

Gizartekintza: Servicios Sociales en Gipuzkoa (5). Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa (10). Los programas básicos de Gizartekintza (16). Organización de los Servicios Sociales Comunitarios (17). Txabolzaletasunarekin amaitzeko prográmale. Debako esperientzia (24). Andoain. Una experiencia educativa en medio abierto (27). La experiencia del Plan Aterpe (30). Los centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa (34). Programa de alojamiento de estudiantes con personas mayores (39). Programa de familias de acogida (43). Centros de día: un recurso en franca progresión (46). El servicio de ayuda a domicilio en Gipuzkoa (50). Sendian (54). Prestaciones no contributivas en Gipuzkoa (59). Solidaridad en tiempos de crisis (69). Centro de alojamiento residencial especializado Txara I (71). Dependencia y articulación sociosanitaria (76). Sistema Sare de atención residencial especializada (83). De residencias para la tercera edad a centros gerontológicos (91). La calidad como signo de identidad (95). Planes de actuación en los servicios sociales especializados (100). La organización de la atención a personas con minusvalías en Gipuzkoa (105). Empleo especial en Gipuzkoa (111). La organización de la protección a la infancia en Gipuzkoa (118). Detección, valoración e intervención en situaciones de desprotección infantil (124). Programa de reestructuración de los recursos de acogimiento residencial (130). El acogimiento familiar (134). Reseñas y comentarios (139). Normativa (149). Bibliografía (167).

ZERBITZUAN

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES

32



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

LAN ETA GIZARTE SEGURANTZA SAILA

DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL



ZERBITZUAN

32

1997

EDITORIAL

La presencia del racismo y de la xenofobia constituye uno de los principales problemas que tiene planteados la sociedad europea. Cada vez son más frecuentes las informaciones que nos alertan tanto del aumento de los crímenes racistas como del auge de determinados movimientos políticos que fomentan las actitudes fascistas y xenófobas.

Bien es cierto que, según el Informe Ford de Investigación sobre el Racismo y la Xenofobia del Parlamento Europeo, el racismo no es un elemento importante en la vida política española. Ahora bien, es previsible que, sometidos a las mismas situaciones que algunos de nuestros vecinos —tal y como ya se ha dado en algunas zonas de España en las que la densidad de inmigración extranjera es relativamente importante— nos sucedan las mismas cosas que les ocurren a ellos. Conviene que lo tengamos muy en cuenta, sobre todo en años como éstos, en los que la crisis económica y las altas tasas de desempleo que arrastra nos llevan a centrarnos más en intereses propios que en el bien común y en sus principios democráticos de convivencia.

No debemos olvidar que los conflictos raciales se reavivan, por lo general, en situaciones de crisis y responden casi siempre a motivaciones económicas y políticas concretas. En esas situaciones es cuando el sujeto «diferente» empieza a ser percibido como agente potencial de amenaza de intereses propios, y entonces es cuando al *otro*, al *extraño* se le empiezan a atribuir toda suerte de características negativas: delincuencia, brutalidad, holgazanería, ignorancia, falta de higiene... Poco a poco se va creando un contexto de hostilidad en el que se difunde el mensaje de que el problema del odio a los extranjeros son los propios extranjeros, convirtiéndolos en causa de los problemas sociales en lugar de en sus víctimas.

Siendo esto así, la acción contra el racismo sólo será efectiva integrada en un conjunto de políticas más amplias, que tengan por objeto la mejora de las condiciones generales de vida y la erradicación de las situaciones de desventaja social y económica. Así lo recomienda la Comisión Europea, al proponer este año 1997 como Año Europeo contra el Racismo, cuando afirma que estas medidas indirectas pue-

den constituir el ingrediente clave para alcanzar el éxito, ya que evitan la consolidación de las condiciones que potencian la aparición y el desarrollo del racismo y la xenofobia. Todo ello, por supuesto, sin perjuicio de las medidas de acción directa, que deben fomentar el desarrollo de redes de contacto y apoyo para los inmigrantes, tanto entre las instituciones como entre los ciudadanos que les reciben.

AURKIBIDEA

INDICE

- 5 **Gizartekintza: Servicios Sociales en Gipuzkoa**
Luis BANDRES UNANUE
- 10 **Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa**
SECRETARÍA TÉCNICA GIZARTEKINTZA
- 16 **Los programas básicos de Gizartekintza**
M.^a JESÚS ARANBURU ORBEGOZO
- 17 **Organización de los Servicios Sociales Comunitarios: apuesta por los modelos profesionales**
ARANTXA ZURUTUZA
- 24 **Txabolzaletasunarekin amaitzeko programak. Debako esperientzia**
JON IRIBAR M.^a
EUGENIA MIRANDA
- 27 **Andoain. Una experiencia educativa en medio abierto**
CARLOS ARGUILEA AZPIROZ
- 30 **La experiencia del Plan Aterpe**
ISABEL ARRIÓLA
- 34 **Los centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa. Hacia dónde vamos**
JOSEBA ETXABE
- 39 **Programa de alojamiento de estudiantes con personas mayores**
ISABEL AZAOLA
LOURDES GAGO
ELENA AGIRREZABALA
- 43 **Programa de familias de acogida**
PILAR RIBO
- 46 **Centros de día: un recurso en franca progresión**
CINZIA SANNINO
- 50 **El servicio de ayuda a domicilio en Gipuzkoa. Visión general y retos actuales**
ÚOSEBA ETXABE
- 54 **Sendian**
ARRITXU MANTEROLA
- 59 **Prestaciones no contributivas en Gipuzkoa: reflejo de una encrucijada**
ANTTON ARRIETA
- 69 **Solidaridad en tiempos de crisis**
MÁXIMO GOIKOETXEA FERREIRO
- 71 **Centro de alojamiento residencial especializado Txara I**
JOSÉ PAÑOS CONSTANTE
- 76 **Dependencia y articulación sociosanitaria: un reto de futuro**
FRANCISCO JAVIER LETURIA ARRÁZOLA,
JOSÉ JAVIER YANGUAS LEZAUN
- 83 **Sistema Sare de atención residencial especializada**
FRANCISCO JAVIER LETURIA ARRÁZOLA
JOSÉ JAVIER YANGUAS LEZAUN
- 91 **De residencias para la tercera edad a centros gerontológicos**
CARMEN ELIZARI, MARÍA
JOSÉ FURIEL, EUGENIO
AIZPIRU
- 95 **La calidad como signo de identidad**
FUNDACIÓN ULIAZPI
- 100 **Planes de actuación en los servicios sociales especializados: una fórmula de ordenación integradora**
IGNACIO IRAGORRI ORDORICA
- 105 **La organización de la atención a personas con minusvalías en Gipuzkoa: situación actual y propuesta de expediente único**
PILAR GOICOECHEA

- 111 **Empleo especial en Gipuzkoa. Propuestas de futuro. El programa Zeharo**
FERNANDO ARENAZA
SILVIA ARBINA
- 118 **La organización de la protección a la infancia en Gipuzkoa: evolución y situación actual**
MARGARITA PARDO MARTÍN
- 124 **Detección, valoración e intervención en situaciones de desprotección infantil: conexiones con la red básica**
JOSÉ MARI LEZANA
- 130 **Programa de reestructuración de los recursos de acogimiento residencial**
- de la Diputación Foral de Gipuzkoa**
YOLANDA PÉREZ
- 134 **El acogimiento familiar: desarrollo del programa y colaboración con entidades concertadas**
JOSUNE ALKIZA MARÍA
PÉREZ NEBREA XABIER
URMENETA
- 139 **Reseñas y comentarios Aipamen eta irazkinak**
- 149 **Normativa Araudia**
- 167 **Bibliografía**

GIZARTEKINTZA: SERVICIOS SOCIALES EN GIPUZKOA

Desde la responsabilidad en la gestión de GIZARTEKINTZA-Departamento de Servicios Sociales de la Excm. Diputación Foral de Gipuzkoa, voy a intentar presentar los vectores o líneas fuerza que van a guiar, o mejor, seguir guiando, nuestro trabajo al frente del Departamento. Obviamente, además de los aquí citados hay otros vectores que impregnan la labor del día a día y que, interiorizados por todos, se consideran implícitos, a ellos no me referiré. Con este intento de explicitación de los *vectores fuerza* deseo crear o suscitar en quien me lea un momento de reflexión respecto a un tema de la magnitud del que nos ocupa.

1. ESTADO DEL BIENESTAR

Tenemos que comenzar afirmando nuestra clara y decidida apuesta por lo que este término significa. En los últimos años estamos asistiendo a un bombardeo de opinión tendente a contraponer los logros sociales conseguidos hasta el presente para el conjunto de nuestra Sociedad, y en particular, para los más necesitados, con el alto porcentaje de desempleo que padecemos. Según éstos no es posible (¿ni deseable?) mantener el actual nivel de prestaciones a base de cargar su costo a la producción, de manera que ésta se hace más cara y por tanto menos competitiva en un momento en el que la mundialización de la economía y del transporte posibilita el disponer aquí de productos confeccionados en lugares con escalas salariales mucho más bajas.

Si uno cree que una economía exclusivamente competitiva mundializada nos proporcionará el mejor de los mundos posible (la suposición básica de quienes consideran el Estado del Bienestar como «no competitivo»), no hay efectivamente alternativa a las reducciones drásticas del gasto social como único medio de seguir siendo competitivos respecto a los países de reciente industrialización y salarios bajos. Algunos pueden soñar con retrotraernos a una situación análoga a la vivida en los primeros tiempos del capitalismo temprano, olvidándose que han transcurrido bastantes años y que la historia no tiene marcha atrás.

Al margen de las consideraciones éticas que cada uno pueda hacer, entendemos que una de las consideraciones básicas para incentivar a la inversión y, por tanto, al empleo es la «Paz Social». ¿Conseguiremos este clima en base a la reducción drástica de unas prestaciones que nuestra sociedad considera ya como derechos?

Por otro lado, en nuestro ámbito los aspectos básicos del Estado del Bienestar: la educación primaria y secundaria, los servicios básicos de sanidad, el seguro de desempleo, las pensiones, etc., no sólo han permitido mantener un nivel de vida digno a los sectores más necesitados sino que también han servido para crear un número importante de puestos de trabajo.

La viabilidad del Estado del Bienestar dependerá de lo que la ciudadanía esté dispuesta a pagar y de lo que pretenda conseguir, teniendo en cuenta que una parte del gasto no revierte en prestacio-

nes directas y cuantificables en beneficio de quien las financia, pero es el coste de la solidaridad que posibilita una vida digna a gran número de conciudadanos y de la paz social condición indispensable para el progreso económico.

En resumen, el Estado del Bienestar es una creación política cuyo crecimiento depende del grado real de solidaridad y democracia interna que una sociedad quiera alcanzar. Pero, al mismo tiempo, es un motor económico que sería suicida no mantener engrasado.

Pero, en este mantener engrasado el modelo nos encontramos con que por razones de diversa índole (crecimiento de la esperanza de vida, mayores necesidades de atención para las personas de edad, acceso de minusválidos tanto al mundo laboral como al social, mayor nivel cultural que posibilita las exigencias de personas más o menos marginadas, etc.), las demandas que se realizan a la Administración son crecientes, de ahí que estemos obligados a profundizar y avanzar en la definición de un modelo que por ser algo social será algo perpetuamente inacabado.

Todo esto unido a la actual situación económica y laboral nos lleva a la absoluta necesidad de priorizar los gastos y de realizar una discriminación positiva garantizando la atención y cobertura de las necesidades más graves y que afectan a aquellos sectores más desfavorecidos y desplazados de la Sociedad. En este sentido, se revisan políticas que en otros momentos y situaciones de mayor bonanza han podido desarrollarse: las subvenciones indiscriminadas, la oferta generalizada de viajes a precios irrisorios o el allegar medios importantes para actividades exclusivamente lúdicas, serían algunos ejemplos.

Finalmente, no debemos terminar este apartado sin hacer una referencia al tema de la financiación de los Servicios Sociales, cuestión que está siendo estudiada en el departamento y que a corto plazo permitirá la implantación de un nuevo modelo.

2. SOLIDARIDAD

El impulso de la Solidaridad activa es uno de los elementos cohesionadores y estructurantes más importantes de nuestra Sociedad. Este aspecto ha de tratarse teniendo como norte el apoyo a las per-

sonas más necesitadas, al margen de otras consideraciones como pueden ser la edad o el motivo que les ha llevado a la actual situación.

En este sentido de priorizar la atención a los más necesitados vamos a considerar diversos colectivos.

a) *Minusválías*

— Plan Integral de Minusválías.

En este Plan Integral se tienen en cuenta los diferentes aspectos inherentes al sector: preventivo, rehabilitador, educativo, laboral y social, con la coordinación entre los estamentos implicados y con un previo compromiso interinstitucional.

Se pretende con este Plan potenciar el acceso del colectivo afectado a las distintas actividades sociales acordes con la edad y capacidades de los sujetos que la integran, de acuerdo con las normas que favorecen la integración social y en la medida de lo posible, actuar en función de las necesidades.

— Reestructuración del ámbito laboral.

Dentro del ámbito laboral en el mundo de las minusválías se está impulsando la reorganización del mapa laboral, garantizando y ampliando el número de puestos de trabajo en una apuesta firme por la integración y normalización de las personas con minusvalía.

b) *Personas mayores*

En línea con lo que apuntan las políticas sociales europeas para mayores, habrá que trabajar profundizando en las políticas comunitarias que tratan de mantener al anciano en su entorno, garantizando una atención residencial especializada para los ancianos dependientes y/o discapacitados. "De estas consideraciones extraemos tres líneas de actuación:

— Desarrollo de programas de ayuda ligera para ancianos válidos que residen en sus domicilios: Telealarma, Ayuda Domiciliaria, etc.

— Incremento de los programas de ayuda a las familias que mantienen ancianos (u otro tipo de personas con necesidad de ayuda) en su seno: SENDIAN, Centros de Día, Estancias Respiro, etc.

— Oferta residencial suficiente y de calidad para las personas mayores dependientes.

c) *Infancia y juventud marginada*

Dentro del ámbito de la SOLIDARIDAD es este un colectivo al que debemos prestar particular atención, ya que frecuentemente se tiende a satanizarlo sin un análisis más profundo.

Sin embargo, la más ligera aproximación al mismo nos hará ver que en su gran mayoría estas personas proceden de familias desestructuradas y/o con problemas de diversa índole: alcoholismo, droga, paro, etc. La próxima elaboración del Plan Integral del Menor puede suponer un paso importante para responder a sus necesidades.

e) *Marginación y exclusión*

Nos encontramos aquí con un conjunto de colectivos de diversos orígenes y, por tanto, de diversa problemática:

- Personas y familias no excluidas pero sí marginadas total o parcialmente por la pobreza.
- Minorías étnicas.
- Drogodependientes y ex-drogodependientes.
- Reclusos y ex-reclusos.
- Otros casos.

3. FAMILIA

Consideramos la familia como la unidad básica de la Sociedad y por tanto merecedora de atención y asistencia. En lo que a GIZARTEKINTZA se refiere, hemos de articular políticas de apoyo y promoción, dirigidas a ayudar a la familia con problemas de diversa índole en el cumplimiento de sus funciones, favoreciendo su capacidad de autosuficiencia y alentando las actividades que favorezcan su auto mantenimiento.

En este sentido, debemos prestar particular atención a aquellas medidas tendientes a hacer compatible la vida familiar y laboral, es decir, a garantizar a la familia con «necesidades» a su cargo la posibilidad de cumplir con ellos y, al mismo tiempo, poder ejercer plenamente una actividad económica y social.

En lo que respecta a los ámbitos de intervención, nuestra actuación debe encaminarse a:

- Tercera Edad. Reforzando la participación de la familia y de las redes infor-

males de ayuda que históricamente se han utilizado en la atención al anciano. Y ello no sólo porque es sin duda el recurso de menos coste social, sino porque entendemos que es el recurso óptimo para los mayores.

Crisis, separación y divorcio. Ofreciendo servicios de orientación familiar dirigida a individuos o parejas en crisis, al objeto de ayudar a que tomen decisiones adecuadas y mejorar su comportamiento. Estableciendo complementariamente Servicios de Mediación familiar, actuando sobre ambos cónyuges, en orden a que lleguen a acuerdos prácticos y operativos de interés para todos los implicados.

Familias monoparentales. Ofreciendo información y asesoramiento sobre los recursos existentes, y soporte psicológico en la primera etapa de constitución de la nueva familia, ayudándole a recuperar su imagen anterior, etc..

-Finalmente recordar que, prácticamente, todas las acciones desarrolladas desde GIZARTEKINTZA inciden en el ámbito familiar, no obstante y para tener una visión global al respecto recordaremos aquí el programa Sendian o atención a familias con mayores (o minusválidos a su cargo) las Estancias de Respiro, la Telealarma y los Centros de Día, principalmente.

4. PARTICIPACION SOCIAL Y DESCENTRALIZACION

Si en el apartado en que me refería al Estado del Bienestar señalaba la importancia del mismo en la redistribución de la riqueza y en la lucha contra los desequilibrios y las injusticias, también me parece necesaria la crítica al burocratismo y al centralismo en los sistemas de bienestar social.

En GIZARTEKINTZA-Departamento de Servicios Sociales en todo momento hemos tenido claro que resulta imprescindible agilizar los engranajes administrativos, acortar los procedimientos y trámites administrativos y suprimir controles inútiles haciendo una apuesta por la flexibilidad y la diversidad.

Y ello lo hacemos no desde una visión administrativa de la gestión política sino firmemente convencidos de la necesidad de impulsar la autonomía de grupos y espacios como propuesta de democratización y expansión social. Hemos de seguir

trabajando para aproximarnos a una autonomía social y a una descentralización que supere la dicotomía acción pública-acción social y las haga complementarias, como garantía de avance en la resolución de los importantes retos que tiene la sociedad guipuzcoana a corto y medio plazo.

El fuerte desarrollo del entramado social de nuestro territorio en el campo relacionado con los servicios sociales supone un potencial de primer orden que además de valorar hay que potenciar. Por citar un ejemplo concreto, el papel de las entidades sin ánimo de lucro y del voluntariado en Gipuzkoa se puede considerar clave a la hora de impulsar políticas sociales en nuestro territorio.

Hay que retomar e impulsar el papel de la autonomía de lo social; lo cual, junto con los cambios culturales a favor de dicha autonomía y la confianza que demuestre el ciudadano en las políticas sociales que se vienen desarrollando, puede poner las bases para que surja un nuevo modelo de bienestar social que garantice las conquistas alcanzadas y profundice en las mismas, asegurando la atención de los sectores más necesitados.

En cualquier caso, el resultado final dependerá no sólo, ni fundamentalmente, de nuestro esfuerzo, sino de la vitalidad de las diferentes entidades y de la existencia de una sociedad civil dinámica y saludable.

Es este un cuarto eje al que nosotros damos particular importancia. Su concreción se realiza a través de dos vías principalmente: a) Implicación de los municipios, b) Implicación de diversas asociaciones y voluntariado.

a) Implicación de los municipios

En este sentido el novedoso convenio suscrito por todos los Ayuntamientos guipuzcoanos con GIZARTEKINTZA, convenio mediante el cual se potencia la implicación de los municipios en diversos ámbitos de los Servicios Sociales es un modelo que debemos evaluar para introducir, en su caso, los factores oportunos que puedan mejorar su rendimiento.

La promulgación de la nueva Ley de Servicios Sociales, ha puesto en vigor un nuevo marco de competencia y relaciones entre GIZARTEKINTZA y Ayuntamientos. Esto conllevará la necesidad de un trabajo en profundidad para la evaluación de las competencias municipales y su valoración económica.

b) Implicación de diversas asociaciones y voluntariado

Es un hecho gratificador la existencia en Gipuzkoa de un número importante de diversas asociaciones que desarrollan diferentes tareas en el ámbito de los servicios sociales. Ellas habrán de ser, muchas veces, nuestro referente, así como la vía por la que canalicemos parte de nuestra respuesta asistencial.

El mantener unas líneas de relación y diálogo lo más ágiles posibles con todo este rico mundo es una de las herramientas más eficaces en nuestro ámbito.

Para ello, no sólo el cauce del Consejo de Bienestar Social, que también, sino la posibilidad de una relación directa con el Departamento es algo que reputamos como medio eficaz para hacernos saber de sus problemas, planes y necesidades.

Dentro de este apartado encuadramos también el tema del voluntariado, el cual cada vez está teniendo más importancia en la Sociedad.

5. CONSIDERACIONES FINALES

Una vez establecidos estos ejes principales, ejes que desde un aspecto filosófico guían y van a guiar nuestro cometido, no quiero terminar este artículo sin hacer mención a otros ejes de índole más operativa pero que también es importante sean tenidos en cuenta:

- **INFORMACION:** Muchas veces potenciales usuarios de nuestros servicios no acceden a ellos por ignorancia de su existencia. Es la «información» la vía que tenemos para solucionar esta cuestión. Tenemos en vigor un Sistema de Información que ya ha venido dando sus frutos, sistema que esperamos poder desarrollar y, en lo posible, mejorar.
- **INTERINSTITUCIONALIZACION:** Un peligro de la actividad diaria y de la excesiva focalización de los servicios suele hacer olvidar que el ciudadano es una unidad, es un todo, sobre el que se desarrolla el conjunto de actividades de la vida administrativa. En este sentido, las relaciones de GIZARTEKINTZA con otras áreas que como la sanitaria, la educativa, la laboral o la de justicia deben ser cuidadas y desarrolladas al máximo. El recientemente firmado convenio con Osakidetza para la definición y actuación sobre el espacio socio-sanitario es un primer importante paso en esta línea.

■ **POLÍTICAS DE CALIDAD:** Todos estos ejes operativos y muchos más pueden abarcarse dentro de lo que actualmente se conoce como «políticas de calidad», políticas las cuales se desarrollan teniendo como punto de mira al usuario, que es, en última instancia, quien da razón de ser a la misma existencia de GIZARTEKINTZA. La calidad total, como sistemática de gestión utilizada por los sectores empresariales, debe de incorporarse a los servicios sociales como requisito básico mediante el cual podrán satisfacerse las expectativas y necesidades de los usuarios y de cuantos agentes sociales intervienen y concurren en su entorno.

La calidad, como concepto intangible que proporciona y asegura fiabilidad a

un producto o servicio, constituye para GIZARTEKINTZA-Departamento de Servicios Sociales, una prioridad manifiesta y un reto a alcanzar en la gestión de los diferentes programas.

Sirvan, pues, estas líneas para presentar de una manera resumida los, como decíamos al principio, «vectores fuerza» que guían nuestra actividad y que permiten dar una idea somera del amplísimo, a la vez que interesantísimo, campo en que debemos realizar nuestro trabajo, así como de la enorme responsabilidad que para buscar el bienestar de todos los guipuzcoanos recae sobre GIZARTE KINTZA.

Luis BANDRES UNANUE
Diputado de GIZARTEKINTZA

GIZARTEKINTZA- DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE LA DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA

1. INTRODUCCION

GIZARTEKINTZA-Departamento de Servicios Sociales de Gipuzkoa desarrolla su política de acción social en el Territorio Histórico más pequeño, en cuanto a superficie, de los tres que componen la Comunidad Autónoma del País Vasco, con 1.980 km², siendo el segundo más poblado (682.883 habitantes) según datos correspondientes al año 1995 suministrados por el Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT). El Territorio se reparte en 88 municipios de los que Donostia es el que mayor número de habitantes concentra (177.563) y Oresa, con 78, el que menos. 47 de estos municipios tiene una población inferior a 2.000 habitantes.

Esta primera visión del Territorio Histórico de Gipuzkoa permite afirmar que la población guipuzcoana está muy fragmentada administrativamente y que al no existir núcleos de grandes poblaciones, los ayuntamientos, en colaboración con la Diputación Foral, deben desarrollar políticas de servicios dirigidas a colectivos muy reducidos. Esta primera característica marca la tendencia a la creación de mancomunidades y agrupaciones municipales que permiten optimizar la prestación y desarrollo de servicios en comarcas que comprenden núcleos de población con vinculacio-

nes económicas y sociales. Estas comarcas son las siguientes:

Bajo Bidasoa:	69.089	habitantes
Bajo Deba: Alto	58.408	habitantes
Deba:	64.388	habitantes
Donostialdea:	316.454	habitantes
Goierri:	65.834	habitantes
Tolosaldea:	44.782	habitantes
Urola Costa:	63.927	habitantes

Para la determinación de la política de acción social a desarrollar en un futuro próximo por GIZARTEKINTZA las características de la sociedad guipuzcoana no difieren notablemente de las que puedan presentar la sociedad vasca, si bien hay dos elementos como son la desigualdad social y el envejecimiento de la población, a los que tampoco son ajenos los demás Territorios Históricos, que mediatizan las políticas sociales de la Diputación Foral.

En cuanto al primer elemento se refiere, la desigualdad social, corresponde a los poderes públicos el promover políticas que mejoren sistemáticamente la calidad de vida y el bienestar mediante el desarrollo de un tejido económico dinámico y diversificador. Es evidente que estas políticas deben contener un conjunto de actuaciones que corrijan las desigualdades sociales derivadas de una conjunción de factores no sólo económicos, sino sociales y cultu-

rales que, interrelacionados, provocan un crecimiento de la marginación social. En este sentido, toda estrategia de desarrollo social debe identificar los factores más determinantes de la desigualdad y los sectores más afectados por estos fenómenos para que sean los grupos sociales más desfavorecidos los verdaderos receptores de las políticas sociales.

Esta responsabilidad de los poderes públicos implica una participación de varias Administraciones, siendo cada una de ellas, en su ámbito, las que desarrollen acciones encaminadas al fin propuesto, y siendo en materia de servicios sociales la Diputación Foral, en coordinación con los Ayuntamientos, la que promueva e impulse determinadas políticas de acción social.

El segundo elemento a tener en cuenta en este somero análisis de la sociedad guipuzcoana en el envejecimiento de la población.

La población guipuzcoana mayor de 65 años se ha duplicado en los últimos 20 años. De las 56.202 personas mayores de 65 años en 1975, se ha llegado a las 100.000 en 1996, duplicándose asimismo el porcentaje sobre el total de la población (1975: 8,3%; 1996: 15,1%).

Esta evolución se confirma con las previsiones existentes para el año 2000 en el que se estima que la población mayor de 65 años alcanzará la cifra de 113.000 personas, lo que supondrá que el 17,3% de la población guipuzcoana formará parte del sector de las personas mayores. Este hecho convierte a Gipuzkoa en una de las poblaciones más envejecidas de Europa junto con la alemana, por encima de países como Italia y superando la media del estado español.

A este progresivo envejecimiento de la población que tan rápidamente se ha manifestado en los últimos años, hay que añadir otra característica: el marcado envejecimiento del propio envejecimiento, dicho de otra manera, el número de personas mayores de 80 años se calcula entre 9.000 y 10.000 en 1996, calculándose que para el año 2001 estas cifras se acerquen a las 13.000 personas.

Se puede concluir este primer apartado señalando que la prevención y disminución de las desigualdades sociales y la atención a las discapacidades constituyen los dos ejes centrales sobre los que giran las políticas sociales de GIZARTEKINTZA.

2. MARCO COMPETENCIAL

Para una eficaz gestión de los recursos asignados al Departamento no es suficiente con conocer los problemas y disponer de los recursos necesarios. Es preciso, además, poder gestionarlos a través de los mecanismos legales necesarios para desarrollar las competencias propias y utilizar los recursos interadministrativos para una cooperación y coordinación entre los poderes públicos.

Invocando la tradición histórica, la Ley de Territorios Históricos reconoce a las Juntas Generales y a las Diputaciones como órganos Forales de los Territorios Históricos. En el sector de los servicios sociales la misma Ley reconoce a los Territorios Históricos la ejecución dentro de su territorio de la legislación de las Instituciones Comunes de las siguientes materias:

- asistencia social
- desarrollo comunitario
- condición femenina
- política infantil, juvenil, de la tercera edad, ocio y esparcimiento.

Los órganos Forales, esto es, las Juntas Generales y las Diputaciones Forales, tienen reconocida igualmente competencia para determinar su organización, régimen y funcionamiento, pudiendo aprobar mediante Normas Forales de las Juntas Generales, sus propias normas de organización y funcionamiento.

En desarrollo de esta potestad normativa, las Juntas Generales de Gipuzkoa aprobaron el 30 de mayo de 1984 la Norma Foral sobre el Gobierno y Administración del Territorio Histórico de Gipuzkoa por la que se determina la organización, régimen y funcionamiento de la Diputación Foral y sus relaciones con las Juntas Generales.

Uno de los principios básicos recogidos por la citada Norma Foral es la departamentalización de las competencias y de la estructura organizativa de la Diputación Foral, poniendo al frente de cada Departamento a los Diputados Forales titulares de los mismos con competencias propias, asemejándose por razones de eficacia a la estructura y organización de cualquier Gobierno.

Esta transformación organizativa aprobada en el año 1984 supuso un paso muy importante por lo que significaba de recuperación de un Régimen Foral, debidamente

te modernizado y adaptado a una Administración moderna, y por el reconocimiento expreso del régimen jurídico privativo de los Territorios Históricos.

El inmediato efecto práctico de esta capacidad de autoorganización de las Diputaciones Forales es que éstas dejaron de regirse por la legislación de régimen local, a la que hasta entonces habían estado sometidas, pasando ésta a tener carácter supletorio en ausencia de Norma privativa del propio Territorio Histórico.

Continuando con la sucesiva aprobación de disposiciones reguladoras de su propia organización y régimen de funcionamiento, y citando las que se hallan en vigor, la Diputación Foral aprobó el Decreto Foral 68/1995, de 3 de julio, de determinación de los Departamentos de la Diputación Foral. El artículo 2 organiza la Diputación en nueve Departamentos correspondiéndole al de Servicios Sociales las siguientes funciones y áreas de actuación:

- a) asistencia a las personas mayores
- b) marginación social
- c) servicios sociales comunitarios
- d) centros asistenciales propios o concertados
- e) minusvalías
- f) infancia y juventud marginada
- g) mujer

Se adscribe al mismo Departamento el organismo autónomo «Fundación Uliazpi» para la atención a los deficientes mentales profundos.

En cuanto a la estructura adoptada por el Departamento hay que referirse al Decreto Foral 74/1995, de 6 de julio, y al Decreto Foral 115/1995, de 19 de diciembre por el que se establece la estructura de GIZARTEKINTZA-Departamento de Servicios Sociales.

De acuerdo con lo dispuesto en los citados Decretos Forales, el Departamento se estructura bajo la dirección y organización del Diputado Foral que, además de miembro del Consejo de Diputados, constituye el órgano superior del Departamento.

Para el cumplimiento de las funciones atribuidas a GIZARTEKINTZA, se crean dos

Direcciones Generales: la de Servicios Sociales Básicos y la de Servicios Sociales Especializados a cuyos titulares corresponde en el ámbito de sus competencias:

- la planificación, dirección, coordinación y control de la actividad de los recursos sociales básicos y comunitarios en el caso de la Directora General de Servicios Sociales Básicos, siendo responsable el Director General de Servicios Sociales Especializados en lo referente a estos últimos.
- la gestión de los programas presupuestarios.
- el control interno de la actividad económica.

Cada Dirección General dispone de unidades administrativas con rango de Servicio que les asisten en la gestión administrativa y económica para el desarrollo de sus funciones.

Sin entrar en una pormenorizada descripción de las funciones desarrolladas en el Departamento destacaría dos elementos que caracterizan el modelo organizativo por el que se ordena GIZARTEKINTZA.

El primero de estos elementos es el traslado a la organización departamental de la estructura del sistema de servicios sociales adoptada por la Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales de reciente entrada en vigor. Los artículos 6, 7 y 8 de la Ley estructura los servicios sociales en básicos y especializados, consolidando así una clasificación de índole doctrinal y práctica.

La segunda característica de la actual organización del Departamento radica en la atribución de competencias resolutorias a los Directores Generales utilizando, así, un recurso que si bien estaba regulado desde 1983, no había sido utilizado en otros modelos organizativos y definitorios de la estructura Departamental.

GIZARTEKINTZA apoya su estructura no solo en el Diputado Foral y en los Directores Generales; dispone, también, de la Secretaría Técnica y de dos órganos consultivos como son el Consejo Territorial de Bienestar Social y el Consejo del Menor.

La estructura de GIZARTEKINTZA queda resumida en el cuadro siguiente:



Además de las disposiciones a las que he hecho referencia y en las que me he extendido más ampliamente para poder dar una visión más exhaustiva de cómo se organiza la Diputación Foral para desarrollar su política de acción social, existe un conjunto de Decretos Forales y de Ordenes Forales que sustentan el desarrollo y la gestión de los servicios sociales, si bien todos ellos tienen como elemento común su dependencia de los recursos económicos asignados a GIZARTEKINTZA, recursos que se contienen en la Norma Foral por la que se aprueban los presupuestos generales del Territorio Histórico.

3. LINEAS DE ACTUACION ECONOMICA PARA 1997

Los presupuestos generales constituyen la expresión formal y documental en términos financieros y contables del conjunto integrado de decisiones que constituyen el programa directivo de la actividad económica a realizar por el sector público en cada ejercicio económico o presupuestario.

El documento en el que se incorporan este conjunto integrado de decisiones tiene rango de Norma Foral, es decir, adquiere la forma de la disposición de mayor rango que pueden adoptar los órganos de los Territorios Históricos y es, evidentemente, aprobada por las Juntas Generales de Gipuzkoa.

Su vigencia, salvo excepciones, coincidirá con el año natural. Procede destacar por tanto, las líneas de la actividad económica que GIZARTEKINTZA ha propuesto para 1997 y su distribución en grandes cifras.

Previamente a la determinación del gasto previsto en relación a los grupos de atención de GIZARTEKINTZA, el Departamento tuvo en cuenta una serie de indicadores y objetivos considerados de interés preferente por los responsables del Departamento en las acciones a desarrollar a lo largo de 1997

Teniendo en cuenta que el presupuesto se elabora anualmente y siendo inevitable el análisis del presupuesto del año en curso cuando se inicia la elaboración de las líneas maestras del presupuesto siguiente, cuatro fueron los indicadores que se tuvieron en cuenta para considerar que no siempre un presupuesto es mera continuación del anterior. Estos indicadores fueron:

1. Progresivo envejecimiento de la población mayor; al que ya me he referido al inicio de este artículo, pero que además de su efecto en la población, es evidente que a corto plazo tiene su mayor efecto en la atención especializada a personas que van viendo disminuida su autonomía personal.
2. Plan de Empleo de dos residencias propias. Constituye un ambicioso y costoso proyecto de adecuación profesional del personal de las residencias propias a la progresiva transformación de éstas en centros gerontológicos a plena capacidad para dar respuesta a una necesidad social.
3. Puesta en marcha de Txara 1: Adquisición al Gobierno Vasco de un edificio de 120 apartamentos destinados a atención residencial especializada y puesta en marcha del citado complejo residencial en el segundo trimestre de 1997.

4. Mantenimiento del régimen concertado de prestaciones asistenciales: Constituye una obligación de GIZARTEKINTZA garantizar a las asociaciones y entidades con amplia experiencia en la gestión de centros la disposición de unos recursos económicos destinados a prestar asistencia a los colectivos integrados por las personas mayores, personas con minusvalías y menores.

Partiendo de estos cuatro elementos, GIZARTEKINTZA ha proyectado un presupuesto para 1997 que entendemos es

satisfactorio para lograr mantener los niveles de gasto correspondientes al ejercicio 1996 pudiendo responder de una manera importante a estos cuatro elementos a los que antes me he referido y cuya repercusión económica es innegable, bien por la novedad de su inclusión en el presupuesto, bien por la importancia económica que tienen en el conjunto del presupuesto.

La distribución por programas y capítulos es la que se refleja en los cuadros siguientes:

PROGRAMA	DENOMINACION	IMPORTE
Servicios Generales de GIZARTEKINTZA		303.636
Programa 1	Servicios Generales	303.626
DIR. GRAL. SERVICIOS SOCIALES BASICOS		8.877.658
Servicio de Recursos Sociales		7.320.103
Programa 2	Prestaciones económicas periódicas	4.110.473
Programa 3	Alojamientos institucionales	1.882.133
Programa 4	Programas de convivencia	1.327.497
Sección de Programas Comunitarios		1.557.555
Programa 5	Intervención comunitaria	1.557.555
DIR. GRAL. SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS		5.383.068
Servicio de Programas Especializados		2.307.002
Programa 6	Atención a minusválidos	1.553.920
Programa 7	Atención a menores	753.082
Servicio de Programas Asistenciales Territoriales		3.076.066
Programa 8	Recursos Asistenciales Territoriales	1.334.052
Programa 9	Red Asistencial Especializada	1.742.014
TOTAL PRESUPUESTO GIZARTEKINTZA		14.564.352

En miles de pesetas

PROGRAMA	DENOMINACION	IMPORTE
CAPITULO 1	GASTOS DE PERSONAL	1.374.230
CAPITULO 2	COMPRA BIENES Y SERVICIOS	786.815
CAPITULO 4	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	11.815.630
CAPITULO 6	INVERSIONES REALES	340.677
CAPITULO 7	TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	247.000
TOTAL DEPARTAMENTO		14.564.352

En miles de pesetas

Los objetivos previstos por GIZARTEKINTZA-Departamento de Servicios Sociales son los siguientes:

1. Mantenimiento de las prestaciones económicas periódicas dirigidas a aquellas personas que por distintas causas se ven abocadas a una situación de escasez de medios económicos que les impide acceder en igualdad de condiciones a otros recursos sociales.
2. Reagrupamiento de todos los equipamientos específicos de ámbito municipal en el campo de las personas mayores constituyendo una red residencial de alojamientos temporales y definitivos.
3. Mantenimiento de la persona mayor en su propio entorno instituyendo un conjunto de programas cuya aplicación retrasa la institucionalización precoz.
4. Integración social de las personas que por razón de la edad abandonan el mundo laboral favoreciendo el enriquecimiento de su entorno social mediante su participación en centros sociales de animación sociocultural.
5. Descentralización en los Ayuntamientos del Territorio Histórico de las prestaciones básicas de los Servicios Sociales programando las líneas de su coordinación y desarrollo.
6. Fomento de la cohesión social a través de la iniciativa de los particulares potenciando la solidaridad entre los grupos sociales.
7. Promoción y fomento de la integración social del minusválido a todos los niveles (asistencial, laboral, social, etc.).
8. Prevención de la marginación infantil prestando apoyos individuales e institucionales a las situaciones de riesgo que se detectan.
9. Seguimiento de los recursos asistenciales territoriales, tanto propios como concertados, velando por mantener la calidad de los servicios que desde los mismos se prestan.
10. Apoyo específico a los recursos asistenciales especializados complementarios de la red municipal.

**Secretaría Técnica
de GIZARTEKINTZA**

LOS PROGRAMAS BASICOS DE GIZARTEKINTZA

Es mi deseo, a través de estas líneas, el saludar a todos y cada uno de los lectores de la revista «Zerbitzuan», así como a los técnicos que han tomado parte en ella, con el deseo de que las reflexiones, propuestas e inquietudes en ellas reflejadas sirvan para un mejor hacer en la labor y responsabilidad que a cada uno le corresponda.

Todos y cada uno de los programas aquí expuestos cumplen con los valores y objetivos que le son propios pero tienen el valor añadido de ser partes de un objetivo mayor: «el atender a las personas desde su globalidad», el sumar aspectos y facetas que impulsan la política social de GIZARTEKINTZA expuesta por el Diputado Foral Sr. Bandrés en su artículo: «La información».

Aspectos más destacados de la Dirección de Servicios Sociales Básicos:

- La proximidad a los usuarios (Red Básica, Servicios Sociales Comunitarios),
- La coordinación, formación y mejora en la gestión,
- La prevención para evitar en lo posible los casos de marginación,
- La asistencia en casos de pobreza, drogodependencias, maltrato...
- La atención a las minorías étnicas (erradicación del chabolismo),
- El impulso a las asociaciones y voluntariado,
- La atención integral a las personas mayores con necesidad.

M.^a JESÚS ARANBURU ORBEGOZO
Directora General de Servicios Sociales Básicos

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS: APUESTA POR LOS MODELOS PROFESIONALES

El diseño de estructuras organizacionales es un tema que evoluciona continuamente y en los que las distintas escuelas de pensamiento han contribuido a su enriquecimiento y comprensión. La diversidad de áreas de estudio en organización y administración es tan amplia que podríamos afirmar que el desarrollo de una teoría general se hace cada vez más difícil.

Aunque todos los enfoques son complementarios y cada uno constituye un acercamiento mayor desde distintas disciplinas a este campo de conocimiento, los estudios más recientes parecen destacar que los conceptos de sistemas y de contingencia pueden ser la base hacia la integración y el desarrollo de una teoría moderna en organización.

Desde estos planteamientos se considera a la organización como un conjunto de variables interdependientes que es necesario analizar para avanzar, entendiendo y abordando las dificultades organizativas con las que nos encontramos a la hora de diseñar o reformular la organización más acorde con las metas y objetivos propuestos.

Hoy en día la creación de un sistema de Servicios Sociales Comunitarios y Especializados es ya una realidad consolidada e irreversible según se deduce de la

Ley de Servicios Sociales. Ley 5/1996 de 18 de octubre.

Pero la continuidad y el desarrollo del sistema Público de Servicios Sociales en estos dos niveles de actuación exige unos modelos organizativos y de gestión más acordes con la situación actual de recesión económica, pues de ello va a depender que tal sistema sobreviva y se consolide en su actual tendencia competencialista.

En este trabajo nos vamos a centrar en los Servicios Sociales Comunitarios, analizándolos desde su estructura local.

La estructuración en el nivel de todo el Territorio Histórico de Gipuzkoa no es uniforme, pero entendemos que hay aspectos básicos en los que coinciden gran parte de los servicios existentes, siendo el solapamiento con otros sistemas de protección social su característica principal. Esto nos hace reflexionar sobre la necesidad de reestructurar tanto los objetivos como los medios, y no nos queda más alternativa que plantear sistemas organizativos que flexibilicen los procesos de intervención social para pasar de la mera prestación de recursos a la acción por programas definidos y concretados según las verdaderas necesidades sociales de cada ámbito donde se interviene.

La necesidad de toda organización social de mantener un equilibrio constante con su entorno es especialmente significativa en el nivel primario de los Servicios Sociales (la Administración Local) donde la complejidad y el continuo cambio de las coordenadas socioeconómicas hacen imprescindible mantener un diálogo per-

manente con el entorno para analizarlo y predecirlo, de tal forma que la organización se encuentre en condiciones de dar respuestas innovadoras a las circunstancias cambiantes y pueda formular objetivos claros sin el temor a ser absorbidos por otro sistema o ser diluida ella misma en el amplio campo del bienestar social.

1. SITUACION ACTUAL

MODELOS DE INTERVENCION

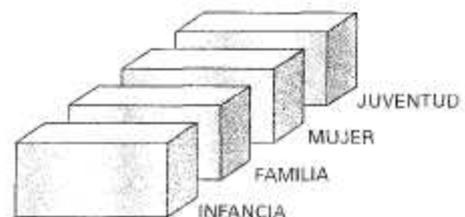
	ASISTENCIAL	TECNICO	PARTICIPATIVO
OBJETO	Personas con carencias	Personas con problemas	Personas con habilidades
OBJETIVO	Cubrir las carencias	Superar el problema	Fortalecer capacidades
PROFESIONAL	Recursos y/o prestaciones	Relación interpersonal	Proyecto
CARACTERISTICAS DEL PROFESIONAL	Social	Tecnificación	Analizador
CONCLUSION DEL USUARIO	Beneficiario	Paciente	Activo
CONCLUSION DEL TRABAJADOR	Debe de ser capaz de valorar las carencias y distribuir los recursos	Debe ser un experto	Debe ser un activador
FILOSOFIA	Justicia social	Salud	Cambio social
VALORACION	Rapidez. No ataca las causas	Se afrontan los problemas. Después de la curación sigue la reinserción	La gente se implica. Mas fácil enunciarlo que hacerlo

Como puede apreciarse en el cuadro anterior, los sistemas organizativos de los Servicios Sociales Comunitarios han evolucionado en los últimos años desde los modelos benéfico-asistenciales a los de intervención social, y como consecuencia de esta evolución y en consonancia con la idea de la calidad de vida, han aparecido varias propuestas que tratan de coordinar todas aquellas tareas administrativas que influyen en el bienestar de los ciudadanos para dar soluciones integradas. Sin embargo, estos modelos no se han extendido por igual en todo el Territorio y dentro de la heterogeneidad de sistemas organizativos existentes, lo normal es una separación entre Servicios Sociales Comunitarios y el resto de servicios al ciudadano (educación, cultura, sanidad, vivienda, etc.) La tendencia de la realidad sigue siendo pues la separación inter-áreas.

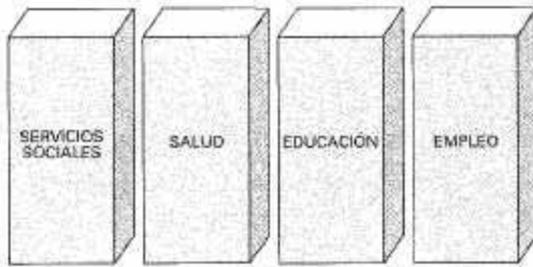
EJE CORRESPONDIENTE A SITUACIONES DE NECESIDAD



EJE CORRESPONDIENTE A LOS SECTORES DE POBLACION



EJE CORRESPONDIENTE A LOS SISTEMAS PUBLICOS DE PROTECCION SOCIAL



El modelo general organizativo de los Servicios Sociales Comunitarios se compone de los siguientes elementos:

«Los Servicios Sociales Comunitarios entendidos como un sistema público de atención primaria que tiene como objeto la atención de necesidades sociales mediante la gestión propia y/o la coordinación con otros sistemas de protección social».

El medio físico donde se atiende a la población y se desarrollan los programas son los Centros de Servicios Sociales Comunitarios, de base o de atención primaria o generales.

Los objetivos van desde los más generales (promover el bienestar social, elevar el nivel de calidad de vida, satisfacer las necesidades sociales, promover el desarrollo comunitario) a otros más concretos (insertar socialmente a colectivos marginados, fomentar la participación comunitaria, fomentar el voluntariado, etc.).

Para su consecución se establecen en la Ley de Servicios Sociales de 1996 Prestaciones Generales del Sistema de Servicios Sociales servicios como el de:

- Información, Valoración y Orientación: Derechos y recursos
- De Convivencias: Propio domicilio, alojamientos alternativos
- ® Prevención e Inserción: Situaciones de riesgo
- Fomento de la solidaridad y participación

1.1. Entorno

a) Entorno externo

El entorno político está caracterizado por el deseo de la administración de intervenir sobre aquellas situaciones que

favorecen la marginación para prevenirla y erradicarla.

El entorno social donde se pretende intervenir es complejo y cambiante y, a la vez, fuertemente arraigado en sus costumbres. Así mismo, hay una gran diversidad de situaciones sociales de cada individuo, familia y grupos que requieren análisis y medidas efectivas, no siempre coincidentes con los criterios normativos, políticos e incluso técnicos.

b) Entorno interno

Entorno organizativo. Se compone de un sistema caracterizado por estar regulado por normas escritas (Leyes, reglamentos, convenios, etc.) bastante jerarquizado, departamentalizado y sin «Staff» de apoyo.

Como conclusión podíamos decir que de un sistema benéfico asistencial se ha pasado a un sistema orientado a la prevención y la intervención en los problemas sociales desde toda su complejidad. El avance ha sido sustancial debido a la fuerte implicación de todos los que trabajamos en este ámbito y del impulso dado por todos los poderes públicos. No obstante el camino no se ha recorrido en su totalidad. Sin menospreciar, sino todo lo contrario, lo conseguido hasta ahora, consideramos que se puede avanzar aún más, de tal forma que no haya posibilidades de retroceso. Si aislamos a la organización de la realidad social, que por su propia naturaleza es dinámica y cambiante y le sumamos los problemas de indefinición de objetivos, de falta de contenidos y de inadecuación de medios y objetivos, podemos llegar a la conclusión que es necesario un cambio organizativo global y en profundidad en el campo de los Servicios Sociales Comunitarios.

2. PROPUESTA DE REORGANIZACION

En la actualidad se observan dos claras tendencias en la organización de las estructuras municipales en el ámbito social: por un lado el desarrollo de macroáreas que favorecen una concentración de servicios y una mayor coordinación de programas y proyectos, y por otro lado, la creciente proliferación de concejalías vinculadas a sectores de población (mujer, tercera edad, juventud, etc..) coincidiendo organizativamente con otras concejalías de servicios. Ambas tendencias presentan ventajas e inconvenientes para su desarrollo y funcionamiento, sobre todo en los

aspectos competencias y de coordinación que pueden condicionar un diseño de estructuras de Servicios Sociales de Base con un carácter más integral o centralizador.

Frente al modelo burocrático clásico, proponemos un enfoque para el análisis organizacional en la gestión de los Servicios Sociales, que se centra en la trama de relaciones y actividades, construida sobre actividades compartidas por los participantes, que perduran a pesar de los cambios en la tecnología e inestabilidad del entorno.

Es decir, las propuestas deben de ser «Ad hoc» y no como consecuencia de aplicar un modelo u otro. En definitiva, los modelos organizativos no tienen sentido «per se», son un medio para dar respuesta a las necesidades planteadas (García, 1994).

Aunque existen varios modelos organizativos que coinciden con el modelo «Ad hoc», como el modelo ecológico de las poblaciones y la ecología de las organizaciones (Rodríguez, 1992), la adhocracia tal y como la entiende Mintzberg (1984), parece ser el modelo que mejor refleja la nueva organización planteada. Este modelo postula, como eje fundamental, la creación de cualquier forma organizativa que desafíe a la burocracia e impulse la innovación y el cambio (Waterman, 1993).

En esta estructura, la organización quedaría configurada por una base, una mínima cúspide, y unos límites difusos entre ambas. El peso de la capacidad técnica de los profesionales es mayor que en otros sistemas, por ello lo hemos denominado modelo profesional.

Este enfoque está basado en Módulos, y consiste en:

1. Identificar y delimitar unidades organizativas que estén constituidas en torno a una función esencial.
2. Que sean lo suficientemente autónomas como para que desde ellas puedan responsabilizarse de los resultados.
3. Que sean suficientemente flexibles en su organización y funcionamiento, tanto interno como externo.

Todo ello pretende evitar la excesiva centralización de los servicios, bajo grado de apoyo al gestor, confusión y conflicto de competencias.

El enfoque estratégico se centra en los recursos humanos. Teniendo en cuenta que el factor humano es el recurso organizativo que más facetas y complejidades presenta, exige que se adapten de forma continua a:

- Responsabilidades distintas, trabajos nuevos, tecnologías diferentes.
- Incremento de conocimientos y capacidades.
- Claves culturales diferentes, caracterizados por:
 - Orientación a los resultados
 - Autonomía en la gestión
 - Delimitación y asunción de responsabilidades
 - Aprovechamiento y efectividad de las tecnologías de la información y de las comunicaciones
 - Fomento de la innovación
 - Servicio orientado al cliente

Los recursos humanos son esenciales para el buen funcionamiento de este propósito por lo tanto se debe de potenciar el interés por el crecimiento profesional y la continua adquisición de conocimientos.

Las ventajas que conlleva impulsar el cambio desde los recursos humanos son diversas: más motivación, productividad, compromiso con los objetivos, mejor resolución de conflictos, etc..

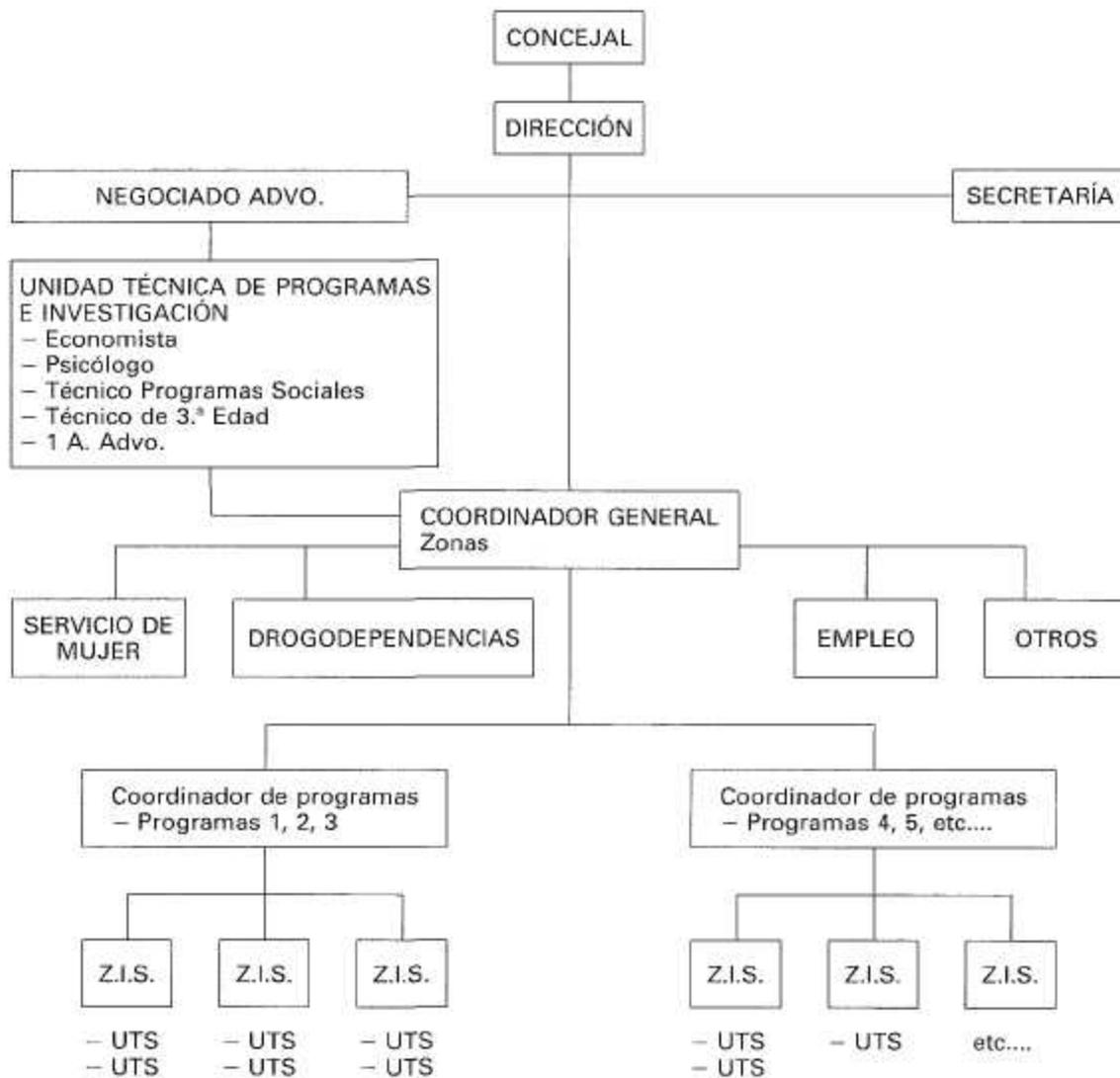
En síntesis, siguiendo a David y Foray (1991), el proceso general a seguir en la implantación del cambio, será el siguiente:

- a) Diagnóstico inicial
- b) Integración de la información
- c) Retroalimentación de la información
- d) Planificación de la acción y solución de problemas
- e) Construcción de equipos
- f) Evaluación y seguimiento

3. UN MODELO AD HOC

La propuesta concreta que se desarrolla a continuación está pensada para municipios de más de 20.000 habitantes, pero ello no impide hacer adaptaciones para otras siempre que se entienda cuál es la filosofía que subyace a este modelo.

PROPUESTA DE ORGANIGRAMA FUNCIONAL



Z.I.S.: Zonas de Intervención Social.
U.T.S.: Unidad de Trabajo Social.

3.1. Objetivos

Marcar los objetivos de la organización que a modo ilustrativo y sin ánimo de ser exhaustivos podrían ser:

- Promover acciones que faciliten la reinserción social de colectivos marginados.
- Detectar situaciones de riesgo.
- Prevenir problemas sociales.
- Apoyar técnicamente a los movimientos asociativos que surjan como respuesta a los problemas sociales.
- Desarrollar servicios y programas para la población en general, adecuados a las situaciones - problemas de los sub-

sistemas familiar, grupal y comunitario en sus aspectos humanos interactivos.

3.2. Medios

Todos los que aborden la naturaleza de las situaciones sociales tratadas de una forma flexible, eficaz y eficiente con:

- Un cúspide jerárquica mínima.
- Descentralización por programas.
- Con gran énfasis en la formación de los equipos de trabajo.
- Con coordinadores expertos.
- A ser posible apoyados por «Staff» cualificados que responda a las nece-

sidades de formación y planificación de directrices generales.

Como puede observarse, es la organización funcional, desarrollada para la consecución de objetivos, donde la función crea la estructura, no al contrario.

3.3. Beneficios de este modelo

- Donde cabe destacar la optimización del elemento humano, en la medida en que las metas se podría redefinir, en función de la evaluación social, sin obstáculos normativos que pongan en peligro la misma existencia de la organización.
- La cercanía a la población y la participación de los ciudadanos, así como el estímulo que supone la formación e intercambio de conocimientos continuo de los recursos humanos, creando verdaderos equipos interdisciplinares.
- Respecto al coste, el modelo está diseñado para que al mismo coste se pueda ofrecer una mayor calidad en los programas implantados y por tanto se obtengan beneficios sociales más acusados. Una gestión y práctica profesional configurada en torno al cliente, centrada en la calidad. Lo que (Richards, 1994; Barzelay, 1994; Boix 1994) sitúan en la perspectiva del «paradigma al cliente».

4. PROPUESTA TRIDIMENSIONAL DE PLANIFICACION INTEGRADA

Una vez asumida la especificidad de los Servicios Sociales, como Sistema Público de Protección que garantiza unas prestaciones básicas de necesidades, los Servicios Sociales deben tomar las iniciativas, haciendo de eje coordinador de todas aquellas actuaciones que desde distintas parcelas del Bienestar Social pueden contribuir a la resolución de las necesidades propias del sistema de Protección, a través del diseño y planificación de Programas Integrados, con vistas a una mayor eficiencia, eficacia y validez de las intervenciones.

Como hemos visto en el ámbito municipal, la «oferta» que se realiza al ciudadano es muy compleja y dispersa, ya que interaccionan las prestaciones de los distintos sistemas de protección con otros Departamentos que se contemplan en el amplio marco del Bienestar Social (Cul-

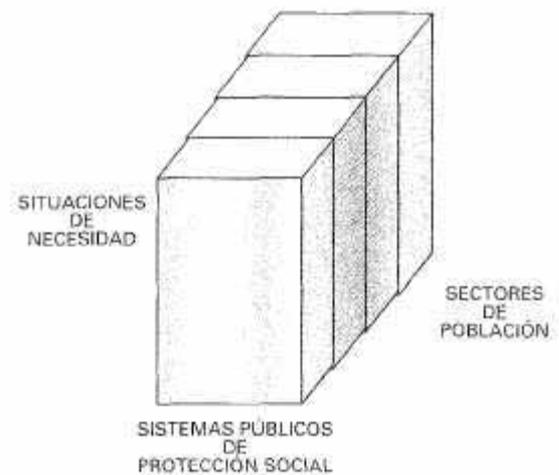
tura, Juventud, Participación Ciudadana, Igualdad de Oportunidades, etc.)

Gran parte de las intervenciones que se realizan desde estas áreas están incidiendo directa ó indirectamente en las necesidades básicas que debe cubrir la red de Servicios Sociales. Así surge la necesidad de coordinar todos estos esfuerzos que, actuando de forma pericial, producen efectos sobre los mismos aspectos de una comunidad.

A efectos de que estas necesidades reales puedan cubrirse a través de un sistema de planificación integrada que permita dar una respuesta más acorde a las necesidades propias de los Servicios Sociales, programan un modelo integrado en el que se contemplan intercambiando:

- Las situaciones de necesidad.
- Los sectores de población.
- Los sistemas públicos de Protección Social.

MODELO TRIDIMENSIONAL DE PLANIFICACION INTEGRADA PARTIENDO DE LAS SITUACIONES DE NECESIDAD OBJETO DEL SISTEMA PUBLICO DE SERVICIOS SOCIALES



Y todo ello porque:

- Es un error considerar a los Servicios Sociales como un sistema que absorbe los conflictos estructurales de los demás sistemas.
- Por ser el servicio más próximo a los ciudadanos.
- Por este carácter de proximidad a los individuos y programas, es el sistema que mejor puede articular el tejido social de una comunidad para favorecer

su implantación en la resolución de las situaciones de necesidad que les afecten.

Precisar hasta que punto se debe descender en ésta línea de trabajo, dependerá de las circunstancias propias de cada contexto, nosotros solo queremos esbozar cauces de reflexión al respecto.

5. REFLEXIONES FINALES

Las alternativas aquí propuestas, sin ser la panacea del cambio, indican de alguna manera las líneas que podrían seguirse para conformar un modelo adecuado a las características tanto de los fenómenos que se tratan, como del contexto social, económico y político actual. El sistema actual de organización no parece que permita implantar modelos organizativos del tipo que aquí se han pro-

puesto, puede que se vean como una utopía, pero si hacemos el simple ejercicio de comparar con otros servicios públicos o sistemas de atención ciudadana, que se han adaptado mejor a las demandas sociales por su larga trayectoria, podremos comprobar como no solo es posible, sino además necesarios (Ver Osasuna Zainduz, Servicio Vasco de Salud OSAKIDETZA).

Pensamos que es conveniente en la situación actual hacer un esfuerzo de reflexión y abrir un debate sobre diferentes propuestas, en donde las alternativas que se planteen puedan ir en esta o en otra dirección, se trata únicamente de aportar salidas a problemas existentes, y sobre todo, de evitar los que se avecinan introduciendo nuevos elementos de razón pausibles desde los que se pueden afrontar con ciertas garantías de éxito.

ARAIMTXA ZURUTUZA

TXABOLZALETASUNAREKIN AMAITZEKO PROGRAMAK. DEBAKO ESPERIENTZIA

1991 urtean Debako Udala, Gipuzkoako beste batzuek bezelaxe, txabolzaletasun eta bazterkeria arazo bati aurre egin beharrean aurkitu zen. Foru Aldundiak gutxiengo etnikoei buruz deituriko lan mahian prestatu zen Programa Orokorra bereganatu zuen Udal bakarra izan zen une hartan, eta beraz esperientzia hau programa piloto gisa eratu zen.

Gutxiengo etnikoak gizarterartzeko programak bost urte iraun du Deban: 1991ko martxoan hasi zen eta 1996ko uztailean amaitu da Programa berezi gisa. Programa barruan egin dena zehaztu baino lehenago, zergatik eta zertarako sortu zen azaldu behar dugu.

1. TALDEAREN EZAUGARRIAK

Garai hartan Saturrarango Harrobian Portugaleko Trasmontano talde bat bizi zen: 44 pertsona ziren guztira, edo 8 familia beste era batera esanda. Oso talde gaztea zen, batazbesteko adina 18/19 urtekoa bait zen.

Trasmontanoak Portugaleko ifarraldeko Tras-Os-Montes lurraldean dute jatorria. Lurralde honetako etorkin asko dabil munduan, eta geihenak Espainiako ifarraldean kokatu dira, txabola guneak osatuz eta lan baztertuetan ihardunez.

Taldea oso baldintza berezietan bizi zen harrobian:

- Txaboletan pilatuta, argi, ur eta komunikabide gabe.

- Ume guztiak (13 ume) eskolatu gabe
- Heldu gehienak (%75) analfabetoak ziren
- Inork ez zuen prestakuntza profesionalik eta lan marginaletan aritzen ziren (algak, txatarra, etab,)
- Zortzi familietatik zazpi IMI eta AES laguntzak jasotzen zituzten. Eskean ibiltzen ziren sarritan.

1991. urtean Gipuzkoako Foru Aldundiak laguntza eskaini zien horrelako arazoa zuten Udaleri interbideak aurkitzeko. Debako Udalaren ekimenak eta adoreak egin zuen posible asmo hori gauzatzea.

2. PROGRAMAREN EGITURAKETA

Zergatik jaio zen laburki azaldu ondoren, zer lortu nahi zen aipatuko dugu: pobrezia eta bazterketa egoeratik ateratzeko eta gainerako biztanleekiko aukera berdintasuna lortzeko. Horiek ziren helburu nagusiak.

Hartu ziren neurri garrantzitsuenak hauek izan ziren:

- Bederatzi etxebizitza prefabrikatu ezarri ziren harrobiaren jabearekin akordio batera heldu eta gero. Etxeekin batera beharrezkoa zen azpiegitura eraiki zen: ur hornidura bideratu, argindarra jarri, lurra asfaltatu, prefabrikatuak jartzeko oinarriak prestatu, sarbidea egokitu, saneamendu eta fosa septikoa egin.

- Txabola guztiak bota ziren.
- Bost urteko lana aurrera eramateko teknikari bat kontratatu zen.
- Programa garatzeko araudi bat erabaki zen eta familia guztiek idatzitako akordioa sinatu zuten programan partehartzeko eta zenbait baldintza betetzeko borondatea adieraziz.
- Ume guztiak Ikastola eta Ostolaza ikastetxeetan eskolaratu ziren.
- Komunitateko gazte eta heldueri oinarritzko lan prestakuntza eskaini zitzaion.
- Familia hauek bere antolamendu eta egituraketan jasaten dituzten arazoak gainditzeko lan egin da.
- Pertsonen dokumentazioan zeuden problemak eta irregulartasunak zuzentzeko jessioak burutu dira.

3. ANTOLAKETA ETA ERAKUNDEEN PARTEHARTZEA

Programaren ardura nagusia Debako Udalaren Gizarte Zerbitzuak eraman dute, beste bi erakundeekin laguntzarekin: Foru Aldundia eta Caritasen Ijitoen Idazkaritza, alegia. Hiruren elkarlana lankidetzaz hitzarmenen bidez eta Kudeaketa Batzordean beraien partaidetzaz bidez gauzatu da. Batzorde hau hiru hilabeteko bildu da eta bertan hartu dira Programaren garapenak eskatu izan dituen erabaki nagusiak.

Bestalde, Programa bost urtetarako aurreikusi zen, eta urtero programazio berri bati ekin zaio, honen martxa hiru hilabeteko ebaluatu delarik. Lehen hiru urteetan programazio hau ekintza arloen arabera antolatu zen (etxebizitza, hezkuntza, lana, etab.), eta azken bietan aldiz, familia bakoitzaren egoeraren inguruan antolatu da.

4. AURRERA ERAMANDAKO ZENBAIT EKIIMTZA

a) Eskola jarraipenerako proiektua

Honen bidez, haur guztiak eskolatu dira, eta 16 urtetik gorakoak Helduen Hezkuntzara bideratu dira. Emaizak oso onak izan dira, lan asko kostata lortu badira ere.

b) Etxebizitza

Lehen fase batean, familiak prefabrikatuetan bizitzera pasa ziren. Gerora berri, banaka banaka, bakoitzaren garapen mailaren eta baliabideen eskuragarritasunaren arabera, beste udaletan kokatutako

etxebizitza normalizatuera pasa dira (Azpeitia, Amorebieta, Eibar, etab.), batzuek errentan eta besteak jabe gisa. Esanenezake Programaren helburu hau erabat bete dela.

d) Lanbidea

Arlo honetan, gazteak formazio bidean ipini nahi izan dira, eta helduak berriaz lan munduan sartzea. Aldi berean, taldearen iharduera tradizionalak (algak jasotzea, periak) sendotzen saiatu da Programa.

Gazteen emaitzak kaskarrak izan dira: Gizarte Bermako Moduloetan sartutako gazte gehienak ez dira hauek osatzeko gai izan. Esperientzia baikorrenak sukaldaritza eta igeltzaritza kurtsoekin eman da. Iharduera tradizionalen sendotzeari dagokionean, bi ikerketa burutu ziren algen bilketa eta perien errentagarritasun ekonomikoa aztertzeke, eta prestakuntza kurso bat ere antolatu zen perien arloan. Emaizak ez dira onak izan arlo honetan, aldiko lan kontratu bat besterik ez bait da lortu bost urteetan.

e) Familia antolaketa

Hiru Proiektu desberdinek osatu dute arlo honetan egindako lana: emakumeen oinarritzko prestakuntzarako kursoa, familiar eta bikotean partehartzeko proiektua eta familien jarraipena. Emaizak onak izan dira, baino arlo honetan aldaketak berez oso makalak dira eta familia batetik bestera alde handiak egon dira.

f) Komunitate antolaketa

Talde honen ezaugarriak kontuan izanik (indibidualismoa, klanen arteko ezinikusiak, elkartasun eza, etab.) eta elkarbizitzarako beharrezkoak diren zenbait lan banatu ahal izateke (garbiketak, espazioaren antolaketa, etab.), asanblada bat bultzatu beharra zegoen, arazoak biolentziarik gabe konponduko baziren. Arlo honetan emaitzak lortu dira, poliki-poliki, eta zenbait familien arteko arazoak ezin izan dira gainditu.

g) Bestelako ekintzak

Dokumentazio arazoak konpontzera zuzendu dira gehienbat (pasaporteak, NAN, Osakidetzako txartela, gidatzeko baimena, zergak, etab.). Arlo honetan helburuak erabat bete dira.

5. ERABILITAKO BALIABIDEAK

Bost urtetako epean eta arlo guztietan egin diren gastu guztiak kontuan hartuz gero, kostu osoa 73 milioi pezeta ingurukoa izan da. Debako Udalak%29 ordaindu

du eta beste %71 Foru Aldundiko GIZARTEKINTZA Departamenduak.

Dirutza hau bi arlotara zuzendu da: alde batetik baliabide materiala (etxebizitza prefabrikatuak, azpiegitura lanak, hornidura etab.) eta bestetik baliabide teknikoaren ordainketara (arduradun teknikoaren lantzeria eta hitzartutako zenbait erakundeekin proiektu zehatzak aurrera eramateko aurrekontua). Azkenik, erakunde desberdinetako teknikoaren lana eta denbora ere baliabidetzat hartu behar genuke, koste hau kalkulatzeko zaila bada ere.

6. EMAITZAK

Lorpen handienak hezkuntza eta etxebizitza arloetan izan ditugu. Ume guztiak eskolaratzeaz gain euren parte hartzea, integrazio maila eta eskola emaitzak oso positiboak izan dira.

Etxebizitzari buruz ere, dudarik gabe, oso emaitza baikorrak lortu dira, programako helburu nagusienetako bat zeharo bete delako; hau da, txabolzaletasuna erabat desagertu da etxebizitza duin eta normalizatu bat lortzeko bideak ziurtatuz.

Dena dela, arlo guztiak ez dira hain positiboak izan. Porrot batzuk ere sufritu ditugu, beharbada nabarmenenak lan normalizatuak topatzeko orduan eman direlarik.

7. PROGRAMAREIM IRAKASPEIMAK

- a) Familiekin eta pertsoekin zuzeneko lanari behar aina denbora ernatearen garrantzia. Honelako programa globaletan, pertsona, familia eta talde mailan lan egin behar denean, behar-beharrezkoa da hauek ezagutzea, neurri batean bada ere:

- pertsona bakoitzaren izaera
- famili barneko eta famili arteko harreman pautak
- talde etnikoaren jokabidea eragin dezaketen pautak kulturalak

- b) Gutxiengo etnikoaren gizartratze programa batean jorratzen den arlo nagusienetako etxebizitza da. Hemen aukera desberdinak daude: zubi-etxebizitza batera pasa bitarteko urrats gisa, edo zuzenean etxebizitza arruntera mugitu, erritmo eta fase desberdinekin. Oinarrizkoa da, honelako edozein programa di-

seinatu aurretik, familia txabolazale bakoitzaren ezaugarrien azterketa zehaz-mehatza egitea, baliabideak beharretara ondo egokitzea.

- d) Programan parte hartuko duten teknikeri desberdinen egin beharrak ondo bereiztea komeni da, bai hauen artean, eraginkortasuna bermatzeko, eta batez ere lantzen ari garen taldearen aurrean, norik zein ardura eta zein helburu dituen jakin dezaten.
- e) Erakundearen erritmoak eta familien erritmoak desberdintzearen garrantzia. Era honetako programen emaitzak ikusteko denbora asko behar da familien arazo guztien pilaketa kontuan izanda. Programa pilotuetan erakundeek esijentzia maila handiak izaten dituzte, emaitzak berehala ikusi nahi izaten dira, eta askotan familia guztiak berdinean erantzutea eta garapen erritmo berdina eramatea espero izan ohi da.
- Horregatik komeni da programazioan famili bakoitza hartzea interbentzio gunez, eta familiarik partaide bakoitzarekin argitzea programazio hori, bere asmoak eta gogoak kontuan izanik. Era honetan, helburuak zehatzagoak dira, epe motzagoan lortu daitezke eta familiek beraien garapeneren ardura eta konzientzia handiagoa dute.
- f) Programa honetan ez zen lortu beharrezkoa den talde multidisziplinariarrik sortzea, erabateko ekintza programak baten eskatzen duen legez.
- g) Programaren helburuetako bat «gizarteko gehiengoak talde hauekiko dituzten jarrerak aldatzea» zela gogoratuz, esan behar da ez dela nahiko lan egin arlo honetan. Programaren kokapen fisikoa (Debatik 9 Kmra.) oztopo handia izan da zentzu honetan.
- h) Emaitzeri buruz, azpimarratu behar dugu etxebizitza eta inguru normalizatuera emandako pausua oso garrantzitsua bada ere, lan munduaren normalizazioa ez dela oraindik lortu eta horrek bakarrik ekarriko diola talde honi erakundeekiko independentzia. Bide horretan, orain familiak dauden udaierrietatik arlo hori lantzen jarraitu beharra dago.
- i) Azkenik, argi eta garbi aitortu behar diegu familieri bere aldetik egin duten aldatetarako ahalegina, eta honek programaren arrakastan izan duen garrantzia.

JON IRIBAR M.^a
EUGENIA MIRANDA

ANDOAIN. UNA EXPERIENCIA EDUCATIVA EN MEDIO ABIERTO

Los Servicios Sociales de Andoain, desde su creación, han tenido como uno de los objetivos fundamentales el trabajar en la prevención con jóvenes y menores en riesgo. Por ello, desde hace años, este servicio municipal ha tenido una relación directa con todos los centros escolares de la localidad y en un principio, aunque se intentaba incidir tanto en la escuela como en la familia, siempre quedaba un vacío, la intervención en la calle. Paralelamente otras experiencias profesionales educativas y de prevención surgían fuera del marco escolar, creadas desde el propio Ayuntamiento (Ludoteca) o con programas específicos dirigidos a menores mediante convenios Diputación-Ayuntamiento y C.F.F.S. de la Fundación Kutxa.

En mayo del 93 se celebra una reunión en la que participan representantes del Consorcio para la Educación Compensatoria, Centros Escolares de la localidad, representantes del C.O.P., de inspección del Departamento de Educación, todos los grupos políticos y los técnicos municipales, con el fin de elaborar un proyecto de actuación integral dirigido a jóvenes en edad escolar. Tras la elaboración de dicho proyecto, se procedió a la contratación, vía Consorcio para la Educación Compensatoria y la Formación Ocupacional, del actual educador social.

Con todos estos precedentes, se pone en marcha el proyecto que pretende como objetivo fundamental realizar una intervención educativa y preventiva que inicie y favorezca procesos de inserción

social con aquellos menores que se encuentren con mayores dificultades, es decir, se encuentren en evidente situación de riesgo.

Inicialmente las tareas fundamentales a realizar eran de forma resumida las siguientes:

- Realizar un Estudio del Municipio.
- Contactar y relacionarse con los menores en su medio habitual.
- Diagnosticar y valorar los casos.
- Diseñar Proyectos Educativos Personalizados, grupales y comunitarios.
- Implicar en la intervención a centros escolares, familia, asociaciones...
- Acercamiento menores y recursos comunitarios (Tejido asociativo y equipamientos).
- Trabajar coordinadamente con los técnicos de los Servicios Sociales.

Estos objetivos y funciones, que se formularon de forma teórica antes de poner en marcha el proyecto, han sido líneas orientativas fundamentales que han guiado el trabajo diario de todos aquellos que lo han desarrollado.

El punto de partida debía ser por lo tanto un conocimiento de la realidad social del Municipio y de los jóvenes en su contexto. Para realizarlo se emplearon tres meses, desarrollando fundamentalmente técnicas cualitativas basadas en la

observación y las entrevistas participativas, donde se obtuvieron conclusiones de gran interés.

La ubicación de las cuadrillas, sus hábitos y conductas, pero también sus necesidades y demandas, recogidas a través del acercamiento del educador a su medio, se convirtieron en claves fundamentales, que acompañadas por la información aportada por profesionales del municipio, asociaciones, centros escolares, datos censales, etc. permitieron valorar y detectar aquellos grupos que presentaban mayores indicadores de riesgo y sopesar las posibilidades de intervención del educador.

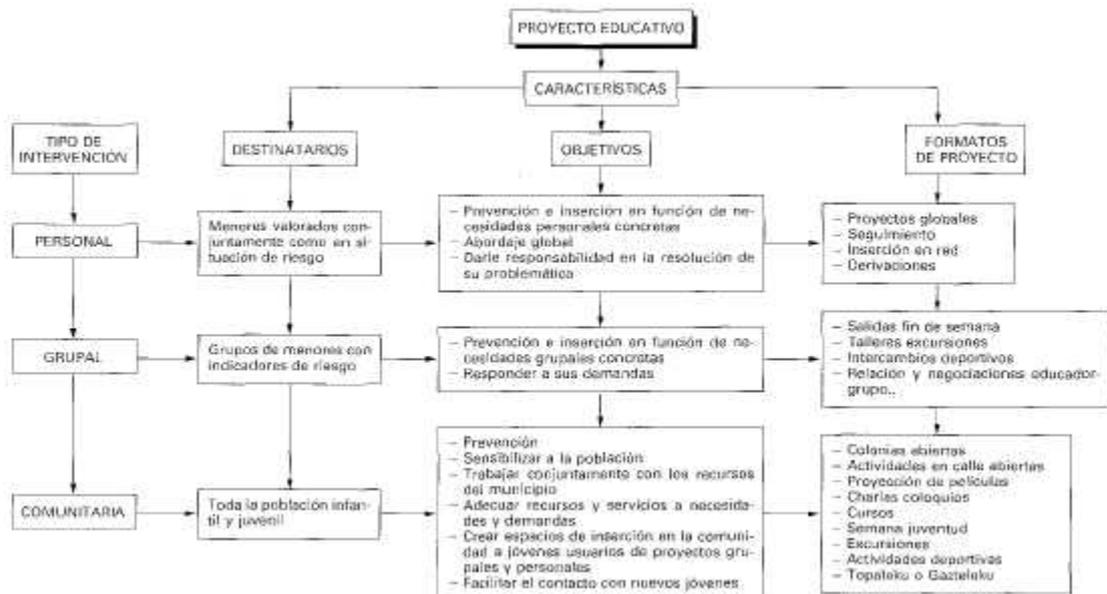
Por otra parte, con las conclusiones del estudio se realizó una devolución a profesionales, centros, asociaciones, etc. posibilitando un proceso de reflexión, acompañado de proyectos de intervención comunes y compartidos favorecedores de la inserción de los menores en riesgo y la adecuación de los recursos comunitarios a las necesidades y demandas reales de los mismos.

El trabajo en la calle resultó duro, la toma de contacto y el entrar en los sistemas de participación y pertenencia de los menores no fue nada fácil, pero con una planificación adecuada y dándole tiempo al tiempo, se pudo acceder a un importante número de ellos, que a su vez abrie-

ron vías de relación con otros tantos. En la actualidad, casi tres años después, la figura del educador resulta ampliamente conocida y una persona de referencia para un importante sector juvenil e infantil y el conjunto de la comunidad.

En un principio los destinatarios preferenciales fueron adolescentes entre 13 y 17 años, ya que el estudio marcaba unas necesidades especiales en esta franja de edades. Se comenzó a trabajar de forma coordinada con los servicios sociales de base, los centros escolares, C.O.P., educadores familiares, centro de salud, asociaciones... se realizó un abordaje global incidiendo en las redes de apoyo social del menor que perfilaban y definían su situación en el contexto. Todo esto requería unas importantes premisas previas: la aceptación por parte del menor de la figura del educador, la negociación del rol del educador y la relación de ayuda con el mismo en base a sus necesidades, y la actuación coordinada del educador social con otros técnicos.

El proyecto fue tomando cuerpo y se comenzaron a realizar intervenciones desde tres perspectivas: personal, grupal y comunitaria. En el cuadro se pueden ver con claridad las características definitorias de cada tipo de intervención, y algunos de los formatos de proyecto en que se ha ido concretando el programa educativo (ver esquema).



En su recorrido, y tras diferentes evaluaciones, el proyecto ha ido experimentando variaciones en cuanto a destinatarios, formatos de proyectos, etc. En la

actualidad, se trabaja con jóvenes y menores entre 10 y 18 años desde proyectos concretos, teniendo como base la coordinación de diferentes profesionales y

con apoyo de asociaciones y voluntarios en algunos de ellos.

La valoración realizada por las diferentes personas implicadas de una u otra forma en el proyecto resulta altamente positiva. El trabajo realizado conjuntamente durante estos 30 meses ha permitido constatar interesantes logros en un buen número de procesos personales y grupales. La mejor confirmación de ello no son nuestras apreciaciones como profesionales, sino la que realizan los propios jóvenes a los que se les solicitó hace un año una primera valoración del trabajo y de la figura del educador: un feed back de los usuarios que sirvió para afianzarnos en el convencimiento de nuestra labor, ya que la aceptación de la figura del educador era plena. Sin embargo, el mensaje más positivo se

dejaba entrever en sus opiniones y no era otro que el protagonismo y la responsabilidad que ellos mismos iban asumiendo con sus propios procesos de cambio.

Desde la experiencia y pensando en el futuro, nuestras reflexiones apuntan a una combinación de estrategias de intervención social: la educación en medio abierto, la educación familiar y el desarrollo comunitario promoviendo el tejido social. Manteniendo asimismo los criterios de trabajo coordinado entre ellos, y también entre ellos y los servicios sociales de base, centros de salud, centros escolares y de formación y otros colectivos que consideramos indispensables para dar sentido a la ayuda social desde la intervención comunitaria.

CARLOS ARGUILEA AZPIROZ

LA EXPERIENCIA DEL PLAN ATERPE

Desde GIZARTEKINTZA-Departamento de Servicios Sociales no se pretende únicamente mejorar o paliar la situación de las personas en situación de pobreza o marginación mediante un apoyo y/o prestación económica, sino que el objetivo se dirige a la adquisición de una autonomía personal y la consiguiente posibilidad de llevar una vida digna sin apoyos asistenciales. No se trata por tanto, únicamente de paliar una situación, sino de llegar a resolverla logrando la plena inserción.

Este objetivo último que es la inserción, ha de perseguirse por todo programa de lucha contra la pobreza, y es a través de instrumentos tales como el Plan Aterpe como GIZARTEKINTZA pretende conseguir la autonomía personal, social y económica de las personas en situación de exclusión, marginación y pobreza.

1. ANTECEDENTES

El Plan Aterpe nace de la constatación de las dificultades que determinados colectivos con los que trabaja GIZARTEKINTZA tienen para lograr una inserción plena e incorporarse al mundo laboral, y que son más acusadas en los casos en los que la discapacidad es de carácter social, dado que los minusválidos físicos y psíquicos poseen ya una serie importante de ayudas establecidas a nivel de las distintas instituciones, además de contar, en el caso guipuzcoano, con redes ya establecidas que facilitan su inserción laboral (GUREAK y KATEA, fundamentalmente).

En base a esta preocupación en el año 1993, y tras diversas reuniones con otros

Departamentos de la Diputación Foral de Gipuzkoa, tales como el de Economía, se elaboró un documento para la promoción de empleo entre un colectivo de «discapacitados sociales». En este documento se enunciaban los objetivos de la actuación y se enumeraban algunas de las áreas a cubrir.

Tras el debate y estudio del documento, a mediados de 1993 se elaboró definitivamente el «Plan para la Inserción en el Mundo Laboral de personas con dificultades de carácter social» -Plan Aterpe- (Decreto Foral 58/1993).

Este Plan, que toma forma de un Programa de Ayudas, ha sido convocado anualmente por la Diputación Foral de Gipuzkoa desde el año 1993. La regulación actual para el año 1996 está contenida en el Decreto Foral 54/1996 (B.O.G. **11-VI-96**).

2. EL PLAN ATERPE

Los objetivos específicos del Plan Aterpe se resumen en:

1. Detectar y apoyar a las personas con dificultades para insertarse en el mundo laboral.
2. Conocer e impulsar a las empresas que quieran trabajar con estos grupos de personas con los parámetros propios del mercado ordinario de trabajo.
3. Establecer en el Territorio Histórico de Gipuzkoa una vía de integración laboral y social competitiva para estos colectivos, prestándoles los apoyos institucionales que precisen en su fase inicial.

Los sucesivos Decretos Forales que han venido regulando el Plan Aterpe desde el año 1993, han impulsado el empleo de aquellas personas y colectivos que se encuentran con graves dificultades para incorporarse plenamente al mundo del trabajo, y dadas las lógicas limitaciones presupuestarias, se ha hecho preciso priorizar ciertos colectivos, definiéndose como beneficiarios del programa a:

1. Ex-toxicómanos
2. Personas con cargas familiares no compartidas perceptoras del Ingreso Mínimo de Inserción (I.M.I.) o de Ayudas de Emergencia Social (A.E.S.)
3. Ex-reclusos o personas en libertad vigilada

Se prevé también la posibilidad de incluir a otras personas o colectivos análogos que por su situación económica y social requieran ayuda para acceder al empleo, siempre que lo estime oportuno la Comisión de Valoración y Seguimiento del Plan.

Para llevar a cabo el Plan de Inserción, el Programa contempla la concesión de subvenciones no reintegrables, para financiar total o parcialmente los supuestos siguientes:

1. Planes de viabilidad de proyectos empresariales para la creación de nuevas empresas o diversificación de las existentes; la subvención puede alcanzar hasta el 100% del coste del estudio, con una cuantía máxima de un millón (1.000.000.-) de pesetas por proyecto.
2. Apoyo directo a proyectos empresariales y gastos derivados de la implantación de los mismos, incluidos los costes sociales de los trabajadores a los que va dirigido el Plan; en este supuesto la subvención a conceder no podrá superar el millón (1.000.000.-) de pesetas por puesto de trabajo estable creado.
3. Tutoría y seguimiento de proyectos; la subvención podrá alcanzar hasta el 100% del coste de esta actividad de tutoría y seguimiento, con una cuantía máxima de quinientas mil (500.000.-) pesetas por proyecto.

3. EVALUACION DEL PROGRAMA

Cuatro años nos han permitido ratificarnos en la idea de que el colectivo ob-

jeto del Programa se ha mostrado activo a la hora de buscar su propia salida, y de ello es buena muestra ver que el número de solicitudes por año se mantiene dentro de los márgenes de 20-29 proyectos, pudiéndose calificar los resultados del programa, dentro de su modestia, como satisfactorios.

En los cuatro años de andadura desde el inicio del Plan Aterpe se han presentado un total de 101 proyectos, siendo la mayor parte de ellos de empleo autónomo (fundamentalmente oficios, transportistas, y comercio minorista), no habiendo existido proyectos de empresa de cierta envergadura, aspecto éste que parece explicarse por las carencias personales de los distintos colectivos a los que va dirigido el Plan, la falta de homogeneidad de los mismos, y la constatación de que la diversidad de Instituciones que trabajan con estos colectivos lo hacen fundamentalmente desde la faceta formativa, no existiendo aún una dinámica normalizada de impulsión empresarial hacia estos colectivos como fase posterior a la formativa.

Aún cuando las cifras globales de creación de empleo resultan modestas, deben valorarse como muy positivas en la medida en que se trata básicamente de proyectos de autoempleo de pequeña envergadura, tras los cuales subyace una actitud personal realmente meritoria por parte de las personas pertenecientes a los colectivos a los que el Plan va dirigido, asumiendo un auténtico compromiso y una responsabilidad frente a la vida y al trabajo.

El número de proyectos presentados por año, en estos cuatro años son los que se reflejan en el siguiente cuadro:

	1993	1994	1995	1996
PROYECTOS PRESENTADOS	29	24	28	20

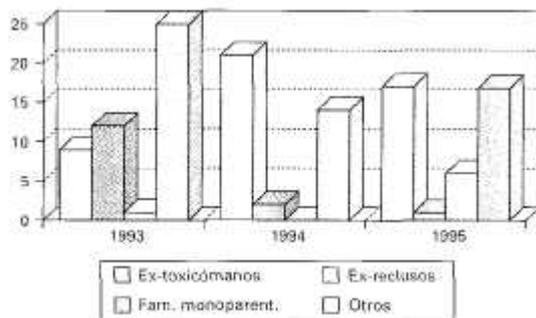
Comparando los datos de los ejercicios 93, 94 y 95, ya que el Plan para el año 1996, aún no está resuelto definitivamente, tenemos los siguientes datos numéricos:

PROYECTOS	1993	1994	1995
APOYADOS	12	186	244
RECHAZADOS	17		
TOTAL	29	24	28

Observamos que el número de proyectos presentados apenas varía, sin embargo, los proyectos presentados han ido mejorando, siendo cada vez más realistas y viables, proponiéndose ideas empresariales factibles por parte de personas que en su mayoría han recibido alguna formación previa, de ahí que el número de proyectos rechazados haya ido disminuyendo en el tiempo. Podemos concluir por tanto, que aunque el número de solicitudes no se incrementa, se observa cada vez más una auténtica inquietud personal de los promotores en la consecución de su idea empresarial.

EMPLEO APOYADO POR COLECTIVOS	1993	1994	1995	TOTAL
Ex-toxicómanos	9	21	17	47
Familias monoparentales	12	2	1	15
Ex-reclusos	1	0	6	7
Subtotal colectivo	22	23	24	69
OTROS	25	14	14	53
TOTAL	47	37	38	122

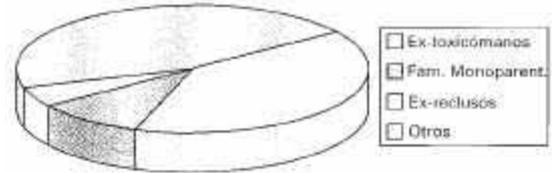
Hasta la fecha el programa ha promovido la creación de un total de 122 empleos, de los cuales 69, el 56,5%, corresponden a personas incluidas dentro de los colectivos a los que preferentemente va dirigido el Plan Aterpe. Cabe destacar la iniciativa de las personas rehabilitadas de toxicomanías, en contraposición con la escasez de proyectos presentados por los restantes colectivos, lo que sin duda se debe al importante trabajo que se viene realizando con este colectivo y a la diversidad de programas de apoyo que existen para la rehabilitación de toxicómanos, a diferencia del resto de los colectivos que están menos apoyados socialmente.



En este gráfico podemos observar la evolución que ha ido presentando en estos años el empleo por colectivos, viendo tal y como ya se hemos comentado que el colectivo de ex-toxicómanos y el grupo de otros es mayoritario frente al colectivo

de ex-reclusos y familias monoparentales, si bien en el año 95 se puede observar una cierta equiparación entre los dos colectivos mayoritarios.

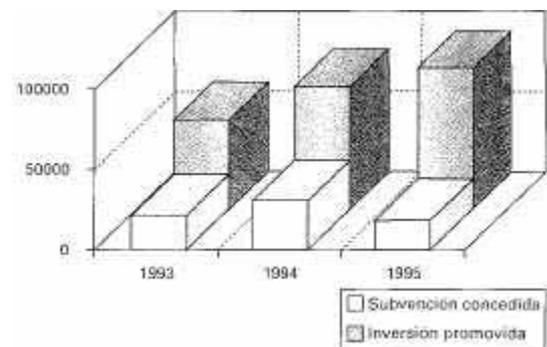
En relación al total de empleo por colectivos creado en los tres años, tenemos:



De este gráfico volvemos a obtener la misma conclusión; el empleo generado en los colectivos de ex-toxicómanos y otros es claramente superior al generado en los colectivos de familias monoparentales y ex-reclusos.

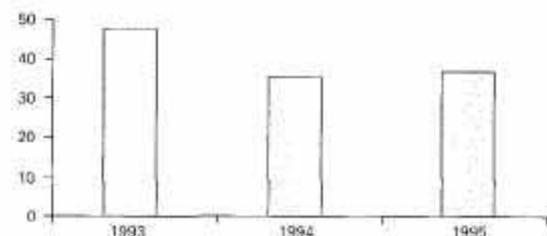
INVERSION-SUBVENCIONES EMPLEO GENERADO	1993	1994	1995	TOTAL
Inversión promovida (1)	55.915	76.639	87.473	220.027
Subvenciones concedidas (1)	21.300	30.473	18.201	69.974
Empleo generado	47	37	38	122

(1) Datos en Miles de pesetas



En este gráfico vemos que la inversión promovida ha ido aumentando constantemente en el tiempo, y a pesar de que en el año 1995 el porcentaje de subvención descendió se mantiene una tendencia invariable en el aumento de la inversión.

Respecto del empleo generado en estos años tenemos:



Podemos observar que el volumen de empleo generado en estos años básicamente se mantiene con pequeñas oscilaciones, pero si contrastamos este dato con la evolución sufrida por la inversión que va en aumento y la subvención que disminuye respecto de la inversión se puede concluir que el Plan tiene futuro y no está agotado, que las personas a quienes va dirigido se movilizan en búsqueda de soluciones a su situación.

4. CONCLUSIONES

Los resultados del programa en cuanto al objeto principal del mismo, inserción al mundo laboral de los colectivos, son positivos, dado que se han creado un total de 122 puestos de trabajo, y además en su mayoría como autónomos, todo ello con una subvención total concedida de 69.974.000 ptas.

En contra de lo que pudiera pensarse, el colectivo objeto del programa se ha mostrado activo a la hora de buscar su propia salida laboral a través del autoempleo fundamentalmente, sin embargo son escasos los proyectos de empresa de cierta envergadura.

Los promotores son fundamentalmente personas del colectivo de ex-toxicó-

manos y del grupo de otros (personas con problemáticas sociales más difusas), lo que podría indicar falta de iniciativa, organización, información o atención por parte de entidades de apoyo de los restantes colectivos.

La mayor parte de los proyectos presentados tienen por origen algún curso de formación ocupacional recibida recientemente, lo que sin duda anima a los promotores a embarcarse en la puesta en práctica de la idea empresarial.

Las dos anteriores conclusiones nos llevan a pensar que aquellos colectivos a los que no se dota de formación ocupacional tienen menos posibilidades de crear su propio empleo y de acceder a una integración en el ámbito laboral, y por otra parte, la importancia de seleccionar adecuadamente el tipo de formación a impartir, dado que ello definirá una actividad futura que debe contrastarse con las posibilidades reales del mercado.

La práctica totalidad de los proyectos son de dos o menos personas, derivado de ello, las inversiones medias por proyecto son reducidas, alcanzando las subvenciones porcentajes no muy significativos sobre el total.

ISABEL ARRIÓLA

LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN GIPUZKOA. HACIA DONDE VAMOS

1. UN POCO DE HISTORIA

Históricamente, los centros residenciales para personas mayores e impedidos para el trabajo, junto a los llamados hospitales de incurables, han sido los recursos que la sociedad ha utilizado para solventar los problemas de soledad, de vivienda, de salud, minusvalía y en definitiva de incapacidad de las personas para poder vivir autónomamente que la red natural de vecinos y familiares no podía resolver con sus propios medios.

En el caso de nuestro Territorio Histórico de Gipuzkoa, las residencias han sido siempre pujantes, dependiendo de una diversidad de personalidades jurídicas de las instituciones diferentes, tales que asociaciones sin ánimo de lucro, ayuntamientos, etc. La iniciativa privada ha tenido y tiene poca incidencia en el sector, al revés que en el Territorio Histórico de Bizkaia donde es preponderante, así como tampoco ha tenido demasiado peso la dependencia de las instituciones forales a diferencia del Territorio Histórico de Araba.

Hasta el año 1985, las ayudas forales iban en el sentido de abonar ayudas individuales a los residentes. A partir de esa fecha, se clasificaron las residencias en

tres grandes grupos, en función de su coste, y Diputación abonaba la diferencia hasta el déficit generado por la insuficiencia de recursos del residente. Si bien Diputación era la que en última instancia autorizaba los ingresos de las solicitudes presentadas, los solicitantes que podían costear su pago ingresaban directamente sin pasar por ningún procedimiento normalizado de ingreso. El Ayuntamiento no conocía los casos, aunque tampoco disponía de un Servicio Social de Base municipal que los valorara.

Ha sido a través de los últimos Convenios de Colaboración de los años 1992 y 1996 como se ha superado esta fase histórica mediante la creación de una auténtica red de centros residenciales consensuada con los propios centros residenciales y los Ayuntamientos.

2. LOS CONVENIOS DE COLABORACION CON RESIDENCIAS

- a) En el Convenio del 92 se pretendió establecer los circuitos para el procedimiento de ingreso en la red, de cara a facilitar una plaza a quien verdaderamente lo necesitara. En este sentido el papel del Ayuntamiento es importantísimo. Uno de los colectivos era el de

las personas con fuertes discapacidades.

- b) Por otra parte, se intentó sobre todo clarificar las aportaciones forales mediante la introducción de un sistema sencillo y claro, de manera que los centros residenciales y los ayuntamientos supieran qué fondos forales iban a recibir. Con ello podían planificar los servicios y estimar sus propios presupuestos.

Creemos que estas finalidades se cumplieron y ello ha supuesto entrar en un nuevo marco de relaciones sólidas.

En el nuevo convenio firmado a primeros del pasado año (1996) se persigue además:

- a) Lograr una clarificación de lo que se consideran recursos económicos del usuario, de cara a estar seguros de que aportan lo que pueden.
- b) Unificar las aportaciones forales de manera que una persona en similar situación personal, familiar y social, y en recursos económicos obtenga una misma subvención foral.
- c) Desarrollar, si no estuvieran contemplados en los centros residenciales, unos estatutos básicos de participación, donde el residente tenga su voz y sea escuchado.
- d) Este último convenio se obliga también al estudio de una nueva formulación de la política de financiación que trate de mantener un equilibrio entre las necesidades de las personas, los servicios efectivamente prestados por los centros y los costes finales a los que se presta.

3. DONDE ESTAMOS Y QUE NECESITAMOS EN CUANTO A OFERTA DE SERVICIOS RESIDENCIALES

Hacia el año 1970, las únicas respuestas a las necesidades de las personas mayores de ser atendidos eran precisamente las de residencialización. En aquel momento, había en Gipuzkoa un total de 990 camas de este tipo, que suponían una

tasa de cobertura de 2,04 por cada 100 ancianos. Es posible que hubiera también personas mayores de este mismo tipo dentro de las salas de hospitales. Un estudio de aquella época las estimaba en 571 camas. En esa fecha no existía ninguna otra forma de atender a las personas mayores, porque todos los servicios sociales diferentes a los proporcionados por la red informal de atención (amigos, voluntarios, familia) nace más tarde.

La evolución del número de camas ha sido bastante rápida:

- 990 en 1970
- 2.400 en 1990
- 3.125 (de ellos 100 son pisos tutelados) plazas para personas válidas/semi-dependientes y grandes inválidas actualmente. Ahora mismo se contempla la creación de un importante número de camas en el área de Donostialdea, del orden de 330 camas, en su totalidad para semiválidos y grandes inválidos para el trienio 1996-1998.

Estimamos que no existen déficits netos de camas residenciales fuera del triángulo formado por los municipios de Donostia, Rentería e Irún, donde existen listas de espera de personas con discapacidades físicas así como carencias sociales y de vivienda. Estimar necesidades de servicios en función de indicadores técnicos, del tipo 4 camas por cada 100 personas mayores (Plan Gerontológico 1994 del Gobierno Vasco) supone aceptar miméticamente indicadores globales, y sobre todo hipotecar los fondos públicos, que a nuestro juicio deberían volcarse de una vez en apostar decididamente sobre el mantenimiento de la persona mayor en su casa.

Lo cierto es que este tipo de alternativas para las necesidades residenciales de las personas mayores se está creando últimamente con mucha intensidad, y así van apareciendo los pisos tutelados, viviendas comunitarias, centros de día y de atención diurna, etc., que están dejando de ser una mera figura decorativa para constituirse en verdaderas redes de atención, como puede apreciarse a la lectura del cuadro siguiente.

Cuadro 1.
Grandes equipamientos y subprogramas de alojamientos y convivencia en el
Territorio Histórico de Gipuzkoa

PRESTACIONES	GASTO DEL DEPARTAMENTO (en millones)		PLAZAS/ N.º USUARIOS		TASA COBERTURA (% sobre mayores de 65 años)	
	1990	1996	1990	1996	1990	1996
Ayuda a domicilio	519,00	711,30	1.830,00	3.225,00	2,10	3,20
Serv. intensivo a domic.	25,00	58,70	80,00	67,00	0,10	0,07
Centro de día	20,00	86,00	135,00	217,00	0,16	0,20
Familias acogida	19,00	84,50	45,00	100,00	0,05	0,10
Residencia ancianos (*)	1.628,00	2.360,00	2.380,00	3.040,00	2,80	3,00
Pisos y apartamento vigilados	3,00	41,70	20,00	115,00	0,02	0,10
Estancias temporales (**)		70,00		260,00		0,30
TOTALES	2.214,00	3.412,80	4.490,00	7.024,00	5,23	6,97

Fuente: Elaboración propia sobre estimaciones de gasto

(*) 60% de las plazas de residencia son de semidependientes y grandes inválidos.

(**) Se trata de 1280 personas en turnos de aproximadamente 2 meses y medio, es decir 260 plazas continuas equivalentes. Se incluyen los respiros.

En el año 1990, un 53% de las personas atendidas por todos los programas de alojamiento y convivencia correspondían al concepto tradicional de estancias en residencias. Media docena de años más tarde, esta proporción ha dejado de ser mayoritaria, representando ahora mismo un 43% de todo el programa. Y ello a pesar de haberse incrementado las plazas residenciales como consecuencia del traspaso de camas asistidas desde la red sanitaria a la de los servicios sociales.

Al mismo tiempo, se anota un importante aumento en el número de personas que vienen siendo atendidas, pasando de 4.500 en el año 1990 hasta las más de 7.000 durante el presente ejercicio. Los índices de cobertura vienen siendo, asimismo, mejores, lo que indica que no sólo se atiende a más personas, sino que quedan menos personas necesitadas sin atender.

Anotar estos incrementos de las tasas de cobertura globales no puede, sin embargo, hacer olvidar otra realidad fundamental, a saber, que la mayor parte de las necesidades de las personas mayores están siendo realmente atendidas por la red informal, y no por las instituciones, fenómeno al que habrá que dedicar buena parte de los esfuerzos futuros.

Por otra parte, la aparición de alternativas de alojamiento y convivencia di-

ferentes a la mera institucionalización, además de dar respuestas mejores desde el punto de vista humano, psicológico y social a determinadas necesidades de las personas mayores, permite plantearse estudios de coste/beneficio que hasta el momento eran sólo análisis de laboratorio. A nuestro juicio este tipo de análisis es fundamental como soporte técnico para determinar las políticas de asignación de los recursos públicos.

4. EVOLUCION DE LOS GASTOS Y DE LA FINANCIACION PUBLICA ESTOS ULTIMOS AÑOS. ¿HAY LIMITES A NUESTROS PRESUPUESTOS?

Hace un momento se ha anotado un notable aumento de los niveles de atención dispensada a las personas mayores del Territorio Histórico de Gipuzkoa. Sin embargo la evolución de los gastos forales también ha crecido, y de forma importante. Se ha pasado desde los 2.214 millones en el año 1990 hasta los 3.420 durante el presente ejercicio. Paralelamente, el gasto total de los centros residenciales durante el año pasado alcanzó la cifra de 5.500 millones de ptas.

O dicho de otra manera, para un aumento de 1,7 puntos en las tasas de cobertura a las personas mayores en seis

años, se han tenido que aumentar en un 54% las aportaciones de Diputación, que ya eran de por sí importantes. Por su parte, las aportaciones municipales han aumentado también de forma significativa, suponiendo en el caso específico de las residencias de ámbito municipal del orden del 24% de todo el gasto. Las aportaciones de los usuarios han dejado de ser simbólicas y suponen un 45% de todo el gasto.

¿Por qué este espectacular aumento de los gastos? Esto es debido a dos fenómenos que vienen siendo compatibles:

- a) Un aumento neto de atendidos en servicios relativamente baratos (asistencia domiciliaria, centros de día, pisos tutelados y viviendas comunitarias),
- b) y un incremento de menor cuantía en términos de personas atendidas, pero en prestaciones caras, como las residencias.

A este respecto hay que añadir, no obstante que el aumento del gasto foral en residencias sólo en parte es consecuencia del crecimiento del número de plazas de la red, ya que además de un aumento neto del número de plazas, paralelamente ha habido una importante conversión de plazas antiguamente dedicadas a las personas válidas para adaptarlas a las personas con diversos grados de discapacidad, que lógicamente necesitan recursos más caros.

Ahora bien, ¿es posible seguir creciendo en recursos presupuestarios como hasta ahora? Está claro que a no ser un teórico viraje espectacular de los presupuestos hacia este capítulo específico (que no se antoja evidente, teniendo en cuenta necesidades de otros colectivos como los jóvenes, o los parados de larga duración), parece que existen límites presupuestarios a una creación indefinida de plazas residenciales. Si esta premisa resulta verdadera, es crucial tender a la consolidación de una red de atención formal e informal de servicios alternativos, polivalentes cuya relación coste/beneficio resulte más rentable que las actuales residencias, además de incrementar la participación del usuario en los costes reales si ello fuera razonablemente posible.

Por otra parte, si es verdad que todavía hace falta un fuerte apoyo económico público para combatir los déficits de equipamientos existentes, lo cierto es que esta tendencia tendrá posiblemente un límite interno, ya que en temas de servicios sociales:

- a) las necesidades son siempre superiores a los recursos,
- b) tanto los servicios como, sobre todo, los costes no son estáticos, sino expansivos,
- c) y, por tanto, las mejoras futuras para atender nuevas necesidades más complejas a un mayor número de personas tendrán que venir necesariamente de mejores prácticas y más productivas, no de un incremento siempre creciente de aportaciones públicas.

5. ¿CUALES SON LOS RETOS ACTUALES EN ELT.H.?

Por una parte, el tema de la financiación de los servicios que se vienen poniendo en marcha. En la medida en que existía un número relativamente limitado de plazas y servicios, la financiación pública podía jugar un papel fundamental a la hora de asegurar un nivel de calidad y de prestaciones a las personas que venían siendo objeto de tales prestaciones, sobre todo cuando se dirigían básicamente a personas con pocas necesidades de atención personalizada. En esa situación el peso de la aportación económica del usuario podía ser limitado.

Esta situación se pone en peligro cuando la base poblacional a la que se sirve es más ancha y son personas que demandan servicios caros. En ese momento, no hay razón para no exigir a los usuarios que contribuyan a pagar los servicios que consuman en función de sus ingresos.

Ahora bien, estos recursos económicos no serán sólo los que el solicitante tenga a bien declarar voluntariamente, sino que tiene que ponerse en marcha todo el sistema de información de que se dispone para estar seguros de que el usuario no tiene otros recursos económicos. En este sentido, GIZARTEKINTZA va a comprobar en todas las bases disponibles (Hacienda, INSS, INEM, etc.) si los datos de la declaración jurada de ingresos del solicitante de plaza residencial es la que aparece en los registros oficiales. Con ello contribuiremos además a mantener la credibilidad de la asignación pública de los recursos.

Por otra parte, no todos los problemas de equidad están resueltos. Lo cierto es que la búsqueda de una igualdad de oportunidades para todas las personas mayores necesitadas de atención residencial es

un objetivo que sigue siendo válido si se quiere dar respuesta en estas cuatro vertientes:

- a) en cuanto a que no sean discriminados los ciudadanos residentes en municipios donde no exista un centro residencial.
- b) en cuanto a que se le atienda lo más posible cerca de su entorno familiar y social.
- c) en cuanto que no se vea discriminado en razón a su estado de discapacidad, y reciba los mismos servicios que cualquier otra persona.
- d) en cuanto a que no influya su situación económica (ni a favor ni en contra) para dar respuesta a una persona mayor en dificultades.

A responder a estos dos grandes problemas (la financiación de los recursos por una parte y el mantenimiento de los principios de equidad por otra) se dirige la reforma del sistema de financiación que se está proponiendo ahora mismo.

6. ¿CUALES DEBERIAN SER LOS RETOS DE LA PLANIFICACION DE LOS RECURSOS DEL FUTURO PROXIMO?

La definición de objetivos planteada hace un momento avanza en el objetivo de la lucha por la equidad pero no resuelve todos los problemas y algunos quedan en el tintero. Señalaría dos importantes:

- a) cómo abordar la tendencia al incremento de costes y,
- b) tratar de paliar la falta de elección del usuario entre distintas alternativas con distintos resultados desde el punto de vista coste/beneficio. Le proporcionamos una plaza (si tenemos suerte), le proporcionamos asistencia domiciliaria o plaza en centro de día, pero real-

mente no le dejamos escoger. En definitiva no le damos la posibilidad de convertirse en cliente.

A mi juicio, los dos temas van unidos. La posibilidad de escoger posibilitará que el cliente vaya adonde prefiera.

Ahora mismo, esta posibilidad dista de ser posible en el horizonte cultural de nuestra Administración Pública, pero quizá es también que estamos aparcados en soluciones cortas. Otras Administraciones también públicas avanzan en otras direcciones y los resultados no son forzosamente peores.

En este sentido, a mi juicio, las tareas de acreditación residencial que garantizan que los centros residenciales cumplen una serie de requisitos mínimos de instalaciones industriales, de lucha contra las barreras arquitectónicas, de personal necesario, de servicios médico-sanitarios imprescindibles, de organización de servicios personalizados, de atenciones hoteleras suficientes, y sobre todo de buenas prácticas profesionales no son trámites administrativos sino que indican que el centro está capacitado para atender personas mayores porque reúne unos requisitos mínimos. Pero el tema no se agota ahí si el coste/estancia resulta prohibitivo o tiene dificultades de ser financiado. Tenemos que permitir que con tales condiciones exigibles, haya costes diferentes por diversos agentes diferentes al menos donde sea posible.

Otro tanto se debe hacer con todos los servicios sociales, luchando por una homologación de los servicios de asistencia domiciliaria, centros de día, etc. Esos paquetes de servicios homologados pueden ser prestados por diversos agentes sociales a costes diferentes.

La posibilidad de dar a escoger realmente al cliente seguro que ayudaría a la creación de este tipo de agentes.

JOSEBA ETXABE

PROGRAMA DE ALOJAMIENTO DE ESTUDIANTES CON PERSONAS MAYORES

Este Programa surge en el intento de hallar respuestas a dos problemas que desde sectores de población muy diferentes se plantean. En primer lugar, el problema de alojamiento con el que se enfrentan numerosos universitarios y que repercute en una serie de riesgos e inconvenientes para aquellos que residen en provincias próximas o en localidades alejadas de Donostia, teniendo que desplazarse diariamente hasta sus Facultades respectivas y que obliga a los diferentes estamentos públicos, responsables en estas áreas, a la búsqueda de soluciones urgentes.

En segundo lugar, nos encontramos ante un numeroso colectivo de personas mayores que viven solas y que frecuentemente vienen a aumentar la ya elevada cifra de solicitantes para ingresar en alguna residencia, siendo el motivo fundamental de esta decisión el sentimiento de soledad y de desatención, lo que podría atenderse con otras medidas sin tener que recurrir a la institucionalización.

Por todo ello, en Septiembre de 1995 GIZARTEKINTZA y el Campus de Guipúzcoa de la U.P.V. suscribieron un Convenio de Colaboración para la realización de un programa que, de manera experimental, intentaría beneficiar tanto a personas mayores como a estudiantes. A través del mismo se trataría de facilitar la solución al problema de alojamiento de algunos jó-

venes y ofrecer apoyo humano a personas mayores en situación de soledad.

El aspecto novedoso del Programa de Alojamiento a Estudiantes era la apuesta que, desde la coordinación de estas dos Administraciones, se hacía por un programa de apoyo intergeneracional, en el convencimiento de que esta nueva experiencia, además de dar respuesta a unos problemas concretos, serviría para el enriquecimiento personal de los participantes, al conocer en la convivencia a otras personas de características y vivencias muy diferentes.

En definitiva, este proyecto está basado en el ofrecimiento por parte de la persona mayor de un alojamiento para el estudiante universitario durante el curso académico y en la colaboración de este último ofreciendo su compañía y apoyo en pequeñas tareas domésticas, así como, en caso necesario, su ayuda personal para realizar alguna actividad.

1. CONTENIDO DEL PROGRAMA

Para desarrollar el Programa se establecieron una serie de condiciones y se distribuyeron los diferentes cometidos, quedando todo ello regulado de la siguiente manera:

1.1. Ambito

Se limita a aquellas localidades del Territorio Histórico que cuentan con Escuelas o Facultades universitarias.

1.2. Beneficiarios

- a) Personas mayores que reúnan las siguientes condiciones:
- Tener cumplidos los 65 años
 - Vivir sólo o con otra persona mayor
 - Ser válido o con ligeras incapacidades
 - Disponer de una vivienda habitual con carácter estable y en condiciones adecuadas al uso que se pretende, disponiendo de una habitación para el estudiante.
- b) Estudiantes que, no teniendo vínculo de parentesco con la persona alojadora, cumplan estos requisitos:
- Ser mayor de 18 años
 - Estar matriculado en la Universidad para el curso académico correspondiente
 - No ejercer trabajo remunerado por cuenta propia o ajena.

1.3. Prestaciones

Estas se refieren a los servicios que, recogidos en un contrato, se ofertan de forma mutua entre los participantes y que corresponderían en cada caso a:

- a) La persona mayor para con el estudiante:
- alojamiento en habitación independiente
 - acceso a los servicios de equipamiento de la vivienda (baño, cocina, aparatos electrodomésticos...)
 - pago de los gastos generales de la vivienda
 - facilitar llave de la vivienda
 - uso del teléfono para recepción de llamadas telefónicas.
- b) El estudiante, además de pernoctar en la vivienda y estar presente en las horas de las comidas, se compromete con la persona mayor a ofrecerle una de estas dos prestaciones:

Compañía: lo que supone el acompañamiento o la ayuda para algunas actividades, como compra de alimentos, medicinas, u otras similares. Estimándose la duración de las mismas en una hora diaria aproximadamente.

- Ayuda: comprende las señaladas en la modalidad anterior pero ofreciendo una mayor dedicación a la persona mayor o desarrollando tareas domésticas que esta no pueda realizar por sufrir algún tipo de limitación.

1.4. Ayudas económicas

GIZARTEKINTZA, con el fin de no gravar la economía de aquellas personas acogedoras que cuentan con ingresos muy bajos, establece unas subvenciones destinadas a aquellos mayores que no perciban ingresos superiores al doble del Salario Mínimo Interprofesional.

Se contemplan cuantías diferentes según la modalidad de prestación acordada, correspondiendo 10.000.- ptas./mes por la prestación de Compañía y 30.000 ptas./mes por la de Ayuda, de las que 20.000 serían para compensar al estudiante por el apoyo prestado.

1.5. Procedimiento

Después de desarrollar una intensa campaña de divulgación a través de los medios de comunicación y mediante la información directa a servicios públicos, organismos privados y asociaciones que trabajan o colaboran con los colectivos afectados, la recogida de la demanda se realiza de manera diferenciada, siendo la Oficina de Información al Estudiante del Campus de Guipúzcoa quien se encarga de la correspondiente a los universitarios y GIZARTEKINTZA la responsable de las solicitudes de los mayores.

Los estudiantes dejan constancia en un formulario de sus datos personales, estudios, horarios... así como de sus preferencias por uno u otro tipo de prestación a realizar.

A su vez, las solicitudes de los mayores son valoradas por un Asistente Social que visita el domicilio y recoge toda la información necesaria sobre la situación personal y la disposición del interesado hacia el acogimiento. Esto se completa

con la evaluación del grado de capacidad que tiene esta persona para desarrollar las actividades cotidianas, realizada por un A.T.S. de GIZARTEKINTZA.

A continuación, el equipo de GIZARTEKINTZA es quien se encarga del proceso de selección y emparejamiento de los candidatos, buscando conseguir el máximo de idoneidad entre ellos. Para ello, antes de que la pareja mayor/estudiante firme el acuerdo de hospedaje, pactando las condiciones del mismo, se realizan las entrevistas y visitas a los domicilios que faciliten el mutuo conocimiento, procurando que la decisión se tome por ambas partes con las mayores garantías de éxito posibles.

Una vez formalizada la nueva relación y tramitada, en su caso, la ayuda económica correspondiente, el equipo de GIZARTEKINTZA debe mantener su labor de seguimiento mientras los participantes se mantengan dentro del Programa.

2. DESARROLLO DEL PROGRAMA

El Programa se puso en marcha a comienzos del curso 95-96, pero lo avanzado de las fechas y la dificultad que implica la introducción de un proyecto nuevo de estas características hicieron que el número de participantes en ese periodo fuera muy reducido. Un total de siete estudiantes fueron acogidos por seis personas mayores.

La mayor dificultad para ampliar este número se da por parte de los mayores. En primer lugar, por sus reticencias a abrir la intimidad de sus domicilios a una persona desconocida y, normalmente, de costumbres y mentalidad muy diferentes. En segundo término, porque no siempre sus objetivos y condiciones coinciden con los del propio Programa.

No obstante, para el presente curso 96-97 el número de participantes ha aumentado y en la actualidad son un total diecisiete los estudiantes que se alojan en los domicilios de quince mayores.

Aunque todavía se trata de un grupo reducido, el aumento de participantes y el hecho de que la mayoría de quienes lo experimentaron el curso pasado hayan querido continuar supone un paso importante para el afianzamiento del programa. De todos modos hay que tener en cuenta que la evolución ser lenta, ya que implica cambios considerables en las costumbres cotidianas y en la mentalidad de la persona mayor; de la misma manera tampoco es siempre fácil para el joven la

adaptación a un tipo de relación y a un entorno muy distintos de los que habitualmente suelen disfrutar.

3. DATOS DE INTERES

Este año de experiencia ha permitido conocer determinadas características y circunstancias personales de los participantes, así como su actitud hacia las condiciones del programa, los problemas surgidos en la convivencia y otros aspectos de interés que conviene tener en cuenta para la buena marcha del proyecto. Entre ellos podemos señalar los siguientes:

- La respuesta desigual de los dos colectivos. La acogida del Programa por parte de los jóvenes ha sido muy superior a la de los mayores.
- Todos los participantes, tanto estudiantes como acogedores, son mujeres. A pesar de ser numerosos los chicos que solicitan participar, no hay ofrecimiento para ellos por parte de los mayores.
- La media de edad de las personas acogedoras es elevada, por encima de los 80 años, y en ocasiones sufren algún déficit de carácter sensorial o motor.
- La mayoría de ellos disponen del servicio de tele-alarma y de apoyo doméstico, público o privado, que en muchas ocasiones resulta insuficiente para sus necesidades.
- El nivel de ingreso de estas personas es bajo, por lo que en todos los casos se ha solicitado ayuda económica.
- Los estudiantes tienen entre 20 y 25 años y provienen de las provincias de Araba y Bizkaia.
- La mayoría de los estudiantes cursan estudios de carácter social/humanista, siendo minoría entre ellos los que han tenido algún tipo de relación con el mundo de los mayores.
- Los problemas mas serios surgidos en la convivencia han sido consecuencia de la desvirtualización del contrato, en lo referente al reparto de las tareas domésticas y responsabilidades mutuas.
- Muchas viviendas presentan déficits importantes: falta de higiene, frío, etc.. y, en ocasiones, el estudiante ha tenido dificultades en el acceso a determinados servicios: lavadora, agua caliente...

- La modalidad de compañía es la prestación más empleada, debido posiblemente a que la mayoría dispone del servicio de Ayuda a Domicilio.

4. REFLEXIONES

A la vista de estos datos se plantea la necesidad de corregir y mejorar dos aspectos:

- Delimitar las tareas y responsabilidades mutuas mediante una mejora de la información inicial, la elaboración de

un contrato más detallado y la supervisión continua por parte del equipo

Mejorar el seguimiento individual y general del proceso, facilitando la comunicación y el contacto personalizado, con la figura de un profesional único de referencia estableciendo contactos periódicos con todas las partes, y promoviendo el intercambio de experiencias por medio de encuentros entre los estudiantes.

ISABEL AZAOLA
LOURDES GAGO
ELENA AGIRREZABALA

PROGRAMA DE FAMILIAS DE ACOGIDA

1. COMIENZO E IMPLANTACION INICIAL

El apoyo a personas mayores mediante servicios tendentes a mantenerlas en su entorno social constituye una de las áreas que tanto los usuarios como los expertos en temas de gerontología social consideran de gran interés. En esta línea de actuación tiene su perfecto encuadre el Programa de Familias de Acogida.

A través del CLEIRPPA se tuvo conocimiento de que una experiencia de este estilo se estaba planteando en diversos países europeos y en EE.UU. Por ello se solicitó la colaboración de expertos franceses que sirvió para iniciar la experiencia piloto que se llevó a cabo en Gipuzkoa el año 1988.

Dicha experiencia no estuvo exenta de dificultades. Fue un programa pionero en el estado español, por lo que se carecía de referencias próximas a nuestro entorno, así como de bibliografía adecuada. Sin embargo y a pesar de los temores, dudas y reticencias, el programa se puso en marcha, tras una pequeña difusión en los medios de comunicación. Esta experiencia de corta duración y con un número mínimo de acogimientos —6 casos en total— no fue motivo de desánimo, sino que por el contrario se percibió como positiva y viable si se llevaba a la práctica con cautela.

Después de un periodo de estudios, análisis y debates con diferentes planteamientos para la continuidad del Programa, se inicia su implantación definitiva mediante Decreto Foral 56/1989, de 14 de Noviembre, publicado en el B.O.G. n° 230

de fecha 4 de Diciembre de 1989. Esta norma incluía la participación básica de los Servicios Sociales Municipales, lo cual facilitó que durante el primer año siguiente a la experiencia piloto, la implantación del programa fuera importante (50 casos).

En este apartado cabe comentar que en esta primera fase fueron mayoritarios los acogimientos existentes de hecho, lo que sirvió para dar una solución a una práctica enraizada en la solidaridad tradicional.

2. DEFINICION Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El Programa de Familias de Acogida consiste en proporcionar a la persona mayor con necesidad de alternativa de alojamiento, la posibilidad de integración en una familia, ajena a la natural, que pueda atender sus peculiares necesidades derivadas de la edad, y al mismo tiempo proporcionarle un ambiente y trato familiares.

Se consideran idóneas para el acogimiento familiar a las personas mayores que no presenten grandes problemas de adaptación por dificultades de salud mental o caracteriales, pero planteen carencias de orden afectivo por soledad o conflictividad en sus relaciones con su propia familia y/o en su entorno. En cuanto a su nivel de discapacidad, pueden ser personas físicamente válidas o semiválidas. Una indicación para este programa es el de las personas con precariedad de vivienda o de situación económica.

En cuanto a los requisitos específicos de las personas es el de no ser pariente por consanguinidad ni afinidad con ninguna de las personas integrantes de la familia acogedora.

Entre las características idóneas aunque no excluyentes para ser familia acogedora se citan las de constituir una familia intergeneracional, mantener relaciones interpersonales positivas, ser sociables, optimistas, abiertas al entorno, solidarias y con equilibrio físico-psíquico. Se recomienda además tener experiencia previa en el cuidado de personas mayores.

No se considera determinante la situación financiera, ni el nivel cultural, aunque sí habrá que valorar que la familia pertenezca a un entorno similar al del acogido o que, en cualquier caso, le facilite su integración.

Un aspecto de importancia que deberá tenerse en cuenta es la vivienda de la Familia de Acogida, tanto en su ubicación, sin dificultades de acceso y próxima a los diferentes servicios de la comunidad, como en su dotación, con suficientes condiciones higiénicas y de salubridad, carente de barreras arquitectónicas y obstáculos que puedan dificultar el acceso o desenvolvimiento del beneficiario y provista de espacio suficiente para alojar con desahogo a la familia y al beneficiario.

Por otra parte, hay que señalar que en el momento de realizar la acogida, la familia y el acogido firman un contrato bilateral y privado que recoge aspectos como determinación de servicios a prestar, parte de la vivienda de la que puede disponer, cantidad a abonar, etc. Asimismo se exige a la familia suscriba un seguro o póliza multirriesgo de hogar con responsabilidad civil incluida.

Siendo la Administración responsable de este programa a todos los niveles —organización, promoción y subvención— y habiendo delegado a familias la atención de personas mayores, el compromiso de seguimiento del mismo es mayor que cuando el acogimiento es en una institución, por cuanto que a través del mismo, podrán detectarse dificultades de adaptación, cualquier tipo de abuso o malos tratos, e incluso casos que exijan una incapacitación legal.

Desde los Servicios Sociales de Base se lleva a cabo un seguimiento individual y trimestral mediante relación directa con la familia y/o persona mayor de la cual se pasa información a GIZARTEKINTZA.

3. EVALUACION DEL PROGRAMA

Por su parte, este Departamento ha realizado evaluaciones periódicas del programa, a través de las cuales se ha detectado un grado de satisfacción elevado entre el colectivo.

Citando algunos aspectos de esta evaluación se mencionan algunos resultados referentes a los siguientes objetivos, como el mantenimiento de la persona en su entorno, con buenos resultados. Asimismo, se anota claramente un retraso o incluso una sustitución de la institucionalización en determinados casos. En cuanto a la integración de la persona en la familia, los datos pueden ser considerados satisfactorios.

4. FINANCIACION

Desde su inicio, este programa ha venido financiándose mediante la aportación económica de la persona mayor acogida y de GIZARTE KINTZA.

En el momento actual están estipuladas dos cantidades diferentes a abonar a la familia, según el grado de validez de la persona mayor acogida: cuando esta es considerada como válida, la cantidad a percibir por la familia es de 95.000 pts/mes y de 115.000 pts/mes cuando se trata de persona inválida (a partir del nivel 4 en la escala Kuntzmann).

El acogido debe abonar el 50 % de sus ingresos; la diferencia hasta los topes señalados la abona GIZARTE KINTZA.

Indicar que si bien el coste por persona en este programa es superior para Diputación que el que supone para ingreso en Residencias, carece en cambio de gastos de infraestructuras, personal, etc., propios de otros recursos. También decir que la aportación exigida a las personas mayores es inferior a cuando ingresan en Residencias. Esto es debido a que las personas incluidas en este programa son mayoritariamente válidas con un grado de autonomía superior por lo cual precisan de más medios para su desenvolvimiento social.

La media de subvención de Gizartekintza por persona válida es de 64.500 ptas/mes y de 87.900 ptas/mes por persona válida e inválida respectivamente.

5. OBSERVACIONES

El acogimiento familiar no es un recurso que deba aplicarse para dar res-

puesta urgente a las personas mayores. La necesidad imperiosa de nuevo alojamiento no debe primar sobre los factores que determinen un buen acogimiento. Para que este sea duradero y de calidad la persona mayor debe tomarse el tiempo preciso para asumir los cambios con serenidad, para eliminar la angustia que la perspectiva de cambio puede producirle y para conocer de antemano a la familia y su nuevo entorno.

También el profesional que orienta el caso, debe afinar aspectos como el de la selección de la familia y conseguir que

ésta sea la más adecuada a las características del posible usuario del programa.

Un aspecto a tener en cuenta en este programa es la necesidad de proporcionar a las familias de acogida un nivel mínimo de formación. Aunque no se exige un personal especializado, sí que es preciso dotarles de unos conocimientos específicos acerca de las características propias de la tercera edad, enfermedades, limitaciones y discapacidades más frecuentes así como de métodos y técnicas precisos para mejorar su atención.

PILAR RIBO

CENTROS DE DÍA: UN RECURSO EN FRANCA PROGRESION

1. DEFINICION GENERAL

Los Centros de atención diurna son equipamientos de la Red Básica de Servicios Sociales. Se trata de una alternativa convivencial orientada a personas que requieren atención personal diurna (superior a las 2 horas diarias), a consecuencia de su discapacidad físico-psíquica, y que pueden carecer de un apoyo familiar y social que asuma plenamente las necesidades de cuidados y asistencia.

En términos generales, decimos que el principio básico en el cual se rige el Centro de Día es que la persona mayor discapacitada físicamente y/o psíquicamente y/o socialmente, se mantenga integrada en su entorno social, y pueda desarrollar su vida cotidiana de la forma más normalizada posible, pudiéndose evitar o retrasar la necesidad de institucionalización en un Centro Residencial.

2. BREVE HISTORIA

Los primeros Centros de Día en Gipuzkoa surgieron dentro de entidades benéficas, sin ánimo de lucro, como Cáritas, con los Centros de Atención Diurna de Laguntza-Etxea y las Mercedes (1983-1984), y más tarde el Centro de Día de la Fundación Matía (1988) y los Centros de Día municipales de Ordizia e Irun.

Después de un periodo de estancamiento respecto a la apertura de nuevos Centros de Día, nos encontramos con un nuevo e importante desarrollo de tal red asistencial en los últimos dos años, con-

tando en la actualidad con 15 Centros de Día en Gipuzkoa, que ofrecen una disponibilidad actual de 270 plazas, estando pendiente en un futuro muy próximo la apertura de nuevos Centros de Día en Centros Sociales propios de Diputación (Hogares de Jubilado de Zumaia y Bergara), así como dependientes de Ayuntamientos (unos tres o cuatro), que se debieran concretar en breve. De hecho, nos encontramos en un momento clave para empezar a analizar con profundidad lo que hemos hecho hasta ahora, a qué necesidades hemos dado respuesta, qué objetivos hemos alcanzado, y sobre todo cómo pensamos que hay que estructurar los nuevos Centros de Día, de cara a una población cada vez más mayor, con una alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, con particular referencia a las enfermedades de deterioro psíquico.

Según los datos actuales, se están atendiendo un total de 216 personas mayores de las 270 plazas disponibles. Según la valoración de discapacidad física y psíquica (valoración Kuntzmann), 94 son personas al límite de la validez y 122 son inválidas. Así mismo, el 63% son mujeres, y el 50% son mayores de 80 años.

3. SITUACION ACTUAL DE LOS CENTROS DE DIA EN GIPUZKOA

3.1. Ubicación. Ambito de cobertura

Actualmente en Gipuzkoa existen 15 Centros de Día, que se diferencian prin-

principalmente en base a la ubicación (independientes, en hogares, en residencias), ámbito que cubren, y sobre todo por los programas de intervención especializada, siendo enfocados algunos Centros de Día de forma especializada a la atención de personas con deterioro psíquico (modelo psico-geriátrico como el Centro de Día de Zarautz o el módulo de atención psico-geriátrica del Centro de Día de la Fundación Matía).

Desde el punto de vista de su ámbito geográfico, los Centros de Día cubren zonas bien de tipo municipal, comarcal y hasta intercomarcal, según las características de cada Centro, el volumen de la demanda, su dimensionamiento, y los perfiles de usuarios que se atienden (para los cuales dirigen programas de tipo más especializado, ejemplo: Centros de Día de atención principalmente psico-geriátrica). Su principal característica es precisamente la polivalencia y la adaptación al entorno social que le toca responder.

3.2. El perfil del usuario

El perfil del usuario que se atiende está determinado por la demanda que se recibe en los Servicios Sociales de Base, estando basada principalmente en un buen diagnóstico que incluye la valoración social por la Asistente Social de cada municipio, y la valoración de discapacidad físico-psíquica con la evaluación de necesidad asistencial que realiza el personal sanitario de los Centros Sociales.

Se puede resumir fundamentalmente tres tipologías de usuarios:

- a) Personas que se encuentran en situación de discapacidad física y/o psíquica, y donde el apoyo familiar y social es deficiente.
- b) Personas que, reuniendo las características anteriores, se encuentran conviviendo con las propias familias, suponiendo en este caso el Centro de Día un apoyo a las familias que asumen mantener al propio anciano en su domicilio.
- c) Personas solas que podemos definir en situación de riesgo social a consecuencia de su desamparo socio-familiar, de su carencia de medios materiales adecuados para su subsistencia, o de su edad avanzada (con consecuente deterioro funcional psicorgánico aunque no en grado patológico). Son personas que precisan de una atención y

de un ambiente socio-familiar que cubra sus necesidades afectivas y de inserción social, pudiendo permanecer en un sistema de vida más normalizado.

4. PRESTACIONES BASICAS

Las prestaciones básicas que ofrecen los Centros de Día se pueden perfilar en las siguientes:

- Servicio de transporte adaptado (según necesidad de la demanda)
- Servicio de comedor
- Servicio de higiene personal
- Servicio de lavandería
- Servicio de asistencia social
- Servicio de atención sanitaria

Dentro de tales servicios se diseñan cuatro tipos de intervenciones:

- a) Programa de Atención Personal: Tal programa consiste en cubrir necesidades básicas como son la alimentación, aseo personal, compañía, traslados, etc.
- b) Programa de apoyo y tratamiento social: Es una prestación encaminada a facilitar la normalización social mediante la cobertura de necesidades sociales en coordinación con los servicios sociales y agentes comunitarios.
- c) Programa de inserción social: Es un programa de laborterapia y programas de tipo lúdico y recreativo.
- d) Programa de prevención sanitaria asistencial, que incluyen:
 - Programa de rehabilitación menor y de mantenimiento.
 - Programa psicogerátrico de estimulación psíquica.
 - Programa psicogerátrico de orientación psíquica.

Las prestaciones que ofrece cada Centro se tienen que adaptar y configurar en base a las necesidades del grupo atendido y a las necesidades individuales de cada usuario, siendo básica la valoración inicial y la evaluación de seguimiento del equipo interdisciplinar de cada Centro, en el cual participan las figuras implicadas en la elaboración particular de cada programa además de la figura coordinadora del Centro.

5. CONFIGURACION DEL ESPACIO Y PERSONAL

Los espacios donde se desarrollan las actividades correspondientes a las prestaciones que ofrece cada Centro de Día tienen que ser estructurados con criterios de rentabilidad y versatilidad de los ambientes (siendo ideal la diversificación en tres ambientes identificativos de las funciones de convivencia, actividades y reposo).

A efectos de cálculo de necesidades de espacios de nueva planta, GIZARTEKINTZA-Departamento de Servicios Sociales viene utilizando criterios de 7,5 a 10 metros cuadrados/usuario.

El personal está definido como personal de atención directa (personal cuidador, asistente social, monitores de programas, personal sanitario, según el diseño personal de cada Centro de Día) y un personal indirecto (dirección, cocina, mantenimiento, transporte...). Este personal puede ser compartido con el servicio del Centro donde está ubicado el Centro de Día (Residencia, Hogar de Jubilado) o independiente (según contratación y servicios externos).

Actualmente, la composición general del personal que está trabajando en los Centros de Día está así repartido entre personal directo, que representa el 62,2% sobre el personal general, y personal indirecto, que representa el 37,8% sobre el personal general, presentándose un ratio de atención directa por usuario de 1/6.

6. SISTEMA DE ADMISION Y FINANCIACION

Como ya hemos dicho anteriormente, la demanda debe estar basada en un buen diagnóstico, incluyendo la valoración social, la valoración de discapacidad físico-psíquica y la valoración de necesidades asistenciales, realizándose las solicitudes en los Servicios Sociales de Base de cada Ayuntamiento.

Cada municipio o ente responsable de la gestión, puede determinar los requisitos generales de admisión que en términos generales son:

- Empadronamiento con dos años de anterioridad.
- Depender de otra persona para las actividades de la vida diaria, o carecer de apoyo socio-familiar.

— Precisar de un servicio de apoyo a las familias que no están en condiciones de poder atender todo el día a la persona mayor.

— Se excluyen personas que presentan trastornos de conducta importantes, que padecen enfermedad infecto-contagiosa, o que se encuentran encamadas.

El coste del Centro de Día está definido por el tipo de servicio que ofrece, su ubicación (si comparte o no servicios con otro centro), su dimensionamiento y ámbito de cobertura. El coste/plaza viene además directamente relacionado con la ocupación real de las plazas previstas, siendo tanto más rentables cuanto más son las plazas ofertadas y ocupadas.

La financiación está repartida entre la Diputación, el Ayuntamiento y el usuario, siendo el coste/plaza diferente por cada Centro de Día, aunque se puede decir que el coste medio de una plaza es de 80.000 ptas./mes.

Respecto a la aportación de la Diputación Foral de Gipuzkoa, ésta financia las entidades gestoras de los Centros de Día, unas cantidades similares a las que se dan a las Residencias de Ancianos.

El usuario paga una cuantía según unos baremos definidos por la entidad gestora del Centro, y la diferencia el mismo Centro Gestor (normalmente Ayuntamiento).

Según la memoria de 1995, el coste general de los Centros de Día, repartidos en gastos de personal, compras, servicios externos, ha llegado a ser de 173.184.132 pesetas, de las cuales casi el 50% han sido financiados por la misma Diputación Foral de Gipuzkoa.

7. TASAS DE COBERTURA Y CRITERIOS A TENER EN CUENTA EN EL DISEÑO DE NUEVOS CENTROS DE DIA

La tasa de cobertura actual en Gipuzkoa es de 0,26 plazas cada 100 personas mayores. Teniendo en cuenta que según el Plan Gerontológico de Euskadi se estima una tasa de cobertura necesaria a medio o largo plazo de 0,5 plazas cada 100 personas mayores, nos encontramos a mitad camino respecto a los objetivos a alcanzar para el año 2000.

Como se puede observar, el mayor número de plazas ofertadas se centra en la

Comarca de Donostialdea, estando en estudio la próxima apertura de nuevos Centros de Día en distintos municipios, que ven cada día más imperiosa la necesidad de abrir tal tipo de servicio a su población mayor.

Al analizar los criterios para evaluar la apertura de nuevos Centros de Día, habrá que responder a criterios de comarcalización de la demanda, y a criterios de máximo aprovechamiento de los equipamientos, del personal y de los recursos y servicios existentes. Es fundamental, a nivel comarcal, racionalizar la distribución de la demanda, y posiblemente tender cada vez más a la apertura de Centros de Día con módulos especializados y de ámbito comarcal, que puedan responder de una forma más eficaz a las necesidades de los distintos grupos

de población (según grado y tipo de discapacidad).

Habrá que mostrar, además, particular atención a aquel grupo de población que presenta deterioro psíquico en sus distintas fases y que es cada vez más numeroso tanto más se avanza en la edad, y que requiere un tipo de intervención precoz y especializada a nivel preventivo, reeducativo y asistencial.

Queda por evaluar si el modelo de Centro de Día polivalente y descentralizado que se está desarrollando en el Territorio Histórico es capaz de responder no sólo a las exigencias de coste sino también a los de prestación de un servicio que dé la atención que precisan las personas que allí acuden.

CINZIA SANNINO

EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN GIPUZKOA. VISION GENERAL Y RETOS ACTUALES

1. MARCO GENERAL

La prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio es una competencia plenamente municipal en Gipuzkoa. Todos los ayuntamientos del Territorio Histórico (88) prestan el servicio en la actualidad. El Ayuntamiento detecta los casos, valora las necesidades de las personas y define todos los aspectos de la atención. Es el propio ayuntamiento quien realiza el seguimiento y presta el servicio a través de diversas vías.

Cada Ayuntamiento posee un reglamento propio establecido en ordenanzas municipales que determina quiénes son los beneficiarios, las atenciones incluidas en el servicio, los criterios de valoración de incapacidad, los baremos de aportación económica, etc.

Esto significa que no existe un modelo único de gestión o reglamentación en Gipuzkoa. Su financiación, en cambio, es compartida por tres fuentes: el Ayuntamiento, el propio usuario y la Diputación.

Desde el punto de vista del tratamiento de los datos, se pueden establecer dos grandes modelos de S.A.D.

- a) Los municipios pequeños (44 de menos de 2.000 habitantes). En estos municipios rurales la inexistencia de centros residenciales para personas de la tercera edad supone de hecho que el SAD sea la única alternativa posible a

los problemas de grave incapacitación, al mismo tiempo que da respuesta a las necesidades para las que específicamente está diseñado el servicio.

Correlativamente a esta situación, todas las variables que inciden en la prestación, tales como las tasas de cobertura o intensidad del servicio serán especiales respecto al resto de los municipios.

Otras especificidades menores de estos municipios son que los costes/hora de la prestación y el tipo de contrato con el personal reflejan una relación más vecinal y menos formal entre el usuario y su personal cuidador.

- b) Los municipios mayores de 2.000 habitantes, que suponen el 86% de todas las personas mayores de 65 años del Territorio Histórico, de los que básicamente se hablará en las páginas que vienen a continuación.

2. ALGUNOS DATOS ESTADISTICOS BASICOS

2.1. Población atendida

A finales del año 1995 estaban dadas de alta un total de 3.225 personas usuarias del servicio, de las cuales:

Minusvalías	250	7,8%
Salud mental	81	2,5%
Tercera Edad	2.760	85,6%
Otros casos	134	4,2%

Se puede decir por tanto que esta prestación se dirige a todos los sectores de población que lo necesitan, configurándose como el servicio más básico y cercano a los ciudadanos de todos los servicios sociales.

Hay que llamar la atención sobre el hecho de que el número de personas mayores atendidas llega a ser cercano al de todas las personas atendidas en los centros residenciales, teniendo presente, además, que las características de la población atendida en ayuda a domicilio no resulta cualitativamente diferente de buena parte de los colectivos atendidos en residencias.

Por ejemplo, resulta elevada la edad media de los atendidos, (más del 70 % tienen más de 75 años), así como su nivel de discapacidad, pues el 75 % de todos ellos tienen un nivel de incapacidad mediana o elevada.

Sin embargo, la población atendida a lo largo y ancho del Territorio dista mucho de ser uniforme en los municipios. Lo cierto es que de una tasa de cobertura general cercana al 3 % al final del año 95, las variaciones municipales son la regla. Así, 4 de ellos tienen coberturas muy pequeñas (menos del 2 % de la población potencial), y otros 9 pasaban del 4 %, que es un valor considerable para nuestra realidad. Bien es cierto que la mayor parte de estos municipios medianos y grandes tienen tasas de cobertura bastante regulares (entre el 2,5 y el 4 %).

El número de horas por caso se sitúa entre 25 y 30 mensuales, con relativamente pocas variaciones.

¿Cómo son, comparativamente con otros territorios, la extensión e intensidad de nuestra ayuda a domicilio? Resulta muy difícil hacer una comparación cuantitativa con el contexto de otros territorios y países. Dentro de la Comunidad Autónoma del País Vasco, nuestra ayuda a domicilio se sitúa cerca de los datos de Alava (cuya tasa de cobertura e intensidad eran de 3,9 % y 30 respectivamente en el año 1994) y algo mejor que Bizkaia (3 % y 22 horas/mensuales). Las diferencias no son notables y pueden deberse, además, a cuestiones conceptuales.

Por otra parte, es útil recordar aunque no sea dogma de fe, que el Plan Gerontológico del Euskadi del año 1994 hacía re-

ferencia a la necesidad de alcanzar un 6 % de tasa de cobertura en los próximos años. Tampoco es un criterio indiscutible mencionar la situación europea, pues en la mayor parte de estos países se combina una tasa de cobertura relativamente elevada (del orden del 6 % en Francia o Bélgica, hasta el 18 ó 20 en Dinamarca), pero con una intensidad de servicio mensual bastante menor (5/10 horas mensuales).

Ahora bien, ¿este modelo extensivo nos serviría para resolver los problemas asistenciales que en concreto nuestro S.A.D. debe resolver? No es seguro.

2.2. Tipo de servicio prestado

El tipo de prestación más frecuente es el de servicio a las necesidades domésticas (hacer las camas, la limpieza, etc.), aunque un tercio de las horas son para ayudar a las personas directamente. El número total de horas mensuales es de cerca de 71.000.

2.3. Organización del Servicio

Los Ayuntamientos son plenamente autónomos para decidir la fórmula de gestión en la prestación de servicios, por lo que en Gipuzkoa conviven todas las posibilidades:

- Personal propio del ayuntamiento (p.e. Rentería)
- Concertación con empresas (p.e. Donostia-San Sebastián)
- Ayudas individuales (algunos municipios pequeños)

Consecuentemente, los costes/hora de la prestación son muy variables, dependiendo de este tipo de relación contractual.

2.4. Costes y financiación

En lo que se refiere al coste/hora, se anotan unas diferencias muy notables entre los municipios, que van desde las 800 ptas/hora a las 2.200 ptas/hora. Las variaciones se reparten bastante regularmente a lo largo de ese ancho tramo. La media del conjunto de municipios es de 1.600 ptas/hora, que es justamente el valor del coste/hora del municipio de Donostia-San Sebastián.

En cuanto a la financiación del gasto global del servicio (1.087 millones de ptas), la mayor parte corresponde a financiación pública, pues los usuarios sólo pagan el 8 % de la factura. El resto se lo reparten entre Diputación y Ayuntamientos (65,3 % a cargo de Diputación y el 26,8% los Ayuntamientos, siendo también bastante variable la distribución municipal).

Hasta comienzos del pasado año, la subvención foral se establecía en dos partes, una parte básica y otra complementaria:

- a) la subvención básica constituida por una distribución presupuestaria en función del número de habitantes del municipio (68 ptas/habitante/mes).
- b) aportación complementaria a los municipios cuya aportación propia fuera importante.

Para este segundo caso se estableció un sistema según el cual Diputación Foral financiaría el 50% del exceso de esfuerzo económico municipal.

3. EL MODELO DE FINANCIACION ACTUAL

El análisis de las principales variables que influyen en una adecuada prestación del recurso de asistencia domiciliaria indicó que existía una importante variabilidad de municipio a municipio en los principales parámetros de la ayuda a domiciliaria. GIZARTEKINTZA entendió que entraba entre sus competencias tratar de armonizar actuaciones, buscando fórmulas que, aceptando el principio de responsabilidad municipal del servicio, introdujeran correcciones a las diferencias de servicio para los usuarios de cualquier municipio guipuzcoano.

El sistema jurídico que se utilizó fue el de cambiar la fórmula de financiación de la aportación foral complementaria que se ha descrito en el apartado anterior, por un sistema compuesto por cuatro variables, a los que se asocian sendos valores numéricos a obtener. Las diferencias a esos valores marcarán la subvención complementaria a conseguir. Las variables son la tasa de cobertura prestada realmente, la intensidad horaria del servicio, el coste-hora de la prestación y la aportación económica municipal.

En realidad, para este conjunto de cuatro variables se establecen dos tipos de valores:

- a) unos valores o requisitos mínimos. No cumplir alguno de estos requisitos mínimos significaría no cobrar la aportación foral complementaria citada, y
- b) además de este conjunto de valores mínimos, también existen unos valores de referencia medios. Los municipios que pasen estos valores medios gozarán de una serie de aportaciones, tanto mayores cuanto mayores sean los resultados obtenidos.

Todo este sistema está soportado por un modelo matemático que controla los valores que se producen, la evolución de las variables y la distribución (real o por simulación) de la asignación de los recursos forales presupuestarios.

Todavía es pronto para hacer una evaluación de los efectos producidos por la reformulación del sistema de aportación foral, pero algunos movimientos se están percibiendo. Fundamentalmente se está anotando un aumento de las tasas de cobertura. Falta por saber que dicha ampliación del servicio a otros colectivos es un dato real y no enmascara artificios conceptuales sobre las personas atendidas y las unidades familiares.

La incidencia de esta nueva fórmula de financiación sobre el aumento tendencial del coste/hora no se conoce por el momento.

4. EL RETO ACTUAL DE LA ASISTENCIA DOMICILIARIA

Según opinión compartida por las personas mayores y los expertos en temas de gerontología social, las medidas para luchar contra los problemas de aislamiento social, los derivados de la progresiva discapacidad de las personas mayores para llevar una vida autónoma, así como los que provienen de las relaciones conflictuales con las propias familias o los relacionados con los temas derivados de la mala situación de las viviendas, pasan por la no desintegración del entorno social en el que esas mismas personas han desarrollado su vida.

La formulación histórica de este consenso ha sido muy posterior a la consolidación de la red de alojamientos residenciales que hasta hace pocas fechas había sido sinónimo de política de tercera edad. Y el hecho relevante es que en buena medida lo sigue siendo.

Pero lo cierto es que alguna vez hay que invertir la tendencia y crear en una

política de mantenimiento de la persona mayor en su domicilio y sacar las consecuencias oportunas para que dicha política alternativa pueda ver la luz.

Uno de los elementos imprescindibles para dar un importante impulso a esta nueva política sería lograr la homologación consensuada de un sistema de evaluación de necesidades de las personas en cuanto a las actividades concretas de la ayuda a domicilio en sus dos vertientes principales de ayuda doméstica y personal.

Un segundo factor de desarrollo sería, precisamente, el desglose de dos tasas dis-

tintas de cobertura que tengan en cuenta estos dos grandes tipos de prestaciones, referidas cada una de ellas a su población atendible, para no razonar siempre en términos de tasas genéricas. Ello posibilitaría una política de reasignación de recursos.

La tercera mejora, por último, debería hacer relación a la necesidad de coordinación entre sectores que están llamados a trabajar en la misma prestación, básicamente los Servicios Sociales de Base y Osakidetza, que por el momento, salvo excepciones muy logradas, es inexistente.

JOSEBA ETXABE

SENDIAN

Idatzi honek GIZARTEKINTZAK atera berri duen Sendian Programa azaltzea du helburu. Aipatu programak besteren beharra duen adindua zaintzeko ardura duten familiei laguntza emateko zerbitzuak eta baliabideak aurreikusten ditu.

Idatziaren lehenengo atalean Sendian Programaren helburu eta edukinaren laburpena irakur dezakezue eta bigarren goan, berriz, zortzi hilabetetan zehar Gipuzkoako bi herritan izan dugun esperientziaren emaitza eta balorazioa aurkituko dituzue.

1. INTRODUCCION

En el rápido y continuo desarrollo de los Servicios Sociales, hemos tenido siempre presente un dilema que ha generado constantes debates y reflexiones tanto a nivel político como técnico, dilema basado en dos importantes premisas:

- a) por un lado la obligación de los estados de derecho de garantizar los Servicios y Prestaciones que cubran las necesidades sociales de sus ciudadanos, y
- b) por otro lado el peligro de que estos servicios conlleven a sustituir e incluso inhibir el apoyo de las redes familiares y sociales tradicionalmente funcionales en una comunidad.

Centrándonos en el campo de las Personas Mayores, parece evidente que el desarrollo de los Servicios Sociales ha inclinado su balanza hacia la creación de servicios dirigidos a la atención de personas que no disponían de un apoyo familiar, y/o social, respondiendo a la urgencia y gravedad de las demandas. Pero poco o nada se ha desarrollado, sin em-

bargo, para apoyar la red social y familiar. En nuestra comunidad y concretamente Guipúzcoa se constata que gran número de personas mayores con diversos grados de incapacidad física, psíquica o sensorial, conviven con su familia y es ésta la que realiza la labor básica de atención.

Constatando estos hechos y basándonos en la necesidad de desarrollar Servicios que respondan a las demandas no sólo individuales sino familiares y sociales, y tengan en cuenta las necesidades de nuestra comunidad en donde los lazos familiares y sociales juegan un papel importante, nace el Programa SENDIAN (Decreto Foral 37/1996, de 16 de Abril BOG 29 de Abril 96).

El objetivo general del Programa SENDIAN es fomentar y crear recursos de apoyo para las familias que convivan con una persona mayor incapacitada que les permita prestar una mejor atención a la Persona Mayor, así como prevenir desequilibrios personales, desajustes familiares, síntomas denominados «síndrome de cuidador» y posibilitar en definitiva una mejora en la convivencia.

2. CONTENIDO DEL PROGRAMA

El programa consta de diversas actuaciones interrelacionadas entre sí, conjugando actuaciones técnicas, económicas y materiales, y que se operativizan en el desarrollo de los siguientes recursos y servicios.

2.1. Formación familiar

La atención a personas mayores incapacitadas física, psíquica o sensorialmen-

te obliga a sus cuidadores a prestarles una atención diferenciada y especializada para lo cual no siempre se encuentran preparadas.

Consideramos importante dotar a las familias cuidadoras de una formación en la que se incluyan los conocimientos necesarios tanto para el tratamiento como para la prevención a las personas mayores con diversos grados de discapacidad.

La formación ha de cumplir como mínimo dos objetivos, dotar a las familias de los conocimientos necesarios para la atención y ofrecerles un sentimiento de seguridad y confianza en su trabajo obteniendo a su vez un reconocimiento social del mismo.

2.1.7. Características del programa de formación

El programa consistirá en hacer partícipes a las familias que atienden a una persona mayor de determinados conocimientos específicos, útiles para la atención a personas mayores y que deben estar encaminadas a superar los problemas y dificultades que tiene la familia cuando convive con una persona mayor incapacitada y normalizar al máximo su vida familiar y social (la de la familia y la persona mayor). Es decir, eliminar la situación de stress y promover una postura positiva para superar las dificultades.

La formación se realizará mediante charlas de contenido teórico-práctico y de diversa tipología tales como: aspectos sanitarios y alimenticios, atención de enfermería, atención psicológica, temas legales y recursos sociales.

2.2. Apoyo psicológico

La mayor parte de la población, y no podemos excluir de este colectivo a las personas mayores, tienden a desarrollar una vida personal, familiar y social independiente. Aspiración que por diversos motivos se ve truncada, afectando de diferente manera por una parte a la persona que se incapacita, y por tanto depende de otra persona, y por otra parte a la persona que tiene a su cargo una persona incapacitada, limitando ciertos aspectos de su vida.

Tanto en uno como en el otro caso, se pierde parte de la independencia y se genera un estado de necesidad que requiere en algunos casos un apoyo psicológico,

bien al anciano, bien a la familia o ambas partes, para abordar esta nueva situación.

En las personas mayores y en el tipo de problemáticas que atiende este programa, es fundamental la intervención psico-social de carácter preventivo, ya que en algunas familias se dan dificultades para asumir y adaptarse a este tipo de situaciones. Las situaciones de alta dependencia pueden llevar tanto al anciano como a la familia que le atiende a padecer el denominado «síndrome del cuidador» con claudicación psicológica de la persona responsable de la atención y un deterioro de las relaciones familiares y sociales.

Con el Apoyo Psicológico se da a las familias, que tienen a su cargo una persona altamente dependiente, la posibilidad de recibir un tratamiento que les ayude a afrontar y a adaptarse mejor a esta situación nueva y cambiante.

2.3. Voluntariado

Sin detrimento del papel que las instituciones deben jugar en asegurar y potenciar la calidad de vida de la sociedad en la que se enraizan, es indudable que la propia sociedad debe generar estructuras de apoyo y colaboración en la resolución de las necesidades que se generan. El voluntariado por tanto, debe —y de hecho tiene una participación importante en programas como el presente— apoyar a la unidad familiar, al objeto de que mantenga a su persona mayor en el entorno físico-social en el que ha vivido y del que ha sido partícipe.

El visitar a estas personas mayores o sustituir en un momento puntual al cuidador potenciarán el que tanto la persona incapacitada como sus cuidadores se sientan ayudados e integrados en una red social.

En cualquier caso y en lo que respecta al Programa Sendian no se trata de crear una red propia de voluntariado, sino de coordinar y potenciar la labor que grupos de voluntarios vienen desarrollando en este campo, entre los que podemos destacar Nagusiian, Cruz Roja, Cáritas, AFA-GI, etc.

El objetivo en este apartado es el de coordinar y acercar los grupos de voluntariado existentes a la realidad de estas familias con personas mayores discapacitadas, para que puedan servir de apoyo

y desahogo a sus miembros en momentos puntuales.

Así mismo, la participación de grupos de voluntariado en este programa facilitará la incorporación de las familias a algunos de los recursos programados como los cursos de formación.

2.4. Atención residencial y en centros de día de fin de semana

La atención a las Personas Mayores incapacitadas supone a menudo una renuncia por parte de los familiares a disponer de tiempo para sí mismos, y a su vez puede generar estados de stress, depresión, ansiedad, etc., por todo ello se ha considerado necesario ofrecer estancias Residenciales y de Centros de Día que permita a los cuidadores realizar otro tipo de actividades.

Se ha planteado la posibilidad de optar a un Fin de Semana al mes en el caso de Residencias y dos fines de semana en el caso de los Centros de Día.

2.5. Ayudas técnicas

Los niveles de incapacidad de las personas destinatarias de este programa conllevan dificultades para la realización de las actividades básicas en la vida diaria. Así, es necesario facilitar a las familias los medios y técnicas que les ayuden a realizar estas tareas de apoyo personal de forma más adecuada.

Así se trata de informar y facilitar a estas familias el tipo de ayuda técnica adecuada a su necesidad con el fin de aligerar y mejorar las tareas de cuidado y atención a la Persona Mayor incapacitada.

2.6. Apoyo económico

Entre los núcleos familiares en donde es necesaria la dedicación de uno de los miembros al cuidado de la Persona Mayor, nos podemos encontrar con familias que atraviesan dificultades económicas, y sin embargo el tiempo de dedicación necesario impide o limita el acceso a un trabajo remunerado.

Teniendo en cuenta esta problemática, se trata de proporcionar un apoyo económico a las familias que se encuentren

en dificultades económicas y estén realizando este tipo de atención.

2.7. Grupos de autoayuda

La potenciación y formación de los grupos de autoayuda se basa en la idea de que el desarrollo de los recursos de la propia persona va a posibilitar el proceso de cambio necesario para asumir y adaptarse a la nueva situación. Así mismo, el intercambiar experiencia similares permite relativizar la propia situación y posibilita racionalizarla, objetivarla y dar pasos para cambiarla o mejorarla.

Los grupos de autoayuda pueden a la vez que sirvan de terapia de apoyo, posibilitar la colaboración entre las familias y promover acciones en pro de la mejora del cuidado y calidad de vida de las familias.

2.8. Incentivos fiscales

Desde un punto de vista más general se considera necesario potenciar políticas de apoyo a familias también desde otros sistemas públicos.

En este caso se ha potenciado con el organismo competente el desarrollo de reglamentación en materia de exenciones fiscales a familias con personas mayores discapacitadas, actuación que se ha concretado en el Decreto Foral 106/1995 del 7 de noviembre (BOG 16-11-95).

A través de este programa vamos a acercar esta información a las familias, así como facilitar su tramitación.

3. PROCESO DE IMPLANTACION

Este programa se presenta como un programa marco que es necesario concretar en cada una de las realidades que se vaya a implantar, debido principalmente a las siguientes razones:

- a) Es un programa que presenta una amplia diversidad de recursos.
- b) Son recursos nuevos que hay que crear y desarrollar.
- c) Su carácter integral nos lleva a establecer un protocolo de coordinación con otros sistemas, salud y agentes comunitarios principalmente.

- d) El núcleo objeto del programa se prevé potencialmente alto y poco conocemos respecto a sus necesidades.
- e) Por último, su objetivo tiene un carácter básico por lo que hay que enmarcarlo en los Servicios Sociales de Base Municipales, para lo cual se deberá establecer el procedimiento a desarrollar en cada municipio.

Teniendo en cuenta los aspectos anteriormente citados, la implantación inicial de este programa se ha realizado de forma experimental en dos municipios de Guipúzcoa: Rentería y Zumaia, y se prevé continuar su implantación progresiva en otros municipios de la provincia.

La elección de estos dos municipios ha obedecido a la disponibilidad por parte de Gizartekintza de dos Centros Sociales con profesionales que podían prestar un apoyo importante al programa.

Como era de esperar, la implantación en cada uno de los municipios se ha realizado de forma diferenciada, adecuando la concreción del programa a cada una de las realidades. Aunque la explicación de los detalles de cada uno de los procesos sería excesiva para este artículo, si es necesario explicar cuál ha sido el ámbito de actuación en cada uno de ellos antes de proceder a exponer los resultados obtenidos.

En Rentería se ha realizado una implantación selectiva, aplicando el programa exclusivamente a los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio que viviesen con sus familias y que presentasen un nivel de incapacidad de 4 o más en la escala Kuntzman.

En Zumaia primero se informó a toda la población mayor de 65 años y posteriormente se implicó en la detección de casos al Centro de Salud y a organismos como Cáritas, Cruz Roja y Fraternidad de Enfermos.

Posteriormente, se procedió a entrevistar a las familias potenciales del programa, habiendo entrevistado a 31 familias en cada uno de los municipios, desde abril de 1996 hasta la fecha.

4. DEMANDAS ATENDIDAS

Las demandas resueltas en cada uno de los municipios y para cada uno de los recursos ha sido la siguiente:

RECURSOS	RENERIA	ZUMAIA
Ayudas Técnicas	5	13
Apoyo psicológico	1	3
Centro de Día	1	—
Residencia	12	—
Formación	5	25
Apoyo económico	3	2
Incentivos fiscales	31	31
Autoayuda	un grupo	un grupo

Es obvio que las diferencias no se pueden analizar a nivel cuantitativo, ya que la población objeto del programa ha sido proporcionalmente desigual.

Sin embargo, sí podemos analizar las diferencias en cuanto a tipo de demanda planteada. A un mismo número de entrevistas realizadas, vemos que en Rentería la mayor demanda se ha producido en Estancias Residenciales de Fin de Semana 12/31. El grupo de autoayuda se ha formado a través de la Asociación Alzheimer. En Zumaia la demanda mayor se ha dado en Formación: 25/31, sin que haya existido demanda de Estancias Residenciales.

Desde una primera reflexión con los datos de estas dos experiencias, cabe decir que las familias atendidas viven de forma diferenciada la atención a las Personas Mayores en cada uno de los municipios. El tipo de demanda planteada en Rentería parecería responder a una necesidad de descanso y respiro de los cuidadores, mientras que en Zumaia respondería a un interés en mejorar la atención de la Persona Mayor.

Para poder entender mejor cuales son las razones de estas diferencias sería necesario realizar un estudio más profundo de las características del contexto social, económico y familiar de cada una de las familias.

Es evidente que hay cierto tipo de variables que pueden incidir directa o indirectamente en la forma en que cada familia vive y responde a este tipo de situaciones, como son el contexto urbano-semi urbano o rural, el número de cuidadores y/o apoyo familiar mas o menos extenso, la edad de los cuidadores, el espacio de la vivienda, la situación económica, el tipo de discapacidad (física-psíquica), apoyo de otros Servicios Sociales y Sanitarios o la historia relacional anterior de la familia.

Podríamos citar algunas más, y cada una de ellas nos puede llevar a la elaboración de diversas hipótesis, que nos gustaría dieran lugar a corto plazo a un estudio más profundo.

5. CONCLUSIONES GENERALES

Tras esta primera experiencia de ocho meses se puede constatar el hecho de que este programa cubre una serie de necesidades existentes y sentidas en las familias cuidadoras de Personas Mayores incapacitadas, por lo que está destinado a ocupar un espacio importante en la red de atención de los Servicios Sociales de Base.

Una de las ideas fundamentales de este programa es ofrecer una respuesta integral a las necesidades de estas familias. Estas necesidades forman parte de una dinámica familiar concreta y están sujetas a un continuo proceso de cambio, lo que conlleva a realizar un trabajo continuado con las familias: estudio de las necesidades planteadas, análisis conjunto de las mismas, predicción de la evolución y cambios que pueden surgir y concreción en demandas puntuales.

Por todo ello, hay que tener en cuenta que este programa exige un tiempo de dedicación importante de la Asistente Social de Servicio Social de Base, hecho que en esta fase experimental se ha reforzado con el apoyo del Asistente Social del Centro Social de Gizartekintza y a su vez es también necesario realizar un esfuerzo de coordinación entre los distintos profesionales, principalmente los del área salud y el área social.

Como ya hemos dicho anteriormente, una vez realizada esta fase experimental se prevé implantar el programa de forma progresiva en los distintos municipios interesados, lo que supone un reto importante, tanto a nivel político como técnico: habrá que comenzar a asumir las necesidades de estas familias como objeto de demanda y proceder a la creación de nuevos recursos y adaptación o flexibilización de los existentes.

Sólo en la medida que demos pasos en esta línea podremos eludir el dilema planteado al inicio de este artículo e ir equilibrando la balanza en las prestaciones y recursos necesarios para atender, facilitar y potenciar el apoyo familiar a las Personas Mayores.

ARRITXU MANTEROLA

PRESTACIONES NO CONTRIBUTIVAS EN GIPUZKOA: REFLEJO DE UNA ENCRUCIJADA

Aunque existen más prestaciones dentro del GIZARTEKINTZA-Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, nos limitaremos a comentar las siguientes:

- Pensiones del Fondo de Bienestar Social (FBS)
- Prestaciones de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)
- Pensiones No Contributivas (PNC)
- Ingreso Mínimo de Inserción (IMI)

Para aprovechar sus similitudes de gestión y, también, para el seguimiento de sus mutuas incompatibilidades o concurrencias, las cuatro prestaciones son tramitadas en una única unidad administrativa (Sección de Prestaciones Económicas).

Aunque ya se suele entender, diremos, en relación al término prestaciones, que estamos aquí refiriéndonos a ayudas económicas o pensiones de abono periódico. Respecto a lo de no contributivas, hace referencia a que no se originan como compensación a unas cotizaciones a la Seguridad Social o a sus entidades colaboradoras. Se tiene derecho a ellas como ciudadanos cumpliendo ciertos requisitos de edad, recursos económicos propios y/o de la familia, residencia en el lugar, etc. Las condiciones para tener derecho varían según la prestación. Otra característica común es que son de derecho,

no pudiendo la Administración alegar falta de presupuestos para su denegación.

Según lo dicho, sería más correcto hablar de prestaciones no cotizadas, término más exacto y con menos posibilidades de generar equívocos entre los beneficiarios. Hacienda y otras instituciones.

La generalización de la utilización de este término proviene del establecimiento de prestaciones no contributivas en la Seguridad Social española a fines de 1990 (Ley 26/1990 de 20 de diciembre) y, en concreto, por el nombre que se asigna a una de ellas, Pensiones No Contributivas. Por cierto, en Gipuzkoa, al traducirlas al euskera las hemos llamado *Kotizatu Gabekoen Pentsioak*. Tampoco es exacto, pero nos hemos acercado más.

Estas pensiones han tomado como nombre propio un nombre común o modalidad de pensión y han mandado a la historia, aunque sea a la historia con minúscula, una serie de prestaciones que dejaron huella, teniendo gran incidencia en los Servicios Sociales del momento.

El tema de prestaciones no contributivas o no cotizadas no se agota citando las que se encuentran bajo el amparo de los Servicios Sociales de Diputación. Aunque sean gestionadas por entidades más relacionadas con trabajo y cotizaciones, como pueden ser el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o el Instituto

Nacional de Empleo (INEM), algunas de sus prestaciones son típicamente no contributivas.

El INSS por ejemplo, aunque prácticamente sólo con finalidad presupuestaria, distingue las modalidades contributiva y no contributiva en los cuatro tipos de Prestación por Hijo a Cargo que tiene establecidos.

Más ilustrativa es, si cabe, la situación del INEM. Además de gestionar el subsidio de desempleo o el subsidio para mayores de 52 años, que ya tienen carácter no contributivo, se le ha encomendado reconocer y abonar, por ejemplo, el subsidio de retornados y el subsidio de excarcelación. Antes de terminar este artículo haremos algún comentario sobre unificación y simplificación de prestaciones y de instituciones.

1. PENSIONES DEL FONDO DE BIENESTAR SOCIAL (FBS)

Pocas prestaciones podrán alcanzar tanta tradición como la de estas pensiones cuyo origen se remonta a 1960, existiendo aún hoy pensionistas (Ley 21 julio 1960, nº45/69, Jefatura del Estado: «Fondos Nacionales para la aplicación social del impuesto y del ahorro»). Las modalidades y sus respectivas denominaciones (por enfermedad y por ancianidad) se mantienen todavía. Tras vicisitudes varias, y después de cuatro años de gestión, el Gobierno Vasco transfiere en marzo de 1985 su cometido a las Diputaciones Forales, cumpliéndose así la Ley de Servicios Sociales en vigor en aquellas fechas.

El Gobierno Vasco mantenía la competencia legislativa, y muestra de ello es el Decreto 129/1986, de 26 de Mayo, que sigue regulando las pensiones —ahora llamadas del Fondo de Bienestar Social, FBS—. El tener legislación propia ha permitido mantenerlas en vigor, pudiendo ser aún solicitadas, posibilidad que ha de-

saparecido en el resto del Estado (pensiones del Fondo de Asistencia Social, FAS, o simplemente pensiones asistenciales).

A estos dos hechos diferenciales —legislación propia y posibilidad de acceso de nuevos beneficiarios—, hay que añadir otro, y es el de la financiación. Siendo los servicios sociales competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma (Estatuto de Autonomía) el gasto en estas pensiones se financia exclusivamente con la recaudación de la Hacienda Foral.

En su momento —principio de los ochenta—, esta pensión fue el embrión de una política autónoma de prestaciones no contributivas que aún conserva ciertos distintivos y cuyo buque insignia es hoy en día el salario social, como luego veremos. Aunque hasta 1986 no se reflejó en ningún boletín oficial, los requisitos para acceder a la pensión se flexibilizaron. Supuso una autentica ruptura con lo anterior el hecho de no computar los ingresos de los hijos para acceder a la modalidad de pensión por ancianidad. Otro punto a reseñar de esta política autónoma y autonomista fue el de los importes que se abonaban. Antes de asumir la gestión, las Diputaciones Forales participaban, ampliando el presupuesto de las pensiones, con lo que en algún año el importe que se abonaba a los beneficiarios fue hasta un 50 % mayor que en el Estado.

El apogeo del FBS para Gipuzkoa —medido en número de pensionistas—, fue en marzo de 1985, último mes que de hecho fue gestionado por el Gobierno Vasco: 5.578 beneficiarios (3.334 de ancianidad y 2.244 de enfermedad). Aunque los pensionistas se fuesen reduciendo desde esa fecha, el gasto anual seguiría creciendo, alcanzando su máximo el realizado en 1990, con 1.290.721.593 pts netas (bruto abonado, menos devoluciones).

Reflejemos la evolución del número de beneficiarios durante estos 10 últimos años, citados a 31 de diciembre:

	1986	1988	1990	1992	1994	1996
ENFERMEDAD	1.508	1.456	1.148	760	389	223
ANCIANIDAD	3.675	3.077	2.893	2.088	1.580	1.014
Totales	5.271	4.533	4.041	2.848	1.969	1.237

Hay que señalar que en Gipuzkoa, cuando los pensionistas cumplen 65 años.

el motivo de pensión se cambia, figurando por ancianidad desde ese momento.

Son varios los motivos de esta disminución de beneficiarios. La importancia de cada motivo ha ido variando en el tiempo, por lo que el orden de citarlos no tiene ningún significado especial:

1. Aparición de otras prestaciones incompatibles de más fácil o acceso prioritario o de mayor aportación económica. Primero fue el Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos (SGIM) de la LISMI y posteriormente las citadas Pensiones No Contributivas y su equivalente Prestación por Hijo a Cargo, que gestiona la Seguridad Social. El establecimiento del Ingreso Mínimo de Inserción o salario social ha tenido incidencia también, especialmente en el FBS-enfermedad, quedándose apenas sin nueva clientela esta pensión.

2. Desde 1992, al igual que el Gobierno central, el Gobierno Vasco no ha modificado el importe mensual de la pensión, con lo que el requisito económico —siempre basado en ese factor— se hace cada vez mas difícil de cumplir.

3. Ampliación de los controles para el acceso y el mantenimiento de la pensión. Se empezaron con los motivos de enfermedad o minusvalía y se continuaron con los requisitos económicos y de trabajo (cobro de otras pensiones, altas en Seguridad Social como trabajadores, utilización de los datos de Hacienda Foral, etc.).

La fotografía de los beneficiarios a 31 de diciembre de 1996 nos permite hacer las siguientes clasificaciones de los 1.237 beneficiarios:

SEXO		ESTADO CIVIL		EDAD	
— Varones:	13,8%	— Solteros:	44,3 %	16-25 años:	0,6 %
— Mujeres:	86,2 %	— Casados:	12,4%	26-30 años:	1,2 %
		— Viudos:	29,3 %	31-40 años:	2,6 %
		— Separados:	3,0 %	41-50 años:	3,7 %
		— Divorciados:	0,7 %	51-60 años:	5,6 %
		— Religiosos:	0,2 %	61-70 años:	14,6 %
				71-80 años:	29,0 %
				81-90 años:	33,8 %
				>91 años:	9,0 %

Mujer, soltera o viuda y de edad entre 71 y 90 años (86,2 %, 73,6 % y 62,8 % respectivamente). Realmente, pocas estadísticas pueden reflejar un perfil tan claro de un usuario o cliente medio como las que se ofrecen para los del FBS. Son también estas estadísticas bastante indicativas de la situación de la prestación y su antigüedad.

Pero es obligado también plantearse una cuestión. ¿Puede haber tantas personas de edad que no tengan derecho o no les convenga cobrar la Pensión No Contributiva, por ejemplo? ¿No habremos sabido llegar a este colectivo para ofrecerles las nuevas prestaciones?

Más adelante veremos qué colectivos de FBS no pueden o no les conviene acceder a las PNC. Pero, en principio, no deberían ser tantos.

2. PRESTACIONES LISMI

Otras prestaciones no contributivas que debemos citar son las establecidas en 1984 (Real Decreto 383/1984, BOE nº49, de 27-2-1984). Este Real Decreto ponía en

marcha una parte importante de una Ley de 1982 y de la cual recibirían el nombre popular, prestaciones LISMI (Ley de Integración Social de los Minusválidos, Ley 13/1982, de 7 de abril).

Inicialmente, al ser contados los minusválidos que, dados los requisitos económicos, podían acceder a ellas, estas prestaciones tuvieron poca incidencia. Al parecer, estos requisitos fueron fijados en el citado Real Decreto de desarrollo sin demasiado soporte en la Ley, pues fueron recurridos y el Tribunal Supremo sentenció que los ingresos de los familiares no debían computarse a la hora de establecer la prestación. Fue el principio del fin de estas prestaciones. El número de solicitudes se multiplicó además por otro factor no previsto. Los subsidios de la LISMI no fijaban una edad máxima para ser solicitados, con lo que resultó un complemento de ingresos para los matrimonios de la tercera edad en los que ellas no tenía pensión y que, por los achaques propios de la edad, alcanzaban el 65 % de minusvalía requerido.

Gestionadas por el Inerser, su tramitación pasó a las Diputaciones Forales

con la transferencia del Instituto el 1 de enero de 1988.

Además de la *Asistencia Sanitaria y Farmacéutica* (ASF) para los minusválidos que no dispusiesen de ella como titulares o como familiares, se habían establecido tres subsidios con finalidades bien concretas:

- *Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos* (SGIM): pretendía garantizar la percepción de un mínimo a las personas cuya minusvalía les impedía trabajar.
- *Subsidio para Ayuda de Tercera Persona* (SATP): destinada a aquellos cuya minusvalía les requería la ayuda de una persona para realizar actos esenciales de la vida, tales como vestir, comer, etc.

— *Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte* (SMCGT): su finalidad es compensar económicamente la necesidad de utilizar para los desplazamientos el transporte privado al impedirles su minusvalía el uso del público.

La Ley que establecía las PNC, en diciembre de 1990, derogaba los dos primeros subsidios aunque se mantenían los derechos de los ya aprobados. Desde 1992, los importes de ambos subsidios no han sido incrementados.

Citaremos los importes de 1992 para que, con el número de beneficiarios, podamos calibrar la importancia de cada subsidio: 24.935, 9.725 y 4.875 respectivamente. En cuanto al número de prestaciones, podemos ofrecer la evolución desde 1988 (siempre a 31 de diciembre):

	1988	1990	1992	1994	1996
SGIM	1.130	2.233	1.813	1.203	723
SATP	419	746	461	264	132
SMCGT	67	97	91	64	44
ASF	599	661	523	387	296
Total prestaciones	2.215	3.737	2.888	1.918	1.195

Estamos hablando de prestaciones y no de beneficiarios. Al ser prestaciones compatibles entre sí, el número de titulares es siempre algo menor. Para 1996, por ejemplo, serían 1.004 beneficiarios únicamente.

Se aprecia en esta evolución el establecimiento de las PNC. El máximo de

prestaciones en vigor se dio en julio de 1991 (2565, 786, 109 y 671, respectivamente) coincidiendo con las primeras resoluciones de la nueva pensión. Fue también 1991 el año en que el gasto tocó techo: 933.621.892 pesetas netas.

Respecto a los titulares de las prestaciones:

SEXO		ESTADO CIVIL		EDAD	
— Varones:	17,3 %	— Solteros:	37,7 %	0-25 años:	1,7%
— Mujeres:	82, %	— Casados:	54,2 %	26-30 años:	3,2 %
		— Viudos:	4,3 %	31-40 años:	7,8 %
		— Separados:	1,9%	41-50 años:	9,7 %
		— Divorciados:	0,9 %	51-60 años:	16,3%
		— Religiosos:	0,2 %	61-70 años:	26,7 %
				71-80 años:	24,1 %
				81-90 años:	8,6 %
				>91 años:	2,1 %

La fotografía de los beneficiarios al final de 1996 que podemos presentar no es comparable con la del FBS ya vista. Las estadísticas se refieren a los beneficiarios de las cuatro prestaciones y hubiese sido

de interés dar el perfil de los titulares del SGIM únicamente. Posiblemente se remarcarían los factores de mujer (82,4%), casado/a (54,2 %) y de edad entre 61 y 80 años (50,8 %). No obstante, y entrando en

comparaciones, el factor más distintivo respecto a los FBS es el del estado civil.

Con los principales subsidios (SGIM y SATP) sin posibilidad de admitir nuevos beneficiarios y con las prestaciones alternativas existentes (básicamente PNC y Prestación por Hijo a Cargo), la tendencia será también que se vaya acentuando el citado perfil. Los solteros seguirán accediendo a cualquiera de las dos prestaciones citadas, principalmente a la segunda. Si los casados enviudan, al tener en la mayoría de los casos derecho a viudedad, salen de la prestación. Lo mismo ocurriría con la mayor parte de los recogidos en los apartados de separados y divorciados. Con todo ello, las características de mujer y de edad avanzada se destacarán aún más.

3. PENSION NO CONTRIBUTIVA

Ya se ha citado su Ley inicial, la Ley 26/1990 «por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas», tal como reza su título.

Esa Ley establecía básicamente dos prestaciones que fueron desarrolladas, cada una por su correspondiente Real Decreto, tres meses después. Una destinada a ser gestionada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (Instituto Social de la Marina, Clases Pasivas, ISFAS, etc. tuvieron que desarrollar las equivalentes para sus afiliados), la Prestación por Hijo a Cargo, y la otra por el Inerso o las comunidades autónomas. El panorama se complica si decimos que, en realidad, la prestación que gestiona la Seguridad Social tiene cuatro modalidades. La destinada al Inerso o comunidades autónomas, la llamada Pensión No Contributiva (PNC), se desdobra a su vez en dos modalidades: invalidez y jubilación.

La terminología también cambia, asemejándose a la empleada en la Seguridad Social y lejos de los términos enfermedad y ancianidad del FBS, e incluso olvidándose de la expresión minusválidos o minusvalía, tan en boga en los años ochenta.

La evolución de los beneficiarios ha sido la siguiente:

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
INVALIDEZ	74	559	929	1.110	1.350	1.434
JUBILACION	248	967	1.426	1.489	1.591	1.679
Total beneficiarios	322	1.526	2.355	2.599	2.941	3.113

Las estadísticas demuestran la buena aceptación que tuvo desde sus inicios esta pensión, con crecimientos espectaculares los primeros años (374% entre 1991 y 1992) y una posterior estabilización, aunque siga incrementándose (5,8 % entre 1995 y 1996). Como en estadísticas anteriores, el número de pensionistas se refiere a 31 de diciembre.

Un dato a señalar es la proporción entre las dos modalidades. Las de jubilación representan un 53,9 % y las de invalidez un 46,1 %. En el Estado: 51,49 % y 48,51 % respectivamente. Sin profundizar excesivamente en este hecho, lo explicamos por un menor número de pensiones de invalidez al desviar minusválidos hacia la Prestación por Hijo a Cargo y por la existencia del salario social que soluciona problemas económicos sin tener que recurrir a invalideces (en este sentido, es interesante ver la proporción de solicitudes denegadas sobre las aprobadas).

Un estudio del Inerso¹ indicaba que Gipuzkoa era la 2ª provincia con proporción más baja de beneficiarios de PNC por cada 1.000 habitantes de entre 20 y 65 años. Aunque entran bastantes factores (nivel de renta, gestión, oferta en talleres protegidos, etc.), y conviene por ello comentarlo casi únicamente a nivel anecdótico, también la Comunidad Autónoma Vasca es la autonomía con la proporción más baja de beneficiarios de PNC respecto a cada 1.000 habitantes mayores de 20 años. Todo ello según el citado estudio del Inerso. Lo mismo ocurre con los beneficiarios LISMI.

Acudiendo a las características de los beneficiarios:

¹ INSERSO. *Mapa de Prestaciones de Naturaleza no Contributiva (P.N.N.C.) en vigor a 31 de diciembre de 1995*. Madrid, 1996.

SEXO		ESTADO CIVIL		EDAD	
— Varones:	26,6%	— Solteros:	42,5 %	18-25 años:	6,0 %
— Mujeres:	73,4%	— Casados:	36,8 %	26-30 años:	6,1 %
		— Viudos:	13,4%	31-40 años:	11,1 %
		— Separados:	4,9 %	41-50 años:	6,6 %
		— Divorciados:	1,3%	51-60 años:	9,1 %
		— Religiosos:	1,2%	61-70 años:	26,0 %
				71-80 años:	18,8%
				81-90 años:	13,3%
				>91 años:	3,0 %

La no excesiva desproporción entre pensiones de invalidez (mayoritariamente menores de 65 años) y de jubilación hace que la distribución por edades no sea tan llamativa. Se aprecia la edad de entrada de las pensiones de jubilación, marcando el máximo de pensionistas el tramo de edad 61-70 años con más de la cuarta parte de todos los beneficiarios. Esta afirmación queda resaltada si subdividimos el citado tramo de edad en 61-64 y 65-70 años. A esos subtramos les corresponderían el 4,5 % y el 21,5 % de los pensionistas, respectivamente.

La clasificación por estado civil también se acerca más a la de la sociedad que en las prestaciones hasta ahora analizadas, pero la distribución por sexo nos vuelve a recordar que estamos hablando de prestaciones en el ámbito de los Servicios Sociales.

4. INGRESO MINIMO DE INSERCION

También conocido por salario social, es la prestación económica periódica recogida en el Plan Integral de Lucha contra

la Pobreza. Esta prestación periódica se complementa con las Ayudas de Emergencia Social (AES), de pago único, destinadas a hacer frente a gastos muy determinados y puntuales.

El 29 de mayo de 1989 el lehendakari del Gobierno Vasco y los diputados generales suscribieron el Plan Extraordinario Euskadi en la Europa de 1993. Con vistas a la integración en la Unión Europea, se realizaba una planificación en diferentes ámbitos en los que tenían competencias el Gobierno Vasco y las Diputaciones Forales. En el aspecto social, se preveía el establecimiento del salario citado como herramienta de cohesión social ante el reto europeo.

Se instaura así el primer salario social, que se llamó Ingreso Mínimo Familiar (IMF), establecido y regulado por decreto. Un año después, el Parlamento Vasco aprobaría con el apoyo de todos los grupos parlamentarios la Ley 2/1990, de 3 de mayo, de Ingreso Mínimo de Inserción. Esta es la prestación actualmente en vigor.

El número de beneficiarios a 31 de diciembre de cada año es la siguiente:

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
IMI	992(IMF)	1.289	1.756	2.108	2.764	2.980	2.910	2.899

Se aprecia un fuerte incremento en los primeros años que da paso a una estabilización desde mediados de 1995, que incluso arroja saldos negativos desde ese año.

El incremento en el caso de las Pensiones No contributivas fue mayor. Ello se explica a que gran parte de los beneficiarios ya eran conocidos, pues disfrutaban de otras prestaciones y desde la administración se fomentaron y se canalizaron desde un principio los trasvases de beneficiarios. En cambio. El IMI se ha dado a conocer más poco a poco, en muchos casos en grupos de población que nunca

se habían acercado a los Servicios Sociales.

El conocer los motivos de la estabilización en el número de beneficiarios requiere un análisis más detenido. El que se haya llegado a toda la población potencial, acompañado de una mejora de la economía no lo explica suficientemente, máxime cuando en los otros dos territorios históricos el crecimiento se mantiene. Posiblemente haya que añadir el factor gestión.

En cuanto a los datos de perfil que venimos dando de todas las prestaciones, para los del IMI son los siguientes:

SEXO		ESTADO CIVIL		EDAD	
— Varones:	41 ,3%	— Solteros:	42,5 %	18-25 años:	5,8 %
— Mujeres:	58 ,7%	— Casados:	27,3 %	26-30 años:	14,5%
		— Viudos:	3,5 %	31-40 años:	36,3 %
		— Separados:	21,4%	41-50 años:	25,5 %
		— Divorciados:	5,4 %	51-60 años:	14,1 %
		— Religiosos:	0,0 %	61-64 años:	3,8 %

El primer dato que llama la atención es el del sexo. Aparentemente, choca con todo lo que se ha dicho sobre la feminización de la pobreza. También en eso se distingue netamente de las otras prestaciones económicas de los Servicios Sociales que hemos tenido oportunidad de ver hasta ahora. Podemos además aportar otro comentario: el porcentaje de los varones es creciente año tras año. En diciembre de 1993, sólo daremos un año, los porcentajes eran del 38,3 y del 61,7 % respectivamente.

La cuestión es interesante, pero no es éste el lugar para analizarla. No obstante, hay que recordar que se trata de una prestación en la que se acogen unidades convivenciales. Las estadísticas que se han ofrecido recogen los datos únicamente del que ha firmado la solicitud. Una segunda constatación: siempre, pero en esta prestación más que en otras, cualquier análisis de los usuarios ha de hacerse atendiendo a más de un factor a la vez. Ejemplo: sexo y estado civil.

Aunque por estado civil el grupo más numeroso es el compuesto de solteros, llama poderosamente la atención el conjunto de separados-divorciados, con el 26,8 %. Serían más que los casados, si a estos últimos se detrajese los separados de hecho que aún no han formalizado su situación. Aquí sería interesante conocer el sexo de ese 26,8 %. Quizás hubiese más varones de los previstos, varones que han sido incapaces de rehacer sus vidas y que antes de la separación posiblemente ya tenían problemas personales.

Por edades destaca el hecho de que más de la mitad de los titulares de la prestación, 56,6 %, tiene menos de 41 años. El tramo más representado es el comprendido entre los 31 y 40 años de edad, con más de un tercio del total.

Para poder ser titular del IMI se requiere tener 25 años cumplidos. Se exceptúa el tener menores a cargo. Esta vía de excepción supone casi un 6% de los titulares, dato que también merece resaltar.

Las edades de los usuarios de la prestación, además de las edades de la población parada, también están reflejando que existe cierta protección social que sólo funciona a partir de determinadas edades (Subsidio para Mayores de 52 Años, jubilaciones anticipadas y retiros concertados, Subsidio especial para trabajadores mayores de 45 años, etc.).

5. REPASO CRITICO A LAS PRESTACIONES

En este apartado queremos hacer un análisis crítico de las prestaciones que hemos venido comentando hasta ahora, con un objetivo bien definido: presentar argumentos para que se discuta la posibilidad de simplificar el panorama de prestaciones.

Tal como se puede haber ido deduciendo de lo hasta ahora visto, existen dos prestaciones (FBS e IMI) cuyas posibilidades de ser modificadas o derogadas estarían en manos del Gobierno Vasco. Las otras dos (LISMI y PNC) dependerían del Gobierno central.

5.1. Prestaciones de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)

No pudiendo ser solicitados los subsidios más importantes, las dos prestaciones restantes podrían desaparecer simplificando el sistema.

La Asistencia Sanitaria y Farmacéutica fue establecida en un momento en el que la alternativa a la falta de asistencia médica eran los padrones municipales de beneficencia. Es por ello que se ofreció la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los que padecían alguna minusvalía, incluso independientemente de sus ingresos.

Universalizado dicho servicio, el tema cambia, pero además, su mantenimiento crea un agravio comparativo. Al tener la asistencia farmacéutica gratuita, una prestación no contributiva resulta más beneficiosa que la contributiva. Así, por ejemplo,

es difícil explicarle a un minusválido que empieza a trabajar en un taller protegido la pérdida del derecho a esa prestación al disponer ya de Seguridad Social, teniendo que pagar a partir de ese momento los productos farmacéuticos. Nunca una prestación no contributiva debiera ser más ventajosa que su equivalente contributiva.

Por otra parte, éste es un tema de salud y deberían ser los servicios de salud y no los servicios sociales los que liquidasen esta prestación, ofreciendo la alternativa más adecuada de cartilla a los actuales beneficiarios.

Respecto a la otra prestación aún en vigor, el Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte, hay que subrayar la poca relevancia que tiene y ha tenido, dada su escasa cuantía y por seguirse computando los ingresos de los convivientes, al haber quedado fuera del recurso ante el Supremo y por ello también fuera de la sentencia.

Basta decir que durante todo 1996 no se ha presentado en Gipuzkoa ninguna solicitud. Pero como existe la posibilidad de hacerlo, hay que mantener unas estructuras administrativas, modelos de solicitud en todas las unidades de base, se siguen elaborando estadísticas mensuales diseñadas hace más de una década como si no hubiesen cambiado nada, etc. Las solicitudes presentadas en el mismo periodo de Asistencia Sanitaria y Farmacéutica fueron seis.

De las propuestas que se pueden hacer en relación a la simplificación del panorama de prestaciones, el de hacer desaparecer completamente la ASF y la de que no se puedan solicitar más subsidios de transporte es de las más evidentes y más fácilmente realizable.

5.2. Fondo de bienestar social (FBS)

Para la modalidad de enfermedad, la posibilidad de acceso se estableció a partir de un 45 % de discapacidad (que no de minusvalía) por lo que se convirtió en un recurso para los llamados enfermos sociales y marginados con algún deterioro físico o psíquico. Los que padecían más de un 65 % de minusvalía podían acceder a otras prestaciones más ventajosas. Existiendo en la actualidad el salario social, el FBS-enfermedad queda sin sentido. Al ser de importe inferior la pensión, existen bastantes personas que reciben también el IMI o lo hacen sus familiares, multipli-

cando aparentemente el número de beneficiarios del sistema.

Así como la propuesta de hacer desaparecer el FBS-enfermedad para nuevos beneficiarios se hace sin dudar, para el FBS-ancianidad se condicionaría al resultado de las modificaciones que se establezcan en las PNC. Existen al menos tres colectivos a los que les interesa que continúe esta modalidad de FBS por no tener derecho a PNC o porque percibirían un importe inferior:

- Unidades convivenciales formadas por hermanos mayores de edad. Si alguno dispone de ingresos, es muy difícil que el otro pueda tener derecho a PNC.
- Retornados al estado español, por lo que no cumplen los periodos mínimos de estancia exigidos por las PNC.
- Aquellos que por ingresos propios o los de la unidad convivencial no tienen derecho a PNC o el importe del FBS les resulta superior.

En este último colectivo se podrían establecer varios subgrupos, que en parte los volveremos a citar al hablar de las PNC.

Recordar que en el resto del estado no se pueden solicitar estas prestaciones, en ninguna de sus dos modalidades, estando la potestad de continuar o de suprimirlas en el ámbito de la comunidad autónoma en manos del Gobierno Vasco.

5.3. Pensiones no contributivas (PNC)

A menos que exista un salario social general, dentro de todo el sistema de prestaciones debe existir una que tenga carácter de no cotizada y se destine a prestar ayuda económica a invalidados para el trabajo y a personas mayores que por edad quedan fuera del mercado laboral. Esta prestación o pensión bien pudiera ser la Pensión No Contributiva, como heredera del FBS y LISMI anteriores.

No obstante, para poder ejercer bien ese rol deberían tener ciertos cambios. Entre los gestores de estas pensiones son muy conocidos los «errores de diseño» que tienen. La combinación de requisitos esta haciendo que entren como beneficiarios personas con grandes ingresos y queden fuera otros que, por la composición familiar, no tiene derecho a pesar de tener ingresos exiguos en su entorno y no disponer de ingresos propios. Citaremos dos ejemplos:

- Una persona mayor que vive con su cónyuge (pensión de 180.000 pts mensuales), el yerno (7 millones anuales de sueldo y 2 millones de intereses—), la hija y dos nietos. Esa persona tiene derecho a PNC.
- Una persona mayor que pasa a vivir a casa de una hermana (viudedad de 63.000 pts/mes). Cuando esa persona vivía sola tenía derecho a PNC y ahora no.

El primer ejemplo, pone de manifiesto el caso de una persona que no debería ser beneficiaria de prestación no contributiva a nuestro entender, dados los recursos económicos existentes en su entorno, especialmente por los de su cónyuge. Pero también pone en evidencia uno de los que hemos llamado «errores de diseño» de la prestación. Si en lugar de ser los convivientes yerno e hija fuesen hijo y nuera, la persona solicitante no podría acceder a la pensión.

Como se puede apreciar, la posibilidad o no de ser beneficiario depende en gran medida de los convivientes, si los hay. Ello da pie a cierto fraude muy fácil de cometer. El solicitante vivirá aparentemente en la unidad convivencial que más interese para cumplir los requisitos.

Si se imitase al FBS-ancianidad, al menos para la modalidad de jubilación de las PNC, en relación a computarse únicamente los ingresos propios y, en el caso de tenerlo, los ingresos del cónyuge, se evitarían muchos agravios e injusticias. Así, no se produciría el caso del segundo ejemplo citado. También se cerraría una de las vías más comunes de fraude.

El hecho de limitar los familiares computables no haría que aumentase el número de pensionistas, cuestión que siempre se plantea ante cualquier propuesta. Incluso podría ocurrir a la inversa, según un estudio realizado con los beneficiarios guipuzcoanos y las solicitudes denegadas. Habría menos motivos también para que el Gobierno Vasco mantuviese la existencia de las pensiones FBS, al haber algún colectivo más que podría acceder a las PNC.

En relación a la PNC-invalidez, recordar la duplicidad existente con la Prestación por Hijo a cargo en las dos modalidades existentes para minusválidos mayores de 18 años. Si se estima que el importe de PNC es suficiente, se podría suprimir las prestaciones gestionadas por la Seguridad Social que permiten acumular pensión de

orfandad, intereses y otros rendimientos para un mismo beneficiario.

Por otra parte, en beneficio de los ciudadanos, debiera estudiarse la posibilidad de obligar a solicitar la pensión contributiva antes de pedir la equivalente no contributiva. En el caso de denegación, y de corresponder PNC, los efectos serían desde el mes siguiente a la solicitud de pensión en la Seguridad Social.

El ofrecer con tanta comodidad la PNC (oficinas en todos los ayuntamientos en el caso de Gipuzkoa, muchos de los candidatos ya conocedores de los servicios sociales, etc.) está motivando que en algunos casos pierdan el derecho a percibir pensión contributiva. Siempre una de esta modalidad, aunque sea del SOVI, es superior en todos los sentidos a una PNC.

Otro tema de las PNC que debe solucionarse es el de la financiación, tal como se recoge en el Pacto de Toledo. No es de recibo que, para beneficio de las entidades financieras, se esté asustando a los actuales cotizantes insinuándoles que posiblemente no tengan pensión y que deben realizar otras aportaciones, mientras se están pagando las PNC con esas cotizaciones. Sólo en 1996, y al nivel del estado, se detrajeron de las cotizaciones casi 200.000 millones de pesetas para esa finalidad. Al igual que el gasto que los titulares de PNC y sus familiares hacen en farmacia, el abono de prestaciones no contributivas de todos los ámbitos debería realizarse a cargo de impuestos.

5.4. Ingreso mínimo de inserción (IMI)

No es la ocasión para estudiar si el IMI está cumpliendo con los objetivos propuestos, si se está creando o no una nueva clase pasiva (32,3 meses seguidos cobrando llevaban los que estaban de alta al final de 1996), si está siendo beneficioso para la organización de los servicios sociales de base, etc. Como hemos dicho, queremos presentar el tema para que se discuta sobre la idoneidad o no del sistema actual de prestaciones y dispersión de organismos que las gestionan.

El IMI «tiene carácter subsidiario y, en su caso, complementario de todo tipo de recursos y/o prestaciones sociales de contenido económico, previstas en la legislación vigente, las cuales deberán hacerse valer íntegramente con carácter previo al acceso al Ingreso Mínimo de Inserción» (art.2-2, Decreto 25/1993, de 9 de febrero).

No vamos a entrar en la interferencia y en las discusiones que se plantean dentro del mismo departamento sobre si las prestaciones o ayudas económicas establecidas por el propio departamento han de ser computadas (ayuda por acogimiento intensivo, acogimiento de mayores, etc.). No entramos en ello pues estimamos que existen otros problemas más acuciantes y de peores efectos que el no computar un posible pequeño ingreso otorgado también por la administración con una finalidad muy concreta.

Lo que con las PNC hemos señalado acerca de que la comodidad de acceso a ellas puede estar haciéndoles asumir posibles beneficiarios de pensiones contributivas, con el IMI debemos repetirlo y analizarlo de forma más amplia.

A mediados de 1995, e indirectamente por un informe del Tribunal Vasco de Cuentas, saltó la primera alarma. No se hacía un seguimiento de las separaciones y de los impagos de los ex-cónyuges, así como tampoco se realizaban los correspondientes convenios paterno-filiales en los casos de solteros con hijos reconocidos. El mal no era sólo que el IMI estaba sustituyendo las aportaciones de ex-cónyuges y padres, sino que dejaba en evidencia una falta total de trabajo social.

Pero la agilidad en la concesión del IMI, mayor conocimiento de esta prestación que otras por parte de los servicios sociales de base, mayor accesibilidad a la Diputación desde los ayuntamientos, etc., está haciendo que el salario social sustituya a otras prestaciones. Otras veces, un beneficiario que termina un contrato de trabajo prefiere cobrar el IMI nuevamente y acumular los días cotizados para una futura solicitud de prestación de desempleo más larga si vuelve a trabajar, que agotar el desempleo que le correspondería ese momento. En otros casos, ni se plantean ejercer los derechos, existe el IMI, cuyo importe ya es superior. Si ejerce sus derechos, lo único que obtendría es cobrar el mismo importe, pero como suma de los abonos de dos fuentes diferentes.

En este sentido, la prensa ya ha recogido la noticia de diferentes estudios que

indican que la media de los parados cubiertos con prestaciones del INEM en la Comunidad Autónoma Vasca está por debajo de la media estatal en 10 puntos (CC.OO.) o 5 puntos (IU-EB)².

¿A qué se debe esta diferencia? ¿Se debe a que el IMI está sustituyendo las prestaciones del INEM? Las preguntas deberían preocupar a los gestores del IMI. Pero podría estarse dando otro efecto más grave que el mero hecho de sustitución de un organismo pagador por otro.

Si se está sustituyendo también el Subsidio para Mayores de 52 años, estamos convirtiendo a las personas en dependientes de los Servicios Sociales para el resto de sus días. Si cobran el citado subsidio, el INEM cotiza por ellos y, si cumplidos 60 años, tienen el tiempo mínimo de cotización, pueden percibir una pensión de jubilación. Si los alejamos de esta vía con el IMI, cobrarán hasta los 65 años y posteriormente tendrán que recurrir a las PNC.

Existen muchas prestaciones y, por desconocimiento o comodidad, habrá bastantes casos en los que se esté produciendo un efecto de sustitución. Pero es el propio Estado, aunque no desee establecer un salario social, el que debe plantearse la unificación de prestaciones, pensiones, subsidios, ayudas económicas periódicas, etc. A lo largo de este artículo, por un motivo u otro, se han citado bastantes casos en los que ello es posible, pero aún hay más.

Habría que extender, incluso, la reorganización también a las prestaciones contributivas. ¿Debe, por ejemplo, mantenerse la pensión en favor de familiares como una pensión vitalicia? Existiendo un nivel no contributivo desarrollado, el contributivo debería destinarse a los cotizantes, orientarse a unas prestaciones muy determinadas y percibirse con cierta proporción respecto a lo cotizado.

ANTTOIMARRIETA

² EUSKALDUNON EGUNKARIA. *Langabetuen erdiek ez dute langabezia prestaziorik jasotzen*. 7-12-1996. pág. 12.

SOLIDARIDAD EN TIEMPOS DE CRISIS

Decía, hace ya muchos años, el sabio cordobés L.A. Senneca que «no hay vientos favorables para quien no sabe adonde va». Frase muy utilizada y conocida, pero que, no obstante, entiendo viene como anillo al dedo para esta fase inestable, resbaladiza y de cambio que nos ha tocado vivir.

Esta época caracterizada por la mundialización de la economía y por una creciente dualización de la sociedad ha agudizado muchos problemas que estaban latentes y que de alguna manera presagiaban la necesidad de corregir el rumbo en algunos aspectos que, sin temor a equivocarnos, podemos considerar importantes y de carácter estratégico.

Cuando el mantenimiento de las coberturas sociales públicas crea inquietud en amplios sectores de la sociedad y cuando se cuestiona el sistema público de prestaciones parece importante tratar de centrar lo más posible la política social que defendemos y tratamos de impulsar.

Sirva esta breve introducción para enmarcar los diferentes artículos que vienen a continuación y que corresponden a personas que trabajan en las diferentes secciones y servicios de esta Dirección de Servicios Sociales Especializados. Buenos profesionales que trabajan con ilusión para mejorar las condiciones de vida de los diferentes sectores relacionados con los servicios sociales guipuzcoanos.

Como hilo conductor de los diferentes enfoques plasmados en dichos artículos me gustaría señalar:

- La importancia de tener una visión global de la política social. Con una

política general de contención del déficit público y en medio de importantes recortes presupuestarios, cada vez adquieren mayor importancia la correcta coordinación de las distintas políticas sectoriales y la imprescindible planificación y programación de las diferentes actividades. En esa línea apuntan el Plan Integral de las Personas con Minusvalías, ya elaborado, y el futuro Plan Integral del Menor, actualmente en fase de elaboración. Y, cómo no, el Acuerdo de Colaboración Socio-Sanitaria, prácticamente ya cerrado entre Osakidetza y GIZARTEKINTZA.

- La necesidad de debatir a fondo sobre las prioridades en la política social. Por las razones antes señaladas y por muchas más, ha habido que prioritar a la hora de decidir las actuaciones a realizar. Y, aquí, la respuesta de Gizartekintza ha sido clara: prioridad en la atención a los sectores más necesitados de esta sociedad. Los diferentes programas en marcha tratan de hacer de la SOLIDARIDAD el hilo conductor de nuestro quehacer político y persiguen el avance hacia una sociedad más articulada y más conexas.

En línea con las políticas más innovadoras y cómo elemento de reflexión permanente, la búsqueda de la mejora continuada de la calidad de los servicios, de la gestión de los mismos y del grado de satisfacción de los usuarios. Sirva como ejemplo, en ese sentido, la experiencia desarrollada en la Fundación Uliazpi, de atención a los deficien-

tes mentales profundos, descrita en el correspondiente artículo.

-El importante esfuerzo presupuestario, más de 5.300 millones en servicios sociales especializados, pone de manifiesto la decidida voluntad política de afrontar con decisión los importantes retos que tenemos delante. Fruto de la importancia, cada vez mayor, de responder adecuadamente a las distintas situaciones de dependencia, cabrían citarse: la importante reconversión de plazas de válidos que pasarán a ser para ancianos dependientes en los Centros Gerontológicos de Eibar y To-

losa, la creación de 90 nuevas plazas para ancianos dependientes en el Centro Txara 1 y el incremento en más de 40 de las plazas residenciales para minusválidos.

En resumen, un importante esfuerzo para articular la solidaridad en una época donde parece que no soplan vientos favorables para mantener los pilares del Estado del Bienestar. De ahí la importancia de las sabias palabras del político y filósofo cordobés antes citado.

MÁXIMO GOIKOETXEA FERREIRO
**Director General de Servicios
Sociales Especializados**

CENTRO DE ALOJAMIENTO RESIDENCIAL ESPECIALIZADO TXARA I

1. INTRODUCCION

El centro TXARA I ha aparecido en la escena de los Servicios Sociales guipuzcoanos en un momento de importantes cambios demográficos y socioeconómicos en el que no puede ser ajeno a todo lo que le rodea. Concebido en el año 1993, va a nacer en el año 1997, y como no puede ser de otro modo, ha hecho grandes esfuerzos para ser un recurso de su época, un recurso del tiempo en el que le toca vivir. En él se han sintetizado las diversas necesidades residenciales existentes y se les ha dado una respuesta novedosa, que unida a otros equipamientos del centro, es un paso importante en el futuro del bienestar.

Veamos dónde está ubicado dentro del Departamento:

Con el Decreto Foral 115/1995 de 19 de Diciembre se estableció la nueva estructura orgánica y funcional de GIZARTEKINTZA, y dentro de la Dirección General de Servicios Sociales Especializados se creó el Servicio de Programas Asistenciales Territoriales al que, entre otras funciones, se le encomienda la planificación, promoción, coordinación y evaluación de la acción del Departamento en el campo de los alojamientos residenciales de carácter territorial, para la consecución de una red de recursos especializados e interconectados que complementen la oferta residencial existente.

Es aquí cuando surge el Sistema de Atención Residencial Especializado (SARE),

cuyo contenido se desarrolla en un artículo posterior, como elemento coordinador de los recursos ya existentes u otros que puedan incorporarse a esta red de servicios, siendo TXARA I la última incorporación.

2. FACTORES DETERMINANTES EN SU CONCEPCION

Es por todos de sobra conocida la rápida evolución demográfica que está experimentando la sociedad guipuzcoana, pudiendo decirse que vamos a colocarnos a la altura de los países más envejecidos de Europa, con un 17,3 % de personas mayores de 65 años para el año 2001. La consecuencia de este envejecimiento va a ocasionar un importante cambio estructural que llevará consigo, la está habiendo ya, la aparición de ancianos más dependientes debido a todo tipo de discapacidades, enfermedades crónicas degenerativas, pluriopatologías incapacitantes, enfermedades mentales en diferentes grados, mayor problemática social (soledad, aislamiento, pérdida de autonomía), etc.

Ante este panorama es fácilmente explicable la unanimidad de criterios que existen en cuanto a medidas a tomar. El Ararteko en su informe sobre las residencias de Gipuzkoa, el Plan Gerontológico de Euskadi, el Plan Gipuzkoa 2000, entre otros, abogan por la creación de plazas asistidas para la atención a estas personas incapacitadas.

Siendo las personas mayores un colectivo importante en este entramado, no es el único y así nos encontramos que desde el área de minusválidas hay necesidades residenciales de distintas características que están pidiendo también soluciones.

Teniendo en cuenta pues las necesidades existentes y conjugándolas con los grandes principios que inspiran las actuaciones de GIZARTEKINTZA en cuanto a desarrollar un sistema de protección social universal, solidario y justo, se ha definido un modelo público, con coparticipación en la gestión de la iniciativa privada sin ánimo de lucro, en el que la necesidad de los individuos es elemento común de unión, que responde a la demanda de los individuos con mayores discapacidades y en el que los principios de normalización, integración y en definitiva calidad de vida son elementos inspiradores de su funcionamiento.

3. TXARA I, UN PROYECTO INNOVADOR

En la línea de aunar esfuerzos para la cumplimentación de las distintas necesidades sociales, en febrero de 1993 el Departamento firmó un convenio con el Departamento de Urbanismo y Vivienda del Gobierno Vasco, para la construcción de un centro residencial que paliara las carencias en la cobertura residencial para ancianos y minusválidos, en función de sus estados de necesidad.

Esta operación supuso la unión de distintos intereses con un claro objetivo, cual es el de incorporar recursos públicos de diversas instituciones en proyectos que, con carácter novedoso, respondan a las demandas de los mayores, de los minusválidos, y den cobertura, en definitiva, a las necesidades de todos los guipuzcoanos en general.

3.1. Definición y características del Centro TXARAI

El Centro TXARA I es un centro de alojamiento residencial especializado para personas con diversos grados de discapacidad, mayores o no, de estructura modular, en el que la calidad de vida de los usuarios y sus familias es el objetivo principal.

Podemos caracterizar el Centro TXARA I con cinco rasgos fundamentales que constituyen el eje vertebrador del centro:

-Es un alojamiento residencial especializado.

La atención e intervención aplicada trasciende los recursos meramente residenciales y/o de hogar. Se pretende con ello obtener un continuo en la atención, tanto a nivel transversal (hogares, centros de día, residencias, equipos de atención primaria, centros de salud mental...) y longitudinal, a través del tiempo que se debe de ofrecer a las personas con situaciones problemáticas, de dependencia y sus familias.

Por tanto nos desmarcamos de los planteamientos meramente asistencialistas y nos centramos en los recursos y programas destinados a las personas atendidas y sus familias, a las necesidades que la comunidad tiene para con estas personas, no excluyendo intervenciones de tipo intergeneracional de carácter complementario.

-Es un Centro de recursos comunitarios y especializados.

Es un Centro que no se va a centrar exclusivamente en recursos comunitarios o especializados. La atención e intervención que puede proporcionar un centro de estas características no debe ser exclusivo para las personas residentes. Desde un centro de estas características se debe influir y debe recibir influencia del resto de centros de atención tanto de carácter social como sanitario del territorio, lográndose una mayor complementación entre los mismos. Así la potencialidad de la intervención es mucho mayor y es mucho más rentable, no sólo económicamente sino, y en especial, socialmente, debido a los siguientes factores mencionados:

- Complementación entre recursos.
- Complementación entre niveles de atención.
- Amortización del gasto social, llegando y dando respuesta a más personas y necesidades.
- Mayor eficacia y eficiencia en la atención e intervención.

Un centro de estas características tiene unas potencialidades que, de no ser utilizadas y puestas a disposición de la población y de los colectivos sociales necesitados, pueden suponer una inadecuación entre recursos y necesidades, entre gasto público y posibilidades de respuesta a los problemas, difícilmente

aceptable en una situación de crisis como la actual, en la que además las necesidades de atención a las personas mayores y discapacitadas aumentan en una progresión imparable. Nos referimos a los recursos técnicos, materiales, así como especialmente a los recursos humanos disponibles en los centros.

- Es un Centro destinado a personas con diversos grados de discapacidad, mayores o no, y a sus familias.

Si bien hasta ahora la atención estaba centrada en las personas mayores solamente y la familia era algo complementario en el mejor de los casos, hoy en día es sabido, aunque poco aplicado, que el sistema familiar debe ser entendido como objeto de atención e intervención para evitar separaciones y problemas secundarios a la institucionalización, al cuidado de personas dependientes, etc., convirtiéndose así el núcleo familiar en objeto de intervención, no solo cuando el mayor llega al centro, sino también en múltiples casos que se pueden dar en la comunidad y pueden requerir de orientación, apoyo o programas específicos de formación y respiro.

- Es un Centro plural y multifuncional.

Características que responden más adecuadamente a la realidad en que estamos inmersos y a la cual debemos dar respuesta.

- El objetivo principal es la calidad de vida.

Dentro de los servicios sociales residenciales para personas mayores y discapacitadas, ha existido —existe— un sesgo muy importante que ha evolucionado del carácter caritativo a unos puntos de vista de tipo hostelero y sanitario, que encorsetan la realidad e influyen negativamente en la persona atendida generando problemas incluso de dependencia, de categorización, etc., de carácter secundario a la institucionalización.

Un centro de alojamiento residencial especializado debe ser un espacio de promoción y desarrollo tanto personal como grupal y comunitario, que sirva de referente en lo relativo a las personas mayores, a los procesos vitales de envejecimiento así como a las personas con discapacidad, etc. para la sociedad y, más en concreto, de la comunidad en que se sitúa, actúa e interviene, generando procesos de interrelación que in-

fluyan, además, positivamente en la percepción que la sociedad tiene de estas realidades y actúe, en definitiva, como motor de cambio.

3.2. Usuarios residenciales

El conocimiento de las necesidades de la sociedad guipuzcoana actual en relación a los colectivos con necesidades asistenciales de alojamiento, se puede considerar como bastante aproximado a la realidad, puesto que desde la red básica de servicios sociales y también desde la red de atención primaria y hospitalaria se recogen de forma generalizada y exhaustiva.

Desde esta situación pasamos a definir el tipo de usuarios del centro y el régimen de atención y servicios:

— Módulo 1:

Tipología de usuario: 12 personas deficientes mentales medios-severos o personas con un funcionamiento similar, sin problemas graves de adaptación personal y/o social, mayores de edad, empadronados en Gipuzkoa con una antigüedad mínima de 2 años y que a la fecha de la solicitud hayan sido calificados como minusválidos.

Régimen de atención: Se fija en 334 días anuales, siendo 16 horas los días laborables y 24 horas los sábados y festivos. Los usuarios realizan una actividad de día externa, bien en centro ocupacional o bien en centro de trabajo o centro de día.

— Módulo 2:

Tipología de usuario: 20 personas deficientes mentales ligeros-medios o personas con un funcionamiento similar, con problemas del aparato locomotor, mayores de edad, empadronados en Gipuzkoa con una antigüedad mínima de 2 años y que a la fecha de la solicitud hayan sido calificados como minusválidos.

Régimen de atención: Como el Módulo 1.

— Módulo 3:

Tipología de usuario: 12 personas deficientes mentales ligeros-medios o persona con un funcionamiento similar, con problemas graves de adaptación personal y social siempre que no impidan la convivencia, mayores de edad, empadronados en Gipuzkoa con

una antigüedad mínima de 2 años y que a la fecha de la solicitud hayan sido calificados como minusválidos.

Régimen de atención: Como el Módulo 1.

— Módulo 4:

Tipología de usuario: 90 personas mayores dependientes y empadronados en Gipuzkoa con una antigüedad mínima de 2 años.

Régimen de atención: 365 días al año, 24 horas por día.

— Módulo de atención a minusválidos físicos gravemente afectados:

Destinado a personas con graves discapacidades que precisan ayuda para las actividades elementales de la vida diaria y el cuidado de sí mismos, y no presentan problemas de adaptación social.

— Módulo de atención a minusválidos físicos ligeros:

Para personas con minusvalías físicas con un nivel de autonomía personal alto con necesidades exclusivas de alojamiento. Estas personas disfrutan de un alto grado de autonomía personal y eligen vivir en régimen de autonomía con la asistencia técnica de una entidad pública en razón de su carencia de vivienda.

3.3. Centro de Día para enfermos de Alzheimer

Con una capacidad de 20 plazas.

3.4. Centro Territorial de Ayudas Técnicas

El campo de las ayudas técnicas está integrado por un conjunto heterogéneo y numeroso de instrumentos, recursos y sistemas, diseñados para compensar, mejorar o eliminar las limitaciones funcionales de las personas afectadas por algún tipo de discapacidad y minusvalía, con la finalidad última de que puedan enfrentarse en mejores condiciones a las tareas laborales, educativas, sociales, domésticas..., en definitiva, a las tareas propias de su vida diaria. En pura teoría, el campo de las ayudas técnicas, en el que se incluyen desde el aparato más simple hasta el dispositivo más sofisticado y de más alto nivel tecnológico, puede llegar a ser tan di-

verso y amplio como el de la tipología de personas discapacitadas y minusválidas a las que estas ayudas pretenden servir.

Relacionadas indisolublemente con los mundos de la enfermedad, la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía, las ayudas técnicas deben estar integradas en la sociedad en similares términos de igualdad y dignidad y, valga el símil, que las personas afectadas por una discapacidad o minusvalía. Este es un hecho incuestionable: el grado de desarrollo, de implantación y generalización de las ayudas técnicas es un fenómeno inseparable de la actitud que cada sociedad mantiene en relación a sus colectivos más marginales.

Dentro de un proceso ambicioso de gestión de ayudas técnicas que GIZARTEKINTZA tiene en marcha, en TXARA I se dotará de un servicio que a corto plazo llevará a cabo los siguientes usos:

- 1) Exposición y demostración de ayudas técnicas.
- 2) Mantenimiento, saneamiento, puesta a punto y transporte para la recogida y cesión.

A estos efectos, se dispone de una superficie de entre 150 y 200 m² que permitirá la referida instalación. Por su parte, el proceso de valoración y de orientación sobre la ayuda así como el control de solicitudes seguiría efectuándose desde el área de minusvalías.

3.5. Distintos usos sociales

GIZARTEKINTZA dentro de su línea de fomento y apoyo del asociacionismo y del voluntariado social como fórmula de participación ciudadana en la cobertura de las necesidades sociales, tiene previsto destinar el uso de algunos de estos locales para responder a las necesidades anteriormente citadas.

3.6. Modelo de Gestión

El modelo de gestión que se plantea para un centro de las características de TXARA I está fundamentado en la modulación de los diferentes colectivos, de manera que favorezca la convivencia y que se respeten las distintas formas de organización, de acuerdo con las necesidades y posibilidades de los residentes.

Esto unido a la existencia de unas normas generales de gobierno para la tota l i-

dad del edificio y con la prestación de unos servicios generales también a nivel global (limpieza, calefacción, etc.), configuraría la gestión del centro de atención especializada TXARA I.

Esta forma de gestión supone la aceptación de la necesidad de compartir la resolución de este tipo de servicios, de una forma conjunta entre todas las fuerzas sociales involucradas en estas tareas, reconociendo su imprescindible aportación, que ha permitido a este territorio el figu-

rar entre los pioneros en la atención a determinados colectivos.

Este modelo de gestión, con toda la complejidad y novedad que conlleva, supone además una nueva experiencia en la que la Administración deja clara su posición, por una parte como garante de la estructura y servicios básicos del edificio, y por otra la voluntad firme de asumir su responsabilidad en las directrices y contenidos de los servicios que allí se ofrecen.

JOSÉ PAÑOS CONSTANTE

DEPENDENCIA Y ARTICULACION SOCIOSANITARIA: UN RETO DE FUTURO

El fenómeno del envejecimiento de la población que se está produciendo en nuestra sociedad constituye una de las características definitorias de mayor relevancia de ésta, tanto desde el punto de vista social, como desde las consecuencias que supone en el ámbito sanitario, económico y político.

El aumento de las necesidades plantea con mayor crudeza el debate sobre la responsabilidad de la atención a estas personas: ¿son los servicios sociales quienes deben asumir esa responsabilidad o los sanitarios? ¿es el sistema público responsable o cada uno debe garantizarse su cuidado? ¿Cuál es el papel de la iniciativa privada?

1. SITUACION ACTUAL

1.1. Evolución sociodemográfica

Actualmente en el País Vasco ya se ha producido un cambio demográfico importante con una fuerte caída de la nupcialidad, fecundidad y natalidad. Las tasas de natalidad y fecundidad son las más bajas de la OCDE. Igualmente es de destacar la inversión en los saldos migratorios.

Las proyecciones demográficas prevén un aumento tanto relativo como absoluto de personas mayores de 65 años que va a suponer efectos importantes so-

bre la demanda de servicios sanitarios y sociales, y especialmente sobre las pensiones. Tal y como se explicita en el Plan Gerontológico de Euskadi (1994), este envejecimiento demográfico no debe constituir un motivo de preocupación «per se», sino por los factores de índole negativa que condicionan ese fenómeno y lo convierten en problema. En este sentido, es preciso recordar que el aumento de las expectativas de vida conlleva un aumento de los niveles de dependencia, especialmente a partir de los 80 años.

Existen además otros factores determinantes en esta situación como son el incremento de personas mayores que viven solas, por ejemplo mujeres muy mayores viudas, y por tanto necesitan ayuda, y la crisis del sistema de apoyo informal que sirve todavía en gran medida de colchón para aguantar estas situaciones de dependencia.

1.2. La salud en los mayores del País Vasco

En general podemos afirmar que la mayoría de las personas mayores tiene una mejor salud que hace unos años y que, en concreto, los menores de 75 años presentan un buen nivel de salud general. Esto no quita que cada vez cobren mayor importancia las grandes minorías de personas con enfermedades crónicas, disminución de la capacidad funcional, etc.

La mortalidad aumenta a partir de los 75 años, con una tendencia a una mayor mortalidad masculina y una notable mejoría en la esperanza de vida.

En cuanto a la morbilidad, el 65% padece algún tipo de enfermedad que le afecta en la vida diaria. Destaca el papel de las demencias por sus efectos devastadores a nivel personal y muy relevantes a nivel social, así como la presencia general de pluripatologías con una media de 4,1 problemas de salud afectando en mayor grado a las mujeres.

Los servicios sanitarios presentan un gran consumo, así como un aumento de las demandas de hospitalización y una mayor duración de las estancias medias.

Entre las deficiencias y discapacidades son muy significativas las deficiencias de tipo sensorial —visión y audición—, las discapacidades de movilidad y las dificultades para valerse por sí mismo en la vida diaria.

Si hacemos caso a los estudios epidemiológicos, se ofrecen datos relativos al 2,45 de la población de 65 años y más que viven encamados o confinados en un sillón, esto es unas 6.628 personas; un 3,1 %, esto es 8.218 personas, que con una autonomía mayor necesitan de alguien para asearse o vestirse; y el 12,4% que no pueden salir de su domicilio o necesitan de alguien para hacerlo (Ararteko, 1995).

1.2.7. El caso de las demencias

El fuerte aumento de la prevalencia de la demencia (DS) supone que cuantitativamente el número de casos de DS en mayores de 60 años va a aumentar en un 109,2 %. La prevalencia por mil de DS moderada y grave en el conjunto de sujetos experimenta un crecimiento relativo de 34,4%. Estos datos demuestran que —el aumento de las demencias constituye uno de los problemas prioritarios y más urgentes de salud pública— (Fernández de Gamarra, J. y Padierna Acero, A. 1990).

Actualmente la familia sigue jugando un papel importante y destacado en el soporte y apoyo de las personas mayores en la CAV, (Plan Gerontológico, 1994; Leturia, F.J., Yanguas, J.J., 1996) cobrando aún más importancia, si cabe, en los casos de dependencia y demencia, al igual que en el resto del estado español (Rodríguez, P. y M.T., 1995)

2. NECESIDADES EXISTENTES

A corto plazo el 8,8 % de las personas mayores de 65, esto es, casi 24.000 personas, necesitarán algún tipo de ayuda o servicio para hacer frente a los requerimientos de la vida cotidiana, aumentando la necesidad con la edad y afectando especialmente a las mujeres y a las personas que viven solas.

El 73 % de las personas que no se consideran válidas a sí mismas, reciben ya algún tipo de ayuda, sobre todo por parte de las familias y con una periodicidad diaria. Las necesidades principales se orientan hacia la atención domiciliaria, pero en la medida en que la dependencia aumenta también aumentará la necesidad de atención y alojamiento residencial.

3. PROTECCION GENERAL A LOS MAYORES DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES

El modelo de organización viene determinado por el modelo de organización política y la distribución de competencias entre el Gobierno autónomo y las Diputaciones Forales, por el Estatuto de Autonomía, la Ley de 27/1983 de 25 de noviembre de Territorios Históricos, así como por la Ley 6/1982 de 20 de Mayo sobre Servicios Sociales.

En base a esta distribución competencial son las Diputaciones y Ayuntamientos quienes tienen las competencias principales en Servicios Sociales, a diferencia de la Sanidad que viene gestionada a nivel de CAV.

El gasto social para los mayores representa el 7,58 % del PIB, por encima de los datos españoles (6,33%), pero lejos de Italia (11,75%), Francia (10,93%) o Dinamarca (10,67 %), siendo las prestaciones asistenciales un 4,9 % del gasto (Agirre, J.A., 1995).

4. ATENCION SANITARIA PARA LOS MAYORES

La atención sanitaria esta siendo influenciada por las consecuencias del envejecimiento de la población, por el peso cada vez mas importante de enfermedades como la demencia, por una mayor demanda y por el incremento del gasto que esto supone, con una necesidad de redistribución de los recursos sanitarios para atender estas necesidades y un mayor én-

fasis en la rehabilitación y en la media y larga estancia.

Es importante mejorar la atención en lo relativo a continuidad de cuidados y mejorar la atención primaria y domiciliaria para los mayores. En este sentido es importante enfatizar la importancia de una buena atención primaria comunitaria, así como de la atención domiciliaria como niveles más próximos al ciudadano, para lo cual se debiera de adecuar las capacidades y recursos de los profesionales a este nuevo tipo de demanda.

El reto de la coordinación sociosanitaria implica una nueva perspectiva por parte de los profesionales y los planificadores que debe influir en los comportamientos de todos nosotros para lograr una mejor atención global e integral.

5. MODELOS Y PROPUESTAS CARA AL FUTURO

Parece que los objetivos generales van a estar centrados en el desarrollo de medidas preventivas con el objetivo principal de mantener al mayor en su entorno natural durante el mayor tiempo posible con niveles de autonomía y competencia adecuados y en las mejores condiciones posibles, contribuyendo a garantizar una vida normalizada.

Entre estas medidas preventivas cabe señalar los programas de preparación a la jubilación, de educación para la salud, etc. así como la prioridad del gasto público en actuaciones y recursos intermedios como el SAD, Centros de Día, Unidades de Convivencia, Estancias Temporales, la atención primaria y la atención domiciliaria para mantener y desarrollar la competencia del mayor.

Se potenciará el desarrollo de alojamientos ligeros y flexibles para aquellos mayores con autonomía funcional y buen estado psíquico pero con déficit social y la reconversión de los centros residenciales para las personas y necesidades de dependencia y discapacidad mayor. Los centros residenciales se entienden como el último nivel, enfocado a las personas discapacitadas, debiendo buscar la integración y normalización social. Actualmente se ha diseñado un sistema de alojamiento residencial especializado (SARE) desde GIZARTE-KINTZA - Diputación Foral de Gipuzkoa, conformado por diferentes centros (Centro Gerontológico de Eibar, de Tolosa, y Txara) así como plazas concertadas, desde una

perspectiva multifuncional, y de carácter territorial, complementario con la red municipal. Este sistema de carácter socio-sanitario y configurado con un modelo psicosocial de intervención permitirá al Territorio Histórico de Gipuzkoa situarse por delante de las necesidades que parece nos deparan los próximos años en relación a la dependencia de los mayores. En este ámbito cobra especial importancia la coordinación y complementación sociosanitaria.

Desde la administración parece necesario lograr una nueva concepción de la responsabilidad pública desde el principio de subsidiariedad cumpliendo así una función de complementar la acción de las redes naturales.

Es importante priorizar el gasto en los colectivos más necesitados y con mayor urgencia, por lo que la tendencia a corto plazo será centrarse en la atención sociosanitaria a los colectivos más afectados por el fenómeno de la dependencia.

En cuanto a financiación de estos servicios, se parte de la idea de cofinanciación por parte de los usuarios conforme a los recursos y al patrimonio disponible, en el caso de los servicios sociales, mientras que en el sistema de salud el usuario no tiene que pagar por la utilización de sus servicios. Esta dicotomía es uno de los elementos a analizar a corto plazo.

Se estima conveniente la introducción de mecanismos que premien a las familias que aportan atención a los mayores en su hogar y es de destacar la importancia de implementar programas de apoyo a estos familiares que cuidan de personas mayores dependientes. Así se ofrecen programas de respiro a los familiares, se trabaja con las familias y especialmente con los cuidadores principales de los usuarios del Programa de Estancias Temporales en el Centro Gerontológico de Eibar, y actualmente se está desarrollando el programa «Sendian» para familiares de personas que sufren demencia.

Desde la perspectiva de la coordinación se debe complementar la red natural y privada, así como los recursos gestionados desde diferentes organismos públicos tanto del mismo nivel, coordinación interdepartamental entre Sanidad, Servicios Sociales, Urbanismo... como en diferentes niveles de actuación: Gobierno, Diputaciones, Ayuntamientos.

La convergencia entre los sistemas formales (públicos y privados) e informa-

les de atención (que es más un deseo que una realidad) debe de ser impulsada, así como la implicación de ONGs, asociaciones de familiares (que deben de evolucionar desde objetivos de información y reivindicación hacia una mayor implicación en la atención e intervención), voluntariado, etc.

6. LA COMPLEMENTACIÓN SOCIOSANITARIA: UN RETO DEL PRESENTE

Ante esta situación actual, son destacables los siguientes elementos y problemas característicos:

- a) Fragmentación entre los diferentes sistemas y administraciones.
- b) Obstáculos debidos al marco jurídico administrativo, como la separación competencial y la articulación política del CAV.
- c) Los diferentes modelos diferentes de financiación de la sanidad, basado en la gratuidad y de los servicios sociales, que mantienen el copago.
- d) Necesidad de una orientación estratégica que permita desarrollar un modelo alternativo al tradicional cara a afrontar el fenómeno de la dependencia.
- e) Consideración y mantenimiento del sistema informal como sustituto obligado de los servicios formales en cuidados de larga duración y con poco soporte para estos.
- f) Insuficiente desarrollo de servicios de prevención y rehabilitación de incapacidades funcionales.
- g) Problemas en la continuidad de cuidados,

y unas situaciones en las que es especialmente importante y relevante la responsabilidad común de los sistemas social y sanitario, entre los que destacan:

- a) enfermos con patologías crónicas invalidantes, tanto físicas como psíquicas, con especial referencia a las demencias;
- b) personas mayores encamadas;
- c) personas mayores con movilidad reducida y graves incapacidades funcionales confinadas en sus domicilios;
- d) personas con necesidades de rehabilitación de media larga estancia previo

al reingreso en el domicilio o residencia (Agirre, J. 1994);

- e) aquellos mayores con altas hospitalarias precoces, que todavía necesitan una importante atención sanitaria, personas con ACVA, cuadros confusionales, etc. a los que la familia difícilmente puede atender en esa situación y suelen ser orientados hacia centros residenciales y necesitarían un mayor apoyo desde los sistemas social y sanitario;
- f) personas con pluripatología que fluctúan entre ambos sistemas con problemas de derivación;
- g) personas con problemas burocráticos para acceder a cualquiera de los sistemas: listas de espera, etc..

Hoy en día, parte de estas personas se encuentran en sus domicilios y otra parte son atendidas en los diferentes niveles de atención, en alojamientos colectivos de tipo residencial, pisos tutelados, hospitales de media y larga estancia, de agudos, etc. lo cual no es óbice para que no detectemos déficits graves en cuanto a asunción de responsabilidad por uno u otro sistema, de no aceptación de casos, de descoordinación que deriva en un problema de peregrinaje o «puerta rotatoria» para el paciente.

Estos casos de mayor necesidad son los que exigen un mayor compromiso de ambos sistemas y sus profesionales para afrontar su problemática e incidir en el tratamiento, rehabilitación, mantenimiento y atención, y especialmente desde el concepto de calidad de vida de estas personas como articulación de un modelo de intervención más amplio y global que el modelo clínico basado en el objetivo de curación, que en ocasiones no es del todo posible y hace a los profesionales renunciar en sus propósitos.

El espacio sociosanitario se suele definir como un espacio, una zona intermedia entre el sistema de atención social o «servicios sociales» y el sistema de salud, donde ambos aspectos se presentan indefectiblemente de manera conjunta. Cuando hablamos de sistemas de atención, es determinante tener en cuenta que en muchos casos la atención propia específica de cada sistema se complementa de alguna manera con aspectos de atención social y sanitario según el caso.

El sistema sociosanitario se podría definir como el conjunto de los recursos y atención tanto sanitaria como psicosocial,

junto con ese espacio de intersección común a ambos y aquellos de interacción, como las derivaciones, trasvase de información, etc.

Además, se percibe una necesidad de una estrategia global a medio plazo que se base en esta perspectiva sociosanitaria, basada en la complementación e integración de los recursos y esfuerzos de ambos sistemas desde un enfoque básicamente metodológico. Tal vez entonces, pudiéramos hablar de un sistema socio-sanitario que engloba ambos sistemas, sus intersecciones y sus interacciones.

La coordinación sociosanitaria hace referencia a la necesidad —importante en un primer momento— de reordenar los recursos actuales, pero como estrategia parece conveniente ir más allá y diseñar mecanismos de complementación como desarrollo de una interacción y compromiso entre las diferentes metodologías y procesos de manera que sea éste el motor del cambio para lograr esos espacios, plurales y diversos en los que ambos sistemas convergen, interactúan, etc. siempre en base a la persona atendida en su globalidad. (Figura 1. Yanaguas, Leturia; 1995)



El desarrollo de esta complementariedad metodológica supone una estrategia común básica de coordinación, basada en una ordenación de recursos, desempeño profesional, incorporación de agentes sociales y apoyo informal, así como un modelo comunitario de atención, para lo cual los sistemas de atención primaria deberían orientarse a la potenciación de la atención domiciliaria, la hospitalización a domicilio, etc. recursos intermedios tipo centros y hospitales de día, y respecto a la atención especializada, basándola en la interrelación entre los recursos sociales, por ejemplo las residencias con los recursos sanitarios, como los hospitales de media/larga estancia y de agudos, a partir de equipos de carácter multidisciplinar,

tanto para la valoración, como los «equipos de valoración de cuidados geriátricos» y las «comisiones sociosanitarias de área» existentes en el territorio de INSA-LUD e INSERSO (Martínez Aguayo, C; Gogorcena, M.A.; Regato, P., 1995) para la gestión de casos.

Este modelo supone un paso importante para desarrollar esta metodología sociosanitaria y acercarse a los objetivos de garantizar una red articulada de servicios que cubran las necesidades de atención a las personas mayores, potenciando las actuaciones de carácter preventivo en lo relativo al deterioro funcional y de mantenimiento de la autonomía de las personas en su entorno, contribuir a la integración y coordinación de los servicios sanitarios y sociales, garantizar una adecuada coordinación entre niveles de atención primaria y especializada, evitar internamientos inapropiados potenciando los sistemas alternativos de atención y mantener la continuidad de cuidados.

Esta metodología compartida supone el desarrollo de protocolos comunes para la gestión de los casos, para desarrollar circuitos de derivación óptimos, lograr unos objetivos comunes, instrumentos comunes, como informes de derivación y de alta, pruebas de valoración de necesidad de cuidados, desarrollo de bases documentales y sistemas de información, establecimiento de procedimientos de evaluación con indicadores etc., así como la puesta en marcha de mecanismos formativos cruzados que permitan desarrollar esta metodología y una cultura interdisciplinaria, así se puede implementar desde acciones formativas concretas como talleres y seminarios, como sesiones clínicas, supervisión de casos, etc. Es necesario además mejorar los recursos existentes, ampliarlos, desarrollarlos y crear nuevos, como unidades de convalecencia, cuidados paliativos, etc.

Experiencias ya en desarrollo como la catalana (Fontanals M.D.; Martínez F. y Valles, E., 1995) o las diferentes áreas del modelo INSALUD-INSERSO (López, C; Reuss, J.M.; Cruz, A.J, 1995) demuestran la viabilidad de estos modelos.

El debate sociosanitario implica a diferentes niveles asistenciales con las dificultades de coordinación que esto supone. Demanda una diversificación de la oferta de servicios y un abordaje interdisciplinario a nivel metodológico que garantice una atención de calidad a los múltiples problemas de este sector de la

población. En este sentido, la coordinación sociosanitaria debe ofrecer una continuidad en la atención a las necesidades del sujeto y su familia, donde las posibilidades no estén marcadas a priori, sino que deben surgir de las necesidades de los sujetos y de la respuesta que se elabora en función de unos resultados y objetivos a conseguir. Lo importante en todo caso, es la calidad de vida de la persona mayor y su familia.

Cara al desarrollo estratégico de la atención sociosanitaria pensamos que se deberían implementar los siguientes pasos:

Se considera necesario realizar un diagnóstico de la situación psicosocial y sanitaria de los mayores de la CAV para conocer las necesidades y demandas y poder desarrollar y reajustar las políticas ya establecidas, para desarrollar ese plan estratégico en relación a la política sociosanitaria hacia los mayores en los próximos años.

Sería conveniente elaborar un catálogo de los servicios sociosanitarios disponibles, realizar una descripción de la demanda-utilización de cada servicio, la utilización, cobertura, listas de espera reales, tipología de clientes, etc., así como un análisis de factores asociados a esta utilización, como factores predisponentes, facilitadores y de necesidad, identificación de expectativas de los usuarios hacia los servicios y un análisis estratégico de la adecuación de los servicios a las necesidades.

Sería adecuado realizar esfuerzos para dirigirnos hacia un único mapa sociosanitario, que ordene los recursos existentes, supere algunos problemas de territorialidad, de dependencia funcional etc. y relacione lo más operativamente posible los recursos tanto en su nivel como con el resto de los niveles entre los dos sistemas, creándose centros y servicios de referencia mutua, con responsables de coordinación que permitan superar trabas de todo tipo que puedan surgir.

No se puede dejar de mencionar específicamente la importancia de desarrollar un mejor coordinación en el campo de la psicogeriatría, por cuanto la demencia y los trastornos cognitivos van a ser uno de los principales determinantes del fenómeno de la dependencia en general y de las situaciones problemáticas para nuestros mayores en particular. Es urgente implementar y desarrollar las líneas de actuación de asistencia psicogeriátrica desde los centros de salud mental, con un mayor apoyo a los centros residenciales en los que predominan estos problemas y en ocasiones

se presentan dificultades para su adecuado manejo, así como la puesta en marcha de centros de día, unidades de corta y larga estancia psicogeriátricos (Zuazo, J.I.; Martín, J.A.; Arrese, J.L., 1990). Destacar que este programa psicogeriátrico debe abarcar además de la problemática asistencial, los aspectos preventivos y rehabilitadores (Zuazo, J.I.; Martín, J.A.; Arrese, J.L., 1990).

El papel de los servicios sociales puede y debe ser muy importante en estos casos pero es necesario que compaginemos nuestros recursos y acompasemos nuestros pasos para lograr dar respuesta a la gravedad de este problema tanto desde un punto de vista social, como individual de cada caso.

7. DEL FUTURO DE LOS RECURSOS

Cuando desde diferentes ámbitos nos encontramos con avisos relativos a los recortes de las prestaciones, de los recursos y derechos sociales logrados, parece necesario hacer desde los profesionales de la gerontología y de los servicios sociales una defensa de los mismos para intentar acercarnos a modelos y sistemas de protección social desarrollados. Cuando se ha logrado un importante avance de estos recursos, cuando podemos pensar en una cierta adecuación de estos a las necesidades, no parece conveniente seguir comparándonos a otras situaciones que se encuentran en peor momento de desarrollo.

Es el momento de buscar vías de optimización de los recursos existentes a través de esta complementación y es hora de extenderlos, desarrollarlos, y de crear nuevos recursos que nos permitan hacer frente a la realidad no sólo actual, sino situarnos adecuadamente para el futuro.

FRANCISCO JAVIER LETURIA ARRÁZOLA,
JOSÉ JAVIER YANGUAS LEZAUN

BIBLIOGRAFIA

- AGUIRRE, J.A. «La coordinación sociosanitaria en la CAPV. Planteamiento del problema». *Zerbitzuan*, n.º 25, 1994.
- AGUIRRE, J.A. «Política social en la CAPV». *Documentación Máster de Gerontología UNED Bergara*, 1995.
- ARARTEKO. *Las residencias de la tercera edad en la Comunidad Autónoma Vasca*, 1995.
- ARARTEKO. *Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera*

- edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco*, 1996
- BOADA, M. «Dinámica de los recursos sociosanitarios para la atención al paciente con demencia», *Revista de Gerontología*, Numero monográfico Simposio de Epidemiología y Atención a la demencia, Abril 1995.
- FERNÁNDEZ DE GAMARRA, J., PADIerna, A. «La atención psicogeriatrica en Euskadi hasta el año 2000: el caso de la demencia senil: servicios y financiación». Vitoria-Gasteiz: *Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco*, 1990.
- FONTANALS M.D., MARTINEZ F. Y VALLES, E. «Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida ais Anys», *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 1995; 30(3):189-198.
- GOBIERNO VASCO (1994). «Plan Gerontológico de Euskadi». *Boletín Oficial Parlamento Vasco* 10.06.94.
- GUILLEMARD, A.M. *Análisis comparativo de las políticas de vejez en Europa*, Madrid, Inserso, 1992.
- GUILLEMARD, A.M., ALBER, J., WALKER, A. «Les personnes âgées en Europe: les politiques économiques et sociales: Rapport 1993 de l'observatoire européen», Commission des Communautés Européennes. Direction general V
- LETURIA, F.J., YANGUAS, J.J. «Situación psicosocial de los mayores y de la gerontología en el País Vasco», en R. Rubio y J.C. Baura (eds.): *Temas de Gerontología*, Granada, Master de Gerontología, 1996.
- LÓPEZ, C, REUSS, J.M., CRUZ, A.J. «Una experiencia de coordinación sociosanitaria. El área 4 de Madrid», *Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol.* 1995, 30(3); 199-204.
- MARAVALL, H. «La coordinación sociosanitaria: una exigencia ineludible», *Rev. Esp Geriatr. y Gerontol.*, 1995;30
- MARTÍNEZ AGUAYO, C. «Coordinación de servicios sociales y sanitarios. Un modelo de atención posible», *Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol.* 1995; 30(3). 123-129.
- RODRÍGUEZ, P., Y SANCHO, M.T. «Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad». *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*, 1995; 30(3), 141-152.
- SANCHO, M.T., REGATO, P. «Dependencia y coordinación sociosanitaria». *Documento de trabajo*. INSERSO, 1986
- SMS. «Las Residencias de tercera edad en la Comunidad Autónoma Vasca». Vitoria-Gasteiz: Ararteko: SMS, 1994.
- SMS. «Informe Gipuzkoa 1995-2000».
- ZUAZO, J.I., MARTÍN, J.A., ARRESE, J.L. «Plan estratégico de atención psiquiátrica y promoción de la salud mental en la CAV», Vitoria-Gasteiz, *Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco*, 1990.
- ZUAZO, J.L, MARTÍN, J.A., ARRESE, J.L. «Bases técnicas para la reforma de la atención psiquiátrica y la promoción de la salud mental de la CAV», Vitoria-Gasteiz, *Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco*, 1990.

SISTEMA SARE DE ATENCION RESIDENCIAL ESPECIALIZADA

1. INTRODUCCION

Una de las cuestiones más importantes a las que tienen que hacer frente las políticas en favor de las personas mayores (PM) en la actualidad es sin duda la cuestión de la dependencia (personas que necesitan algún tipo de ayuda para desenvolverse en su vida diaria), tanto por su complejidad en el abordaje como por las implicaciones personales, sociales, de salud (en un sentido amplio), económicas, etc. que tiene, que recaen sobre diferentes niveles asistenciales y que requieren una respuesta global, integradora, coordinada y continuada (Gormaly, 1992; Carlsen, 1996).

Aún teniendo en cuenta que las expectativas de vida han ido por delante de las proyecciones demográficas, especialmente en las dos últimas décadas, a nivel del estado español en 1960 los mayores de 65 años eran el 8,2 % de la población. En 1991, el 13,74% y en el 2006 serán el 21,24 %. Aun más significativas son las cifras de las PM de 80 años que en 20 años han multiplicado su número por 2,2 y que en los próximos 20 años se van a multiplicar nuevamente por 2. En este sentido, el aumento de las expectativas de vida conlleva un aumento de los niveles de dependencia, especialmente a partir de los 80 años.

Si bien es necesario recordar que la mayor parte de las personas mayores es absolutamente capaz de llevar una vida independiente, el porcentaje de toda la

población mayor de 65 años con problemas de dependencia grave se sitúa entre un 10 y 20 % en todos los países desarrollados según Dooghe. Si nos referimos al grupo de mayores de 80 años, esta cifra se multiplica por 3 ó 4 veces. En el caso concreto de la enfermedad de Alzheimer (ejemplo paradigmático de un tipo de dependencia) según un metaanálisis efectuado por Jorm sobre cuarenta estudios comunitarios, las tasas de prevalencia según grupos de edad serían las siguientes: entre 60-64 años el 0,7 %, de 65-69 años el 1,4% e iría aumentando con la edad hasta ser de un 10,5 % entre 80-84 años y de un 20,9 % en personas comprendidas entre los 85 y 89 años. Para hacerse una idea de la importancia y de la magnitud de este problema, los datos son reveladores: en la CAV (suponiendo una hipótesis media de prevalencia de casos de demencia senil) hay en la actualidad unas 20.700 personas con demencia, y en el año 2000 habrá aproximadamente 27.200. En Gipuzkoa, donde actualmente hay 6.905 personas aproximadamente con demencia, habrá en el año 2000 unos 9.000 casos según diversos expertos, sin olvidar que la demencia en general es una de las causas que produce dependencia, aunque no la única.

En Gipuzkoa la cobertura de plazas residenciales es del 3,17%, siendo la de personas con problemas de dependencia del 30,12%.

Actualmente nos encontramos con la necesidad de una mejora cualitativa en lo

relativo a adecuación de los centros para atender estas nuevas necesidades, mejorar la calidad de vida y atención en los centros que superan las 50 plazas y adecuar los recursos humanos a través de la formación y entrenamiento en atención a personas mayores dependientes y sus familias.

La evaluación del cumplimiento del objetivo «envejecer en casa», planteado en un principio en términos bastante radicales y con un rechazo absoluto a la vía institucional para cualquier PM, ha puesto de manifiesto la imposibilidad por parte de los países (excepto Dinamarca, que en los últimos años ha desarrollado una amplia red de viviendas adaptadas y con servicios, es necesario no olvidar su ratio de PM en residencias) de reducir el número de plazas residenciales (Rodríguez, 1995). Todo lo contrario, se sigue produciendo un aumento de este tipo de recursos, eso sí, dirigidos en la actualidad a un tipo de PM claramente definido: personas con niveles muy importantes de dependencia, con escasa posibilidad de apoyo instrumental proveniente de la familia u otras redes sociales, y con edades muy avanzadas (Rodríguez, P.; Sancho M.T., 1996).

Asimismo, los criterios de calidad y la especialización de los profesionales ocupan un lugar relevante, presidiendo la filosofía y puesta en marcha de cualquier establecimiento residencial. La constatación de estos hechos ha obligado al grupo de expertos de la OCDE (1993, 1994a, 1994b), que se ocupan de estos temas a matizar su famoso lema de la forma siguiente: «asegurar a las PM dependientes una buena calidad de cuidados y de vida en el lugar que ellas elijan». Esta meta se concreta en: garantizar un nivel adecuado de cuidados y apoyo a las PM dependientes en su domicilio, en la medida de lo posible y siempre que responda a sus deseos; permitir a las PM dependientes que no pueden ser atendidas en su domicilio el disfrute de una buena calidad de vida mediante la mejora de la oferta residencial, teniendo en cuenta sus preferencias individuales; facilitar la actividad de las familias de las PM dependientes, ofreciéndoles los medios necesarios para la mejor realización de su papel de cuidadores siempre que esta situación sea mutuamente deseada.

En este sentido, la 6.^a Conferencia de Ministros Europeos responsables de Seguridad Social reunida en Lisboa en Mayo de 1995, el informe titulado «Necesidades específicas de las personas dependientes.

costos y financiación» elaborado para el Consejo de Europa por Eve Marie Joel, y el informe realizado por el DGV de la Unión Europea titulado «Social protection for dependency in old age» elaborado por J. Pacolet, K. Versieck y R. Bouten, así como el documento publicado por el INSALUD en 1994 que lleva por título «Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores» explicitan claramente la necesidad de priorizar políticas y acciones tendentes a abordar todas las cuestiones referidas a la dependencia a través de una combinación de factores que permita aportar una red de seguridad a las personas en esta situación; que la dependencia es un concepto evolutivo; necesidad de crear plazas e instituciones así como la adaptación de las mismas a los diferentes grados de dependencia, realizar acciones tendentes (intervenciones) a la reversibilidad de las situaciones de dependencia y la necesidad de definir y delimitar claramente los distintos niveles de atención (Monk, 1990).

Se entiende pues la necesidad de dar respuesta a los problemas de las PM y sus familias desde nuevos modelos de atención como una premisa ineludible si queremos optar por unos servicios sociales de calidad y que aporten soluciones novedosas a los problemas que se están viviendo. En este sentido, GIZARTEKINTZA-Dpto. de Servicios Sociales de la DFG cree necesario hacer un esfuerzo dirigido a modificar mejorando las premisas que rigen la atención e intervención sobre el colectivo de las PM y sus familias, así como la organización y funcionamiento de los recursos que para este cometido se deben de poner en marcha, cara a lograr una atención de calidad, más si cabe en este momento de crisis antes mencionado, intentando minimizar (en la medida de lo posible) el impacto negativo que esta crisis puede suponer en el cada día más creciente colectivo de las PM, a la vez que asume las líneas generales de lo que actualmente se plantea en política social de atención a PM en Europa.

2. SARE-SERVICIO DE ATENCION RESIDENCIAL ESPECIALIZADA

El Servicio de Alojamiento Residencial Especializado (SARE) se define como una red pública de recursos psicosociales interconectados consistente en centros de alojamiento residenciales, preferentemente de carácter gerontológico, en los que se incluyen otra serie de recursos como pueden

ser Centros de Día, Programas de Estancias Temporales, Unidades de Valoración y Orientación, Unidades de Apoyo a Familias en Crisis, etc., que aportan a estos centros residenciales un nuevo dimensionamiento de la atención, que:

- a) Debe responder a dos elementos definitorios de las políticas asistenciales, como son: responder a las necesidades de las PM con problemas de dependencia, desarrollando servicios socio-sanitarios de atención (Agirre, 1994; Gogorcena, Regato, 1994), y de sus familias, y realizar actuaciones destinadas a mantener al anciano en su comunidad.
- b) Debe asegurar la continuidad de cuidados tanto a nivel transversal (diferentes recursos) como longitudinal, a través del tiempo, en la evolución de las necesidades personales, y en su caso del trastorno, de la dependencia, etc.; no dejando espacios vacíos en la intervención a ofertar.
- c) Desde un modelo dinámico, dote a estos recursos de mayor capacidad de respuesta, diferentes niveles de especialización y mayor capacidad de adaptación a situaciones que se vayan dando.
- d) Debe transformar la organización y el funcionamiento de la actual red residencial tanto propia de Gizartekintza, como concertada (en sus diferentes modalidades), que debe incidir en un mayor número de servicios prestados, que incidan directamente en los problemas más cruciales de la población y que no supongan un excesivo coste económico.
- e) Debe ser capaz de complementar recursos ya existentes en el Territorio Histórico de Gipuzkoa y que a la vez ejerzan una acción impulsora de nuevos sistemas y métodos de intervención que incidan en otros recursos existentes en Gipuzkoa, permitiendo y animando su renovación y coordinación.
- f) Centre la atención en la calidad de vida de las PM y sus familias (Abramovice, 1988; Bond, Cutler, Grams; 1995) (Argoud, Guisset, Villez, 1994), y permita superar visiones de los servicios sociales para PM de carácter paternalista, hostelero, clínico, etc. que desenfocan el objetivo último a conseguir.

Así pues, esta RED supone asimismo la introducción de una serie de recursos

interconectados, que no sólo debiera tener incidencia en la PM y sus familias, sino que debe de actuar como motor de cambio a nivel actitudinal, organizacional y cultural.

3. DISEÑO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN RESIDENCIAL ESPECIALIZADA

El SARE es una red en la que podemos diferenciar los siguientes elementos:

- a) Núcleos: formados por el TXARA-I, TXARA-II, Centros Gerontológicos de Eibar y Tolosa, centros conveniados, plazas concertadas y nuevos recursos que se puedan incorporar.
- b) Conjunto de interrelaciones: tanto a nivel interno dentro de los núcleos que constituyen el SARE, como a nivel externo con otros recursos.
- c) Los diferentes núcleos del SARE deberán ofertar tanto recursos diferentes en cada uno de ellos, como recursos comunes con un nivel de especialización diferenciado (Ejemplo: unidades de psicogeriatría-unidad de psicogeriatría especializada en problemas de conducta).

El concebir el SARE de esta manera tiene una serie de consecuencias que pasamos a detallar:

- a) Aumenta la capacidad de respuesta diferenciada del SARE como red, frente a la capacidad de respuesta diferenciada existente en la actualidad.
- b) Se pueden compartir servicios y no duplicarlos, compartiendo asimismo profesionales u otro tipo de recursos.
- c) Es una apuesta por un concepto de la intervención dinámico.
- d) Implica un cambio de organización de los servicios desde un punto de vista de complementariedad de los mismos.
- e) Oferta un continuo en la atención, interrelacionando recursos de diferentes niveles de especialización.

4. MODELO DE INTERVENCIÓN DEL SARE

La práctica real en la gerontología, entendemos, ha estado y está basada en parámetros y concepciones en las que el bienestar del anciano y su calidad de vida, así como las de su familia, no ocupa el lugar central y prioritario de la atención; lo

cual sin duda alguna contradice lo expuesto en el primer punto del presente trabajo sobre las recomendaciones de la OCDE al respecto. Creemos pues necesario, impulsar centros donde la calidad de vida del anciano y su familia sean el eje de la intervención (Baltes, 1990). El concepto de calidad de vida entendido como autonomía, competencia, bienestar físico, dignidad personal....

El SARE debe de ser un espacio de promoción y desarrollo, tanto personal, grupal, como comunitario, que sirva de referente en lo relativo a las PM, a los procesos vitales de envejecimiento, así como a las personas con discapacidad, etc. y para la sociedad y, más en concreto de la comunidad que se sitúa, actúa e interviene, generando procesos de interrelación que influyan además positivamente en la percepción que la sociedad tiene de estas realidades, y actúe, en definitiva, como motor de cambio.

Entendemos pues el modelo del SARE desde la complejidad de la realidad psicosocial, desde su multidimensionalidad, desde la idea de «n» variables que interactúan en un proceso, situación o problema determinado y al que hay que dar respuesta desde esta idea de interrelación entre variables.

Así pues, se asume desde los presupuestos anteriores la idea de interdisciplinariedad, no únicamente como un presupuesto teórico de carácter progresista en cuanto a intervenciones y atención a las PM se refiere, sino como un elemento ineludible de una práctica innovadora. Porque entendemos que el producto de un trabajo individual es diferente y potencialmente mayor que el que puedan desarrollar profesionales por separado o equipos de profesionales que carezcan de esta perspectiva, a la vez que se generan nuevas posibilidades cara a la intervención, las cuales no están presentes en el substrato del cual surgen.

Derivado de lo anterior, el modelo que aquí se plantea surge de una idea dinámica y plástica de la intervención y de la atención. No se trata de un catálogo de prestaciones rígidamente establecidas, sino de un sistema capaz de adaptarse a los cambios que en la realidad social se producen, es más, con capacidad de adelantarse a ellos en el mejor de los casos. Esta capacidad de automodificación de los recursos que constituyen el SARE, debe plasmarse en una metodología «ad hoc», que evidentemente se deberá desarrollar, pero no es

competitivo en la actualidad unos servicios sociales acartonados, la realidad exige respuestas plurales y ágiles. Por esta razón al SARE se le quiere dotar de diferentes niveles de intervención y de conexiones entre sus núcleos y recursos (materiales y humanos) constituyentes, que sean capaces de generar esta respuesta.

Otro concepto importante a nuestro entender, que el SARE debe de trabajar desde las ideas anteriormente enunciadas es el nivel de tolerancia que tienen las PM y sus familias a hacer frente a las necesidades que se les plantean, con el menor requerimiento posible de recursos y servicios. Para el cumplimiento de esta idea necesitamos nuevamente unos recursos flexibles y que no estén acartonados. Se pueden cumplir, desde nuestro punto de vista, este requerimiento siempre que se estructure el SARE con premisas de flexibilidad de la atención; siempre que desde el «modelo de competencia» seamos capaces de optimizar destrezas, habilidades y recursos personales, así como redes y sistemas de apoyo natural; redes de apoyo profesional, etc.

Lo anteriormente señalado exige, y no vamos a ignorarlo aquí, un cambio de actitud por parte de los profesionales y trabajadores de estos recursos. Ante la evidente dificultad, muchas veces magnificada, que plantean este tipo de cambios creemos necesario, no obstante, hacer frente a los mismos. En GIZARTEKINTZA existen programas de formación de trabajadores de centro que han conseguido éxitos evidentes y que unido a una política de recursos humanos seria y que asuma las ideas aquí expresadas, pueden ser un elemento importante de innovación en este sentido. Lo importante es el modelo que se quiere implementar, los recursos humanos deben de estar pensados y estructurados para llevar a cabo este modelo y no al revés.

Abandonando conceptos más teóricos por abordar cuestiones más aplicadas, entendemos que es necesario abordar la intervención desde un sistema que se va a denominar Plan General de Intervención. Por Plan General de Intervención (PGI) entendemos el sistema de intervención que engloba un conjunto de programas de intervención interrelacionados, que deben de dar respuesta a las necesidades mínimas de los sujetos para los cuales es diseñado (Yanguas y Leturia, 1995a). En este sentido no existen PGI con programas de intervención prefijados, sino que deben de adaptarse al contexto donde van a ser imple-

mentados. No obstante vamos a enumerar lo que nosotros entendemos como un mínimo, asumió por todos los agentes implicados en el trabajo con las personas mayores y sus familias.

El PGI que aquí se expone consta de seis áreas diferenciadas (Yanguas y Leturia, 1995b), como aparece recogido en la

ilustración adjunta, que constituyen seis pilares de acción, que entendemos que tienen especial influencia en la calidad de vida de las personas mayores.

Estas áreas son las siguientes: área de salud, relaciones sociales, animación sociocultural, comunidad, ambientes y el área de organización.

ÁREA DE SALUD-I					
SUBÁREA DE SALUD FÍSICA					
Programa de Valoración Geriátrica	Programa de Tratamiento Geriátrico	Programas de Rehabilitación y Mantenimiento			Programas de Prevención y Promoción de salud
		Programa Gimnasia	Programa Fisioterapia	Programa Terapia Ocupacional y AVD	

AREA DE SALUD-II					
SUBAREA DE SALUD PSIQUICA					
Valoración	Cognitiva		Psicoafectiva		
Programa de Valoración	Demencia...	Olvido senil benigno	Ingreso	Trastornos Ansiedad	Trastornos Depresivos
Progr. Orientación Realidad	Programa Entrenamiento memoria	Unidad Apoyo Ingresos	Programa Entrenamiento	Relajación	Programa Cognitivo-Conductual

El área de salud que, aunque asumiendo la definición que de salud hace la OMS, está dividida en dos subáreas: salud física y psíquica. Desde la valoración y el tratamiento geriátrico (hacer constar, que cuando se entiende que debe de ser realizado por profesionales de diferentes disciplinas interdisciplinariamente, pues compete al área médica, psicológica y social, lo cual aparece descrito en las áreas de intervención donde se debe realizar), pasando por programas de rehabilitación y tratamiento-gimnasia, fisioterapia, terapia ocupacional y actividades de la vida diaria (AVD), programas de prevención, promoción y educación para la salud dentro del subárea de salud física a programas que dentro de salud física deben hacer frente y prevenir los problemas básicos que nos encontramos en el trabajo con personas mayores.

Así, para los problemas relacionados con la demencia y el deterioro senil benigno, programas de orientación en la

realidad y de entrenamiento en memoria; dentro de la parte más psicoafectiva programas de entrenamiento en relajación para trastornos de ansiedad, programas cognitivos-conductuales para trastornos depresivos, problemas de adaptación, etc. Entendemos importante asimismo incluir programas para trastornos desadaptativos, unidades de apoyo a ingresos, etc.

Dentro del área de relaciones sociales entendemos que hay que trabajar, desde la valoración social a realizar dentro de una valoración integral, tanto lo correspondiente a interacción social, por ejemplo a través de programas de apoyo social, entrenamiento en habilidades sociales, etc.; como en lo referente al tema de intervenciones con familias. El trabajo con familias pudiera abarcar desde la formación de familiares, programas de apoyo a familiares (grupos de autoayuda, de mutua ayuda, etc.), programas de participación de familiares, etc. (Montorio, Díaz, Izal; 1995), (Yanguas, Leturia; 1992, 1995c).

AREA DE LAS RELACIONES SOCIALES								
Subárea valoración social	SUBAREA DE INTERACCION SOCIAL				SUBAREA FAMILIAR			
Programa de Valoración	Intervenciones Grupales		Intervenciones No Grupales		Pro-grama Lúdico Relacio-nal	Pro-grama Forma-tivo	Pro-grama de Apoyo	Pro-grama Parti-cipativo
	Programa de Apoyo Social	Programa de Entrena-miento en HHSS	Indivi-duales	Ambien-tales				

El área de animación sociocultural engloba los aspectos educativos y de acceso a la cultura desde la formación, desde la información y desde la creación de cultura propia; programas de participación sociocomunitaria: voluntariado, potenciación de la comunidad, organización de la comunidad, autogestión de recursos, aso-

ciaciones, hasta la formación de voluntarios. Mención especial queremos realizar al tema que se ha definido como ocio terapéutico, utilización del tiempo libre del sujeto para la realización de actividades que mejoren, refuercen y rehabiliten funciones cognitivas, estado de salud, relaciones sociales, etc.

AREA DE OCIO-CULTURA-EDUCACION							
Valoración	Educación-Cultura	OCIO-TIEMPO LIBRE					
Programa Valoración	PROGRAMAS EDUCATIVOS		PROGRAMADO				NO PROGRAMADO
	Grupales	Otros	Cognitivo	Salud	Social	Educativo	Libre

El área de comunidad incluye en la subárea social programas de inserción, organización y auto-organización de la comunidad y de complementación institucional. En el área de coordinación sociosanitaria o desde la idea antes expuesta de complementación sociosanitaria, programas con-

juntos con atención primaria, atención especializada, atención hospitalaria y salud mental. Dentro de subárea de recursos entendemos la necesidad de programas conjuntos con los diferentes recursos básicos disponibles para personas mayores, descritos en este proyecto.

AREA COMUNITARIA										
SUBAREA SOCIAL			SUBAREA COORDINACION SOCIO-SANITARIA			RECURSOS				
Progr.	Pro-	Pro-	Atenc.	Atenc.	Salud	Hogar	Cen-	PET	UNAF	Servi-
Inser-ción	grama Organi-zación y auto-organi-zación	grama Comple-mentación Institucional	Prima-ria	Especia-lizada	Mental		tro Día			Servi-cio Valora-ción y Orien-tación

El área de ambientes, incluye desde los supuestos básicos de la psicología ambiental y arquitectura, la realización de programas de adecuación de variables físicas y arquitectónicas, ayudas protésicas

y ayudas para la orientación, escenarios de convivencia y trabajo con la percepción ambiental de las relaciones, y dentro de la organización de ambientes: normatividad y participación.

AREA DE AMBIENTES					
FISICO		SOCIAL		ORGANIZACIONAL	
Variables físicas y arquitectónicas	Ayudas protésicas y a la orientación	Escenarios	Percepción de las relaciones	Normatividad	Participación

El área de organización incluye tanto la organización de las propias personas mayores y sus familias, la organización

del propio PGI y la necesaria organización de las relaciones entre profesionales y usuarios.

AREA DE ORGANIZACION						
Organos de REPRESENTACION		Organización relaciones SARE		Organización del TRABAJO		
Junta de Gobierno		Asambleas Generales	Interna	Externa	Departamentos	Equipo Interdisciplinar
Formación	Trabajo y coordinación departamentos		Diferentes núcleos SARE	Recursos no SARE	Equipos por programas	Valoración Intervención

5. RESPUESTAS GENERADAS POR ESTE MODELO

Desde el modelo anteriormente presentado entendemos que:

- Desde un único PGI y con un desarrollo diverso del mismo dentro del SARE, tendremos una respuesta plural (diversa, según los diferentes niveles de atención), pero a la vez ordenada procurando: un continuo en la atención, un orden de necesidades establecido (flexible y dinámico) a las cuales hacer frente y un ordenamiento diferenciado de la atención en el mismo SARE, a fin de no duplicar servicios.
- Una respuesta complementaria, tanto a nivel interno del SARE, como a nivel externo, que deberá plasmarse en trabajo conjunto a diferentes niveles: red municipal de residencias, residencias privadas, complementación sociosanitaria, etc.
- Los recursos que componen los núcleos del SARE (centro residencial, unidad de valoración, centro de día, programa de estancias temporales, unidad de valoración, unidad de apoyo a familias, unidades de convivencia, etc.) desarrollarán un único PGI que debe de ser evidentemente contextualizado. Todos

los recursos y el SARE adquieren sentido desde este PGI, que deberá desarrollarse e implementarse atendiendo una diferenciación y complementación entre los mismos.

FRANCISCO JAVIER LETURIA ARRÁZOLA
JOSÉ JAVIER YANGUAS LEZAUN

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMOVIC, B. «Long term care administration». Hawotr Press. London. 1988.
- AGUIRRE, J.A. «La atención Socio-sanitaria en la CAV. Planteamiento del problema». *Zerbitzuan* n.º 25/94
- ARGOUD, D.; GUISET, M.J.; VILLEZ, A.: «L'accueil temporaire des personnes âgées». Syros, Paris, 1994.
- BALTES, P.B., BALTES, M.B. «Successful aging: perspectives from the behavioral sciences». European Science Foundation. Canadá, 1990.
- BIEGEL, D.E., BLUM, A. «Aging and caregiving: theory, research and policy». Sage, California, USA, 1990.
- BOND, L., CUTLER, S.J., GRAMS, A. «Promoting Successful and Productive Ageing». Sage, California, 1995.

- CARTERSEN, L (Eds). «Handbook of Practical Gerontology». SAGE, New York, 1996.
- CONSEJO DE EUROPA. «Memorandum de la 6.^a Conferencia de Ministros Responsables de Seguridad Social». Estrasburgo, 1995. MMS-6(95)5-F.
- EISER, J.R. «Social psychology: attitudes, cognition and social behaviour». Cambridge University Press, Cambridge, Great Britain, 1986.
- GOGORCENA Aoiz, M.A., REGATO PAJARES «La atención Sociosanitaria a las personas mayores». Intervención Psicosocial Vol n.º 8 (149-158) 1994
- GORMALY, L. (eds). «The dependent elderly: autonomy, justice and quality of care». Cambridge University Press, Great Britain, 1992.
- JOEL, EV. «Necesidades específicas de las personas dependientes, costos y financiación». Consejo de Europa, Estrasburgo, 1995. MMS-6 (95)2-F.
- MONK, A. «Handbook of Gerontological Services». Columbia University Press. USA, 1990.
- MONTORIO, I., DÍAZ, P., IZAL, M. «Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes». *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1995; 30(3): 157-168.
- OCDE. «L'aide aux personnes âgées dépendantes». París, 1993.
- OCDE. «L'aide aux personnes âgées dépendantes: les questions de politique sociale». En: *Les nouvelles orientations de la politique sociale*. París, 1994a.
- OCDE. «Protéger les personnes âgées dépendantes. Nouvelles orientations». París, 1994b.
- PACOLET, J., VERSIECK, K., BOUTEN, R. «Protección social para personas mayores dependientes». Unión Europea. Dirección General V. Bruselas, 1993.
- RODRÍGUEZ, P. «Introducción». En: SEGG. Serie Gerontología Social, Residencias para personas mayores. Manual de orientación. Barcelona: SG-Editores, 1995.
- RODRÍGUEZ, P. SANCHO, M. «Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. La situación de fragilidad». *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.* 1995; 30(3): 141-152.
- YANGUAS, J.J., LETURIA, F.J. «Hacia una propuesta de conceptualización de programas de intervención en gerontología psicosocial: el modelo de influencia». *Rev. Esp. Ger. Gerontol.* 1995(c); 30(3): 177-188.
- YANGUAS, J.J., LETURIA, F.J. «Conceptualización». En AA.VV.: Residencias de Ancianos. Manual de orientación. GS-Editores, Barcelona, 1995(b).
- YANGUAS, J.J., LETURIA, F.J. «Metodología de intervención con familias de personas ancianas institucionalizadas: una propuesta». En AA.VV.: Las personas mayores dependientes y el apoyo informal. INSERSO-Univer. Internacional de Andalucía. Jaén., pp.: 365-374, 1995(a).
- YANGUAS, J.J., LETURIA, F.J. «Apoyo social en residencias de ancianos: enfoque teórico, diseño e implementación de un proyecto de intervención». *Rev Gerontol.* 1992; 2:95-101.

DE RESIDENCIAS PARA LA TERCERA EDAD A CENTROS GERONTOLÓGICOS

1. ANTECEDENTES

También en la historia de los servicios para la tercera edad, como en la evolución de todos los recursos sociales, podemos encontrar puntos de inflexión que marcan cambios cualitativos en la misma.

Uno de estos momentos podría ser la década de los años 70 en la que se inicia la creación de centros residenciales para las personas jubiladas con los fondos de contribución directa de la Seguridad Social.

Los cambios que este hecho determina, en relación a lo existente hasta ese momento, implica entre otras cosas, el abandono del concepto de «asilo», que había sido el único existente hasta esa fecha, totalmente unido con la atención de forma benéfica a los más desprotegidos, y en consecuencia marginados del espectro social, la vejez y la infancia desamparada, con las connotaciones de exclusión por todos conocida.

Las características de estos nuevos centros pretenden romper con lo anterior recalcando una serie de características que podemos resumir en los siguientes puntos.

— Exclusivamente para pensionistas. Son centros que están dirigidos exclusivamente a las personas que han finalizado su vida laboral, bien por haber alcanzado la edad de jubilación, bien por encontrarse incapacitados para seguir en el trabajo por algún tipo de incapaci-

dad sobrevenida durante la vida laboral.

— Pretenden garantizar el derecho de estas personas a una vivienda digna con la cobertura de las necesidades básicas de la vida diaria. Es decir, en un primer momento se configuran como establecimientos hoteleros, como alternativa a la vida autónoma en el propio domicilio.

— Esta concepción se cambia rápidamente con la incorporación de profesionales y recursos que pretenden poner a disposición del colectivo determinados recursos que potencien sus capacidades globales y dilaten en el tiempo la aparición de los deterioros propios de la edad. Atención médica y de enfermería, servicio social etc.

— Modelo «Participativo». Al construirse y gestionarse con fondos de la Seguridad Social los residentes son de alguna manera «propietarios» de las mismas por lo que se crean unos órganos que permitan la participación de los usuarios en la marcha del centro. Es decir, se tiene en cuenta que los fondos que se utilizan para la construcción y mantenimiento de dichos centros provienen de las contribuciones efectuadas por los propios usuarios, y que de ello se desprende su derecho a controlar el servicio que reciben.

— Residencia y Hogar. En los dos centros ubicados en el territorio histórico de Gipuzkoa (Centros Gerontológicos de

Eibar y Tolosa) funciona además un servicio paralelo ubicado en los mismos edificios el «Hogar del Pensionista», hoy Centros Sociales dirigido a todas las personas de la tercera edad de la zona donde se ubica como centro de ocio y promoción social.

2. APERTURA A LA SOCIEDAD

- Evolución adaptativa. Esto produce un fenómeno nuevo; estos centros están abiertos a la sociedad circundante al ofrecer servicios -ambulatorios- a los no residentes y la posibilidad de que sus residentes, en ese momento todos -válidos-, puedan hacer uso de los servicios que ofrece la localidad en que se instala.

Esta interrelación mutua y continuada entre las residencias y la sociedad hace posible, e inevitable, el conocimiento de las necesidades del otro colectivo, el que se encuentra «fuera», y posibilitará la adecuación de una forma paulatina de los servicios existentes para dar respuesta a las nuevas necesidades planteadas.

Como consecuencia se van realizando adaptaciones, para responder con los medios que se tienen a las demandas del propio colectivo y posteriormente, conforme se va configurando toda la red de servicios sociales municipales, para dar respuesta a los planteamientos de estos servicios.

- Rentabilización de recursos. Por otra parte el progresivo deterioro físico y mental de las personas residentes y de las personas que demandan plazas residenciales, por un lado, y la necesidad de optimizar la gestión de los recursos, tanto humanos como materiales, con que cuentan este tipo de residencias, por otro, han provocado su transformación, desde los iniciales centros residenciales dirigidos a dar alojamiento y apoyo a sus residentes, a Centros que cuentan con un conjunto de servicios que pueden ser utilizados, no sólo por el colectivo de la tercera edad sino, por aquellos otros servicios de la red básica que los precisen.
- Oferta de Servicios interconectada y flexible. Es decir, los actuales Centros Gerontológicos son centros que ofrecen sus recursos de una forma interconectada y flexible, adaptados a las necesidades cambiantes de las perso-

nas mayores y sus familias, las cuales pueden usarlos según sus necesidades de forma puntual, periódica, continua o permanente.

Además esta oferta de servicios no se realiza exclusivamente al colectivo señalado, personas mayores y sus familias, sino que se entronca con el resto de los recursos existentes que pueden utilizarlo, bien como soporte para la puesta en práctica de sus propios programas, o como asesor en la gestión de sus propios servicios.

En resumen podemos afirmar que hoy los Centros Gerontológicos logran integrar una pluralidad de recursos multifuncionales donde la calidad de vida de las personas mayores y sus familias es el objetivo principal.

3. ACTUAL OFERTA DE SERVICIOS DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DE GIZARTEKINTZA

- Recursos
- Servicios
- Programas
- Optimización de recursos
- Adaptación permanente

la pregunta de qué es lo que se puede ofrecer de forma concreta y estructurada desde los centros Gerontológicos nos obliga a analizar tanto las actuaciones que se realizan como los recursos que se emplean en su realización, los usuarios que las reciben o utilizan y los posibles usuarios que no pueden utilizarlos y el por qué.

Como respuesta a todo ese conjunto de preguntas se ha podido establecer que en este momento los centros Gerontológicos poseen una serie de servicios que en conjunto constituyen su oferta o como actualmente se suele denominar cartera de servicios.

Recursos

- Residencia.
- Hogar.
- Centro Día.
- Unidad convivencial para personas autónomas o con problemática en los aspectos físico y/o psíquico.

Servicios

- Comedor social, en el centro y en el exterior.
- Peluquería, Podología, Masaje, Yoga.
- Actividades culturales, recreativas y participativas.
- Cafetería.

Programas

1. Area salud

1.a) Unidad de apoyo a ingresos

Los objetivos de este programa son:

- Reducir el posible impacto negativo del ingreso.
- Favorecer el proceso de ingreso y la adaptación.
- Informar adecuadamente al futuro residente.
- Realizar una exploración y evaluación detallada del residente.
- Favorecer la integración del residente.
- Integrar al residente en los programas de intervención.

1.b) Orientación a la realidad

Los objetivos de este programa son:

- Posibilitar la comunicación y relación personal entre los participantes.
- Mantener a la persona informada sobre el momento y lugar en que se encuentra.
- Favorecer y conseguir evitar mayor deterioro o recuperar lo que se pueda, mediante actividades sencillas y entretenidas.

1.c) Relajación

Los objetivos de este programa son:

- Prevenir la aparición de problemas (psíquicos y físicos) relacionados con la ansiedad y sus síntomas.

1.d) Grupo terapéutico

Los objetivos de este programa son:

- Participar en un grupo, fomentando sentimiento de cohesión.
- Controlar el estado de ánimo.
- Planteamiento de objetivos conductuales graduales.
- Aumentar la variedad de actividades a realizar.
- Pensamiento realista y adecuado.
- Reforzar selectivamente las conductas adaptativas, autónomas.

2. Area de relaciones sociales

2.a) Apoyo social

Los objetivos de este programa son:

- Aumentar la cantidad y calidad de contactos y relaciones sociales.
- Motivar a aquellas personas apáticas y poco participativas.

Inserto en el área de relaciones sociales está el trabajo con familias, un trabajo procesual que se compone del Día de Familias o Día de Puertas Abiertas, el trabajo referido al apoyo social, el papel de la familia en el centro y el acercamiento a la

situación concreta del residente y al trabajo que nosotros hacemos con él.

3. Ocio-Cultura

3.a) Aula cultura

Los objetivos de este programa son:

- Reflexionar sobre temas de la realidad actual.
- Vivir la cultura activamente.

4. Salud física

4.a) Terapia ocupacional

Los objetivos de este programa son:

- Desarrollar la psicomotricidad fina, la coordinación visuo-motriz...
- Fomentar la autoestima.
- Aprender una ocupación activa y positiva del T.L.

4.b) Gimnasia

Los objetivos de este programa son:

- Trabajar las capacidades biológicas básicas.
- Aumentar las capacidades de coordinación.

Optimización de recursos

Este sistema expuesto hasta ahora nos permite atender a un colectivo mayor que aquel que podría ser atendido con la estructura funcional de residencia u hogar del pensionista.

Además permite que la persona atendida lo esté en aquellos aspectos en que precisa la atención, no utilizando otros servicios que no precisa pero en los que se incluía para no perder la cobertura de los que necesitaba.

Por otra parte la comunidad en que se encuentra el centro puede hacer uso del mismo como lugar para la realización de sus programas de participación ciudadana y fomento del voluntariado así como centro especializado para otros servicios o usuarios que precisan de una de orientación y valoración.

Adaptación permanente

Es difícil determinar con precisión cual de estos servicios sería más importante que cualquier otro, dado que tendríamos que detenernos a valorar la extensión que puede alcanzar y contraponerla con la intensidad que exigen otros y este no es el motivo de este artículo, sin embargo, parece importante resaltar el aspecto del centro gerontológico como un recurso para los demás recursos existentes. A nuestro entender esta característica es una garantía de futuro por cuanto permitirá seguir evolucionando de acuerdo con lo que sociedad circundante necesite.

En una sociedad tan cambiante como la que nos ha tocado vivir, parece indispensable que la creación de los nuevos servicios incorporen, a sus propias formas de funcionamiento, todos los mecanismos que les permitan detectar, cuando la finalidad para la que fueron creados ha sido superada por la realidad, adecuándose de la forma más inmediata posible a la cobertura de las necesidades que se presentan.

Por ello el actual modelo de Centro Gerontológico no debe entenderse como un modelo acabado, sino como un modelo que no debe perder la capacidad de adaptarse continuamente al constante cambio social debido a la estrecha relación existente con el entorno.

Se traicionaría al modelo de Centro Gerontológico si se creyera que nos encon-

tramos en un punto de llegada final y no en un proceso de constante adaptación. A cada nueva demanda social planteada nuestra respuesta debe ser ¿por qué no?

CARMEN ELIZARI,
MARÍA JOSÉ FURIEL,
EUGENIO AIZPIRU

BIBLIOGRAFÍA

- «Informe del Ararteko sobre residencias».
- «Las relaciones familiares en centros de atención a personas mayores: implicación en los programas de intervención». Residencia de Pensionistas de Eibar, 1993.

Plan Gerontológico de la C.A.V.

LA CALIDAD COMO SIGNO DE IDENTIDAD

1. INTRODUCCION

Las teorías más avanzadas de gestión y dirección de organizaciones y entidades se han aplicado desde siempre en el mundo empresarial, debido fundamentalmente a la permanente competencia a la que están expuestas las empresas y a la necesidad de tener que alcanzar crecientes cuotas de mercado.

En la prestación de servicios públicos, ya sea directamente desde la Administración o mediante entidades o empresas privadas o de participación pública, la aplicación de técnicas y herramientas avanzadas de gestión es un hecho bastante reciente. Los motivos de este retraso son numerosos y, en muchos casos, complejos, no siendo fácil la identificación de causas que por sí solas lo expliquen. Pero lo importante es que, por primera vez, hay una actitud clara y favorable hacia la incorporación, en la Administración, de métodos y modos de actuar basados en el logro de la eficacia y en la optimización de los recursos humanos económicos y financieros públicos, casi siempre insuficientes.

Este cambio de mentalidad puede parecer una obviedad, ya que se supone que siempre se debería haber actuado así, pero en realidad no lo es. Y no lo es porque en el trasfondo de esta lenta pero progresiva transformación subyacen elementos que, a nuestro juicio, pueden llegar a ser determinantes del éxito del cambio.

El primero de estos elementos es la toma de conciencia de los propios gobernantes y responsables de la Administra-

ción de la necesidad de acometer cambios profundos en la forma de administrar y gestionar los bienes y servicios públicos. Este es el primer paso, necesario y clave, para el desarrollo de todos los posteriores. Es bien sabido que cuando la alta dirección de una empresa, o cuando los máximos responsables de una organización, no se involucran desde el inicio, personal y directamente, en los proyectos de cambio de cultura organizacional, los resultados obtenidos son casi siempre nulos.

El compromiso de las altas instancias es, por tanto, fundamental, y está ahora calando entre nuestros gobernantes.

El segundo aspecto que nos parece crucial en todo este proceso es que se ponga como eje central de toda actuación al ciudadano, esto es, a la persona que es destinataria final de los servicios prestados por la Administración. Este planteamiento, simple en su concepción, pero difícil en su ejecución, es, sin embargo básico, ya que supone el establecimiento de objetivos de gestión dirigidos a la resolución de los problemas reales de los ciudadanos, por encima de cualesquiera otros intereses intermedios que pudieran existir.

Finalmente, hay que destacar un hecho diferencial que también está impulsando el cambio y que tiene que ver con la modificación del perfil de la demanda social de servicios públicos: los ciudadanos están hoy más y mejor informados que en otros tiempos, y, como consecuencia de ello, su nivel de control, exigencia, e incluso presión ante el actuar de la Administración es mayor que nunca.

Esta transformación de la conducta del administrado es irreversible y la respuesta no es ni ha de ser otra que la de tratar de adecuar, en la medida de lo posible, los servicios actuales a las nuevas demandas sociales.

En la Fundación Uliazpi hemos creído necesario acometer un cambio profundo en el fondo y en la forma de hacer las cosas. Un cambio que se basa en esos tres pilares que acabamos de mencionar, y que participa de esa filosofía o idea común de la mejora permanente de los servicios públicos que recibe la comunidad.

En los siguientes apartados vamos a tratar de exponer algunos de los hechos y de las ideas que están detrás del proceso en el que estamos inmersos.

Sí quisiéramos aclarar que todo lo que se expone a continuación no constituye para la Fundación Uliazpi un objetivo en sí mismo, sino que se trata de un método de trabajo que entendemos nos puede ayudar a conseguir el verdadero reto que tenemos ante nosotros, que no es otro que procurar una mejor calidad de vida a las personas a las que atendemos.

También es importante señalar que este proceso de cambio de gestión y de modo de actuar no ha hecho más que comenzar, y que somos conscientes de que nos queda un larguísimo camino por recorrer.

2. LA FUNDACION ULIAZPI

La Fundación Uliazpi es un Organismo Autónomo dependiente de la Diputación Foral de Gipuzkoa, adscrito a GIZARTEKINTZA-Departamento de Servicios Sociales. Su función principal es promover el bienestar general y la mejora de la calidad de vida de las personas que presentan una deficiencia mental severa o profunda. También tiene como objetivo apoyar a los familiares de las personas que presentan estas deficiencias, de tal forma que ellos también puedan tener una buena calidad de vida.

Los antecedentes de la Fundación Uliazpi se encuentran en la Asociación Guipuzcoana pro Subnormales, Atzegi en la actualidad, ya que era ésta la responsable de prestar estos servicios. Las Juntas Generales de Gipuzkoa mediante Norma Foral 8/1989, de 5 de junio, decidieron la creación de la Fundación, asumiendo las funciones que hasta entonces tenía

encomendadas la Asociación. La denominación «Uliazpi» hace referencia a la Villa Uliazpi, primer centro que dio acogida, el 1 de setiembre de 1967, al primer niño con deficiencia mental profunda.

Actualmente existen tres centros de atención especializada dependientes directamente de la Fundación. Son los Centros Donostia (66 plazas), Fraisoro (65 plazas) y Zubieta (72 plazas), en los cuales se atienden a un total de 203 personas en régimen residencial durante las 24 horas del día.

Cada una de estas residencias mantiene sus propios programas asistenciales, los cuales son coordinados con otros servicios y programas de tipo educativo, laboral y recreativo, en función de las edades y de las necesidades de las personas que son atendidas.

Complementariamente existen los Servicios de Día y de Apoyo Familiar y de Respirio. El Servicio de Día dispone de 12 plazas en el Centro Zubieta, con una ocupación de 7 horas diarias, de lunes a viernes, durante el período que va de setiembre a julio, ambos meses inclusive. Para el mes de agosto disponemos de otro Servicio de Día para 18 plazas, con el que se trata de dar soporte a la familia en el período en que la persona deficiente está en el hogar familiar.

En cuanto al Servicio de Respirio, éste consiste en dar asistencia durante estancias cortas, como por ejemplo durante los fines de semana, los períodos vacacionales que surgen a lo largo del año, y finalmente durante el mes de agosto.

La atención dispensada se incardina a través de los denominados programas de atención. Estos se diseñan en función de los objetivos perseguidos en cada caso, si bien todos tienen como denominador común la aportación, a las personas con deficiencia mental severa o profunda, del entrenamiento necesario para el desarrollo, mantenimiento, incremento, y maximización de su propia autonomía, procurando, además, que dichas personas puedan participar más activamente en las situaciones de la vida cotidiana.

En la Fundación trabajamos 250 personas, en las que se incluye personal a tiempo parcial, repartidas entre los tres centros de atención directa y los servicios centrales. Las características de estos servicios hacen que coexistan al mismo tiempo una gran variedad de profesionales dentro de una misma estructura or-

ganizativa, que, sin duda, añade cierta complejidad a la gestión diaria.

3. PREOCUPACION POR LA CALIDAD

En realidad nuestra preocupación por la calidad viene de lejos. Desde siempre se ha procurado avanzar en la mejora de la calidad de las personas a las que atendemos. Pero estos avances en muchas ocasiones se quedaban en acciones aisladas, llevadas a cabo por personas que con su iniciativa y entusiasmo trataban de implantar las mejoras que consideraban más convenientes.

Por otra parte, estas mejoras no eran conocidas más que por las personas que estaban directamente implicadas, por lo que en las mismas sólo participaban grupos de personas muy reducidos.

Entre tanto, se cruza por nuestro camino la nueva concepción de la calidad total como modelo de gestión, y sobre todo, como filosofía de trabajo. Descubrimos que nuestras limitaciones, y muchos de nuestros problemas, pueden ser tratados mediante la aplicación de un método sistematizado de trabajo que busca, en esencia, lo que nosotros perseguíamos aunque de manera dispersa y posiblemente descoordinada.

Nuestro interés por la calidad total se vio reforzado al observar los postulados y principios que subyacen en su aplicación. Como por ejemplo:

- La importancia que en ella tienen dos cuestiones que en nuestra organización son fundamentales: la comunicación y la participación.
- La necesidad de que la organización esté, realmente, orientada a satisfacer las necesidades de quienes reciben el servicio, y en consonancia con este principio, de escuchar más la voz de los usuarios y de sus familias, en vez de guiarse exclusivamente por la «voz de los profesionales».
- La renuncia a la autocomplacencia, tan extendida en organizaciones como las nuestras, y la posibilidad y exigencia de medir los resultados obtenidos, con independencia de que los servicios sean intangibles o difíciles de cuantificar.
- La eliminación de los gastos innecesarios, cuestión que a nosotros nos afecta directamente al ser una entidad de-

pendiente de un gasto público cada vez más escaso y priorizado.

- El empleo del aseguramiento de la calidad y de los principios de mejora continua, tan necesarios en una organización como la Fundación en la que los usuarios no tienen la oportunidad de «cambiar de proveedor» si el servicio recibido no se ajusta a sus expectativas.

La lista de ejemplos podría continuar, pero creemos que no es necesario añadir más, ya que lo importante es transmitir, para nuestro caso, la coincidencia plena que existe entre la filosofía que se desprende de la aplicación del modelo de calidad total y los objetivos que nosotros perseguimos.

4. DESARROLLO DE LA CALIDAD EN LA FUNDACION ULIAZPI

En este apartado vamos a explicar, de forma muy resumida, la experiencia que hemos acumulado en estos últimos años al aplicar sistemas de gestión, primeramente tradicionales y posteriormente basados en el modelo de calidad total.

Ya en 1989, cuando iniciamos nuestra andadura como Organismo Autónomo, consideramos conveniente sistematizar nuestro modo de trabajo, de manera que el mismo respondiese a objetivos e iniciativas previamente determinadas. El marco conceptual de referencia escogido fue el del tradicional modelo de Planificación Estratégica.

Este modelo de trabajo, como es bien conocido por todos, responde a un esquema sencillo pero muy efectivo. En primer lugar supone definir la filosofía y los principios de la organización, como esencia de la misión que debe perseguir la misma. El paso siguiente consiste en realizar un análisis exhaustivo de la situación interna de la organización, así como de aquellos factores externos a la misma que pueden condicionar potencial o efectivamente, su desarrollo futuro. Hecho este trabajo se está en condiciones de identificar y establecer los objetivos estratégicos y operativos, en función de su importancia para un período de tiempo determinado, habitualmente anual. Es en el Plan de Gestión anual donde se concretan todas las acciones, programas de actuación, responsabilidades, y presupuestos asignados. Este sistema o esquema de trabajo se cierra con la revisión y control del Plan de Gestión, y con los procesos de evaluación del Servicio.

Gráficamente el esquema sería el siguiente:



De acuerdo con esta sistemática, una de las primeras tareas que llevamos a cabo fue hacer nuestra la declaración de principios para la atención adecuada de las personas con deficiencia mental profunda que la Junta Directiva de la Asociación Guipuzcoana Pro Subnormales aprobó el 28 de julio de 1982, así como los Principios Generales del entonces Departamento de Salud y Bienestar Social.

Y a partir de aquí ya se elaboró el primer plan de gestión de la Fundación Uliazpi, con unos objetivos generales, unos programas y planes de acción específicos y con unas directrices sobre el control y mantenimiento del plan.

Más adelante definimos la Misión de la Fundación Uliazpi en los siguientes términos: «la función primordial de la Fundación Uliazpi es promover el bienestar general y mejora de la calidad de vida de las personas a las que se atiende, así como el de sus familias».

De forma paralela, el personal directivo de la Fundación Uliazpi asistió a cursos cuyo tema versaba o hacía referencia a la Evaluación de Servicios, puesto que nos dimos cuenta que sus contenidos (la evaluación como parte de las funciones de gestión; autoevaluación; evaluación como garantía de calidad) encajaban perfectamente en el modelo que habíamos adoptado, siendo precisamente la parte del sistema pendiente de abordar.

Tras algunas orientaciones recibidas de personas con experiencia en estas mate-

rias comenzamos a elaborar los estándares de calidad de la Fundación Uliazpi, cuya finalidad primordial era la de mejorar la calidad del servicio (calidad de vida, de cuidado y atención) con el fin de responder a las necesidades, previamente identificadas, de las personas objeto del servicio. Todo ello en relación con los recursos humanos, económicos y materiales disponibles. En este planteamiento, la aplicación de los conceptos de calidad a los sistemas de dirección y gestión de la Fundación jugaban un papel fundamental.

Pero además, otra finalidad añadida era la de disponer de un material que nos permitiera llevar a cabo procesos de autoevaluación, de modo que pudiéramos comparar las prácticas reales con una finalidad acordada y explícitamente señalada.

Estos estándares, elaborados por el Equipo Directivo, fueron posteriormente aprobados por la Junta de Gobierno y, de manera subsiguiente, algunos de ellos se han desarrollado en procedimientos de trabajo.

Disponíamos de una declaración de la Misión; de un modelo de gestión operativizado en planes anuales y posteriormente bianuales; de unos Estándares de Calidad; pero nos faltaba una herramienta que nos permitiera evaluar la calidad del servicio prestado.

Y para dar respuesta a esta cuestión, nos vimos en la necesidad de elaborar dicha herramienta de autoevaluación que consideramos posible entresacarla de una mayor concretización u operativización de aquellos estándares que estaban más orientados en los resultados sobre los clientes, para así poder evaluar el Servicio desde la «óptica de los clientes».

Todo este proceso nos conduce hacia mediados de 1994, y es a partir de aquí cuando empezamos a tomar contacto con los sistemas de gestión de Calidad Total. Así, pusimos en marcha un Plan de Formación en temas relacionados con los conceptos de Calidad Total, modelos existentes, herramientas para la resolución de problemas, etc.. También posibilitamos la creación de «Grupos de Progreso», como instrumentos de participación que sirviesen para proponer soluciones a las cuestiones y problemas planteados en el proceso de autoevaluación.

Y ya es en el Plan de Gestión elaborado para los años 1995-1996 cuando uno de los objetivos prioritarios del Servicio

se centra en la mejora de la Calidad del Servicio, mejora que tiene que ir unida a una reducción o mantenimiento de los costes. El cumplimiento de este objetivo pasa, necesariamente, por un cambio paulatino de nuestra cultura como organización.

5. REFLEXION FINAL

A modo de reflexión final quisiéramos dejar claro que nuestro compromiso con la Calidad Total no es pasajero ni obedece a moda alguna. Queremos seguir trabajando en la implantación de un sistema de gestión basado en el modelo de la Calidad Total, porque creemos en los Principios del sistema; porque sentimos la necesidad de trabajar de forma sistemática y porque estamos convencidos de que podemos y debemos mejorar mucho más.

Este avance queremos realizarlo en una triple dirección:

- a) Definiendo e implantando un sistema de Aseguramiento de la Calidad que garantice, de manera permanente, el nivel alcanzado en cada momento. Este sistema nos debe servir para definir y estandarizar las formas correctas de actuación, estableciendo asimismo la sistemática para revisar su implantación y corregir aquellas desviaciones detectadas, contribuyendo así a su Mejora Continua.
- b) Seguir desarrollando Equipos de Progreso o Mejora para la resolución de problemas.
- c) Determinar, definir, desarrollar y gestionar los procesos clave de la Fundación Uliazpi.

Este es nuestro compromiso y el camino que hemos iniciado, el cual, por ser coherentes con la propia Filosofía de la Calidad Total, es un camino sin retorno y por el que confiamos que podremos lograr nuestro propósito final.

FUNDACIÓN ULIAZPI

PLANES DE ACTUACION EN LOS SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS: UNA FORMULA DE ORDENACION INTEGRADORA

1. PREAMBULO

La Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales, aprobada por el Parlamento Vasco, define los Servicios Sociales Especializados como los que constituyen el nivel de atención específica para la programación, implantación y gestión de aquellas actuaciones que no estén encomendadas a los Servicios Sociales de Base. Entre sus funciones destacan las medidas de reinserción orientadas a normalizar las condiciones de vida de los colectivos con alto riesgo de marginalidad.

En efecto, los servicios sociales especializados, como parte de las prestaciones sociales a miembros y grupos en situación de inferioridad para satisfacer sus derechos básicos, son complementarios de otros servicios públicos comunitarios, como la sanidad, educación, cultura, etc., siendo, a su vez, derechos que emanan de la condición de ciudadanos. De este modo, la política social se convierte en un sistema de redistribución de la renta a través de unos servicios cuyo fin, precisamente, es aplicar la justicia social y cumplir el principio de igualdad de oportunidades.

Las particulares características de los servicios sociales especializados han re-

presentando, durante mucho tiempo, una aparente dificultad para entroncarse en la red de recursos generales de la sociedad, si bien el esfuerzo realizado en los últimos tiempos por interconectarse con la red básica de servicios sociales y otros servicios comunitarios, facilita la tarea de contemplarlos como un módulo más del complejo entramado del sistema de atención social.

Dos son los factores que han contribuido a su paulatina adaptación:

De un lado, la modificación de las demandas sociales, cuya solución se solicita en los medios más próximos al ciudadano, fenómeno propio de las sociedades modernas profundamente dinámicas. De otro lado, la deseable progresiva asunción de funciones por parte de otros servicios comunitarios. A pesar de ello, parcelas de atención a determinados colectivos, continuarán construyendo la esencia de la actuación en el ámbito de los Servicios Sociales Especializados.

Al comienzo de la presente legislatura se manifestó la necesidad de diseñar un marco de actuación que, rompiendo el ámbito estanco de los Servicios Sociales Especializados, permitiera abordar las causas y efectos de la desigualdad social desde una perspectiva global, analizando y pro-

gramando exhaustivamente las intervenciones de los agentes sociales que concurren en esas áreas, tanto desde la red básica como desde los entornos especializado y comunitario. Se decidió la elaboración de planes integrales de actuación en los sectores afectados. Los objetivos y la elección de los medios necesarios para lograrlos se establecieron dentro de un marco de planificación estratégica, desarrollando un proceso a lo largo del cual se analizaron las aspiraciones de futuro, las oportunidades y obstáculos planteados, identificando los puntos fuertes y débiles y delineando las líneas estratégicas en toda su extensión.

La finalidad de los Planes Integrales consiste en asegurar la realización de determinadas acciones en favor del colectivo de referencia, considerando cuantos factores inciden en su vida, en función de las circunstancias y dimensiones de sus necesidades.

En sus líneas estratégicas u objetivos instrumentales se programan actividades con proyección a todas las áreas y competencias que, con carácter tangencial o general, estén implicadas. En consecuencia, se contienen especificaciones a desarrollar por GIZARTEKINTZA y se proponen otras a los organismos públicos y privados que intervienen en la vida de la persona en situación de necesidad. De este modo, se proyecta una actuación integral.

2. EL PLAN ESTRATEGICO GIPUZKOA 2000, UNA REFERENCIA OBLIGADA

El Plan Integral enmarca tres ámbitos de actuación que, a su vez, se adaptan a los horizontes previstos en el PEG 2000:

- Un primer horizonte preventivo, en el que se neutralicen las causas generadoras del desequilibrio social desde diferentes perspectivas (educación, urbanismo, sanidad, cultura, empleo, etc.).
- Un segundo horizonte, que contempla medidas reparadoras centradas en el ámbito de la previsión social, potenciando los sistemas universalistas de cobertura frente a la necesidad.
- Un último horizonte, de carácter más rehabilitador-reinsertador en el que el objetivo de las medidas a adoptar lo constituye la reintegración de los colectivos más desfavorecidos a la participación plena en la vida social.

3. ESTRUCTURA DE LOS PLANES

Su estructura se compone de tres partes:

a) Primera parte: Principios básicos e identificadores

Junto a las especiales referencias al marco jurídico, estructura, funciones y descripción de recursos, en esta parte se detallan los principios básicos de la política del Departamento y una serie de identificadores, a modo de premisas, que constituyen la filosofía que soporta el conjunto de líneas estratégicas. Dichos identificadores son los siguientes:

— La *NECESIDAD*, como elemento básico en la atención al sujeto afectado. La heterogeneidad de las desigualdades tanto en lo que respecta a sus diversos conceptos como a la variedad de prestaciones y servicios que requieren aconseja diversificar las acciones propuestas en función de las necesidades individuales.

La necesidad se traduce en el deseo o la petición de medios adecuados para prevenir o compensar una determinada insatisfacción, provocada por el defecto de una función o la privación de los elementos imprescindibles para el mantenimiento del equilibrio personal. Cuando la necesidad queda satisfecha, se produciría el bienestar en su concepto más amplio.

— El concepto de *INTEGRAL*. La denominación de integral a un plan de actuación obliga a enmarcar todas las referencias que inciden en el sujeto afectado, incluyendo las prestaciones de carácter primario-comunitario aplicadas a la población en general.

La aplicación de medidas correctoras con el objeto de paliar las consecuencias de la desigualdad, enfocándola sólo desde la perspectiva de los Servicios Especializados, dejaría de lado todo el complejo mecanismo de los demás sistemas sociales que, en gran parte de los casos, se anticipa a la cronificación de los procesos de marginación social.

Para ello, los planes hacen mención a los aspectos preventivos, rehabilitadores, educativos, laboral y sociales, lo que presupone una adecuada coordinación entre los estamentos implicados, acompañada de un previo compromiso inter-institucional.

- El concepto de *SECTORIAL*. Los planes se caracterizan también por ser sectoriales, en tanto en cuanto se dirigen a colectivos que, a pesar de su heterogeneidad, tienen características comunes, de manera que su estructura y evolución puede analizarse desde una perspectiva única.
- El *APROVECHAMIENTO* de recursos. La crisis económica que cuestiona los pilares de la Sociedad del Bienestar y el concepto de necesidad como fundamento del desajuste social, aconsejan enfatizar al máximo el aprovechamiento de recursos sociales comunitarios, básicos y especializados, en orden a rentabilizar su implantación, evitando la compartimentación estanca entre los recursos, fomentándose el multiuso y su polivalencia.
- La mejora continua de la *CALIDAD* para lograr la satisfacción de necesidades. La calidad total, como sistemática de gestión utilizada por los sectores industriales para sobrevivir en el complicado escenario competitivo, debe incorporarse a los servicios sociales como requisito básico mediante el cual podrán satisfacerse las expectativas y necesidades de los usuarios y de cuantos agentes sociales intervienen y concurren en su entorno. La calidad, como concepto intangible que proporciona y asegura fiabilidad a un producto o servicio, constituye una prioridad manifiesta, que se explicita en los textos de los Planes en repetidas ocasiones.
- El mantenimiento del sujeto afectado en su *ENTORNO SOCIAL Y FAMILIAR*. Teniendo presente el principio de normalización, el conjunto de actuaciones propuestas se enmarca en una estrategia de mantenimiento de las personas en su entorno familiar y/o social y, en su caso, en la reincorporación a su comunidad, utilizándose los canales habituales de satisfacción de las necesidades sociales y el aprovechamiento de los recursos comunitarios, procurando poner a su disposición unas condiciones para la vida diaria lo más parecidas posibles a las circunstancias y modo de vida de los demás.
- La participación del *VOLUNTARIADO*. El voluntariado supone una prestación que cubre, en un sentido amplio, la necesidad de solidaridad social, tanto en la cobertura de necesidades básicas como en la aceptación social y en la participación en los servicios requerí-

dos por la persona afectada.

Se necesita recuperar el papel que, en su día, jugaron los primeros asociados que se agruparon en las entidades de apoyo mutuo, estimulando la vocación del voluntariado y fomentando la intervención del —no asalariado— cuya figura, en los últimos tiempos, se ha limitado principalmente a tareas relacionadas con el ocio y el tiempo libre.

b) Segunda parte: Identificación de usuarios

El análisis de la población a la que se dirigen las acciones previstas en cada uno de los planes conforma su segunda parte. Dicho análisis se basa en el censo de los sujetos afectados, en su tipología y características, estandarizando los grupos sobre los que se va a intervenir en función de sus necesidades.

El análisis del censo supone valorar en profundidad las circunstancias que concurren en cada caso y, en virtud de determinadas características homogéneas, establecer tipologías de usuarios o usuarios-tipo en función de necesidades objetivas. A cada grupo de usuarios le corresponderá una respuesta social o asistencial de mayor o menor intensidad, lo que permite planificar con la debida precisión.

c) Tercera parte: Actuaciones

La tercera parte relaciona de forma detallada las actividades que se van a llevar a efecto en el período previsto. Huyendo de la pura planificación teórica, lo cual podría convertirse en una perenne referencia sin aplicaciones prácticas, el conjunto de actividades adopta la forma de plan de gestión.

Así, cada uno de los ámbitos de actuación tiene un objetivo general y diversos apartados, de acuerdo con el siguiente esquema:

AMBITO DE ACTUACION

- Objetivo general
- Areas de intervención
- Objetivos particulares en cada área
- Actividades

De acuerdo con las definiciones del PEG 2000, y a efectos de operativa instrumental, los planes integrales de Actuación identifican tres ámbitos:

- El ámbito de los Servicios Básicos, que se corresponde con el marco de actuaciones en el que intervienen los Servicios Sociales Básicos. Su espacio coincide con el de las actuaciones que

neutralicen las causas generadoras de marginación y compensen las necesidades mediante sistemas de cobertura universalizados. Se trata del lugar en el que la integración social del individuo con necesidad debe plasmarse más nítidamente, por tratarse del área cotidiana de convivencia.

- El ámbito de los Servicios Especializados, correspondiéndose con el espacio en el que se proyectan un conjunto de medidas dirigidas a reparar o atender la especial problemática de determinados colectivos cuya singular situación requiere o exige una intervención específica.

Aunque se identifique con los Programas Especializados, el hilo conductor para atender la demanda del sujeto afectado debería provenir siempre de los Servicios Básicos, por entender la correlativa intervención de las atenciones primaria, secundaria y terciaria.

- El ámbito de los Servicios Comunitarios. Las actuaciones previstas en este apartado están orientadas a impulsar el desarrollo de ese campo de intervención común entre los servicios sociales y las restantes coberturas comunitarias, como son Educación, Trabajo, Sanidad ...

Las actuaciones previstas en este ámbito presuponen que las diversas administraciones deben acotar y/o ampliar los espacios comunes de intervención evitando que las puras divisiones funcionales se conviertan en un obstáculo para las personas que se encuentran en situación de desigualdad.

Las áreas de intervención, que conforman las líneas estratégicas, van señalando uno o más objetivos en función del grupo de actividades planteadas. Cada uno de los objetivos cuenta con una «ficha» que encierra las actividades de forma detallada, calificándolas de 1 a 4 en función de los siguientes parámetros y claves:

GR: Grado de realización de la actividad.
C: Coste de la actividad P: Frecuencia con la que se realizará la actividad

4. ESPECIFICACIONES DE LOS PLANES INTEGRALES DE ACTUACION EN MINUSVALIAS E INFANCIA

A pesar de que la estructura de los planes se sustenta sobre la base de un de-

nominador común, cada plan (minusvalías e infancia) mantiene unas especiales características teniendo en cuenta el diferente tratamiento que requiere cada uno de los colectivos, cuyos rasgos son dispares entre sí.

En efecto, la diversidad de ambos sectores obligó a trazar un esquema diferente en lo que a objetivos comunes, áreas de intervención, objetivos particulares de cada área y actividades se refiere. Una somera descripción de estos aspectos, que se detallan a continuación, facilita la interpretación de las diversas medidas y actividades a llevar a efecto en cada uno de los casos:

4.1. Plan Integral de Atención a Personas con Minusvalía

Se exponen a continuación las áreas de intervención del Plan Integral de Atención a Personas con Minusvalía. Dentro de sus objetivos se incluye la extensa batería de actividades a desarrollar, cuyo número asciende a 150.

Las áreas de intervención en los que se establecen los objetivos particulares y actividades a desarrollar son las siguientes:

1. Ambito de los servicios básicos
Áreas de intervención:
 - Integración Social comunitaria
 - Vida autónoma
2. Ambito de los servicios especializados
Áreas de intervención:
 - Integración social comunitaria
 - Atención individualizada
 - Atención temprana
 - Alternativas residenciales
 - Inserción laboral
 - Atención diurna
 - Ocio y Tiempo Libre
 - Movimiento Asociativo y Voluntariado
 - Actuaciones internas del Departamento
3. Ambito de los servicios comunitarios
Áreas de intervención:
 - Socio-Educativa
 - Socio-Laboral
 - Socio-Sanitaria
 - Hacienda
 - Economía
 - Juventud y Deportes
 - Interior
 - Vivienda

4.2. Plan Integral de Atención a la Infancia

Siguiendo el mismo esquema, se detallan las áreas de intervención y los objetivos particulares del Plan Integral de Atención a la Infancia. Dentro de sus objetivos el número de actividades a desarrollar asciende a 204.

1. Ambito de los servicios básicos.
Áreas de intervención:
 - Detección de situaciones de riesgo o desprotección
 - Información y orientación
 - Apoyo a la familia
 - Intervención comunitaria
2. Ambito de los servicios especializados
Áreas de intervención:
 - Investigación, valoración y orientación
 - Valoración
 - Acogimiento residencial
 - Acogimiento familiar
 - Adopción interna
 - Adopción internacional
 - Intervención familiar
 - Desvinculación en la mayoría de edad
 - Actuaciones internas del Departamento
 - Movimiento Asociativo y Voluntariado
3. Ambito de servicios comunitarios
Áreas de intervención:
 - Educación
 - Salud
 - Justicia
 - Policía
 - I.N.S.S.
 - Hacienda
 - Juventud y Deportes
 - Urbanismo Departamento de Trabajo, Justicia y Seguridad Social
 - Juntas Generales
 - Medios de Comunicación

5. CONCLUSION

Los planes integrales de actuación descritos en el presente artículo ordenan, ob-

viamente, dos sectores cuya compleja heterogeneidad es manifiesta. Además, en cierto modo, al involucrar a los Servicios Básicos y Comunitarios, «desespecializan» a los sujetos tributarios de los Servicios Sociales Especializados, haciéndoles partícipes de los recursos comunitarios, con quienes existía el riesgo de establecerse una excesiva distancia y hasta cierto desconocimiento mutuo.

El diseño de una política social eficaz, obliga a establecer una relación mucho más coordinada entre las Instituciones implicadas, ejerciendo políticas de discriminación positiva hacia las poblaciones con necesidades especiales. No en vano, existe cierta inquietud en la ciudadanía por la continuidad del sistema de coberturas sociales públicas y su financiación en un momento en el que se viven cambios demográficos y situaciones de crisis, lo que puede comprometer la eficacia de las políticas sectoriales.

Sin embargo, la contribución de los distintos servicios comunitarios en aras a normalizar la actividad diaria del ciudadano en situación de necesidad, provoca, obviamente, un mejor aprovechamiento de recursos. Si a ello añadimos el necesario componente de anticipación que actúe sobre el origen de los desequilibrios sociales de forma decididamente preventiva, la cobertura social pública estará garantizada, siempre que se aplique el ejercicio de la solidaridad como valor estratégico en el diseño de las políticas sociales.

Los planes aludidos pretenden entrelazar las actuaciones que recorren los ámbitos de la prevención, la asistencia y la inserción, componiendo un proyecto público de protección social que consensúa criterios de distinta procedencia. Articula, a su vez, una relación mucha más estrecha dentro de un marco de cooperación institucional. Obviamente, representan un marco de referencia que conjuga el ejercicio de la solidaridad, la corresponsabilidad de todos los agentes sociales y el señalamiento de determinadas acciones para afrontar los retos del próximo milenio.

IGNACIO IRAGORRI ORDORICA

LA ORGANIZACION DE LA ATENCION A PERSONAS CON MINUSVALIAS EN GIPUZKOA: SITUACION ACTUAL Y PROPUESTA DE EXPEDIENTE UNICO

Según los registros que obran en la Sección de Minusvalías, son 21.823 las personas residentes en Gipuzkoa que a 31 de Diciembre de 1996 tienen reconocida legalmente la condición de minusvalía.

Habida cuenta de que se trata de un colectivo sin limitación de edad en la práctica totalidad de los casos, con diversos tipos de deficiencias y con discapacidades de variada gravedad, hace que estemos hablando de una población eminentemente heterogénea. Si a esto añadimos la realidad social particular de cada individuo, realidad que determinará en gran parte de los casos las necesidades individuales, y que además, en su resolución, sólo, en ocasiones deberá implicarse el Servicio Social Especializado, empezaremos a comprender la envergadura a la que se ha de enfrentar la organización de este área.

1. ESTRUCTURA FUNCIONAL. CRITERIO ADMINISTRATIVO Y CRITERIO TECNICO FUNCIONAL

Reivindicada y conseguida la consideración de los Servicios Sociales como un Servicio Público, es coherente que su

organización se adecue a la que a sí misma se ha dado la Administración Pública.

En el ámbito general de competencias del Estado se incluye la función legislativa básica que establezca normativa marco y funciones de promoción, asistencia técnica, investigación, estudio y coordinación con los estamentos a través de los que canaliza la iniciativa social este área.

En la administración de las Comunidades Autónomas será factor determinante para la elaboración de una política programática de Servicios Sociales la realidad socio-económica misma de la Comunidad y su entramado de necesidades sociales.

Esta responsabilidad les hace promulgar las leyes y mapas autonómicos de Servicios Sociales, así como las funciones de reglamentación, distribución racional de recursos, asesoramiento técnico, coordinación y supervisión de su demarcación territorial

A las Diputaciones, en conexión estrecha con la Administración Autónoma, para evitar solapamientos y duplicidades, corresponde velar por la eficaz prestación de los Servicios Sociales en los municipios.

teniendo potestad de complementar, o en su caso suplir, las carencias a través de apoyos económicos, asesoramiento técnico, etc.. Las Comunidades Autónomas pueden delegar competencias en las Diputaciones, así como encomendar a éstas la gestión ordinaria de los servicios propios en los términos previstos en los Estatutos correspondientes. Dentro de su ámbito de cobertura, corresponde a las Diputaciones crear o gestionar los Servicios Especializados.

Razones administrativas de descentralización y criterios sociológicos tan firmes como el hecho de ser el municipio el marco de expresión primera de las necesidades de las personas avalan a los Ayuntamientos como agente primario y fundamental en la prestación de los Servicios Sociales.

El principio de descentralización inherente a la política de Servicios Sociales exige afirmar que no deberán ser asumidas competencias, responsabilidades y funciones correspondientes a un nivel inferior por parte de los organismos administrativos de niveles superiores.

La estructura administrativa descrita se centra básicamente en la consecución de un sistema racional de prestaciones que garantice la imprescindible cobertura de necesidades por la gestión, en cada ámbito territorial, de los recursos públicos existentes para este fin. Pero los criterios a que obedece la estructura administrativa no son siempre coincidentes con los factores de la dinámica social que generan dichas necesidades ni son las circunstancias sociales en que tales necesidades se manifiestan.

En los últimos años se advierte, por un lado, que cada una de las áreas y niveles administrativos tienden a consolidar su ámbito de competencias frente y en paralelo con los otros ámbitos y niveles de competencias. Por otro lado, el desarrollo progresivo de los Servicios Sociales lleva a la constatación cada vez más firme de un hecho que es obvio: la consecución del mayor bienestar social por parte de las personas discapacitadas al igual que los demás ciudadanos. Este hecho no es algo aislado ni mucho menos excluido de los Servicios Sociales, sino que forma parte de un complejo entramado en el que se interfieren necesidades y soluciones que corresponde atender a otros Sistemas Sociales plurales y diversos: cultura, educación, salud, urbanismo, deportes...

Ante esta realidad y en el deseo de evolucionar positivamente hacia una línea

de convergencia, de suma de esfuerzos, programas y medios, hacia una política de acción integrada, hoy ya es absolutamente imprescindible adoptar fórmulas de organización funcional y técnica que posibiliten este paso adelante.

Desde un punto de articulación funcional, esta solución avanza en la línea que los propios hechos exigen, dependiendo su mayor o menor eficacia del grado de profundidad que se desee dar a esta integración: desde una mera consignación formal sobre el papel, hasta la articulación efectiva de un programa integrado, con los correspondientes equipos y medios capaces de hacer real su aplicación.

En Gipuzkoa ya tenemos experiencia en esta línea. No tengo más que recordar el reciente Convenio Marco de Colaboración en la búsqueda y definición de ese espacio compartido firmado por GIZARTEKINTZA y OSAKIDETZA. De este Convenio han emanado equipos de trabajo técnico en los que se pretende avanzar en la línea anterior.

Pero este criterio de estructuración funcional que progresivamente se abre camino, no obedece sólo a la razón apuntada de la unidad de las diversas problemáticas, sino que desde un punto de vista técnico aparece como la solución precisa para el problema obsesivo de la racionalización de los recursos existentes y para la oferta a la persona con discapacidad de una acción homogénea.

También desde un punto de vista técnico, se hace evidente que será preciso realizar ajustes en el área que nos ocupa, de modo que posibilite la adecuación de sus actuaciones específicas dentro del Plan Integral de Atención a Personas con Minusvalías, y que facilite a la vez perspectivas y concepciones propias de otros Sistemas Sociales.

2. ESTRUCTURA ORGANICA ACTUAL DEL AREA DE ATENCION A LAS MINUSVALIAS EN EL DEPARTAMENTO

Para el cumplimiento de las funciones encomendadas al Departamento, el Servicio de Programas Especializados configura la Sección de Minusvalías en las siguientes unidades de trabajo:

- I. Unidad de Valoración, Calificación y Orientación. II. Unidad de Programación y Control.

- III. Unidad de Atención Individual.
- IV. Unidad de Tratamientos.

3. ORGANIZACION FUNCIONAL DEL AREA EN GIPUZKOA

Existe una sensación generalizada de que «algo falla» en las relaciones entre los Servicios Básicos y Especializados, pero no es algo exclusivo de nuestro Territorio. Se han buscado con frecuencia deficiencias estructurales, incluso profesionales de unos y otros, pero a pesar de reconocer su importancia, son dos hechos los que, a mi parecer, mejor identifican al área de las minusvalías en Gipuzkoa y la diferencian de la realidad de otros territorios.

- a) El enorme desarrollo y fortalecimiento de los Servicios Sociales Básicos producido en los últimos años.
- b) La larga trayectoria de las Asociaciones de afectados en la intervención de las políticas sociales, hacia la población que nos ocupa, a las que la Administración Foral ha proporcionado históricamente un destacado y decidido apoyo. De manera que hoy en día, en nuestro Territorio, la práctica totalidad de la Acción Asistencial se realiza mediante convenios con Instituciones Colaboradoras, salvo en lo que afecta a la Fundación Uliazpi, dedicada a la atención integral de deficientes mentales severos y profundos, cuyo marco jurídico es el de un organismo autónomo. El resto consiste en una serie de dispositivos residenciales y centros de día que son gestionados por entidades no públicas en los que el Departamento de Servicios Sociales se reserva, entre otros, como ha quedado dicho anteriormente cuando me he referido a las funciones, las de «coordinar, controlar y evaluar la actuación de las entidades concertadas».

4. LA ADMINISTRACION FORAL Y LA ADMINISTRACION MUNICIPAL

Hemos visto qué razones técnicas y legales hacen que, por un lado la competencia en el área de las minusvalías se considere como propia de la Administración Foral, por ser de carácter especializado, y por otro, que el municipio por ser la Administración más cercana al ciudadano sea la puerta de acceso a los Servicios Sociales Especializados mediante la previa atención

en el Servicio Social de Base correspondiente. En la obligada coordinación entre ambos Servicios debemos considerar una parte de contenido técnico y otra más material, burocrática diríamos.

En mi opinión, creo que de base en las dificultades de coordinación lo que existen son conceptos erróneos, pendientes de superar, paso previo para poder abordar cualquier otra dificultad.

Entiendo que puede ayudar a la reflexión recordar esos discursos teóricos y normativas incluso con rango de Ley —ya superados—cuando al referirse al campo específico de actuación de los Servicios Sociales, el elemento característico que los definía era la marginación, si bien envuelta en eufemismos como «nivel de calidad de vida» o «promoción de desarrollo personal», entre otros.

Podemos trasladar hoy en día esta reflexión al propio interior del Sistema de Servicios Sociales y aquí hacerlo entre lo Básico y lo Específico. Veremos que las personas y colectivos que nos ocupan se encuentran con circunstancias doblemente marginantes. Nos hemos encontrado así habitualmente con Servicios Sociales que se configuraban como pseudoservicios sanitarios, culturales, de ocio, etc. para sectores marginales e incluso para discapacitados.

Fuimos quitando a cada uno un poquito «lo marginal», de manera que este Sistema de Servicios Sociales no ha podido más que configurar sus relaciones con los otros Sistemas Sociales Públicos basándose en el cómo definir lo que es «marginado», para que sea competencia de uno o de otro.

Creo firmemente que hoy nos ocurre lo mismo con el concepto «minusvalía». Se presupone con la mayor naturalidad que alguien que tiene alguna discapacidad, o más certeramente si está ya reconocida su condición legal de minusvalía, deja de ser competencia, y por lo tanto de atención, de lo Básico y pasa a lo Especializado. Se busca establecer un sistema de coordinación para que cuando en la Unidad de Trabajo Social se presente esta persona, pase a la atención de los Especializados en la mejor manera posible, pero debemos dar otro paso.

Bien es cierto que en los últimos años los Servicios Sociales han madurado en el proceso de definición de su identidad. La mayor parte de los elementos se encuentran hoy en proceso de superación, oca-

sión propicia para acometer con perspectivas de éxito una reflexión y práctica nueva en lo que a relaciones entre ambos Servicios se refiere.

Es necesario superar el concepto que señala la condición legal de minusvalía como factor de identidad de los Servicios Sociales Especializados si se quiere lograr una coordinación efectiva entre ambos servicios. La clave conceptual estará en el de «necesidad especial» y no en los de marginación y/o minusvalía.

4.1. Desde las U.T.S., tramitar un expediente o derivar un caso

Siguiendo en esta línea de pensamiento, la Unidad Básica de Trabajo Social (U.T.S) correspondiente derivaría al Servicio Social Especializado, es decir, a la Sección de Minusvalías de la Diputación, solamente aquéllos casos que a consecuencia de alguna deficiencia o discapacidad fueran susceptibles de una atención especializada de carácter supramunicipal. Pero todos sabemos que ésto no es precisamente un hábito cotidiano, ni mucho menos. ¿Porqué no lo es?

Nos encontramos en lo Especializado en no pocas ocasiones con casos tramitados en las U.T.S. y no con casos derivados de las U.T.S. He aquí el origen de una gran parte de los problemas.

El volumen de trabajo existente en las U.T.S. impulsa a enviar el expediente a lo Especializado, limitando la función de información, orientación y derivación, efecto que tiene consecuencias perversas haciendo que ese supuesto volumen de trabajo se traslade al Servicio Específico, impidiendo a éste prestar el servicio que le corresponde. No puedo evitar señalar aquí lo que indica cualquier glosario de términos en el ámbito de los Servicios Sociales Comunitarios cuando define caso derivado: «caso de información y orientación, o de tratamiento que es cerrado o terminado por derivación a Servicios Específicos para la resolución de la problemática, cuando ésta no es objeto de los Servicios Comunitarios o cuando no se cuenta con los recursos adecuados».

Pero también es posible, y ésta sería la segunda hipótesis, que desde las U.T.S. entiendan que ellos son los tramitadores del expediente, porque así lo dice la Ley, pero no consideran función propia el abordar el caso en esa fase inicial y enviar a lo Especializado una vez cumplida esa

función de información, orientación y derivación.

Sea uno u otro el motivo, es en estas condiciones como llegan gran parte de los expedientes al ámbito Especializado, a falta de esa intervención primaria o en ocasiones también a falta de comunicación de la posible intervención realizada.

4.2. Desde lo especializado. Tratamiento del expediente

Podemos hacer una de dos:

- a) Dar a todos los casos el mismo tratamiento. Actuación a todas luces inadecuada pues sabemos con antelación que no todos lo precisan por igual, pero no hacerlo así, y en último extremo, podría conllevar cierta desatención.
- b) Tratar el caso según se haga constar el objeto de la solicitud. También conocemos que ésta no es una información absolutamente fidedigna. En gran parte de los casos no es coincidente el objetivo que se registra en el documento con el real. A consecuencia de ello ocurrirá que en algunos casos se sobredimensione la intervención y en otros sea insuficiente.

4.2.1. La recepción de la demanda

Actualmente existen hasta cuatro documentos para hacer llegar la demanda a la Sección de Minusvalías:

- a) El primero, es el llamado «Solicitud de Reconocimiento de Minusvalía». Este documento posibilita que el objetivo sea mucho más amplio que lo que en origen hace creer su nombre. La demanda que llega por esta vía es tratada por la Unidad de Valoración, Calificación y Orientación.
- b) El segundo, al igual que el anterior, está sometido a un protocolo normalizado en la «Solicitud de Ayuda Individual»: esta demanda es tratada por la Unidad de Atención Individual.
- c) También es desde esta Unidad desde donde se realizan las orientaciones de ayudas técnicas. La solicitud de orientación se formula en un tercer modelo.
- d) Finalmente, otra demanda es la que llega por vía de la Unidad de Programación y Control. Recordaremos que esta Unidad recoge, gestiona y controla la demanda de servicios.

Esta diversidad en la entrada de la demanda evidencia una falta de decisión de los sistemas administrativos y hace inevitable que se tengan que introducir herramientas de corrección en los sistemas de procedimiento que aunen lo técnico con lo administrativo.

4.2.2. En la respuesta a la demanda

Se puede hacer un parangón con lo descrito en el apartado anterior. Lo que a la entrada está normalizado, lo está también a la salida. Las demás respuestas son deficitarias, administrativamente hablando. Veamos:

- a) A la Solicitud de Reconocimiento se contesta documentalmente. El envío, por supuesto, se hace al interesado o a su representante legal.
- b) Al Ayuntamiento se envía periódicamente un censo actualizado de la población reconocida de su localidad.
- c) Otros documentos son los relacionados con las demandas de carácter laboral. Los informes de capacidades laborales se envían al solicitante y al I.N.E.M. Los informes sobre la adecuación de puestos de trabajo se hacen a petición del I.N.E.M. y al I.N.E.M. se contesta.
- d) En cuanto a las peticiones de orientación sobre Ayudas Técnicas, se envían los informes correspondientes al interesado y a la U.T.S. correspondiente, si se ha realizado visita al domicilio del interesado.
- e) Sí se envía al solicitante, claro está, la Resolución de una Ayuda Económica Individual.
- f) También informamos a los Ayuntamientos de las dificultades de utilización de transportes públicos colectivos de aquellas personas con minusvalías que vayan a incorporarse a diversos programas en ese sentido (Tarjeta Especial de Aparcamiento, Bono-Taxi). También los documentos están normalizados.
- g) Las demás respuestas, más relacionadas con las orientaciones se encuentran a falta de sistemas operativos para responder documentalmente.

4.3. Las asociaciones de carácter sectorial

Dentro de la organización del sector en Gipuzkoa me he centrado en el ámbito

público, pero justo es hacer mención especial a las asociaciones de afectados y familiares.

Poseen una larga trayectoria en la historia de los Servicios Sociales en Gipuzkoa, y en especial en el sector de los minusválidos. Es de destacar la colaboración con la Administración Pública, especialmente en lo que respecta a la función que algunas asociaciones realizan como gestoras de recursos asistenciales. No es menos destacable el decidido apoyo que la Administración Foral ha dispensado a dichas organizaciones. Pero los movimientos asociativos, por su propia naturaleza, deberán seguir actuando como transmisores de las necesidades del segmento de población que representan.

Algunas de ellas poseen una amplia y variada representación, no así otras. Algunas evidentemente presentan necesidades de corte claramente sectorial, y desde lo sectorial deberá de dárseles una respuesta. Otras reivindicaciones, en cambio, creo que han quedado ya superadas por la realidad y debieran de ser conducidas, o reconducidas, bien a Servicios Sociales Generales o, en ocasiones, incluso a otros sistemas de servicios públicos como el de Sanidad o Educación, por ejemplo.

5. IDENTIFICACION DE PROBLEMAS

Una vez descrita la situación del sector y adelantadas algunas hipótesis, estamos, a mi modo de ver, en condiciones de identificar algunos problemas que afectan a su organización y de proponer actuaciones de mejora.

- a) Identificación propiamente:
 1. Problemas de concepción teórica
 2. Problemas técnicos
 3. Problemas administrativos
- b) Areas generadoras del problema:
 1. Ambas: El área Básica y la Especializada.
- c) Factores condicionantes:
 1. Distintos niveles de responsabilidad administrativa
 2. Diversidad en la organización de las UTS.
 3. La propia estructura orgánica del Area de Atención Especializada.
 4. Los soportes documentales.

6. PROPUESTA DE EXPEDIENTE UNICO

El expediente único es, entre otras muchas cosas, un deseo que hemos perse-

guido desde hace años y que ahora estamos en condiciones de hacer realidad. Es también una urgente necesidad ya que por sí mismo no sólo afectará y mejorará el procedimiento administrativo, también ayudará al abordaje inicial del caso en la UTS correspondiente, a comunicar a lo Especializado para favorecer que desde aquí se realice la intervención necesaria y no otra. Por lo tanto, y simultáneamente, afectará al área técnica y administrativa, haciendo, como adelantaba al inicio de esta aportación que ambas realidades confluyan como es lo natural.

Se trata de unificar el soporte documental al objeto de cohexionar la intervención de la Sección de Minusvalías hacia la persona con minusvalías bajo los criterios de globalización e integralidad.

La desaparición de los actuales modelos de Solicitud y la introducción del nuevo soporte documental, modificará no solamente el diseño y los contenidos de los mismos sino que, en un próximo futuro *EXPEDENTE UNICO*, afectará también a los sistemas de relación entre las Unidades de la Sección.

Los actuales modelos de Solicitud a la Sección se utilizan uno u otro según sea la demanda que se formule. Parecen acomodarse más a las necesidades estructurales y de organización interna de la Sección que a la realidad del minusválido.

Esta diversidad crea confusión en el solicitante y favorece que se cometan errores en la Administración; obliga a realizar intervenciones parcializadas y discontinuas, provocando con ello innecesarias demoras, trabajos duplicados, dificultades de coordinación.

En el nuevo expediente de la Sección de Minusvalías se recogería toda la documentación de la persona con minusvalía (hoy diferenciada) y las intervenciones técnicas y administrativas de una u otra Unidad de la Sección.

A las demandas en adelante formuladas en documento unificado, se adjuntarán solamente aquellos documentos complementarios que la demanda exija y ninguno más. Dos novedades son las más destacables en lo propuesto:

1. En la Solicitud quedará impresa una tabla de objetivos en donde el interesado señalará los suyos. Esto determinará los documentos complementarios que adjuntará al mismo.
2. Se introduce un nuevo modelo de Informe Social (quedando en desuso el actual impreso) y será utilizado para derivar cualquier Solicitud Individual desde las U.T.S. a la Sección de Minusvalías. Su diseño ha sido de costosa elaboración pero el resultado es una herramienta de fácil utilización y de enorme utilidad.

7. CONSIDERACIONES FINALES

El Expediente único pretende ser una propuesta de mejora y un paso más en todo un largo proceso en la historia de la organización en el área de las Minusvalías en Gipuzkoa. Estamos convencidos de que la mejora en la documentación y la materialización del expediente único trasciende a la idea de coordinación. Para ello, como se ha dicho anteriormente deberán modificarse, en la propia Sección de Minusvalías, los sistemas de organización interunidades.

Los siguientes pasos deberán dirigirse, a mi entender, a la mejora de la comunicación desde lo Especializado a lo Básico. Es preciso avanzar conjuntamente con la finalidad de poder implantar gradualmente sistemas integrales de atención a las personas con necesidades especiales.

PILAR GOICOECHEA

EMPLEO ESPECIAL EN GIPUZKOA. PROPUESTAS DE FUTURO. EL PROGRAMA ZEHARO

1. INTRODUCCION

El modelo de empleo para personas con minusvalía que se ha establecido en Gipuzkoa cuenta con características singulares inherentes a la sociedad en la que se desarrolla. Así, hay que destacar que Gipuzkoa es una provincia cuyo tejido económico-empresarial está extendido a lo largo de todo su territorio y su evolución económica actual, al igual que el de la economía española, está en un proceso de reestructuración y mejora para hacer frente a los retos y objetivos establecidos por el conjunto de la Unión Europea.

En el terreno de cooperación social hay que destacar que Gipuzkoa cuenta con una fuerte tradición de solidaridad y cooperación que derivó a que hace ahora unos 30 años se crearan las Asociaciones Pro Minusválidos, origen del movimiento actual. Este movimiento se caracterizó por su enraizamiento en otros sectores ajenos a la problemática como tal. Así, el movimiento asociativo pro deficiencia mental enlazó en sus inicios con entidades de ahorro comprometidas estatutariamente con el desarrollo social y con otro de los agentes sociales tradicionales en nuestra Comunidad, la pequeña y mediana empresa. Y éste precisamente ha sido y sigue siendo un elemento básico en el fomento de la atención ocupacional y del empleo en este área.

En cuanto a las competencias de la Diputación Foral de Gipuzkoa en materia de empleo para minusválidos, debemos destacar que la Diputación tiene atribuidas las competencias relativas a la ejecución, dentro de su territorio, de la legislación de las Instituciones Comunes en materia de Asistencia Social, correspondiéndole a través de GIZARTEKINTZA-Departamento de Servicios Sociales, ejercer las funciones relativas a planificar, promocionar, coordinar y evaluar las acciones correspondientes en el campo de las minusvalías en su vertiente asistencial y de integración social, tanto laboral como cultural y de ocio y tiempo libre.

Así pues, el empleo como tal no forma parte del paquete de sus competencias. Sin embargo, considerando que se debe favorecer la integración progresiva de los minusválidos y que el empleo es básico para conseguir ese objetivo, la Diputación sigue las siguientes líneas de actuación que están recogidas en el Plan Integral de Atención a Personas con Minusvalía (Periodo 1995-2000):

- a) El fomento de la atención ocupacional, mayoritariamente dirigido al colectivo de personas con deficiencia mental, mediante convenio con una entidad privada de personalidad jurídica de Sociedad Anónima en la que participa la propia Diputación.

b) El apoyo a las redes de empleo especial que ocupan a personas con minusvalía física, también mediante régimen de convenio y con participación, en alguno de los casos, en su capital social.

Esta Sociedad se constituyó en 1975, siendo uno de los objetivos principales la creación de Centros Ocupacionales distribuidos por toda la provincia y a poder ser al menos uno en cada comarca, a fin de que los minusválidos gipuzkoanos trabajen en centros cercanos a su domicilio familiar. En la actualidad existen 12 Talleres Protegidos Gureak en las distintas localidades de Gipuzkoa y más de 550 personas se encuentran en este régimen de atención. El principal trabajo que se realiza en estos talleres son tareas subcontratadas por las pequeñas y medianas empresas del entorno.

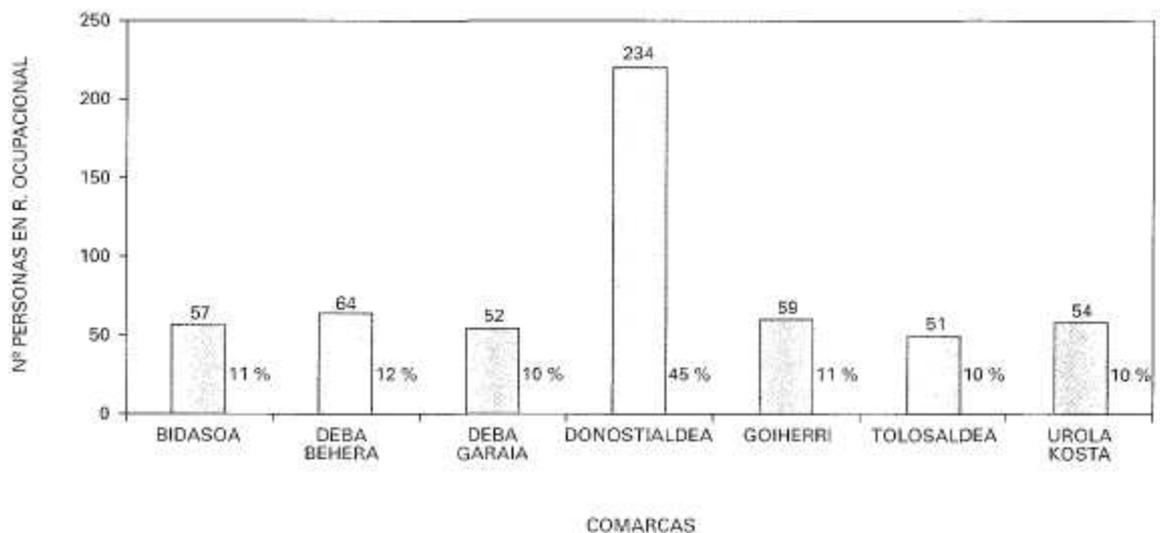
2. CENTROS OCUPACIONALES

La atención ocupacional, mayoritariamente dirigida al colectivo de deficientes mentales, se contempla en Convenio entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y Talleres Protegidos Gureak, S.A.

RED DE CENTROS OCUPACIONALES - TALLERES PROTEGIDOS GUREAK, S.A.

COMARCA	N.º Personas Reg. Ocupac. 31-12-1996	Población del Taller
BIDASOA	57	Irún
DEBA BEHEA	64	Eibar
DEBA GARAIA	52	Arrasate-Mondragon / Bergara
DONOSTIALDEA	234	Donostia-San Sebastián /Lasarte-Oria Oiarzun
GOIERRI	59	Itsasondo / Legazpia
TOLOSALDEA	51	Tolosa
UROLA KOSTA	54	Orio / Zestoa
TOTAL GIPUZKOA	571	

(Datos a Diciembre de 1996)



Desde el comienzo de la actividad de los Centros Ocupacionales de Gipuzkoa, ha ido aumentando la diversidad de actividades realizadas, la facturación y el nú-

mero de personas empleadas. Por ello, los Convenios anuales han recogido periódicamente el incremento de plazas concertadas. Además, es éste un servicio

dinámico ya que muchas de las personas que se incorporan a una plaza de régimen ocupacional, tras un periodo más o menos amplio de aprendizaje, pasan a tener una relación contractual en Centros Especiales de Empleo u otras empresas, por lo que esa plaza que queda vacante es ocupada por otra persona que comienza así su andadura en el mundo ocupacional-laboral.

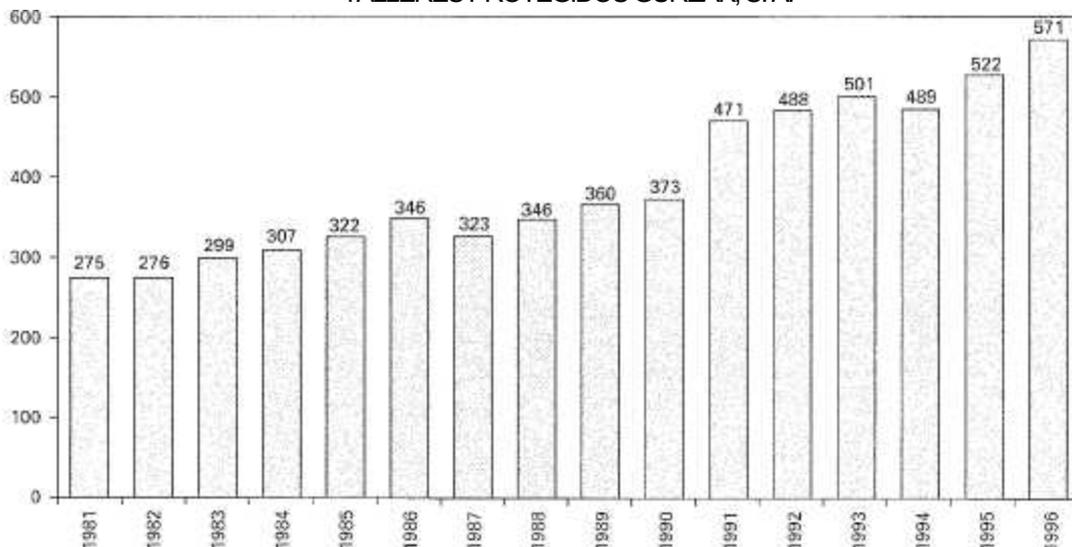
Así, la evolución durante los últimos años del número de plazas en Centros Ocupacionales en Gipuzkoa corresponde a un incremento significativo y continuado, atendiendo en la actualidad a un elevado número de personas.

No obstante, el rápido crecimiento del servicio ha traído consigo unas condicio-

nes de trabajo más rígidas y unas mayores exigencias, que se traducen en programas estandarizados que no contemplan todas las necesidades particulares de cada persona. Todo esto plantea dificultades para que algunas personas puedan incorporarse o continuar en esta dinámica de régimen ocupacional. Es por ello que como un paso más de mejora continua se observa la necesidad de mayor flexibilización del recurso.

Asimismo, no debemos olvidar que pese al crecimiento continuo del servicio, no toda la demanda está siendo atendida ya que existe una amplia lista de espera, por lo que la línea de actuación de cara al futuro es la de seguir fomentando el crecimiento de la atención ocupacional.

EVOLUCION DE PERSONAS EN REGIMEN OCUPACIONAL
TALLERES PROTEGIDOS GUREAK, S. A.



3. CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO. EMPLEO NORMALIZADO

El empleo no es una competencia directa de Diputación, pero teniendo en cuenta la importancia de apoyar el funcionamiento de talleres creados a iniciativa de los minusválidos, se apoya a sus unidades de gestión complementando las otras ayudas recibidas por otros organismos oficiales.

3.1. Centros especiales de empleo

Actualmente, en la red de Centros Especiales de Empleo de Gipuzkoa están trabajando tanto minusválidos psíquicos como físicos y sensoriales.

3.7.7. Minusválidos Psíquicos

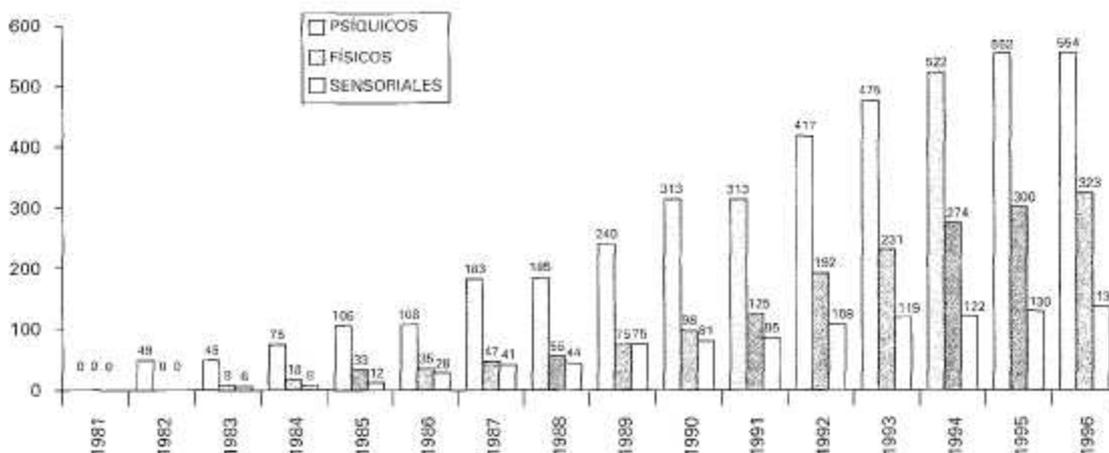
Principalmente deficientes mentales, están contratados en las distintas empresas que forman parte del Grupo Gureak. Su evolución al igual que la de los Centros Ocupacionales, ha sido de continuo crecimiento de personas contratadas tal y como se observa en el gráfico adjunto.

Así, los deficientes mentales que acceden a un contrato laboral mayoritariamente son personas que han adquirido experiencia y formación en régimen ocupacional. Sin embargo, no es ésta la única vía de acceso ya que algunas personas con deficiencia mental se han incorporado directamente con contrato al Grupo Gureak, generalmente tras haber realizado prácticas laborales y/o cursos de formación en alguna de las empresas del grupo.

Asimismo, debemos destacar que desde 1983 en el Grupo Gureak trabajan también personas con minusvalía física y sensorial, cuyo número ha ido aumentando progresivamente a medida que ha ido creciendo la actividad y facturación del

grupo. En la actualidad, el número de trabajadores con estas discapacidades es cercano a las 500 personas, habiendo crecido principalmente durante los últimos ejercicios los trabajadores con minusvalías físicas.

EVOLUCION DE PERSONAS EN CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO DEL GRUPO GUREAK



3.1.2. Minusválidos físicos y sensoriales

Otro grupo de Centros Especiales de Empleo está dirigido fundamentalmente a los minusválidos físicos que se encuentran con serias dificultades para optar al mundo del trabajo. Entre estos centros de trabajo destacan por su importancia de número de trabajadores y volumen de facturación los gestionados por Katea, S.A. y por Legaia, S.L. (Antes A.G.P.M.- Asociación Guipuzcoana Pro-Minusválidos).

— KATEA, S.L.

Al igual que ocurre con el Grupo Gureak, Katea, S.A. cuenta para su gestión

con importantes aportaciones de la Administración Pública (Diputación Foral de Gipuzkoa, Instituto Nacional de Empleo-INEM) o de organizaciones como la Organización Nacional de Ciegos de España-ONCE. El colectivo al que se dirige su acción es, fundamentalmente, el de las personas con minusvalía física y/o sensorial de Gipuzkoa que pueden optar a un puesto de trabajo subvencionado por el INEM. En la actualidad, Katea cuenta con nueve talleres distribuidos por toda Gipuzkoa: Oñate, Bergara, Zumarraga, Mutriku, Zarauz, Tolosa, Hernani, Pasajes e Irún. Su actividad se centra en el sector industrial.

C.E.E.	TRABAJADORES CON MINUSVALIA			TOTAL
	FISICA	PSIQUICA	SENSORIAL	
Katea, S.L.	319	39	61	419

(Datos a Diciembre de 1996)

En cuanto a la evolución de la empresa, al igual que en otros casos, el crecimiento inicial de la actividad y el número de personas empleadas ha sido muy importante durante los primeros años de vida de Katea pero posteriormente la crisis sufrida durante los últimos ejercicios económicos, ha supuesto un receso con respecto a la evolución de progresivo crecimiento. Hoy en día, con la puesta en

marcha de un Plan de Viabilidad, la actividad de la empresa se está recuperando poco a poco y con ello, las contrataciones y el empleo de más personas con minusvalía física y/o sensorial.

— LEGAIA, S.L.

La Sociedad Legaia cuenta con 5 talleres, situados en las poblaciones de Aretxabaleta, Astigarraga, Azkoitia, Lasao y

Lazkao, en los que trabajan cerca de 250 personas minusválidas. Su actividad prin-

cipal es montajes auxiliares que subcontratan las empresas de su entorno.

C.E.E.	TRABAJADORES CON MINUSVALIA			TOTAL
	FISICA	PSIQUICA	SENSORIAL	
LEGAIA, S.L.	160	39	47	246

(Datos a Diciembre de 1996)

La situación actual de esta Sociedad es similar a la de Katea, ya que cuenta también con un Plan de Viabilidad y se está trabajando por recuperar su situación económico-financiera. En este contexto, el principal objetivo de la empresa es seguir cumpliendo con las pautas de su Plan de viabilidad a fin de consolidar su situación y poder seguir ofreciendo empleo a las personas discapacitadas de Gipuzkoa.

Existen otros Centros Especiales de Empleo, más pequeños, cuyas características son las de tener un único centro de trabajo o taller en el que se realizan actividades, por subcontratación de las pequeñas empresas de esa localidad o su entorno inmediato. Así, las actividades principales de estos centros son los montajes auxiliares dirigidos al sector industrial. La plantilla no es elevada y a diferencia de las grandes redes de talleres, no cuentan ni con una gran estructura de gestión ni con personal no minusválido.

— Otros centros especiales de empleo.

EMPRESA TALLER	TRABAJADORES CON MINUSVALIA			TOTAL
	FISICA	PSIQUICA	SENSORIAL	
SUTARGI, S.A.L. Belauntza		40		40
LAGUN-IZPI, S.L. Elgoibar	19	7	26	
ESKULAN Lezo	21	4	25	
J.J.J.S. Oiartzun	5		1	6

(Datos a Diciembre de 1996)

3.2. Empleo normalizado

Existen otras empresas en el entorno de empleo normalizado gipuzkoano que están empleando a personas discapacitadas. No obstante, el número de trabajadores en esta situación ha sido y sigue siendo muy bajo. Por ello, no es de extrañar que en el itinerario de inserción laboral de personas minusválidas, la incorporación inicial a través de Centros Ocupacionales y/o Centros Especiales de Empleo se esté llevando a cabo a través de la amplia red de empleo protegido de nuestra provincia pero no así, el posterior paso a empleo ordinario de las personas minusválidas capacitadas para ello.

En este contexto destaca la elevada tasa de paro de población minusválida y

su insuficiente inserción laboral en el mercado de trabajo a lo que hay que añadir el incumplimiento prácticamente total de la cuota del 2% de personas minusválidas en empresas de más de 50 trabajadores (LISMI).

Por otra parte, la coyuntura económica actual hace que muchas personas discapacitadas sin problemas que les impidan trabajar en empresas normalizadas y que de hecho muchos de ellos han estado trabajando durante años en las mismas, se incorporen ahora al mundo del empleo protegido. Es por ello, que se considera importante el apoyar medidas para que las personas minusválidas con capacidades, puedan acceder al mercado ordinario de trabajo, donde existe una carencia de iniciativas estables y sistemáticas.

4. PROPUESTAS DE FUTURO

Considerando todo lo anterior de cara a futuro las acciones en régimen ocupacional se pueden concretar en:

- Apoyo a la atención ocupacional, continuando con la concertación de plazas en los distintos talleres situados a lo largo de Gipuzkoa.
- Priorizar las demandas existentes en base a criterios objetivos que engloben la discapacidad, realidad social, edad y periodo desde que finalizó la etapa educativa u otra actividad.
- Trabajar en que los programas de actividades se ajusten a las necesidades particulares de cada usuario.
- Establecer procedimientos para facilitar el paso de Centros de Actividades de Día a Régimen Ocupacional, y de Régimen ocupacional a actividades reguladas por contrato para aquellos usuarios que tengan capacidades laborales.
- Realizar una propuesta sobre jubilaciones en Centros Ocupacionales.
- Prestar asesoramiento y establecer proyectos de formación para los colectivos o individuos con necesidades especiales, en orden a fomentar su inserción laboral. A este respecto, se está trabajando para que en los Centros Ocupacionales no sólo se ocupe al colectivo de deficientes mentales, sino que se oferte también a los enfermos mentales u otros discapacitados que por sus características presenten graves dificultades de integración laboral.

En relación a los Centros Especiales de Empleo y empleo normalizado, las líneas de actuación son las siguientes:

- Apoyar, con carácter subsidiario y complementario, las redes de empleo especial que ocupan a las personas con minusvalía, manteniendo el apoyo a la Unidad de gestión de los Centros Especiales de Empleo cuyos estatutos prescinden del ánimo de lucro.
- Participar en el reflatamiento y planes de viabilidad de las entidades de empleo especial.
- Facilitar la integración laboral de personas con minusvalía mediante la oportuna valoración y adaptación al puesto de trabajo.
- Apoyar el paso de Centro Especial de Empleo a empleo normalizado, previa

consecución de las condiciones adecuadas en el mercado laboral. A este respecto, se propondrá una Comisión Técnica entre la Diputación Foral y el INEM para la colaboración mutua en los programas de fomento de empleo normalizado.

- Proponer al Gobierno Vasco campañas de sensibilización hacia los agentes sociales.
- Proponer a los organismos competentes el funcionamiento de los nuevos modelos de empleo con apoyos, brigadas móviles y el trabajo con apoyo individual en un marco normalizado.
- Promover al Gobierno Vasco que auspicie ante el Gobierno Central la derogación de la obligatoriedad en la homologación de situaciones de Incapacidad Laboral Permanente de la Seguridad Social al reconocimiento legal de minusvalía.
- Promover el empleo con discapacidad en el Sector Público.
- Continuar participando en los proyectos de marco comunitario para el empleo en el que se está desarrollando el programa ZEHARO.

5. EL PROGRAMA ZEHARO

El programa Zeharo, gestión activa de empleo ordinario para minusválidos, presenta como principal actuación la búsqueda de nuevos servicios para la inserción laboral de las personas con minusvalía en empresas de entorno ordinario. Al ser un proyecto de cooperación transnacional, participa también una entidad de otro país comunitario, como es la Asociación ADAFEI-Gironde de Francia. En cuanto a la cofinanciación, además de los fondos europeos participan la Diputación Foral de Gipuzkoa, el Ayuntamiento de San Sebastián y Talleres Protegidos Gureak, S.A. La vigencia del programa se extiende desde 01/05/1995 hasta el 31/12/1997.

El objetivo principal de Zeharo es el de facilitar y promocionar la creación de empleo remunerado en empresas ordinarias, a través de la creación de un conjunto de servicios interdependientes para la persona minusválida y el empresario, que contemplan responder a las necesidades personales de orientación y apoyo que nacen del proceso de búsqueda de empleo y la posterior adaptación del traba-

jador minusválido al mundo de trabajo. Para tal fin, Zeharo elabora planes personales de inserción laboral y provee de servicios de empleo.

Hasta hora, con la participación del programa Zeharo, 18 personas han sido contratadas directamente por una empresa del entorno ordinario de trabajo en Gipuzkoa. Además, otras 30 personas han sido contratadas en el mercado ordinario

en relación especial con los Centro Especiales de Empleo del grupo Gureak. Además, existen varias colocaciones en previsión de cara al futuro inmediato. En consideración a estos aspectos, se valora muy positivamente los resultados que se están obteniendo y se espera que mejoren hasta la finalización del mismo.

FERNANDO ARENAZA
SILVIA ARBINA

LA ORGANIZACION DE LA PROTECCION A LA INFANCIA EN GIPUZKOA: EVOLUCION Y SITUACION ACTUAL

1. INTRODUCCION

Cuando hace unas décadas una familia presentaba problemas para ofrecer a sus hijos los cuidados necesarios, la respuesta procedente de las instituciones públicas consistía básicamente en proporcionar una ayuda económica o material (ayudas para el sostenimiento de hijos, biberón de los primeros meses, etc.) o, en casos extremos, retirar a los niños de la custodia de sus padres para ser internados con carácter indefinido en una institución. Bajo esta forma de actuar se encontraba la concepción ideológica de que los cuidados materiales que podía proporcionar una institución suponían una mejora para niños de familias pobres o que, en los casos de familias maltratantes, cualquier solución era mejor que el que esos niños volvieran a vivir con sus padres.

Sin embargo, la ingente investigación realizada en los últimos años sobre el tema del maltrato infantil ha modificado las ideas tanto sobre los orígenes de este fenómeno como de las soluciones adecuadas que deben darse al mismo. Los estudios llevados a cabo en los años setenta y ochenta por Garbarino, Bronfenbrenner o Belsky han permitido definir un modelo comprensivo y de intervención

que ha venido denominándose el modelo ecológico, que básicamente postula que el maltrato infantil es el resultado de la interrelación de factores culturales, sociales, familiares e individuales y que la intervención dirigida a atender esta problemática debe actuar sobre ese conjunto de factores para ser efectiva.

A esta línea de investigación se han unido en los últimos años estudios dentro del territorio español (De Paul y otros, 1988; Gracia y Musitu, 1993) que refuerzan este enfoque del problema y, por lo tanto, plantean un reto para los servicios de atención a la infancia: adecuar la respuesta que estos servicios ofrecen de manera que aborden la complejidad del problema y faciliten realmente un desarrollo adecuado de los niños y niñas objeto último de su intervención.

2. INVESTIGACION Y ACCION: LA DIFICIL SINCRONIA

Todo sistema de protección social se encuentra en lucha permanente entre «lo que hay que hacer» y «lo que se puede hacer». Asumir los criterios que se derivan de las investigaciones anteriormente reseñadas supone un esfuerzo de reestructuración de servicios, inversión presupues-

taria, desarrollo legislativo, etc. cuya realización difícilmente deja por completo satisfechos a profesionales y familias.

Así, algunos pasos que pueden considerarse hitos dentro de esta trayectoria de adecuación de la respuesta institucional a las conclusiones que se derivan de la investigación y elaboración teórica sobre el tema son, de forma resumida, los siguientes:

- La legislación internacional sobre Derechos y Protección de los Niños: Declaración Universal de los Derechos del Niño (1959), Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989), Carta Europea de los Derechos del Niño (1992).
- La Legislación española: Ley 21/87 y Ley 1/96 que regulan los derechos de los niños y procedimientos de actuación de las distintas administraciones para garantizar su protección.
- La reciente Ley de Servicios Sociales aprobada en el Parlamento Vasco el pasado mes de octubre, cuyos principios generales de prevención, integración, normalización, descentralización y atención personalizada recogen las recomendaciones básicas de toda investigación sobre intervención social y cuya distribución de competencias entre servicios sociales de base y servicios especializados pretende racionalizar la asignación de recursos y adecuar la respuesta al tipo de problema que se presente.

3. LA EVOLUCION DE LA ATENCION A LA INFANCIA EN GIPUZKOA

3.1. Antecedentes

Para analizar la evolución en la atención a la infancia no es necesario retrotraerse hasta el año 1791, cuando las Juntas Generales de Gipuzkoa, reunidas en la Villa de Elgoibar, resolvieron «establecer una casa general de expósitos y reclusión de malas mujeres en el lugar que se juzgase más a propósito». El gasto inicial se calculaba en 100.000 reales para subvenir al cual se imponía un recargo de un real a cada carga de vino y dos maravedís por martillo de aguardiente y mistela.

Durante años la atención a la infancia se caracterizó por un sistema de aislamiento del niño enraizado en el añejo mundo de la beneficencia, olvidando la

necesidad de aplicar medidas correctoras de situaciones nocivas y, por supuesto, la aplicación de medidas preventivas. Abundando en ello, se impregnó de un tinte oscurantista y, en ocasiones, morboso, relegando la protección del menor a un lugar inapreciable en el área de los Servicios Sociales.

En esta época la Diputación Foral de Gipuzkoa compartió la atención a los menores con otras instituciones públicas especialmente ligadas a la Administración de Justicia.

En el año 1985 se traspasaron al Territorio Histórico de Gipuzkoa las funciones y servicios en materia de protección, tutela y reinserción social de menores, disolviéndose la Junta Provincial de Protección de Menores dependiente del Ministerio de Justicia. Este traspaso, unido a la competencia atribuida por la Ley 21/1987 de 11 de noviembre a la Entidad Pública que tiene por ministerio de la ley la tutela de los que se encuentran en situación de desamparo, es decir, la Diputación Foral de Gipuzkoa, llevan a ésta a asumir desde ese momento la responsabilidad social que conllevan la atención y cuidado de la infancia desprotegida y de sus familias.

3.2. Estudio y evaluación de la situación inicial. Propuesta de nuevo modelo de organización

A partir de las transferencias de la Junta de Protección de Menores y de los expedientes procedentes del Tribunal de Menores por la puesta en marcha de la Ley de Adopción de Noviembre de 1987, GIZARTEKINTZA-Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa se encontró con una situación de gran complejidad que debía ser clarificada. Para ello, se encargó al Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad del País Vasco, una evaluación de los servicios de protección al menor existentes y un modelo de actuación para un nuevo servicio de protección a la infancia, adaptado a las nuevas teorías psicológicas y sociales. El director de este estudio fue D. Joaquín de Paul Ochotorena contando con el asesoramiento técnico de D. Albert Crivillé, psicólogo clínico.

En cuanto a la valoración del servicio existente el estudio destaca:

- En la Sección de Infancia y Juventud de la Diputación Foral de Gipuzkoa el

escaso número de técnicos y la falta de un organigrama donde quedaran delimitadas las funciones y responsabilidades de cada profesional.

- En los centros residenciales, gran diversidad en cuanto a titulación y situación laboral de los educadores, disparidad de criterios y estructuras organizativas.

El modelo de actuación propuesto para la organización y funcionamiento de la Sección de Infancia y Juventud de la Diputación Foral de Gipuzkoa se basa en la implantación de tres Unidades:

- Unidad de Recepción e Investigación de Denuncias: encargada de la toma de los datos iniciales, comprobación de la validez de la denuncia y evaluación del riesgo del menor.
- Unidad de Evaluación y Planificación de Servicios: responsable de la evaluación de la situación familiar, determinando un pronóstico acerca de la misma, formulando los objetivos de la intervención y planificando las actuaciones, servicios y seguimientos necesarios.
- Unidad de Intervención: tiene como cometido la intervención en los casos de separación (familiar o institucional), la intervención familiar y el seguimiento de servicios específicos para adolescentes en situación de acogimiento a largo plazo y madres adolescentes.

3.3. Aplicación del modelo propuesto y adecuación de la estructura existente al nuevo modelo

Una vez estudiado y evaluado el informe técnico emitido por la UPV/EHU, la organización implantada está basada en dos áreas:

- Área de valoración y orientación: En este área se han agrupado las funciones señaladas en las Unidades de Recepción e Investigación de denuncias y de Evaluación y Planificación de Servicios, propuestas por la U.P.V./E.H.U. en su informe.
- Área de intervención: Este área se ha subdividido en dos subáreas:
 - a) Acogimiento residencial.
 - b) Acogimiento familiar y adopción.

La adecuación de la estructura anterior ha llevado consigo las siguientes actuaciones:

En relación con la *Sección de Infancia y Juventud*:

- Diseño de un organigrama funcional, donde se delimitaron con claridad y precisión las funciones de cada técnico que compone la Sección. Se establece la coordinación de las mismas basándose en la trayectoria, que cada caso ha de seguir desde su recepción a su cierre.
- Progresivamente se ha ido incrementando el número de técnicos de acuerdo con el organigrama diseñado y dentro de las posibilidades de aumento de la plantilla.
- La formación de los técnicos se aborda aprovechando los recursos ofertados por el Centro de Estudios del Menor del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, promoviendo la participación de profesionales en las actividades formativas que se realizan. Ha sido frecuente, además, la participación de todos los técnicos en cursos, seminarios, congresos o simposios realizados en relación con el tema del maltrato o desprotección infantil, pudiendo decirse que en la actualidad disponen de un amplio bagaje teórico.
- Se homogeneizan los criterios de valoración de las situaciones de maltrato infantil, aplicando de forma sistemática la definición e indicadores de maltrato y abandono infantil establecidos en los documentos elaborados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Se establece un modelo de funcionamiento delimitando y definiendo los diferentes cometidos de cada una de las fases del proceso de valoración: detección, notificación, investigación y evaluación; utilizando los protocolos facilitados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Progresivamente se fueron definiendo criterios respecto a aspectos básicos en la toma de decisiones, especialmente en temas como la separación de los niños del ambiente familiar, la institucionalización, posibilidades de intervención familiar, características del tratamiento requerido, etc.
- Se establecen protocolos de seguimiento de las medidas de acogimiento familiar y acogimiento residencial en los que se señalan objetivos, metodología y evaluación de la intervención individual y familiar, definiendo plazos.

- Se implantan los Programas de Tratamiento Familiar, que abordan las situaciones de desprotección infantil desde enfoques complementarios diferenciando la tipología de la familia a atender.

En relación con las *Instituciones de Acogida de Menores*:

- Se elabora el proyecto de organización de los recursos de guarda para la infancia en Gipuzkoa, identificándolos a un modelo normalizador tanto en su espacio físico como en la configuración humana y personal, estableciendo un programa secuencial de actuaciones, señalando:
 - La creación del Centro de Acogida de Primera Infancia (substitutivo de Hogar Materno Infantil de Fraisoro)
 - La creación del Centro de Acogida de Urgencia (substitutivo de las funciones de Acogida del Centro Santo Angel de la Guarda)
 - La creación de una miniresidencia de larga estancia (substitutiva del Centro Santo Angel de la Guarda)
 - La adaptación de los recursos de acogimiento residencial al plan establecido sobre ordenación de los servicios de atención a la infancia: miniresidencias de corta y larga estancia, determinando las características tanto funcionales como estructurales de cada uno de los centros.
- Se implanta como metodología de trabajo el Programa Educativo Individual (P.E.I.).
- Se realiza un análisis comparado de las estructuras de coste de los centros residenciales, con el objeto de definir y explicar las diferencias de gasto existentes (salarios, gastos directos, gastos estructurales, etc.). Como consecuencia de este análisis, se constituye un modelo de financiación cuyo objetivo es la eliminación progresiva de las diferencias anteriormente citadas.
- En 1989 se inicia un Programa de Formación dirigido a los educadores de los centros residenciales, que se ha mantenido hasta la fecha. Desde la primera actividad formativa cuyo contenido se centró en dar a conocer las técnicas de la programación educativa, hasta la que se está desarrollando este año sobre Educación Sexual, han sido muchos los temas desarrollados, siempre respondiendo a los intereses de los

propios educadores y a las necesidades detectadas. Estos espacios formativos han facilitado la comunicación y la reflexión ayudando a la cohesión en los criterios de actuación.

- La propia dinámica de los centros residenciales ha llevado a una apertura de los mismos hacia otros recursos sociales, estableciendo cauces de coordinación con diferentes instituciones que desarrollan programas complementarios a la guarda. Cabe destacar el Programa de Voluntariado concertado con la Cruz Roja, el Programa de Atención a Adolescentes Consumidores de Drogas desarrollado por AGIPAD, el Programa de Atención Psiquiátrica y Psicológica llevado a cabo por el Equipo de Psiquiatría Infantil de Osakidetza y el Programa de Vacaciones impulsado por el Departamento de Juventud y Deportes de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

3.4. Aspectos característicos de la atención actual a la infancia desprotegida

Sin el deseo de que este trabajo resulte una relación de actuaciones llevadas a cabo, considero que no quedaría totalmente reflejada la organización de la atención a la infancia que se esté realizando en nuestro Territorio si no se hiciera mención a otros modelos de intervención que también pretenden la normalización e integración socio-familiar de la infancia desprotegida.

Mi intención es efectuar una breve descripción de estos programas, dado que en otras comunicaciones que aparecen en esta misma publicación se tratan en toda su amplitud.

El programa Especializado de Intervención Familiar - GIZALAN

En el año 1990, se llevó a cabo en Gipuzkoa la puesta en marcha y evaluación de un programa-piloto de tratamiento para familias con problemas de maltrato y/o abandono infantil. Esta fue una iniciativa en la que participaron el Departamento de Bienestar Social del Gobierno Vasco, el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, y el Equipo de Investigación sobre Maltrato Infantil del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

Los resultados del programa-piloto fueron valorados de manera altamente satisfactoria, y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa adoptó la decisión de ponerlo en marcha de manera estable. Así, a partir de 1991 este Departamento cuenta con un Programa de Tratamiento Especializado para Familias con Problemas de Maltrato y/o Abandono Infantil y Familias en Riesgo como recurso de intervención ante situaciones de desamparo o riesgo de desamparo. Este Programa funciona de manera complementaria y/o alternativa a otros recursos/servicios de intervención de que también dispone dicho Departamento (acogimiento familiar residencial, adopción, ayudas económicas para tratamientos específicos de rehabilitación, etc.).

El desarrollo de este Programa (denominado «Programa de Intervención Gizalan») se ha llevado a cabo a través de su concertación con una entidad privada sin ánimo de lucro: la actual Asociación de Orientación y Tratamiento Familiar ARGABE. Dicha Asociación está dirigida por profesionales que participaron en el diseño y puesta en marcha de la experiencia-piloto.

Desde su inicio en Febrero de 1991 hasta la fecha, han sido atendidas en el Programa un total de 161 familias. En la evaluación global del Programa que se efectuó en 1994 se obtuvieron conclusiones importantes pero quizás la más significativa es que el porcentaje de familias rehabilitadas corresponde con los obtenidos en otros programas que se están llevando a cabo en servicios de protección de EE.UU.

Servicio de Investigación, Evaluación e Intervención en casos de Maltrato y Abuso Sexual de Menores

La circunstancia de que el Programa de Tratamiento Gizalan excluye en su diseño la intervención de casos de abuso sexual intrafamiliar, y la observación efectuada a través del desarrollo de ese mismo programa de que existen familias que precisan de otro tipo de respuesta a su problema, llevó a la implantación en enero de 1996 del Servicio de Investigación, Evaluación e Intervención en Casos de Maltrato y Abuso Sexual a Menores, contratado con el servicio Izan, Intervención Familiar y Comunitaria.

El marco de trabajo de este Servicio se centra en:

- a) La intervención a familias en las que se ha detectado una situación de maltrato físico y/o emocional cuyo fundamento parece encontrarse en una dinámica de relaciones familiares inadecuadas, sin que a ello vaya asociada otra problemática social más amplia, por lo que se excluyen familias multiproblemáticas crónicamente perturbadas, trastornos psiquiátricos diagnosticados y toxicomanía.
- b) Familias en las que se ha producido la revelación de un abuso sexual intrafamiliar.
- c) Menores que manifiestan problemas graves de convivencia surgidos en la adolescencia o preadolescencia, que requieren una orientación de separación del contexto familiar.

Programa de Acogimiento Familiar

La Ley 21/87 sobre Adopción y Acogimiento Familiar introduce la figura del Acogimiento Familiar como novedad importante, dando rango legal a una institución hasta esa fecha regulada por diversas normas administrativas.

El Acogimiento Familiar, lo entendemos como un recurso que está asentado en tres grandes pilares, coordinados por los técnicos de la Entidad responsable de la tutela. Estos pilares son el menor, la familia natural y la familia acogedora.

El adecuado funcionamiento de esta medida ha requerido la concertación de nuevos Servicios. Estos programas son:

- a) El Servicio Lauka, que tiene como objetivo el apoyo técnico a las familias acogedoras y al menor en situación de acogimiento.
- b) El Programa de Captación de Familias de Acogida, concertado con la Cruz Roja.

El Programa de Adopción

Únicamente quiero destacar el descenso tan notable que ha existido en relación a la adopción de niños nacidos en Gipuzkoa, originando un incremento considerable de las solicitudes para la adopción de un menor de origen extranjero.

Este aumento en la demanda y siendo la Diputación Foral de Gipuzkoa la responsable de emitir el correspondiente Certificado de Idoneidad, nos ha llevado a efectuar una oferta pública para concertar los Servicios de dos psicólogos, encar-

gados de realizar las valoraciones psicológicas.

4. FUTURAS ACTUACIONES

Como cierre de la anterior exposición, resta simplemente explicar los pilares en los que nos vamos a apoyar en el inicio de esta nueva etapa que tenemos por delante, con el objetivo de mejorar la calidad de la protección a la infancia en Gipuzkoa.

La obtención de un funcionamiento coordinado por parte de todas las Instituciones implicadas en la atención a los niños es una prioridad a la hora de optimizar los resultados en el abordaje de las situaciones de maltrato infantil.

La clarificación de las funciones y tareas que los profesionales realizan en relación a las situaciones de desprotección, el acuerdo respecto a los indicadores para identificar estas situaciones de dificultad social y la coordinación entre los diferentes servicios que intervienen en su tratamiento y solución, son fundamentales para el objetivo general de mejorar el sistema de atención a la infancia.

El año 1995 se realizó una actividad formativa impartida por D. Jorge Barudy, bajo el título de «Intervención de red en contextos familiares negligentes y/o abusivos» en la que participaron profesiona-

les de todas las instancias que de un modo u otro, están implicadas (Justicia, Educación, Sanidad, Policía, Servicios Sociales Comunitarios y Especializados).

Dentro de las conclusiones que se alcanzaron destacan:

- La necesidad de la formación de los diferentes sectores profesionales en materias relativas a tipologías de maltrato, indicadores de detección, vías de notificación.
- El establecimiento de canales de derivación y elaboración de protocolos.
- La sistematización de encuentros periódicos entre instituciones.
- La elaboración de programas de prevención y detección.

Un gran reto, pero una gran necesidad, pues si no se consigue abordar el maltrato infantil desde la coordinación, los esfuerzos de todos los profesionales habrán sido baldíos.

El otro gran desafío, que por ser el último, no es menos importante, es la Evaluación periódica de los diferentes programas establecidos, haciendo especial hincapié en el Acogimiento Residencial, medida que exige una readaptación constante a las especificidades de la población a atender.

MARGARITA PARDO MARTÍN

DETECCION, VALORACION E INTERVENCION EN SITUACIONES DE DESPROTECCION INFANTIL: CONEXIONES CON LA RED BASICA

1. EL LUGAR DE UN SERVICIO ESPECIALIZADO EN EL ABORDAJE DE LA DESPROTECCION INFANTIL

La intervención frente a situaciones de desprotección infantil se encuadra dentro de las actuaciones que el sistema de servicios sociales debe asumir para garantizar una respuesta de la sociedad ante los desequilibrios e injusticias que el propio sistema social genera.

La actuación de un servicio especializado ante esta problemática se sitúa en lo que se denomina nivel de prevención terciaria; es decir, su intervención se produce una vez que el hecho en cuestión —la propia desprotección— se ha producido y se dirige a evitar su reaparición así como a paliar las consecuencias negativas del mismo.

Sin embargo, teniendo en cuenta que el problema del maltrato infantil es un fenómeno multifactorial y que su resolución depende de que se aborden todos los factores implicados en su aparición y mantenimiento, la intervención especializada debe partir de las siguientes premisas:

1. Todos los servicios que, de un modo u otro, atienden a la infancia y a la fa-

milia son corresponsables en la intervención ante situaciones de maltrato, bien sea para prevenirlas o para erradicarlas.

2. Esto, a su vez, supone que ante la detección de un caso de maltrato no es posible la delegación de todas las actuaciones en una institución concreta, sino que debe partirse de una derivación adecuada y una actitud abierta hacia el trabajo en común.
3. La legislación y atribución de competencias son necesarias para contar con unas bases sobre las que implantar los sistemas de intervención, pero también se hace preciso consensuar procedimientos entre los servicios implicados.

En consecuencia, el mandato que legalmente atribuye a la Entidad Pública competente en materia de servicios sociales la responsabilidad en la intervención ante situaciones de desprotección infantil, a través de las leyes 21/87 y 1/96, es en nuestro caso interpretada como el encargo de actuar en dos frentes.

En primer lugar, nos obliga a ofertar recursos especializados de intervención

ante situaciones en las que se sospeche o haya evidencias de desprotección infantil: investigación y evaluación de notificaciones, intervención con familias maltratantes o abusivas, alternativas de acogimiento residencial y acogimiento familiar.

En segundo lugar, nos legitima para promover la implicación de todos los servicios de protección social y de la comunidad en su conjunto para garantizar la mejor cobertura posible de las necesidades de nuestros niños y niñas.

2. LA ACTUACION DE LA SECCION DE INFANCIA Y JUVENTUD COMO SERVICIO ESPECIALIZADO

Desde esta perspectiva, la Sección de Infancia y Juventud de GIZARTEKINTZA-Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa se ha planteado la necesidad de contar con recursos propios que den una respuesta de calidad en la atención de las situaciones de desprotección infantil cuyo desarrollo se recoge en otros artículos de este monográfico, mientras que, por otro lado, se propone conseguir la implicación de todos aquellos servicios presentes en la comunidad y entre cuyos objetivos se cuentan la atención a la infancia y a sus familias.

Al plantearnos este segundo objetivo de implicación de otros servicios, hablamos de conseguir una actuación intersectorial o de red, expresión que viene a señalar la necesidad de disponer un sistema de sostén y apoyo al niño y a su familia que posibilite su adecuado desarrollo.

Para que esta actuación logre sus objetivos, nos planteamos como prerrequisito indispensable garantizar que la coordinación entre instituciones ofrezca un funcionamiento sano y coherente que pueda enfrentarse al funcionamiento caótico de las familias con las que trabajamos.

Es desde esta perspectiva desde donde hemos iniciado hace unos dos años un proceso de diálogo con otras instituciones dirigido a consensuar un sistema de actuación para el Territorio Histórico de Gipuzkoa que atienda en su globalidad las necesidades de desarrollo de la infancia.

Los pasos que hemos ido dando en este camino, algunos de ellos consecutivos y otros de forma simultánea, pueden resumirse del siguiente modo:

1. Establecimiento de un protocolo interno de recepción, investigación y evaluación de notificaciones, toma de decisión e intervención en situaciones de desprotección infantil (Cuadros 1 y 2). Este protocolo tiene en cuenta la evaluación sobre el servicio llevada a cabo el año 1989 por parte de un equipo de la UPV dirigido por Joaquín de Paúl, así como los materiales editados por el Ministerio de Asuntos Sociales en 1994 sobre esta cuestión.
2. Diseño de un sistema de coordinación entre los servicios implicados (cuadro 3).
3. Divulgación del sistema propuesto y establecimiento consensuado del mismo con los diferentes grupos profesionales: servicios sociales de base, educación, sanidad, Ertzaintza.
4. Dotación de recursos especializados de intervención con familias maltratantes y/o abusivas dirigidos a favorecer la integración familiar de los menores atendidos.
5. Dotación a la Red Básica de Servicios Sociales de recursos educativos y terapéuticos para atender situaciones de riesgo y prevenir su cronificación y agravamiento.

3. LA CONEXION ENTRE EL SERVICIO ESPECIALIZADO Y LA RED BASICA

El planteamiento de intervención en red y corresponsabilización de todos los servicios que atienden a la infancia se basa en una concepción del maltrato infantil como toda situación en la que, no sólo el grupo familiar, sino también el tejido social no pueden aportar los cuidados materiales, psicológicos y sociales necesarios para asegurar el bienestar de los niños y su desarrollo.

Bajo este prisma, el papel de los servicios implicados pasa a ser el de garantizar, al lado de la propia familia, que un niño determinado recibe los aportes necesarios dentro de su contexto natural de crianza.

Promover el diálogo entre los distintos servicios favorece que, a través de la acción intersectorial, se produzca un mejor aprovechamiento de los recursos existentes, sin duplicidades ni espacios vacíos.

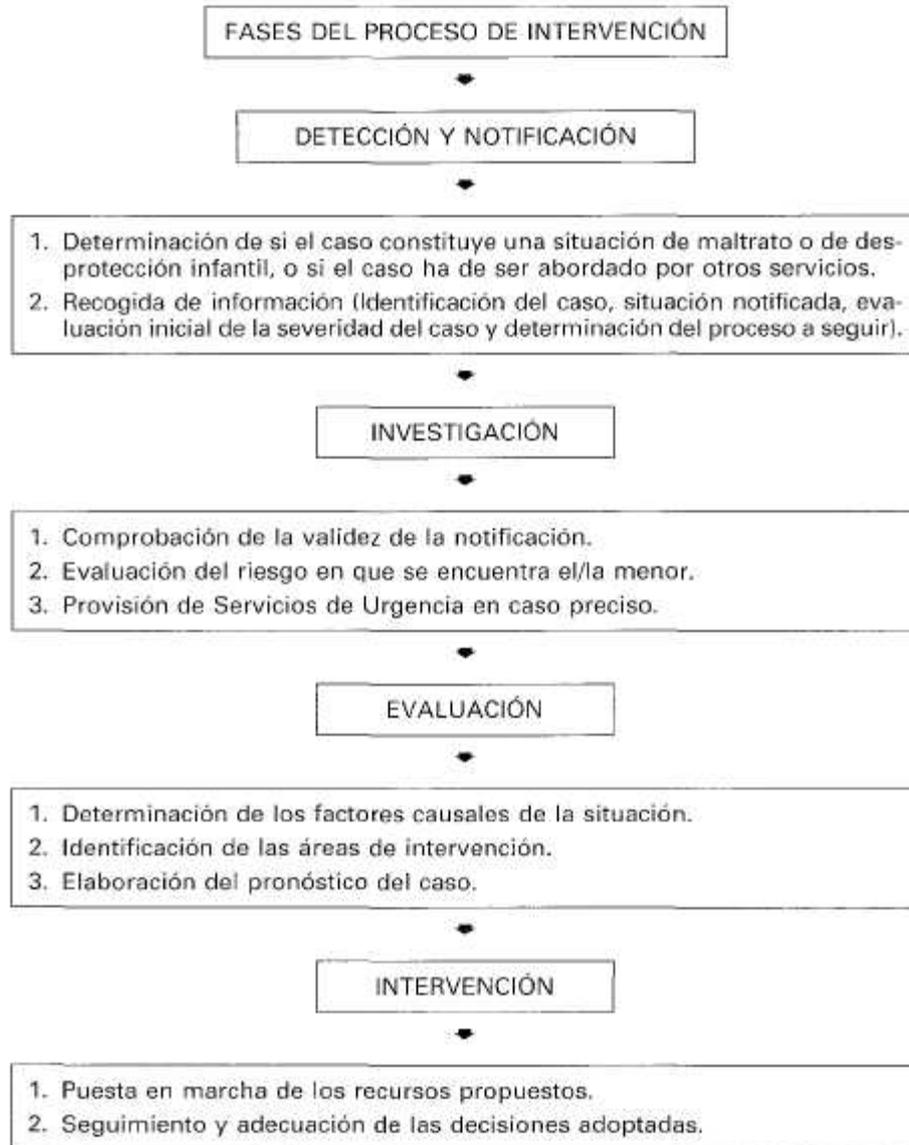
Esto no quita que sea necesario crear nuevos recursos que cubran carencias en la atención de ésta problemática, dado

que con su actual dotación una buena parte de los servicios sociales de base no pueden dar la respuesta apropiada.

Con el fin de paliar estas carencias, dentro de las funciones del servicio especializado de infancia se recoge el ase-

soramiento a los servicios sociales de base. Esta tarea, gratificante y enriquecedora para todos los profesionales, mejora la calidad y agilidad de los servicios que se prestan y evita la aparición de incoherencias entre las actuaciones de los distintos niveles de atención.

Cuadro 1

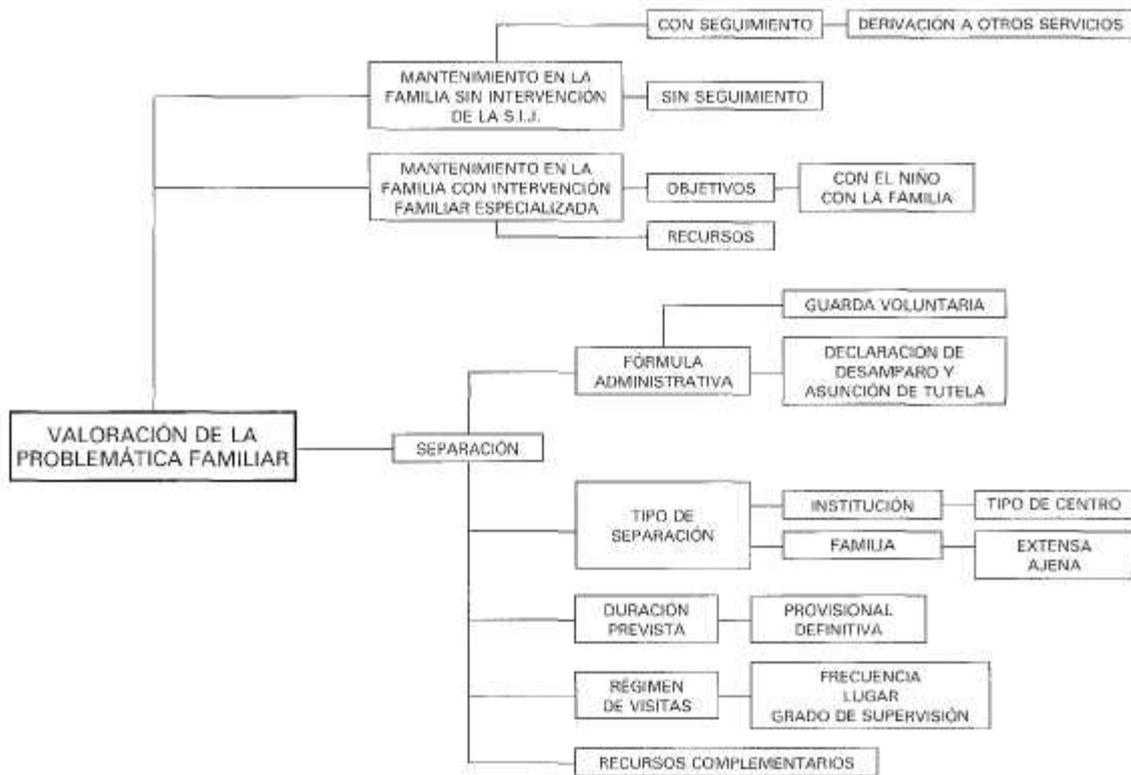


La relación establecida con los servicios sociales de base nos ha permitido recoger el sentir de los profesionales que trabajan en esos servicios, mostrando de manera mayoritaria su interés en abordar la problemática de la infancia maltratada o en riesgo por considerarla prioritaria dentro de su labor, pero también su preocupación porque son conscientes de las necesidades de formación, organización y dotación de recursos para dar una ade-

cuada respuesta a las exigencias que esta tarea implica. Entre estas necesidades, las que se mencionan con más insistencia son las siguientes:

1. Resulta preciso contar con recursos intermedios entre el servicio social de base de carácter polivalente y el servicio especializado de infancia. En el caso de algunos municipios, esto podría solventarse con la reestructura-

Cuadro 2
 PROCESO DE TOMA DE DECISION



ción de los servicios existentes, pero en otros muchos, sobre todo en los pueblos más pequeños, necesitarían contar con servicios de apoyo de adscripción comarcal que cubrieran tareas de valoración e intervención de primer nivel con familias y menores en situación de riesgo.

2. Aquellos profesionales a los que se encarga desempeñar estas funciones requieren una formación específica sobre distintas materias que fundamenten su quehacer.
3. En algunos casos debe tenerse en cuenta la problemática específica de determinados colectivos (familias gitanas chabolistas, inmigrantes,...) y diseñar programas especiales que aborden su problemática de una forma global, ya que resulta infructuoso intentar incorporarlos a otros programas.
4. A pesar de que se percibe de forma positiva el establecimiento de unos plazos para valorar y dar por finalizada una intervención, se constata la existencia de algunos problemas o estados carenciales que requieren programas de sostenimiento de familias cuya fun-

cionalidad sólo se consigue mediante el mantenimiento a largo plazo de una serie de medidas de intervención.

5. Todos los profesionales de los servicios sociales de base son conscientes de la importancia de un trabajo coordinado con otras instancias, pero se quejan de que en algunos casos hay falta de implicación y sensibilización ante este tema y esto dificulta enormemente llevar a cabo un trabajo en colaboración. En consecuencia, se constata la necesidad de llevar a cabo de manera continuada actividades de sensibilización y formación que acerquen la problemática de la infancia maltratada a esos profesionales que por su función se encuentran en contacto con ella.

Tener en cuenta estas demandas e intentar dar una respuesta adecuada a las mismas es un reto que hay que asumir y afrontar si en nuestro empeño está mejorar la calidad de vida de nuestros niños y, a través de ello, garantizar para todos un futuro mejor.

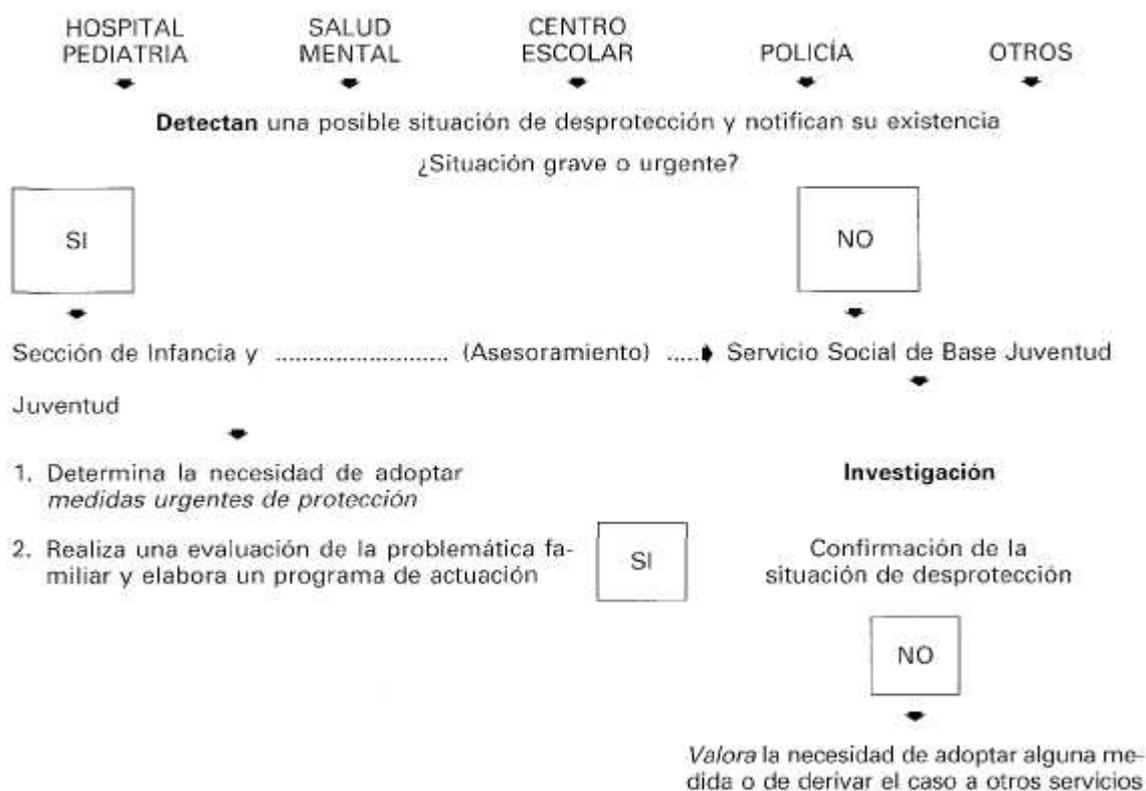
Quienes nos ocupamos de la atención a los niños maltratados y a sus familias

somos conscientes de los costes inmensos en sufrimiento, enfermedad, desatención... que arrastran históricamente y por ello valoramos en su justa medida la necesidad de organizarnos para ofrecer a esos niños cuidados adecuados y romper de una vez con esa cadena de dolor.

Tal como afirma Odette Masson: «Un menor que se confía muestra la esperanza que tiene de ser escuchado. Si su espera es en vano, será doblemente maltratado. Entonces ya no desesperará solamente de las personas que le maltratan, sino de toda la humanidad».

Cuadro 3

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION



JOSÉ MARI LEZANA

BIBLIOGRAFÍA

BARUDY, J. «El enfoque sistémico del maltrato infantil: una intervención alternativa a la violencia familiar». En // *Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. Gasteiz-Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1993. Págs. 341-364.

BARUDY, J. «La articulación entre los sistemas terapéuticos y el sistema judicial como instrumento de intervención en los casos de maltrato». Op. cit.

CIRILLO, S., y Di BLASIO, P. «Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar». Barcelona: Paidós, 1991.

DEL PAÚL, J. (dir.). «Informe técnico de evaluación del Servicio de Infancia y Juventud de la Diputación Foral de Gipuzkoa». Documento interno, 1989.

DE PAÚL, J., ARRUABARRENA, I., y TORRES, B. «El maltrato Infantil. Detección, Notificación, Investigación y Evaluación». Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.

LÓPEZ, F., Y OTROS. «Necesidades de la infancia y protección infantil». Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1995. 2 tomos.

MASSON, O. «Contextos maltratantes en la infancia y coordinación interinstitucional». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. VII, 23, 5, págs. 531-556. Madrid, 1987.

PROGRAMA DE REESTRUCTURACION DE LOS RECURSOS DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL DE LA DIPUTACION FORAL DE GIPUZKOA

Para entender este artículo y las motivaciones que nos impulsaron a realizar lo que en él se explica, es referencia obligada el estudio elaborado por la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco a solicitud del entonces Departamento de Salud y Bienestar Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Dicho estudio recogió entre sus conclusiones un dictamen sobre los centros de atención directa gestionados por este Departamento en el campo de la atención a menores desprotegidos, expresando con claridad la necesidad urgente de modificar el esquema entonces vigente, ajustándolo a criterios educativos actualizados.

En base a ello se emprendió en 1990 la llamada «reestructuración de los servicios de Acogimiento Residencial» de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

Las premisas que guiaron nuestros pasos en esta reestructuración fueron las siguientes:

- El marco general debía ser el bienestar del niño en torno a la familia, fuera propia o sustituta.
- El nuevo esquema pretendía, en consecuencia, ser un recurso temporal que

cubriera las necesidades que se presentaran en el intermedio que transcurriera entre la retirada del niño de su entorno familiar y su integración de nuevo en una familia, propia o ajena. Por lo tanto, la guarda debería ser un sistema «trampolín» que intentara mejorar psíquica, pedagógica y socialmente la situación del menor de cara a su más rápida y eficaz incorporación a un medio familiar.

-Este sistema, proyectado hacia ese objetivo final, debía basarse en principios normalizadores e integradores, evitando el internamiento a largo plazo y el carácter benéfico de la atención proporcionada.

-El nuevo proyecto debía potenciar la integración en el medio social, el contacto con otros niños, la transitoriedad de la medida, el aprendizaje de hábitos de la vida diaria y la socialización en el más amplio sentido de la palabra.

-Los factores que moldean el estilo de vida de una persona le deben ser aportados continuamente a lo largo de todas las etapas de crecimiento. Por ello, los educadores debían dirigir sus es-

fuerzos hacia proporcionar a los menores acogidos los aportes considerados fundamentales: aportes básicos (vivienda, alimentación, hábitos de limpieza, estimulación...), aportes psicosociales (estimulación del desarrollo intelectual y afectivo; necesidades de intercambio de amor y afecto, de limitación y control, y de participación en actividades colectivas); aportes socioculturales (influencias que sobre el desarrollo y funcionamiento de la personalidad ejercen las costumbres y los valores de la cultura y la estructura social).

Todo ello nos obligaba a crear y/o a reestructurar una serie de recursos: atendidos por profesionales con formación adecuada, y vocación y gusto por su trabajo; con equipamientos e instalaciones modernizadas; integrados en ambientes socio-económicos de tipo medio; ubicados en zonas no aisladas y con servicios públicos cercanos (escuelas, centros de salud, grupos de tiempo libre, parques...)

1. RECURSOS DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

Estos recursos de Acogimiento Residencial debían responder a las características siguientes:

- Evitar la separación de los hermanos.
- Evitar, siempre que fuera posible, la segmentación de la población atendiendo a la edad, para lo cual se incluirían menores de diversas edades en un mismo hogar.
- Evitar el estancamiento del niño en el hogar funcional, implicándole activamente en una salida a corto plazo.
- Marcar los plazos de egreso por parte de la Sección de Infancia, a fin de comprometer el objetivo para que el niño se incorporase, en el periodo más breve posible, a un medio familiar.
- Apoyar técnicamente a los educadores desde la Sección de Infancia.

Comenzamos por cerrar los macrocentros de Fraisoro y Segura, reintegrando a los niños a un medio familiar (propio o ajeno) cuando así lo permitieron las circunstancias y con el apoyo de dos programas: el de Intervención Familiar con las familias de origen y el de Acogimiento Familiar; y trasladando al resto de menores a dos centros, más pequeños y nue-

vos, enclavados en el término municipal de San Sebastián.

La Residencia Loistarain, substitutiva del anterior Hogar Materno-Infantil de Fraisoro, es hoy en día un centro que atiende niños entre 0-10 años, y dispone, asimismo, de una unidad de acogida de urgencia. La Residencia Zarategi, substitutiva del anterior Centro Santo Angel de la Guarda de Segura, atiende niños y jóvenes entre 10-18 años. Dado que Diputación concierta estos dos servicios con una congregación religiosa, vimos la necesidad de que las educadoras sustituyeran el hábito por ropa de calle.

2. HOMOLOGACION DE LOS RECURSOS CONCERTADOS

Nuestra siguiente actuación se centró en los recursos concertados. Comenzamos por homogeneizar el vínculo que unía a todas las Asociaciones con Diputación, mediante la firma de un mismo Convenio en cuyas cláusulas se reflejó clara y fielmente cuáles debían ser, a partir de entonces, las características de la relación de dichos centros con Diputación y los compromisos adquiridos por ambas partes.

En virtud de dicho Convenio, las Asociaciones asumieron la atención en sus pisos de todos aquellos menores, y sólo de ellos, cuyo ingreso fuera dispuesto por Diputación. Igualmente, las bajas serían dispuestas por la Diputación Foral.

Cada Asociación se comprometió a contar con los medios materiales que garantizasen la prestación de dichos servicios, incluyendo la ratio «personal de atención/menor acogido» estipulada por Diputación, y Diputación se comprometió, a su vez, a aumentar la partida económica para cada Asociación, produciéndose un incremento que, como término medio, podemos cifrar en un 25 %.

En orden al funcionamiento técnico, las Asociaciones se comprometieron a realizar:

- un *PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUAL* (P.E.I.) para cada niño, que incluye un Protocolo de Observación, una Programación y una Evaluación por curso;
- un *PROYECTO EDUCATIVO DE CENTRO* que recoge la línea de trabajo a seguir. En este proyecto, los educadores señalan los objetivos globales y los

específicos respecto al menor y su familia, así como las actividades y tareas a desarrollar con los niños, y los instrumentos técnicos a emplear en la realización de la evaluación. En este proyecto se potencia como aspecto clave el *TRABAJO EN EQUIPO* por parte de todo el personal del centro que se relaciona directa o indirectamente con el menor;

— y una *MEMORIA ANUAL* de actividades.

Diputación adquirió, por su parte, el compromiso de apoyar técnicamente a los educadores en este cometido y de proporcionarles la formación continuada que precisasen en virtud de las necesidades detectadas. Para ello, se dotó a la Sección de Infancia de un técnico cuyo cometido principal es el de proporcionar orientaciones educativas a los centros y asesorarles en la elaboración de los P.E.I.

Uno de los problemas que se nos plantearon a la hora de intentar homogeneizar la red de atención a los menores desprotegidos fue la disparidad de procedencia de profesionales y formaciones. Partiendo precisamente de esa diversificación y siendo conscientes de que la misma no entrañaba sino dificultades a la hora de cohesionar los equipos, así como del hecho de que las directrices ideológicas en materia de protección son una realidad cambiante a medida que se van realizando investigaciones y estudios, que exige una puesta al día constante, se propuso potenciar el reciclaje continuado de los educadores de acuerdo a un programa que tendiera a unificar todas las formaciones en la misma línea. Se les pidió el compromiso de la realización de los cursos de Educador Social de la U.P.V. así como el de asistencia a las jornadas de formación continuada que, ininterrumpidamente desde hace siete años, organiza la Sección de Infancia para educadores y técnicos con una periodicidad mensual.

Nuestra siguiente actuación fue la creación de un Centro de Acogida de Urgencia (C.A.U.) para niños/as y jóvenes de entre 10 y 18 años. Se trata de una residencia que proporciona la atención adecuada en el momento, siempre crítico, de la separación del menor de su núcleo familiar. La estancia en este centro no debe superar el periodo de los dos meses, tiempo durante el cual se realiza la valoración y orientación definitiva del caso en la Sección de Infancia.

3. DIRECTRICES GENERALES

Una vez creados y/o reformados los recursos precisos para poder llevar a cabo de manera digna la atención de los menores desprotegidos en Gipuzkoa, quedaba unificar para todos ellos las directrices generales que ordenaran su trabajo. Para ello, elaboramos un documento en el que se especificaban las características de las residencias, objetivos, prestaciones, metodología de intervención, y perfil de los educadores.

Todas las residencias poseen unas características comunes que podemos sintetizar de la siguiente manera:

- Se trata de pisos convencionales, cercanos a los servicios comunitarios y que no tienen ningún tipo de característica distintiva respecto del resto de viviendas de la zona.
- Todas ellas deben tender a proporcionar asistencia y formación orientada al desarrollo de la autonomía personal e integración social del menor acogido,
- Deben, asimismo, evitar la desvinculación del menor de su entorno natural.
- El anonimato de la vida cotidiana preside la dinámica de las residencias, en las que nada debe ser diferente a los otros niños y jóvenes por razón de su procedencia social y familiar.
- Tienen un carácter predominantemente educativo que sustituye y/o compensa la ausencia transitoria o definitiva de la familia.
- Están integradas en la vida comunitaria y abiertas a los recursos normalizados.

De la misma manera, todas ellas comparten unos objetivos fundamentales:

- Ofrecer al menor un marco de referencia basado en elementos convivenciales a partir del grupo educativo.
- Lograr un proceso normalizado de socialización.
- Fomentar hábitos de participación en la organización general de la residencia, ofreciendo al niño diferentes niveles de colaboración en la evaluación del funcionamiento del grupo.
- Lograr el máximo desarrollo de las capacidades relacionales, intelectuales y afectivas de los chavales acogidos.
- Impulsar en ellos el protagonismo en su propio proceso educativo personal.

- Lograr la autonomía personal del menor.
- Llevar a cabo un proceso individualizado facilitado por la propia estructura organizativa interna que facilita la actuación grupal por unidades educativas.
- Lograr la integración del niño en su ámbito comunitario.
- Favorecer el mantenimiento de los vínculos familiares.
- Elaborar el programa educativo utilizando un material técnico-metodológico que permita el seguimiento exhaustivo de cada menor.

Asimismo, todas las residencias ofrecen una serie de prestaciones:

- Sanitaria: cobertura médico-sanitaria completa que se realiza preferentemente mediante los recursos de OSA-KIDETZA.
- Escolar: cobertura de la instrucción escolar adecuada a la edad y características del menor, que se realizará preferiblemente mediante los colegios públicos de la zona.
- Asistencia social: atención y ayuda al niño respecto del conflicto familiar que motiva su separación, promoviendo su implicación con la familia en el proceso de su evolución personal e integración social.
- Educativa: atención al proceso educativo global del niño, facilitando su acceso a los recursos sociales normalizados, y estructurando los instrumentos de relación consigo mismo y con su medio socio-familiar.
- Tiempo libre: desarrollo de las posibilidades de ocio en beneficio de la promoción personal del niño, mediante el disfrute de los recursos sociales de la zona, de las ofertas realizadas por la propia residencia, y del programa de voluntariado.

La metodología de los centros de Acogimiento Residencial se basa en los siguientes criterios:

- El funcionamiento del centro será eminentemente educativo, evitándose procedimientos que puedan resultar traumáticos para el menor como pueden ser la sensación de transitoriedad psicológica y emocional o la contraria de cronificación sin esperanza fuera de su familia. Para ello se les proporcionará una atención personalizada e inmediata.

- Se favorecerá la actitud participativa y colaboradora del niño acogido a fin de que se ubique, de esta manera, ante las circunstancias reales de su situación y se propicie, por tanto, la asunción de su problemática.
- Se focalizarán los problemas específicos que el menor plantee en cuanto a mecanismos de socialización, problemática familiar, intereses personales, formativos y/o laborales.
- Se procurará una atención variada a lo largo de toda la jornada, que permita un registro de observaciones referentes a la vida cotidiana.
- Se realizará un estudio y análisis de la problemática personal, familiar y social del niño, con posterior elaboración del informe pertinente.
- Se potenciará su participación en recursos de tiempo libre normalizados, en compañía de otros niños no acogidos.
- Se favorecerá el contacto con familias de apoyo.

El sistema de trabajo en las residencias de Guarda es el siguiente:

- Recepción: el menor llega al piso con un diagnóstico situacional, una definición de su problemática, y unos objetivos y orientaciones generales para llevar a cabo la labor educativa, aspectos que se reflejan en un informe elaborado por esta Sección y que se entrega a la residencia unos días antes al ingreso.
- Observación: durante los dos primeros meses, los educadores integran en las distintas áreas todos los datos obtenidos de la observación que han llevado a cabo y formulan una hipótesis de trabajo en la que definen cuáles son los elementos determinantes de la situación problema, diferenciando los conflictos que son susceptibles de intervención desde el piso de aquellos que no lo son.
- Intervención: durante la estancia del niño en el piso es indispensable la aplicación directa de un programa individualizado como instrumento pedagógico activo.
- Egreso: la salida definitiva del menor debe ir avalada por un informe en el que se especifiquen su evolución durante la estancia en acogimiento residencial, las razones del egreso, el pronóstico y el tipo de seguimiento que, en su caso, sería deseable.

Estos documentos a cumplimentar por los educadores, tienen que ajustarse a unas áreas (higiénico-sanitaria, social o de convivencia, escolar o laboral, personal y familiar) y unos indicadores.

El perfil de los educadores debe responder no sólo a unas características profesionales, sino también a unos rasgos personales de vital importancia en este trabajo:

- Tener una clara vocación pedagógica y el convencimiento de la validez de la educación como instrumento de cambio y de desarrollo personal y social.
- Ser profesionales con una cualificación teórica y práctica demostrada.
- Ser equilibrados y emocionalmente maduros.
- Respetar el derecho a la confidencialidad de los expedientes.
- Ser capaces de trabajar en equipo y en coordinación con otras instituciones.
- Ser capaces de llevar a cabo una observación objetiva y una reflexión crítica.
- Ser capaces de intervenir conscientemente y de forma adecuada en situaciones extremas y de crisis.
- Ser exigentes consigo mismos y con las decisiones del equipo, asumiendo y haciendo asumir responsabilidades.
- Ser creativos, cálidos, cercanos y con una alta capacidad de comprensión del niño y su entorno.
- Estar dispuestos a un reciclaje continuo: estudio personal, contrastar experiencias con otros profesionales, conocer nuevas alternativas, etc.

Respecto a las funciones de los educadores, éstos procurarán que todo periodo de estancia en el piso sea una experiencia provechosa y agradable para el menor acogido, cuidando de su adecuado desarrollo y aspecto físico, impulsando sus aficiones, motivándole para aquellas actividades acordes con sus aptitudes, detectando la necesidad de los diversos tipos de apoyo y animándoles a acogerse a ellos en su caso.

Para ello, el ambiente que deben crear es de comprensión y ayuda para que pueda desarrollar sus relaciones afectivas adecuadamente y pueda, asimismo, ir asumiendo progresivamente su situación personal.

Es de vital importancia que el educador conozca su papel respecto del menor, que conozca sus responsabilidades, delegadas en él por Diputación desde el momento en que le confía la Guarda, pero también, sus limitaciones. Tan importante es que asuma unas como otras y que evite así contaminaciones excesivamente «psicologizantes» en esta relación.

Así, podemos entender su trabajo distribuido en una serie de funciones:

- Funciones básicas: cubren las necesidades de cuidado general, higiene, alimentación, vestido, estimulación, exploración del medio, protección de los riesgos imaginarios, juegos...
- Funciones normativas y de autoridad: dentro del marco de organización democrática que preside la dinámica de la residencia, el educador representa la figura de autoridad que respeta y hace respetar las normas y límites que ordenan la convivencia, ayudando al niño en el desarrollo del juicio moral y la capacidad de asimilación crítica de valores sociales.
- Funciones de apoyo: el educador ayuda al menor en todos aquellos aspectos relacionados con el trabajo escolar, la cultura, el ocio, el bienestar personal, su necesidad de comprensión del significado de las cosas y de la realidad escuchando, valorando y facilitando sus diferentes experiencias y aprendizajes. Cubre las necesidades de los menores de seguridad emocional y sentirse querido.
- Funciones de identificación: debe ofrecer a los educandos una imagen tal que les posibilite el conocimiento de un modelo accesible e imitable, animándole a relacionarse con sus iguales y a participar en la comunidad como condiciones de su progresiva autonomía.

YOLANDA PÉREZ

EL ACOGIMIENTO FAMILIAR: DESARROLLO DEL PROGRAMA Y COLABORACION CON ENTIDADES CONCERTADAS

1. INTRODUCCION

El acogimiento familiar como tal se desarrolla a partir de la ley 21/87, existiendo anteriormente la figura del confiamento familiar, medida que el Tribunal Tutelar de Menores (TTM) adoptaba en los casos en los que se quería producir una separación de la familia que no fuera definitiva como la adopción. La mayoría de los casos de confiamento se daban en las familias extensas de los menores.

Al producirse en 1978 el traspaso de competencias, llegaron a la Diputación Foral de Gipuzkoa 114 menores confiados a familias, de los cuales 15 estaban en 6 familias ajenas, y los 99 restantes en familias extensas (fundamentalmente abuelos y tíos).

2. PANORAMA ACTUAL DEL ACOGIMIENTO FAMILIAR EN GIPUZKOA

Desde al año 1988 en que se produce el citado traspaso de competencias, además de la dotación presupuestaria, la principal medida de impulso al Acogimiento Familiar ha consistido en la dotación de personal; en un primer momento a través de personal propio, ya que ac-

tualmente nos dedicamos al área de Acogimiento y Adopción tres técnicos de la Diputación Foral (psicólogo, trabajador social y técnico medio de infancia), y en una segunda fase a través de la concertación de servicios con entidades especializadas. En el momento actual están concertadas dos actividades concretas: la captación-selección de familias acogedoras y el seguimiento de las familias acogedoras.

Así mismo, como paso importante para el desarrollo del Acogimiento Familiar, se ha producido una regulación interna del área y existe una normativa que permite homogeneizar el tratamiento de los casos y la distribución de los recursos existentes.

A fecha 30 de noviembre de 1996, la estadística de los acogimientos familiares (excluidos los acogimientos familiares pre-adoptivos de recién nacidos) es la siguiente: existen 126 acogimientos familiares, (111 son con asunción de tutela). De éstos, 31 son con consentimiento de los padres (administrativos), 63 son sin consentimiento de los padres (judiciales), y 32 son situaciones heredadas del TTM (confiamento familiar).

— De los 126 acogimientos, 59 son en familia ajena (de los cuales 2 son confia-

mientos del TTM), y 67 son en familia extensa (de los cuales 30 son confianzamientos del TTM).

- Los 126 menores acogidos lo están en 87 familias diferentes, (41 familias extensas y 46 ajenas).
- De las 87 familias, 28 tienen acogimientos administrativos y 59 son acogimientos judiciales (entre los cuales se incluyen los 16 del TTM).

3. FASES DEL PROGRAMA DE ACOGIMIENTO Y ENTIDADES COLABORADORAS

3.1. Captación de familias. Programa de formación-selección

En estos últimos años, la política de protección de menores y atención a la infancia se ha desarrollado también en el sentido de darle más protagonismo a las instituciones y organismos sociales. Así, es en 1995 cuando se firma un convenio de colaboración en el que la CRUZ ROJA se ocupa de la captación y selección de familias acogedoras, asignando un psicólogo a esta tarea, responsabilizándose de difundir el acogimiento y de seleccionar las familias solicitantes de acogimiento familiar.

Los requisitos básicos que se exigen para ser aceptados como familia de acogida son:

- pleno consenso familiar,
- no desear una adopción,
- obligatoriedad de asistencia a todas las sesiones de formación (16 horas, divididas en cuatro sesiones),
- y la aceptación del seguimiento y supervisión por parte del personal asignado a cada caso.

A partir de la experiencia acumulada y ante la complejidad del acogimiento, se vio que era básico e imprescindible el poder realizar un proceso de formación para los futuros acogedores. Se escogió a tal fin el «Programa para la Formación de Familias Acogedoras» realizado por la Junta de Castilla y León y el Ministerio de Asuntos Sociales. En Gipuzkoa, el programa de formación se estructura en cuatro sesiones de 4 horas, impartidas por dos técnicos (uno de la Diputación Foral y otro de la Cruz Roja). En el curso se abordan los aspectos más relevantes del acogimiento, teniendo en cuenta todos los implicados

(familia de acogida, familia biológica, menor y técnicos).

Se trabajan diferentes aspectos que tienen íntima relación con las emociones, las expectativas y vivencias de todos los implicados en el acogimiento y se pretende proporcionar a los participantes las habilidades necesarias para hacer frente de manera adecuada a las diferentes fases del acogimiento.

Los objetivos del curso son los siguientes:

- invitarles a considerar si quieren asumir el reto de hacerse responsables temporalmente del hijo de otro.
- pedirles que aprecien las diferentes formas de vida familiar y respeten las distintas necesidades así como las experiencias de cada uno.
- ayudarles a prepararse para ser más receptivos a los diferentes tipos de situaciones, sentimientos y reacciones que puedan tener los menores y sus familias naturales.
- desarrollar mayor autoconciencia, tanto para confirmar su deseo como para clarificar que quizás éste no sea su momento como familia acogedora.
- permitirles comprender los principios de la correcta atención a los menores.
- ayudarles a sentir que son parte del equipo y pueden contar con éste con seguridad y confianza.
- permitirles que se fijen en otros candidatos para ofrecerles apoyo y comprensión en momentos de inseguridad.

Acabadas las 16 horas de formación, se realiza una visita domiciliaria a la familia, y se aclaran las dudas que puedan existir tanto por parte de la familia como por parte de los técnicos. En los casos en que por parte de los técnicos se aprecian motivos suficientes para desestimar su solicitud, se les comunica directamente en esta ocasión y se da por finalizada la actuación con esta familia.

3.2. Designación de las familias y acopiamiento menor-familia

Una vez que se ha realizado la selección de las familias, se decide qué familia es la más idónea para cada uno de los menores que tienen orientación de Acogimiento Familiar.

Seguidamente, se cita a la familia y se informa a sus miembros sobre el menor a ellos asignado. En ese momento la familia (en la que se incluye a los hijos con edad suficiente para opinar, y en todo caso a los mayores de 6 años) aporta sus reflexiones y se decide en conjunto la viabilidad del acogimiento que les proponemos. Simultáneamente, se le informa al menor sobre la familia acogedora, sea directamente, sea a través de los educadores del piso donde reside, y éste expresa su opinión.

Contando con el consentimiento de ambas partes, se realiza la propuesta de constitución del acogimiento familiar, sea administrativo o judicial, y se inician los contactos entre ambas partes, siendo el acoplamiento gradual y siguiendo fundamentalmente el ritmo del menor.

El acogimiento se inicia cuando el menor, la familia acogedora, y el Servicio de Infancia consideran que ha llegado el momento oportuno y que las dos partes están preparados para iniciar esta nueva experiencia. La práctica diaria nos ha demostrado que la vinculación se produce más rápidamente cuanto más baja es la edad del menor.

3.3. Seguimiento del acogimiento familiar

— Trabajo con la familia acogedora y el menor

La experiencia acumulada nos confirma que el seguimiento es una parte fundamental en el desarrollo del acogimiento familiar, y pieza clave para el buen funcionamiento del mismo.

Por ello, la Diputación Foral ha concertado un servicio específico para el seguimiento de familias acogedoras. Este servicio se concertó en noviembre de 1995, y su desarrollo y funcionamiento se describe en otro artículo de este mismo número («Programa de Apoyo y Seguimiento al Acogimiento Familiar en Gipuzkoa»).

— Trabajo con la familia natural

Como se ha descrito frecuentemente, el acogimiento cobra su verdadero significado cuando es una medida realmente temporal, y para ello es imprescindible llevar a cabo un trabajo de recuperación con la familia natural.

El pronóstico positivo o negativo que hayamos realizado en relación a dicha

recuperación determina el tipo de acogimiento que vamos a realizar, y qué recursos vamos a poner a disposición de la familia.

La Diputación Foral de Gipuzkoa facilita todos los medios disponibles (fundamentalmente el programa especializado de intervención familiar, y el programa de intervención ante abusos sexuales, ambos descritos en este mismo número) en los casos en los que al existir un pronóstico positivo se prevé una recuperación de la familia natural en un periodo máximo de 24 meses.

En los casos en los que el pronóstico de recuperabilidad de la familia es negativo, la Sección de Infancia ya no proporciona más recursos a la familia, y se deriva ésta hacia los servicios municipales y/o hacia otros servicios públicos o privados especializados en la problemática concreta de la familia (salud mental, drogadicciones, alcoholismo, etc.). No obstante, se sigue atendiendo a la familia en todas aquellas cuestiones relacionadas con el tema del acogimiento familiar, y se mantiene un contacto con la/s entidad/es que están interviniendo.

En los casos de acogimientos pre-adoptivos, se interviene con la familia sólo en las cuestiones referentes al acogimiento y con el fin de explicarles la medida propuesta y sus consecuencias.

-Colaboración familia acogedora-familia natural durante el acogimiento familiar

La experiencia nos muestra que cuanto mayor colaboración exista entre todas las partes implicadas en el acogimiento —familia natural, familia acogedora, entidad competente y menor—, mayores serán las posibilidades de éxito de dicho acogimiento. Por eso, hoy en día una de las condiciones que se pone a las futuras familias acogedoras es la disponibilidad para conocer a la familia natural, siendo la negativa a ello un motivo de exclusión como familia acogedora.

3.4. Finalización del acogimiento

La forma de finalizar el acogimiento familiar se puede definir en función de una variable principal: si es previsto o imprevisto.

— Acogimientos con finales previstos

La mayoría de casos de acogimientos familiares previstos corresponden a aquellos casos en los que los padres han participado con éxito en algún tipo de tratamiento rehabilitador, sea proporcionado por esta Diputación, sea realizado por otra entidad pública o privada.

— Acogimientos con finales no previstos

Son aquellos acogimientos que acaban en su mayoría por motivos que tienen que ver con la falta de entendimiento mutuo entre el menor y la familia, sea porque el acogimiento no ha correspondido a las expectativas del menor o de la familia, sea por cambios en el ciclo vital de cualquiera de las partes. Una casuística que se nos ha presentado frecuentemente es el cese no previsto de acogimientos familiares de menores al llegar éstos a la adolescencia.

En todo caso, y sea cual sea el tipo de finalización que tenemos, los elementos que se trabajan son básicamente los mismos:

— Trabajo con la familia acogedora

Con la familia acogedora se trabaja el proceso de duelo por la pérdida de uno de sus miembros, el posible sentimiento de fracaso, y qué tipo de relaciones van a mantener en un futuro.

La despedida entre la familia y el menor incluye no sólo a ellos, si no todo el marco de relaciones que ambos tienen. Por ello será importante decidir qué explicaciones dará la familia y cómo se organizarán las despedidas en el colegio, con los amigos, en las diferentes actividades que el menor haya realizado, grupos de tiempo libre, etc.

Muchas veces, el que una familia acogedora sea "recuperable" como tal para otro menor (o incluso para el mismo) depende del tipo de finalización que se pueda hacer con la familia acogedora, y de lo «bien cerrado» que quede el acogimiento familiar.

— Trabajo con la familia natural

La familia natural requiere una atención especial, ya que si la finalización del acogimiento se debe a una vuelta con la familia de origen, hay que ayudarles a re-incorporar al hijo/a a su dinámica familiar, dinámica que el menor dejó por una serie de motivos que

le perjudicaban y que posiblemente no ha olvidado. Además, la llegada de cualquier miembro nuevo a una familia es un momento siempre delicado, ya que hay que volver a «reestructurar» toda la dinámica familiar en función de la llegada del nuevo miembro, quien además va a llegar con una serie de demandas, necesidades, hábitos, y expectativas que pueden tener más en común con la familia ex-acogedora que con su familia de origen.

— Trabajo con el menor

El menor que sale de una familia acogedora vive siempre la salida con los sentimientos propios del que abandona una relación que ha sido importante para él, aunque hayan existido momentos de tensión o no haya correspondido a las expectativas que tenía. Entre estos sentimientos se hallan los de tristeza, dolor, negación y rabia por abandonar a la familia acogedora y los de alegría, expectación, esperanza y miedo por conocer y vivir el futuro que muchas veces se presenta como incierto.

Siempre es importante para el niño/a mantener la relación con la familia ex-acogedora. Por ello uno de los temas que se trabaja siempre en una salida es qué tipo de contactos quieren mantener en el futuro.

En los casos en los que el menor no vuelve a su familia de origen, y el acogimiento cesa por problemas de convivencia y/o expectativas, se trabaja para facilitar que el niño/a pueda ir a otro acogimiento y pueda entender el por qué del cese del actual, evitando sobre todo el sentimiento de culpabilidad y fracaso. Actualmente, la alternativa que proponemos a los menores es un acogimiento residencial, sin excluir un futuro acogimiento familiar.

4. ALGUNAS CONCLUSIONES

Añadiremos a modo de conclusiones las aportaciones basadas en nuestra experiencia, que coinciden con algunas de las expuestas por profesionales de otros ámbitos geográficos. Destacamos las siguientes:

— Es muy importante seleccionar adecuadamente a las familias acogedoras, sobre todo para detectar aquellas motivaciones, circunstancias personales o modos de funcionamiento que pueden hacer peligrar el acogimiento. Hemos

comprobado que las motivaciones basadas en el «reto» personal o familiar para «dar una oportunidad» a un menor no suelen ser exitosas. Así mismo, la realización de un programa de formación-selección tal como el que estamos empleando actualmente parece augurar unos buenos resultados en la selección de familias.

- La disposición del niño/a en relación al acogimiento, su comprensión y aceptación de la medida y la edad de inicio del acogimiento son factores que predisponen a la buena adaptación. En este sentido la preparación previa del acogimiento es muy importante, así como que los menores cuenten con el «permiso» verbal explícito de la familia natural.
- Los acogimientos de niños muy pequeños (iniciados antes del año de edad) provocan que se vinculen más fuertemente con la familia acogedora que con la natural, por lo que a partir de un tiempo se vuelve casi imposible la vuelta con la familia natural.
- La disposición de la familia acogedora para empatizar y aceptar a la familia natural (aun en casos de acogimientos judiciales) son pieza clave para el buen fin del acogimiento. También valoramos como factor de éxito que las familias sean capaces de vivir el día a día sin preocuparse excesivamente del futuro, aunque existe una tipología de familias acogedoras que necesitan plazos concretos, que se puedan renovar,

de forma que siempre tengan una «meta» fija.

- La aceptación del acogimiento por parte de la familia natural requiere un trabajo previo de explicación de la medida adoptada (ya que suelen confundirla con la adopción) y por otra parte de información sobre las condiciones que deben reunir para recuperar la tutela de sus hijos. Igualmente, y aun en casos de oposición, el hecho de ser consultados sobre las decisiones a tomar con sus hijos y el participar en la toma de decisiones facilita la colaboración y el buen funcionamiento del acogimiento.
- La capacidad de la entidad para empatizar y ayudar a la familia natural según su propia forma de funcionamiento y no en función de esquemas preestablecidos es también un factor de éxito.
- En relación a las familias acogedoras la entidad debe transmitirles por un lado la información necesaria sobre el menor acogido, y por otro lado el sentimiento de que la información que poseen es la suficiente y que no necesitan conocer hasta el último detalle de lo sucedido para poder ayudar al niño/a. Así mismo, es importante transmitirles el reconocimiento de la labor que realizan y que la institución aprecia sus esfuerzos para ayudar a un niño/a, objetivo último del acogimiento familiar.

JOSUNE ALKIZA
MARÍA PÉREZ NEBREA
XABIER URMENETA

RESEÑAS Y COMENTARIOS

AIPAMEN ETA IRAZKINAK

G. WISTOW y otr.

«*Social care in a mixed economy*» Open University Press, Buckingham, 1994, 166 pags.

D. BUSTCHI Y S. CATTACHIN

«*Le modele suisse de bien-être*», Realités sociales, 1994, 292 pags.

La política social que se realiza en los países de nuestro entorno se sustenta, cada vez más, en la construcción de una economía mixta de bienestar, en la que intervención pública, iniciativa privada y atención informal se articulan para dar un mejor servicio a los ciudadanos. De acuerdo con el nuevo esquema, los Servicios Sociales públicos ceden una parte importante de sus competencias —básicamente la prestación directa de servicios— al sector privado, mientras se reserva para sí las funciones de planificación y control de la atención social.

Concebido como una herramienta capaz de mejorar la prestación de los servicios, contener el gasto y reducir el protagonismo de lo público, este nuevo modelo de intervención implica un cambio en la concepción de la labor de los Servicios Sociales y un mayor protagonismo de la sociedad civil en la definición y la gestión de la política social. Implica, además, una reformulación del papel y la responsabilidad del Estado en la producción de bienestar social, justo cuando el modelo del Estado de Bienestar está siendo cuestionado.

En el marco de esta reforma, el objetivo de desarrollar la oferta privada se expresa básicamente en términos de beneficios para los consumidores: una mayor capacidad de opción, vías innovadoras y más flexibles para resolver las necesidades individuales, mejor uso del presupuesto público como consecuencia de la competencia entre proveedores, así como un mejor servicio gracias a una mejor definición de los servicios en los contratos, especificaciones de resultados requeridos, etc. Con todo, las bases fundamentales del nuevo modelo de gestión son dos: separación lo más radicalmente posible de las funciones de compra y de venta de servicios, y prioridad sobre cualquier otra fórmula a la atención comunitaria.

1. Razones para el cambio

En su libro «*Social care in a mixed economy*» G. Wistow analiza la reforma británica, quizá el caso más paradigmático, y explica las razones que, a su juicio, han provocado la

transición de un esquema de servicios público a otro basado en el mercado. Para el autor, el cambio responde, por una parte, a una estrategia global de reforma de la administración, fruto de la crítica neoliberal a las burocracias públicas y que coincide en esencia con las preocupaciones thatcherianas de defensa del libre mercado, responsabilidad personal, reducción del Estado, etc.

Pero no es ésa la única fuente ideológica de la reforma. El cambio responde también a una corriente de pensamiento alternativa a la anterior, en la que se destaca la necesidad de apoyar los recursos de los individuos y de la comunidad, y que basa el papel de la autoridad local no tanto en la prestación directa de servicios como en la articulación de una amplia gama de recursos comunitarios. Por último, el libro blanco «Caring for people» (1989), en el que se basa buena parte de la reforma británica, está influenciado por la teoría de la normalización de Wolfensberger y por los movimientos orientados a fomentar la participación de las personas con discapacidad en la sociedad.

Se desarrollan así, concluye Wistow, tres concepciones fundamentalmente distintas del papel de la intervención social basadas en el desarrollo personal, el desarrollo comunitario y el desarrollo del mercado. Sin embargo, la publicación del informe Griffiths (1988), otro de los textos en los que se apoya la reforma, marca el inicio de un deslizamiento hacia el tercer modelo, poco compatible con los valores establecidos del trabajo social y mucho más consistente con la promoción de los mecanismos de mercado dentro del sector público.

Así, el énfasis pasa de la idea de movilizar recursos comunitarios e informales a la del desarrollo de un mercado de bienestar en el que el sector privado es un componente de primer orden. En consecuencia, el desarrollo y la gestión de ese mercado de bienestar, que rompe con la tradición anterior, se convierte en la principal tarea de los servicios sociales, una tarea para la que no están preparados y que se corresponde poco con los valores tradicionales del trabajo social. A partir de ahora, sus funciones básicas se caracterizarán por la separación entre quienes planifican y prestan los servicios (provider/purchaser split), el desarrollo de la atención comunitaria, el fomento de la prestación de servicios por parte de empresas privadas y organismos independientes, y la regulación de las agencias prestadoras de servicios a través de convenios y especificaciones de servicios.

Para Wistow, ninguna de las nuevas funciones asignadas a los servicios sociales es capaz de conseguir, necesariamente, los resultados que de la economía mixta de bienestar se esperan: competitividad, elección de los usuarios, optimización del gasto y modos de vida más satisfactorios para usuarios y cuidadores. Lo que sí puede ocurrir, apunta, es el cambio de un monopolio basado en los servicios públicos a otro monopolio basado en un consorcio semipúblico o en una agencia independiente.

En cualquier caso, la gestión de este nuevo modelo implica el desarrollo de una serie de labores de planificación, contratación y evaluación que hasta ahora no habían sido desarrolladas en profundidad por los Servicios Sociales. Entre ellas, Wistow destaca la necesidad de:

- a) determinar las necesidades y los recursos con los que se cuenta en su zona de competencia para poder planificar sus gastos y cumplir con las necesidades de sus clientes.
- b) especificar en los estándares de calidad y criterios de homologación para garantizar la prestación de servicios de calidad por parte de las entidades privadas.
- c) establecer procedimientos para la oferta de servicios, así como fórmulas de contratos y convenios, que deben contemplar los resultados buscados, las poblaciones a las que se dirigen los servicios, procedimientos de queja o de revisión de decisiones, y procedimientos de inspección y renovación/finalización de contratos, etc.
- d) establecer mecanismos de inspección de esos programas, de forma que exista un control sobre el destino de los fondos públicos y sobre la idoneidad de los servicios prestados.

Efectivamente, la garantía de lo público exige el establecimiento de unos adecuados sistemas de acreditación, inspección y evaluación, así como los correspondientes procedimientos de participación de los usuarios. Para la mayoría de los estudiosos de la política social, la clave de que la economía mixta de bienestar constituya un afianzamiento

del Estado de Bienestar, y no una regresión hacia una participación pública residual, estriba en buena medida en cómo se resuelva la cuestión de la acreditación, de la evaluación y de la participación del usuario. Si no se acierta en la implantación de estas medidas, el procedimiento que se establezca constituirá un coste añadido más en burocracia inútil y la economía mixta fallará en su misma base al dejar de existir la garantía de la responsabilidad pública en la oferta privada de servicios.

2. Un nuevo modelo de intervención estatal

Estas reformas de la atención comunitaria y los servicios sociales responden a un cambio más amplio en el modelo de intervención social pública que coincide con la crisis del Estado del Bienestar. En este nuevo modelo mixto, el Estado pierde su papel preponderante y otorga una función crucial a los agentes sociales intermediarios implicados en la producción de la solidaridad.

En su libro «Le modele suisse de bien-être», Bustchi y Cattachin analizan el trabajo realizado en los cantones suizos por el Estado y los diferentes agentes sociales en dos ámbitos diferentes —la lucha contra el alcoholismo y la transmisión del SIDA— para establecer las pautas de actuación del nuevo modelo de intervención social. A diferencia de Wistow, los autores ponen el énfasis no tanto en los mecanismos mercantiles que se crean, sino en el papel de dinamizador o «incitador» que el Estado asume.

Tras una primera fase liberal basada en el concepto de subsidiariedad (hasta los años 50) en la que el Estado juega un papel residual y el bienestar se deja en manos de las instituciones tradicionales (familia, iglesia, etc.), el modelo mixto surge como reacción al Estado providencia en el que el Estado organiza el bienestar a través de sus estructuras y los agentes sociales pierden su autonomía y pasan a jugar, en el mejor de los casos, un papel complementario.

Así, el creciente intervencionismo del Estado es puesto en cuestión a partir de mediados de los años 70, cuando la crisis económica suscita el debate acerca de los límites del Estado providencia. Para sobrellevar esta crisis —que es sobre todo una crisis de confianza entre el Estado y la sociedad— el Estado reactiva el concepto de subsidiariedad, un principio que permitió al Estado liberal legitimar la tradición del «*laissez faire*», y que permite ahora legitimar la estrategia de desregulación neoconservadora.

Pero lo que a nivel político se manifiesta como una voluntad de desreglamentación y se inscribe en una estrategia de estado mínimo, a nivel administrativo se transforma en una voluntad de incitación a fin de desarrollar, de forma socialmente aceptable, los objetivos en materia de política social. Aunque el Estado transfiere algunas de sus tareas —ya sean de coordinación o más específicas— a los actores privados, es la Administración quien define los criterios y las reglas de funcionamiento de las redes de servicios y deja después a los otros actores autoorganizarse dentro los límites definidos por esas reglas. Incluso si el Estado parece retirarse de los campos señalados guarda, un poco a su pesar, un papel primordial de organización de los servicios. Se da así con una solución que permite sobrellevar los bloqueos financieros reduciendo en parte los gastos de personal, responder a la complejidad de la sociedad moderna de una forma diferenciada y reducir el cuestionado protagonismo de lo público.

Esta cooperación que asegura una determinada estabilidad a las organizaciones privadas toma la forma de contratos y convenios de contraprestación de servicios, en los que subvenciones económicas y legitimidad estatal se intercambian contra la aceptación de reglas y estándares. Así, la integración los actores privados en las políticas públicas se traduce en la aceptación y reproducción por esos agentes de las normas y criterios establecidos por el Estado¹.

Del análisis de la realidad suiza, los autores extraen las diferentes formas a través de las cuales el Estado puede desarrollar su nuevo papel «incitador»: la regulación activa, la

¹ De la aceptación, también en nuestro país, de este modelo de intervención da prueba la nueva Ley 5/1996 de Servicios Sociales del Gobierno Vasco que, al tiempo que subraya la responsabilidad de los poderes públicos en la prestación de los servicios sociales, fomenta la labor del voluntariado social y las entidades sin ánimo de lucro, y regula la intervención de la iniciativa privada a través de convenios de colaboración y contratos-programa.

delegación, el estímulo a la creación de organizaciones privadas, las subvenciones selectivas, la prestación de ayudas técnicas y materiales, la coordinación informal o, si la red social falla, el regreso a la subsidiariedad tradicional.

Por lo que a los agentes sociales respecta, su posición puede oscilar entre la *asimilación* a una lógica burocrática o mercantil; la *exclusión* de este proceso por no poder coordinarse con el estado o el mercado y que desemboca en formas de contracultura; o la *cooperación* con el Estado, que favorece la estabilidad —por lo menos a medio plazo— de los agentes intermediarios.

MONIQUE KREMER

«*Gendered interpretations of citizenship. Tensions between rights & duties, work & care in the British, Danish and Dutch welfare state*». Documento presentado en la conferencia «Sociedades europeas: fusión o fisión» celebrado en 1995 en Budapest.

Si el seguro de desempleo y el resto de las pensiones contributivas se derivan básicamente del trabajo asalariado, y las contraprestaciones por el cobro de las rentas mínimas de inserción están cada vez más supeditadas a la obligación de trabajar, ¿de qué manera pueden las personas —especialmente las mujeres— que no trabajan acceder a los derechos que como ciudadanos/as les corresponden? Monique Kremer plantea en este artículo los efectos de una interpretación de la ciudadanía que, al basarse en la obligación de trabajar, afecta de forma muy especial a las mujeres, tradicionalmente relegadas al cuidado familiar y a un mercado laboral precario.

Para poner fin a esta interpretación sexista de la ciudadanía es preciso, según la autora del artículo, una reestructuración del Estado del Bienestar y una redefinición del propio concepto de ciudadanía, que reconozca al ciudadano/cuidador la misma legitimidad y los mismos derechos que al ciudadano/trabajador. Así, el concepto de ciudadanía que Kremer propone se basa en una combinación de varias actividades simultáneas en la que el empleo remunerado y la prestación de cuidados no pagados puedan compaginarse.

Sin embargo, el concepto de ciudadanía está pasando de centrarse en los derechos que garantiza a hacerlo en los deberes que impone, y muy especialmente en la obligación de ocupar un puesto de trabajo. Como consecuencia de esta identificación entre ciudadanía y trabajo asalariado, la mujer no alcanza a consolidar su condición de ciudadana y los derechos que de ella dimanar. Y ello debido a tres factores interrelacionados: un reparto de funciones que carga todo el peso del cuidado familiar en las mujeres; un mercado de trabajo que no favorece el desarrollo de las responsabilidades familiares y que discrimina en función del sexo, condenando a las mujeres a puestos de trabajo precarios mientras deja para los hombres el trabajo asalariado «de calidad»; y un Estado del Bienestar que perpetúa las diferencias entre géneros al condicionar los derechos de los ciudadanos a la realización de un trabajo asalariado. No trabajar supone no tener acceso a las prestaciones económicas más significativas que procura el Estado del Bienestar o acceder a ellas sólo a través del cónyuge.

En efecto, la actual configuración del Estado del Bienestar condena a las mujeres que no tienen un puesto de trabajo a la dependencia respecto de sus maridos o a unas prestaciones económicas escasas y estigmatizadas. Así, las ayudas de asistencia social —generalmente insuficientes, ligadas a situaciones de pobreza severa y sujetas a estrictas condiciones de concesión— están asociadas a un espectro mayoritariamente femenino. Por el contrario, las prestaciones contributivas derivadas de la participación laboral —más generosas y de carácter más respetable— se identifican con el mundo masculino. Incluso para las mujeres que trabajan —generalmente en puestos peor pagados, en condiciones irregulares y con trayectorias profesionales a menudo interrumpidas— el acceso a este tipo de derechos es, por esas mismas razones, más difícil.

1. Un nuevo concepto de ciudadanía

Kremer plantea dos posibles rutas para superar esta situación. La primera de ellas es la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, que terminaría con su dependencia económica respecto de los hombres y ofrecería mayores posibilidades de influencia en la esfera pública.

La experiencia escandinava, no obstante, evidencia los riesgos de esta vía: pese a sus altos niveles de incorporación laboral, la responsabilidad familiar continúa recayendo en las mujeres, que han de integrarse además en un mercado laboral configurado a la medida de los hombres (condiciones de trabajo, horarios, valores, etc.) y en el que, por lo general, ocupa una posición secundaria. Al incidir en la incorporación de la mujer a este mercado de trabajo sin descargarle de sus responsabilidades, lo que se hace es consolidar la doble jornada laboral —como trabajadora y como cuidadora— de la mujer, que en muy contadas ocasiones cuenta con la ayuda de su cónyuge para la realización de las

tareas del hogar. El apoyo del Estado —guarderías, servicios de apoyo, etc.— para la conciliación de ambas tareas es también insuficiente.

Una segunda posibilidad de igualar los derechos de hombres y mujeres se basa en la inclusión de las labores de atención familiar dentro del concepto de ciudadanía. Ello condenaría a las mujeres, no obstante, a permanecer indefinidamente en la esfera de lo privado sin capacidad de decisión y supeditadas a una ciudadanía todavía parcial.

La ciudadanía completa de las mujeres sólo puede llegar, asegura Kramer, a través de una redefinición del concepto de ciudadanía que asuma y haga compatibles las dos posibilidades a las que hemos hecho referencia. De una parte, una configuración del Estado del Bienestar que reconozca el valor de la atención informal —ya sea a través de la familia o de otras redes de apoyo social— de forma que la del ciudadano/cuidador sea una opción viable. De otra, un mercado laboral abierto a cualquier ciudadano y que ofrezca a todos los trabajadores la posibilidad de desarrollar una carrera sin descuidar sus otras responsabilidades. Ambas rutas de acceso a la ciudadanía deben ser igualmente asequibles y eficaces, de forma que las mujeres puedan optar libremente por una u otra en función de sus apetencias y necesidades en las diferentes etapas de su vida.

Esta redefinición de la ciudadanía implica el cuestionamiento de la centralidad del trabajo asalariado en nuestras vidas, determinadas hasta ahora por empleos rígidos e inflexibles y, al mismo tiempo, trasciende la vieja polarización entre trabajo asalariado y atención informal. El ciudadano —hombre o mujer— ha de poder hacer compatibles a lo largo de su vida el derecho al trabajo y a una carrera profesional con el derecho a cuidar de su familia o a participar en otras redes de apoyo social, sin que ello suponga una merma en su independencia o en su acceso a las prestaciones sociales.

Esta nueva dimensión de la ciudadanía implica tanto potenciar los servicios que descargan a las mujeres de sus responsabilidades familiares (guarderías, centros de día, servicios de apoyo, etc.), como integrar la atención informal en el esquema de la Seguridad Social, de manera que la asunción teórica del derecho al cuidado familiar se traduzca en dispositivos legales concretos. Así, la autora propone la extensión del derecho a la baja por maternidad al derecho a atender a todos aquellos familiares que necesiten cuidados, como ancianos, personas con discapacidades y enfermos. Kremer plantea además la necesidad de que ese derecho incluya tanto los permisos temporales para situaciones especiales, como el tiempo necesario para compatibilizar a lo largo de la jornada habitual empleo y obligaciones familiares.

Deberes y derechos en Holanda, Dinamarca y Gran Bretaña

El estudio realizado por la autora acerca de los deberes y los derechos que del concepto de ciudadanía se derivan en Holanda, Dinamarca y Gran Bretaña demuestra, no obstante, que ése no es el camino elegido por los modelos sociales que estos países representan. En la práctica, la protección social inherente a la condición de ciudadano se ve en los tres países cada vez más restringida a la participación en el mercado de trabajo.

2.1. Los derechos

Históricamente, el esquema de protección social británico se ha basado más en las prestaciones de asistencia social (Social Assistance) que en el seguro de desempleo (Unemployment Benefit). Del mismo modo, sólo el 35 % de los desempleados holandeses cobraban en 1990 el subsidio de desempleo. Además, debido a las estrictas normas de concesión basadas en patrones laborales masculinos, las mujeres británicas se encuentran con impedimentos añadidos a la hora de acceder a las prestaciones por desempleo.

¹ Kremer critica en ese sentido la clasificación de estados de bienestar liberales, corporativos y socialdemócratas de Esping-Andersen al considerar que, al no tener en cuenta el papel de la mujer a la hora de procurar y recibir bienestar, no se corresponden con las diferentes realidades sociales. La autora se muestra más partidaria de diferenciar los estados basados en un esquema de *seguridad social*, que atiende preferentemente a quienes están asegurados debido a su trabajo, y los basados en un esquema de *servicios*, en el que el Estado asume algunas de las funciones que las mujeres realizaban.

Así, tanto en Holanda como en Gran Bretaña, las mujeres que pierden su fuente de ingresos se encuentran en la práctica condenadas a las estigmatizadas y escasas ayudas de asistencia social que, en el caso británico, son de las más bajas de Europa y, según la autora, insuficientes para proteger a los ciudadanos contra la pobreza. Por el contrario, la extensión de la protección contra el desempleo en Dinamarca la convierte en una herramienta indispensable para garantizar el acceso de las mujeres danesas a su condición de ciudadanas.

Respecto a los dispositivos para garantizar el tiempo suficiente para la atención familiar, en Gran Bretaña el concepto de ciudadanía no incluye el derecho a permisos por maternidad. A diferencia de Holanda y Dinamarca, si se contempla en cambio, a través de la Invalid Care Allowance (ICA), la posibilidad de recibir un ingreso por cuidar de familiares en determinadas condiciones de enfermedad o discapacidad. Aunque parcial y muy limitada, pues sólo un 15 % de los cuidadores británicos (un 80 % de los cuales son mujeres) reciben este ingreso, la construcción del ciudadano/cuidador se ha iniciado en Gran Bretaña.

2.2. Los deberes

Junto a los derechos a las prestaciones económicas y al tiempo para la atención familiar, la autora analiza también la obligación de trabajar imperante en cada uno de estos países. Y lo hace desde dos perspectivas: la dimensión extensiva de la obligación de trabajar (es decir, quién ha de estar disponible para el trabajo y quién no) y la intensiva (es decir, con qué intensidad se presiona a quienes se considera tienen el deber de trabajar). Ambas han sido reforzadas en los tres países en los últimos años.

Respecto a la primera dimensión, Kremer señala que en Dinamarca todos los perceptores del seguro de desempleo o de asistencia social deben estar en disposición de trabajar, ya sean madres solteras o cuidadores informales. En Gran Bretaña, por el contrario, la obligación de trabajar no afecta a madres solteras con hijos menores de 16 años ni a los perceptores del ICA. En Holanda, por último, la ley ha sido modificada de forma que la obligación de trabajar ha sido intensificada.

Quizá como contrapartida a la tímida creación del ciudadano/cuidador, la presión para que quienes no pertenecen a esta categoría trabajen es muy intensa en Gran Bretaña. Los perceptores de la Asistencia Social han de estar disponibles para trabajar en un plazo de 24 horas y tienen muy escasas posibilidades de rechazar un empleo que no se ajuste a sus expectativas o a su cualificación. Por el contrario, la obligación de trabajar en Dinamarca está supeditada a la capacidad del Estado para ofrecer un trabajo adecuado a la persona. En cualquier caso, la concepción danesa de la obligación de trabajar parte del papel central del empleo, en el que las responsabilidades familiares solo pueden jugar un papel temporal.

Tradicionalmente, la responsabilidad del cuidado de los hijos ha recaído de forma casi exclusiva sobre la mujer. La ideología predominante respecto a la maternidad ha presu-puesto que el niño requiere de constantes cuidados por parte de la madre y que ésta tiene la responsabilidad natural de ocuparse de sus hijos durante los primeros años de vida. Así, cuidar de la prole se convierte para la mujer en una obligación exclusiva, en un acto instintivo de amor que exige un grado de autosacrificio para el que, supuestamente, se encuentra más preparada que el hombre.

La incorporación de la mujer al mercado de trabajo, con el consiguiente cambio en la realización de las tareas familiares y la aparición de nuevas figuras —profesionales o voluntarias— sustitutas de la madre en el cuidado de los hijos, ha modificado el panorama tradicional y ha quebrado, en parte, la ideología dominante. Jan Windebank parte de esta realidad para analizar sistemáticamente el modo en que diferentes modelos de protección social han contribuido a cuestionar la ideología de la maternidad como consecuencia de la creación de servicios de atención infantil que favorecen el desarrollo profesional de la madre y otorgan a las cuidadoras un estatus económico y social apropiado.

El artículo presenta las diferentes soluciones aplicadas al cuidado de los niños y constata que cada una de ellas conllevan un tipo diferente de relación entre la madre, el cuidador y el hijo. Así, Windebank distingue cuatro modelos diferentes: el cuidado individual no remunerado que ejercen amigos, vecinos y familiares; el cuidado colectivo remunerado que se lleva a cabo en guarderías y centros de infancia, tanto privados como públicos; el cuidado colectivo gratuito, sustentado por organizaciones voluntarias; y, finalmente, el cuidado individual remunerado, realizado por cuidadoras y niñeras.

Partiendo de estas premisas, Windebank procede a analizar la situación de tres países europeos: Francia, Reino Unido y Suecia. En los tres encuentra una serie de características comunes: la más importante de ellas es que, a pesar de los cambios de los últimos años, el cuidado de los niños no ha abandonado el ámbito femenino, pues las madres trabajadoras optan por relegar en otras mujeres el rol materno. En consecuencia, las mujeres como colectivo continúan siendo el mayor proveedor de cuidados infantiles, ya sea en el sector público o en el privado, de forma remunerada o voluntaria. Lo que la entrada de las mujeres en el mercado laboral ha traído consigo ha sido una redistribución de las responsabilidades en el cuidado infantil entre las propias mujeres, sin socavar el principio según el cual el cuidado infantil y el sexo están estrechamente relacionados.

Esta es la razón por la que, tal y como reflejan diversos estudios, la participación de los padres en la crianza de los hijos no ha aumentado en la misma proporción en que la mujer se ha incorporado al mercado laboral. En ese sentido, Windebank recuerda que, si bien se aprecia un cambio en la práctica de la maternidad, no puede decirse lo mismo respecto del concepto de paternidad, pues existe, de hecho, un rechazo generalizado por parte de los hombres hacia la adquisición de responsabilidades en la crianza, particularmente en la esfera de lo familiar y lo privado.

1. Tres modelos diferentes

Descrito como el «Estado en que el hombre es un débil sostén de la familia», Suecia ha evolucionado hasta un modelo que considera a la mujer como un ciudadano trabajador con los mismos derechos y obligaciones que el hombre, si bien favorece el ejercicio de la maternidad mediante permisos laborales y derecho a trabajos a tiempo parcial. Posee uno de los más altos niveles de participación de la mujer y madre en el mercado laboral, propiciado por una importante red de guarderías y canguros oficialmente registrados cuyos costes están subvencionados por el Estado en un 85%. Estos cuidadores, empleados del Estado, son, en su mayoría, mujeres que cuidan también a sus propios hijos. El uso de este modelo de cuidado está muy influenciado por la clase social: cuanto más acomodada es ésta, mayor es el uso que se hace del cuidado colectivo ajeno a la propia familia.

Francia, por su parte, presenta porcentajes más bajos de mujeres y madres empleadas que Suecia, aunque el porcentaje de mujeres con contratos de jornada completa sea similar. Aunque el derecho de padres y madres a adaptar sus empleos a las necesidades del cuidado de los hijos está menos desarrollado en el país galo, sí pueden acceder a ciertos beneficios: derecho a permiso de maternidad/paternidad hasta los tres años (aunque únicamente se asegura la reincorporación al mismo puesto en el caso de tener dos niños o más); posibilidad de optar a la jornada parcial en el caso de los funcionarios del sector público; o acceso gratuito a los centros infantiles públicos desde los tres hasta los seis años. Nuevamente, este sector está copado por las trabajadoras femeninas, y, al igual que en el país escandinavo, la clase social condiciona el tipo de cuidado destinado al niño, de modo que aquellas personas de más bajo nivel económico recurren más al cuidado informal y familiar que al colectivo y de pago.

En el caso del Reino Unido, la incorporación de la mujer al mercado laboral viene acompañada de unas medidas mínimas de permiso de maternidad y de ayudas al cuidado infantil. Si bien no existen fórmulas oficiales para el permiso de maternidad, para el cambio de horario o para los permisos por enfermedad del hijo, la propia estructura del mercado del trabajo británico posibilita la existencia de gran número de empleos a media jornada que resultan más adecuados para aquellas madres con hijos en edad escolar. El Estado sólo ofrece ayudas para la crianza en el caso de las familias más necesitadas, aunque son estas mismas familias, tal y como sucede en Francia y Suecia, las que más recurren al cuidado familiar. En el Reino Unido, el cuidado de los hijos es un asunto personal y no del Estado, lo que significa que la relación entre la madre trabajadora y la canguro se mantiene también en la esfera de lo privado.

2. Cuidados individuales y colectivos

Una vez analizados los diferentes modelos, Windebank se plantea cual de ellos puede ser más eficaz a la hora de modificar la ideología tradicional de la maternidad, de liberar a la madre del peso de ser la responsable única de que su hijo reciba la atención emocional y educativa necesaria, y de favorecer el desarrollo personal y profesional de la madre. A su juicio, el modelo que más profundamente cuestiona el antiguo concepto de maternidad es el del cuidado colectivo, bien sea éste público o privado. Por el contrario, el modelo de cuidado que menos modifica dicha ideología es el cuidado gratuito proporcionado por mujeres cercanas a la madre, más presente en Francia y el Reino Unido, que se englobaría claramente en el concepto de crianza entendida como acto de amor y como extensión de la responsabilidad femenina respecto al cuidado de los niños.

Windebank reconoce que el cuidado individual posibilita una atención más personalizada del niño y una relación más directa entre la madre y la cuidadora, lo que otorga a aquélla mayor confianza en los servicios de ésta. Permite además dar respuesta a las necesidades variables de una familia: cuanto más rígido sea el horario laboral de la madre, más buscará ella un alto grado de flexibilidad en los servicios de la cuidadora. Esta flexibilidad puede ser más fácilmente asumida en el marco del cuidado individual. En la práctica, se da por supuesto que un cuidador informal no dejará al niño en la calle si los padres no han pasado a recogerlo a la hora pactada, al igual que se da por hecho que una abuela cuidará del niño cuando está enfermo. La guardería, en cambio, no lo admitirá en el centro.

Por otro lado, Windebank destaca la delicada situación que puede originarse en este tipo de cuidado individual, pues se produce para la canguro una situación de ambigüedad, tanto por su carácter como por la percepción social de su trabajo. En ese sentido, señala que a menudo surgen fuertes lazos entre la cuidadora y el niño, sentimientos que llevan a ésta a ofrecer un servicio mejor que el correspondiente a su remuneración.

En cualquier caso, el cuidado individual, sea remunerado o no, suele recaer en mujeres, a menudo en posiciones poco ventajosas, que no pueden o no quieren incorporarse a un empleo que entre en conflicto con sus responsabilidades maternas, o que ya en su día sacrificaron su posible entrada en el mercado de trabajo a las necesidades de sus propias familias. Este modelo de cuidado es fundamental en los tres países analizados, de lo que se deduce que las mujeres que desean dedicarse plenamente a sus empleos y liberarse del rol de la maternidad, deben acudir inevitablemente a otro grupo de mujeres que sí están fuertemente influenciadas por el tradicional concepto de madre.

Windebank afirma que, si bien la política social tiene poder para modificar aquellos aspectos de la maternidad que entorpecen el desarrollo profesional de la mujer, en ninguno de los sistemas descritos se ha hecho más que redistribuir el rol materno entre otras mujeres, sin tener en cuenta, según los casos, los derechos de las cuidadoras o las necesidades de las madres. La clave sigue estando en si el Estado, en base a las prestaciones ofrecidas, puede superar la contradicción de que lo que es liberador para las madres no lo sea para las cuidadoras y viceversa.

En esa línea, propone una colectivización masiva de la atención infantil: aunque, previsiblemente, continuaría ligando el cuidado de los niños al sexo del cuidador, este nuevo concepto de maternidad supondría, al menos, un mayor grado de reconocimiento social pues, por lo general, los cuidadores colectivos gozan de mayores derechos y están socialmente mejor considerados que las canguros y cuidadoras individuales.

A pesar de sus ventajas, el autor reconoce sin embargo que no se trata de una solución sencilla: por un lado, las prestaciones sociales se han recortado durante los últimos años y, por otro, la amplitud de esta colectivización sería tal que requeriría un cambio radical en la concepción social de los cuidados infantiles como función propia del núcleo familiar. Sin olvidar, apunta, que se trataría de un cambio no deseado por gran parte de las madres. Así las cosas, Windebank concluye señalando que la única solución reside en la aplicación de políticas sociales que favorezcan la conciliación entre los deberes familiares y las ocupaciones laborales de los dos miembros de la pareja. Para lo cual es necesario, termina, un cambio en el papel de los hombres y un mayor grado de implicación de éstos en el bienestar de sus propios hijos.

ARAUDIA

albisteak

NORMATIVA

información

Publicación	Fecha	Disposición	Organismos
<i>NORMATIVA ESTATAL</i>			
BOE19960928	19960801	<i>RESOLUCION DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES, POR LA QUE SE ESTABLECEN, A TENOR DE LO PRECEPTUADO EN LA ORDEN DE 7 DE JULIO DE 1989, DEL ENTONCES MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, LOS PRECIOS PLAZA-DIA EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE TERCERA EDAD Y MINUSVALIDOS CON LOS QUE SE REALIZAN CONCIERTOS DE RESERVA Y OCUPACION DE PLAZAS.</i>	Mº DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961009	19960919	<i>RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL CONVENIO DE COLABORACION ENTRE EL INSTITUTO DE LA JUVENTUD Y LA JUNTA DE ANDALUCIA, PARA LA PUESTA EN MARCHA DE UNA BOLSA DE VIVIENDA JOVEN EN ALQUILER.</i>	Mº DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961011	19960924	<i>RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL CONVENIO DE COLABORACION ENTRE EL INSTITUTO DE LA JUVENTUD Y LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE UNA BOLSA DE VIVIENDA JOVEN EN ALQUILER.</i>	Mº DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961011	19960925	<i>RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD DEL PROTOCOLO AL CONVENIO DE COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO Y LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS DE FECHA 23 DE MAYO DE 1995, SOBRE UN PROGRAMA DENOMINADO "BOLSA DE VIVIENDA JOVEN EN ALQUILER".</i>	Mº DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961011	19960926	<i>ORDEN POR LA QUE SE REGULAN LAS BECAS Y AYUDAS AL ESTUDIO PARA EL CURSO 1996-97, PARA LOS ALUMNOS AFECTADOS POR EL SINDROME TOXICO.</i>	Mº DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961022	19961002	<i>RESOLUCIONES POR LAS QUE SE DA PUBLICIDAD A LOS CONVENIOS DE COLABORACION ENTRE EL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES Y LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE CASTILLA Y LEON Y DE EXTREMADURA, PARA LA CODIFICACION Y GRABACION DE EXPEDIENTES DE VALORACION DE LAS SITUACIONES DE MINUSVALIA.</i>	Mº DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961021	19961003	<i>RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD DEL PROTOCOLO AL CONVENIO DE COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO Y LA GENERALIDAD DE CATALUÑA, DE FECHA 18 DE OCTUBRE DE 1995 (RESOLUCION DE 22 DE NOVIEMBRE DE 1995), SOBRE UN PROGRAMA DENOMINADO "BOLSA DE VIVIENDA JOVEN EN ALQUILER".</i>	Mº DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961018	19961008	<i>RESOLUCION POR LA QUE SE DISPONE LA PUBLICACION DE LAS FIESTAS LABORALES PARA EL AÑO 1997.</i>	Mº DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961012	19961011	<i>REAL DECRETO 2219/1996 POR EL QUE SE MODIFICAN LAS NORMAS DE ORDENACION DE LA CRUZ ROJA ESPAÑOLA.</i>	Mº DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961112	19961015	<i>RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL CONVENIO DE COLABORACION ENTRE LA INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES Y EL INSTITUTO ANDALUZ DE SERVICIOS SOCIALES, PARA CODIFICACION Y GRABACION DE LOS EXPEDIENTES DE VALORACION DE SITUACIONES DE MINUSVALIA.</i>	Mº DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES

BOE19961112	19961017	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE DA PUBLICIDAD A LOS PROTOCOLOS ADICIONALES A LOS CONVENIOS DE COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO Y LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE ARAGON Y CASTILLA-LA MANCHA, PARA LA COFINANCIACION DE PROYECTOS DE INTERVENCION SOCIAL INTEGRAL PARA LA ATENCION, PREVENCION DE MARGINACION E INSERCIÓN DEL PUEBLO GITANO.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961112	19961017	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL CONVENIO DE COOPERACION ENTRE EL MINISTERIO Y LA DIPUTACION FORAL DE NAVARRA SOBRE EL SISTEMA DE INFORMACION DE USUARIOS DE SERVICIOS SOCIALES (SIUSS).	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961112	19961017	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL CONVENIO DE COLABORACION ENTRE EL INSTITUTO DE LA MUJER Y EL INSTITUTO NAVARRO DE LA MUJER SOBRE COOPERACION EN PROGRAMAS Y ACTUACIONES DIRIGIDOS ESPECIFICAMENTE A MUJERES.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961112	19961021	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE DA PUBLICIDAD A LOS CONVENIOS DE COLABORACION ENTRE EL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES Y LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE MADRID, ANDALUCIA Y EXTREMADURA, PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LA CESION DE USO Y DISFRUTE DE LA APLICACION INFORMATICA "ESTRELLA" E INTERCAMBIO DE METODOLOGIA, ENCAMINADA A MEJORAR LOS SERVICIOS DE ORIENTACION PROFESIONAL, DIRIGIDOS AL COLECTIVO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961112	19961021	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE DA PUBLICIDAD A LOS PROTOCOLOS ADICIONALES A LOS CONVENIOS ENTRE EL MINISTERIO Y LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE GALICIA, ANDALUCIA Y LA COMUNIDAD VALENCIANA, PARA LA COFINANCIACION DE PROYECTOS DE INTERVENCION SOCIAL INTEGRAL PARA LA ATENCION, PREVENCION DE LA MARGINACION E INSERCIÓN DEL PUEBLO GITANO.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961119	19961022	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL PROTOCOLO ADICIONAL, REFERIDO A 1996, COMO ANEXO AL CONVENIO SOBRE PRORROGA AL CONVENIO-PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE PRESTACIONES BASICAS DE SERVICIOS SOCIALES DE CORPORACIONES LOCALES, SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES Y LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961120	19961022	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL PROTOCOLO ADICIONAL, PARA 1996, AL CONVENIO DE COOPERACION SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES Y LA GENERALIDAD DE CATALUÑA, PARA LA FINANCIACION DEL "PROGRAMA DE DESARROLLO DE PRESTACIONES BASICAS DE SERVICIOS SOCIALES DE CORPORACIONES LOCALES", PRORROGADO POR CONVENIO DE 11 DE DICIEMBRE DE 1990	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961107	19961028	ORDEN DEL INSTITUTO DE LA MUJER, POR LA QUE SE CONVOCAN AYUDAS AL EMPLEO "EMPRENDER EN FEMENINO" PARA FOMENTAR LA INSERCIÓN LABORAL POR CUENTA PROPIA DE LAS MUJERES EN REGIONES OBJETIVO 1 Y FUERA DE OBJETIVO 1.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961119	19961028	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL PROTOCOLO ADICIONAL, PARA 1996, AL CONVENIO SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES Y LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS, PARA LA FINANCIACION DE PROYECTOS DE INTERVENCION SOCIAL INTEGRAL PARA LA ATENCION, PREVENCION DE LA MARGINACION E INSERCIÓN DEL PUEBLO GITANO.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961118	19961029	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE DA PUBLICIDAD A LAS ADDENDAS PARA 1996 A LOS CONVENIOS DE COLABORACION ENTRE EL INSTITUTO DE LA MUJER Y LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE EXTREMADURA Y DE NAVARRA, PARA LLEVAR A CABO CONJUNTAMENTE PROGRAMAS Y ACTUACIONES DIRIGIDAS A MUJERES.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961119	19961029	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE DA PUBLICIDAD A LAS ADDENDAS PARA 1996 A LOS CONVENIOS DE COLABORACION SUSCRITOS ENTRE EL INSTITUTO DE LA MUJER Y, RESPECTIVAMENTE, EL INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER, LA COMUNIDAD DE LA REGION DE MURCIA Y EL INSTITUTO VASCO DE LA MUJER, PARA LLEVAR A CABO CONJUNTAMENTE PROGRAMAS Y ACTUACIONES DIRIGIDAS A MUJERES.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES

BOE19961127	19961104	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE DA PUBLICIDAD A LOS CONVENIOS DE COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA COMUNIDADES AUTONOMAS DE ANDALUCIA, ARAGON, BALEARES, EXTREMADURA, GALICIA Y REGION DE MURCIA, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN LA PREVENCION DEL SIDA ESPECIFICAMENTE DIRIGIDO A LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS EN USUARIOS DE DROGAS POR VIA PARENTERAL.	M° DE SANIDAD Y CONSUMO
BOE19961202	19961105	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL CONVENIO ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA COMUNIDAD AUTONOMA DE CASTILLA Y LEON PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN PREVENCION DEL SIDA ESPECIFICAMENTE DIRIGIDAS A LA IMPLANTACION DE PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS EN USUARIOS DE DROGAS POR VIA PARENTERAL	M° DE SANIDAD Y CONSUMO
BOE19961122	19961106	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL PROTOCOLO ADICIONAL, PARA 1996, AL CONVENIO SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES Y LA COMUNIDAD AUTONOMA DE MADRID, PARA EL DESARROLLO DE PRESTACIONES BASICAS DE SERVICIOS SOCIALES DE CORPORACIONES LOCALES	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961122	19961106	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL PROTOCOLO ADICIONAL, PARA 1996, AL CONVENIO SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES Y LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LA RIOJA, PARA LA COFINANCIACION DE PROYECTOS DE INTERVENCION SOCIAL INTEGRAL PARA LA ATENCION, PREVENCION DE LA MARGINACION E INSERCIÓN DEL PUEBLO GITANO.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961128	19961111	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL CONVENIO ENTRE EL MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES Y LA COMUNIDAD AUTONOMA DE MADRID PARA LA REALIZACION DE PROGRAMAS DE PLAN GERONTOLOGICO.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961210	19961115	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD A LA ADDENDA 1996 AL CONVENIO ENTRE EL INSTITUTO DE LA MUJER Y EL INSTITUTO NAVARRO DE LA MUJER, PARA LLEVAR A CABO PROGRAMAS Y ACTUACIONES DIRIGIDOS A LAS MUJERES.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961209	19961118	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL CONVENIO DE COLABORACION ENTRE EL INSTITUTO DE LA JUVENTUD Y LA DIPUTACION REGIONAL DE CANTABRIA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE UNA BOLSA DE VIVIENDA JOVEN EN ALQUILER	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961209	19961118	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL PROTOCOLO ADICIONAL, PARA 1996, AL CONVENIO SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES Y LA COMUNIDAD AUTONOMA DE CASTILLA Y LEON PARA LA COFINANCIACION DE PROYECTOS DE INTERVENCION SOCIAL INTEGRAL PARA LA ATENCION, PREVENCION DE LA MARGINACION E INSERCIÓN DEL PUEBLO GITANO	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961210	19961118	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL PROTOCOLO ADICIONAL, PARA 1996, AL CONVENIO SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES Y LA COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA, PARA LA COFINANCIACION DE PROYECTOS DE INTERVENCION SOCIAL INTEGRAL PARA LA ATENCION, PREVENCION DE LA MARGINACION E INSERCIÓN DEL PUEBLO GITANO.	M° DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
BOE19961123	19961118	ORDEN POR LA QUE SE MODIFICA LA DE 19 DE JULIO DE 1993, POR LA QUE SE CREA LA COMISION DE AYUDAS SOCIALES A AFECTADOS DEL VIH, COMO CONSECUENCIA DE ACTUACIONES REALIZADAS EN EL SISTEMA SANITARIO PUBLICO, A QUE SE REFIERE EL ARTICULO 6 DEL REAL DECRETO-LEY 9/1993, DE 28 DE MAYO.	M° DE SANIDAD Y CONSUMO
BOE19961210	19961121	RESOLUCION DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES, POR LA QUE SE CONVOCA LA CONCESION DE PLAZAS PARA PENSIONISTAS QUE DESEEN PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE TERCERISMO SOCIAL Y SE DETERMINA EL PROCEDIMIENTO PARA SU SOLICITUD, TRAMITACION Y CONCESION.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961123	19961122	ORDEN POR LA QUE SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA LA EMISION DE LOS DICTAMENES MEDICOS A EFECTOS DE RECONOCIMIENTO DE DETERMINADAS PRESTACIONES DE CLASES PASIVAS.	M° DE LA PRESIDENCIA

BOE19961211	19961125	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE DA PUBLICIDAD A LOS CONVENIOS DE COLABORACION ENTRE EL INSERSO Y, RESPECTIVAMENTE, LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE MURCIA Y DE MADRID, PARA LA CODIFICACION Y GRABACION DE LOS EXPEDIENTES DE VALORACION Y CALIFICACION DE SITUACIONES DE MINUSVALIA.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961216	19961127	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE DA PUBLICIDAD A LOS CONVENIOS ENTRE EL MINISTERIO Y, RESPECTIVAMENTE, LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE CANARIAS, CATALUÑA Y COMUNIDAD VALENCIANA, PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS RELACIONADOS CON EL PROGRAMA DE CREACION DE PLAZAS RESIDENCIALES DEL PLAN GERONTOLOGICO	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961225	19961127	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE DA PUBLICIDAD A LOS CONVENIOS ENTRE EL MINISTERIO Y, RESPECTIVAMENTE, LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE ANDALUCIA Y CASTILLA-LA MANCHA, PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS RELACIONADOS CON EL PROGRAMA DE CREACION DE PLAZAS RESIDENCIALES DEL PLAN GERONTOLOGICO.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961217	19961127	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL CONVENIO ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LA COMUNIDAD DE MADRID PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN LA PREVENCION DEL SIDA ESPECIFICAMENTE DIRIGIDAS A LA IMPLANTACION DE PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS EN USUARIOS DE DROGAS POR VIA PARENTERAL.	M° DE SANIDAD Y CONSUMO
BOE19961226	19961202	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL PROTOCOLO ADICIONAL, PARA 1996, AL CONVENIO ENTRE EL MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES Y LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LAS ISLAS BALEARES, PARA LA COFINANCIACION DE PROYECTOS DE INTERVENCION SOCIAL INTEGRAL PARA LA ATENCION, PREVENCION DE LA MARGINACION E INSERCIÓN DEL PUEBLO GITANO.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961226	19961203	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE DA PUBLICIDAD A LOS CONVENIOS ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE CANTABRIA Y DE LA RIOJA, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN LA PREVENCION DEL SIDA ESPECIFICAMENTE DIRIGIDAS A LA IMPLANTACION DE PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS EN USUARIOS DE DROGAS POR VIA PARENTERAL.	M° DE SANIDAD Y CONSUMO
BOE19961226	19961209	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL PROTOCOLO ADICIONAL, PARA 1996, COMO ANEXO AL CONVENIO SOBRE PRORROGA DEL CONVENIO-PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE PRESTACIONES BASICAS DE SERVICIOS SOCIALES DE CORPORACIONES LOCALES, SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES Y EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961231	19961209	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE DA PUBLICIDAD A LOS CONVENIOS DE COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO Y LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE CANARIAS, CASTILLA-LA MANCHA Y ASTURIAS, PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN LA PREVENCION DEL SIDA, ESPECIFICAMENTE DIRIGIDAS A LA IMPLANTACION DE PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS EN USUARIOS DE DROGAS POR VIA PARENTERAL	M° DE SANIDAD Y CONSUMO
BOE19961226	19961210	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE DA PUBLICIDAD A LOS CONVENIOS DE COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO Y, RESPECTIVAMENTE, LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE GALICIA Y ASTURIAS, PARA LA REALIZACION DE PROGRAMAS DEL PLAN GERONTOLOGICO.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19970110	19961219	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL CONVENIO DE COLABORACION ENTRE EL MINISTERIO Y LA CIUDAD DE MELILLA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN LA PREVENCION DEL SIDA ESPECIFICAMENTE DIRIGIDAS A LA IMPLANTACION DE PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS EN USUARIOS DE DROGAS POR VIA PARENTERAL	M° DE SANIDAD Y CONSUMO
BOE19970103	19961219	RESOLUCION POR LA QUE SE PROCEDE A LA PUBLICACION DEL CONVENIO DE COLABORACION ENTRE EL CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL, EL MINISTERIO DE JUSTICIA, LA COMUNIDAD DE MADRID Y EL AYUNTAMIENTO DE MADRID, PARA EL DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS EN LOS JUZGADOS DE GUARDIA DE MADRID	M° DE JUSTICIA
BOE19970110	19961220	REAL DECRETO 2614/1996 DE ESTRUCTURA ORGANICA Y FUNCIONES DEL INSTITUTO DE LA JUVENTUD	M° DE LA PRESIDENCIA

BOE19961228	19961227	REAL DECRETO 2656/1996 POR EL QUE SE FIJA EL SALARIO MINIMO INTERPROFESIONAL PARA 1997	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19970128	19961227	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE DA PUBLICIDAD A LOS PROTOCOLOS ADICIONALES, PARA 1996, COMO ANEXOS A LOS CONVENIOS SOBRE PRORROGAS A LOS CONVENIOS-PROGRAMAS PARA EL DESARROLLO DE PRESTACIONES BASICAS DE SERVICIOS SOCIALES DE CORPORACIONES LOCALES, SUSCRITOS ENTRE EL MINISTERIO Y, RESPECTIVAMENTE, LAS COMUNIDADES AUTONOMAS DE ANDALUCIA, CANARIAS Y CANTABRIA.	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19961231	19961230	LEY 12/1996 DE PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO PARA 1997	JEFATURA DEL ESTADO
BOE19961231	19961230	LEY 13/1996 DE MEDIDAS FISCALES, ADMINISTRATIVAS Y DEL ORDEN SOCIAL	JEFATURA DEL ESTADO
BOE19970111	19970110	REAL DECRETO 6/1997 SOBRE REVALORIZACION DE PENSIONES DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL PARA 1997	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19970131	19970117	REAL DECRETO 39/1997 POR EL QUE SE APRUEBA EL REGLAMENTO DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19970130	19970127	ORDEN POR LA QUE SE DESARROLLAN LAS NORMAS DE COTIZACION A LA SEGURIDAD SOCIAL, DESEMPLEO, FONDO DE GARANTIA SALARIAL Y FORMACION PROFESIONAL, CONTENIDAS EN LA LEY 12/1996, DE 30 DE DICIEMBRE, DE PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO PARA 1997	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
BOE19970201	19970131	REAL DECRETO 137/1997 POR EL QUE SE CREA EL COMITE ESPAÑOL PARA EL AÑO AUROPEO CONTRA EL RACISMO 1997	M° DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES

NORMATIVA AUTONOMICA

COMUNIDAD AUTONOMA DE ANDALUCIA

BOJA19961001	19960830	ORDEN POR LA QUE SE REGULA LA CONCERTACION DE PLAZAS CON CENTROS DE ATENCION ESPECIALIZADA PARA LOS SECTORES DE PERSONAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD.	CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES
BOJA19961005	19960903	DECRETO 429/1996 POR EL QUE SE CREA LA COMISION INTERDEPARTAMENTAL DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL.	CONSEJERIA DE TRABAJO E INDUSTRIA
BOJA19960921	19960905	RESOLUCION DEL INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER, POR LA QUE SE REGULAN DETERMINADAS PRESTACIONES ECONOMICAS PARA MUJERES EN SITUACION DE EMERGENCIA SOCIAL.	CONSEJERIA DE PRESIDENCIA
BOJA19960926	19960905	ORDEN POR LA QUE SE APRUEBA EL MODELO DE FICHA PARA LA JUSTIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 72/1992, DE 5 DE MAYO, DE LA CONSEJERIA DE PRESIDENCIA	CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES
BOJA19961031	19960924	ORDEN POR LA QUE SE CONVOCAN LOS IV PREMIOS ANDALUCES DE INVESTIGACION EN DROGODEPENDENCIAS.	CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES
BOJA19961102	19960924	RESOLUCION POR LA QUE SE APRUEBA MODELO DE IMPRESO ESPECIAL PARA LA GESTION Y LIQUIDACION DE PRECIOS PUBLICOS POR ESTANCIAS EN RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD DE VALIDOS, MIXTAS Y ASISTIDAS Y EN LOS CENTROS DE MINUSVALIDOS DEPENDIENTES DEL INSTITUTO ANDALUZ DE SERVICIOS SOCIALES.	CONSEJERIA DE ECONOMIA Y HACIENDA
BOJA19961017	19961001	DECRETO 453/1996 POR EL QUE SE CREA EL FORO DE LA INMIGRACION EN ANDALUCIA.	CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES
BOJA19961019	19961001	DECRETO 454/1996 SOBRE HABILITACION DE INSTITUCIONES COLABORADORAS DE INTEGRACION FAMILIAR Y ACREDITACION DE ENTIDADES COLABORADORAS DE ADOPCION INTERNACIONAL.	CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES
BOJA19961019	19961001	RESOLUCION DEL INSTITUTO ANDALUZ DE SERVICIOS SOCIALES, POR LA QUE SE APRUEBA EL MODELO TIPO DE CONVENIO DE COLABORACION Y LOS MODELOS TIPOS DE PLIEGOS DE CONDICIONES PARA LA CONCERTACION DE PLAZAS EN CENTROS DE ATENCION ESPECIALIZADA PARA EL SECTOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.	CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES

BOJA19961107	19961011	ORDEN POR LA QUE SE MODIFICAN ALGUNOS ARTICULOS DE LA DE 31 DE MAYO DE 1994, POR LA QUE SE REGULA LA COMISION DE PARTICIPACION SOBRE DROGODEPENDENCIAS EN ANDALUCIA.	CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES
BOJA19961116	19961016	ORDEN POR LA QUE SE MODIFICA LA 27 DE MARZO DE 1996, POR LA QUE SE ESTABLECEN NORMAS REGULADORAS DE LA CONCESION DE SUBVENCIONES DEL INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER PARA LAS ASOCIACIONES DE MUJERES.	CONSEJERIA DE LA PRESIDENCIA
BOJA19961102	19961017	ORDEN POR LA QUE SE MODIFICA PARCIALMENTE LA DE 30 DE AGOSTO DE 1996, POR LA QUE SE REGULA LA CONCERTACION DE PLAZAS CON CENTROS DE ATENCION ESPECIALIZADA PARA LOS SECTORES DE PERSONAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD.	CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES
BOJA19961107	19961018	RESOLUCION DEL INSTITUTO ANDALUZ DE SERVICIOS SOCIALES, POR LA QUE SE MODIFICA LA DE 1 DE OCTUBRE DE 1996, POR LA QUE SE APRUEBA EL MODELO TIPO DE CONVENIO DE COLABORACION Y LOS MODELOS TIPO DE PLIEGO DE CONDICIONES PARA LA CONCERTACION DE PLAZAS DE CENTROS DE ATENCION ESPECIALIZADA PARA EL SECTOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.	CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES
BOJA19961029	19961022	ORDEN POR LA QUE SE REGULA EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO COMO PRESTACION BASICA DE LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS.	CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES
BOJA19961116	19961024	RESOLUCION DEL INSTITUTO ANDALUZ DE SERVICIOS SOCIALES, POR LA QUE SE APRUEBA EL MODELO TIPO DE CONVENIOS DE COLABORACION, EL MODELO TIPO DE CONTRATO DE GESTION DE SERVICIO PUBLICO Y LOS MODELOS TIPO DE PLIEGOS DE CONDICIONES PARA LA CONCERTACION DE PLAZAS EN CENTROS DE ATENCION ESPECIALIZADA PARA EL SECTOR DE PERSONAS MAYORES.	CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES
BOJA19961116	19961031	ORDEN POR LA QUE SE REGULA LA BONIFICACION DEL CINCUENTA POR CIENTO DEL PRECIO DEL BILLETE EN VIAJES INTERURBANOS A PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS Y PENSIONISTAS Y SE ABRE EL PLAZO DE PRESENTACION DE SOLICITUDES DE LA TARJETA DE TRANSPORTE BONIFICADO PARA EL EJERCICIO DE 1996.	CONSEJERIA DE ASUNTOS SOCIALES
BOJA19961212	19961118	ORDEN POR LA QUE SE COMPLEMENTAN Y MODIFICAN LAS ORDENES SOBRE EVALUACION EN LAS ENSEÑANZAS DE REGIMEN GENERAL ESTABLECIDAS POR LA LEY ORGANICA 1/1990, DE 3 DE OCTUBRE, DE ORDENACION GENERAL DEL SISTEMA EDUCATIVO EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ANDALUCIA.	CONSEJERIA DE EDUCACION Y CIENCIA
BOJA19970109	19961219	ORDEN POR LA QUE SE DESARROLLA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ANDALUCIA Y SE ESTABLECE LA RELACION DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA	CONSEJERIA DE SANIDAD
COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON			
BOA19961021	19961007	DECRETO 182/1996 POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO ARAGONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	CONSEJERIA DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO
BOA19961127	19961113	ORDEN POR LA QUE SE REGULAN LAS COMPENSACIONES ECONOMICAS PARA ACOGIMIENTOS FAMILIARES	DPTO. DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO
BOA19961211	19961125	ORDEN POR LA QUE SE HACE PUBLICA LA CONVOCATORIA DE SUBVENCIONES EN MATERIA DE JUVENTUD PARA 1997.	DPTO. DE EDUCACION Y CULTURA
BOA19961223	19961211	RECOMENDACION FORMAL FORMULADA AL EXCMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACION GENERAL DE ARAGON, CON RELACION AL DECRETO 165/1992, DE 17 DE SEPTIEMBRE, POR EL QUE SE APRUEBA EL REGLAMENTO DE REGIMEN INTERIOR DE LOS CENTROS DE EDUCACION E INTERNAMIENTO POR MEDIDA JUDICIAL DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON.	JUSTICIA DE ARAGON

BOA19970113	19961213	RECOMENDACIONES FORMALES FORMULADAS AL EXCMO. SR. CONSEJERO DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO, CON RELACION A LA ORDEN DE 30 DE ENERO DE 1987, POR LA QUE SE APRUEBA EL REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LOS CLUBES, RESIDENCIAS DE ANCIANOS Y COMEDORES DEPENDIENTES DE LA DIPUTACION GENERAL DE ARAGON, Y A LA ORDEN DE 22 DE JUNIO DE 1987, POR LA QUE SE APRUEBAN LAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE REHABILITACION DE TOXICOMANOS "EL FRAGO"	EL JUSTICIA DE ARAGON
BOA19970108	19961223	DECRETO 222/1996 POR EL QUE SE REGULA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ARAGON	DPTO. DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO
COMUNIDAD AUTONOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS			
BOPA19960909	19960805	RESOLUCION POR LA QUE SE ORDENA LA PUBLICACION DEL CONVENIO DE COLABORACION SUSCRITO ENTRE LA CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES Y EL AYUNTAMIENTO DE AVILES PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE INTERVENCION COMUNITARIA EN DROGODEPENDENCIAS (PREVENCION Y REINSERCIÓN).	CONSEJERIA DE COOPERACION
BOPA19960911	19960805	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE ORDENA LA PUBLICACION DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE LA CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES Y LOS AYUNTAMIENTOS DE CASTRILLON Y DE MIERES PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE INTERVENCION COMUNITARIA EN DROGODEPENDENCIAS (PREVENCION Y REINSERCIÓN).	CONSEJERIA DE COOPERACION
BOPA19960914	19960821	RESOLUCION POR LA QUE SE CONVOCAN SUBVENCIONES A CORPORACIONES LOCALES PARA ELIMINACION DE BARRERAS ARQUITECTONICAS (INVERSION).	CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES
BOPA19960914	19960821	RESOLUCION POR LA QUE SE CONVOCAN SUBVENCIONES A INSTITUCIONES SIN FIN DE LUCRO PARA ELIMINACION DE BARRERAS ARQUITECTONICAS (INVERSION)	CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES
BOPA19961014	19960918	RESOLUCIONES POR LA QUE SE ORDENA LA PUBLICACION DE ADDENDA 1996 AL CONVENIO DE COLABORACION SUSCRITO ENTRE LA CONSEJERIA DE CULTURA Y EL AYUNTAMIENTO DE LANGREO Y LA MANCOMUNIDAD DEL ORIENTE DE ASTURIAS, RESPECTIVAMENTE, PARA EL MANTENIMIENTO DE CENTROS ASESORES DE LA MUJER.	CONSEJERIA DE COOPERACION
BOPA19961014	19960918	RESOLUCION POR LA QUE SE ORDENA LA PUBLICACION DEL CONVENIO DE COLABORACION SUSCRITO ENTRE LA CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES Y EL AYUNTAMIENTO DE GIJON PARA EL MANTENIMIENTO DE CENTROS OCUPACIONALES DE GIJON.	CONSEJERIA DE COOPERACION
BOPA19961014	19960918	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE ORDENA LA PUBLICACION DEL CONVENIO DE COLABORACION Y LA ADDENDA AL CONVENIO SUSCRITOS ENTRE LA CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES Y EL AYUNTAMIENTO DE GIJON, SOBRE PRORROGA DEL CONVENIO-PRORROGA SUSCRITO CON FECHA DE 14 DE FEBRERO DE 1989, PARA EL DESARROLLO DE PRESTACIONES BASICAS DE SERVICIOS SOCIALES.	CONSEJERIA DE COOPERACION
BOPA19961014	19960918	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE ORDENA LA PUBLICACION DE LAS ADDENDAS A LOS CONVENIOS ENTRE LA CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES Y EL AYUNTAMIENTO DE LENA Y LA MANCOMUNIDAD DE LAS CINCO VILLAS, RESPECTIVAMENTE, PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE INTERVENCION COMUNITARIA EN DROGODEPENDENCIAS.	CONSEJERIA DE COOPERACION
BOPA19961014	19960925	RESOLUCION POR LA QUE SE ORDENA LA PUBLICACION DE LA ADDENDA 1996 AL CONVENIO DE COLABORACION SUSCRITO ENTRE LA COMUNIDAD AUTONOMA Y EL AYUNTAMIENTO DE MIERES PARA EL MANTENIMIENTO DEL CENTRO ASESOR DE LA MUJER.	CONSEJERIA DE COOPERACION
BOPA19961014	19960925	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE ORDENA LA PUBLICACION DE LAS ADDENDAS A LOS CONVENIOS ENTRE LA CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES Y LOS AYUNTAMIENTOS DE AVILES, GIJON Y CASTRILLON Y LA MANCOMUNIDAD DEL VALLE DEL NALON, RESPECTIVAMENTE, PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE INTERVENCION COMUNITARIA DE DROGODEPENDENCIAS.	CONSEJERIA DE COOPERACION
BOPA19961022	19961002	RESOLUCION POR LA QUE SE APRUEBA LA CONVOCATORIA PUBLICA DE AYUDAS AL EMPLEO EN EL SECTOR PRIVADO Y SE ESTABLECEN LAS BASES DE SU CONCESION.	CONSEJERIA DE ECONOMIA

BOPA19961119	19961008	RESOLUCION POR LA QUE SE CONVOCAN SUBVENCIONES Y SE ESTABLECEN LAS BASES DE SU CONCESION A ENTIDADES LOCALES Y ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO DEL PRICIPADO DE ASTURIAS PARA LA PUESTA EN MARCHA Y PARTICIPACION EN PROYECTOS DE FOMENTO DEL EMPLEO	CONSEJERIA DE ECONOMÍA
BOPA19961029	19961010	RESOLUCION POR LA QUE SE CONVOCAN SUBVENCIONES PARA LA REALIZACION DE PROYECTOS DE EDUCACION PARA LA SALUD, EN CENTROS EDUCATIVOS PUBLICOS Y PRIVADOS CONCERTADOS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.	CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES
BOPA19961213	19961104	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE ORDENA LA PUBLICACION DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE LA CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES Y LOS AYUNTAMIENTOS DE LANGREO Y DE OVIEDO, SOBRE PRORROGAS DE LOS CONVENIOS-PROGRAMAS SUSCRITOS CON FECHA DE 14 DE FEBRERO DE 1989, PARA EL DESARROLLO DE PRESTACIONES BASICAS DE SERVICIOS SOCIALES Y ADDENDA A LOS MISMOS	CONSEJERIA DE COOPERACION
BOPA19961217	19961104	RESOLUCION POR LA QUE SE ORDENA LA PUBLICACION DE CONVENIO SUSCRITO ENTRE LA CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES Y EL AYUNTAMIENTO DE MIERES, SOBRE PRORROGA DE DEL CONVENIO-PROGRAMA SUSCRITO CON FECHA DE 14 DE FEBRERO DE 1989, PARA EL DESARROLLO DE PRESTACIONES BASICAS DE SERVICIOS SOCIALES Y ADDENDA AL MISMO.	CONSEJERIA DE COOPERACION
BOPA19961218	19961104	RESOLUCION POR LA QUE SE ORDENA LA PUBLICACION DEL CONVENIO SUSCRITO ENTRE LA CONSEJERIA DE SERVICIOS SOCIALES Y EL AYUNTAMIENTO DE AVILES, SOBRE PRORROGA DEL CONVENIO-PROGRAMA SUSCRITO CON FECHA DE 14 DE FEBRERO DE 1989, PARA EL DESARROLLO DE PRESTACIONES BASICAS DE SERVICIOS SOCIALES Y ADDENDA AL MISMO	CONSEJERIA DE COOPERACION
BOPA19961202	19961115	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE ORDENA LA PUBLICACION DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE LA CONSEJERIA DE CULTURA Y LOS AYUNTAMIENTOS DE LANGREO, DE GIJON, DE OVIEDO Y DE SIERO, EN MATERIA DE INFORMACION JUVENIL.	CONSEJERIA DE COOPERACION
BOPA19961203	19961115	RESOLUCIONES POR LAS QUE SE ORDENA LA PUBLICACION DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE LA CONSEJERIA DE CULTURA Y LOS AYUNTAMIENTOS DE VALDES, DE TINEO, DE SAN MARTIN DEL REY AURELIO Y DE SOMIEDO, EN MATERIA DE INFORMACION JUVENIL	CONSEJERIA DE COOPERACION
BOPA19961218	19961115	RESOLUCIONES POR LA QUE SE ORDENA LA PUBLICACION DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE LA CONSEJERIA DE CULTURA Y CUATRO MANCOMUNIDADES DE MUNICIPIOS O CONCEJOS, EN MATERIA DE INFORMACION JUVENIL.	CONSEJERIA DE COOPERACION
COMUNIDAD AUTONOMA DE LAS ISLAS BALEARES			
BOCA1B19960928	19960914	DECRETO 174/1996 REGULADOR DE LOS PROGRAMAS DE FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL DE LA CAIB	CONSEJERIA DE TRABAJO Y FORMACION
BOCAIB19960928	19960922	ORDEN DE CONVOCATORIA DE PRORROGA DE BECAS INDIVIDUALIZADAS Y PERIODICAS A MINUSVALIDOS FISICOS, PSIQUICOS Y SENSORIALES ATENDIDOS EN CENTROS ESPECIALIZADOS.	CONSEJERIA DE PRESIDENCIA
BOCAIB19961005	19960930	ORDEN DE CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA PARA ACCIONES FORMATIVAS CONTEMPLADAS EN EL ARTICULO 91 APARTADO A) DEL DECRETO 174/1996, DE 14 DE SEPTIEMBRE, REGULADOR DE LA FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL DE LA CAIB.	CONSEJERIA DE TRABAJO Y FORMACION
BOCAIB19961017	19961004	DECRETO 182/1996 DE CREACION, ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISION INTERDEPARTAMENTAL PARA LA ELABORACION DE POLITICAS DE JUVENTUD.	CONSEJERIA DE PRESIDENCIA
BOCAIB19961114	19961011	DECRETO 187/1996 REGULADOR DE LA HABILITACION Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR ENTIDADES COLABORADORAS DE MEDIACION FAMILIAR EN MATERIA DE ADOPCION INTERNACIONAL.	CONSEJERIA DE FUNCION PUBLICA E INTERIOR
BOCAIB19961121	19961025	DECRETO 192/1996 DE ORGANIZACION DEL SERVICIO BALEAR DE LA SALUD, Y DE CREACION DE LA EMPRESA PUBLICA GESTION SANITARIA DE MALLORCA.	CONSEJERIA DE SANIDAD Y CONSUMO

BOCAIB19961212	19961122	DECRETO 205/1996 POR EL QUE SE DISPONE LA SUPRESION DEL INSTITUTO BALEAR DE SERVICIOS A LA JUVENTUD	CONSEJERIA DE PRESIDENCIA
BOCAIB19961214	19961204	ORDEN POR LA QUE SE CONVOCAN SUBVENCIONES PARA 1996, Y SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA SU CONCESION EN MATERIA DE FOMENTO DEL EMPLEO Y AYUDAS PARA JUBILACION ANTICIPADA.	CONSEJERIA DE TRABAJO Y FORMACION
COMUNIDAD AUTONOMA DE CANARIAS			
BOC19960913	19960906	RESOLUCION POR LA QUE SE DICTAN INSTRUCCIONES SOBRE LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE GARANTIA SOCIAL, EN LA MODALIDAD ESPECIFICA DE FORMACION PARA LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA Y EN LA MODALIDAD DE INICIACION PROFESIONAL EN CENTROS DOCENTES DEPENDIENTES DE LA CONSEJERIA DE EDUCACION, CULTURA Y DEPORTES, O DE OTRAS INSTITUCIONES PUBLICAS Y PRIVADAS COLABORADORAS PARA EL CURSO 1996-97.	CONSEJERIA DE EDUCACION, CULTURA Y DEPORTES
BOC19960918	19960911	RESOLUCION POR LA QUE SE DICTAN INSTRUCCIONES DE FUNCIONAMIENTO PARA LOS EQUIPOS DE ORIENTACION EDUCATIVA Y PSICOPEDAGOGICOS DE ZONA Y ESPECIFICOS DURANTE EL CURSO 1996-97.	CONSEJERIA DE EDUCACION, CULTURA Y DEPORTES
BOC19960927	19960912	DECRETO 249/1996 POR EL QUE SE MODIFICA LA DISPOSICION TRANSITORIA PRIMERA DEL DECRETO 70/1996, DE 18 DE ABRIL, POR EL QUE SE REGULAN LAS MEDIDAS DE ACTUACION DIRIGIDAS A LA FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE CANARIAS.	CONSEJERIA DE EMPLEO Y ASUNTOS SOCIALES
BOC19961206	19961122	DECRETO 284/1996 POR EL QUE SE MODIFICA PUNTUALMENTE EL DECRETO 94/1995, DE 7 DE ABRIL, POR EL QUE SE REGULAN LAS AYUDAS A LOS EMIGRANTES CANARIOS EN EL EXTERIOR (BOC 19950426).	CONSEJERIA DE PRESIDENCIA Y RELACIONES INSTITUCIONALES
COMUNIDAD AUTONOMA DE CANTABRIA			
BOCA19960916	19960909	DECRETO 91/1996 POR EL QUE SE CREA LA COMISION INTERDEPARTAMENTAL DE JUVENTUD DE CANTABRIA.	CONSEJERIA DE EDUCACION Y JUVENTUD
BOCA19961002	19960924	LEY 3/1996 SOBRE ACCESIBILIDAD Y SUPRESION DE BARRERAS ARQUITECTONICAS, URBANISTICAS Y DE LA COMUNICACION.	PRESIDENCIA DE LA DIPUTACION REGIONAL DE CANTABRIA
BOCA19961112	19961105	DECRETO 113/1996 POR EL QUE SE REGULA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO REGIONAL DE ACCION SOCIAL DE CANTABRIA.	CONSEJERIA DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL
COMUNIDAD AUTONOMA DE CASTILLA-LA MANCHA			
DOCM19961018	19961015	DECRETO 127/1996 DE LA ACREDITACION Y EL REGISTRO CENTRAL DE ENTIDADES DE VOLUNTARIADO EN CASTILLA-LA MANCHA.	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961018	19961015	DECRETO 128/1996 DE COMPOSICION Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISION REGIONAL DEL VOLUNTARIADO.	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961018	19961015	DECRETO 129/1996 DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISION INTERDEPARTAMENTAL DEL VOLUNTARIADO.	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961031	19961022	DECRETO 131/1996 DEL REGIMEN JURIDICO Y DEL SISTEMA DE INGRESO EN LAS PLAZAS DE LOS CENTROS RESIDENCIALES DE MAYORES DE LA RED PUBLICA DE CASTILLA-LA MANCHA.	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961021	19961025	ORDEN DEL MODELO DE SOLICITUD PARA LA INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE ENTIDADES DE VOLUNTARIADO	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961108	19961104	ORDEN POR LA QUE SE CONVOCAN AYUDAS PARA EL DESARROLLO DE MODULOS DE FORMACION Y EMPLEO EN LAS ENTIDADES LOCALES DE CASTILLA-LA MANCHA.	CONSEJERIA DE INDUSTRIA Y TRABAJO

DOCM19961108	19961104	<i>ORDEN POR LA QUE SE CONVOCAN AYUDAS PARA EL DESARROLLO DE MODULOS DE FORMACION Y EMPLEO EN EMPRESAS, AGRUPACIONES DE EMPRESAS Y ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO DE CASTILLA-LA MANCHA</i>	CONSEJERIA DE INDUSTRIA Y TRABAJO
DOCM19961108	19961104	<i>ORDEN POR LA QUE SE CONVOCAN AYUDAS PARA EL EMPLEO Y EL DESARROLLO EN COLABORACION CON LAS ENTIDADES LOCALES DE CASTILLA-LA MANCHA.</i>	CONSEJERIA DE INDUSTRIA Y TRABAJO
DOCM19961205	19961128	<i>ORDEN POR LA QUE SE CONVOCA EL PROGRAMA TURISMO SOCIAL PARA EL AÑO 1997.</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961220	19961217	<i>DECRETO 143/1996 DE DESARROLLO DEL INGRESO MINIMO DE SOLIDARIDAD Y DE LAS AYUDAS DE EMERGENCIA SOCIAL</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961220	19961217	<i>DECRETO 144/1996 DE DESARROLLO DEL PROGRAMA DE APOYO PERSONAL Y ATENCION INDIVIDUALIZADA</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCIV19961227	19961219	<i>ORDEN POR LA QUE SE CONVOCAN AYUDAS DE GARANTIA DE CONTINUIDAD PARA JOVENES SOBRE LOS QUE SE HA EJERCIDO ALGUNA ACTUACION DE PROTECCION DE MENORES DE ACUERDO CON LA LEY 5/1995, DE 23 DE MARZO, DE SOLIDARIDAD EN CASTILLA-LA MANCHA, PARA 1997</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961227	19961219	<i>ORDEN DE CONVOCATORIA DE SUBVENCIONES A ENTIDADES PUBLICAS Y PRIVADAS PARA EL MANTENIMIENTO DE CENTROS Y SERVICIOS Y DESARROLLO DE PROGRAMAS DE ACTIVIDADES DESTINADAS A LA ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD, DE LA LEY DE SOLIDARIDAD EN CASTILLA-LA MANCHA PARA 1997</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCIVH 9961227	19961219	<i>ORDEN DE CONVOCATORIA DE SUBVENCIONES A ENTIDADES PUBLICAS Y PRIVADAS EN MATERIA DE INVERSIONES DE BIENSTAR SOCIAL PARA 1997</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM 19961227	19961219	<i>ORDEN DE CONVOCATORIA DE AYUDAS PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS DEL PROGRAMA DE INSERCIÓN, DURANTE 1997</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM 19961227	19961219	<i>ORDEN DE CONVOCATORIA DE AYUDAS PARA PROGRAMAS DE ACCION SOCIAL EN LAS ZONAS DEL PRAS, DURANTE 1997</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM 19961227	19961219	<i>ORDEN POR LA QUE SE ESTABLECEN LAS BASES DE CONVOCATORIA DE AYUDAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO, DURANTE 1997</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM 19961227	19961219	<i>ORDEN POR LA QUE SE REGULAN Y CONVOCAN SUBVENCIONES PARA LA FINANCIACION DE PROYECTOS Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR SOCIAL ENCAMINADAS A LA ATENCION DE COLECTIVOS EN SITUACION DE DESVENTAJA SOCIAL, A LA INTEGRACION DE LOS EMIGRANTE CASTELLANO-MANCHEGOS YA LA PROMOCION Y FOMENTO DEL VOLUNTARIADO EN CASTILLA-LA MANCHA</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961227	19961219	<i>ORDEN DE CONVOCATORIA DE AYUDAS DE ADECUACION DE LA VIVIENDA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA SOCIAL PARA 1997</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961227	19961219	<i>ORDEN DE CONVOCATORIA DE AYUDAS DE ATENCION ADECUADA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CASTILLA-LA MANCHA PARA 1997</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961227	19961219	<i>ORDEN DE CONVOCATORIA DE AYUDAS DE EMERGENCIA SOCIAL EN CASTILLA-LA MANCHA PARA 1997</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961227	19961219	<i>ORDEN POR LA QUE SE DESARROLLA EL DECRETO 143/1996, DE 17 DE DICIEMBRE, DE DESARROLLO DEL INGRESO MINIMO DE SOLIDARIDAD Y DE LAS AYUDAS DE EMERGENCIA SOCIAL, EN LO QUE SE REFIERE AL INGRESO MINIMO DE SOLIDARIDAD</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961227	19961219	<i>ORDEN POR LA QUE SE CONVOCAN AYUDAS PARA LA INTEGRACION DE MENORES EN CASTILLA-LA MANCHA PARA 1997</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961227	19961219	<i>ORDEN DE CONVOCATORIA DE AYUDAS DE ATENCION ADECUADA A PERSONAS MAYORES EN CASTILLA.LA MANCHA PARA 1997</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM 19961227	19961219	<i>ORDEN DE CONVOCATORIA DE AYUDAS PARA LA OBTENCION DEL DESCUENTO DEL 50% EN VIAJES INTERURBANOS PARA MAYORES DE 65 AÑOS Y JUBILADOS</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961227	19961219	<i>ORDEN DE CONVOCATORIA DE SUBVENCIONES A ENTIDADES PUBLICAS Y PRIVADAS PARA EL MANTENIMIENTO DE ASOCIACIONES, CENTROS Y SERVICIOS Y DESARROLLO DE PROGRAMAS DE ACTIVIDADES DESTINADOS A LA ATENCION DE PERSONAS MAYORES EN CASTILLA-LA MANCHA, PARA 1997</i>	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL

DOCM19961227	19961219	ORDEN DE CONVOCATORIA DE SUBVENCIONES A ENTIDADES PUBLICAS Y PRIVADAS PARA EL MANTENIMIENTO DE ASOCIACIONES, CENTROS Y SERVICIOS Y DESARROLLO DE PROGRAMAS DE ACTIVIDADES DESTINADOS A LA ATENCION DE LA INFANCIA Y LOS MENORES COMPRENDIDOS EN EL AMBITO DE APLICACION DE LA LEY DE SOLIDARIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA, PARA 1997	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOCM19961227	19961219	ORDEN DE CONVOCATORIA DE SUBVENCIONES A PERSONAS FISICAS Y JURIDICAS PUBLICAS O PRIVADAS PARA REALIZACION DE PROGRAMAS Y ACTIVIDADES EN MATERIA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
COMUNIDAD AUTONOMA DE CASTILLA Y LEON			
BOCYL19961010	19960912	ORDEN POR LA QUE SE MODIFICA LA ORDEN DE 29 DE FEBRERO DE 1996, POR LA QUE SE CONVOCAN SUBVENCIONES DIRIGIDAS AL FOMENTO EN EMPLEO DE CASTILLA Y LEON PARA EL EJERCICIO DE 1996.	CONSEJERIA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y TURISMO
BOCYL19961001	19960924	RESOLUCION POR LA QUE SE CONVOCAN SUBVENCIONES A ENTIDADES PRIVADAS SIN ANIMO DE LUCRO PARA LA ADQUISICION DE VEHICULOS DE TRANSPORTE COLECTIVO ADAPTADOS, DURANTE EL EJERCICIO DE 1996.	CONSEJERIA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL
BOCYL19961204	19961121	ORDEN POR LA QUE SE DESARROLLA LA ESTRUCTURA ORGANICA DE SUS SERVICIOS CENTRALES.	CONSEJERIA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL
BOCYL19961204	19961121	DECRETO 259/1996 POR EL QUE SE MODIFICA EL REGLAMENTO GENERAL DE LA GERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES DE CASTILLA Y LEON, APROBADO POR DECRETO 258/1995, DE 14 DE DICIEMBRE.	CONSEJERIA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL
BOCYL19961204	19961121	ORDEN POR LA QUE SE DESARROLLA LA ESTRUCTURA ORGANICA DE LOS SERVICIOS CENTRALES DE LA GERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES.	CONSEJERIA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL
BOCYL19961205	19961128	ORDEN SOBRE CONCESION DE SUBVENCIONES A ENTIDADES LOCALES DESTINADAS A FINANCIAR LA ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO DE SUS CENTROS Y PUNTOS DE INFORMACION JUVENIL.	CONSEJERIA DE EDUCACION Y CULTURA
BOCYL19961205	19961128	ORDEN POR LA QUE SE REGULA LA CONCESION DE SUBVENCIONES A ASOCIACIONES Y ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO DESTINADAS A FINANCIAR PROGRAMAS DE ACTIVIDADES DE SUS CENTROS Y PUNTOS DE INFORMACION JUVENIL	CONSEJERIA DE EDUCACION Y CULTURA
BOCYL19961205	19961128	ORDEN POR LA QUE SE REGULA LA CONCESION DE SUBVENCIONES A ASOCIACIONES Y ENTIDADES SIN ANIMO DE LUCRO DESTINADAS A FINANCIAR LA ADQUISICION DE EQUIPAMIENTO DE SUS CENTROS Y PUNTOS DE INFORMACION JUVENIL.	CONSEJERIA DE EDUCACION Y CULTURA
BOCYL19961205	19961128	ORDEN POR LA QUE SE CONVOCA CONCURSO PUBLICO PARA LA CONCESION DE SUBVENCIONES A LAS ASOCIACIONES JUVENILES, DESTINADAS A LA ADQUISICION DE INMUEBLES, EQUIPAMIENTO Y REALIZACION DE OBRAS DE INFRAESTRUCTURA.	CONSEJERIA DE EDUCACION Y CULTURA
BOCYL19961205	19961128	ORDEN POR LA QUE SE CONVOCA CONCURSO PUBLICO PARA LA CONCESION DE SUBVENCIONES A ASOCIACIONES JUVENILES DESTINADAS A LA REALIZACION DE DETERMINADOS PROGRAMAS DE ACTIVIDADES JUVENILES Y APOYO A SU GESTION.	CONSEJERIA DE EDUCACION Y CULTURA
BOCYL19961205	19961128	ORDEN POR LA QUE SE REGULA LA CONCESION DE SUBVENCIONES A ENTIDADES LOCALES DESTINADAS A FINANCIAR PROGRAMAS DE ACTIVIDADES DE SUS CENTROS Y PUNTOS DE INFORMACION JUVENIL.	CONSEJERIA DE EDUCACION Y CULTURA
BOCYL19961205	19961128	ORDEN POR LA QUE SE CONVOCA CONCURSO PUBLICO PARA LA CONCESION DE SUBVENCIONES A ENTIDADES LOCALES CON POBLACION SUPERIOR A 20.000 HABITANTES PARA LA REALIZACION DE ACTIVIDADES JUVENILES DURANTE 1997.	CONSEJERIA DE EDUCACION Y CULTURA
BOCYL19961213	19961212	DECRETO 277/1996 POR EL QUE SE MODIFICA EL DECRETO 156/1996, DE 13 DE JUNIO, POR EL QUE SE REGULAN SUBVENCIONES QUE TENGAN POR OBJETO EL FOMENTO DE LA FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL Y SE CREA EL REGISTRO DE ENTIDADES COLABORADORAS, Y SE ABRE UN PLAZO EXTRAORDINARIO PARA LA INSCRIPCION REGISTRAL	CONSEJERIA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y TURISMO

BOCYL19961219	19961218	RESOLUCION DE LA GERENCIA DE SERVICIOS SOCIALES, POR LA QUE SE CONVOCAN SUBVENCIONES A CORPORACIONES LOCALES Y ENTIDADES PRIVADAS SIN ANIMO DE LUCRO, COFINANCIADAS POR EL FONDO SOCIAL EUROPEO, PARA LA REALIZACION DE ACTIVIDADES DE FORMACION Y ORIENTACION PROFESIONAL EN EL AMBITO DE SERVICIOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE CASTILLA Y LEON PARA 1997.	CONSEJERIA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL
BOCYL19961220	19961218	ORDEN POR LA QUE SE ESTABLECEN LAS NORMAS REGULADORAS PARA LA CONCESION DE AYUDAS FINANCIERAS PARA APOYAR LA CONTRATACION DE NUEVOS EMPLEOS (LINEA DE AYUDAS N° 14).	CONSEJERIA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y TURISMO
BOCYL19961220	19961218	ORDEN POR LA QUE SE ESTABLECEN LAS NORMAS REGULADORAS PARA LA CONCESION DE AYUDAS FINANCIERAS A ENTIDADES LOCALES PARA LA CREACION DE EMPLEO DURANTE EL AÑO 1997 (LINEA DE AYUDA A° 13)	CONSEJERIA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y TURISMO
BOCYL19961220	19961218	ORDEN POR LA QUE SE ESTABLECEN LAS NORMAS REGULADORAS PARA LA CONCESION DE AYUDAS FINANCIERAS PARA FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL EN CASTILLA Y LEON (LINEA DE AYUDA A° 11).	CONSEJERIA DE INDUSTRIA, COMERCIO Y TURISMO
COMUNIDAD AUTONOMA DE CATALUÑA			
DOGC 19961227	1991212	ORDEN DE ESTANCIAS TEMPORALES PARA GENTE MAYOR	DPTO. DE BIENESTAR SOCIAL
DOGC 19961018	19960902	RESOLUCION POR LA QUE SE CONCEDEN AYUDAS A LOS ALUMNOS QUE REALICEN PLANES DE TRANSICION AL TRABAJO DURANTE EL AÑO 1996.	DPTO. DE ENSEÑANZA
DOGC 19960930	19960906	RESOLUCION POR LA QUE SE ABRE CONVOCATORIA PUBLICA PARA LA CONCESION DE SUBVENCIONES PARA LA FINANCIACION DE LOS GASTOS DE PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE COMEDOR Y TRANSPORTE DE LOS CENTROS DOCENTES DE EDUCACION ESPECIAL	DPTO. DE ENSEÑANZA
DOGC 19960923	19960917	DECRETO 314/1996 DE MODIFICACION DEL DECRETO 274/1995, DE 11 DE JULIO, SOBRE NIVEL DE HABITABILIDAD OBJETIVA EXIGIDA A LAS VIVIENDAS	DPTO. DE POLITICA TERRITORIAL Y OBRAS PUBLICAS
DOGC 19961120	19961108	ORDEN POR LA QUE SE FIJAN PARA 1996 LOS VALORES DE LAS UNIDADES DE PAGO PARA LA CONTRAPRESTACION DE LOS SERVICIOS REALIZADOS POR LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS EN EL MARCO DEL PROGRAMA VIDA ALS ANYS.	PRESIDENCIA DE LA GENERALIDAD
DOGC 19961120	19961112	DECRETO 364/1996 POR EL QUE SE CREA EL PROGRAMA DE SALUD MATERNO-INFANTIL.	DPTO. DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL
DOGC 19961209	19961112	RESOLUCION POR LA QUE SE HACE PUBLICO EL ACUERDO DEL GOBIERNO DE LA GENERALIDAD POR EL QUE SE APRUEBAN LOS NUEVOS PROGRAMAS INTEGRADOS EN EL PLAN INTEGRAL DE APOYO A LAS FAMILIAS.	DPTO. DE BIENESTAR SOCIAL
DOGC 19961230	19961121	RESOLUCION DE ESTABLECIMIENTO DE LOS MODULOS ECONOMICOS DE LOS CONCIERTOS EDUCATIVOS PARA EL AÑO 1996	DPTO. DE ENSEÑANZA
DOGC 19961209	19961127	LEY 16/1996 REGULADORA DE LAS ACTUACIONES INSPECTORAS Y DE CONTROL EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES Y DE MODIFICACION DEL DECRETO LEGISLATIVO 17/1994, DE 16 DE NOVIEMBRE, POR EL QUE SE APRUEBA LA FUSION DE LAS LEYES 12/1983, 26/1985 Y 4/1994, EN MATERIA DE ASISTENCIA Y SERVICIOS SOCIALES.	PRESIDENCIA DE LA GENERALIDAD
DOGC 19961217	19961204	ORDEN DE CONVOCATORIA PUBLICA PARA LA CONCESION DE SUBVENCIONES PARA EL MANTENIMIENTO DE PUESTOS DE TRABAJO PARA PERSONAS CON DISMINUCION	DPTO. DE BIENESTAR SOCIAL
DOGC 19961218	19961212	DECRETO 394/1996 POR EL QUE SE ESTABLECE EL REGIMEN DE CONTRAPRESTACIONES DE LOS USUARIOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES Y SE APRUEBAN LOS PRECIOS PUBLICOS PARA DETERMINADOS SERVICIOS SOCIALES PRESTADOS POR LA GENERALIDAD DE CATALUÑA.	DPTO. DE BIENESTAR SOCIAL
DOGC 19961218	19961212	DECRETO 393/1996 SOBRE LAS PRESTACIONES ECONOMICAS DE ATENCION SOCIAL A LAS PERSONAS MAYORES.	DPTO. DE BIENESTAR SOCIAL

DOGC 19961218	19961212	DECRETO 395/1996 POR EL QUE SE ESTABLECEN LOS PROCEDIMIENTOS DE NOTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA Y BROTES EPIDEMICOS AL DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL.	DPTO. DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL
DOGC 19961227	19961213	ORDEN DE MODIFICACION DE LA ORDEN DE 4 DE DICIEMBRE DE 1995, POR LA QUE SE REGULA EL PROCEDIMIENTO DE ACCESO A LOS SERVICIOS SOCIALES Y PROGRAMAS DE ATENCION A LA GENTE MAYOR, GESTIONADOS POR EL ICASS	DPTO. DE BIENESTAR SOCIAL
DOGC 19961230	19961216	ORDEN DE CONVOCATORIA DE CONVENIOS ENTRE EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL Y LOS AYUNTAMIENTOS DE MAS DE 20.000 HABITANTES Y CONSEJOS COMARCALES PARA LA COOPERACION INTERADMINISTRATIVA EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES	DPTO. DE BIENESTAR SOCIAL
COMUNIDAD AUTONOMA DE EXTREMADURA			
DOE 19960910	19960903	DECRETO 136/1996 POR EL QUE SE APRUEBA EL REGLAMENTO DE DESARROLLO DE LA LEY 1/1985, DE 24 DE ENERO, DEL CONSEJO DE LA JUVENTUD DE EXTREMADURA.	CONSEJERIA DE EDUCACION Y JUVENTUD
DOE 19960926	19960916	RESOLUCION POR LA QUE SE APRUEBAN LOS MODELOS DE IMPRESO DE SOLICITUD Y DE MEMORIA JUSTIFICATIVA A QUE SE REFIERE EL DECRETO 111/1996, DE 16 DE JULIO, QUE REGULA EL PROGRAMA DE SUBVENCIONES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE DESEMPLEADOS COMO TRABAJADORES AUTONOMOS.	CONSEJERIA DE PRESIDENCIA Y TRABAJO
DOE 19960926	19960916	RESOLUCION POR LA QUE SE APRUEBAN LOS MODELOS DE IMPRESO DE SOLICITUD Y DE MEMORIA JUSTIFICATIVA A QUE SE REFIERE EL DECRETO 112/1996, DE 16 DE JULIO, QUE REGULA EL PROGRAMA DE SUBVENCIONES PARA LA CREACION DE EMPLEO ESTABLE EN SOCIEDADES COOPERATIVAS Y SOCIEDADES ANONIMAS LABORALES.	CONSEJERIA DE PRESIDENCIA Y TRABAJO
DOE 19961015	19961001	DECRETO 142/1996 SOBRE REGIMEN JURIDICO, FUNCIONAMIENTO Y HABILITACION DE ENTIDADES COLABORADORAS EN MATERIA DE ADOPCION INTERNACIONAL.	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
DOE 19961130	19961024	LEY 7/1996 DE MODIFICACION DEL ARTICULO 3.1, DE LA LEY 3/1991, DE 25 DE ABRIL, DE CREACION DEL CONSEJO ECONOMICO Y SOCIAL DE EXTREMADURA.	PRESIDENCIA DE LA JUNTA
DOE 19961203	19961126	DECRETO 165/1996 POR EL QUE SE CREA Y REGULA EL FUNCIONAMIENTO DE LA ESCUELA DE SALUD DE EXTREMADURA	CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL
COMUNIDAD AUTONOMA DE GALICIA			
DOG19960925	19960827	ORDEN POR LA QUE SE CONVOCAN AYUDAS PARA FINANCIAR ACTIVIDADES DE LAS CONFEDERACIONES Y FEDERACIONES DE PADRES DE ALUMNOS Y ASOCIACIONES DE PADRES DE ALUMNOS DE CENTROS DE EDUCACION ESPECIAL	CONSEJERIA DE EDUCACION Y ORDENACION UNIVERSITARIA
DOG19960924	19960913	DECRETO 346/1996 POR EL QUE SE ESTABLECE LA ESTRUCTURA ORGANICA DE LA CONSEJERIA DE EDUCACION Y ORDENACION UNIVERSITARIA.	CONSEJERIA DE EDUCACION Y ORDENACION UNIVERSITARIA
DOG19961010	19961001	ORDEN POR LA QUE SE DESARROLLA EL DECRETO 199/1996, DE 2 DE MAYO, POR EL QUE SE PRORROGA EL PLAZO DE VIGENCIA DEL DECRETO 142/1992, DE 5 DE JUNIO, SOBRE SUBVENCIONES A FONDO PERDIDO PARA REHABILITACION DE VIVIENDAS FAMILIARES EN EL MEDIO RURAL.	CONSEJERIA DE POLÍTICA TERRITORIAL, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA
DOG19961021	19961017	DECRETO 374/1996 POR EL QUE SE APRUEBA EL REGLAMENTO ORGANICO DE LAS ESCUELAS DE EDUCACION INFANTIL Y DE LOS COLEGIOS DE EDUCACION PRIMARIA.	CONSEJERIA DE EDUCACION Y ORDENACION UNIVERSITARIA
DOG19961113	19961022	ORDEN POR LA QUE SE CONVOCAN AYUDAS ECONOMICAS PARA LA REALIZACION DE PRACTICAS EN EMPRESAS, PARA ALUMNOS/AS QUE CURSAN ENSEÑANZAS DE FORMACION PROFESIONAL DE SEGUNDO GRADO, MODULOS, CICLOS FORMATIVOS, ENSEÑANZAS DE ARTES APLICADAS Y OFICIOS ARTISTICOS Y PROGRAMAS DE GARANTIA SOCIAL.	CONSEJERIA DE EDUCACION Y ORDENACION UNIVERSITARIA

DOG19961128	19961028	ORDEN POR LA QUE SE REGULAN LAS CONDICIONES Y EL PROCEDIMIENTO PARA FLEXIBILIZAR LA DURACION DEL PERIODO DE ESCOLARIZACION OBLIGATORIA DE LOS ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES ASOCIADAS A CONDICIONES PERSONALES DE SOBREDOTACION INTELECTUAL	CONSEJERIA DE EDUCACION Y ORDENACION UNIVERSITARIA
DOG19961219	19961031	ORDEN POR LA QUE SE REGULA LA EVALUACION PSICOPEDAGOGICA DE LOS ALUMNOS Y ALUMNAS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES QUE CURSAN LAS ENSEÑANZAS DE REGIMEN GENERAL. Y SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO Y LOS CRITERIOS PARA LA REALIZACION DEL DICTAMEN DE ESCOLARIZACION	CONSEJERIA DE EDUCACION Y ORDENACION UNIVERSITARIA
DOG19961127	19961114	ORDEN POR LA QUE SE ESTABLECEN AYUDAS PERIODICAS DE PREVENCION Y APOYO DE FAMILIAS PARA LA INTEGRACION DEL MENOR	CONSEJERIA DE FAMILIA, MUJER Y JUVENTUD
DOG19961226	19961125	ORDEN POR LA QUE SE MODIFICA LA DE 8 DE AGOSTO DE 1985, POR LA QUE SE REGULAN LOS EQUIPOS PSICOPEDAGOGICOS DE APOYO EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE GALICIA.	CONSEJERIA DE EDUCACION Y ORDENACION UNIVERSITARIA
DOG19961227	19961126	RESOLUCION POR LA QUE SE DETERMINAN LAS FUNCIONES Y SE REGULAN EL PLAN DE ACTIVIDADES Y EL REGIMEN DE FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS PSICOPEDAGOGICOS DE APOYO DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE GALICIA	CONSEJERIA DE EDUCACION Y ORDENACION UNIVERSITARIA
DOG19961209	19961128	ORDEN POR LA QUE SE DISPONE LA CONCESION DE AYUDAS A PERSONAS FISICAS Y JURIDICAS POR RAZON DE INTERES SOCIAL O HUMANITARIO	CONSEJERIA DE PRESIDENCIA Y ADMINISTRACION PUBLICA
DOG19970109	19961226	DECRETO 449/1996 POR EL QUE SE REGULA EL CONSEJO GALLEGO DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO	CONSEJERIA DE JUSTICIA, INTERIOR Y RELACIONES LABORALES
DOG19961219	19961205	ORDEN POR LA QUE SE REGULAN LAS AYUDAS INDIVIDUALES NO PERIODICAS PARA MINUSVALIDOS Y TERCERA EDAD	CONSEJERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DOG19961227	19961209	RESOLUCION POR LA QUE SE REGULA EL PLAN DE ACTIVIDADES Y EL REGIMEN DE FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE RECURSOS DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE GALICIA	CONSEJERIA DE EDUCACION Y ORDENACION UNIVERSITARIA
DOG19961220	19961212	ORDEN DE AYUDAS A LAS ENTIDADES LOCALES PARA LA ERRADICACION DEL CHABOLISMO EN LA COMUNIDAD DE GALICIA EN EL EJERCICIO DE 1997.	CONSEJERIA DE POLÍTICA TERRITORIAL, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA
DOG19961230	19961217	ORDEN POR LA QUE SE ANUNCIAN Y REGULAN AYUDAS PARA ACTIVIDADES JUVENILES O ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS A LA JUVENTUD	CONSEJERIA DE FAMILIA, MUJER Y JUVENTUD
DOG19961230	19961218	ORDEN POR LA QUE SE REGULAN LAS AYUDAS PARA MANTENIMIENTO DE CENTROS Y SERVICIOS DEDICADOS A LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA DEPENDIENTES DE ENTIDADES PRIVADAS DE INICIATIVA SOCIAL	CONSEJERIA DE FAMILIA, MUJER Y JUVENTUD
DOG19970107	19961218	ORDEN POR LA QUE SE REGULAN LAS AYUDAS PARA INVERSION DE CENTROS Y SERVICIOS DE ATENCION A MENORES DEPENDIENTES DE ENTIDADES DE INICIATIVA SOCIAL	CONSEJERIA DE FAMILIA, MUJER Y JUVENTUD
DOG19970107	19961219	ORDEN POR LA QUE SE REGULAN AYUDAS Y SUBVENCIONES PARA ACTIVIDADES REALIZADAS POR ENTIDADES DESTINADAS A LA PROMOCION DE LA MUJER	CONSEJERIA DE FAMILIA, MUJER Y JUVENTUD
DOG19970110	19961219	ORDEN POR LA QUE SE ESTABLECEN AYUDAS PARA MANTENIMIENTO Y REALIZACION DE PROGRAMAS SOCIALES A DESARROLLAR POR ENTIDADES PRIVADAS DE INICIATIVA SOCIAL	CONSEJERIA DE FAMILIA, MUJER Y JUVENTUD
COMUNIDAD AUTONOMA DE LA RIOJA			
BOLR19960903	19960830	DECRETO 47/1996 POR EL QUE SE CREA LA COMISION INTERINSTITUCIONAL DE BIENESTAR SOCIAL	CONSEJERIA DE SALUD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL/

BOLR19960907	19960830	RESOLUCION POR LA QUE SE DISPONE LA PUBLICACION DEL RESUMEN DEL CONVENIO DE COLABORACION ENTRE EL GOBIERNO DE LA RIOJA Y EL CENTRO CULTURAL "AULAS DE LA TERCERA EDAD DE LOGROÑO".	CONSEJERIA DE DESARROLLO AUTONOMICO, ADMINISTRACIONES PUBLICAS Y MEDIO AMBIENTE.
BOLR19961130	19961127	ORDEN DE CONVOCATORIA DE LOS PREMIOS "BIENESTAR SOCIAL" 1996	CONSEJERIA DE SALUD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL
COMUNIDAD AUTONOMA DE MADRID			
BOCM19960930	19960926	DECRETO 137/1996 POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS FIESTAS LABORALES PARA 1997 EN LA COMUNIDAD DE MADRID	CONSEJERIA DE PRESIDENCIA
BOCM19961008	19960930	ORDEN POR LA QUE SE CONVOCAN AYUDAS ECONOMICAS INDIVIDUALES PARA FAVORECER LA AUTONOMIA DE PERSONAS QUE HAN ESTADO O ESTAN INSTITUCIONALIZADAS EN CENTROS RESIDENCIALES DE LA DIRECCION GENERAL DE LA MUJER.	CONSEJERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
BOCM19961030	19961021	ORDEN POR LA QUE SE DESARROLLA LA ESTRUCTURA ORGANICA DE LA CONSEJERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES	CONSEJERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
BOCM19961106	19961031	ORDEN POR LA QUE SE MODIFICA LA ORDEN 29 DE DICIEMBRE DE 1995, POR LA QUE SE APRUEBA EL PROCEDIMIENTO PARA LA TRAMITACION DE SOLICITUDES Y ADJUDICACION DE PLAZAS EN LA RESIDENCIA Y CENTRO DE DIA DE LEGANES, GESTIONADOS EN REGIMEN DE CONCESION ADMINISTRATIVA.	CONSEJERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
BOCM19961127	19961114	DECRETO 167/1996 POR EL QUE SE CREAN LOS "PREMIOS INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA" COMUNIDAD DE MADRID.	CONSEJERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
BOCM19961218	19961120	ORDEN DE DESARROLLO DEL DECRETO 2/1990, DE 26 DE ENERO, RELATIVA AL REGIMEN JURIDICO DE AYUDAS EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES, POR LA QUE SE REGULAN LAS AYUDAS ECONOMICAS INDIVIDUALES, PARA APOYAR LA CONVIVENCIA NORMALIZADA DE MENORES.	CONSEJERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
BOCM19961212	19961129	LEY 10/1996 POR LA QUE SE MODIFICA LA COMPOSICION DEL CONSEJO PARA LA PROMOCION DE LA ACCESIBILIDAD Y LA SUPRESION DE BARRERAS, PREVISTA EN EL ARTICULO 46.2 DE LA LEY 8/1993, DE 22 DE JUNIO	PRESIDENCIA DE LA COMUNIDAD
BOCM19961212	19961205	DECRETO 182/1996 POR EL QUE SE CREA EL COMITE REGIONAL CONTRA EL RACISMO Y LA INTOLERANCIA	CONSEJERIA DE PRESIDENCIA
BOdV119961223	19961211	ORDEN POR LA QUE SE REGULA EL CARNE JOVEN DE LA COMUNIDAD DE MADRID	CONSEJERIA DE EDUCACION Y CULTURA
BOCM19961226	19961216	ORDEN POR LA QUE SE CONVOCAN AYUDAS INDIVIDUALES PARA POSIBILITAR ACTIVIDADES DE REHABILITACION A PACIENTES INTEGRADOS EN PROGRAMAS DE REHABILITACION Y REINSERCION SOCIAL DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO.	CONSEJERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
BOCM19961227	19961219	LEY 11/1996 DE CREACION DE LA AGENCIA ANTIDROGA DE LA COMUNIDAD DE MADRID	PRESIDENCIA DE LA COMUNIDAD
BOCM19970113	19970108	LEY 2/1997 DE CREACION DE LA AGENCIA PARA EL DESARROLLO DE MADRID	PRESIDENCIA DE LA COMUNIDAD
BOCM19970113	19970108	LEY 4/1997 DE CREACION DE LA AGENCIA PARA EL EMPLEO DE MADRID	PRESIDENCIA DE LA COMUNIDAD
BOCM19970113	19970108	LEY 5/1997 DE CREACION DE LA AGENCIA PARA LA FORMACION DE MADRID	PRESIDENCIA DE LA COMUNIDAD
COMUNIDAD AUTONOMA DE LA REGION DE MURCIA			
BORM19961003	19960830	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL CONVENIO SUSCRITO ENTRE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LA REGION DE MURCIA Y LA MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES DEL VALLE DE PICOTE, PARA DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE MINUSVALIDOS (CENTRO OCUPACIONAL).	CONSEJERIA DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL

BORM19961003	19960906	RESOLUCION POR LA QUE SE DA PUBLICIDAD AL CONVENIO SUSCRITO ENTRE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LA REGION DE MURCIA Y EL AYUNTAMIENTO DE MOLINA DE SEGURA, PARA DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE MINUSVALIDOS (CENTRO DE ATENCION TEMPRANA)	CONSEJERIA DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL
BORM19961115	19961022	RESOLUCION POR LA QUE SE AMPLIA EL PLAZO DE PRESENTACION DE SOLICITUDES DE SUBVENCIONES, A EMPRESAS DE LA REGION DE MURCIA, PARA COLABORAR EN LA FINANCIACION DE LA CONTRATACION Y REINSERCIÓN SOCIO-LABORAL DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA EN FASE DE DESHABITUACION	CONSEJERIA DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL
BORM19961126	19961111	ORDEN DE CONVOCATORIA PARA 1996 DE SUBVENCIONES A LA INVERSION EN SERVICIOS SOCIALES, A INSTITUCIONES SIN FINES DE LUCRO	CONSEJERIA DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL
BORM19961204	19961126	RESOLUCION POR LA QUE SE DESARROLLA LA ORDEN DE 25 DE SEPTIEMBRE QUE CONVOKA EL PROGRAMA "DEPORTE ESCOLAR" PARA EL CURSO 96-97	CONSEJERIA DE PRESIDENCIA
BORM19961216	19961213	ORDEN POR LA QUE SE ESTABLECEN TARIFAS PARA LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE REGULAR DE USO ESPECIAL DE ESCOLARES Y TRABAJADORES.	CONSEJERIA DE POLITICA TERRITORIAL Y OBRAS PUBLICAS

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

BON19961007	19960926	DECRETO FORAL 394/1996 POR EL QUE SE ESTABLECE LA ESTRUCTURA ORGANICA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION Y CULTURA.	DPTO. DE EDUCACION Y CULTURA
BON19961011	19960930	DECRETO FORAL 432/1996 POR EL QUE SE ESTABLECE LA ESTRUCTURA ORGANICA DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL, DEPORTE Y JUVENTUD.	DPTO. DE BIENESTAR SOCIAL, DEPORTE Y JUVENTUD
BON19961021	19961011	ORDEN FORAL POR LA QUE SE MODIFICA PARCIALMENTE LA ORDEN FORAL DE 22 DE ABRIL DE 1994, POR LA QUE SE APRUEBAN LAS BASES DE CONVOCATORIA DE SUBVENCIONES PARA INVERSIONES EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES.	DPTO. DE BIENESTAR SOCIAL, DEPORTE Y JUVENTUD
BON19961122	19961107	RESOLUCION DEL INSTITUTO NAVARRO DE BIENESTAR SOCIAL, POR LA QUE SE APRUEBA LA CONVOCATORIA PARA LA HABILITACION DE ENTIDADES COLABORADORAS EN MATERIA DE ADOPCION INTERNACIONAL EN LOS SIGUIENTES PAISES: COLOMBIA, PERU, CHILE, INDIA, POLONIA Y HUNGRIA.	DPTO. DE BIENESTAR SOCIAL
BON19961122	19961111	DECRETO FORAL 613/1996 POR EL QUE SE REGULA LA ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL REGISTRO DE FUNDACIONES.	DPTO. DE PRESIDENCIA E INTERIOR
BON19961213	19961122	RESOLUCION DE LA DIRECCION GENERAL DE SALUD, POR LA QUE SE APRUEBA LA CONVOCATORIA DE AYUDAS A LA INVESTIGACION EN CIENCIAS DE LA SALUD 1997.	DPTO. DE SALUD
BON19961231	19961230	LEY FORAL 24/1996 DEL IMPUESTO SOBRE SOCIEDADES	PRESIDENCIA DEL GOBIERNO DE NAVARRA

COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO

BOPV19960902	19960724	ORDEN POR LA QUE SE CONVOCAN ASIGNACIONES INDIVIDUALIZADAS DE TRANSPORTE ESCOLAR PARA ALUMNOS QUE CURSEN ESTUDIOS DE FPI, REM.I Y CASOS EXCEPCIONALES DE E. INFANTIL (2º CICLO), PRIMARIA/ESO (V CICLO) Y EDUCACION ESPECIAL EN CENTROS PUBLICOS.	DPTO. DE EDUCACION, UNIVERSIDADES E INVESTIGACION
BOPV19960902	19960724	ORDEN POR LA QUE SE CONVOCAN AYUDAS AL ESTUDIO PARA LA ESCOLARIZACION DE ALUMNOS DE NIVELES NO UNIVERSITARIOS PARA EL CURSO ACADEMICO 1996-97.	DPTO. DE EDUCACION, UNIVERSIDADES E INVESTIGACION
BOPV19961018	19961001	DECRETO 232/1996 POR EL QUE SE ARTICULAN LAS AYUDAS AL REPARTO DE TIEMPO DE TRABAJO Y A LA CONTRATACION INDEFINIDA.	DPTO. DE JUSTICIA, ECONOMIA, TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

BOPV19961112	19961018	LEY 5/1996 DE SERVICIOS SOCIALES	PRESIDENCIA DEL GOBIERNO
BOPV19961118	19961024	RESOLUCION POR LA QUE SE DISPONE LA PUBLICACION DE LOS CONVENIOS CELEBRADOS POR EL GOBIERNO VASCO QUE SE INDICAN	VICEPRESIDENCIA DEL GOBIERNO
BOPV19961127	19961105	RESOLUCION POR LA QUE SE DISPONE LA PUBLICACION DE LOS CONVENIOS CELEBRADOS POR EL GOBIERNO VASCO, QUE SE INDICAN	VICEPRESIDENCIA DEL GOBIERNO
BOPV19961210	19961120	ORDEN POR LA QUE SE CONVOCAN AYUDAS ECONOMICAS DESTINADAS A SUBVENCIONAR ACTIVIDADES EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS	DPTO. DE JUSTICIA, ECONOMIA, TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
BOPV19970102	19961224	DECRETO 312/1996 POR EL QUE SE CREA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE PAIS VASCO	DPTO. DE SANIDAD
BOPV19970124	19961226	RESOLUCION POR LA QUE SE CONVOCAN AYUDAS CON CARGO AL FONDO PARA LA COOPERACION AQUITANIA-EUSKADI, PARA 1997	PRESIDENCIA DEL GOBIERNO
BOPV19961231	19961227	LEY 10/1996 POR LA QUE SE APRUEBAN LOS PRESUPUESTOS GENERALES DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE EUSKADI PARA 1997.	PRESIDENCIA DEL GOBIERNO
COMUNIDAD VALENCIANA			
DOGV 19961107	19960905	RESOLUCION POR LA QUE SE DICTAN INSTRUCCIONES PARA LA ORGANIZACION DE LOS PROGRAMAS DE GARANTIA SOCIAL, APROBADOS DE LA RESOLUCION DE 29 DE JULIO DE 1996	CONSEJERIA DE CULTURA, EDUCACION Y CIENCIA
DOGV 19960920	19960910	DECRETO 168/1996 POR EL QUE SE REGULA LA ACREDITACION DE LAS ENTIDADES DE MEDIACION DE ADOPCION INTERNACIONAL.	CONSEJERIA DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
DOGV 19961014	19960910	ORDEN POR LA QUE SE ESTABLECEN LAS NORMAS PARA LA CONCESION DE SUBVENCIONES DESTINADAS A FINANCIAR PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL SIDA Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES SEROPOSITIVOS, DURANTE 1996.	CONSEJERIA DE SANIDAD Y CONSUMO
DOGV 19961007	19960918	ORDEN POR LA QUE SE MODIFICA LA ORDEN DE 22 DE MAYO DE 1996, QUE ESTABLECIA LAS BASES REGULADORAS PARA LA CONCESION DE SUBVENCIONES EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS DURANTE 1996, INCREMENTANDO EL IMPORTE GLOBAL MAXIMO DE LAS AYUDAS DESTINADAS A LA FINANCIACION DE GASTOS DERIVADOS DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICA EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS.	CONSEJERIA DE SANIDAD Y CONSUMO
DOGV 19961112	19960926	ORDEN POR LA QUE SE CONVOCA CONCURSO PÚBLICO PARA LA CONCESION DE AYUDAS PARA EL EQUIPAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE INFORMACION JUVENIL	CONSEJERIA DE CULTURA, EDUCACION Y CIENCIA
DOGV 19961011	19961002	DECRETO 175/1996 POR EL QUE SE CREA LA COMISION DE SEGUIMIENTO DEL ACUERDO VALENCIANO POR EL EMPLEO Y LA FORMACION (AVEF).	CONSEJERIA DE ECONOMIA Y HACIENDA
DOGV 19961119	19961002	ORDEN POR LA QUE SE CONVOCA CONCURSO PÚBLICO PARA LA CONCESION DE AYUDAS PARA LA PUESTA EN MARCHA DE PROYECTOS EMPRESARIALES PROMOVIDOS POR JOVENES Y PARA EQUIPAMIENTO DE EMPRESAS CREADAS POR JOVENES.	CONSEJERIA DE CULTURA, EDUCACION Y CIENCIA
DOGV 19961031	19961022	ORDEN POR LA QUE SE MODIFICA LA ORDEN DE 25 DE MARZO DE 1996, REGULADORA DE AYUDAS AL COOPERATIVISMO Y LA ECONOMIA SOCIAL PARA EL EJERCICIO DE 1996	CONSEJERIA DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
DOGV 19961108	19961022	ORDEN POR LA QUE SE REGULAN LOS CENTROS ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN A LOS MAYORES	CONSEJERIA DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
DOGV 19961028	19961023	ORDEN POR LA QUE SE REGULAN AYUDAS AL PLAN OCUPACIONAL PARA 1996	CONSEJERIA DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES

DOGV 19961106	19961104	<i>ORDEN POR LA QUE SE DETERMINAN LOS PROGRAMAS DE FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL Y SE REGULA EL PROCEDIMIENTO GENERAL PARA LA CONCESION DE AYUDAS DURANTE EL EJERCICIO DE 1997</i>	CONSEJERIA DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
DOGV 19961107	19961105	<i>DECRETO 197/1996 POR EL QUE SE MODIFICA EL REGLAMENTO ORGANICO Y FUNCIONAL DE LA CONSEJERIA DE CULTURA, EDUCACION Y CIENCIA</i>	CONSEJERIA DE CULTURA, EDUCACION Y CIENCIA
DOGV 19961129	19961114	<i>ORDEN POR LA QUE SE REGULAN Y CONVOCAN AYUDAS EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES PARA 1997</i>	CONSEJERIA DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
DOGV 19961129	19961121	<i>ORDEN POR LA QUE SE CONVOCAN LOS 1 PREMIOS ESCOLARES "PARA EVITAR TROPIEZOS" EN MATERIA DE ACCESIBILIDAD AL MEDIO FISICO.</i>	CONSEJERIA DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
DOGV 19961127	19961126	<i>DECRETO 208/1996 POR EL QUE SE MODIFICA LA DISPOSICION TRANSITORIA QUINTA DEL DECRETO 60/1995, DE 18 DE ABRIL, DE CREACION DEL REGISTRO Y PROTECTORADO DE FUNDACIONES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, RELATIVA AL PLAZO DE ADAPTACION DE ESTATUTOS A LA LEY 30/1994, DE 24 DE NOVIEMBRE, DE FUNDACIONES Y DE INCENTIVOS FISCALES A LA PARTICIPACION PRIVADA EN ACTIVIDADES DE INTERES GENERAL.</i>	CONSEJERIA DE PRESIDENCIA
DOGV 19961129	19961126	<i>DECRETO 221/1996 POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO VALENCIANO DE FORMACION PROFESIONAL NO REGLADA Y EMPLEO.</i>	CONSEJERIA DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
DOGV 19961205	19961129	<i>ORDEN POR LA QUE SE MODIFICA LA ORDEN DE 4 DE NOVIEMBRE DE 1996, POR LA QUE SE DETERMINAN LOS PROGRAMAS DE FORMACION PROFESIONAL OCUPACIONAL Y SE REGULA EL PROCEDIMIENTO GENERAL PARA LA CONCESION DE AYUDAS DURANTE EL EJERCICIO 1997.</i>	CONSEJERIA DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
DOGV 19970121	19961129	<i>ORDEN POR LA QUE SE ANUNCIA EL INCREMENTO DE LA DOTACION ECONOMICA PREVISTA EN LA ORDEN DE 19 DE FEBRERO DE 1996, POR LA QUE SE REGULAN LAS MEDIDAS DE FOMENTO AL AUTOEMPLEO, PARA 1996</i>	CONSEJERIA DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
DOGV 19970121	19961129	<i>ORDEN POR LA QUE SE ANUNCIA LA MINORACION DE LA DOTACION ECONOMICA PREVISTA EN LA ORDEN DE 14 DE FEBRERO DE 1996, POR LA QUE SE REGULAN LAS MEDIDAS DE FOMENTO DEL EMPLEO DESTINADAS A PERSONAS CON CAPACIDAD REDUCIDA, PARA EL EJERCICIO DE 1996</i>	CONSEJERIA DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
DOGV 19970102	19961213	<i>ORDEN POR LA QUE SE REGULAN LOS TALLERES DE FORMACION E INSERCIÓN LABORAL Y SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO GENERAL PARA EL OTORGAMIENTO DE AYUDAS DURANTE EL EJERCICIO 1997</i>	CONSEJERIA DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES

BIBLIO- GRAFIA

ANCIANOS

AIMIA, B.J. Y OTROS. «Apoyo social a los ancianos asistidos de una residencia de pensionistas», *Geriatrka*, 12, 6, 1996, págs. 39-46, Biblio. R.408

Ancianos, servicios y centros, apoyo social, autonomía personal.

AZULAY, A. «Cuidados paliativos en geriatría. control del dolor», *Geriatrka*, 12, 5, 1996, págs. 40-44, Biblio. R.408

Ancianos, geriatría, dolor, apoyo psicológico, evaluación, tratamiento.

BENSON, S., CARR, P. «The care assistant's guide to working with elderly mentally infirm people», Londres (UK), Hawker, 1996, págs. 158, Biblio. R1a.90

Ancianos, residencias, demencia senil, enfermedades mentales, actitudes personal, relación profesional-cliente, problemas de conducta, atención psiquiátrica, recomendaciones, manuales de procedimiento.

BLANCO, C. «Farmacología del envejecimiento», *Geriatrka*, 12, 5, 1996, págs. 28-31, Biblio. R.408

Ancianos, envejecimiento, etiología, fármacos, tratamiento.

BOTELLA, J. «Acerca del habitat de la tercera edad», *Zerbitzuan*, 29, 1996, págs. 13-14, Biblio. R.721

Ancianos, accesibilidad, arquitectura, medio físico, criterios, estándares, calidad de vida.

CALSYN, R.J. Y OTROS. «Cross-validation of differences between users and non-users of senior centers», *Journal of social service research*, 21, 3, 1996, págs. 39-56, Biblio. R.300

Ancianos, hogares de jubilados, utilización de servicios, validez, actitudes usuarios, predicción.

CHASCO, C. «Ostomias», *Geriatrka*, 12, 5, 1996, págs. 45-52, Biblio. R.408

Ancianos, enfermedades digestivas, tratamiento, colostomía.

CHASCO, C. «Estreñimiento e incontinencia», *Geriatrka*, 12, 5, 1996, págs. 63-64, Biblio. R.408

Ancianos, incontinencia, tipología, tratamiento.

CONNIDIS, I.A., MCMULLIN, J.A. «Reasons for and perceptions of childlessness among older persons: exploring the impact of marital status and gender», *Journal of aging studies*, 10, 3, 1996, págs. 205-222, Biblio. R.1067

Ancianos, situación familiar, paternidad, factores sociales, factores psicológicos.

COWARD, R.T. Y OTROS. «The influence of community context on the decision to enter a nursing home», *Journal of aging studies*, 10, 3, 1996, págs. 237-254, Biblio. R.1067

Ancianos, residencias, admisión, toma de decisiones, factores sociales, auto-

- nomía personal, medio rural, medio urbano.
- ESTEVAIM, B., ALIO, C. «Ulceras por presión», *Geriatrics*, 12, 5, 1996, págs. 58-62, Biblio. R.408
- Ancianos, encamados, escaras, etiología, prevención, tratamiento.
- FACCHINI, C. «Le role de l'associationnisme dans les services aux personnes âgées: le cas de l'Italie», *Gerontologie*, 99, 1996, págs. 42-46, Biblio. R.1215
- Ancianos, intervención informal, carga familiar, Italia.
- GARAY, J. «Proyecto geminis», *Geriatrics*, 12, 6, 1996, págs. 9-10, Biblio. R.408
- Ancianos, fracturas, cadera, estudio epidemiológico.
- GOODRIDGE, D.M. Y OTROS. «Conflict and aggression as stressors in the work environment of nursing assistants: implications for institutional elder abuse», *Journal of elder abuse and neglect*, 8, 1, 1996, págs. 49-67, Biblio. R.1187
- Ancianos, malos tratos, residencias, personal sanitario, medio laboral, actitudes profesionales, relación profesional-cliente, síndrome del quemado, estudio comparativo.
- GRAU, P. «Cuidados de enfermería en el anciano con demencia», *Geriatrics*, 12, 5, 1996, págs. 25-27, Biblio. R.408
- Ancianos, demencia senil, enfermera, nutrición, comunicación, tratamiento, carga profesionales.
- GRAU, P. «Cuidados de enfermería en el paciente anciano quirúrgico», *Geriatrics*, 12, 5, 1996, págs. 65-70, Biblio. R.408
- Ancianos, cirugía, tratamiento, evaluación.
- HARRIS, D.K. Y OTROS. «Palmore's first facts on aging quiz in a multiple-choice format», *Educational gerontology*, 22, 6, 1996, págs. 575-589, Biblio. R.998
- Ancianos, actitudes sociales, instrumentos técnicos, cuestionarios, sociología, estudio sociológico.
- HILLMAN, J.L., STRICKER, G. «Predictors of college students' knowledge of and attitudes toward elderly sexuality: the relevance of grandparental contact», *Educational gerontology*, 22, 6, 1996, págs. 539-555, Biblio. R.998
- Ancianos, actitudes sociales, sexualidad, juventud, impacto, permisividad, estudio comparativo.
- MILLER, B., KAUFMAN, J.E. «Beyond gender stereotypes: spouse caregivers of persons with dementia», *Journal of aging studies*, 10, 3, 1996, págs. 189-204, Biblio. R.1067
- Ancianos, demencia senil, cuidador informal, género, actitudes sociales.
- KESSELHEIM, H., TOPHOVEN, C. «La mise en application d'une assurance dépendance en République Fédérale d'Allemagne», *Gerontologie*, 99, 1996, págs. 29-35, Biblio. R.1215
- Ancianos, dependientes, prestaciones económicas, Alemania.
- KESSLER, F. «Les personnes âgées», *Revue de droit sanitaire et social*, 32, 1, 1996, págs. 151-157, Biblio. R.231
- Protección social, ancianos, pensiones, prestaciones sociales, protección legal, normativa, Francia.
- KILBURN, J.C. «Network effects in caregiver to care-recipient violence: a study of caregivers to those diagnosed with alzheimer's disease», *Journal of elder abuse and neglect*, 8, 1, 1996, págs. 69-80, Biblio. R.1187
- Ancianos, demencia senil, enfermedad de Alzheimer, cuidador informal, carga familiar, violencia, apoyo social, relaciones familiares, estudio comparativo.
- LAWS, G. «'A shot of economic adrenalin': reconstructing 'the elderly' in the retiree-based economic development literature», *Journal of aging studies*, 10, 3, 1996, págs. 171-188, Biblio. R.1067
- Ancianos, economía, literatura científica, actitudes sociales, imagen.
- MICHEL, O.C., MAROT, J.P. «La pression euthanasique dans la presse», *Gerontologie*, 99, 1996, págs. 7-17, Biblio. R.1215
- Ancianos, eutanasia, crítica, medios de comunicación.
- MARTÍNEZ, A.M. «El anciano moribundo: preparación al duelo», *Geriatrics*, 12, 5, 1996, págs. 71-75, Biblio. R.408
- Ancianos, enfermos terminales, muerte, problemas sociales, problemas psicológicos, problemas emocionales, intervención familiar.

- MARTÍNEZ, S. «La educación del ocio del adulto: más allá de la preparación para la jubilación», *Revista de ciencias de la educación*, 165, 1996, págs. 123-129, Biblio. R.424
- Ancianos, ocio, envejecimiento, educación, programas de ocio, hábitos sociales, adultos.
- MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES «Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante», *Gerontologie*, 99, 1996, págs. 2-6, Biblio. R.1215
- Ancianos, dependientes, derechos, Francia.
- MUÑOZ, J.A. «Ansiedad», *Geriatrka*, 12, 5, 1996, págs. 19-24, Biblio. R.408
- Ancianos, ansiedad, factor de riesgo, demencia senil, tratamiento, diagnóstico.
- MYSLINSKY, M. «Retentissement du mot Alzheimer», *Gerontologie*, 99, 1996, págs. 18-21, Biblio. R.1215
- Ancianos, enfermedad de Alzheimer, información, impacto familiar, actitudes familia.
- NERI-KAYSER, O. «Rencontré du troisième type. Une initiative intergénérationnelle de lutte contre l'exclusion de l'office villeurbannais des personnes âgées et des retraites (OVPAR)», *Génération*, 7-8, 1996, págs. 23-25, Biblio. R.1166
- Ancianos, juventud, solidaridad intergeneracional, voluntariado, medio escolar, experiencias, Francia.
- OLSON, E.A. «Evidence-based practice: a new approach to teaching the integration of research and practice in gerontology», *Educational gerontology*, 22, 6, 1996, págs. 523-537, Biblio. R.998
- Ancianos, ciencias sociales, gerontología, espacio sociosanitario, investigación, práctica, formación.
- ONOFRE, A. «Prevención del cáncer de piel», *Geriatrka*, 12, 5, 1996, págs. 32-39, Biblio. R.408
- Ancianos, cáncer, enfermedades dermatológicas, factor de riesgo, prevención, tratamiento.
- PLUDE, D.J., SCHWARTZ, L.K. «Compact disc-interactive memory training with the elderly», *Educational gerontology*, 22, 6, 1996, págs. 507-521, Biblio. R.998
- Ancianos, rehabilitación, memoria, nuevas tecnologías, valoración.
- PRIETO, O., VEGA, E. «Atención al anciano en Cuba (I)», *Geriatrka*, 12, 6, 1996, págs. 30-37, Biblio. R.408
- Ancianos, servicios de salud, servicios sociales, atención sanitaria, características sistema, Cuba.
- QUEMENT, C. «Les fonds de pension», *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 32, 1, 1996, págs. 158-175, Biblio. R.231
- Protección social, ancianos, pensiones, financiación, perspectivas, derecho.
- RAHMAN, N. «Caregivers' sensitivity to conflict: the use of the vignette methodology», *Journal of elder abuse and neglect*, 8, 1, 1996, págs. 35-47, Biblio. R.1187
- Ancianos, cuidador informal, relaciones familiares, adaptación personal, evaluación, metodología, actitudes usuarios.
- REYNAUD, E. «La banque de l'approche néolibérale», *Futuribles*, 210, 1996, págs. 37-42, Biblio. R.805
- Política social, ancianos, envejecimiento demográfico, servicios sociales, pensiones, iniciativa privada, prestaciones sociales, salario, perspectivas.
- SALGADO, A. Y OTROS. «Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano», Barcelona, Masson, 1996, págs. 364, Biblio. R.95
- Ancianos, geriatría, espacio sociosanitario, envejecimiento, atención primaria, evaluación, autonomía personal, patología, tratamiento, fármacos, rehabilitación.
- SALOM, J. «Rehabilitación en geriatría», *Geriatrka*, 12, 5, 1996, págs. 53-57, Biblio. R.408
- Ancianos, encamados, efectos, rehabilitación, ejercicio físico.
- SIIS-CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS «Análisis de la variabilidad del coste plaza condicionada por el tamaño de los centros residenciales», *Zerbitzuan*, 29, 1996, págs. 42-47, Biblio. R.721
- Ancianos, coste, residencias, tamaño, estadísticas de servicios, análisis coste-eficacia, evaluación de servicios, normativa.
- SMITH, A. «Une personne à qui l'on peut parler de ses problèmes», *Génération*, 7-8, 1996, págs. 44-47, Biblio. R.1166

Ancianos, servicios alternativos, servicios de apoyo, ancianos activos, solidaridad intergeneracional, experiencias. Reino Unido.

STOVALL, R. «Elevator and escalator safety education for older adults», *Educational gerontology*, 22, 6, 1996, págs. 557-573, Biblio. R.998

Ancianos, ayudas técnicas, programas y métodos educativos, reducción de riesgo, seguridad, literatura científica, recomendaciones.

TIELEIM, G. «Les partís politiques de vieux peuvent diré adieu á leurs illusions», *Générations*, 7-8, 1996, págs. 30-32, Biblio. R.1166

Ancianos, política, participación política, Holanda.

TIRRITO, T. Y OTROS. «A multidisciplinary practice model for independent practitioners who work with older adults in the community», *Educational gerontology*, 22, 6, 1996, págs. 591-600, Biblio. R.998

Ancianos, atención comunitaria, gerontología, equipo multidisciplinar, formación de personal, modelos, recomendaciones.

VIGENER, G. «La nouvelle assurance dépendance de l'Allemagne», *Gerontologie*, 99, 1996, págs. 36-41, Biblio. R.1215

Ancianos, dependientes, prestaciones económicas, seguridad social, Alemania.

WERQUIM, J. «Avec les volontaires seniors, vaincre l'exclusion», *Générations*, 7-8, 1996, págs. 33-37, Biblio. R.1166

Ancianos, voluntariado, ancianos activos, integración social, experiencias.

WOLF, R.S. «Elder abuse and family violence: testimony presented before the U.S. senate special committee on aging», *Journal of elder abuse and neglect*, 8, 1, 1996, págs. 81-96, Biblio. R.1187

Ancianos, malos tratos, violencia, medio familiar, concepto, factor de riesgo, recomendaciones, reuniones, USA.

DEFICIENCIAS

ALVAREZ DE LA ROSA, M. «Incapacidad temporal e invalidez permanente en el proceso laboral», *Tribuna Social*, 61, 1996, págs. 32-37, Biblio. R.1209

Deficiencias, deficiencia física, derecho laboral, trabajo, incapacidad, normativa, seguridad social, España.

ANTAKI, C, RAPLEY, M. «Questions and answers to psychological assessment schedules: hidden troubles in quality of life interviews», *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 5, 1996, págs. 421-437, Biblio. R.104

Deficiencias, deficiencia mental, calidad de vida, literatura científica, comunicación, entrevistas, métodos de evaluación, actitudes profesionales, efectos.

BAS, P. Y OTROS. «Evaluación psicosocial en familias de personas con síndrome de down: Un modelo de atención», *Intervención Psicosocial*, 5, 13, 1996, págs. 55-65, Biblio. R.1066

Deficiencias, deficiencia mental, síndrome de down, actitudes familia, adaptación personal, intervención familiar, intervención social, evaluación de ambientes.

BLASCH, B.B. Y OTROS. «Three aspects of coverage provided by the long cañe: Object, surface, and foot-placement preview», *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 90, 4, 1996, págs. 295-301, Biblio. R.606

Deficiencias, deficiencia visual, orientación espacial, movilidad, ayudas técnicas, evaluación de servicios.

BODFISH, J.W. Y OTROS. «Dyskinetic movement disorder among adults with mental retardation: Phenomenology and co-occurrence with stereotypy», *American Journal on Mental Retardation*, 101, 2, 1996, págs. 118-129, Biblio. R.100

Deficiencias, deficiencia mental, adultos, conducta, estereotipias, problemas neurológicos, trastornos neuromusculares, estudio descriptivo.

BOSCH, L.A. «Needs of parents of young children with developmental delay: Implications for social work practice», *Families in Society*, 77, 8, 1996, págs. 477-487, Biblio. R.936

Deficiencias, deficiencia mental, niños, evaluación de necesidades, intervención familiar, intervención temprana, participación familiar, apoyo social, trabajo social.

CAHILL, E.M., MASTERS, L. «Influence of child diagnosis on family and parental functioning: Down syndrome versus other

- disabilities», *American Journal on Mental Retardation*, 101, 2, 1996, págs. 149-160, Biblio. R.100
- Deficiencias, síndrome de down, adaptación personal, aprendizaje, estudio comparativo, deficiencia mental, impacto familiar, actitudes familia.
- CARTÓN, E., DELGADO, O. «Estudio de necesidades de residencialización de la margen izquierda de la ría del Nervión», *Zerbitzuan*, 29, 1996, págs. 19-23, Biblio. R.721
- Institucionalización, residencias, estudio de necesidades, asistencia domiciliaria, deficiencias, deficiencia física, mujer, juventud, niños, sin techo, estadísticas de población, Bizkaia.
- CONROY, M.A. Y OTROS. «An analysis of the reliability and stability of the motivation assessment scale in assessing the challenging behaviors of persons with developmental disabilities», *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabil*, 31, 3, 1996, págs. 243-250, Biblio. R.404
- Deficiencias, deficiencia mental, problemas de conducta, motivación, evaluación.
- COURBOIS, Y. «Evidence for visual imagery deficits in persons with mental retardation», *American Journal on Mental Retardation*, 101, 2, 1996, págs. 130-148, Biblio. R.100
- Deficiencias, deficiencia mental, adolescentes, niños, etiología, imagen, problemas visuales, desarrollo cognitivo, estudio comparativo.
- CRAIG, C.J. «Family support of the emergent literacy of children with visual impairments», *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 90, 3, 1996, págs. 194-200, Biblio. R.606
- Deficiencias, deficiencia visual, niños, participación familiar, aprendizaje lectura y escritura, programas y métodos educativos, estudio comparativo.
- CREMERS, M.J. «Growth curves of dutch children with down's syndrome», *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 5, 1996, págs. 412-420, Biblio. R.104
- Deficiencias, deficiencia mental, síndrome de down, niños, desarrollo infantil, alemania, estudio comparativo.
- CRESPO, E. Y OTROS. «Hipertiroidismo autoinmune y enfermedad celiaca en una niña afecta de síndrome de down», *Revista Española de Pediatría*, 52, 311, 1996, págs. 485-488, Biblio. R.394
- Niños, deficiencias, deficiencia mental, síndrome de down, hipertiroidismo, enfermedades digestivas, análisis clínicos.
- DARBY, S., BENSOIM, S. «The handbook for community care assistants and support workers», *Londres (UK), Hawker*, 1995, págs. 200, Biblio. N1h.44
- Ancianos, deficiencias, niños, juventud, enfermos, atención comunitaria, atención primaria, trabajo social individual, problemas de conducta, incontinencia, práctica, actitudes personal, recomendaciones, manuales de procedimiento.
- DÉLA MATA, G. Y OTROS. «Hidrocefalia de origen prenatal. A propósito de un caso». *Revista Española de Pediatría*, 52, 311, 1996, págs. 453-456, Biblio. R.394
- Deficiencias, hidrocefalia, parálisis cerebral, diagnóstico prenatal, casuística.
- DELANDE, G. Y OTROS. «Le cout du traitement de l'infirmier moteur d'origine cérébrale de la naissance à l'âge de vingt ans», *Cahiers du C.T.N.E.R.HJ. Handicaps et Inadaptations*, 71, 1996, págs. 61-79, Biblio. R.562
- Deficiencias, deficiencia física, parálisis cerebral, menores, juventud, tratamiento, coste, financiación, estudio comparativo, prevención, estadísticas económicas.
- DOUET, B., POIMSERRE, M.C. «Prise de conscience de la sùrdite et consequences chez l'enfant», *Cahiers du C.T.N.E.R.HJ. HandiCaps et Inadaptations*, 71, 1996, págs. 1-16, Biblio. R.562
- Deficiencias, deficiencia auditiva, niños, familia, actitudes, angustia, percepción, adolescentes, autoconcepto, actitudes profesionales.
- ELLIS, D.N. Y OTROS. «A description of the instructional and social interactions of students with mental retardation in regular physical education settings», *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabil*, 31, 3, 1996, págs. 235-242, Biblio. R.404
- Deficiencias, deficiencia mental, integración escolar, ejercicio físico, interacción social, observación.
- EVENHUIS, H.M. «Dutch consensus on diagnosis and treatment of hearing impair-

- ment in children and adults with intellectual disability», *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 5, 1996, págs. 451-456, Biblio. R.104
- Deficiencias, deficiencia mental, deficiencia auditiva, factor de riesgo, detección, diagnóstico, tratamiento, recomendaciones.
- FELDMAIM, E.J. «The recognition and investigation of x-linked learning disability syndromes», *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 5, 1996, págs. 400-411, Biblio. R.104
- Deficiencias, deficiencia mental, síndromes, genética, anomalías genéticas, cromosoma x, transmisión, consejo genético, detección.
- FELLEIMIUS, K. «Reading competence of visually impaired pupils in Sweden», *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 90, 3, 1996, págs. 237-246, Biblio. R.606
- Deficiencias, deficiencia visual, niños, lectura y escritura, efectos, hábitos, seguimiento, Suecia.
- FERRO, J. Y OTROS. «Relation between curricular activities and problem behaviors of students with mental retardation», *American Journal on Mental Retardation*, 101, 2, 1996, págs. 184-194, Biblio. R.100
- Deficiencias, deficiencia mental, estudiantes, problemas de conducta, curriculum, efectos, estudio comparativo.
- GAMBIIMI, I. Y OTROS. «Première annonce et élaboration du diagnostic du handicap dans un camp», *Cahiers du C.T.N.E.R.H.I. Handicaps et Inadaptations*, 71, 1996, págs. 17-26, Biblio. R.562
- Deficiencias, niños, diagnóstico precoz, relación familia-profesionales, espacio sociosanitario, impacto familiar, información, riesgo.
- GARVIA, R. «Corporativismo en el área del bienestar. El caso de la organización nacional de ciegos», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 66, 1994, págs. 53-71, Biblio. R.785
- Deficiencias, deficiencia visual, deficiencia física, movimientos sociales, asociaciones, once, integración laboral, bienestar social, juegos, sector público, grupos de presión, España.
- GLOVER, D. Y OTROS. «Food preferences among individuals with and without prader-willi syndrome», *American Journal on Mental Retardation*, 101, 2, 1996, págs. 195-205, Biblio. R.100
- Deficiencias, síndrome de Prader-Willi, deficiencia mental, alimentación, estudio comparativo, autodeterminación.
- GOERLICH, J.M. «La invalidez permanente del trabajador como causa de extinción del contrato de trabajo», *Tribuna Social*, 61, 1996, págs. 53-68, Biblio. R.1209
- Deficiencias, deficiencia física, derecho laboral, incapacidad, trabajo, normativa, prestaciones económicas, España.
- GRAVESTOCK, S. Y OTROS. «Quality monitoring in community psychiatry of learning disabilities services: Current, planned and future approaches», *British Journal of Learning Disabilities*, 24, 3, 1996, págs. 95-98, Biblio. R.103
- Deficiencias, deficiencia mental, servicios de salud, servicios psiquiátricos, servicios sociales, organización y gestión, calidad de la atención, modelos.
- GREEN, J.M., MURTÓN, F.E. «Diagnosis of Duchenne muscular dystrophy: parents' experiences and satisfaction», *Child Care, Health and Development*, 22, 2, 1996, págs. 113-128, Biblio. R.628
- Deficiencias, deficiencia física, distrofia muscular, diagnóstico, actitudes familia, satisfacción.
- GRIFFITHS, G., MCKRETH, S. «Inspection of services for deaf and hard of hearing people. south tyneside», *Leeds (UK), Social Services Inspectorate*, 1996, págs. 51, Biblio. P4n.13
- Deficiencias, deficiencia auditiva, servicios y centros, evaluación de servicios, información, igualdad de oportunidades, estándares, datos estadísticos, Reino Unido.
- GUTHMANN, D., SANDBERG, K.A. «Clinical approaches in substance abuse treatment for use with deaf and hard of hearing adolescents», *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 4, 3, 1995, págs. 69-79, Biblio. R.868
- Drogodependencias, deficiencias, deficiencia auditiva, tratamiento, adolescentes, experiencias, programas.
- HATTON, C. Y OTROS. «Factors associated with staff support and resident lifestyle in services for people with multiple disabilities: a path analytic approach»,

- Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 5, 1996, págs. 466-477, Biblio. R.104
- Deficiencias, deficiencia sensorial, deficiencia mental, soluciones residenciales, servicios y centros, análisis coste-eficacia, indicadores, calidad de la atención, relación profesional-cliente, evaluación de servicios.
- HAYES, L. Y OTROS. «Finding out about and accessing respite (short-term breaks)», *British Journal of Learning Disabilities*, 24,3, 1996, págs. 115-118, Biblio. R.103
- Deficiencias, servicios de alivio, información, publicidad, problemas, deficiencia mental.
- HAYMES, S.A. Y OTROS. «The relationship of vision and psychological variables to the orientation and mobility of visually impaired persons», *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 90, 4, 1996, págs. 314-324, Biblio. R.606
- Deficiencias, deficiencia visual, orientación espacial, movilidad, factores psicológicos, literatura científica.
- HEMMETER, M.L. Y OTROS. «The effects of teacher-implemented language instruction within free time activities», *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabil*, 31, 3, 1996, págs. 203-212, Biblio. R.404
- Deficiencias, deficiencia mental, lenguaje, aprendizaje, programas y métodos educativos, actividades recreativas.
- HOWLIN, P., JONES, D.P. «An assessment approach to abuse allegations made through facilitated communication», *Child Abuse and Neglect*, 20, 2, 1996, págs. 103-110, Biblio. R.631
- Niños, deficiencias, deficiencia mental, autismo, comunicación no verbal, familia, abusos sexuales, evaluación.
- HUGHES, A. Y OTROS. «Comparing quality of life for people with learning disabilities and people who are unemployed or retired», *British Journal of Learning Disabilities*, 24, 3, 1996, págs. 99-103, Biblio. R.103
- Deficiencia mental, paro, paro de larga duración, jubilación, calidad de vida, evaluación, estudio comparativo.
- INSEE. «Protection sociale. En: données sociales 1996. La société française», Paris (Fr), *Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques*, 1966, págs. 429-486, Biblio. G1a.167
- Protección social, prestaciones económicas, ancianos, deficiencias, gasto social, asistencia domiciliaria, servicios sociales, integración laboral, Francia.
- JAMES, D.H. Y OTROS. «Schizophrenia and learning disability», *British Journal of Learning Disabilities*, 24, 3, 1996, págs. 90-94, Biblio. R.103
- Esquizofrenia, diagnóstico, síntomas, deficiencias, deficiencia mental.
- JONES, G.C., KILPATRICK, A.C. «Wellness theory: A discussion and application to clients with disabilities», *Families in Society*, 77, 5, 1996, págs. 259-268, Biblio. R.936
- Deficiencias, ecología social, concepto, calidad de vida, trabajo social, relación profesional-cliente.
- JONES, L., WOLFFE, K. «Improving the braille competence of teaching staff: a state agency model», *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 90, 3, 1996, págs. 259-262, Biblio. R.606
- Deficiencias, deficiencia visual, braille, aprendizaje lectura y escritura, programas y métodos educativos, profesor, formación de personal, USA.
- KESSLER, F. «Pensions d'invalidité de droit communautaire et conventions bilaterales de sécurité sociale: Des précisions», *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 32, 1, 1996, págs. 143-150, Biblio. R.231
- Protección social, deficiencias, deficiencia física, prestaciones económicas, pensiones, normativa, Unión Europea.
- KNOWLTON, M., WETZEL, R. «Braille reading rates as a function of reading tasks», *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 90, 3, 1996, págs. 227-236, Biblio. R.606
- Deficiencias, deficiencia visual, adultos, braille, lectura y escritura, metodología, estudio comparativo.
- KORFF-SAUSSE, S. «L'énigme des origines. Quelques réflexions psychanalytiques sur handicap et sexualité», *Cahiers du C.T.N.E.R.HJ. Handicaps et Inadaptations*, 71, 1996, págs. 34-45, Biblio. R.562
- Deficiencias, sexualidad, psicoanálisis, teoría, riesgo.
- KUYK, T. «Telescopic low vision aids with motorized and auto focuses», *Journal*

- of *Visual Impairment and Blindness*, 90, 4, 1996, págs. 333-340, Biblio. R.606
- Deficiencias, deficiencia visual, nuevas tecnologías, ayudas técnicas, evaluación de servicios, utilización, estudio comparativo.
- LAMB, G. «Beginning braille: A whole language-based strategy», *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 90, 3, 1996, págs. 184-189, Biblio. R.606
- Braille, interacción familiar, relación profesor-alumno, deficiencias, deficiencia visual.
- LANDSVERK, J. Y OTROS. «Impact of chüd psychosocial functioning on reunification from out-of-home placement», *Children and Youth Services Review*, 18, 4-5, 1996, págs. 447-462, Biblio. R.1007
- Menores, acogimiento familiar, relaciones familiares, familia, problemas de conducta, problemas emocionales, deficiencias, deficiencia mental, deficiencia física, estudio comparativo.
- LAÑE, E.J. Y OTROS. «Paid co-worker support for individuáis with severe and multiple disabilities», *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabil*, 31, 3, 1996, págs. 251-265, Biblio. R.404
- Deficiencias, deficiencia mental, integración laboral, trabajo con apoyo, compañeros, servicios de apoyo, experiencias.
- LEYSER, Y. Y OTROS. «Stress and adaptation in families of children with visual disabilities», *Families in Society*, 77, 4, 1996, págs. 240-249, Biblio. R.936
- Deficiencias, deficiencia visual, niños, actitudes familia, adaptación personal, impacto familiar, encuestas, estudio comparativo.
- LINDSAY, W.R. Y OTROS. «The effects of behaviour relaxation training on adults with profound múltiple disabilities: a preliminary study on treatment effectiveness», *British Journal of Learning Disabilities*, 24, 3, 1996, págs. 119-123, Biblio. R.103
- Deficiencia mental, deficiencia profunda, deficiencia múltiple, adultos, relación, entrenamiento, tratamiento, efectos, estudio descriptivo.
- LINDSEY, P. «The right to choose: Informed consent in the lives of adults with mental retardation and developmental disabilities», *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabil*, 31, 3, 1996, págs. 171-176, Biblio. R.404
- Deficiencia mental, forma de vida, toma de decisiones, autodeterminación, derechos, ética, crítica.
- LOWG, R.G. Y OTROS. «Older persons and community travel: the effect of visual impairment», *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 90, 4, 1996, págs. 302-313, Biblio. R.606
- Deficiencias, deficiencia visual, ancianos, movilidad, transportes, efectos, factores sociales, factores psicológicos, autonomía personal, estudio comparativo.
- MADARIAGA, A. «Programas de ocio para personas con retraso mental: Una aproximación general desde la educación del ocio», *Revista de Ciencias de la Educación*, 165, 1996, págs. 111-122, Biblio. R.424
- Deficiencias, deficiencia mental, ocio, calidad de vida, programas y métodos educativos, aprendizaje.
- MARKHAM, R., WYVER, S. «When may a child who is visually impaired recognize a face?», *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 90, 4, 1996, págs. 325-332, Biblio. R.606
- Deficiencias, deficiencia visual, niños, interacción social, aptitudes, estudio comparativo.
- MATSUSHI, T. Y OTROS. «Ring chromosome 15 syndrome in an adult female», *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 5, 1996, págs. 478-481, Biblio. R.104
- Deficiencias, deficiencia mental, mujer, síndromes, anomalías cromosómicas, microcefalia, enanismo, desarrollo, casuística.
- MCDONALD, T.P. Y OTROS. «The impact of major events on the lives of family caregivers of children with disabilities», *Families in Society*, 77, 8, 1996, págs. 502-514, Biblio. R.936
- Deficiencias, niños, problemas emocionales, cuidador informal, actitudes familia, satisfacción, calidad de vida, servicios de apoyo.
- MCDONNELL, A.P. «The acquisition, transfer, and generalization of requests by young children with severe disabilities», *Education and Training in Men-*

- tal Retardation and Developmental Disability*, 31, 3, 1996, págs. 213-234, Biblio. R.404
- Deficiencias, deficiencia mental, programas y métodos educativos, resultados.
- MCFADYEN, A., HUGHES, M. «A summer school for learning disabled children: description and evaluation», *British Journal of Learning Disabilities*, 24, 3, 1996, págs. 124-128, Biblio. R.103
- Deficiencias, deficiencia mental, vacaciones, niños, escuela, programas de formación, evaluación.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES. INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES. «La protección económica de las personas con minusvalía: Datos significativos. Seminario: La discapacidad en el siglo XXI. El plan de acción: Una propuesta de futuro», Santander, Ministerio de Asuntos Sociales, 1995, págs. 32, Biblio. G9a FOL.53
- Deficiencias, protección social, prestaciones económicas, pensiones asistenciales, gasto social, estadísticas económicas, estadísticas de servicios, evolución, España.
- MONTALAR, A., DOMENECH, J. «El autoconcepto en el niño, a con parálisis cerebral», *Informado psicológica*, 55, 1994, págs. 7-10, Biblio. R.588
- Deficiencias, parálisis cerebral, niños, inteligencia, autoconcepto, evaluación.
- Moss, S. Y OTROS. «Respondent and informant accounts of psychiatric symptoms in a sample of patients with learning disability», *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 5, 1996, págs. 457-465, Biblio. R.104
- Deficiencias, deficiencia mental, problemas psiquiátricos, diagnóstico, entrevistas.
- MYRBERG, M. Y OTROS. «Reading proficiency of elderly visually impaired persons after rehabilitation», *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 90, 4, 1996, págs. 341-351, Biblio. R.606
- Deficiencias, deficiencia visual, ancianos, problemas de lectura y escritura, rehabilitación, seguimiento.
- McMILLAN, D.L., GRESHAM, F.M. «The labyrinth of idea: School decisions on referred students with subaverage general intelligence», *American Journal on Mental Retardation*, 101, 2, 1996, págs. 161-174, Biblio. R.100
- Deficiencias, deficiencia mental, problemas de aprendizaje, niños, escuela, educación especial, toma de decisiones, asesoramiento, tests de inteligencia.
- O'BRIEN, P. Y OTROS. «Facilitating a national system of training in New Zealand», *British Journal of Learning Disabilities*, 24,3, 1996, págs. 110-114, Biblio. R.103
- Deficiencias, formación de personal, programas de formación, Nueva Zelanda, deficiencia mental.
- OLOF, S., TRILLINGSGAARD, A. «Theory of mind in non-retarded children with autism and asperger's syndrome. a research note», *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 6, 1996, págs. 759-763, Biblio. R.458
- Deficiencias, deficiencia mental, niños, autismo, síndrome de asperger, tests de inteligencia, C.I., estudio comparativo.
- PRASHER, V.P., CHEUNG, M. «Causes of age-related decline in adaptive behavior of adults with down syndrome: differential diagnoses of dementia», *American Journal on Mental Retardation*, 101, 2, 1996, págs. 175-183, Biblio. R.100
- Deficiencias, deficiencia mental, síndrome de down, adultos, demencia senil, enfermedad de alzheimer, diagnóstico diferencial, adaptación personal, deterioro mental.
- PRESNEAU, J.R. «Chronique historique. L'art de parler avec les doigts ou de l'usage de l'alphabet manuel dans l'éducation des sourds», *Cahiers du C.T.N.E.R.H.I. Handicaps et Inadaptations*, 71, 1996, págs. 89-100, Biblio. R.562
- Deficiencias, deficiencia auditiva, comunicación no verbal, aprendizaje, lenguaje, estudio retrospectivo.
- RAPIN, I. «Practitioner review: Developmental language disorders: a clinical update», *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 6, 1996, págs. 643-655, Biblio. R.458
- Deficiencias, deficiencia mental, autismo, niños, problemas de lenguaje, lenguaje, desarrollo, aprendizaje, afasia, etiología.
- ROBINSON, K. «Children, society and the arts», *Children and Society*, 9, 4, 1995, págs. 5-14, Biblio. R.886

- Deficiencias, niños, actividades artísticas y culturales, integración social, educación.
- RUSSELL, J. Y OTROS. «Working memory in children with autism and with moderate learning difficulties», *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 6, 1996, págs. 673-686, Biblio. R.458
- Deficiencias, deficiencia mental, niños, autismo, memoria, terapias, estudio comparativo.
- RYLES, R. «The impact of braille reading skills on employment, income, education, and reading habits», *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 90, 3, 1996, págs. 219-226, Biblio. R.606
- Deficiencias, deficiencia visual, adultos, braille, impacto, lectura y escritura, encuestas, estudio comparativo, integración laboral, nivel cultural.
- SCHROEDER, F.K. «Perceptions of braille usage by legally blind adults», *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 90, 3, 1996, págs. 210-218, Biblio. R.606
- Deficiencias, deficiencia visual, adultos, braille, autoestima, etiquetamiento, impacto, aprendizaje lectura y escritura, programas y métodos educativos, estudio cualitativo, encuestas.
- SHAM, S. «Reaching chinese children with learning disabilities in greater manchester», *British Journal of Learning Disabilities*, 24, 3, 1996, págs. 104-109, Biblio. R.103
- Deficiencias, deficiencia mental, niños, minorías, Reino Unido, servicios sociales, actitudes sociales.
- SHOHAM-VARDI, I. Y OTROS. «Factors predicting re-referral following crisis intervention for community-based persons with developmental disabilities and behavioral and psychiatric disorders», *American Journal on Mental Retardation*, 101, 2, 1996, págs. 109-117, Biblio. R.100
- Deficiencias, deficiencia mental, autismo, problemas de conducta, conducta, factor de riesgo, problemas psiquiátricos, predicción, estudio comparativo.
- STERMAC, L. Y OTROS. «Sexual assault of adult males», *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 1, 1996, págs. 52-64, Biblio. R.1177
- Abusos sexuales, hombre, homosexualidad, deficiencias, características población, estudio descriptivo.
- STRATTON, J.M. «Emergent literacy: A new perspective», *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 90, 3, 1996, págs. 177-183, Biblio. R.606
- Deficiencias, deficiencia visual, niños, aprendizaje lectura y escritura, comunicación, interacción, programas y métodos educativos.
- TURNER, S., Moss, S. «The health needs of adults with learning disabilities and the health of the nation strategy», *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 5, 1996, págs. 438-450, Biblio. R.104
- Deficiencias, deficiencia mental, salud, mortalidad, factor de riesgo, servicios de salud, obesidad, literatura científica.
- TURPIN, P. «Discriminations compensatoires, discriminations dites positives et politiques d'intégration», *Cahiers du C.T.N.E.R.HJ. Handicaps et Inadaptations*, 71, 1996, págs. 80-88, Biblio. R.562
- Deficiencias, deficiencia física, política social, prestaciones sociales, discriminación positiva, fundamentos, Europa.
- VALLADE, F. «Processus cognitifs et prototypes. La pensée sociale des éducateurs en formation concernant les adolescents déficients intellectuels», *Sauvegarde de l'Enfance*, 50, 2, 1995, págs. 147-171, Biblio. R.114
- Deficiencias, deficiencia mental, trabajador social, educación especial, evaluación, actitudes sociales.
- VAN SCHROJENSTEIN, H.M. Y OTROS. «Comorbidity in people with down's syndrome: A criteria-based analysis», *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 5, 1996, págs. 385-399, Biblio. R.104
- Deficiencias, deficiencia mental, síndrome de down, riesgo, salud, enfermedad, datos epidemiológicos, literatura científica.
- VIDA, J. «La incapacidad temporal y la invalidez del trabajador como causa de suspensión del contrato de trabajo (nueva regulación del supuesto de hecho suspensivo)», *Tribuna Social*, 61, 1996, págs. 7-31, Biblio. R.1209
- Deficiencias, deficiencia física, incapacidad, trabajo, derecho laboral, normativa, prestaciones económicas, España.
- VOLKMAR, F.R., Y OTROS. «Asperger's syndrome», *Journal of the American Aca-*

demy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 1, 1996, págs. 118-123, Biblio. R.598

Deficiencias, deficiencia mental, autismo, síndrome de asperger, concepto, casuística.

WENZ-GROSS, M., SIPERSTEIN, G.N. «The social world of preadolescents with mental retardation: Social support, family environment and adjustment», *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabil*, 31, 3, 1996, págs. 177-187, Biblio. R.404

Deficiencias, deficiencia mental, adolescentes, apoyo social, apoyo psicológico, actitudes familia.

WESTOIM, C. Y OTROS. «Promoting the children act (1989) in day services to disabled children. Findings from an action research project», *Children and Society*, 9, 1, 1995, págs. 54-66, Biblio. R.886

Deficiencias, niños, centros de día, preescolaridad, evaluación de servicios, calidad de la atención, métodos de evaluación, normativa, Reino Unido.

WHALEN, C, SCHUSTER, J.W. «The use of unrelated instructive feedback when teaching in a small group instructional arrangement», *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabil*, 31, 3, 1996, págs. 188-202, Biblio. R.404

Deficiencias, deficiencia mental, problemas de aprendizaje, programas y métodos educativos, matemáticas, estudio comparativo.

WITTENSTEIN, S.H., PARDEE, M.L. «Teachers' voices: comments on braille and literacy from the field», *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 90, 3, 1996, págs. 201-209, Biblio. R.606

Deficiencias, deficiencia visual, niños, actitudes profesores, braille, programas y métodos educativos, aprendizaje lectura y escritura, encuestas.

JUVENTUD

ASHFORD, J.B. «Protecting the interests of juveniles on aftercare, parole», *Children and Youth Services Review*, 18, 7, 1996, págs. 637-654, Biblio. R.1007

Menores, juventud, delincuencia juvenil, reclusión, libertad condicional, tra-

bajador social, política, recomendaciones, USA.

BRONSTEIN, L.R. «Intervening with homeless youths: Direct practice without blaming the victim», *Child and Adolescent Social Work Journal*, 13, 2, 1996, págs. 127-138, Biblio. R.518

Menores, juventud, sin techo, adolescentes, intervención informal, características usuario, modelos, literatura científica.

CHAN CHEE, C. «Perception du corps, relations aux autres et expériences amoureuses», *Santé de l'Homme*, 323, 1996, págs. III-V, Biblio. R.1117

Juventud, sexualidad, relaciones interpersonales, sida, prevención, ets, campañas de prevención.

FRUIN, D., Y OTROS. «Annual monitoring inspection of aylcliffe young people's centre secure accommodation», *Gateshead (uk), Social Services Inspectorate*, 1996, págs. 43, Biblio. G1c.49

Menores, delincuencia juvenil, sanciones, centros de acogida, control, evaluación de servicios, estándares, Reino Unido.

HAGQUIST, C; STARRIN, B. «Youth unemployment and mental health - gender differences and economic stress», *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 5, 4, 1996, págs. 215-228, Biblio. R.1182

Juventud, paro, salud mental, género, impacto, trabajo, estrés, ansiedad, problemas psicológicos, estudio comparativo, Suecia.

LARZELERE, R.E., Y OTROS. «Predictive validity of the suicide probability scale among adolescents in group home treatment», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 2, 1996, págs. 166-174, Biblio. R.598

Adolescentes, suicidio, validez, escalas, riesgo, detección.

LENOIR, N. «Les principes, les valeurs, la souveraineté et la transmission de la loi», *Sauvegarde de l'Enfance*, 51, 2, 1996, págs. 111-117, Biblio. R.114

Normativa, derechos, juventud, transmisión de valores, fundamentos.

NERI-KAYSER, O. «Rencóntre du troisième type. Une initiative intergénérationnelle de lüttre contre l'exclusion de l'office villeurbannais des personnes âgées

et des retraites (OVPAR)», *Généralions*, 7-8, 1996, págs. 23-25, Biblio. R.1166

Ancianos, juventud, solidaridad intergeneracional, voluntariado, medio escolar, experiencias, Francia.

OHBERG, A. UYOROSOTROS. «Violent methods associated with high suicide mortality among the young», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 2, 1996, págs. 144-153, Biblio. R.598

Juventud, suicidio, género, factor de riesgo, prevención, estudio retrospectivo, Finlandia.

ROSENCZVEIG, J.P. «La justice, la loi, les jeunes», *Sauvegarde de l'Enfance*, 51, 2, 1996, págs. 188-195, Biblio. R.114

Menores, juventud, derecho, justicia, justicia social, normativa, Francia.

THURMAN, Q.C. «Community-based gang prevention and intervention: An evaluation of the neutral zone», *Crime and Delinquency*, 42, 2, 1996, págs. 279-295, Biblio. R.813

Juventud, acción comunitaria, planes de acción social, prevención social, delincuencia juvenil, factor de riesgo, alternativas, evaluación de servicios, estudio comparativo, tratamiento, USA.

VIARIOS AUTORES. «Violence et maltraitance», *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 44, 3-4, 1996, págs. 170, Biblio. R.105

Menores, malos tratos, adolescentes, violencia, psicopatología, familia, Francia.

MENORES

ARGENT, H. «Children in need: unaccompanied refugees», *Adoption and fostering*, 20, 1, 1996, págs. 24-29, Biblio. R.822

Niños, refugiados, acogimiento institucional, trabajo social, atención infancia, intervención social, casuística. Reino Unido.

BARRIO, M. «Mi experiencia en el refugio», *Goitibera*, 131, 1996, págs. 4-6, Biblio. R.756

Menores, protección de menores, voluntariado, centros de acogida.

BARRIO, M. «¡Ojalá no tuvieran que existir los hogares para menores!», *Goitibera*, 131, 1996, págs. 10-13, Biblio. R.756

Menores, protección de menores, voluntariado, centros de acogida, normativa.

BISHOP, D.M. Y OTROS. «The transfer of juveniles to criminal court: does it make a difference?», *Crime and delinquency*, 42, 2, 1996, págs. 171-191, Biblio. R.813

Delincuencia juvenil, tribunales, juzgado de menores, estudio comparativo, USA.

CERVENKA, K.A. Y OTROS. «A family empowerment intervention for families of juvenile offenders», *Aggression and violent behavior*, 1, 3, 1996, págs. 205-216, Biblio. R.1204

Menores, delincuencia juvenil, intervención familiar, participación familiar, servicios de apoyo, concepto, objetivos, características servicio, recomendaciones.

CORBY, B. Y OTROS. «Parental participation in child protection work: rethinking the rhetoric», *British journal of social work*, 26, 4, 1996, págs. 475-492, Biblio. R.717

Menores, protección de menores, participación familiar, trabajo social, actitudes familia, actitudes profesionales, evaluación.

COURTNEY, M.E. Y OTROS. «Race and child welfare services: past research and future directions», *Child welfare*, LXXV, 2, 1996, págs. 99-137, Biblio. R.1061

Menores, protección de menores, etnia, situación económica, utilización de servicios.

CROCKER, D. «Innovative models for rural child protection teams», *Child abuse and neglect*, 20, 3, 1996, págs. 205-211, Biblio. R.631

Protección de menores, medio rural, acción comunitaria, usa, menores.

DÍAZ-AGUADO, M.J. Y OTROS. «Un estudio exploratorio sobre el desarrollo socioemocional temprano de los niños en acogimiento residencial. En: el desarrollo socioemocional de los niños maltratados», 26, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, 1996, págs. 35-73, Biblio. G4C.67

Menores, niños, malos tratos, acogimiento institucional, residencias infan-

- tiles, relaciones sociales, interacción social, observación, evaluación, escalas.
- DOYLE, C. «Current issues in child protection: an overview of the debates in contemporary journals», *British journal of social work, the*, 26, 4, 1996, págs. 565-576, Biblio. R.717
- Menores, malos tratos, tipología, actitudes profesionales, crítica.
- DRAKE, B. «Consumer and worker perceptions of key child welfare competencies», *Children and youth services review*, 18, 3, 1996, págs. 261-279, Biblio. R.1007
- Niños, servicios sociales, protección de menores, evaluación de servicios, actitudes usuarios, actitudes profesionales.
- FEAN, L. «Inspection of leeds safe house», gateshead (UK), social services inspectorate, 1996, págs. 36, Biblio. Gii.272
- Menores, soluciones residenciales, derechos del niño, protección de menores, igualdad de oportunidades, planes de servicios sociales, evaluación de servicios, personal, estadísticas de servicios.
- FEILD, T. «Managed care and child welfare. will it work?», *Public welfare*, 54, 3, 1996, págs. 4-10, Biblio. R.1197
- Menores, trabajo social individual, intervención social, organización de servicios, calidad de la atención, objetivos, financiación, USA.
- FRANKEL, K.A., HARMON, R.J. «Depressed mothers: they don't always look as bad as they feel», *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 35, 3, 1996, págs. 289-298, Biblio. R.598
- Mujer, maternidad, depresión, relación madre-hijo, impacto, estudio comparativo.
- FRASER, M.W. «Aggressive behavior in childhood and early adolescence: an ecological-developmental perspective on youth violence», *Social work*, 41, 4, 1996, págs. 347-361, Biblio. R.671
- Niños, delincuencia juvenil, violencia, agresividad, actitudes familia, sociología.
- FREEMAIM, J.B. Y OTROS. «Child age and caseworker attention in child protective services investigations», *Child abuse and neglect*, 20, 10, 1996, págs. 907-920, Biblio. R.631
- Niños, juventud, malos tratos, hombre, protección de menores, trabajo social individual, edad, estudio comparativo.
- FRUIN, D. Y OTROS. «Inspection of leaving care services - durham», gateshead (UK), social services inspectorate, 1996, págs. 45, Biblio. G9.418
- Menores, protección de menores, servicios sociales, planes de transición, seguimiento, servicios de apoyo, evaluación de servicios, calidad de la atención, estándares.
- GIBBS, J.C. Y OTROS. «Developing the helping skills and prosocial motivation of aggressive adolescents in peer group programs», *Aggression and violent behavior*, 1, 3, 1996, págs. 283-305, Biblio. R.1204
- Adolescentes, agresividad, problemas de conducta, terapia de grupo, trabajo de grupo, integración social, seguimiento.
- GILCHRIST, A., HOGGAN, P. «Involving birth parents in foster carer training», *Adoption and fostering*, 20, 1, 1996, págs. 30-34, Biblio. R.822
- Niños, acogimiento familiar, participación familiar, intervención familiar, trabajo social, cuidador informal, experiencias, proyectos piloto. Reino Unido.
- GILGUN, J.F. «Human development and adversity in ecological perspective, part 2: three patterns», *Families in society*, 77, 8, 1996, págs. 459-476, Biblio. R.936
- Niños, malos tratos, abusos sexuales, abandono, familias problemáticas, adultos, impacto, adaptación personal, factor de riesgo, ecología social, estudio retrospectivo.
- GLISSON, C. «Judicial and service decisions for children entering state custody: the limited role of mental health», *Social service review*, 70, 2, 1996, págs. 257-281, Biblio. R.690
- Menores, custodia, problemas psicológicos, salud mental, servicios sociales, servicios psiquiátricos, delincuencia juvenil, malos tratos, datos estadísticos, acogimiento institucional, toma de decisiones.
- GOERGE, R. Y OTROS. «New comparative insights into states and their foster chil-

- dren», *Public welfare*, 54, 3, 1996, págs. 12-25, Biblio. R.1197
- Menores, acogimiento familiar, acogimiento institucional, estadísticas de servicios, tendencias, base de datos, USA.
- GOLDSON, E. «The effect of war on children», *Child abuse and neglect*, 20, 9, 1996, págs. 809-819, Biblio. R.631
- Víctimas, violencia, niños, conflicto, efectos, mortalidad, enfermedad, refugiados.
- GOODINGE, S. Y OTROS. «Inspection of child protection services - kirklees metropolitan council», *gateshead (UK)*, social services inspectorate, 1996, págs. 63, Biblio. G11.262
- Menores, protección de menores, evaluación de servicios, nivel local, características servicio, organización y gestión, personal, estándares, Reino Unido.
- GRAHAM, P. «Alcohol and the young», *Archives of disease in childhood*, 75, 5, 1996, págs. 361-366, Biblio. R.186
- Drogodependencias, menores, alcohol, relación padres-hijos, padres adictos, prevención, tratamiento.
- GRIFFITHS, G. Y OTROS. «Report of the annual monitoring inspection of elm unit secure accommodation», *leeds (UK)*, social services inspectorate, 1996, págs. 42, Biblio. Gii.287
- Menores, delincuencia juvenil, centros de acogida, evaluación de servicios, calidad de vida, calidad de la atención, estándares, Reino Unido.
- HESTER, M., RADFORD, L. «Domestic violence and child contact arrangements in England and Denmark», *Bristol (UK)*, Policy press, 1996, págs. 58, Biblio. G2c.7
- Menores, mujer, malos tratos, violencia, medio familiar, problemas familiares, impacto, intervención social, política social, actitudes profesionales, informes, estudio descriptivo, protección de menores, normativa, estudio comparativo, Dinamarca, Reino Unido.
- HOGUE, R.D. Y OTROS. «An investigation of risk and protective factors in a sample of youthful offenders», *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 37, 4, 1996, págs. 419-424, Biblio. R.458
- Delincuencia, juventud, menores, factor de riesgo, problemas familiares, relaciones interpersonales, rendimiento escolar, estudio comparativo.
- IRWIN, H.J. «Traumatic childhood events, perceived availability of emotional support, and the development of dissociative tendencies», *Child abuse and neglect*, 20, 8, 1996, págs. 701-707, Biblio. R.631
- Niños, trauma, adultos, problemas psiquiátricos, adaptación personal, apoyo social.
- JENNINGS, M.A. Y OTROS. «Early citizen review: does it make a difference?», *Social work*, 41, 2, 1996, págs. 224-231, Biblio. R.671
- Niños, acogimiento familiar, estudio comparativo, centros de acogida, acogimiento institucional, adopción.
- JOINER, T.E., DINEEN, K. «Parental, child-centered attributions and outcome: a meta-analytic review with conceptual and methodological implications», *Journal of abnormal child psychology*, 24, 1, 1996, págs. 37-52, Biblio. R.464
- Niños, relación padres-hijos, conducta, intervención, metodología, literatura científica.
- JONES, R. «Decision making in child protection», *British journal of social work*, 26, 4, 1996, págs. 509-522, Biblio. R.717
- Menores, protección de menores, acogimiento institucional, toma de decisiones, procedimiento, evaluación de servicios, Reino Unido.
- MARCENKO, M.O. Y OTROS. «Outcomes of a home visitation trial for pregnant and postpartum women at-risk for child placement», *Children and youth services review*, 18, 3, 1996, págs. 243-259, Biblio. R.1007
- Mujer, maternidad, intervención familiar, atención perinatal, riesgo, menores, acogimiento institucional, prevención.
- MORRISON, T. «Partnership and collaboration: rhetoric and reality», *Child abuse and neglect*, 20, 2, 1996, págs. 127-140, Biblio. R.631
- Menores, protección de menores, intervención social, sociología institucional, colaboración, equipo multidisciplinar, evaluación de servicios.
- MUNRO, E. «Avoidable and unavoidable mistakes in child protection work», *Bri-*

- tish journal of social work, the*, 26, 6, 1996, págs. 793-808, Biblio. R.717
- Menores, protección de menores, trabajo social, toma de decisiones, faltas profesionales, crítica.
- PIERCE, R.L., PIERCE, L.H. «Moving toward cultural competence in the child welfare system», *Children and youth services review*, 18, 8, 1996, págs. 713-731, Biblio. R.1007
- Menores, protección de menores, minorías, relación profesional-cliente, cultura, modelos, recomendaciones.
- POTOCKY, M. «Refugee children: how are they faring economically as adults?», *Social work*, 41, 4, 1996, págs. 364-373, Biblio. R.671
- Migración, niños, estatus socioeconómico, estudio comparativo, USA.
- PRITCHARD, C. «Search for an indicator of effective child protection in a re-analysis of child homicide in the major western countries 1973-1992: A response to lindsey and trocme and macdonald», *British journal of social work, the*, 26, 4, 1996, págs. 545-563, Biblio. R.717
- Menores, malos tratos, muerte, datos epidemiológicos, evolución, indicadores, protección de menores, Reino Unido.
- RAMSAY, D. «Recruiting and retaining foster carers: implications of a professional service in fife», *Adoption and fostering*, 20, 1, 1996, págs. 42-46, Biblio. R.822
- Niños, acogimiento familiar, atención infancia, ayudas a la familia, prestaciones económicas, salario, experiencias. Reino Unido.
- ROSE, S.J., MEEZAN, W. «Variations in perceptions of child neglect», *Child welfare*, LXXV, 2, 1996, págs. 139-160, Biblio. R.1061
- Menores, malos tratos, abandono, concepto, percepción, trabajador social, etnia, madre, estudio comparativo.
- RYAN, G. Y OTROS. «Trends in a national sample of sexually abusive youths», *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 35, 1, 1996, págs. 17-25, Biblio. R.598
- Menores, abusos sexuales, delincuencia juvenil, víctimas, malos tratos, reproducción sociocultural, factores socioeconómicos.
- SANBORN, J.B. «Factors perceived to affect delinquent dispositions in juvenile court: putting the sentencing decision into context», *Crime and delinquency*, 42, 1, 1996, págs. 99-113, Biblio. R.813
- Delincuencia juvenil, juzgado de menores, factores socioeconómicos, sanciones, toma de decisiones, estudio comparativo.
- SÁNCHEZ, E. Y OTROS. «Intervención ante riesgo social en el seguimiento de la salud infantil». *Revista de calidad asistencial*, 11, 2, 1996, págs. 67-71, Biblio. R.1228
- Menores, alto riesgo, intervención, servicios de salud, detección, factor de riesgo, resultados, experiencias.
- SANDERS, R. Y OTROS. «The balance of prevention, investigaron, and treatment in the management of child protection services», *Child abuse and neglect*, 20, 10, 1996, págs. 899-906, Biblio. R.631
- Niños, protección de menores, prevención, investigación, tratamiento, funcionamiento, Reino Unido.
- SCANNAPIECO, M., JACKSON, S. «Kinship care: the african american response to family preservaron», *Social work*, 41, 2, 1996, págs. 190-196, Biblio. R.671
- Niños, acogimiento institucional, centros de acogida, familia adoptiva, USA, familia, minorías.
- STEWART, K. «Sexual abuse as a moral event», *British journal of social work, the*, 26, 4, 1996, págs. 493-508, Biblio. R.717
- Menores, malos tratos, abusos sexuales, ética, teoría.
- THOMPSON, R.W. Y OTROS. «Residential care: a study of short-and long-term educational effects», *Children and youth services review*, 18, 3, 1996, págs. 221-242, Biblio. R.1007
- Menores, delincuencia juvenil, riesgo, prevención, centros de acogida, efectos, atención comunitaria, estudio comparativo.
- VARIOS AUTORES. «Family reunification of children in out-of-home care: research issues and perspectives», *Children and youth services review*, 18, 4-5, 1996, págs. 495, Biblio. R.1007
- Menores, acogimiento institucional, adopción, relaciones familiares, intervención familiar, trabajo social, seguimiento, actitudes familia, experiencias, USA.

VARIOS AUTORES. «La escuela, al servicio de sus mayores», *Cuadernos de pedagogía*, 248, 1996, págs. 26-27, Biblio. R.434

Niños, medio escolar, información, ancianos, medio familiar, programas y métodos educativos, transmisión de valores, experiencias.

VARIOS AUTORES. «Salud en el medio rural». *Cuadernos de pedagogía*, 248, 1996, págs. 28-30, Biblio. R.434

Educación sanitaria, salud, medio escolar, medio rural, hábitos sociales.

VINSON, T. Y OTROS. «Neighbourhoods, networks and child abuse», *British journal of social work*, the, 26, 4, 1996, págs. 523-543, Biblio. R.717

Menores, malos tratos, abusos sexuales, factor de riesgo, barrios, ecología social.

WALL, J.C. «Homeless children and their families: Delivery of educational and social services through school systems», *Social Work in Education*, 18, 3, 1996, págs. 135-144, Biblio. R.912

Niños, pobreza, intervención familiar, trabajo social, tratamiento, escuela, familia, sin techo.

WESTCOTT, H.L., DAVIES, G.M. «Sexually abused children's and young people's perspectives on investigative interviews», *British Journal of Social Work*, the, 26, 4, 1996, págs. 451-474, Biblio. R.717

Menores, juventud, abusos sexuales, evaluación, entrevistas, metodología, normativa, Reino Unido.

ZHANG, S.X. «The efficiency of working under one roof: An evaluation of los angeles county juvenile justice centers», *Crime and Delinquency*, 42, 2, 1996, págs. 257-268, Biblio. R.813

Delincuencia juvenil, juzgado de menores, integración social, organización de servicios, centros de acogida, sanciones, estudio comparativo, USA.

MUJER

BELL, L.A. «In danger of winning. consciousness raising strategies for empowering girls in the united states», *Women's studies International forum*, 19, 4, 1996, págs. 419-427, Biblio. R.773

Mujer, género, relaciones sociales, sexismo, igualdad de oportunidades,

programas de promoción, actitudes sociales, medio escolar, experiencias, USA.

CASCARDI, M. Y OTROS. «Objective ratings of assault safety as predictors of PTSD», *Journal of interpersonal violence*, 11, 1, 1996, págs. 65-78, Biblio. R.1177

Mujer, abusos sexuales, impacto, trauma, estudio comparativo.

CELANO, M. Y OTROS. «Treatment of traumatic beliefs among sexually abused girls and their mothers: an evaluation study», *Journal of abnormal child psychology*, 24, 1, 1996, págs. 1-17, Biblio. R.464

Niños, mujer, abusos sexuales, madre, tratamiento, evaluación de servicios, estudio comparativo.

CHENET, L. «La fertilidad de las adolescentes en la Unión Europea», *Entre nous*, 32, 1996, págs. 10-10, Biblio. R.951

Mujer, adolescentes, fertilidad, estadísticas de población, Europa.

COBO, R. «La discriminación positiva, el largo camino hacia la igualdad», *Crítica*, 831, 1996, págs. 26-28, Biblio. R.1163

Mujer, igualdad de oportunidades, sexismo, discriminación positiva, unión europea, política, jurisprudencia, España.

COFFEY, P. Y OTROS. «Mediators of the long-term impact of child sexual abuse: perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame», *Child abuse and neglect*, 20, 5, 1996, págs. 447-455, Biblio. R.631

Mujer, niños, abusos sexuales, impacto, etiquetamiento, problemas psicológicos, evaluación, cuestionarios.

COMISIÓN EUROPEA «Cuarto programa de acción comunitario para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres (1996-2000). Aprobado por decisión del consejo de trabajo y asuntos sociales (22 de diciembre de 1995)», 20, Madrid, Instituto de la mujer, 1996, págs. 63, Biblio. G1b.135

Mujer, igualdad de oportunidades, planes de acción social, conciliación, derechos.

EISIKOVITS, Z., BUCHBINDER, E. «Pathways to disenchantment. battered women's views of their social workers», *Journal of interpersonal violence*, 11, 3, 1996, págs. 425-440, Biblio. R.1177

- Mujer, malos tratos, relación profesional-cliente, entrevistas, trabajador social, intervención, recomendaciones.
- EVANS, G. «Putting men and women into classes: an assessment of the cross-sex validity of the goldthorpe class schema», *Sociology*, 30, 2, 1996, págs. 209-234, Biblio. R.972
- Mujer, sexismo, clase social, sociología, igualdad de oportunidades, perfil profesional, instrumentos técnicos.
- EYLENBOSCH, A., VERRETH, K. «Equal treatment for men and women in complementary pensions: answers or unresolved questions?», *Journal of european social policy*, 6, 2, 1996, págs. 123-146, Biblio. R.1171
- Mujer, salario, igualdad de oportunidades, pensiones, jubilación, género, jurisprudencia, unión europea.
- FALCHIKOV, N. «Adolescent attitudes to abuse of women. are wives and nonmarital partners viewed differently?», *Journal of interpersonal violence*, 11, 3, 1996, págs. 391-409, Biblio. R.1177
- Adolescentes, malos tratos, mujer, medio familiar, actitudes sociales, género, escalas, estudio comparativo.
- FRANKEL, K.A., HARMON, R.J. «Depressed mothers: they don't always look as bad as they feel», *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 35, 3, 1996, págs. 289-298, Biblio. R.598
- Mujer, maternidad, depresión, relación madre-hijo, impacto, estudio comparativo.
- GIBSOIM, R.L., HARTSHORNE, T.S. «Childhood sexual abuse and adult loneliness and network orientation», *Child abuse and neglect*, 20, 11, 1996, págs. 1087-1093, Biblio. R.631
- Delincuencia, agresión sexual, tipología, tratamiento, clasificación, estudio comparativo, mujer, abusos sexuales, impacto, apoyo social, utilización de servicios, soledad.
- GOLD, S.N. Y OTROS. «Characteristics of childhood sexual abuse among female survivors in therapy», *Child abuse and neglect*, 20, 4, 1996, págs. 323-335, Biblio. R.631
- Mujer, niños, abusos sexuales, terapias, evaluación, malos tratos.
- HESTER, M., RADFORD, L. «Domestic violence and child contact arrangements in England and Denmark», Bristol (UK), Poney press, 1996, págs. 58, Biblio. G2c.7
- Menores, mujer, malos tratos, violencia, medio familiar, problemas familiares, impacto, intervención social, política social, actitudes profesionales, informes, estudio descriptivo, protección de menores, normativa, estudio comparativo, Dinamarca, Reino Unido.
- HIMELEIN, M.J., MCEL RATH, J.A. «Resilient child sexual abuse survivors: cognitive coping and illusi3n», *Child abuse and neglect*, 20, 8, 1996, págs. 747-758, Biblio. R.631
- Niños, abusos sexuales, mujer, adaptación personal, encuestas.
- LACALZADA DE MATEO, M.J. «La emancipación de los seres humanos: la toma de conciencia de la mujer como persona (S. XVIII-XIX)», *Intervención psicossocial*, 5, 13, 1996, págs. 67-78, Biblio. R.1066
- Mujer, igualdad de oportunidades, derechos humanos, feminismo, emancipación.
- LOGAN, J. «Birth mothers and their mental health: uncharted territory», *British journal of social work, the*, 26, 5, 1996, págs. 609-625, Biblio. R.717
- Mujer, madre, adopción, impacto, problemas psiquiátricos, factor de riesgo.
- MAHONY, P., FRITH, R. «Equality in the english marketplace», *Women's studies International forum*, 19, 4, 1996, págs. 381-394, Biblio. R.773
- Mujer, igualdad de oportunidades, género, medio escolar, ecología social, profesor, experiencias. Reino Unido.
- MAHOWALD, M.B. Y OTROS. «The new genetics and women», *Milbank quarterly, the*, 74, 2, 1996, págs. 239-283, Biblio. R.979
- Bioética, genética, cromosomas, mujer, reproducción, impacto, investigación.
- MARCENKO, M.O. Y OTROS. «Outcomes of a home visitation trial for pregnant and postpartum women at-risk for child placement», *Children and youth services review*, 18, 3, 1996, págs. 243-259, Biblio. R.1007
- Mujer, maternidad, intervención familiar, atención perinatal, riesgo, menores, acogimiento institucional, prevención.
- MARTÍNEZ, E. Y OTROS. «Influencias socioculturales favorecedoras del adelgaza-

- miento y sintomatología alimentaria», *Revista de psiquiatría de la facultad de medicina de Barcelona*, 23, 5, 1996, págs. 125-133, Biblio. R.591
- Mujer, adolescentes, factores sociales, actitudes sociales, alteraciones de la conducta alimentaria, anorexia, evaluación, cuestionarios.
- MAÑERU, A. «Conferencia de Pequín. Mujer y educación. Una plataforma para la acción». *Cuadernos de pedagogía*, 243, 1996, págs. 98-101, Biblio. R.434
- Mujer, desigualdad social, sexismo, educación, derechos, organismos internacionales.
- MEYER, I.H. Y OTROS. «Reliability and validity of a measure of sexual and physical abuse histories among women with serious mental illness», *Child abuse and neglect*, 20, 3, 1996, págs. 213-219, Biblio. R.631
- Mujer, abusos sexuales, malos tratos, adultos, enfermedades mentales, cuestionarios, métodos de evaluación.
- MÍAN, M. Y OTROS. «The effects of sexual abuse on 3-to-5-year-old girls», *Child abuse and neglect*, 20, 8, 1996, págs. 731-745, Biblio. R.631
- Niños, abusos sexuales, medio familiar, efectos, mujer, estudio comparativo.
- MILLS, F.B. «The ideology of welfare reform: deconstructing stigma», *Social work*, 41, 4, 1996, págs. 391-395, Biblio. R.671
- Mujer, madre soltera, discriminación social, normativa, USA.
- MIRANDA, M.J. «Delincuencia femenina y situación social de las mujeres», *Mujeres*, 21, 1996, págs. 9-10, Biblio. R.909
- Mujer, delincuencia, situación socioeconómica, datos estadísticos.
- MOIMSON, C.M. Y OTROS. «To have and to hold. Perceptions of marital rape», *Journal of interpersonal violence*, 11, 3, 1996, págs. 410-424, Biblio. R.1177
- Medio familiar, abusos sexuales, pareja, mujer, actitudes sociales, género, estudio comparativo.
- MULLENDER, A. «Children living with domestic violence», *Adoption and fostering*, 20, 1, 1996, págs. 8-15, Biblio. R.822
- Niños, violencia, malos tratos, mujer, familias problemáticas, impacto familiar, intervención social, intervención informal.
- MORES, L.E. «Contratos temporales y prohibición de la discriminación sexual (a propósito de la S.T.C. 173-1994, de 7 de junio)», *Tribuna social*, 66, 1996, págs. 40-46, Biblio. R.1209
- Mujer, derecho laboral, sexismo, tribunales, jurisprudencia, maternidad, crítica, España.
- RAIMDALL, V. «Feminism and child daycare», *Journal of social policy*, 25, Part 4, 1996, págs. 485-505, Biblio. R.804
- Mujer, feminismo, atención infancia, actitudes sociales, Reino Unido.
- RESEAU EUROPEEN POUR LA FORMATION DES FEMMES «Rapport d'évaluation iris. Formations pour les femmes: le réseau iris évalué les techniques, les pratiques et les innovations», Luxemburgo (LU), Comunidad Europea, 1996, págs. 50, Biblio. G1b.132
- Mujer, igualdad de oportunidades, programas de formación, evaluación de servicios, experiencias, Unión Europea.
- RISLEY-CURTISS, C. «Foster children at risk for sexually transmitted diseases», *Families in society*, 77, 2, 1996, págs. 67-80, Biblio. R.936
- Niños, mujer, acogimiento familiar, salud, ets, población riesgo, riesgo.
- RODRIGO, G. «En la encrucijada de la igualdad», *Emakunde*, 24, 1996, págs. 10-13, Biblio. R.838
- Mujer, relación madre-hijo, sexismo, madre.
- SARWER, D.B., DURLAK, J.A. «Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: a study of couples seeking sex therapy», *Child abuse and neglect*, 20, 10, 1996, págs. 963-972, Biblio. R.631
- Niños, abusos sexuales, mujer, adultos, efectos, relaciones sexuales, terapia.
- SMITH, C. «The link between childhood maltreatment and teenage pregnancy», *Social work research*, 20, 3, 1996, págs. 131-141, Biblio. R.1144
- Menores, adolescentes, mujer, malos tratos, factor de riesgo, efectos, madre

- adolescente, intervención familiar, prevención, recomendaciones.
- SUNDSTROM, M. «Determinants of the use of parental leave benefits by women in Sweden in the 1980S», *Scandinavian journal of social welfare*, 5, 5, 1996, págs. 76-82, Biblio. R.1182
- Mujer, madre, conciliación, política social, política familiar, programas de promoción, Suecia.
- TESTA, M., PARKS, K.A. «The role of women's alcohol consumption in sexual victimization», *Aggression and violent behavior*, 1, 3, 1996, págs. 217-234, Biblio. R.1204
- Drogodependencias, mujer, abusos sexuales, víctimas, factor de riesgo.
- VARIOS AUTORES. «Medidas de acción positiva», *Mujeres*, 21, 1996, págs. 1-20, Biblio. R.909
- Mujer, discriminación positiva, igualdad de oportunidades, integración laboral, unión europea, conciliación, programas y métodos, tribunales, estándares, normativa.
- VARIOS AUTORES. «Links across differences: gender, ethnicity, and nationalism», *Women's studies international forum*, 19, 1-2, 1996, págs. 192, Biblio. R.773
- Mujer, etnia, cultura, género, política, feminismo, panorama internacional.
- WILKINSON, M. «Women, taxes and benefits: a critique of cuviller's proposals», *Journal of social policy*, 25, Part 4, 1996, págs. 545-552, Biblio. R.804
- Mujer, trabajo doméstico, responsabilidad familiar, impuestos, prestaciones sociales, toma de decisiones.
- WINDEBANK, J. «To what extent can social policy challenge the dominant ideology of mothering? a cross-national comparison of Sweden, France and Britain», *Journal of european social policy*, 6, 2, 1996, págs. 147-161, Biblio. R.1171
- Política social, mujer, conciliación, igualdad de oportunidades, madre, permiso de maternidad, estudio comparativo, panorama internacional.
- YEANDLE, S. «Work and care in the life course: understanding the context for family arrangements», *Journal of social policy*, 25, Part 4, 1996, págs. 507-527, Biblio. R.804
- Familia, trabajo, mujer, responsabilidad familiar, conciliación.
- YORDI, I. «Las mujeres y el sida: una amenaza creciente», *Entre nous*, 32, 1996, págs. 4-5, Biblio. R.951
- Sida, mujer, niños, transmisión, datos epidemiológicos.

POBREZA

- BADEL, M. Y OTROS. «Insertion professionnelle et société», *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 32, 1, 1996, págs. 176-187, Biblio. R.231

Protección social, pobreza, integración social, salario social, estadísticas económicas.

- BRONSTEIN, L.R. «Intervening with homeless youths: Direct practice without blaming the victim», *Child and Adolescent Social Work Journal*, 13, 2, 1996, págs. 127-138, Biblio. R.518

Menores, juventud, sin techo, adolescentes, intervención informal, características usuario, modelos, literatura científica.

- BROUWERS, P. «L'accessibilité financiare des soins de santé», *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 3, 1996, págs. 523-567, Biblio. R.645

Pobreza, atención sanitaria, acceso, cobertura, política sanitaria, prestaciones, beneficiarios, Bélgica.

- CALVARUSO, C. Y OTROS. «Percorsi di povertà dei senzacasa a Roma», *Rivista di servizio Sociale*, 36, 1, 1996, págs. 95-105, Biblio. R.649

Pobreza, prestaciones económicas, servicios sociales, sin techo, marginación social, Italia.

- DELEECK, H. «Sécurité sociale et pauvreté», *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 3, 1996, págs. 439-489, Biblio. R.645

Pobreza, seguridad social, protección social, datos estadísticos, prestaciones económicas, paro, jubilación, funciones, Bélgica.

- DOUGLASS, A. «Rethinking the effects of homelessness on children: Resiliency and competency», *Child Welfare*, 75, 6, 1996, págs. 741-751, Biblio. R.1061

Pobreza, sin techo, menores, impacto, adaptación personal, literatura científica, programas y métodos educativos, casuística.

- DRAKE, B-, PANDEY, S. «Understanding the relationship between neighborhood

- poverty and specific types of child maltreatment», *Child Abuse and Neglect*, 20, 11, 1996, págs. 1003-1018, Biblio. R.631
- Niños, pobreza, malos tratos, abusos sexuales, abandono, vecindad, efectos.
- ESPIRITO, F. «La bourse alimentaire de caravelos», *Generations*, 7-8, 1996, págs. 51-53, Biblio. R.1166
- Pobreza, sin techo, integración social, experiencias, voluntariado, Portugal.
- EUZEBY, C. «Les systèmes européens de protection sociale face au défi de l'exclusion sociale», *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 3, 1996, págs. 663-683, Biblio. R.645
- Pobreza, exclusión social, protección social, paro, desigualdad social, salario social, modelos, estudio comparativo, Europa.
- FERNÁNDEZ DE BETOÑO, M.A. «Hegoa, desarrollo y relaciones norte-sur», *Goitibera*, 131, 1996, págs. 14-16, Biblio. R.756
- ONG, países en desarrollo, solidaridad, centros de documentación, CAPV.
- FERNÁNDEZ, C. «Estado de bienestar, marco par la intervención social. La experiencia de los proyectos del ingreso madrileño de integración». *Trabajo Social Hoy*, 11, 1996, págs. 57-63, Biblio. R.1240
- Estado social, crisis, salario social, intervención social, planes pobreza, Madrid.
- LLANO, M. DEL «Una enfermedad llamada paro: La trastienda del desempleo de larga duración», *Trabajo Social Hoy*, 11, 1996, págs. 31-45, Biblio. R.1240
- Paro de larga duración, estudio cualitativo, factores sociales, impacto, salud, situación social, recomendaciones.
- MASHTA, O. «No place of safety», *Community Care*, 1138, 1996, págs. 16-17, Biblio. R.399
- Pobreza, juventud, sin techo, factores socioeconómicos, conflicto familiar, experiencias, recomendaciones.
- MORGAN, J. «The casualization of housing», *Journal of Social Welfare and Family Law*, 18, 4, 1996, págs. 445-460, Biblio. R.474
- Política social, sin techo, vivienda, política de vivienda, herencia de bienes, normativa, Reino Unido.
- MORRIS, L. «Researching living standards: Some problems and some findings», *Journal of Social Policy*, 25, PART 4, 1996, págs. 459-483, Biblio. R.804
- Pobreza, precariedad, paro, situación socioeconómica, ingresos, evaluación, estudio comparativo, Reino Unido.
- NAVARRO, R., LUQUE, O. «Exclusión social: Concepto y orientaciones en políticas de intervención social», *Intervención Psicosocial*, 5, 13, 1996, págs. 39-53, Biblio. R.1066
- Bienestar, estado social, política social, protección social, pobreza, precariedad, concepto.
- NOLAN, B., WHELAN, C.T. «Measuring poverty using income and deprivation indicators: alternative approaches», *Journal of European Social Policy*, 6, 3, 1996, págs. 225-240, Biblio. R.1171
- Marginación social, pobreza, exclusión social, indicadores socioeconómicos, ingresos, concepto, grados, estudio comparativo.
- OTTEVAERE, A. «L'action des organisations internationales dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale», *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 3, 1996, págs. 685-699, Biblio. R.645
- Pobreza, exclusión social, planes pobreza, organismos internacionales, Unión Europea, Consejo de Europa, ONU, OIT.
- PAUGAM, S. «Poverty and social disqualification: A comparative analysis of cumulative social disadvantage in Europe», *Journal of European Social Policy*, 6, 4, 1996, págs. 287-303, Biblio. R.1171
- Pobreza, indicadores, trabajo, vivienda, medio social, relaciones interpersonales, panorama internacional, estudio comparativo.
- PAUGAM, S., ZOYEM, J.P. «Pauvreté et transferts sociaux: Une dépendance accrue des ménages à bas revenus», *Solidante Santé. Etudes Statistiques*, 1, 1996, págs. 47-65, Biblio. R.653
- Pobreza, ingresos, tendencias, profesiones, juventud, riesgo, Francia.
- PESTIEU, P., SPINNEWIJN, F. «Sécurité sociale et pauvreté: Débat entre deux économistes», *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 3, 1996, págs. 419-437, Biblio. R.645

- Pobreza, seguridad social, protección social, teoría, crítica, salario social, prestaciones económicas.
- PILIAVIN, I. Y OTROS. «Exits from and returns to homelessness», *Social Service Review*, 70, 1, 1996, págs. 33-57, Biblio. R.690
- Pobreza, sin techo, vivienda, evolución, características, recuperación, estudio descriptivo, USA.
- SAN MARTÍN, N. «Estado de bienestar en suspenso», *Crítica*, 834, 1996, págs. 56-56, Biblio. R.1163
- Pobreza, estado de bienestar, participación política, planes pobreza, solidaridad.
- SAN MARTÍN, N. «El hambre no es una enfermedad incurable», *Crítica*, 841, 1997, págs. 8-12, Biblio. R.1163
- Malnutrición, etiología, planes de acción social, pobreza, datos estadísticos, países en desarrollo, ONU.
- UNESCO. «Año internacional para la erradicación de la pobreza: 1996», *Trabajo Social Hoy*, 11, 1996, págs. 4-8, Biblio. R.1240
- Pobreza, concepto, planes pobreza.
- VARIOS AUTORES. «La corresponsabilidad internacional frente a la pobreza en el mundo. Año internacional para la erradicación de la pobreza. Bilbao, 25 y 26 de octubre de 1996», Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza, 1996, págs. , Biblio. G4a.2H
- Pobreza, exclusión social, desigualdad social, cooperación internacional, reuniones.
- VERLINDEN, H. «Les allocations familiales: du 'sur mesure' pour les plus demunis?», *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 3, 1996, págs. 587-610, Biblio. R.645
- Pobreza, ayudas a la familia, prestaciones económicas, acceso, protección social, precariedad, Bélgica.

ZERBITZUAN

Las colaboraciones publicadas en esta revista con la firma de sus autores expresan la opinión de éstos y no necesariamente de ZERBITZUAN

DIRECTOR: R. Saizarbitoria
S.I.I.S. Reina Regente, 5 - 20003 DONOSTIA-SAN SEBASTIAN

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Félix M.a Moratalla
Luis Sanzo
Patxi López Cabello
Juan Carlos Ansotegi
Manuel Vigo
Rafael Mendia
José Antonio Agirre Elustondo
Elena Martín Zurimendi
Rosalia Miranda Barandilla

PORTADA: Eladio jimeno

EDITA : Servicio central de publicaciones
del gobierno vasco
C/ Duque de Wellington, 2 – 01010 Vitoria -Gasteiz

FOTICOMPOSICION: RALI, S.A. Particular de costa, 8- 10 - 48080

IMPRIME : GRAFO, S.A. Avda. de Cervantes, 51 - 48970

DEPOSITO Legal : SS -101 -86

ISSN: 1134-7147