo. No obstante, se puede estimar que aproximadamente un 30 % de los trabajadores domiciliarios en activo en este Territorio Histórico han recibido algún tipo de formación específica.

Conclusión

La formación de trabajadores domiciliarios constituye, pues, una práctica muy extendida y responde a necesidades objetivas que se pueden resumir en:

- Trasladar al trabajador domiciliario un concepto claro del Servicio de Ayuda a Domicilio, su finalidad y alcance.
- Especificar las funciones que configuran su puesto de trabajo.
- Clarificar su situación ante el usuario.
- Detallar los problemas y necesidades que afectan a los diferentes tipos de usuarios que puede encontrar y proporcionarle unas pautas de actuación ante cada uno de ellos.

—Homogeneizar criterios acerca de las características y calidad de las prestaciones a domicilio.

—Conferir al trabajador domiciliario un mayor grado de seguridad en sí mismo y la oportunidad de compartir sus problemas y puntos de vista con sus compañeros.

Ante la diversidad de alternativas de formación desarrolladas en la Comunidad Autónoma Vasca en los últimos años, parece muy recomendable un esfuerzo de homogeneización que bien podría ser auspiciado y dirigido por el Gobierno Vasco al amparo de las competencias que la Ley de Socios Sociales le confiere en materia de formación de personal de servicios sociales. La experiencia registrada hasta el momento en los tres Territorios Históricos es lo suficientemente rica como para dar lugar a un diseño común y válido para estos cursos.

Habida cuenta de las dificultades que implica el arranque de estas actividades y de lo costoso de su financiación, puede calificarse de importante el esfuerzo realizado hasta el momento. Sin embargo, es preciso reconocer que la cobertura ofrecida resulta aún insatisfactoria y que hay que destinar más recursos a intensificarla. El precedente guipuzcoano de haber logrado financiación europea para estos fines resulta esperanzador, pero con todo lo tentadora que pueda resultar esta alternativa no parece aconsejable confiar *exclusivamente* en ella para ampliar la oferta de cursos. La falta de garantías de continuidad, las diferentes y cada vez más lejanas instancias involucradas en su concesión y la dura competencia con proyectos de diferentes tipos, hacen demasiado aleatorio el acceso a estos fondos. Si reconocemos la importancia y la necesidad del Servicio de Ayuda a Domicilio en el conjunto de nuestras redes de servicios sociales y consiguientemente la necesidad de formar a los profesionales que lo prestan, no nos quedará más remedio que reflejarlo consecuentemente en nuestras prioridades y presupuestos.

Fernando Montes

LAS CONDICIONES LABORALES EN EL S.A.D.

Es indudable que en la situación actual algunos trabajadores se ven obligados a jugar un papel de "voluntarios compensados" que en la práctica les lleva a tener que asumir personalmente una buena parte del coste teórico del servicio. La historia de los servicios sociales, el peso de la tradición, que ha ido configurando la filosofía de la beneficencia, tienen que ver indudablemente con la resistencia a aceptar la "normalización" de las condiciones de trabajo en el sector. Es hora sin embargo de que los pasos que se han dado en otros ámbitos —en el sanitario por ejemplo— se den también en los servicios sociales de manera que queden aclaradas cosas de por sí tan meridianas en principio como que la componente vocacional, el espíritu de servicio y otros nobles conceptos no están reñidos con la justa reivindicación de un estatus profesional digno.

Por si fuera poco, a esa actitud ideológica reacia a aceptar la responsabilidad pública en el bienestar social y la necesidad de profesionalizar los servicios sociales, se le une ahora la situación del mercado laboral, que permite la incorporación del excedente de capacidad de trabajo, de la capacidad de trabajo femenina sobre todo, dispuesta a admitir prácticamente cualquier condición laboral. Actitud ideológica y condiciones de mercado han permitido el mantenimiento de costes humanos reducidos que a su vez han favorecido la expansión del Servicio de Asistencia Domiciliaria.

Las cifras que aparecen a continuación, correspondientes a noviembre de 1986 y relativas a Guipúzcoa, son en este sentido bien elocuentes. El coste de contratar a un trabajador

con el salario mínimo interprofesional venía a ser en aquella fecha de 450 ptas./hora, pues bien: el 54% de los usuarios estaban atendidos por trabajadores cuyo coste de contratación era inferior a esta cifra.

La situación en este sentido parece agravarse en líneas generales a medida que los municipios en que trabajan los auxiliares son más pequeños.

No cabe duda que alguien y de alguna manera paga la diferencia de dinero entre la "tarifa" de un pueblo grande y un pueblo pequeño. Muchas veces es el trabajador quien lo paga en inseguridad, o dejando de percibir parte de lo que sería un salario razonable. ¿No es sospechoso que se trate de ayudar a unas personas en dificultad aprovechándose precisamente de la precariedad económica, del estado de necesidad de otras personas?

Lo peor del caso es que resulta difícil que así funcionen las cosas. Evidentemente la subida automática de salarios y la normalización de las condiciones de trabajo no asegura el buen funcionamiento de un Servicio, cualquiera que sea su ámbito, pero es una premisa importantísima para que así sea.

	Costes directos	Núm. horas	Coste/hora
San Sebastián	10.859.081	12.681,3	856,3
Municipios de más de 15.000 habitantes	10.661.537	22.142,3	481,5
Municipios pequeños	9.917.734	26.948,9	368,0
TOTAL	31.438.352	61.772,5	508,9

ASISTENCIA DOMICILIARIA EN SALUD MENTAL

Aspectos Socioasistenciales y Sanitarios

Evitar que el paciente psiquiátrico sea hospitalizado a tiempo completo o, en su caso, que permanezca el menor tiempo posible en esas condiciones de tratamiento es, en gran medida, consecuencia del interés de no aislar al sujeto de su medio ambiente.

La *Psiquiatría comunitaria* —entre otras cosas— pretende, utilizando sus propios recursos y los comunitarios en general, mantener al paciente en su familia, en su vivienda, en su trabajo y de no ser posible en residencias sustitutivas al interior de la comunidad. Las relaciones del sujeto tratado con su familia, con los vecinos, con las organizaciones, constituyen justamente los elementos en los que el paciente se define como sujeto.

El Servicio de Salud Mental, para permitir el máximo desarrollo de las capacidades de autonomía de sus pacientes, debe de elaborar los *medios de apoyo* adecuados que logren esa permanencia del sujeto en la comunidad. De ahí que a la Psiquiatría comunitaria se le presenten *ciertos riesgos* que debe de asumir al no aislar —utilizando el camino más fácil— los pacientes en el interior de centros exclusivos y a menudo "totalitarios" y por otra parte que la Comunidad deba de aceptar ciertos hechos diferenciales en algunos sujetos que en buena medida ella misma ha generado.

Abordaremos aquí, dentro del capítulo general de *apoyo comunitario*, la asistencia domiciliaria de los pacientes encomendados al Servicio de Salud Mental. Para ello es necesario definir las demandas presentadas según dos ejes: el tipo de lugar de residencia y la problemática psico-social de los pacientes. Reflexionaremos también sobre algunas nociones generales dentro del problema que tratamos, para finalmente sugerir una ordenación del trabajo en las dos grandes áreas social y sanitaria a

pesar de los solapamientos que inevitablemente habrán de producirse.

NOCIONES GENERALES

La asistencia domiciliaria en la Salud Mental constituye —y al parecer cada vez con más vigor— un tema de constante preocupación en la moderna atención psiquiátrica. Convendría distinguir, en este aspecto, algunas consideraciones de base que nos permitan aclarar tanto el texto como el contexto del concepto de asistencia domiciliaria orientada especialmente hacia la Salud Mental.

1. Diferenciaremos no sin cierta arbitrariedad, tres aspectos de la asistencia domiciliaria:

1.1. *Lo sanitario-asistencia/*: relativo a la atención médica en sentido genérico tanto en lo que respecta a lo propiamente somático como a la psiquiatría y psicología como tales.

1.2. *Lo socio-asistencia I*: especialmente ligado a la vinculación social, en todos sus ámbitos (familiares y comunitarios), del paciente; el aprendizaje de la utilización de recursos, siendo un aspecto especialmente importante.

1.3. *Lo "hotelero"-asistencial*: referido a- la propia definición de espacio residencial con tres grandes apartados: mantenimiento de ese espacio, limpieza y alimentación.

2. El interés de que el paciente psiquiátrico resida fuera del hospital y, según sus posibilidades, en medios más o menos protegidos no parece necesitar ya argumentaciones. La diversificación de los lugares de residencia, de trabajo, de entretenimiento, etc., aparece como un factor fundamental en la desaparición de lo que se ha dado en llamar "institución total".

De todo ello se desprende que la noción de *apoyo comunitario gradual*, según las necesidades —y por tanto dificultades— de los pacientes, tenga un particular valor para la comprensión del tema. Hablaremos, pues, de apoyo asistencial, comunitario (personas viviendo en la comunidad) y gradual (según las posibilidades del paciente).

3. El último punto señalado, *carácter gradual*, nos introduce de lleno en el problema de la *autonomía* de los pacientes viviendo en la comunidad. La asistencia prestada debe ser suficiente y a la vez —es ya banal señalarlo— debe permitir la progresiva "autonomización" de la persona objeto de ayuda, permitiendo que progresivamente asuma la gestión de su propia vida en las diversas facetas. El carácter gradual sin embargo no debe hacernos olvidar que en buen número de casos no por ello dejará de ser *continuado*.

4. En Salud Mental comunitaria utilizamos como uno de los principios básicos la denominada "*continuidad asistencial*": el paciente debe ser asumido —en lo posible— por un mismo equipo terapéutico a lo largo de todo su tratamiento (hospitalario o comunitario).

En lo que respecta a la asistencia domiciliaria en Salud Mental conviene diferenciar la "*asistencia continua*" de la "*intermitente*". La atención hospitalaria supone que el paciente ingresado es asumido —al menos de manera teórica— durante la totalidad de horas y de días; la asistencia domiciliaria implica el carácter intermitente de la ayuda prestada, sea sanitaria o de otra índole. Esta discontinuidad exige un trabajo específico y, en sus intervalos, permite que la persona asistida asuma un rol activo que corresponde y a la vez desarrolla, la autonomía que señalábamos más arriba.

5. Dentro del capítulo de lo *sanitario-asistencia!* y referido a la atención domiciliaria conviene abrir un abanico de posibilidades de intervención según los diversos programas de tratamiento:

5.1. *Visitas a domicilio*: realizadas, según las indicaciones, por los diversos miembros del equipo (Enfermera Comunitaria, Asistente Social, Monitor, Psicólogo, Médico-Psiquiatra); se trata, sobre todo, de relaciones de carácter informativo y de evaluación.

5.2. *Tratamientos a domicilio*: llevados a cabo generalmente por el sub equipo de enfermería o los facultativos; las intervenciones van del "entrenamiento" a la plena psicoterapia pasando por los cuidados tipo "nursing" y la administración de medicamentos.

Los tratamientos son a menudo dirigidos a la familia del paciente en labores variadas de apoyo.

5.3. *Hospitalización a domicilio*: modalidad intensiva del tratamiento descrito en el párrafo anterior, casi siempre en colaboración con la familia del paciente. Frecuentemente en relación con las "intervenciones en crisis".

6. Para que el paciente pueda vivir en la Comunidad es pues necesario prestar una serie de apoyos en los que nos centraremos en las líneas que siguen. A modo de resumen comenzaremos por enunciarlos:

- Apoyo económico y "administrativo".
- Apoyo "residencial" ("hotelero").
- Apoyo familiar.
- Apoyo sanitario en general y psiquiátrico en particular.
- Apoyo "comunitario".

Si la visita o el tratamiento a domicilio toman el carácter de intervenciones puntuales en una persona que posee otras —y suficientes— vinculaciones, en ciertos pacientes (especialmente residentes en viviendas "protegidas") la demanda asistencial va más allá y se adentra en la estructuración del tiempo libre y del "ocupacional", además —evidentemente— de la organización y apoyo al propio lugar de residencia.

La "externalización" de los pacientes largos años internados en el Hospital Psiquiátrico y la posibilidad de evitar que nuevos pacientes se generen en la propia Comunidad con características y demandas similares, además de algunas otras medidas organizativas, exige que podamos proporcionarles una asistencia integral en la Comunidad. Quien le va a proporcionar los diversos apoyos aparece inicialmente como

menos importante que el hecho de que se les preste. No obstante, tras momentos asistenciales más o menos conyunturales, parece necesario distinguir las tareas a realizar según corresponda, especialmente al campo del Bienestar Social o al de la Salud Mental.

VIVIENDAS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1. Para la ordenación de la atención de los pacientes en sus domicilios es preciso distinguir, según las características de los alojamientos, un primer eje:

1.1. *Viviendas propias*. Los pacientes pudiendo vivir solos, con otros pacientes o con sus familias.

1.2. *Pisos "institucionales"*. Propiedad de un dispositivo público y en el que son "asistidos" uno o generalmente varios (de 3 a 7) pacientes.

1.3. *Pensiones "normales" o "protegidas"*. En las que viven pacientes asistidos por el Servicio de Salud Mental. Estas pensiones pueden ser ellas mismas —por el número de pacientes residentes— objeto de una atención "casi" institucional.

1.4. *Residencias "normales"*. Generalmente, en nuestra experiencia, propiedad de organizaciones religiosas o de Instituciones de Bienestar Social.

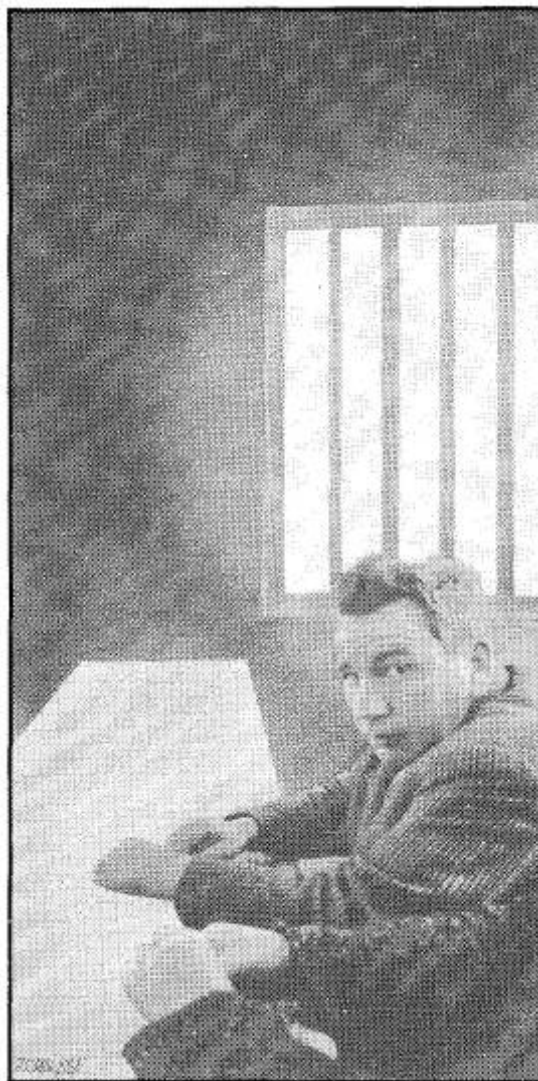
1.5. *Residencias "protegidas"*. Dependientes de un dispositivo público (en Alava, Servicio de Salud Mental). En ellas viven un grupo de pacientes con personal especializado, este último permaneciendo a tiempo parcial o durante todas las horas del día.

2. El segundo eje corresponde a las características de los pacientes residentes, que podemos resumir del modo siguiente:

2.1. Según la *edad*: niños, adultos y personas de la 3.^a edad.

2.2. Según las *características semiológicas y capacidad de adaptación social*:

— Pacientes sujetos —preferentemente— a *técnicas de prevención terciaria*. Ellos mismos diferenciados según su pasado hospitalario psiquiátrico ("desinstitucionalizado" o no).



— Pacientes con patologías de *corta evolución* y consecutivas a *descompensaciones* psicóticas o "límites".

DESCRIPCIÓN DE PACIENTES

La atención de los pacientes psiquiátricos en sus domicilios en el trabajo habitual —en Salud Mental— toma carácter preferentemente "sanitario-asistencial". Sin embargo, podemos destacar 4 capítulos —según los ejes descritos más arriba— en los que las intervenciones "socio-asistenciales" y "hotelero-asistenciales" son imprescindibles, y en ocasiones llegan a tomar la hegemonía:

1. Patologías, en pacientes próximos o pertenecientes a la 3.^a edad, dominadas por los *trastornos cognitivos y de eficiencia intelectual*, de evolución progresiva con complicaciones motoras y de control esfinteriano. Las dificultades a menudo se combinan con problemas caracteriales y comportamientos regresivos. El apoyo psicológico

al propio paciente ha de complementarse con el de la familia con la que convive.

En estos casos, las "*ayudas a domicilio*" son de rigor; ayudas que van desde el acompañamiento, a la realización de buena parte de las tareas domésticas. La utilización durante cierto número de horas al día de una estructura intermedia (Hospital de día) puede ser necesaria.

2. Algunos pacientes, en general habiendo sobrepasado los 30 años, añaden a sus dificultades psicopatológicas (aunque compensadas, más o menos deficitarias) *problemas adaptativos que dificultan la autonomía necesaria* para mantenerse en su domicilio.

El seguimiento desde el Centro de Salud Mental debe complementarse con un apoyo asistencial no sanitario que de no producirse llevaría al paciente a ingresos psiquiátricos que pueden hacerse irreversibles.

3. Pacientes con pasado psiquiátrico similar a los descritos en el párrafo anterior en unos casos, *débiles intelectuales* en otros y *drogodependientes* (alcoholismo) en ocasiones, pueden ser responsables de familias en las que los trastornos psicológicos se manifiestan en los hijos (con frecuencia denominados "*casos sociales*"). El tratamiento relativo a la Salud Mental debe una vez más complementarse con un apoyo social en todas sus vertientes y a todas luces imprescindible.

4. *Pacientes "desintitucionalizados"* tras varios años de ingreso en el Hospital Psiquiátrico y que careciendo de vivienda propia o de familia que los pueda acoger, solamente puedan vivir en el interior de la comunidad si se les provee de los medios para ello.

En nuestra experiencia de Álava, por razones coyunturales, hemos debido, desde el Servicio de Salud Mental, dotarnos de los apoyos "*sociales*" y "*hoteleros*" para la externalización de 170 pacientes del Hospital Psiquiátrico. Para ello hemos debido seleccionar o en su caso constituir viviendas para estos pacientes: 11 pisos, 1 residencia protegida, 9 pensiones asistidas.

PACIENTES EXTERNALIZADOS

La noción de *rehabilitación*, implica el establecimiento de un programa adecuado

e individualizado en lo posible y a la vez el concepto de "*soporte*". Nos referimos a este último al distinguir los diferentes apoyos a ser prestados. La diversificación de labores, fruto y generadora de la especialización, es la que va a permitir la programación que mencionábamos.

Dentro de la especialización conviene subrayar el interés de mantener la bipartición del campo propiamente sanitario de lo social y "hotelero". Es claro que la interacción de ambos registros aparece constantemente; sin embargo esbozar las demarcaciones nos permitirá una adecuada utilización de recursos. La relación de los equipos que deben atender ambos aspectos ha de ser constante, explícita y ella misma programada.

Según los diferentes "apoyos" que hemos mencionado sugerimos que los sanitarios, el comunitario y el familiar pueden ser asumidos por el Servicio de Salud Mental, una vez más recordando que ello debe hacerse en colaboración con el área de Bienestar Social. Nos referimos especialmente en las líneas que siguen a nuestra experiencia de casi 5 años en la provincia de Álava en el trabajo Comunitario de Salud Mental y muy especialmente en la "*desintitucionalización*" de *pacientes* del Hospital Psiquiátrico "Santa María de las Nieves".

1. *Apoyos relativos al Servicio de Salud Mental.*

1.1. *Somático y farmacológico:*

—Acompañamiento a médicos de cabecera y especialistas de la Seguridad Social así como al dentista y optometristas.

—Seguimiento de constantes vitales.

—Mantenimiento de dietas alimenticias y control de peso.

—Administración de fármacos (incluidos los psicofármacos) y seguimientos farmacológicos diversos (H.T.A., diabetes, etc.).

—Higiene.

1.2. *Trabajos psicoterapéuticos en intervenciones individuales y grupales.*

—"Elaboración" psicológica de las dificultades individuales.

—Técnicas de "habilidades sociales" relati-

vas a la readaptación a la vida al interior de la Comunidad.

1.3. *Comunitario.*

- Aprendizaje de la utilización de los diversos servicios sociales (transporte, camas, etc.).
- Conocimiento y fomento de la utilización de los recursos sociales no dependientes del Servicio de Salud Mental (Clubs y Centros).
- Eventualmente recursos ocupacionales del Servicio de Salud Mental (Centro Ocupacional, Centro psicosocial).
- Apoyo a la utilización "significativa" del tiempo libre.

1.4. *Familiar.*

- Técnicas de intervención con una familia.
- Grupos multifamiliares.

2. *Apoyos relativos a Bienestar Social.*

2.1. *Económico.*

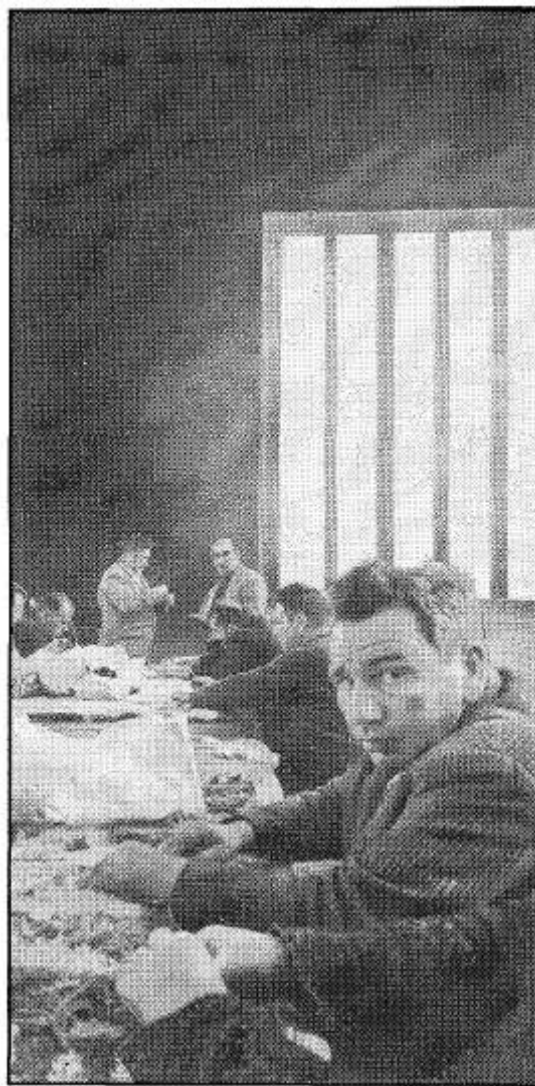
- Pensiones y subvenciones económicas a los pacientes.
- Eventualmente —según los casos— pago de las pensiones "asistidas".
- Creación y mantenimiento de pisos "institucionales".
- Ayuda a la Administración económica —según indicaciones— de los pacientes en colaboración con el equipo del Servicio de Salud Mental (cartillas, cuentas corrientes, gastos).

2.2. *"Administrativo".*

- Obtención de cartillas y documentaciones diversas.
- Impuesto sobre la renta.

2.3. *Residencial y hotelero*

- Mantenimiento y gestión del piso.
- Alimentación: compra, cocina.
- Gas, electricidad.



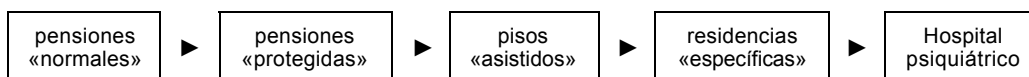
—Limpieza de locales y de ropa.

—Relación con los vecinos (en colaboración con el equipo del Servicio de Salud Mental).

—En caso de pensiones asistidas: relación con los propietarios.

3. Las *pensiones* con las que trabajamos y los pisos asistidos, en nuestra experiencia, no son excluyentes entre sí, más bien se muestran complementarios. Ambos tipos de residencia poseen indicaciones propias.

En los *pisos asistidos* las personas que allí viven son visitadas regularmente en actividades programadas según los momentos evolutivos, es decir, no disponen de asistencia continua. Las pensiones suponen una relación diferente del inquilino con el espacio y con la persona propietaria de la pensión, la participación activa por parte del sujeto es evidentemente menor que en los



pisos y de ahí se deriva la diversidad de indicaciones.

Ciertos pisos, especialmente en los que residen hombres, por razones fáciles de comprender, disponen de una "ayuda a domicilio" para tareas de limpieza (locales y ropa); generalmente los pisos en los que residen mujeres se muestran más "autosuficientes" en este aspecto.

En lo que corresponde a la *alimentación*, podemos también diferenciar dos tipos de pisos, según las personas que en él viven hagan las comidas y las cenas o por el contrario asistan a comedores con los que se han realizado acuerdos.

La *Residencia* con la que contamos, con una capacidad de 10 personas, dispone de personal dedicado exclusivamente a ella durante las horas del día. Nuestro dispositivo no cuenta con estructuras de este tipo con apoyo continuo.

Vemos, pues, en lo que corresponde a las viviendas alternativas que podemos, según las posibilidades de autonomía de los pacientes, establecer una *jerarquía* de los lugares de residencia según el grado de apoyo prestado:

4. En la ordenación de labores según las áreas que proponíamos más arriba sugerimos que el mantenimiento económico, administrativo y hotelero fuese llevado a cabo por los equipos dependientes de Bienestar Social. El equipo de apoyo del Servicio de Salud Mental dedicaría sus esfuerzos a las tareas propiamente "terapéuticas".

Por otra parte —en el caso de los pacientes "externalizados"— es el equipo de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria (en nuestro caso mediante un "Centro de día") quien prepara a los pacientes a las demandas de la vida en Comunidad.

En el caso de *pacientes que no proceden del Hospital psiquiátrico* conviene —con algunas particularidades— que nuestros dispositivos mantengan ayudas bastante similares. De hecho, en nuestra provincia conviven en algunas de las viviendas alternativas ambos tipos de pacientes. En este caso —y para evitar ingresos en el Hospital que podrían hacerse permanentes— además de las pensiones, pisos y residencias es necesario prestar apoyo a pacientes que viven en sus propios pisos en general solos pero en ocasiones con algún familiar.

El apoyo a ser prestado —relativo a Bienestar Social—, es fácil concluir, irá según el tipo de vivienda y el estado de los pacientes que en ella residen desde la integralidad que supone el Hospital Psiquiátrico (o la Residencia Psiquiátrica) hasta la ocasional visita al piso "personal". Entre ambos extremos las prestaciones serán variadas y llevadas a cabo en forma de visitas regulares más o menos espaciadas, de "ayudas a domicilio" y de acompañamientos diversos. La coordinación con el equipo del servicio de Salud Mental permitirá el tratamiento y apoyo global al paciente.

José Ignacio Zuazo

Director médico de "Las Nieves".
OSAKIDETZA

NORTZUK BEHAR DUTE LAGUNTZA GEHIAGO: GIZONEK ALA EMEKUMEEK



Por lo general sólo la cuarta parte de los clientes de los servicios de Asistencia Domiciliaria suelen ser hombres. ¿Quiere ello decir que los Departamentos de Bienestar Social son más sensibles a las necesidades de las mujeres? Parece, más bien, que lo que ocurre es consecuencia de la especialización y que si las mujeres reciben nominalmente más ayuda es en muchos casos para que puedan seguir ejerciendo su función de cuidadoras del hombre dentro del hogar. En cualquier caso, la proporción de clientes de uno y otro sexo es más equilibrada en poblaciones pequeñas donde las familias tienden a ser más numerosas y en las que los factores de dependencia dependen más estrechamente de la discapacidad del sujeto.

Behin edade batetik aurrera, nortzuk izaten dira laguntza gehiagoren beharrean gertatzen direnak, gizonak ala emakumeak? Badirudi besterik gabe, eguneroko praktiken arabera, emakume adinekoa, betiko amona, Barbierren poeman azaltzen zaigun "amaxo" bezala, txukuna, arina, bizia, eta

oraindik ere besteei laguntzeko sasoian azaltzen zaigula irudimenean. Gizona berriz gehiago ikusi ohi dugu agure jenio txarreko eta baldr bezala, trabagarria sarritan, gaixo askotan, eta ezgauza etxeko lan premiazkoenak egiteko, bizitza guztian ez bait ditu gizonaren betekizun kontsideratu.

Ez dakit, nerea bezala, beste askorena den inpresio hau, egia ote den, baina badaikit gizarte langue asko sarritan ikusten direla etxe laguntzarako dituzten ordu urriak banatzerakoan nolabaiteko dilema horren aurrean: diskapazitate berdina edo ahaltasun parekoa duten emakume edo gizonen kasu baten aurrean ez al dago gizonari laguntza gehiago emateko arriskurik, gizona berez gauza batzuk egiteko ezgai kontsideratzen delako eta hain zuzen ere bizitza osoan bere beharkizun premiazkoei erantzuteko laguntza eman zaiolako?

Norbaitek esango du hori egitea behin gehiago sexismoan erortzea litzatekeela, eta izango dira baita ere inkompetenziaren zergatiari begiratu gabe, edo kontutan hartzen direlarik ere, ezin daitekeela sexuen arteko paretasunaren izenean laguntzarik gabe utzi etxeko lanik elementalenak egiteko gai ez den pertsona.

Gai honetan urrutirago joan gabe kontutan hartzekoa da prolema ez delà teoriakoa, eta are gutxiago garrantzirik gabea, eta nola ez, beti bezala sexo zatiketaren barnean klase zatiketaren eragina ere zaindu beharra dagoela soluzioak bilatzerakoan,

sintomatologia; aukera gehiago izango duelarik honek edo arrisku gehiago hobeto esan, psikosiaren etiketa jasotzeko erantzun diagnostiko bezala.

Ezin ukatu gizarte langileari ere maila soziala, kultura, hezkuntza mota, famili historia, eta abarrek ere kondizionatu dezaketela prolematika bat aztertzerakoan eta errezago gerta liezaiokeela eskakizun batzuk onartzea beste batzuk baino. Zaila da jakiten zerbitzu sozialek sexoen arabera diskriminaziorik egiten duten etxe laguntza edo beste edozein zerbitzu mota eskaintzerakoan.

Jakin, badakigu, absolutoki eta proportzionalki ere laguntza gehiago ematen zaio la emakumeari gizonari baino. Horrek ez du esan nahi noski, aitortu dezagun lehen bait lehen, ohizko den diskriminazioaren alderantzizkoa ematen denik zerbitzu sozialean, gizonaren kaltetan noski. Egia da bai etxe laguntza jasotzen dutenen laurdenak direla gizonenak Gipuzkoan —proportzio berdin berdina ematen da Frantzia ere— baina hortik ondorio bezala gizarte langileak emakumearen beharrak kontsideratzeko orduan begiramen edo sensibilitate gehiago dutela ateratzea ez da zilegi.

Taula I.-ETXE LAGUNTZA JASOTZEN DUEN POPULAZIOA SEXUEN ARABERA

	Donostia	Gipuzkoa Donostia ezik	> 1.000 biztanleko udalak	Gipuzkoa osoa
Gizonak	20,0	28,3	47,0	26,0
Emakumeak	80,0	71,7	53,0	74,0
Guztira	100,0	100,0	100,0	100,0

zeren eta emakumeen artean ere azken finean, bizitza osoan etxeko lanetan jardun dutenek eginkizun hoiek beste norbaiten kargu utzi izan dituztenek baino gaitasun gehiago, eta egoera fisiko parekoan, laguntza beharra adierazteko aukera gutxiago izango bait dute.

Jakina da medikuei orokorki eta psikiatrei ere ziki —mundu guztiari bezala bestalde— zaila zaiela maila sozialaren eraginetik libratzea eta gaisoa beren girokoa denean honen sintomatologia ulergarriago egiten zaienez joera gehiago izango dute neurosia sinple bezala kontsideratzeko eta alderantziz, arrotza eta grabeago egingo zaie beste kultura batean integraturiko gaisoaren

Lehendabiziko taulan ageri denez Gipuzkoa mailan ehuneko 26 dira gizonenak etxe laguntzaren bezeroen artean eta proportzioa gutxitu egiten da hiri haundietan. Donostian esaterako, ehuneko 20 besterik ez dira gizonak eta udal txikietan berriz sexoen arteko oreka ia erabatekoa gertatzen da, % 47 gizonak eta % 53 beraz, emakumeak direlarik.

Bi galderen aurrean aurkitzen gara beraz. Lehena, zergatik dira gehiago etxe laguntza jasotzen duten emakumeak? eta bigarrena, zergatik gertatzen da hori batez ere hiri haundietan.

Ezaguna da noski 64 urte bete dituen populazioa delà etxe laguntzaren bezeroen

Taula II.-GIZON ETA EMAKUME PROPORTZIOA POPULAZIOAN ETA 65 URTE EDO GEHIAGOKOEN ARTEAN

Gipuzkoa								
	Donostia		Donostia ezik		a 1.000 bizt.		Gipuzkoa	
	Prop. Orok.	a 65 urte	Prop. Orok.	S 65 urte	Prop. Orok.	a 65 urte	Prop. Orok.	S 65 urte
Gizonak	47,1	35,5	50,4	40,8	54,1	49,4	49,6	39,1
Emakumeak	52,9	64,5	49,6	59,2	45,9	50,6	50,4	60,9
Guztira	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

artean gehiengoa, eta bide batez gehiago direla edade horretara iristen diren emakumeak, baina bistako da gehiago izate hutsak ez duela justifikatzen aipaturiko sexoen arteko desproporzioa. Horrez gainera eta bigarren erantzuna litzateke hau, orokorki gehiago izatez gainera eta bigarren erantzuna litzateke hau, orokorki gehiago izatez gainera gehiago dira baita ere absolutoki, eta erlatiboki ere, diskapazitaturiko emakumeak. Ikerketa askok azaldu dutenez —gureak ere Araban hala diote— 65 urtetik gorako populazioaren artean diskapazitateei loturiko patolojiak sarriagoak dira emakumeen artean. Ez gara galduko orain fenomeno honen interpretazioetan, ez bait daude teoriko guztiek ados hipotesien inguruan, baina dudan ezin jarri daitekeena fenomeno bera da, eta derrigorrez onartu behar beraz diskapazitatei dagokioez behintzat objetiboki gizonezkoak baino sarriago gertatzen direla etxe laguntzaren beharrean.

Bi arrazoi hauen pisua edo eragina desestimatzen ez dugularik ere bistako da beste arrazoiren baten laguntzarik gabe ezin dutela justifikatu etxe laguntzaren estatistikek agertzen duten errealitatea. Bestalde, errepikatu beharra ote dago fenomeno sozialek ez dutela inoiz ere kausa bakar bat izaten eta elkar loturiko fenomeno desberdin askoren ondorio izaten direla?

Hirugarren arrazoi bat, emakumearen rol ohizkoari dagokiona kontutan hartuz gero, badirudi errealitateak lehen instantzia edo irakurketa batean behintzat alderantzizkoa izan beharko lukeela, baina jakina denez errealitatea adierazten duten datoak bezala tematsua da eta hor dago lehendabiziko taulan. Esan nahi dugu etxeko lanen aurrean "autolaguntza" eginkizunen aurrean bezala, emakumea konpetenteago izanik, gizon lagunduen kopuruak haundiago izan beharko lukeela. Irakurleak igerri du noski faktore horren eragina estaltzen duen arrazoiak zein izan daitekeen. Gutxi gora behera gizo-

nak eta emakumeak bakarka aukera berdintsua dute, diskapazitate maila berdinean noski, etxe laguntzaren zerbitzuak jasotzeko. Baina senar emazte bikotea osatzen dutenean berriz gauza erabat aldatzen da, edo aldatu daiteke gure eritziz. Diskapazitatua emaztea bada, senarra danean baino aukera gehiago izango bait du bikoteak —nominalki emazteak— laguntza jasotzeko. Senar ezin ahalduak normalki, eta diskapazitatea oso grabea ez danean, gehienez ere lan gehiago emango du baina ez ditu nabarmenki urrituko etxe hortan zeuden lan indar efektiboak eta alderantziz, emaztea gaiso gertatzen denean senarraren laguntza potentziala ez da oztopo izango zerbitzu soziale- na eskuratzeko esperientziari dagokionez, bai bait dakite gizarte langileak, gizonaren laguntza ez dela fidagarria.

Zergatik ordea aipaturiko faktoreen eragina ez da hain nabarmena mila biztanletik beherako herri txikietan? Ez dezagun ahaztu lehendabizi Donostian 65 urtetik gorako populazioaren artean ehuneko 35,5 besterik ez direla gizonezkoak eta herri txikietan berriz ehuneko 49,4; bada hor beraz tarte bat behintzat etxe laguntzaren bezeroen artean gizonezkoen tasa haundiago izan dadin herri txikietan haundietan baino.

Kontutan hartzekoa da baita ere hirietan haundiago dela bakarrik eta binaka bizi den biztanlegoaren kopurua, edo beste era batera esateko haundiago dela herri txikietan familia zabalen kopurua. Horrez gero lojiko da hauetan ere haundiago izatea, proporzionalki noski, ezkontideaz gainera beste ahaideren batekin bizi den jendearen laguntza eskakizunak jasotzea Udaletxeetako Ongizate departamentuetan, eta pentsa daiteke ahaide askoren artean bizi den pertsonaren beharrak neurtzerakoan errazago dela bere diskapazitatea objetiboki neurtzea. Bestalde, pertsona hauen beharrak ere haundiagoak izango dira beren inguruneak ezin bete ditzazkenez. Kasu hauetan bada.

Taula III.-ETXE LAGUNTZA JASOTZEN DUEN POPULAZIOA FAMILI MOTAREN ARABERA

	Donostia	Gipuzkoa Donostia ezik	£ 1.000 biztan- leko udalak	Gipuzkoa
"Bakarrak"	47,6	31,8	18,7	36,1
Ezkontidearekin	23,8	26,3	28,0	25,6
Ahaide gehiagorekin	26,1	39,6	50,7	35,9
Familiarik gabe	2,5	2,3	2,7	2,3
Guztira	100,0	100,0	100,0	100,0

ez da hain nabarmena, hipotesia hutsean ari gara noski, sexuari loturiko rol zatiketaren eragina, hau da, gizonaren inkompetentziak anulaturik edo disimulaturik geratzen dira diskapazitate sakonen eraginez edo eta grabeak ez direnean inguruneak bete ditzazkeelako (*).

Horrek esplikatuko luke neurri batean noski, mila biztanletik beherako herrietan etxe laguntzaren bezeroen artean ematen den gizon eta ernakumee arteko oreka nolabaitekoa.

Ilgn. taulan ezin argiago ageri da mila biztanletik beherako herrietan etxe laguntza jasotzen dutenen erdiak pasa direla, ezkontideaz aparte, ahaide gehiagorekin bizi direnak, Donostian baino bi aldiz gehiago, eta pentsatzekoa da gertakizun hau aztertzen ari garenekin loturik datorrela.

Beste zenbait faktore ere kontsideratu beharko litzateke noski arazo honetan. Adibidez residenzializatzeko tasaren bitartez ikusi beharko litzateke gizonezkoek zerbitzu astunagoen laguntza eskatzen duten —ala ematen zaien— eta horregatik diren baita ere emakumeek etxe laguntza bezalako zerbitzu arinen eskale ugariagoak. Gure irudiko arrazoirik eragingarriena aipaturiko lan zatiketarena da eta emakumeak laguntza gehiago ematen bazaio hain zuzen ere bere bitartez gizonari laguntzen jarraitu ahal izateko izango da askotan bere betiko eginkizunean jarraitu ahal dezan.

Etxe laguntza adjudikatzeko orduan kontutan hartzekoak al dira kulturaren maila sozialaren edo beste zenbait faktoreren eragina —gizon emakume rol zatiketaren ondo-

riok bame— ala behar objetibo erantzun behar zaie diskapazitatearen eta minusbaliaren definizio zehatz eta zorrotz bat onartuz?

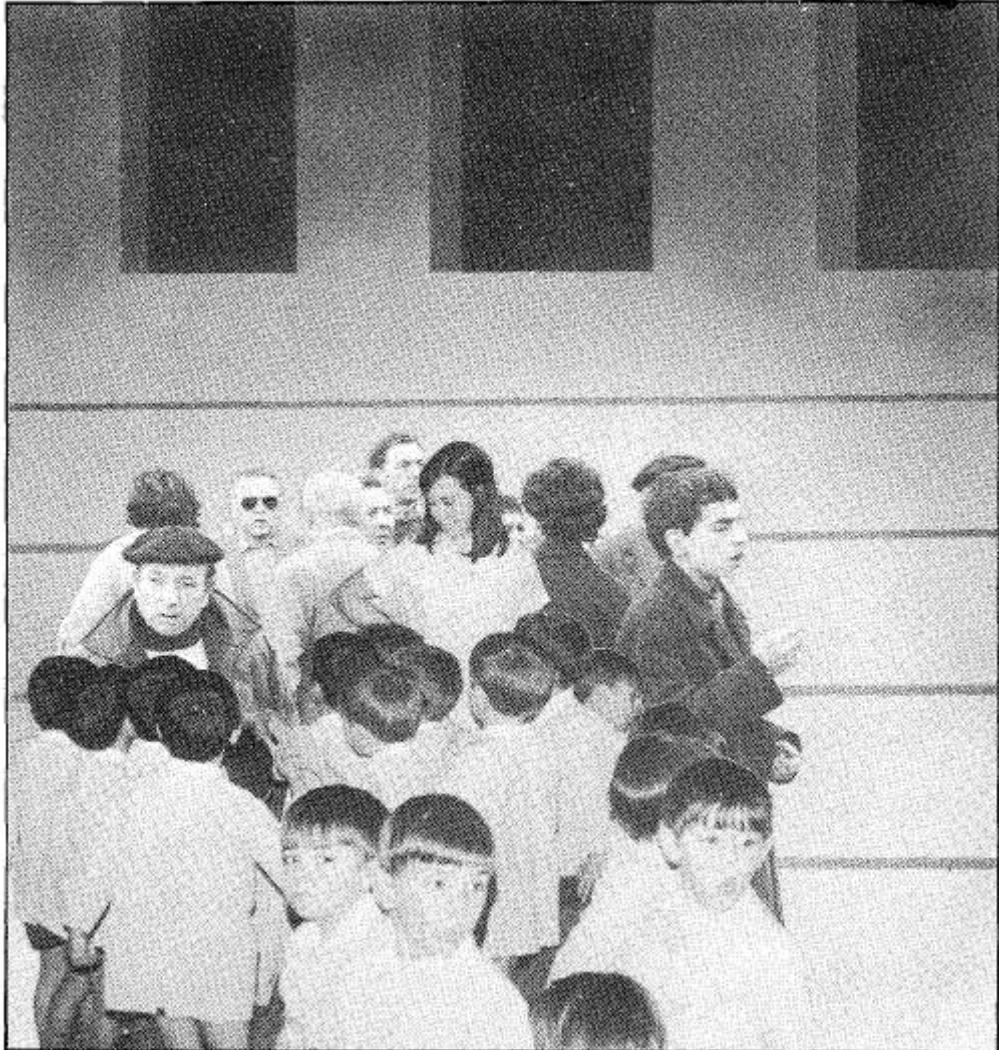
Jakina denez ome (Osasunerako Mundu Erakundea diskapazitateen artean "domestic disabilities" kategorian hartzen du kontutan (50-51 kategoriak) janaria prestatzeko gaitasuna, garbiketa egitekoa, etab. bame direlarik, baina badakigu baita ere diskapazitatea ahalatasun eza edo gutxitzea dela "resulting from an impairment", hau da, defizientzia baten ondorioa eta hau, "impairment", estruktura edo funtzio psikologiko, fisiologiko, edo anatomiko baten galtzea edo anormaltasuna denez, amak arraultzak frijitzen irakatsi ez izatea ezin kontsidera dezakegu diskapazitate bezala osasunaren esperientziaren barrenean noski. Aipaturiko omek "International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps"en, minusbaliaren artean dependentzia fisikoa kontsideratzerakoan espreski uzten ditu kanpoan kulturalki determinaturikoak: "culturally determined dependence, such as the customary dependence of an employed male on his spouse... (**).

Badira ordea etxe laguntzaren teorian bi printzipio oso kontutan hartzekoak. Aide batetik laguntzaileak ez duela bezeroak egin dezakeen lanik egin behar, eta bai lana eratu, eta egiten irakatsi, bere autonomia ahalik et haundiena izan dadin. Bestalde, etxe laguntza ez da behin betirakoa, premien natura eta neurria aldatuz doan eran erantzun neurrikoa eta aproposa eman behar zaie. Printzipio hauek gogoan izan ezker ez legoke zergatik ez emanik erantzun egoiki bat gizonen premia bereziei eta emakumeen noski diskriminazioetan erori gabe.

(*) Lisiba egiteko gai ez den pertsona bat, garbigailua jartzen ikasi ez duelako adibidez, iztripu baten ondorioz tetraplejiko geratuko balitz, bere inkompetentzia disimulaturik edo anulaturik geratuko litzateke diskapazitate sakon horren eraginez. Gauza bera noski familia ugari baten artean bizi den inkompetentziaren kasuan inguruneak bere behar oinarritzko erantzuten dioenean.

(**) Kulturalki determinaturiko dependentzia, nola gizon langileak normalki bere emaztearengandik duena.

LOS MALOS TRATOS Y EL ABANDONO EN LA INFANCIA CONSIDERACIONES GENERALES



El fenómeno del maltrato y abandono en la infancia es uno de los problemas sociales que está empezando a despertar un cierto interés entre los diferentes estamentos de la sociedad, aunque en determinados ambientes profesionales se lleva tiempo abordando el problema de manera más o menos efectiva.

Estamos convencidos de que este fenómeno va a ir adquiriendo un creciente protagonismo en los próximos años, siendo necesario que una parte importante del esfuerzo profesional de todas aquellas personas que desarrollan su labor en torno al menor y la familia se centre en su estudio, identificación y tratamiento.

Este artículo en la revista *Zerbitzuan*, que sirve como presentación y avance de un número monográfico sobre el mismo tema, no es sino un exponente más de ese creciente y necesario interés que se está despertando sobre el problema en ámbitos a veces tan distantes como la Universidad, la Administración Pública, la Red de Servicios Sociales, etc.

Precisamente por ser un avance y presentación de un próximo número monográfico, este artículo se va a centrar en señalar lo que a nuestro juicio constituyen las áreas fundamentales de interés con respecto a este tema y en presentar los diferentes problemas teóricos y prácticos con que nos enfrentamos, de tal forma que en el próximo número de la revista se aborde en profundidad cada uno de los aspectos aquí esbozados.

Entrando ya en materia, el primer problema que se presenta es la amplitud y vaguedad del concepto de "Maltrato y Abandono".

Dentro de estos términos se encuentran englobados fenómenos tan diversos como los Malos Tratos Físicos, los Malos Tratos Psíquicos o Emocionales, la Desatención o Abandono Físico, el Abandono o Desatención Emocional, el Abu-

so Sexual y el Retraso No Orgánico en el Crecimiento.

Si bien en muchos casos estos diversos tipos de maltrato se producen de manera simultánea, es necesario distinguirlos claramente, pues cada uno de ellos parece tener una tasa de incidencia diferente, estar asociado a Factores de Riesgo específicos, ejercer una influencia concreta y particular en el proceso de desarrollo infantil, y seguir una evolución diferente, factores estos fundamentales a tener en cuenta a la hora de emprender las tareas de identificación, tratamiento y prevención (Burgess y Conger, 1978; Pelton, 1978; Green et al., 1980; Aragona y Eyberg, 1981; Egeland y Sroufe, 1981; Dietrich et al., 1983; Larrance y Twentyman, 1983; Bousha y Twentyman, 1984; Hoffman-Plotkin y Twentyman, 1984; Wolock y Horowitz, 1984; Bauer y Twentyman, 1985; Crittenden, 1985; Friedrich et al., 1985; Wolfe, 1985; Rohrbeck y Twentyman, 1986).

Si se repite el proceso ocurrido en otros países como Estados Unidos o Gran Bretaña, parece que el interés, preocupación y reconocimiento social de la importancia de cada problema se desarrolla siguiendo esta evolución:

- 1.º Aquellos casos más sádicos y extremos de malos tratos físicos.
- 2.º Los casos más cercanos, frecuentes y "normales" de malos tratos físicos.
- 3.º La Desatención Física severa.
- 4.º El Maltrato Emocional y Psíquico.

5.º La Desatención o Abandono Emocional y Psicológico.

6.º El Abuso Sexual.

Esta diversidad de aspectos que abarca el concepto genérico de "Malos Tratos y Abandono" hace preciso un esfuerzo por elaborar definiciones operativas válidas o, lo que es lo mismo, un Cuadro Nosológico eficaz que, asociado a unos instrumentos diagnósticos fiables, sirva para aumentar la precisión en la descripción, detección y diagnóstico de los diferentes tipos de maltrato, en la misma línea que ha seguido la Psicopatología con los diferentes trastornos psíquicos (Cicchetti y Rizley, 1981).

En manos de todos y cada uno de los profesionales en contacto con este tema deben estar esos criterios unificados de definición y conceptualización, como única forma de evitar el subjetivismo y la influencia de las creencias y valores personales a la hora de diagnosticar o determinar un caso dentro de este amplio espectro y como la única forma también de poder hacer más efectiva la comunicación entre estos profesionales, que a veces hablan con los mismos términos sobre diferentes conceptos y con diferentes términos sobre el mismo concepto (Smith, 1984).

En resumen, es preciso ser conscientes, en primer lugar, de la amplitud, diversidad y multiplicidad de aspectos que se incluyen dentro del concepto de MALOS TRATOS, y, en segundo lugar, de la necesidad de unos criterios unificados y comunes de diag-

nóstico de cada uno de estos aspectos.

El segundo problema que se nos presenta al abordar este tema es el de las posibles CAUSAS o FACTORES DE RIESGO que están generando o provocando la aparición de estos casos.

Aunque hay un abundante conjunto de investigaciones que han tratado de identificar estas causas, hay que decir que aún no se conoce el mecanismo o "causa" últimos, el porqué realmente se produce EN CADA CASO CONCRETO esa ruptura de la relación con el niño que culmina en los malos tratos.

Sí se conocen una serie de factores facilitadores o predisponentes que colocan a cada familia en una situación de mayor o menor riesgo. Se han planteado diferentes hipótesis desde ámbitos diversos de las ciencias sociales. Así, algunos autores han postulado que son las características psicológicas anormales o deficitarias de los padres las que motivan estos episodios. Problemas depresivos, altos niveles de ansiedad, baja autoestima, poca tolerancia al stress, una historia infantil carente de afecto y/o con episodios de maltrato, son algunas de las características que aparecen con frecuencia en estos sujetos (Hunter et al., 1978; Green et al., 1980; Estroff et al., 1984; Lahey et al., 1984; Bauer y Twentyman, 1985; Friedrich et al., 1985; Webster-Stratton, 1985; Trickett y Kuczynski, 1986).

Por su parte, y desde un marco teórico diferente, otros autores han enfatizado el papel de los factores sociales como determinan-

tes etiológicos principales. Así, se considera como factor "causal" el alto nivel de stress crónico al cual están sometidas estas familias, proveniente en su mayor parte de condiciones económicas y de vida realmente precarias. En muchos casos, esto parece ir asociado con otra serie de factores tales como maternidad joven y/o en solitario, y aislamiento social (Lynch y Roberts, 1977; Hunter et al., 1978, 1979; Pelton, 1978; Garbarino y Sherman, 1980; Powell, 1980; Daniel et al., 1983; Salzinger et al., 1983; Starbuck et al., 1984; Sack, 1985; Webster-Stratton, 1985).

Por último, se han encontrado datos que avalan la hipótesis de que son algunos niños con ciertas características especiales los que tienen más posibilidades de ser objeto de malos tratos o abandono: niños prematuros, con temperamento difícil o pasivos y letárgicos, con falta de responsabilidad social, etc. (Lynch et al., 1977; Frodi y Lamb, 1980; Vietze et al., 1980; Frodi, 1981; Lebovici, 1983; Sherrod et al., 1984; Wasserman y Alien, 1985).

El problema fundamental es que ninguna de estas causas o factores es NI SUFICIENTE NI NECESARIO en sí mismo. La inmensa mayoría de las familias en condiciones económicas extremas no maltratan a sus hijos, ni lo hacen TODAS las madres solteras, ni TODOS los niños "problemáticos" son objeto de maltrato.

Es necesario aplicar un Planteamiento Transaccional o Ecológico (Belsky, 1980) para entender el problema. Su verdadera naturaleza sólo es abordable a través de la

valoración de cada uno de los anteriores factores y de sus Interrelaciones como un TODO DINÁMICO.

La etiología del maltrato debe ser considerada como compleja y multifactorial y, dentro de este marco, debe ser entendido como la manifestación más extrema de una grave perturbación en la relación niño-cuidador, perturbación, por su parte, con una etiología específica para cada familia concreta. Así, en CADA CASO PARTICULAR es la **INTERACCIÓN** o **JUEGO CONJUNTO** de factores Psicológico-Individuales, Familiares, Socio-Comunitarios y Culturales los que colocan a cada familia en una situación con más o menos posibilidades de que ante acontecimientos precipitantes concretos, esa alteración en la relación paterno-filial culmine en maltrato (Altemeier et al., 1979, 82, 86; Ege-land et al., 1980; Frodi y Lamb, 1980; Vietze et al., 1980; Engfer y Schneewind, 1982).

Sin embargo, es importante tener en cuenta que, como en todo fenómeno de índole psicosocial, es arriesgado generalizar los resultados de investigaciones realizadas en un ambiente cultural determinado a otro. En cada contexto cultural la violencia y el castigo se valoran de manera distinta, y las condiciones sociales y familiares afectan de manera diferente a la dinámica de la relación padres-hijos (Kempe, 1982; Starbuck et al., 1984).

Por todas estas razones, es necesario realizar estudios empíricos e investigaciones cuidadosamente diseñadas capaces de proporcionarnos datos concretos, exactos y fiables acerca de

estos Factores de Riesgo. Sin el soporte de este conocimiento científico es imposible y arriesgado diseñar cualquier modelo o programa de tratamiento o prevención que quiera tener una alta probabilidad de éxito. Cualquier otro programa se basará en intuiciones o apreciaciones subjetivas, bien intencionadas y basadas en la experiencia de unos profesionales, pero carentes del rigor científico necesario.

Bien es cierto que este es un terreno en el que las investigaciones se enfrentan ante graves problemas de índole ético, ante la dificultad para acceder a casos concretos con esta problemática por la casi total ausencia de registros unificados, y, algunas veces, ante el rechazo de los profesionales, que perciben al investigador con un cierto recelo. Pero también es fundamental entender que ante el sufrimiento que soporta una familia con esta problemática, la postura más racional es aprovechar toda la información que tengamos sobre ella para tratar de que estos casos no se vuelvan a repetir en otras familias posiblemente *aún por constituir*.

Estas investigaciones deben abrirnos el camino y poner los medios para elaborar estrategias de IDENTIFICACIÓN DE LOS CASOS ALTO-RIESGO y planes racionales de Tratamiento y Prevención.

En el próximo número de la revista se hará una exhaustiva revisión de las estrategias de Identificación, Tratamiento y Prevención utilizadas en programas de otros países y se estudiará la posibilidad de aplicación

de estas o similares estrategias en la red de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca.

Ahora nos centraremos en plantear algunos de los problemas "de fondo" con los que se encuentran dichas estrategias.

Comenzando por la *IDENTIFICACIÓN*, creemos que lo fundamental, en primer lugar, es ampliar al máximo el número de casos registrados en los Servicios Sociales, siendo lo óptimo que todos los casos de maltrato y abandono fueran conocidos por estos Servicios, y, en segundo lugar, lograr la máxima precisión en ese registro.

Pero esto requiere un amplio camino a recorrer, y en absoluto sencillo, que creemos pasa por los siguientes puntos:

— En primer lugar, es imprescindible la realización de campañas de amplio alcance dirigidas a la *sensibilización colectiva* hacia la protección del niño. Todavía seguimos inmersos en una sociedad en donde éste es considerado como una "propiedad" de los padres y, en consecuencia, donde éstos poseen el derecho de tratar-educar-disciplinar a sus hijos de la manera que consideren oportuna. Es necesario potenciar un proceso de cambio a nivel colectivo hacia una postura de intervención en aquellas situaciones en que los derechos del niño sean o puedan ser vulnerados. La sociedad en su conjunto debe asumir la responsabilidad de proporcionar a todos y cada uno de los niños el derecho a desarrollar de ma-

nera óptima sus capacidades y de poner los medios oportunos para que todos los casos donde este derecho se encuentre en peligro sean abordados y corregidos.

-En segundo lugar, todos los profesionales que de manera directa o indirecta están en contacto con los niños y sus familias, requieren una *formación específica* en este área. Un amplio abanico de profesionales necesitan esta formación. Maestros, pediatras, enfermeras, matronas, psicólogos, asistentes sociales, educadores, ginecólogos, policías y abogados, etc., son algunos de los que desde su trabajo diario pueden tener acceso a situaciones familiares problemáticas. Cada uno de ellos necesita una formación específica acerca de su posible papel en la identificación, tratamiento y prevención de los malos tratos.

-Pero lo anterior no sería efectivo si estos profesionales no se sienten protegidos en su trabajo. Decíamos en el primer punto que la familia puede considerar a los niños como una propiedad. Naturalmente, la detección e intervención en este tipo de situaciones acarrea muchos problemas y peligros para el profesional, por lo que éste debe ser arropado por las Instituciones, ya sea moral, policial o jurídicamente, según los casos.

-Por último, y bajo nuestro punto de vista lo más importante, creemos que esta tarea de identificación y detección debe *continuar con una efectiva labor terapéutica*. No se conseguirá aumentar el número de casos detec-

tados y su informe a instituciones especializadas si no se encuentra por parte de éstas un intento efectivo por solucionar en profundidad el problema. Podemos intentar aumentar el número de casos conocidos de maltrato, pero si el esfuerzo personal de los ciudadanos o de los profesionales no se ve seguido por unos efectivos planes de tratamiento que traten de paliar las circunstancias que han generado esa situación, lo que se consigue es el efecto contrario: el retroceso de las cifras de casos informados y el rechazo de los profesionales y ciudadanos a implicarse en situaciones que no son eficientemente recogidas por otros estamentos de la red de Servicios Sociales.

Con respecto a las estrategias de *TRATAMIENTO*, a las que ya nos hemos referido anteriormente, creemos cuentan con un problema básico, con una cuestión "de fondo" que dificulta su progreso.

Por una parte, la opinión pública recibe casi exclusivamente información acerca de casos severos de malos tratos donde el componente sádico y psicopático es extremo. Por otra parte, el tema de los malos tratos se encuentra enraizado en instituciones que dependen de una manera estrecha del Sistema Judicial. Ambas circunstancias provocan que la representación social del abordaje del problema sea en una amplia medida exclusivamente punitiva. La sociedad suele pedir para estos casos el máximo castigo penal posible o la separación del niño de esa familia, o cualquier otra medida que dé su "merecido" a ese padre o madre.

Creemos que este es un profundo error. Es necesario realizar un cambio en la mentalidad social desde ese enfoque PUNITIVO-TRAUMÁTICO a un enfoque TERAPÉUTICO-FAMILIAR. En la mayoría de los casos estamos hablando de familias con unos profundos problemas personales y sociales que derivan en esta situación. Y como en cualquier otro problema psicosocial, éste precisa de Tratamiento, de Rehabilitación, de solución constructiva, lo prioritario es tratar de hacer desaparecer las condiciones que han generado este resultado o, en su caso, ayudar a esa familia a afrontar la situación de una manera más adaptativa y sana.

Por otra parte, el tratamiento terapéutico de estos casos de malos tratos debe basarse en un abordaje multidisciplinar, con el concurso de todos los profesionales conectados con el problema, tales como el maestro, médico, asistente social o psicólogo, coordinados a su vez por equipos especializados en esta problemática concreta.

En estos momentos, este planteamiento puede parecer utópico, pero no es así. Existen Programas de Tratamiento que han demostrado su eficacia en otros países. Estos programas se centran fundamentalmente en la recuperación del vínculo paterno-filial, en la enseñanza de las habilidades precisas para establecer una relación sana con el niño, en el establecimiento de una red adecuada de Apoyo Social para estas familias en general aisladas, y en conseguir una vinculación estrecha entre un profesional responsable del caso y ese padre/madre o familia.

Estos programas se concretizan para cada caso específico, a fin de adaptarse a los problemas y necesidades particulares de cada familia y a sus peculiaridades culturales y sociales.

Creemos que sólo en casos extremos en los que exista un peligro para el niño y donde la labor terapéutica se revele infructuosa debe llevarse a cabo la separación familiar; su efecto traumático debe ser evitado y antes debe tratarse de CURAR, de utilizar métodos de tratamiento basados en investigaciones rigurosas sobre los factores causantes del problema y que hayan demostrado empíricamente su eficacia.

En tercer lugar, y después de referirnos a la Identificación y Tratamiento, nos ocuparemos del tema de la *PREVENCIÓN* de los Malos Tratos. Bajo nuestro punto de vista, es este el aspecto fundamental y hacia el que habría que dirigir la mayor parte de los esfuerzos. Como en cualquier otra problemática social, lo básico es el evitar que se produzcan este tipo de situaciones antes de tener que intervenir para tratarlas.

Se puede hablar de Prevención del Maltrato desde diferentes puntos de vista.

En un sentido no estricto, prevenir sería evitar que se vuelva a producir algo que ya se ha detectado, es decir, se trataría en este caso de procurar que una familia que ha maltratado a su hijo vuelva a hacerlo. En este sentido, la Prevención se confundiría con la intervención terapéutica.

Utilizando la palabra Prevención en sentido estricto en el tema de los Malos Tratos, se trataría de que

desaparecieran todas aquellas condiciones sociales, culturales y ambientales que generan un cúmulo de situaciones stressantes y esa situación de debilidad psicológica en la familia que culminan en el maltrato o en el abandono. Este concepto de Prevención Primaria conlleva unas implicaciones sociales y políticas que lo hacen parecer excesivamente ambicioso y amplio, pero no por ello utópico.

Dentro de este concepto de Prevención Primaria, la actuación en la problemática concreta del tema que nos ocupa, y en las condiciones reales en las que nos encontramos, debería seguir un proceso que necesariamente ha de pasar por las siguientes fases:

- Identificación de aquellas situaciones psicológicas de los padres, de las condiciones familiares, ambientales, económicas y sociales, y de las características del niño que puedan ser consideradas como Factores de Riesgo.
- Detección de las familias en las que la presencia de uno o varios de estos Factores haga pensar que se encuentran en una situación de ALTO-RIESGO para desarrollar episodios de malos tratos o de abandono.
- Intervención Preventiva dirigida a hacer desaparecer esas condiciones psicosociales o para servir de apoyo en la relación con los niños, de tal forma que esa situación pueda ser compensada.

Por último, creemos importante señalar que esta labor preventiva, especialmente en lo referente a la Identificación de Factores-

Riesgo, conecta con la necesidad de realizar investigaciones cada vez más elaboradas metodológicamente que hagan más específicos y exactos esos métodos de detección y menos sujetos a error.

Todas las propuestas hasta aquí presentadas constituyen objetivos a medio y largo plazo que, para ser alcanzados, exigen una profunda reforma organizativa de la red institucional y de servicios sociales implicados en el área de la infancia.

En primer lugar, ha de existir una coordinación total de todas las instituciones que actúan en este área. Es necesaria la existencia de organismos que aglutinen y potencien la actuación de todas esas instituciones, y, más en concreto y referido al tema que aquí tratamos, equipos coordinadores que centralicen toda la información y coordinen servicios y programas sobre el maltrato y abandono en la infancia.

En segundo lugar, creemos que estos organismos y servicios especializados en el tema del menor marginado o maltratado deben estar a su vez perfectamente integrados en toda la red de Servicios Sociales. Una Perspectiva Global de la atención social impide que se pueda separar el problema del maltratado de problemas como el alcoholismo, separación o divorcio, condiciones de vida precarias, etc.

En definitiva, Unificación-Coordinación de los servicios de atención a la infancia e Inserción-Integración de dichos servicios en el conjunto de la red de atención social.

Sobre estas bases creemos que es posible comen-

zar a preparar programas piloto de tratamiento, de prevención y de formación de profesionales en el área del maltrato y abandono infantil, que, una vez probada su eficacia, vayan siendo aplicados de manera generalizada y progresiva. Es muy probable que cualquiera de los programas que se propongan demuestren toda su eficacia al ser aplicados en esa red global de servicios coordinados de atención a la infancia.

Joaquín de Paul Ochotorena

ALTEMEIER, W. A.; O'CONNOR, S.; SHERROD, K. B. & TUCKER, D. (1986): Outcome of Abuse during Childhood among Pregnant Low Income Women. *Child Abuse and Neglect*, 10, 319-330.

ALTEMEIER, W. A.; O'CONNOR, S.; VIETZE, P. M.; SANDLER, H. M. & SHERROD, K. B. (1982): Antecedents of Child Abuse. *The Journal of Pediatrics*, 100 (5), 823-829.

ALTEMEIER, W. A.; VIETZE, P. M.; SHERROD, K. B.; SANDLER, H. M.; FALSEY, S. & O'CONNOR, S. (1979): Prediction of Child Maltreatment during Pregnancy. *American Academy of Child Psychiatry*, 18, 205-218.

ARAGONA, J. A. & EYBERG, S. M. (1981): Neglected Children: Mothers' Reports of Child Behavior Problems and Observed Verbal Behavior. *Child Development*, 52, 596-602.

BAUER, W. D. & TWENTYMAN, C. T. (1985): Abusing, Neglectful, and Comparison Mothers' Responses to Child-Related and Non-Child-Related Stressors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (3), 335-343.

BELSKY, J. (1980): Child Maltreatment. An Ecological Integration. *American Psychologist*, 35 (4), 320-335.

BOUSHA, D. M. & TWENTYMAN, C. T. (1984): Mother-Child Interactional Style in Abuse, Neglect, and Control Groups: Naturalistic Observations in the Home. *Journal of Abnormal Psychology*, 93 (1), 106-114.

BURGESS, R. L. & CONGER, R. D. (1978): Family Interaction in Abu-

- sive, Neglectful and Normal Families. *Child Development*, 49 1163-1173.
- CICCHETTI, D. & RIZLEY, R. (1981): Developmental Perspectives on the Etiology, Intergenerational Transmission, and Sequelae of Child Maltreatment. *New Directions for Child Development*, 11, 31-55.
- CRITTENDEN, P. M. (1985): Maltreated Infants: Vulnerability and Resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26 (1), 85-96.
- DANIEL, J. H.; HAMPTON, R. L. & NEWBERGER, E. H. (1983): Child Abuse and Accidents in Black Families: A Controlled Comparative Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53 (4), 645-653.
- DIETRICH, K. N.; STARR, R. H. & WEISFELD, G. E. (1983): Infant Maltreatment: Caretaker-Infant Interaction and Developmental Consequences at Different Levels of Parenting Failure. *Pediatrics*, 72 (4), 532-540.
- EGELAND, B.; BREITENBUCHER, M. & ROSENBERG, D. (1980): Prospective Study of the Significance of Life Stress in the Etiology of Child Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 (2), 195-205.
- EGELAND, B. & SROUFE, A. (1981): Developmental Sequelae of Maltreatment in Infancy. *New Directions for Child Development*, 11, 77-92.
- ENGFER, A. & SCHNEEWIND, K. A. (1982): Causes and Consequences of Harsh Parental Punishment. An Empirical Investigation in a Representative Sample of 570 German Families. *Child Abuse and Neglect*, 6, 129-139.
- ESTROFF, T. W.; HERRERA, C.; GAINES, R.; SHAFFER, D.; GOULD, M. & GREEN, A. H. (1984): Maternal Psychopathology and Perception of Child Behavior in Psychiatrically Referred and Child Maltreatment Families. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23 (6), 649-652.
- FRIEDRICH, W. N.; TYLER, J. D. & CLARK, J. A. (1985): Personality and Psychophysiological Variables in Abusive, Neglectful, and Low-Income Control Mothers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 (8), 449-460.
- FRODI, A. M. (1981): Contribution of Infant Characteristics to Child Abuse. *American Journal of Mental Deficiency*, 85 (4), 341-349.
- FRODI, A. M. & LAMB, M. E. (1980): Infants At Risk for Child Abuse. *Infant Mental Health Journal*, 1 (4), 240-247.
- GARBARINO, J. & SHERMAN, D. (1980): High-Risk Neighborhoods and High-Risk Families: The Human Ecology of Child Maltreatment. *Child Development*, 51, 188-198.
- GREEN, A. H.; LIANG, V.; GAINES, R. & SULTAN, S. (1980): Psychopathological Assessment of Child-Abusing, Neglecting, and Normal Mothers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168 (6), 356-360.
- HOFFMAN-PLOTKIN, D. & TWENTYMAN, C. T. (1984): A Multimodal Assessment of Behavior and Cognitive Deficits in Abused and Neglected Preschoolers. *Child Development*, 55, 794-802.
- HUNTER, R. S. & KILSTROM, N. (1979): Breaking the Cycle in Abusive Families. *American Journal of Psychiatry*, 136 (10), 1320-1322.
- HUNTER, R. S.; KILSTROM, N.; KRAYBILL, E. N. & LODA, F. (1978): Antecedents of Child Abuse and Neglect in Premature Infants: A Prospective Study in a Newborn Intensive Care Unit. *Pediatrics*, 61 (4), 629-635.
- KEMPE, C. H. (1982): Cross-cultural Perspectives in Child Abuse. *Pediatrics*, 69 (4), 497-498.
- LAHEY, B. B.; CONGER, R. D.; ATKESON, B. M. & TREIBER, F. A. (1984): Parenting Behavior and Emotional Status of Physically Abusive Mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (6), 1062-1071.
- LARRANCE, D. T. & TWENTYMAN, C. T. (1983): Maternal Attributions and Child Abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 92 (4), 449-457.
- LEBOVICI, C. (1983): *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*. Le Centurion. Paris.
- LYNCH, M. A. & ROBERTS, J. (1977): Predicting Child Abuse: Signs of Bonding Failure in the Maternity Hospital. *British Medical Journal*, 1, 624-626.
- PELTON, L. H. (1978): Child Abuse and Neglect: The Myth of Classlessness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48 (4), 608-617.
- POWELL, D. R. (1980): Personal Social Network as a Focus for Primary Prevention of Child Maltreatment. *Infant Mental Health Journal*, 1 (4), 232-239.
- ROHRBECK, C. A. & TWENTYMAN, C. T. (1986): Multimodal Assessment of Impulsiveness in Abusing, Neglecting, and Nonmaltreating Mothers and Their Preschool Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (2), 231-236.
- SACK, W. H.; MASON, R. & HIGGINS, J. E. (1985): The Single-Parent Family and Abusive Child Punishment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55 (2), 252-259.
- SALZINGER, S.; KAPLAN, S. & ARTEMYEFF, C. (1983): Mothers' Personal Social Networks and Child Maltreatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 92 (1), 68-76.
- SHERROD, K. B.; O'CONNOR, S.; VIETZE, P. M. & ALTEMEIER, W. A. (1984): Child Health and Maltreatment. *Child Development*, 55, 1174-1183.
- SMITH, J. E. (1984): Non-Accidental Injury to Children. I. A Review of Behavioural Interventions. *Behavior Research and Therapy*, 22 (4), 331-348.
- STARBUCK, G. W.; KRANTZLER, N.; FORBES, K. & BARNES, V. (1984): Child Abuse and Neglect on Oahu, Hawaii: Description and Analysis of Four Purported Risk Factors. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 5 (2), 55-59.
- TRICKETT, P. K. & KUCZYNSKI, L. (1986): Children's Misbehaviors and Parental Discipline Strategies in Abusive and Nonabusive Families. *Developmental Psychology*, 22 (1), 115-123.
- VIETZE, P.; FALSEY, S.; SANDLER, H.; O'CONNOR, S. & ALTEMEIER, W. A. (1980): Transactional Approach to Prediction of Child Maltreatment. *Infant Mental Health Journal*, 1 (4), 248-261.
- WASSERMAN, G. A. & ALLEN, R. (1985): Maternal Withdrawal from Handicapped Toddlers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26 (3), 381-387.
- WEBSTER-STRATTON, C. (1985): Comparison of Abusive and Nonabusive Families with Conduct-Disordered Children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55 (1), 59-69.
- WOLFE, D. A. (1985): Child-Abusive Parents: An Empirical Review and Analysis. *Psychological Bulletin*, 97 (3), 462-482.
- WOLOCK, I. & HOROWITZ, B. (1984): Child Maltreatment as a Social Problem: The Neglect of Neglect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54 (4), 540-542.

ANÁLISIS DEL PROYECTO DE LEY SOBRE ADOPCIÓN Y ACOGIMIENTO FAMILIAR



En la Adopción y en el Acogimiento Familiar interactúan tres elementos, de cuya correcta coordinación va a depender el éxito o el fracaso de ambos procesos.

Estos elementos son:

- A) *El menor:* Justifica y da sentido a ambos procesos. La finalidad de la Adopción y del Acogimiento Familiar es proporcionar a un niño, que lo necesita, un hogar capaz de satisfacer sus necesidades y de garantizarle un desarrollo adecuado con su edad y características personales.
- B) *Los Adoptantes y acogedores:* Constituyen el segundo elemento interviniente. Son las personas, directamente, responsables de que ese menor, que han adoptado o acogido, consiga ser feliz y desarrollarse.
- C) *El proceso* que se inicia en el momento en que se tiene conocimiento de la existencia de un niño en situación de abandono o desamparo y concluye con

la adaptación plena de ese niño en su nueva familia.

Este proceso tiene dos vertientes:

—Jurídica.

—Técnica (selección de la familia, seguimiento, etc.).

Este tercer elemento debe garantizar que el menor vaya con aquella familia que mejor pueda acogerle y, por otro lado, debe orientar y ayudar a la familia a solucionar los posibles problemas que la nueva relación conlleva.

Estos tres elementos no deben perderse de vista para garantizar que el nuevo proyecto de Ley responda a la demanda social a la que debe dar respuesta.

Principales motivaciones de la nueva Ley: Exposición de motivos

En su exposición de motivos, el proyecto de Ley presenta una serie de críticas a la actual normativa:

—Falta de control sobre las actuaciones que preceden a la adopción.

—Permite, en ocasiones, el odioso tráfico de niños.

—Inapropiado el tratamiento dado a los supuestos de abandono, porque impedía o dificultaba, en la práctica, la realización de Adopciones a todas luces recomendables.

—Posibilidad indiscriminada de la Adopción de los mayores de edad.

—La figura de Adopción simple.

En definitiva, se estima que el actual sistema no está suficientemente fundado en la necesaria PRIMACÍA DEL INTERÉS DEL ADOPTADO, que debe prevalecer sobre los demás intereses en juego en el curso de la Adopción, como son los de los adoptantes y los de los padres o guardadores del adoptado.

Pretensiones de la nueva Ley

—Configuración de la Adopción como un instrumento de integración familiar.

—El beneficio del adoptado, que se superpone a cualquier otro interés legítimo o subyacente en el proceso de constitución.

Para conseguir estos objetivos, se plantean los siguientes medios:

—Regulación del Acogimiento Familiar.

—Estimación de que la situación de desamparo debe dar origen a una tutela automática a cargo de la entidad pública a la que corresponde en el territorio la protección de menores.

—Necesidad del consentimiento del menor, a partir de los 12 años.

—Selección de los adoptantes y acogedores: instituciones de integración familiar.

Aspectos críticos sobre la regulación planteada en el Proyecto de Ley

La finalidad de este apartado es plantear algunas de las posibles insuficiencias o contradicciones que se producen en el

desarrollo del proyecto respecto a su finalidad (exposición de motivo).

1. En el artículo 1.º del proyecto, aparece que: "no se requiere propuesta previa si el adoptado es extranjero y no reside en España o si, siendo español, nunca residió en España".

La propuesta previa tiene, entre otras, la finalidad de "garantizar a priori" que los futuros padres adoptantes son aptos para acoger, con plenas garantías, a un niño en su hogar. No parece, por tanto, coherente dado el espíritu del presente proyecto, excluir la propuesta previa en ningún caso.

Por otro lado, es importante el mantenimiento de la propuesta previa, para garantizar, en la medida de lo posible, que no se produzca "mercado" de niños extranjeros.

En estos supuestos de Adopción, de niños extranjeros o de españoles que nunca han habitado en España, la propuesta previa será realizada por la entidad pública correspondiente al lugar de residencia de los adoptantes. En el caso de emigrantes la realizará la entidad pública correspondiente al último lugar de residencia en España.

2. En la Sección primera, artículo 172, apartado 1 dice: "La entidad pública a la que, en el respectivo territorio esté encomendada la protección de menores, tiene la tutela de los que se encuentran en situación de *desamparo*".

El término "desamparo" no es un concepto jurídico, su definición es amplia, y por otro lado, su utilización está sujeta a múltiples interpretaciones.

Sería importante que se tratase de delimitar, más detalladamente, este concepto.

Como punto de partida habría que contemplar en la definición las siguientes claves interpretativas:

- Es una situación carencial grave (a nivel físico y/o psicológico).
- Con una persistencia temporal significativa.
- Produce deterioro o retrasa el normal desarrollo del menor.

3. En la Sección segunda, artículo 175, se determinan los límites de edad inferiores para poder realizar una adopción.

Sería conveniente añadir, como criterio general, que la diferencia de edad entre el adoptado y el adoptante no sea superior a 35 años.

4. En la Sección segunda, artículo 176, se contemplan cuatro supuestos, en los que no es necesaria la propuesta previa de la entidad pública:

1.º Ser huérfano y pariente del adoptante en tercer grado por consanguinidad o afinidad.

2.º Ser hijo del consorte del adoptante.

3.º Llevar más de un año acogido por el adoptante o. bajo su tutela.

4.º Estar emancipado.

No habría que suprimir la propuesta previa. En estos supuestos servirá, generalmente, para reafirmar la idoneidad de los adoptantes; pero también, y en casos muy concretos, desaconsejar la Adopción a pesar de encontrarse, el adoptado, incluido en alguno de los supuestos.

El apartado 2 del artículo 176 quedaría: "Para iniciar el expediente de Adopción es necesaria la propuesta previa a la entidad pública".

5. El presente proyecto de Ley pretende, entre otras cosas, garantizar el bienestar del menor que va a ser adoptado.

Para conseguir este objetivo se articulan una serie de mecanismos previos a su constitución.

Sin embargo, los momentos posteriores a la Adopción, y en especial a los casos de matrimonios en los que ambos trabajan (en la C.A.P.V. suponen aproximadamente el 25,5 % de los que adoptan) se encuentran totalmente olvidados.

Excepto en el hecho fisiológico del parto, la situación de una familia adoptiva es idéntica a la de una familia biológica. Cuando una mujer da a luz tiene reconocido un período de 14 semanas

para el parto, su recuperación, etc., y para, aunque no está explicitado por escrito, ocuparse de su hijo durante las primeras semanas en el hogar.

El hecho central de la Adopción y del nacimiento de un hijo biológico es la llegada de un nuevo miembro a la familia y la necesidad de que la estructura y los componentes de ese hogar se amolden al nuevo tamaño familiar.

Por otro lado, esta necesidad social ha sido contemplada en varios convenios colectivos (Ikastolas, Administración Autónoma, etc.). En estos convenios que se le dispensan —a uno de los adoptantes— en el caso de que ambos trabajen, o al adoptante, cuando la Adopción se realiza por una única persona —varias semanas retribuidas para hacerse cargo del hijo adoptivo.

Partiendo de este análisis, sería conveniente añadir al enunciado de la Ley y en forma de Disposiciones Adicionales los siguientes puntos.

Punto 1:

"El contrato de trabajo podrá suspenderse por la Adopción de algún menor, no emancipado (en los casos de Adopción por una única persona, o en los casos de matrimonio en el que ambos cónyuges trabajan).

En este supuesto, la suspensión tendrá una duración máxima de 50 días, que corresponderá solamente a uno de los cónyuges cuando ambos cónyuges trabajan por cuenta ajena."

Punto 2:

"Con carácter provisional en tanto se dé una nueva regulación definitiva en la correspondiente legislación, en materia de Seguridad Social, regirá la siguiente norma:

Durante los períodos de suspensión, que procedan en caso de menores no emancipados, la Seguridad Social concederá al adoptante, o a uno de ellos en el caso de Adopción por ambos cónyuges, la prestación económica o subsidio establecido para la madre en el caso de maternidad."

Patxi Lopez Cabello

ANEXO

PROYECTO DE LEY, POR EL QUE SE MODIFICAN DETERMINADOS ARTÍCULOS DEL CÓDIGO CIVIL Y DE LA LEY DE ENJUICIAMIENTO EN MATERIA DE ADOPCIÓN

Artículo 1.—Los apartados 4 y 5 del artículo 9 del Código Civil quedarán redactados así:

4. La filiación y las relaciones paternofiliales se regirán por Ley personal del hijo.

La filiación se reputará matrimonial cuando lo establezca dicha Ley o la personal de cualquiera de los progenitores.

5. La adopción constituida por Juez español se regirá, en cuanto a los requisitos, por lo dispuesto en la Ley española.

No obstante, deberá observarse la Ley nacional del adoptado en lo que se refiere a su capacidad y consentimientos necesarios: 1.º Si tuviera su residencia habitual fuera de España. 2.º Aunque resida en España, si no adquiere, en virtud de la adopción, la nacionalidad española.

Sin embargo, a petición del adoptante o del Ministerio Fiscal, el Juez, en interés del adoptado, podrá exigir, además, los consentimientos, audiencias o autorizaciones requeridos por la Ley nacional o por la Ley de la residencia habitual del adoptante o del adoptado.

Para la constitución de la adopción, los Cónsules españoles tendrán las mismas atribuciones que el Juez, siempre que el adoptante sea español y el adoptado esté domiciliado en la demarcación consular. La propuesta previa será formulada por la entidad pública correspondiente al último lugar de residencia del adoptado en España. No se requiere propuesta previa si el adoptado es extranjero y no reside en España o si, siendo español, nunca residió en España.

En la adopción constituida por la competente autoridad extranjera, la Ley del adoptado regirá en cuanto a capacidad y consentimientos necesarios. Los consentimientos exigidos por tal Ley podrán prestarse ante una autoridad del país en que se inició la constitución o, posteriormente, ante cualquier otra autoridad competente. En su caso, para la adopción de un español será necesario el consentimiento de la entidad pública correspondiente a la última residencia del adoptado en España.

Artículo 2.—El Capítulo V del Título VII del Libro I del Código Civil, que comprende los artículos 172 a 180 inclusive, quedará redactado, bajo la rúbrica "De la adopción y otras formas de protección de menores", con el siguiente contenido:

Sección 1.ª De la guarda y acogimiento de menores

Artículo 172.—"1. La entidad pública a la que, en el respectivo territorio, esté encomendada la protección de menores, tiene la tutela de los que se encuentren en situación de desamparo.

2. La entidad pública asumirá sólo la guarda, cuando quienes tienen potestad sobre el menor lo soliciten por no poder atenderlo por enfermedad u otra circunstancia grave, o cuando así lo acuerde el Juez en los casos en que legalmente proceda.

3. La guarda podrá ejercerse, bajo la vigilancia de la entidad pública, por el director de la casa o establecimiento en que el menor es internado o por las personas que lo reciban en acogimiento.

4. Se procurará la reinserción del menor en la propia familia y, en tanto sea posible, que la guarda o el acogimiento de los hermanos se confíe a una misma institución o persona.

Artículo 173.—". El acogimiento produce la plena participación del menor en la vida de familia e impone a quien le recibe las obligaciones de velar por él, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral.

2. Se formalizará por escrito, con el consentimiento de la entidad pública, de las personas que reciban al menor y de éste si tuviere doce años cumplidos. Cuando fueren conocidos los titulares de la patria potestad o de la tutela, será necesario, además, que éstos consientan el acogimiento o que el Juez aprecie su conveniencia para el menor, previa audiencia de los padres o tutores. Se requerirá la audiencia del menor de doce años desde que tuviere suficiente juicio.

3. El acogimiento del menor cesa bien por decisión judicial, bien por decisión de las personas que lo tienen acogido, previa comunicación de éstas a la entidad pública. También cesará a petición de los padres que tengan la patria potestad y reclamen

su compañía. Será precisa resolución judicial de cesación cuando el acogimiento haya sido dispuesto por el Juez.

4. Todas las actuaciones de formalización y cesación del acogimiento se practicarán con la conveniente reserva.

Artículo 174.—}. Incumbe al Juez la superior vigilancia de la tutela o guarda de los menores a que se refiere esta Sección.

2. A tal fin, la entidad pública le dará noticia inmediata de los nuevos ingresos de menores o de su acogimiento. El Juez habrá de comprobar, al menos semestralmente, la situación del menor y dispondrá, de oficio o a petición del Ministerio Fiscal, las medidas de protección adecuadas.

Sección 2.^a

De la adopción

*Artículo 175.—*1. La adopción requiere que el adoptante tenga veinticinco años cumplidos. En la adopción por ambos cónyuges basta que uno de ellos haya alcanzado dicha edad. En todo caso, el adoptante habrá de tener, por lo menos, catorce años más que el adoptado.

2. Únicamente podrán ser adoptados los menores no emancipados. Por excepción, será posible la adopción de un emancipado cuando, inmediatamente antes de la emancipación, hubiere existido una situación no interrumpida de acogimiento o convivencia, iniciada antes que el adoptado hubiere cumplido los catorce años.

3. No pueden adoptar:

1.º El ascendiente a su descendiente.

2.º Un hermano a otro hermano.

3.º El tutor a su pupilo hasta que hayan sido aprobadas definitivamente las cuentas.

4. Fuera de la adopción por ambos cónyuges, nadie puede ser adoptado por más de una persona. En caso de muerte del adoptante, o cuando el adoptante sufra la exclusión prevista en el artículo 179, es posible una nueva adopción del adoptado.

*Artículo 176.—*1. La adopción se constituye mediante resolución judicial, que tendrá en cuenta, siempre, el interés del adoptado.

2. Para iniciar el expediente de adopción es necesaria la propuesta previa de la entidad pública.

No obstante, no se requiere propuesta cuando en el adoptado concurra alguna de las circunstancias siguientes:

1.ª Ser huérfano y pariente del adoptante en tercer grado por consanguinidad o afinidad.

2.ª Ser hijo del consorte del adoptante.

3.ª Llevar más de un año acogido por el adoptante o bajo su tutela.

4.ª Estar emancipado.

*Artículo 177.—*y. Habrán de consentir la adopción, en presencia del Juez, el adoptante o adoptantes y el adoptado mayor de doce años.

2. Deberán asentir a la adopción en la forma establecida en la Ley de Enjuiciamiento Civil:

Primero: El cónyuge del adoptante, salvo que medie separación legal por sentencia firme o separación de hecho por mutuo acuerdo que conste fehacientemente.

Segundo: Los padres del adoptado, a menos que estén privados legalmente de la patria potestad o se encuentren incurso en causa para su privación o que el hijo se hallare emancipado.

No será necesario el asentimiento cuando los que deban prestarlo se encuentren imposibilitados para ello.

El asentimiento de la madre no podrá prestarse hasta que hayan transcurrido quince días desde el parto.

3. Deberán ser simplemente oídos por el Juez:

Primero: Los padres, cuando su asentimiento no sea necesario para la adopción.

Segundo: El tutor si estuviere nombrado y, en su caso, el guardador de hecho.

Tercero: El adoptado menor de doce años, si tuviere suficiente juicio.

*Artículo 178.—*1. La adopción produce la extinción de las relaciones del adop-

tado con la familia de origen, que sólo persistirán:

Primero: Cuando el adoptado sea hijo del cónyuge del adoptante, aunque el con-
sorte hubiere fallecido.

Segundo: Cuando sólo uno de los pro-
genitores haya sido legalmente determina-
do y el adoptante sea persona de distinto
sexo al de dicho progenitor, siempre que
tal efecto hubiere sido solicitado por el
adoptante, el adoptado mayor de doce años
y el padre o madre cuyo vínculo haya de
persistir.

2. Lo establecido en el apartado ante-
rior se entiende sin perjuicio de lo dispues-
to sobre impedimentos matrimoniales.

*Artículo 179.--*1. El Juez, a petición
del Ministerio Fiscal, del adoptado o de su
representante legal, acordará que el adop-
tante que hubiere incurrido en causa de
privación de la patria potestad, quede exclu-
ido de las funciones tuitivas y de los dere-
chos que por ley le correspondan respecto
del adoptado o sus descendientes, o en
sus herencias.

2. Una vez alcanzada la plena capa-
cidad, la exclusión sólo podrá ser pedida
por el adoptado, dentro de los dos años
siguientes.

3. Dejarán de producir efecto estas
restricciones por determinación del propio
hijo mayor de edad.

*Artículo 180.--*1. La adopción es irre-
vocable.

2. El Juez acordará la extinción de la
adopción a petición del padre o de la madre
que, sin culpa suya, no hubieren sido oídos
en el expediente. Será también necesario
que la demanda se interponga dentro de
los dos años siguientes a la adopción y
que la extinción solicitada no perjudique
gravemente al menor.

3. La extinción de la adopción no es
causa de pérdida de la nacionalidad adqui-
rida ni alcanza a los efectos patrimoniales
anteriormente producidos.

4. La determinación de la filiación que
por naturaleza corresponda al adoptado no
afecta a la adopción.

Artículo 3.— En el texto del Código Civil
y demás disposiciones legales la llamada
"adopción plena" se entiende sustituida.

en lo sucesivo, por la adopción que regula
esta Ley.

*Artículo 4.—*Queda suprimido el núme-
ro 3 del artículo 164 del Código Civil. El
actual número 4 queda convertido en el
número 3 del mismo artículo.

*Artículo 5.—*Los artículos 229 y 239
del Código Civil quedarán redactados del
modo siguiente:

Artículo 229.— Estarán obligados a pro-
mover la constitución de la tutela, desde el
momento en que conocieran el hecho que
la motivare, los parientes llamados a ella y
la persona bajo cuya guarda se encuentre
el menor o incapacitado, y si no lo hicieren
serán responsables solidarios de la indem-
nización de los daños y perjuicios causados.

*Artículo 239.—*La tutela de los menores
desamparados corresponde por Ley a la
entidad a que se refiere el artículo 172.

Se procederá, sin embargo, al nombra-
miento de tutor conforme a las reglas ordi-
narias, cuando existan personas que, por
sus relaciones con el menor o por otras
circunstancias, puedan asumir la tutela con
beneficio para éste.

*Artículo 5.—*El texto de la regla 16 del
artículo 63 de la Ley de Enjuiciamiento Civil
será el siguiente:

16. En las actuaciones judiciales sobre
acogimiento familiar o adopción o en las
relacionadas con las funciones de protec-
ción encomendadas a las correspondientes
entidades públicas será competente el Juez
del domicilio de la entidad y, en su defec-
to, el del domicilio del adoptante. En las
actuaciones judiciales a que se refieren los
artículos 1 79 y 1 80 del Código Civil será
competente el Juez del domicilio del adop-
tante.

*Artículo 7.—*El Título Segundo del Libro
Tercero de la Ley de Enjuiciamiento Civil
quedará redactado así:

TITULO SEGUNDO

DE LA ADOPCIÓN Y DE LA CESACIÓN DEL ACOGIMIENTO FAMILIAR

Sección 1.ª

Reglas comunes

*Artículo 7.825.—*En las actuaciones regu-
ladas en el presente Título, intervendrá, siem-

pre, el Ministerio Fiscal, y a voluntad de los interesados. Letrado que asuma la dirección técnica.

Artículo 1.826.--El Juez podrá ordenar la práctica de cuantas diligencias estime oportunas para asegurarse de que la adopción o la cesación del acogimiento resultarán beneficiosas para el menor.

Todas las actuaciones se llevarán a cabo con la conveniente reserva.

El auto que ponga fin al expediente será susceptible sólo de apelación.

Artículo 1.827.—La oposición de algún interesado no transformará en contencioso el expediente, a salvo lo dispuesto en el artículo 1.832.

Sección 2.^a De la cesación judicial del acogimiento

Artículo 1.828.—La iniciación del expediente tendrá lugar de oficio o a petición del menor, de su representante legal, de la entidad pública o del Ministerio Fiscal.

El Juez podrá acordar la cesación del acogimiento tras oír a la entidad pública, al menor y a los que lo tengan acogido.

Contra el auto que acuerde la cesación del acogimiento, sólo cabe recurso de apelación en un solo efecto.

Sección 3.^a Del procedimiento de adopción

Artículo 1.829.—En la propuesta de adopción, formulada al Juez por la entidad pública, se expresarán especialmente:

a) Las condiciones personales, familiares y sociales y medios de vida del adoptante o adoptantes seleccionados y sus relaciones con el adoptado.

b) En su caso, el último domicilio conocido del cónyuge del adoptante cuando hay que prestar su asentimiento, y el de los padres o guardadores del adoptado.

c) Si unos y otros han formalizado su asentimiento ante la entidad pública o en documento auténtico. El asentimiento puede ser revocado si la revocación se noti-

fica a la entidad antes de la presentación de la propuesta al Juzgado.

Con la propuesta se presentarán los documentos a que se refiere el apartado anterior y cuantos informes o documentos se juzguen oportunos.

Artículo 1.830.—El asentimiento a la adopción que hayan de prestar el cónyuge del adoptante y los padres del adoptado habrá de formalizarse bien antes de la propuesta, ante la correspondiente entidad pública, bien en documento auténtico, bien por comparecencia ante el Juez.

Si cuando se presenta la propuesta o solicitud de adopción hubieren transcurrido más de seis meses desde que se prestó el asentimiento, será necesario que éste sea renovado ante el Juez.

En las adopciones que exijan propuesta previa, en ningún momento se admitirá que el asentimiento de los padres o guardadores se refiera a adoptantes determinados.

Artículo 1.831.— Si en la propuesta o la solicitud de adopción no constare el domicilio de los que deban ser citados, el Juez, en un plazo no superior a treinta días a contar desde la presentación del escrito, practicará las diligencias oportunas para la averiguación del domicilio.

En la citación a los padres se precisará la circunstancia por la cual basta su simple audiencia. Si los padres del adoptado o el cónyuge del adoptante no respondieran a la primera citación, se les volverá a citar de nuevo, una vez que hayan transcurrido quince días naturales a contar desde la fecha en que habían de presentarse en el Juzgado.

Cuando no haya podido conocerse el domicilio o paradero de alguno que deba ser citado o si citado no compareciere, se prescindirá del trámite y la adopción acordada será válida, a salvo, en su caso, el derecho que a los padres concede el artículo 180 del Código Civil.

El auto por el que se acuerde la adopción será susceptible de apelación en ambos efectos.

Artículo 1.832.—Si los padres citados sólo para audiencia comparecieren alegando que es necesario su asentimiento se interrumpirá el expediente y la oposición se ventilará ante el mismo Juez por los trámites del juicio verbal.

servicio social de ayuda a
domicilio
primeras jornadas internacionales



colección trabajo social
serie documentos

Servicio social de ayuda a domicilio. I Jornadas Internacionales. Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Trabajo Social y Asistentes Sociales y Siglo XXI. Colección Trabajo Social, Serie Documentos, 1987, 120 págs.

Este libro de la Colección Trabajo Social recoge las ponencias y las conclusiones de las denominadas I Jornadas Internacionales sobre el Servicio Social de Ayuda a Domicilio.

En él se recoge un análisis descriptivo de la Asistencia Domiciliaria en Francia, Gran Bretaña y Países Bajos, que tiene un interés indudable, ya que siempre es bueno confrontar nuestra realidad con la de otros, sobre todo cuando nos ganan en experiencia. Por poner alguna pega a una publicación que por lo demás resulta oportunísima en el panorama del S.A.D. en España, diremos que hubiéramos agradecido algún ejemplo más original y que nos abriese perspectivas nuevas, ya que la experiencia británica, y la francesa sobre todo, pueden ser bastante conocidas para los trabajadores sociales españoles. Incluso la misma Sra. Cooke, representante británica, ha participado por estos lares, creemos, en algún otro simposio o jornada sobre el tema no hace demasiado tiempo.

Las experiencias locales —Granada, Navarra, Córdoba— resultan muy interesantes de cara a la evaluación de nuestra situación en este tema y pone de manifiesto una vez más lo útiles que resultan este tipo de Encuentros para intercambiar experiencias y conocer datos que demasiadas veces, a pesar de la cercanía física, resultan totalmente inaccesibles.

Y sin embargo, resulta de una gran utilidad para las personas implicadas en el tema saber a cuánto asciende el coste/plaza en Navarra, cuál es su estructura de personal o cuáles las vías de financiación.

Bajo el título "Ayuda a Domicilio: una larga experiencia", Carlos Camarero, Jefe del Servicio de Programas Comunitarios del INSERSO, ofrece una especie de manual del S.A.D. Define con sencillez y precisión las características de la A.D., los objetivos, programas y servicios que comprende, las fórmulas para la identificación de la clientela, etc. Algunas de sus afirmaciones serían discutibles, como que "la propia definición de la ayuda implica deterioro no mejorable" (en sus usuarios) o que a estas alturas el objetivo de crear un total de plazas equivalentes a 1 % de la población anciana merezca el calificativo de ambicioso.

La primera aseveración comportaría ignorar las necesidades de atención de colectivos cuya discapacidad es transitoria o que ni tan siquiera son discapacitados, como las gestantes de alto riesgo, por ejemplo, que, sin embargo, forman parte del conjunto de usuarios en muchos Servicios, y la segunda ignora que la tasa calificada como ambiciosa se ha alcanzado y superado —doblado concretamente— en algunos S.A.D. del Estado.

BIBLIO- GRAFIA

"Action sociales des C.A.F. et aide ménagère". *Travail Social Actualités*, num. 1 57, 1987, págs. 3-4.

Legislación, acción social, ayudas económicas, asistencia domiciliaria, Francia.

"Aide familiale. Faire avec d'autres". *Le Lien des Aides Familiales Rurales*, num. 451, 1986, págs. 4-6.

Embarazo, servicios rurales, Francia, asistencia domiciliaria.

"Aide ménagère: participation de la C.N.A.V.T.S.". *Travail Social Actualités*, num. 1 33, 1 986, pág. 3.

Asistencia domiciliaria, personal, ancianos, salario, legislación, Francia.

"L'aide soignante à domiciliaire". *Le Lien des Aides Familiales Rurales*, num. 446, 1986, págs. 14-17.

Ancianos, asistencia domiciliaria, enfermera, formación de personal.

"Anziani, luoghi e pratiche di intervento sulla cornici-tà". *Prospettive Sociali e Sanitarie*, vol. 1 6, num. 1 6-1 7, 1986, 44 págs.

Ancianos, geriatría, servicios, asistencia domiciliaria, legislación, Italia.

"Asistencia al colectivo de ancianos: recomendaciones de la sociedad española de geriatría y gerontología". *Anales de Geriatría y Gerontología*, vol. 2, num. 5, 1986, págs. 271-274.

Ancianos geriatría, gerontología, asistencia domiciliaria.

ASSOCIATION CHEZ SOI. "Hébergement en petites unités d'accueil de type familial des personnes âgées ou handicapées". *Gerontologie et Société*, num. 36, 1986, págs. 108-113.

Deficiencias, ancianos, vivienda, asistencia domiciliaria.

AYER, S. y ALASZEWSKI, A. *Community care and the mentally handicapped. Services for mothers and their mentally handicapped children*. Kent, Gran Bretaña, Croom Helm, 1986, 277 págs.

Deficiencia mental, servicios, público, privado, madre, asistencia domiciliaria, planes locales, experiencias, Gran Bretaña, orientación familiar.

AYUNTAMIENTO DE MADRID. *Cursos para auxiliares de ayuda a domicilio*. Madrid, 1 986, 70 págs.

Ancianos, asistencia domiciliaria, cursos, formación de personal, planes de asistencia social, Madrid.

BAZELY, P. "Personnes âgées à domicile". *Solidarité-Santé. Etudes Statistiques*, num. 5, 1 985, págs. 7-23.

Ancianos, salud, evaluación, movilidad, incapacidad, datos estadísticos, asistencia domiciliaria, enfermedades, hospitalización.

BERG, E. "El servicio de ayuda a domicilio como parte integrante de los servicios sociales daneses". *Bona Gent*, num. 24, 1986, págs. 7-31.

Deficiencias, ancianos, asistencia domiciliaria, servicios sociales, legislación, Dinamarca.

BLOOMFIELD, J. "Devoted, dedicated and dog-tied: an assessment of the careers of elderly people in Coventry". *Social Services Research*, vol. 14, num. 6, 1985, págs. 31-45.

Ancianos, servicios sociales, asistencia domiciliaria, Gran Bretaña.

"Ce qu'en pense une travailleuse familiale. Collaboration entre les travailleuses familiales et les assistantes", *Le Lien des Aides Familiales Rurales*, num. 454, 1987, págs. 4-6.

Trabajo social, familia, asistencia domiciliaria, entorno rural.

CENTRE INTERNATIONAL DE GERONTOLOGIE SOCIALE. *Biotélévigilance des personnes âgées à domicile. Actes du I Colloque Européen Biophone 85*. Paris, 1986, 259 págs.

Ancianos, telecomunicaciones, teléfonos, tecnología, sanidad, asistencia domiciliaria, Europa.

CONSEIL DE L'EUROPE. *Organisation des soins médicaux et infirmiers à domicile pour les personnes âgées*. Estrasburgo, Francia, 1986, 68 págs.

Ancianos, asistencia domiciliaria, hospitalización, formación de personal, organización de servicios.

CZERNICHOW, P. "Filières de soins gériatologiques. Situation de la Haute-Normandie". *La Revue de Gériatrie*, vol. 11, num. 1, 1986, págs. 16-20.

Ancianos, servicios, asistencia domiciliaria, datos estadísticos, Francia.

DAATLAND, S.O. "Les pays Scandinaves accordent la priorité aux services de soins communautaires". *Années-Documents C.L.E.I.R.P.P.A.*, num. 164, 1986, págs. I-IV.

Ancianos, servicios, asistencia domiciliaria, datos estadísticos, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia.

DELAUNAY, C. "Les plans gériatologiques départementaux et le grand âge". *Années-Documents C.L.E.I.R.P.P.A.*, num. 158, 1986, págs. 3-9.

Ancianos, servicios, planes, gerontología, asistencia domiciliaria, Francia.

DESOUCHES-MIROGLIO, M. M. "Hospitalisation et alternatives pour les personnes âgées en Avignon". *Années-Documents C.L.E.I.R.P.P.A.*, num. 168, 1987, págs. 4-8.

Ancianos, servicios, hospital, asistencia domiciliaria.

DIPUTACIÓN FORAL DE GUIPÚZCOA. *Asistencia domiciliaria*. San Sebastián, 1985, 62 págs.

Ancianos, asistencia domiciliaria, personal, servicios, Euskadi.

DROIT ET SOCIÉTÉ. "Décentralisation de l'action sociale. La loi particulière". *Travail Social Actualités*, num. extr., 1986, 71 págs.

Servicios sociales, sanidad, acción social, descentralización, legislación, ayudas económicas, menores, familia, asistencia domiciliaria.

DUMAS, P. "La vie quotidienne des handicapés mentaux". *Réadaptation*, num. 327, 1986, págs. 28-31.

Deficiencia mental, adultos, hogares, asistencia domiciliaria, integración social, sexualidad, costos.

EBRAHIM, S. "Health visitors and the elderly". *The Lancet*, vol. 2, num. 8506, 1986, pág. 576.

Ancianos, asistencia domiciliaria, médicos.

"Les effets de la loi particulière de transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé". *Bulletin des Centres Communaux d'Action Sociale*, num. 218, 1986, págs. 10-45.

Legislación, acción social, sanidad, instituciones, hospital, ayudas estatales, asistencia domiciliaria, familia, menores, seguridad social, deficiencias.

"Evolution de l'aide ménagère servie par les C.R.A.M. Nouvelle convention nationale type proposée par la C.N.A.V.T.S.". *Bulletin des Centres Communaux d'Action Sociale*, num. 218, 1986, págs. 64-67.

Asistencia domiciliaria, legislación social, ancianos, acción social, Francia.

FAMILY WELFARE ASSOCIATION, THE. *Guide to the social services 1984*. Norwich, Gran Bretaña, 1984, 332 págs.

Servicios sociales, organización, seguridad social, ayudas estatales, familia, ancianos, deficiencias, asistencia domiciliaria, pobreza, formación de personal, Gran Bretaña.

FEDERATION DU FINISTERE. "Une formation new look! Quand les aides ménagères montent sur les planches". *Le Lien des Aides Familiales Rurales*, num. 444, 1986, págs. 6-8.

Asistencia domiciliaria, ancianos, personal.

"La formation: évolution et tendances actuelles". *Gérontologie et Société*, num. 37, 1986, 119 págs.

Ancianos, gerontología, asistencia domiciliaria, planes de asistencia social.

FOURNIER, P. "Le domicile collectif pour personnes en perte d'autonomie des 400 maisons". *Gérontologie et Société*, num. 36, 1986, págs. 114-121.

Ancianos, asistencia domiciliaria, residencias.

GOURIOU, J. *Vers une politique d'aide à domicile. De l'aide ménagère aux personnes âgées au soutien à domicile ouvert à tous*. Paris, Francia, Union Nationales des Associations de Soins et Services à Domicile, 1986, 113 págs.

Asistencia domiciliaria, ancianos, deficiencia física, deficiencia mental, servicios de apoyo, financiación, personal, formación de personal, organización de servicios.

GUILLET, P. "L'appartement d'accueil de l'Association de Gérontologie du 13^e Arrondissement". *Gérontologie et Société*, num. 36, 1986, págs. 100-107.

Ancianos, asistencia domiciliaria, organización de servicios, Francia.

HILL, B. S. "Oversight and competition in profit vs nonprofit contracts for home care". *Policy Studies Review*, vol. 5, num. 3, 1986, págs. 588-597.

Asistencia domiciliaria, ancianos, servicios sociales, costos, personal, Estados Unidos.

JIMENEZ, P. "Programas de asistencia a la tercera edad". *60 y Más*, núm. 21, 1987, págs. 8-13.

Ancianos, geriatría, servicios, asistencia social, residencias, asistencia domiciliaria.

LANNOY, X. de. "Vivre chez soi quel que soit son âge". *Gérontologie et Société*, num. 36, 1986, págs. 84-92.

Ancianos, asistencia domiciliaria, vivienda, encuesta social, Francia.

"Législation-réglementation sur soins infirmiers à domicile". *Travail Social Actuelités*, num. 132, 1986, pág. 3.

Ancianos, asistencia domiciliaria, enfermera, salario, legislación, Francia.

LEJEUNE, C. "Pour une nouvelle définition de l'action gérontologique". *Bulletin des Centres Communaux d'Action Sociale*, núm. 221, 1986, págs. 12-41.

Ancianos, acción social, datos demográficos, financiación, servicios, estado, municipio, gerontología, autonomía personal, asistencia domiciliaria, hogares, residencias, personal, economía, Francia.

LETERRIER, P. "Pour vivre chez soi quand on est handicapé. Les auxiliaires de vie". *Faire Face*, num. 427, 1986, págs. 28-36.

Deficiencias, ancianos, asistencia domiciliaria, personal, economía.

"Madrid: 7.000 millones para servicios sociales". *Voces*, núm. 171, 1986, pág. 4.

Servicios sociales, financiación, acción social, ancianos, deficiencias, drogas, asistencia domiciliaria, datos económicos, Madrid.

MAITRE, A. "Une alternative à l'hospitalisation des vieillards déments: le domicile collectif". *Annales Médico-Psychologiques*, vol. 144, núm. 3, 1986, págs. 263-270.

Ancianos, geriatría, demencia senil, asistencia domiciliaria.

MAR, J. y GARATE, E. "El programa del anciano en Leniz. Una muestra de planificación a nivel local". *Zerbitzuan*, núm. 1, 1986, págs. 38-44.

Ancianos, servicios sociales, servicios sanitarios, asistencia domiciliaria, personal, ayuntamientos, Euskadi.

MARTY, J. P. "Les personnes âgées et handicapées". *Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I.*, num. 23, 1983, págs. 89-94.

Deficiencia mental, deficiencia física, ancianos, asistencia domiciliaria.

MAZZOLA, G. y FALCHINI, S. "Assistenza domiciliare e hospice programs". *Prospettive Sociali e Sanitarie*, num. 4, 1986, págs. 1-3.

Deficiencias, ancianos, asistencia domiciliaria.

MICHEL, J. P. "Structures de maintien à domicile des personnes âgées en Limousin et en France: les services de soins à domicile". *La Revue de Gériatrie*, vol. 12, num. 1, 1987, págs. 6-10.

Ancianos, asistencia domiciliaria, personal, datos demográficos, Francia.

MIZRAHI-TCHERNONOG, V. "L'action sociale communale et les centres communaux d'action sociale: un outil souple au service des politiques sociales". *Bulletin des Centres Communaux d'Action Sociale*, num. 218, 1986, págs. 46-54.

Acción social, servicios, datos estadísticos, personal, ancianos, deficiencias, asistencia domiciliaria, costos, servicios sociales, acción comunitaria, Francia.

NABEC, A. "Aide ménagère. L'effet pervers de la procédure coordonnée". *Travail Social Actuelités*, núm. 120, 1986, págs. 15.

Ancianos, asistencia domiciliaria, organización, financiación, Francia.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *The education on the handicapped adolescent. Economic analysis of an innovative experience*.

riment in independent living for the severely handicapped. Paris, Francia, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1986, 33 págs.

Deficiencia mental, servicios, residencias, asistencia domiciliaria, costos, ayudas estatales, legislación, Francia.

PERNET, S. "Les polyhandicapés enfants et adultes". *Réadaptation*, num. 327, 1986, págs. 19-21.

Deficiencia mental severa, deficiencia múltiple, datos estadísticos, niños, adultos, educación especial, asistencia domiciliaria.

"Les personnes âgées, données récentes", *Les Cahiers du C.T.N.Eff.H./.*, num. 34, 1986, pág. 120.

Ancianos, datos demográficos, mortalidad, esperanza de vida, asistencia domiciliaria, Francia.

PLOTON, L. y VIGNAT, J.P. "Les soins à domicile psychogériatriques". *Actualités Psychiatriques*, num. 3, 1986, págs. 105-110.

Ancianos, asistencia domiciliaria, geriatría, psiquiatría, demencia.

"Premier congrès des professionnelles de l'aide à domicile". *Le Lien des Aides Familiales Rurales*, núm. 453, 1987, págs. 11-14.

Ancianos, asistencia domiciliaria, cuestionarios.

"Prévention de la santé par des services d'aide à domicile. Une action expérimentale en Meurthe-et-Moselle". *Le Lien des Aides Familiales Rurales*, núm. 446, 1986, págs. 4-7.

Ancianos, asistencia domiciliaria, prevención, salud, comunidad rural.

"Quand la travailleuse familiale évite le placement des enfants". *Le Lien des Aides Familiales Rurales*, num. 444, 1986, págs. 4-5.

Asistencia domiciliaria, familia.

ROYAL SOCIETY FOR MENTALLY HANDICAPPED CHILDREN AND ADULTS. *Trustee visitors service*. Londres, Gran Bretaña, Royal Society for Mentally Handicapped Children and Adults, s/a, 7 págs.

Deficiencia mental, asistencia domiciliaria, servicios, asociaciones de padres.

SAIZARBITORIA, R. *Los mayores también*. San Sebastián, Diputación Foral de Guipúzcoa y S.I.I.S., 1987, 39 págs.

Ancianos, alimentación, accidentes, educación física, asistencia domiciliaria.

SANANES, B. "Un moyen de prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée: la méthode douce". *Années-Documents C.L.E.I.R.P.P.A.*, num. 159, 1986, págs. 8-11.

Ancianos, autonomía personal, asistencia domiciliaria.

SANZ DEL RIO, S. "Servicios de apoyo puntuales". *Zerbitzuan*, núm. 0, 1986, págs. 11-16.

Deficiencia mental, deficiencia física, servicios de apoyo, asistencia domiciliaria, financiación.

SELVINI, M. "Interventi educativi a domicilio: quali strategie per aiutare il minore?". *Prospettive Sociali e Sanitarie*, vol. 17, núm. 2, 1987, págs. 10-12.

Menores, inadaptación social, educación, servicios de apoyo, asistencia domiciliaria.

"I servizi previsti dalla proposta di P.S.N. e i diritti degli anziani". *Prospettive Sociali e Sanitarie*, vol. 16, num. 5, 1986, págs. 9-10.

Ancianos, servicios, sanidad, asistencia domiciliaria.

SGARAMELLA, N. "Casa dolce casa anche per l'anziano". *Risposte*, núm. 6, 1986, págs. 37-38.

Ancianos, servicios, hogares, asistencia domiciliaria, Italia.

SNELL, M. C. "Community care for the elderly: costs and dependency". *Social Science and Medicine*, vol. 20, num. 12, 1985, págs. 1313-1318.

Ancianos, servicios, asistencia domiciliaria, costos, Gran Bretaña.

Solidarité Santé. Etudes Statistiques, núm. 4, 1986, 90 págs.

Ancianos, acción social, ayudas económicas, seguridad social, residencias, invalidez, datos estadísticos, asistencia domiciliaria, autonomía personal, evaluación, tests.

"Soluciones a los problemas médico-sociales planteados por la geriatría". *Tribuna Médica*, núm. 1.109, 1986, pág. 9.

Ancianos, geriatría, servicios, equipo multidisciplinar, asistencia domiciliaria.

STAMINA. *Local action for services. Paper num. 6. Elderly people with mental handicap*. Londres, Gran Bretaña, Royal Society for Mentally Handicapped Children and Adults, 1985, 5 págs.

Deficiencia mental, ancianos, servicios, calidad de vida, asistencia domiciliaria, residencias, asociaciones de padres.

STONE, M. "Physiotherapy support to a domiciliary care scheme for physically handicapped elderly people". *Physiotherapy*, vol. 73, num. , 1987, págs. 227-229.

Ancianos, inválidos, asistencia domiciliaria, fisioterapia, equipo multidisciplinar, formación de personal.

"Tercera edad". *Bienestar Social en la Ciutat*, vol. 2, núm. 4-5, 1986, 160 págs.

Ancianos, mujer, pensiones, asistencia domiciliaria, animación sociocultural, mortalidad.

THIRIAT, M. P. "les services de soins infirmiers a domicile pour personnes âgées en 1984. Caractéristiques-activité-clientèle". *Informations Rapides*, num. 77, 1986, 15 págs.

Ancianos, asistencia domiciliaria, organización de servicios, personal, enfermera, población, datos estadísticos.

U.N.C.C.A.S.F. *Bulletin des Centres Communaux d'Action Sociale*, núm. 223, 1986, 92 págs.

Deficiencias, ancianos, asistencia domiciliaria, estudios sociológicos, datos demográficos.

WATHOUR, M. M. "Solidarités entre services sociaux. Vers quelle autonomie des usagers?". *Revue d'Action Sociale*, num. 4, 1986, págs. 32-35.

Servicios sociales, organización de servicios, trabajo social, asistencia domiciliaria.

WYNN-JONES, A. "The elderly person with mental handicap". *Mental Handicap*, vol. 12, núm. 1, 1984, págs. 30-31.

Deficiencia mental, ancianos, servicios sociales, organización de servicios, asistencia domiciliaria.

ZERBITZUAN

Las colaboraciones publicadas en esta revista con la firma de sus autores expresan la opinión de éstos y no necesariamente la de ZERBITZUAN.

Publicación Trimestral

DIRECTOR: R. Saizarbitoria
S.I.I.S. Reina Regente, 5 - 20003 DONOSTIA-SAN SEBASTIAN

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN: Comisión Permanente del Consejo Vasco de Bienestar Social

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Félix M.a Moratalla
Luis Sanzo
Eduardo Gárate
Patxi López Cabello
Juan Carlos Ansotegí
Manuel Vigo
Rafael Mendia
Fernando Montes
Joseba Etxabe
José Antonio Agirre Etustondo
Iñaki Bereciartua

MAQUETA: R. Zumalabe

EDITA: Servicio Central de Publicaciones
del Gobierno Vasco
C/ Duque de Wellington, 2 - 01011 Vitoria-Gasteiz

FOTOCOMPOSICION: Rali, S. A. Particular de Costa, 12-14 - BILBAO
IMPRIME: Itxaropena, S. A. Araba Kalea, 45 - Industrialdea - ZARAUTZ
Legezko Gordailua: S.S. 101/86