

ZERBITZUAN

65

5 LA COMUNIDAD AL RESCATE: ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LAS POLÍTICAS ESTATALES DE ACTIVACIÓN COMUNITARIA EN EUROPA **19** APROXIMACIÓN A LOS CAMBIOS PERCIBIDOS EN LOS SERVICIOS SOCIALES POR SUS GESTORES: UNA ADAPTACIÓN IMPUESTA **29** TENDENCIAS A LARGO PLAZO EN LA FINANCIACIÓN DE LOS CUIDADOS A LA INFANCIA Y A LA POBLACIÓN DEPENDIENTE EN EUROPA **41** LA POLÍTICA DE GARANTÍA DE INGRESOS EN ESPAÑA **53** MINORÍAS RELIGIOSAS Y CENTROS DE CULTO: PERCEPCIÓN SOCIAL Y PROBLEMÁTICAS PARA LA GESTIÓN PÚBLICA **65** OTRAS CONSECUENCIAS DE LA CRISIS EN LA SOSTENIBILIDAD DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ÁMBITO LOCAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA **83** ¿PUEDEN LOS INDICADORES EXISTENTES MEDIR EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LOS SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS? UN ANÁLISIS DE LOS INDICADORES EN LA PROVINCIA DE BARCELONA (2007-2013) **99** MEDIO Y CONTEXTO DE LA TRABAJADORA SOCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ARAGÓN **109** ETIKA ASISTENTZIAN VS. ETIKA GIZARTE ESKUARTZEAN: EGOERAREN ANALISIA **121** UN MODELO DE DATOS DE PANEL APLICADO AL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS PROFESIONALES DESTINADOS A PERSONAS MAYORES **131** KALITATEAREN KUDEAKETA ADINEKO PERTSONEN EGOITZETAN ETA UNE 158001 ESTANDARRAREN EGUNERAKETA: ZAHARRA BERRI? **141** PRECIOS, RATIOS Y COSTES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE GIPUZKOA Y EL RESTO DEL ESTADO



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

ENPLEGUKO ETA GIZARTE
POLITIKETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES
MAIATZA · MAYO 2018



Zerbitzuan gizarte-ongizateko gaietara dedikatzen den zientzia-aldizkari bat da. Bideratzen zaie arlo honetan jarduten duten eragile horiei guztiei —profesional, erakunde-arduradun, ikerlari, boluntario eta erabiltzaileei—, eta xede du ekarpenak eskaintzea politika eta gizarte-zerbitzuen hobekuntzarako eztabaidan. Lau hilez behingo aldizkakotasuna du, eta argitaratzen da bai paper bai formatu elektronikoa.

Zerbitzuan es una revista científica dedicada a las políticas de bienestar social. Se dirige a todos los agentes involucrados en este ámbito —profesionales, responsables institucionales, investigadores/as, voluntariado y usuarios/as— y tiene como objetivo contribuir al debate sobre la mejora de las políticas y los servicios sociales. Su periodicidad es cuatrimestral y se edita tanto en papel como en formato electrónico.

Egileen iritzia azaltzen dute aldizkari honetan argitaratutako kolaborazioek, eta ez da azaltzen derrigorrean *Zerbitzuan* edo SIISen iritzi propioa. Las colaboraciones publicadas en esta revista con la firma de sus autores expresan la opinión de éstos y no necesariamente la de *Zerbitzuan* o la del SIIS.

EKOIZLEA • PRODUCE

SIIS Centro de Documentación y Estudios
SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa
Fundación Eguía Careaga Fundazioa
General Etxague, 10 - bajo
20003 Donostia
Tel. 943 42 36 56
Fax 943 29 30 07
www.siiis.net
publicaciones@siiis.net

ERREDAKZIO-KONTSEILUA • CONSEJO DE REDACCIÓN

Edorta Azpiazu
Maite Etxabe
Iñaki Heras
Elena Martín Zurimendi
Jesus Otaño
Arantxa Rodríguez Berrio
Luis Sanzo
Ramon Saizarbitoria
Helena Sotelo
Joseba Zalakain

Tirada: 950 ale/ejemplares

© Euskadiko Autonomia Erkidegoko Administrazioa.
Enpleguko eta Gizarte Politiketako Saila
Administración de la Comunidad Autónoma
del País Vasco. Departamento de Empleo y
Políticas Sociales

EDIZIOA • EDITA

Eusko Jauriaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1
01010 Vitoria-Gasteiz

DISEINUA • DISEÑO

Estudio Lanzagorta

MAKETAZIOA • MAQUETACIÓN

Concetta Probanza

INPRIMATZEA • IMPRESIÓN

Sacal S.L.

Lege Gordailua / Depósito Legal: SS 101-1986
ISSN: 1134-7147
Internet: <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.65>

© Eguía-Careaga Fundazioaren
SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa
SIIS Centro de Documentación
y Estudios de la Fundación Eguía-Careaga

Baimentzen da edonolako bidetik eginiko aldizkari honetako artikuluen erreprodukzio osoa edo partziala, betiere iturria, egile edo egileak aipatzen direnean. Está permitida la reproducción total o parcial por cualquier medio de los artículos contenidos en esta revista, siempre que se cite la fuente y el autor o autores.

Aldizkaria honako datu-baseetan

zerrendatuta dago:

Esta revista está incluida en las siguientes bases de datos:

- CIRC, Dialnet, DICE, Dulcinea, Inguma, IN-RECS, ISOC, Latindex, MIAR, RESH, Ulrich's.

Aurkibidea

Índice

5

La comunidad al rescate: algunas reflexiones sobre las políticas estatales de activación comunitaria en Europa

Felix Arrieta
Ainhoa Izagirre
Mabel Segú
Martín Zuñiga

19

Aproximación a los cambios percibidos en los servicios sociales por sus gestores: una adaptación impuesta

Marta García-Domingo

29

Tendencias a largo plazo en la financiación de los cuidados a la infancia y a la población dependiente en Europa

Paula Rodríguez-Modroño
Mauricio Matus-López

41

La política de garantía de ingresos en España

Luis Sanzo González

53

Minorías religiosas y centros de culto: percepción social y problemáticas para la gestión pública

Luzio Uriarte González
Gorka Urrutia Asua

65

Otras consecuencias de la crisis en la sostenibilidad de los servicios sociales de ámbito local en la Comunidad Valenciana

Xavier Montagud Mayor

83

¿Pueden los indicadores existentes medir el impacto de la crisis económica en los servicios sociales básicos? Un análisis de los indicadores en la provincia de Barcelona (2007-2013)

Núria Fustier García

99

Medio y contexto de la trabajadora social de atención primaria en Aragón

Antonio Matías Solanilla
Antonio Eito Mateo
Chaime Marcuello Servós

109

Etika asistentzian vs. etika gizarte eskuartzean: egoeraren analisisa

Maialen San Sebastian Kortajarena

121

Un modelo de datos de panel aplicado al desarrollo de los cuidados domiciliarios profesionales destinados a personas mayores

Fernando Jimeno Jiménez
José Aureliano Martín Segura

131

Kalitatearen kudeaketa adineko pertsonen egoitzetan eta UNE 158001 estandarraren eguneraketa: zaharra berri?

Erlantz Allur
Ander Ibarloza
Alberto Díaz de Junguitu

141

Precios, ratios y costes en la prestación de servicios residenciales para personas mayores: análisis comparativo entre Gipuzkoa y el resto del Estado

Alejandro Gómez Ordoki

La comunidad al rescate: algunas reflexiones sobre las políticas estatales de activación comunitaria en Europa

Felix Arrieta

Departamento de Trabajo Social y Sociología, Universidad de Deusto
felix.arrieta@deusto.es

Ainhoa Izagirre

Departamento de Trabajo Social y Sociología, Universidad de Deusto

Mabel Segú

Departamento de Trabajo Social y Sociología, Universidad de Deusto

Martín Zuñiga

Departamento de Trabajo Social y Sociología, Universidad de Deusto

2008 urtetik aurrera gertatu izan diren transformazio sozialak (krisialdi ekonomikoa, familiaren egituretan eta lan-merkatuan sortutako aldaketak, etab.) gizartean agertutako arrisku sozial berriekin batera, Ongizate Estatuaren ahalmena zalantzan jarri dute, egoera honi aurre egiteko ziurgabetasun-testuingurua sortu baitute. Gizartearen esku-hartze era desberdinak bilatzeko beharrak, komunitatean jartzen du arreta hautabide garrantzitsua izan daitekeelako Ongizate Estatuak babesten ez dituen arloei erantzuna emateko. Artikulu honek, Europako herri desberdinetako (Erresuma Batua, Herbehereak eta Italia) gobernuetatik burututako politikak aztertzen ditu. Zentzu berean, hiru politika desberdin hauen gogoeta nagusiak adierazten ditu komunitatearen funtzioa sustatuz, ongizate sistemaren iraunkortasuna bermatu ahal izateko.

GAKO-HITZAK:

Komunitatea, aktibatze komunitarioa, ekimen komunitarioak, Ongizate Estatuak, Gizarte Politika.

La crisis financiera iniciada en 2008, además de las diversas transformaciones sociales que se han venido sucediendo en las estructuras familiares y el mercado laboral, junto con la existencia de nuevos riesgos sociales, han generado un contexto de incertidumbre en el que se cuestiona la capacidad del Estado de Bienestar para hacer frente a esta situación. La necesidad de buscar fórmulas de intervención social más eficientes y efectivas hace de la comunidad una alternativa de gran relevancia para reforzar y cubrir así aquellos espacios a los que el Estado de Bienestar no puede llegar. El presente artículo analiza y expone las principales reflexiones elaboradas a raíz de tres propuestas políticas estatales de activación comunitaria llevadas a cabo desde los gobiernos de diferentes países europeos (Reino Unido, Países Bajos e Italia) que ponen en valor la función de la comunidad en los sistemas de bienestar para garantizar así su sostenibilidad.

PALABRAS CLAVE:

Comunidad, activación comunitaria, iniciativas comunitarias, Estado de Bienestar, política social.

1. Introducción

Históricamente, el modelo guipuzcoano de servicios sociales se ha caracterizado por la estrecha vinculación del sector público con el tercer sector y la iniciativa privada. No obstante, factores tales como el envejecimiento de la población, la presión a la que está sometido el Estado de Bienestar, el contexto económico de crisis y otra serie de cambios sociales han generado un contexto en el que se hace necesaria la reconfiguración de los sistemas de bienestar. Es por ello por lo que en los últimos años se ha prestado especial atención a diferentes iniciativas sin ánimo de lucro haciendo hincapié en los vínculos comunitarios y relacionales en el desarrollo de políticas sociales como complemento y refuerzo de la Administración Pública de cara a garantizar su sostenibilidad.

Estas iniciativas se han ido materializando en los países de nuestro entorno mediante la creación y aplicación de programas que tienen como fin último impulsar la creación de redes de solidaridad vecinal y el desarrollo de modelos de voluntariado de proximidad. De tal manera, el objetivo del presente artículo es reflexionar acerca de las principales iniciativas o estrategias políticas propuestas en el contexto europeo que pongan en valor la función de la comunidad en los sistemas de bienestar tal y como se ha hecho para el proyecto de investigación desarrollado conjuntamente con la Diputación Foral de Gipuzkoa.

De tal manera, en un primer momento se hace una revisión del Estado de Bienestar en Europa, centrándose en las diferentes formas de provisión de bienestar en diferentes países, para abordar el caso del Estado español y sus principales retos en la actualidad. El artículo también estudia el concepto de comunidad, el cual se entiende en términos de territorialidad, y da paso al análisis de diferentes modelos de participación en el sistema de bienestar, como por ejemplo la intervención comunitaria, el enfoque comunitario de los servicios sociales, la corriente política comunitarista y la gestión de los bienes comunes. A partir de estas realidades, cabe preguntarse sobre la aplicabilidad de esta reflexión en nuestros entornos más cercanos.

2. Crisis del Estado de Bienestar

El Estado de Bienestar europeo, definido como “un conjunto de instituciones estatales proveedoras de Políticas Sociales dirigidas a la mejora de las condiciones de vida, a la protección de la ciudadanía y a procurar su igualdad ante los riesgos derivados del ciclo vital y de oportunidades” (Moreno *et al.*, 2014: 9), se va constituyendo durante el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) ante la necesidad de paliar las desigualdades existentes en la sociedad mediante prestaciones sociales orientadas a aquellos colectivos más desfavorecidos. Más concretamente, autores como

Del Pino y Rubio (2016) sostienen que existen diferentes teorías explicativas del surgimiento de los Estados de Bienestar, entre las que destacan tres: las teorías funcionalistas, que defienden que los Estados de Bienestar son resultado de la industrialización; la teoría de los recursos de poder, según la cual fueron el resultado del conflicto entre las clases sociales; y, finalmente, la teoría institucionalista, que sostiene que los estados centralizados con grandes instituciones burocratizadas eran el caldo de cultivo perfecto para el desarrollo de los Estados de Bienestar.

De tal manera, el desarrollo del Estado de Bienestar queda ligado a diferentes fases, dentro de las cuales se distinguen las siguientes (Taylor Gooby, 2000; Moreno, 2012): la Edad de Oro (1945-1975), conocida como la fase del máximo apogeo del capitalismo del bienestar europeo; la Edad de Plata (1967-2007), en la que fueron transformándose frente a la presión ejercida por las corrientes neoliberales que procuraban su desmantelamiento; y la Edad de Bronce (2007-actualidad), caracterizada por la crisis financiera iniciada en 2008, la cual marcó un antes y un después en el proceso de desarrollo del Estado de Bienestar poniendo en cuestión su devenir. Esta crisis económica, además de las transformaciones sociales, el surgimiento de nuevos riesgos sociales derivados de la transición de la sociedad moderna a la etapa posmoderna y la cada vez más determinante globalización económica, han desencadenado un contexto de incertidumbre en el que el Estado de Bienestar ha sufrido un claro deterioro y, por ende, se ha visto expuesto a un retroceso en su expansión, haciendo necesaria su reconfiguración.

3. La redefinición de la función de la comunidad como estrategia para la mejora de los sistemas de bienestar

En los últimos años, en gran medida por la presión que ha ejercido un contexto económico adverso y por la necesidad de buscar fórmulas más efectivas y sobre todo eficientes de intervenir en la sociedad, está aumentando el interés por las políticas y los mecanismos de acción comunitaria. Tanto a nivel estatal como a nivel regional e incluso municipal, se percibe un reverdecimiento del interés por la comunidad y por formas de intervenir más comunitarias (Rebollo y Morales, 2013).

3.1 Que se entiende por comunidad

Desde una perspectiva operativa, partiremos de que, en su conceptualización, el término *comunidad* refiere a su concepción geográfica. De tal manera, la comunidad se puede entender en términos de territorialidad (Moulaert, 2010) y a partir de las divisiones administrativas que se establecen para su configuración. Por lo tanto, será el barrio o el pueblo,

en su caso, lo que se establece como comunidad. En este sentido “el barrio se ha conceptualizado como el espacio intermedio entre lo rural y lo urbano, entre lo doméstico y la metrópoli, entre lo privado y lo institucional (Castro-Coma y Martí-Costa, 2016: 135), por lo que “se utiliza el concepto en un sentido *intuitivo*, apelando al imaginario que acostumbran a compartir los/as operadores/as de la acción comunitaria y que nos remite a la idea de ‘actores que se encuentran en un territorio delimitado’, en cierto modo asimilable a ‘barrio’, o a ‘territorio’ (Rebollo y Morales, 2013: 304).

Por lo tanto, si bien desde una perspectiva operativa la comunidad puede ser entendida como “espacializada” (Moulaert, 2010), y se acota o delimita a un entorno geográfico concreto, será el sistema de relaciones sociales que se dan en un espacio definido lo que forme la comunidad (Kisnerman, 1990). Siguiendo a Sennet (2000), el lugar es geografía, una localización de la política; la comunidad evoca las dimensiones sociales y personales del lugar. Y hay que recordar, como hace Kisnerman (1990), que la delimitación geográfica es relativa, ya que no hay población herméticamente cerrada. En cualquier caso, la significación de comunidad necesita de una mirada más amplia que la que aquí estamos empleando, circunscrita a su elemento territorial.

3.2. La comunidad en el sistema de bienestar

En torno a la provisión de bienestar, las clasificaciones establecidas en los estudios clásicos, como los de Esping-Andersen (1993), identifican como principales fuentes de provisión de bienestar el Estado, el mercado y la familia. Estas fuentes de provisión conforman el denominado *welfare triangle* (Esping-Andersen, 1993). No obstante, actualmente podríamos aludir a un cuarto subsistema, en el que se introduce o bien a la iniciativa social o a la comunidad como una fuente de provisión del bienestar. Como ejemplo se proponen a continuación las clasificaciones propuestas por Daly y Lewis (2000), Razavi (2007), Maino (2015) y Fantova (2014):

- Las clasificaciones propuestas por Daly y Lewis (2000) y Razavi (2007) se centran en la incorporación de la perspectiva de género al estudio de los sistemas de bienestar. Teniendo como eje central para el estudio de los Estados de Bienestar el valor del cuidado, Daly y Lewis (2000) proponen ampliar el triángulo e incluir como categorías de análisis de la provisión del bienestar al Estado, al mercado, a la familia y al sector voluntario.
- Desde la misma perspectiva, Razavi (2007) propone el “diamante del cuidado”, en el que al clásico esquema del *welfare triangle* se añade el sector sin ánimo de lucro. Tanto el sector voluntario propuesto por Daly y Lewis (2000) como el sector sin ánimo de lucro de Razavi (2007) son un agregado heterogéneo que puede

abarcar desde la comunidad, hasta al sector voluntario o no lucrativo (Tercer Sector) en la provisión del bienestar.

- Las clasificaciones de Maino (2015) y Fantova (2014), en cambio, no integran en sus esquemas a la familia. Cuestión que desde la perspectiva de los cuidados no sería concebible por el importantísimo papel que cumple y que, por tanto, se le otorga en las clasificaciones de Daly y Lewis (2000) y la de Razavi (2007). No obstante, dan cuenta de otra forma de concebir los sistemas de bienestar, en la que a la familia no se le otorga formalmente un papel determinante. Es una visión orientada a sistemas de bienestar que superen el sesgo familista y que se organizan, de tal modo, sin delegar funciones en ella. Cuestión que resulta especialmente interesante en sistemas de carácter familiarista como los mediterráneos. De esta forma, la propuesta de Maino (2015) integra en su esquema Estado, mercado, Tercer Sector y la ciudadanía, mostrando así una clara voluntad de integrar a la sociedad civil en el esquema del bienestar. Pese a que no menciona la comunidad, habla tanto de sociedad civil organizada (Tercer Sector) como de la sociedad civil no organizada (ciudadanía).
- Fantova (2014), por su parte, amplía el planteamiento especificando cuáles son los bienes que gestiona cada uno de los subsistemas y las lógicas por las que se rigen. El autor alude como fuentes de provisión a la iniciativa social, al Estado, al mercado y a la comunidad. En lugar de ciudadanía, el autor se refiere al sistema que representa la comunidad, lo cual puede ayudar a acotar la realidad a la que se hace referencia y, desde una perspectiva operativa, puede resultar más concreto que el concepto de ciudadanía, que resulta, por lo general, más abstracto y difuso. Esta propuesta establece la separación entre comunidad y sector voluntario o Tercer Sector para hacer énfasis en que la comunidad está formada por relaciones de carácter más informal que las que se dan, por ejemplo, en el Tercer Sector. Esta separación resulta también pertinente para establecer la distinción entre el conglomerado que abarca todo el sector voluntario o sin ánimo de lucro.

Dependiendo de la perspectiva desde la que se proponga el esquema y el objetivo para el que se diseñe, emplear una u otra categorización puede, o no, facilitar la labor de análisis de los sistemas de protección social. Además, es necesario tener en cuenta que no existe equivalencia funcional (Fantova, 2014) entre los diferentes servicios o dimensiones del bienestar que provee cada subsistema. La función de cada uno de los sistemas es, por tanto, igual de trascendental que diferenciada. De esta forma, se entiende que la función de uno de los sistemas no puede ser sustituida por la función de otro. La comunidad puede ser efectiva, puede ser participativa y, así, integrada en mayor medida en los sistemas de protección, pero las acciones que se

llevan a cabo en esta dimensión no deberían originar la sustitución de servicios que forman parte y son, de tal forma, competencia de otros subsistemas. En esta línea, la comunidad respondería, en su función, a las lógicas que exclusivamente atañen a la vida social y relacional de quienes la constituyen.

3.3. Diferentes niveles de integración de la comunidad en los sistemas de bienestar

La forma en la que actualmente la comunidad participa en la provisión de bienestar parece no estar teniendo un impacto considerable. Desde la intervención social, la perspectiva comunitaria ha sido, como se expone a continuación, relegada en detrimento de la perspectiva individual (o grupal en cualquier caso), teniendo actualmente muy poca presencia en la práctica y en el imaginario de los/as profesionales de este ámbito. Esta es, por tanto, una de las principales razones por las que la comunidad puede no estar teniendo un papel trascendental en el objeto de hacer efectivo el bienestar en la ciudadanía. Por lo tanto, uno de los retos principales implica resolver cómo implementar políticas de activación comunitaria.

En el contexto de crisis del Estado de Bienestar, se vienen trabajando teorías y propuestas que enfatizan la necesidad de otorgar una función más determinante a la comunidad como sistema garante de la protección social. Las cuatro perspectivas que se exponen a continuación, si bien pueden ser complementarias y no rivalizan entre sí, suponen diferentes grados de integración de la comunidad en los sistemas de bienestar.

3.3.1. La intervención comunitaria como la clásica forma de relación entre institución y comunidad

La metodología clásica de la intervención con la comunidad ofrece un marco de referencia para entender la forma en la que es posible llevar a cabo un proceso de trabajo comunitario. El concepto de desarrollo e intervención comunitaria es planteado como uno de los tres niveles de intervención (junto con el individual y el grupal) de las disciplinas del ámbito social y considerado como referente metodológico fundamental en aras de garantizar el bienestar y la protección social (Viscarret, 2007).

Conviene destacar que, pese a ser un referente metodológico importante, no es una práctica extendida y toda la labor de los/as profesionales de la intervención social gira en torno al trabajo de caso o la intervención individual. Ramos (2000: 199) afirma que, a este respecto, la modernización del conjunto de la sociedad necesitó ocultar lo comunitario y, en términos de prácticas profesionales, “lo arrasó”.

Pese a que estas prácticas no constituyen una forma habitual de intervención en el contexto español, su

fundamentación teórica sirve de base para entender la forma en la que se pueden llevar a cabo procesos comunitarios que deriven en un nuevo marco de relación entre instituciones y comunidad. Partiendo de la teoría de la intervención comunitaria, se exponen a continuación una serie de principios básicos de la intervención:

- **Principio 1. Participación**

La condición básica a la hora de desarrollar un proceso de trabajo comunitario es que las personas y los grupos aseguren su participación. Siguiendo a Seoane y Rial (2001), el desarrollo comunitario y la participación son procesos inseparables en los que la acción social no se desarrolla en la comunidad, sino de y desde ésta, de tal forma que la población, para la constitución y consolidación de la comunidad, asume responsabilidades, toma decisiones y es responsable de los resultados y de las consecuencias de su evolución.

- **Principio 2. Organización**

El principio operativo fundamental del trabajo con las comunidades es la organización de individuos y grupos, así como la generación de redes. Se trata de una organización con intencionalidad, que tiene como objetivo hacer frente colectivamente a problemas, necesidades o intereses colectivos (Rebollo y Morales, 2013). De esta forma, la intervención comunitaria “se trataría de una práctica organizativa que realizan los profesionales del ámbito de la intervención social y en torno a ciertos objetivos colectivos” (Barbero, 2010: 65).

Dependiendo del nivel de organización y estructuración de las redes y en función del carácter formal o informal de estas, se determinará su funcionalidad para abarcar la protección social. Por tanto, dependiendo de las características de las redes, se podrán abarcar unas u otras cuestiones que atañen al desarrollo de la comunidad. Se trata de que en cada tipo de red se intervenga de diferente forma y en base a objetivos diferenciados.

- **Principio 3. Factores estructurales de la comunidad: territorio, población, demandas y recursos**

Siguiendo el planteamiento realizado por Marchioni (1999), los factores que determinan la intervención con la comunidad son: el territorio, la población, las demandas y los recursos. En primer lugar, las características físicas del entorno marcan una serie de posibilidades y de limitaciones que han de ser tenidas en cuenta. De esta forma, la segregación de las personas, los obstáculos físicos e incluso el clima suponen factores a considerar. Respecto a la población, las características de las personas que habitan en ella influyen en el proceso de intervención comunitaria. Su influencia no responde solo a

una cuestión sociodemográfica, también cabría atender a los valores, hábitos y costumbres en los que estos basan su vida en la comunidad.

En esta línea, se considera que las personas, los grupos y las comunidades cuentan con una serie de recursos que son claves en el proceso de intervención. La identificación y activación de estos recursos será, por tanto, el primer paso a dar en el proceso de la intervención. A este respecto, las redes y el capital social existente constituyen recursos fundamentales sobre los que apoyarse a lo largo de un proceso de intervención en la dimensión comunitaria.

Además de estos principios básicos, se ha de tener en cuenta que los programas, proyectos, intervenciones y las demás formas de acción social que se deseen implementar en las comunidades deben responder a necesidades y demandas sentidas, latentes y manifiestas en ellas, y no únicamente a necesidades demandadas por la institución implicada. Con frecuencia se llevan a cabo procesos que apenas responden a necesidades o demandas explicitadas por la comunidad, de manera que el impacto que puedan tener se reduce al plano político. Como señala Marchioni (1999) el diagnóstico de las necesidades no es patrimonio únicamente de los/as técnicos/as y de los/as políticos/as, sino, también, de las personas que habitan en la comunidad. La población, por tanto, debería tomar parte en el proceso de identificación de los problemas y, a partir de ahí, formular una serie de demandas acordes con sus necesidades. Si bien los procesos participativos alargan las intervenciones, los resultados serán fruto de un trabajo consensuado y compartido entre instituciones y comunidad.

3.3.2. De la intervención comunitaria hacia el “enfoque comunitario” de los servicios sociales como base para la redefinición de la función de la comunidad en los sistemas de bienestar

El enfoque comunitario de los servicios sociales es a menudo entendido como una política de desinstitucionalización o de prestación de servicios en el entorno cercano o comunitario, ciertamente ligado al ámbito de la dependencia. No obstante, actualmente se plantea como un enfoque que, además de dirigirse a proveer servicios desde la dimensión comunitaria y a ofrecer una atención centrada en la persona en su entorno, busca favorecer la integración y la interacción de los sujetos con el medio.

Cabe destacar que, prácticamente desde los inicios de este modelo, ya era criticado por una cuestión que todavía hoy parece no haberse resuelto, ya que presenta un problema potencial al ser la familia el eje principal sobre el que se apoyan las políticas basadas en la comunidad, recayendo el peso mayormente sobre las mujeres. La perspectiva comunitaria se dirige a fortalecer los vínculos primarios e, igualmente, a promover la

extensión de relaciones entre personas, grupos y colectivos con aparentemente menor vinculación. Vínculos que en su unión son fuente de implicación, desarrollo y proyección comunitaria. Así, la perspectiva comunitaria es un conjunto de:

“Enfoques o aproximaciones que subrayan la necesidad de que las políticas sociales públicas o formales no desincentiven (sino que más bien promuevan) las capacidades, los recursos, vínculos y procesos que de manera más o menos natural o primaria existen en el seno de las relaciones y redes familiares y comunitaria”. (Fantova, 2014: 104).

Desde el enfoque comunitario, no se trata de sustituir a las instituciones públicas sino de que estas, dentro de sus acciones y políticas, pongan un mayor énfasis en transformar situaciones colectivas o comunitarias, frente a continuar desarrollando la tradicional asistencia individualizada. De esta manera, las políticas comunitarias se entenderá que no son únicamente unas políticas destinadas a una atención de cercanía y orientada al mantenimiento de las personas en su entorno habitual, sino que abarcan o deberían abarcar toda una serie de estrategias de promoción de los vínculos comunitarios y del trabajo comunitario.

Pese a no ser un referente consolidado, en la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) el enfoque comunitario de atención queda reconocido como modelo de atención de referencia para los servicios sociales en la Ley 12/2008. El marco normativo existente en este caso es favorable al desarrollo de políticas sociales de enfoque comunitario y da por tanto un primer paso hacia la transición de modelo. No obstante, como se puede concluir del informe presentado por el Ararteko (2016) acerca de la situación de los servicios sociales de atención primaria, falta un largo recorrido para su despliegue que deberá ir dándose mediante la implementación de políticas concretas.

3.3.3. La corriente política comunitarista; la comunidad como eje en la provisión de bienestar

La corriente filosófica y política conocida como comunitarismo o *communitarianism* surge en la década de los ochenta (Naval y Sison, 2000; Fondevila, 2003), y se asienta en la década de los noventa (Velásquez, 2008). Esta corriente ha sido promovida en el contexto occidental con el objetivo de enunciar una nueva teoría; un nuevo paradigma que se asienta sobre las bases de la filosofía moral y política (Naval y Sison, 2000).

El comunitarismo, en líneas generales, se basa en el siguiente principio: “Los seres humanos no solo somos sociales por naturaleza, sino que además la sociabilidad aumenta nuestra potencialidad humana y moral” (Velásquez, 2008: 105). En este sentido, los comunitaristas constatan “la disolución del nexo social

y de las identidades colectivas, el incremento del individualismo y, en consecuencia, la generalización de una falta de sentido” (Naval y Sison, 2000: 601). En este contexto, la promoción del sentido y la acción comunitaria sería, según se postula, la fuerza garante del desarrollo social de los individuos.

La corriente comunitarista nace de la crítica a la corriente neoliberal y trata de atender los problemas que surgen en el seno de las sociedades postindustriales, apelando a los valores propios del sentido comunitario. En líneas generales, los planteamientos comunitaristas proponen recuperar parte de los valores que operaban en el pasado. Esto es, volver a formas más tradicionales de relación.

No obstante, sostener la perspectiva comunitarista, en la sociedad actual implica atender a las diferentes tendencias y corrientes que se imponen para su deslegitimación. Tendencias y corrientes de pensamiento que, en líneas generales, promulgan la individualidad en detrimento del sentido comunal. A este respecto, convendría atender a cómo conseguir la integración de las comunidades y afirmar su identidad, sin negar la diversidad y especificidad de los diversos componentes (Velásquez, 2008). El reto, en las sociedades complejas y diversificadas, es, por tanto, lograr un tipo de comunidad donde se equilibren la unidad y la diversidad. Lograr un equilibrio en un contexto de individualidad donde, en contraparte, tampoco resultaría tratar de retornar a la comunidad tradicional (Gómez, 2000).

Si bien es cierto que cada comunidad tiene su identidad propia, dicha identidad no tiene que ser necesariamente compartida por todos los miembros que la integran. En este sentido, Gómez (2000) señala que lo fundamental es la participación para el logro de un consenso. Consenso en el que cada sujeto logra, en su diversidad, reconocerse e identificarse con los demás. Consenso en el que los derechos del individuo deben ser reivindicados, al igual que las responsabilidades que le repercuten. En este sentido, Velásquez (2008) considera que en el comunitarismo se reivindica la afirmación de los deberes sobre los derechos. Naval y Sison (2000), por su parte, señalan que, además de la búsqueda del equilibrio entre individualidad y comunidad, se debe concretar cuál ha de ser el papel de las instituciones que alimentan valores morales dentro de las comunidades.

Como señala Gómez (2000), el vínculo en la comunidad se entiende como natural, mientras que en la asociación se basa en la convención. Si a menudo se han planteado estos conceptos como contrapuestos, se pueden entender, por el contrario, como complementarios, puesto que a través de las relaciones que se dan en las asociaciones también se generan elementos comunitarios. Esta puede suponer para el comunitarismo una clave importante, ya que en la actualidad el vínculo natural puede resultar ciertamente anacrónico, pese a que pueda ser igualmente reivindicado. La construcción de

comunidad por medio de la asociación puede ser, de este modo, una clave teórica importante que sirva de argumento y orientación para la implementación de políticas de activación comunitaria.

3.3.4. Los comunes o la gestión común de los bienes

Históricamente, los *comunes*, concepto utilizado para nombrar la tierra, los bosques y las aguas de pesca comunes pero que hoy abarca más dimensiones, se han impuesto a la propiedad privada. A lo largo de varios siglos, como consecuencia de los cercamientos (*enclosure*) y desamortizaciones, muchas tierras fueron pasando de la propiedad comunitaria hacia la estatal o privada. Como consecuencia también de un fenómeno central en el propio desarrollo de la conciencia moderna, los bienes comunes fueron eliminados como categoría político-cultural dotada de dignidad constitucional (Mattei, 2013: 60).

Este concepto abarca una enorme cantidad de realidades y existen diversas formas de clasificarlos que pueden ayudar a comprender la naturaleza versátil del concepto. Siguiendo a Hess y Ostrom (2016), los bienes han sido clasificados utilizando la lógica rivalidad/no rivalidad, cuando su uso por parte de un individuo reduce su disponibilidad por parte de los demás; y exclusión/no exclusión, cuando se puede excluir o impedir a los individuos su uso. De esta manera, los bienes podrían agruparse en cuatro grandes grupos: públicos, comunes, clubes y privados.

Dentro de los comunes, estos pueden ser caracterizados de muy diversas formas que van más allá del clásico uso común de los pastizales, que pueden aportar al campo de las políticas sociales una perspectiva desde la que los servicios sociales pueden ser entendidos como un bien común o asociativo. Es especialmente interesante desde la perspectiva de las políticas sociales el concepto de comunes sociales. Es el que propone Mestrum (2016), con el objetivo de hacer partícipe a la ciudadanía de la creación, implementación y regulación de la protección social. La autora plantea entender la protección social como un bien común y no como un derecho ligado únicamente a la relación con el Estado.

Como afirman Nogués y García (2016: 4), el común es un concepto en construcción, que reclama del pasado premoderno, precapitalista, algunas fórmulas e ideas que ya fueron cuestionadas a la modernidad. Supone la ruptura de los vínculos, reconociendo el valor de formas tradicionales o premodernas de relación y el papel que las comunidades pueden jugar en la actualidad. Gutiérrez-Rubí (2012) señala que se presenta como la recuperación de los valores que aproximen a la persona a la cooperación más que a la competitividad. En la actualidad “el procomún se abre paso como una de las corrientes de pensamiento (y práctica personal) que podría iluminar sendas diferentes de los caminos trazados

hasta ahora” (Gutiérrez-Rubí, 2012: 10). Forma parte de un discurso que muestra la voluntad de relacionarse y gestionar los bienes de forma diferente e innovadora frente a la actual crisis.

Desde esta visión se plantea una nueva forma de entender lo público, más allá de la propiedad estatal de un bien o servicio, acercándolo a la ciudadanía y dotándola de mayor responsabilidad. Lo público no es solo algo entendido como titularidad del Estado, sino como algo que debe ser cogestionado o compartido. Hablar de bienes comunes supone “asumir un privilegiado punto de vista más holístico para analizar cómo puede gestionarse mejor un recurso” (Bollier, 2016: 52). Siguiendo a Zuberó, “la perspectiva de los bienes comunes, del procomún, es una oportunidad para volver a pensar la autonomía y la iniciativa de los individuos sin caer en el administrativismo y la burocratización, pero sin abandonarlas en manos del mercado y su lógica competitiva. Nos permite volver a pensar la sociedad como un proyecto relacional, alejado de cualquier forma de comunitarismo tradicional, pero fundado en la construcción cooperativa por parte de individuos asociados libremente” (Zuberó, 2012: 40).

En definitiva, los bienes comunes “no son un manifiesto, una ideología, una expresión de moda, sino más bien un marco flexible para expresar la rica productividad de las comunidades sociales amenazadas por los cercamientos del mercado” (Bollier, 2016: 63), que indudablemente ofrecen un nuevo marco para repensar la función de la comunidad en el sistema de bienestar.

4. Propuestas políticas estatales de activación comunitaria

Las tres estrategias estatales de activación comunitaria llevadas a cabo desde las políticas públicas y los gobiernos de diferentes países europeos son: la Big Society británica, la Sociedad Participativa holandesa y el Secondo Welfare italiano.

4.1. La Big Society británica

La Big Society británica se considera como paradigma estratégico-estatal de activación comunitaria de referencia en la política europea. Este planteamiento surge en el año 2010 como propuesta que desarrolla la coalición liberal-conservadora inglesa para procurar la transición del Big Government hacia la Big Society. En otras palabras, la propuesta se dirige a descentralizar, trasladando poder, responsabilidad y capacidad de decisión, desde el Estado hacia el nivel local del Gobierno (Evans, 2011). Tal transición implica un engrosamiento del sistema social o comunitario y, en consecuencia, el desmedro del aparato público.

La principal propuesta que se plantea desde la Big Society es que las comunidades, por medio de los

niveles de gobierno más locales o descentralizados, asuman mayor control sobre sus presupuestos, sobre la gestión de ciertos bienes y servicios, y que, además, sean los miembros de estas quienes decidan dónde invertir en su propio entorno. Esta propuesta de descentralización, definida como localismo desde la política británica, refiere devolución de poder, funciones o recursos desde el control centralizado hacia los gestores, tales como instituciones locales o comunidades (Evans, Marsh y Stoker, 2013).

En este sentido, el tejido asociativo, las organizaciones voluntarias, el Tercer Sector o el cooperativismo cobran especial relevancia, siendo necesario, por ende, el empoderamiento de las propias comunidades. De tal manera, el planteamiento se concreta a partir de las tres grandes estrategias identificadas: el empoderamiento de la comunidad, la promoción de la acción social y la extensión de los servicios públicos (Lowndes y Pratchett, 2012: 30).

La propuesta de Big Society, además de suponer un cambio de funcionamiento a nivel institucional, también implica promover una transformación en los valores de nuestras sociedades con el objetivo último de generar en los individuos y grupos la necesidad sentida de participar en la vida cívica. Tal y como Evans (2011) argumenta, la Big Society tiene que promover la existencia de una ciudadanía activa y poner empeño en alimentar el sentido de comunidad, el de ciudadanía y el de deber cívico.

Atendiendo a lo expuesto en el informe elaborado por Civil Exchange (2015), si bien el objetivo propuesto e integrado en el discurso de la Big Society era unir a la sociedad, tras cinco años de la puesta en marcha del proyecto, diversos datos muestran una sociedad más dividida en la que, además, el poder no ha sido repartido ni devuelto hacia las comunidades. La actitud de descrédito por parte de los participantes respecto a su capacidad para influir en el ámbito local y la constatación del desencanto generalizado hacia la política según se expone en los datos del informe, dan fe de los inconvenientes derivados de la experiencia propuesta.

Otra de las carencias identificadas que han imposibilitado su mayor expansión ha sido que los planes propuestos han respondido más a necesidades u objetivos del Gobierno que a los propios problemas y necesidades reales de las comunidades o personas (Smith, 2011). Este hecho ha reforzado la gran reticencia con la que organizaciones y comunidades habían recibido el planteamiento. En este sentido, ha sido patente la incapacidad del Gobierno para reorientar la visión negativa que se ha generado, lo que ha supuesto la imposibilidad de retomar el desarrollo del planteamiento.

Bien es cierto que también pueden desprenderse aprendizajes positivos de esta experiencia. En

este sentido, es de destacar la gran capacidad de movilización de recursos que algunas de las comunidades han mostrado, pudiendo así llevar a cabo diferentes experiencias a nivel local; además del crecimiento del voluntariado y apego social del colectivo de los/as más jóvenes, ya que el voluntariado en la franja de edad entre los 16 y 24 años se ha duplicado desde el año 2005 (Civil Change, 2015).

En esta línea, se abre el debate sobre la capacidad de ciertas comunidades, especialmente aquellas más deprimidas o con menos recursos, para poder tomar las riendas y asumir las responsabilidades que la Big Society requiere (Wyler, 2011). A este respecto, autores como Chanan y Miller (2011) indican que la verdadera función de las comunidades no reside ni en tomar el control de los servicios públicos ni en sustituir las responsabilidades del Estado, sino que deben complementar y coproducir los servicios públicos.

Aunque el planteamiento de la Big Society haya sido considerado por muchos análisis como una forma relativamente novedosa y políticamente correcta de presentar políticas neoliberales de ajuste estructural (Fantova, 2014), es necesario tener en cuenta que, para su correcto y eficaz funcionamiento, los mecanismos que se desplieguen para implementar estas estrategias suponen un gran reto tanto técnico como teórico. Uno de los aspectos principales a tener en cuenta para el correcto funcionamiento de este planteamiento hace referencia a la necesaria transformación tanto del Estado como de los valores de la sociedad. En este sentido, y para que ambas figuras puedan ajustarse al cumplimiento del objetivo del paradigma que se viene presentando, es necesario un acercamiento entre ambos que posibilite su trabajo conjunto.

4.2. La Sociedad Participativa holandesa

El discurso político que el rey Guillermo de Holanda llevó a cabo en el año 2013 desencadenó un arduo debate acerca de uno de los pilares más característicos y básicos de los estados europeos: el Estado de Bienestar. El discurso del monarca apostaba por la transformación del Estado de Bienestar holandés por una sociedad participativa.

Esta propuesta de transformación se enmarca dentro de la percepción de que el Estado de Bienestar holandés, caracterizado por el incremento en el gasto público, el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento demográfico de la población, es insostenible sin la realización de reformas sustanciales que posibiliten su continuidad.

Es bajo este contexto donde surge el paradigma de Sociedad Participativa, que defiende y tiene como base los conceptos de participación e implicación ciudadana de manera que la ciudadanía asuma una mayor responsabilidad, no solo sobre su propio bienestar, sino también sobre la sociedad en su conjunto. En otras palabras, podría decirse que la

ciudadanía debe mostrarse como sujeto activo para cumplir con su obligación de beneficiar a la sociedad y cumplir así con los prerequisites para convertirse en buen ciudadano/a (Delsen, 2016; Schinkel, 2010). De tal manera, sus objetivos principales son, por un lado, reforzar o empoderar la sociedad y, por el otro, demoler los derechos sociales y sustituirlos por la responsabilidad que cada una de las personas debe asumir ante los diferentes riesgos sociales.

Una de las claves de cambio hacia un modelo de sociedad participativa pasa por impulsar una transformación tanto en la actitud de los/as beneficiarios/as de las ayudas públicas como en su carácter, puesto que estas dejarían de ser consideradas o percibidas como derechos, pasando a convertirse en ayudas que tienen como finalidad última ayudar a que la persona salga de la situación de necesidad en la que se encuentra. De tal manera, los/as beneficiarios/as, para no perder la prestación correspondiente, contarían con determinadas obligaciones que tendrían que cumplir.

La actitud del Estado en la práctica de este paradigma es otra de las claves a la hora de potenciar el modelo de Sociedad Participativa del que se viene hablando. En este sentido, es necesario que el Estado se acerque a la ciudadanía abriéndole sus puertas y facilitando su participación activa en aquellos espacios de gobernanza que hasta ahora tenían cerrados (Cornwall, 2002; Newman y Tonkens, 2011).

A pesar de las conclusiones obtenidas tras la puesta en práctica del paradigma de la Sociedad Participativa, bien es cierto que desde que esta propuesta vio la luz en septiembre de 2013 ha sido objeto de diferentes críticas que guardan estrecha relación con el sentimiento de abandono que la sociedad, especialmente los colectivos de mayor vulnerabilidad, pueden llegar a presentar por parte del Estado (Koster, 2014). Otra de las críticas recibidas hace referencia a la desregularización que en el anterior párrafo se comentaba, ya que, a pesar de ella, el Estado sigue jugando un papel importante, tratando de regular y formalizar las prácticas informales (Koster, 2014).

A pesar de que la Sociedad Participativa sea considerada por algunos como la versión mejorada de la sociedad holandesa (Koster, 2014) y las conclusiones obtenidas en sus prácticas demuestren un buen funcionamiento, lo cierto es que resulta complejo visualizar la obligatoriedad de participación en aquellos grupos o barrios más vulnerables de la sociedad que no dispongan de las herramientas necesarias o suficientes para cumplir con este requisito. En este sentido, es importante tener en cuenta las consecuencias que este modelo puede llegar a generar en aquellos sujetos “no participativos” (aislamiento, dependencia, etc.), consecuencias que, a largo plazo, podrían llevar a la reproducción de las características del sistema de bienestar que se ha pretendido modificar.

4.3. El Segundo Welfare italiano

El debate público sobre la insuficiencia del Estado de Bienestar italiano ha ido en aumento desde el año 2008. A pesar de las múltiples reformas que se han llevado a cabo en el país a lo largo de estas dos últimas décadas, el modelo de bienestar Italiano sigue caracterizándose por, en su postura familista, apostar por las estructuras familiares que, en el rol actual que desempeñan, se han quedado obsoletas. De este modo, en el contexto italiano se constata un gasto social desequilibrado, el envejecimiento de la población, el desempleo y las malas condiciones laborales, y unos núcleos familiares cada vez más reducidos (Maino, 2015).

En este sentido, aunque el Estado de Bienestar italiano continúe amortiguando tales efectos, es razonable plantearse si podrá continuar haciéndolo en un futuro. Es precisamente bajo este contexto donde surge y se plantea la necesidad de replantear las políticas familiares y de cuidado propias del país.

La necesidad del cambio de paradigma deviene de la creciente brecha que se abre entre necesidades y demandas de la ciudadanía y las respuestas que los diferentes servicios y programas están generando. En otras palabras, se exige una mayor velocidad de adaptación de la oferta a la diversificación de la demanda. Sin embargo, la falta de adecuación de la oferta organizativa del Estado de Bienestar supone la búsqueda de nuevos modelos de organización que complementen los vigentes. Además, las todavía imperantes restricciones financieras hacen imprescindible la expansión del Estado de Bienestar público. Es decir, no es cuestión de sustituir el gasto público por el gasto privado, sino de movilizar recursos adicionales para necesidades y expectativas crecientes.

Es bajo este contexto de crisis del Estado de Bienestar donde surge el denominado Segundo Welfare como propuesta referente para el diseño de políticas sociales de activación comunitaria y como una alternativa para dar soporte y promover un cambio de paradigma que lleve a la renovación del Estado de Bienestar, frente a las amenazas de su desmantelamiento. Esta propuesta italiana enfatiza el papel de la sociedad civil y el del tercer sector como provisoros de bienestar. Así, características tales como la descentralización y el localismo también juegan un papel primordial. Precisamente, una de las vías que esta estrategia persigue defiende la desmercantilización del bienestar apostando, según se argumenta, por una sociedad civil dotada de reflexividad relacional que está constituida por sujetos de corte comunitario y societario como son las familias, las organizaciones del Tercer Sector y los demás entes locales (Fantova, 2014).

La denominación del Segundo Welfare o “segundo *welfare*” no se refiere a la creación de un nuevo sistema en términos de sustitución del primero, sino a la creación de un sistema paralelo que sirva

de complemento. En otras palabras, se basa en un segundo nivel de provisión que refuerza al ya existente, de manera que los servicios que surjan de este vendrían a complementar espacios que el primer *welfare* no llega a cubrir. Así, los pilares del Estado de Bienestar (educación, sanidad, seguridad social y servicios sociales) se entienden como competencia del primer *welfare*, por lo que los servicios troncales deben ser provistos en este nivel. Mientras que todos aquellos riesgos y necesidades que en la actualidad se presentan, y que no pueden ser abordados en el primer *welfare*, son susceptibles de ser resueltos en el segundo *welfare*. Por ejemplo, en el caso de la dependencia, el primer *welfare* cumpliría con la necesidad de las pensiones, la asistencia sanitaria, alojamiento o servicios domiciliarios, entre otros, mientras que el segundo *welfare* complementaría esas prestaciones con servicios de asistencia de carácter menos vital o fundamental, como los programas de apoyo y acompañamiento, ocio, formación, etc.

Se trata de un modelo de gobernabilidad vertebrada alrededor de la asociación público-privada, tanto en la dimensión social como en la dimensión del ánimo de lucro. Es decir, si el protagonista único del primer *welfare* es el Estado, en el segundo este pierde su titularidad y se le unen otra serie de protagonistas: gobiernos locales (regiones y ayuntamientos), el sector privado, el Tercer Sector y la sociedad civil (asociaciones, sindicatos, etc.) que generan dinámicas de colaboración y que contribuyen a la provisión de determinado servicio. De este modo:

“El segundo *welfare* surge, por tanto, de una colaboración más estrecha entre los sujetos pertenecientes a las cuatro esferas e incluso involucra a *stakeholders* de diversa naturaleza: empresas, sindicatos, entes bilaterales, fundaciones, aseguradoras, fondos y organizaciones del Tercer Sector”. (Maino, 2015:113)

En esta línea, la esfera pública interviene por medio de las Administraciones Locales, que son asignadas para asumir un rol central en la promoción de colaboraciones público-privadas y que, de igual modo, deben centrarse en la identificación de recursos adicionales (Maino, 2015). Este rol, por tanto, se deberá centrar en dos aspectos fundamentales: por un lado, facilitar la innovación y el surgimiento de nuevas estrategias y, por otro, garantizar los derechos sociales existentes.

Dentro del Segundo Welfare se sitúan medidas de innovación social. A saber, programas de protección e inversiones sociales con financiación no pública, que se suman y entrelazan con el primer *welfare*, de tal forma que lo referente al primer *welfare* se define como de naturaleza pública y obligatoria, y lo referente al segundo como privado, opcional y complementario. Es decir, la respuesta a los problemas parece estar basada en una combinación de programas de protección social no financiados

por el Estado sino, más bien, proporcionados por un amplio conjunto de actores económicos y sociales conectados en red y con un fuerte arraigo territorial (Maino, 2015).

Además, conviene destacar que una de las capacidades que ofrece este esquema es la mayor flexibilidad que tienen los protagonistas que intervienen, ya que les permite superar la rigidez del *welfare* tradicional o primero, ya que se trabaja en un contexto más propicio para la innovación y para la puesta en marcha de iniciativas centradas, de forma más concreta, en las necesidades de cada comunidad.

En estas experiencias, se trata de que se implementen políticas y servicios orientados a mejorar las condiciones de vida de los sujetos que se constituyen en la comunidad, a partir de la ejecución de acciones de mejora promovidas desde el sector privado y desde el Tercer Sector que, en su implicación, cuentan con el apoyo institucional de la Administración Pública. En esta línea, el Segundo Welfare se constituye a través de espacios de comunicación y acuerdo que se establecen a partir de la interrelación de los citados agentes. Interrelación por la que se pretende concretar, entre ellos, pactos territoriales por los que asegurar la protección social de la ciudadanía.

En efecto, la constitución del Segundo Welfare evidencia que, por la consolidación de la crisis del Estado de Bienestar, por la falta de espacios de comunicación entre agentes implicados en este ámbito y por los impedimentos constatados para hacer efectiva la centralización de los servicios por parte de la Administración Pública, resulta necesario diseñar estrategias para repensar y asumir la transferencia del riesgo y la búsqueda de soluciones alternativas desde el ámbito de la comunidad.

5. Discusión

Tal y como defienden autores de referencia en el estudio de las sociedades occidentales como Bauman (2003) o Sennet (2000), se está generando, en contra de la lógica de la modernidad, cierto reverdecimiento del interés y la necesidad de comunidad. No obstante, es necesario reflexionar y preguntarse si las propias comunidades cuentan con capacidad suficiente como para hacer frente a los requerimientos o las exigencias que supondría dotarlas de mayor poder.

La sociedad actual se caracteriza sobre todo por un importante cambio de valores dentro de los cuales el individualismo ha ido adquiriendo cada vez mayor protagonismo. Además, la diversidad de intereses y de valores, a menudo contrapuestos, existentes en las sociedades postmodernas exige que la construcción de la comunidad no pueda basarse en la construcción de un “nosotros” excluyente y probablemente deba ser construido en torno a una

relación de solidaridad impersonal. En este sentido, Mestrum (2016) plantea que la solidaridad orgánica y anónima puede favorecer esto y de la misma forma se deberá tener en cuenta y evitar que “las comunidades puedan convertirse en discriminatorias, sobre todo con respecto a aquellos/as que no se conforman con las normas dominantes y, por consiguiente, no se ajustan a ellas” (Mestrum, 2016: 35). La comunidad postmoderna no será, por tanto, “natural” sino “artificial”, construida en base a una solidaridad orgánica e impersonal.

También hay que preguntarse si realmente existe la posibilidad de que la propia ciudadanía cuente con la energía suficiente para asumir el trabajo comunitario después de su jornada laboral, de las tareas domésticas y de cuidados. Sin duda alguna, la participación en la comunidad, mediante el voluntariado u otra forma no remunerada, supone una inversión de tiempo y energía de la que quizás no se disponga con las exigencias que el mercado laboral actual (flexibilidad, horarios partidos, *minijobs*, etc.) impone. Estas características del contexto social actual hacen pensar que, a día de hoy, las comunidades no están preparadas para hacerse cargo de la gestión de servicios que supongan un alto grado de implicación o compromiso.

Por otra parte, cabe preguntarse si el interés creciente por la activación comunitaria viene promovido únicamente desde una lógica liberal que trata de adelgazar los sistemas públicos de protección social o, en contraposición, se propone como un paso adelante del Estado de Bienestar que trata de articular sistemas de protección paralelos a los existentes, es decir, si la comunidad se plantea como un sustituto o como un complemento del Estado. De las experiencias y la literatura analizadas se desprende que es un tema que suscita interés desde diversos posicionamientos ideológicos y que existen planteamientos que defienden tanto uno como otro. Hay que reconocer que los gobiernos que han impulsado las estrategias estatales de activación comunitaria expuestas lo han hecho desde una perspectiva comunitarista y, por tanto, dentro de una lógica liberal. No obstante, si bien como complemento y no como sustituto, el interés por la comunidad como fuente de provisión de bienestar también es propuesto desde lógicas socialdemócratas y socialistas.

Este uso e interés compartido e idealizado que se está haciendo de la comunidad lo convierte en un planteamiento ambiguo. Esto obliga por tanto a clarificar y definir correctamente qué es lo que se pretende con la puesta en marcha de una estrategia de activación comunitaria, porque de lo contrario puede ser interpretado como un discurso vacío, o incluso como una amenaza para el Estado de Bienestar.

En el caso de las diferentes estrategias analizadas, propuestas tal y como se ha mencionado desde lógicas liberales, se puede concluir que sus

resultados no han sido los propuestos en sus manifestaciones programáticas. Tras unos años de su puesta en marcha, la vigencia de estas estrategias es cuestionable y pese a que no han sido abandonadas, no han tenido un impacto estable ni han sido bien recibidas ni por las comunidades ni por las organizaciones del Tercer Sector, teóricas “patas” principales sobre las que se debían desarrollar estas estrategias.

Una de las discusiones centrales es la que gira en torno al choque de legitimidades de una y otra esfera. Es decir, si el Estado tiene la legitimidad y la competencia para intervenir en el ámbito comunitario o si, por el contrario, la comunidad es la única con legitimidad para decidir qué políticas se impulsan. De esta forma, se pone en cuestión que una política de activación comunitaria pueda tener un impacto o un éxito considerable surgiendo del ámbito estatal si no cuenta con amplia aceptación social.

Son por tanto las políticas *top-down*, o de arriba abajo, capaces de articular estrategias comunitarias o, por el contrario, han de ser iniciativas *bottom-up* las que lideren esta activación. Si bien la respuesta puede ser que ambas son complementarias, hay que reconocer que de las estrategias analizadas se puede concluir que en ocasiones se dan choques de intereses, e incluso de legitimidades, entre lo que se propone a nivel institucional y lo que reclaman las asociaciones o entidades que trabajan en las comunidades.

Hay que reconocer también que en muchos casos han sido vistas como formas políticamente correctas de introducir recortes y privatizaciones (Fantova, 2014), sin haber logrado un empoderamiento comunitario efectivo. El peso del sector privado ha crecido en detrimento del sector público, lo que motiva otra de las discusiones respecto al papel que ha de jugar el sector privado en estas experiencias. Es oportuno reflexionar sobre cuál tiene que ser la función que debe cumplir, no solo en las estrategias de activación comunitaria, sino también en los sistemas de bienestar. En todas las experiencias propuestas, el mercado debía asumir teóricamente un papel importante y buscar, junto con el resto de sectores, estrategias e iniciativas innovadoras en favor del bien común. Del análisis de estas experiencias se deriva que este objetivo no ha sido verdaderamente cumplido y cabe preguntarse si es posible que las entidades privadas estén dispuestas realmente a esa búsqueda del bien común.

Pese a todas las críticas que se puedan hacer sobre las estrategias analizadas, hay que reconocer que sirven de referencia y que de ellas se desprenden una serie de aprendizajes y discusiones que pueden ser altamente interesantes desde la perspectiva de cualquier institución que pretenda poner en marcha procesos de activación comunitaria. Teniendo en cuenta las características del territorio de Gipuzkoa, se proponen a continuación tres propuestas que pueden servir de guía o de inspiración para el diseño

de una estrategia de activación comunitaria en el territorio.

5.1. Propuestas hacia la integración de la comunidad en los sistemas de bienestar

A continuación se muestran diferentes propuestas a tener en cuenta con la finalidad de integrar a la comunidad en los sistemas de bienestar.

5.1.1. Fortalecer y reorientar la intervención comunitaria

Tal y como se ha mencionado anteriormente, la intervención comunitaria y las políticas de activación comunitaria ni son una práctica extendida ni forman parte del hacer cotidiano de los servicios sociales. En primer lugar será necesaria, por tanto, una redefinición de las formas de intervención social para cambiar la forma en la que las instituciones se relacionan con la comunidad. Y no únicamente atendiendo a cuestiones cuantitativas (aumentar el número de intervenciones comunitarias), sino también cualitativas (cambiar la forma y los objetivos con los que se interviene).

En este sentido, la atención primaria competente en materia comunitaria debería jugar un papel fundamental, pero tal y como se concluye en el último informe del Ararteko (2016) o en los informes del Consejo Vasco de Servicios Sociales, este nivel de atención se encuentra en una situación menguante que va en claro declive.

Unos servicios de base con escasos recursos, deficientemente coordinados y con gran dependencia económica de las diputaciones, difícilmente podrán cumplir efectivamente con el trabajo que supone reorientar su labor hacia la intervención y construcción comunitaria. Reforzar la atención primaria y los servicios sociales de base y dotarlos de recursos para la acción comunitaria puede ser un primer paso hacia la construcción de un sistema de bienestar que integre en mayor medida a la comunidad.

5.1.2. Fomento del asociacionismo y el voluntariado

Un cambio de valores es necesario si se pretende dotar de responsabilidades a las comunidades y a las personas que las integran. Si los propios individuos no sienten la necesidad y el valor de participar en la mejora de sus entornos y sus condiciones de vida, no será posible llevar a cabo políticas de empoderamiento comunitario que obtengan resultados razonablemente positivos.

La educación juega un papel fundamental, ya que las personas que no hayan sido inoculadas con el virus de la participación y no lo sientan como necesario desde jóvenes, es difícil que sientan la necesidad de hacerlo

participar cuando sean adultos. Más hoy día, con el individualismo y la asociabilidad que caracterizan las sociedades occidentales, se hace necesario educar para la participación y la vida en comunidad.

Las asociaciones funcionan a menudo como escuelas de ciudadanía y de ciudadanos/as activos/as y participativos/as, por lo que el fomento y el desarrollo del tejido asociativo puede tener consecuencias positivas en el fortalecimiento de las comunidades, en tanto que ofrecen una red de oportunidades para participar y crecer en comunidad. De esta forma, tanto la educación en valores desde las escuelas como el desarrollo de las redes asociativas existentes en las comunidades pueden ser dos opciones complementarias para el desarrollo de personas activas y participativas que sean capaces y sientan la necesidad de asumir responsabilidades para la mejora de sus comunidades y condiciones de vida.

5.1.3. El 'auzolan' y la gestión común de los bienes

A la vista del escaso empoderamiento comunitario logrado en las experiencias analizadas y en la búsqueda de fórmulas alternativas que aumenten el papel de las comunidades en la provisión de bienestar, el debate que se plantea en torno a los bienes comunes puede servir no solo de sustento teórico, sino también de inspiración. Tal y como se ha expuesto a lo largo del artículo, abrir el debate en torno a formas de gestión más allá de lo público y lo privado, en la que las comunidades o grupos locales puedan tener un papel importante, se considera esencial a este respecto. Esta forma de gestión grupal, o de autogestión de un bien o servicio por parte un grupo o comunidad, puede ser una opción no solo para el mantenimiento o gestión de recursos o bienes naturales, sino también en ámbitos directamente relacionados con la protección social.

La práctica del *auzolan*, arraigada y desarrollada en el territorio vasco, es un claro ejemplo de gestión común, que si bien ha ido perdiendo fuerza a lo largo de los años, sigue vigente y en una fase de reverdecimiento. Siguiendo a Mitxelorena (2011), en diferentes trabajos etnográficos sobre el País Vasco se constata la importancia que ha tenido el barrio (*auzoa*) para este pueblo. El barrio ha sido formado para dar respuesta a aquello a lo que la casa no ha podido dar respuesta por sí misma y, en la medida en que el barrio fue rellenando espacios y necesidades,

se fue fortaleciendo (Mitxelorena, 2011). Esta forma ancestral de organización y protección social que tan importante ha sido en el contexto vasco puede ser hoy día una clave determinante para el diseño de políticas de activación comunitaria.

La cultura del *auzolan* y de la autogestión sigue vigente en el contexto vasco y las experiencias que se desarrollan cada año en el País Vasco dan cuenta de ello. Tal y como se ha expuesto en capítulos anteriores, el asociacionismo y la vida en común están en declive y las presiones que ejercen los procesos descritos sobre los individuos son muy fuertes. Aprovechar la tradición y la inercia comunitaria que existe en el territorio puede ser una buena estrategia para buscar fórmulas alternativas y novedosas de dar respuesta a necesidades sociales. El *auzolan* sirve no solo de inspiración, sino también de eje sobre el que se puedan sostener diversas actividades o iniciativas relacionadas con la protección social.

Todas estas propuestas surgen en un contexto complejo para el desarrollo de dinámicas o estrategias de acción comunitaria. El individualismo y la carencia de tiempo y energía para asumir el trabajo comunitario después de las jornadas laborales, tareas domésticas o de cuidados, etc. hacen pensar que las comunidades no tienen actualmente la capacidad para asumir por ejemplo, la gestión de algún servicio que implique una dedicación considerable.

6. Consideraciones finales

Desde su surgimiento, el Estado de Bienestar ha sido testigo de múltiples transformaciones. La crisis financiera iniciada en el año 2008 fue el detonante de una profunda crisis en él, llegando a marcar un antes y un después en su proceso de desarrollo. Además, la existencia de nuevos riesgos sociales tales como la globalización, la mercantilización y la financiarización económica repercuten negativamente en un adecuado desarrollo del Estado de Bienestar, cuestionando así su utilidad y viabilidad.

Es bajo este contexto de incertidumbre en el que se plantea al Estado de Bienestar la pregunta compleja de cómo abordar la realidad de los cuidados y su gestión, introduciendo los elementos comunitarios que se han mencionado con anterioridad, y de cuáles tendrían que ser las estrategias para abordarlo.

Bibliografía referenciada

- ARARTEKO (2010): *La situación de los Servicios Sociales de Base en la Comunidad Autónoma de País Vasco*, Vitoria.
- (2016): *La situación de los Servicios Sociales de Base en la Comunidad Autónoma de País Vasco*, Vitoria.
- BARBERO, J. (2010): “Retos metodológicos en Trabajo Social comunitario”, en MARTINEZ, E. y PEÑA, L., *Redefiniendo el Trabajo Comunitario*, Vitoria, Escuela Universitaria de Trabajo Social, pp. 65-94.
- BAUMAN, Z. (2003): *Comunidad*, Madrid, Siglo XXI de España Editores.
- (2011): *Vida líquida*, Madrid, Paidós.
- BOLLIER, D. (2016): “El ascenso del paradigma de los bienes comunes”, en HESS, C. y OSTROM, E., *Los bienes comunes del conocimiento*, Quito, IAEN, pp. 51-64.
- CASTRO-COMA, M.; y MARTÍ-COSTA, M. (2016): “Comunes urbanos: de la gestión colectiva al derecho a la ciudad”, *EURE*, 42, pp. 131-153.
- CHANAN, G.; y MILLER, C. (2011): “The Big Society: How it Could Work?”, en M. STOTT, *The Big Society challenge*, Norfolk, Keystone Development Trust Publications, pp. 52-64.
- CIVIL EXCHANGE (2015): *Whose Society? The final Big Society audit*, DHA.
- CORNWALL, A. (2002): “Locating Citizen Participation”, *IDS Bulletin*, 33, pp. 49-58.
- DALY, M.; y LEWIS, J. (2000): “The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States”, *The British Journal of Sociology*, 51, pp. 281-298.
- DEL PINO, E.; y RUBIO, M. (2016): *Los Estados de Bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*, Madrid, Tecnos.
- DELSEN, L. (2016): *The realisation of the participation society. Welfare state reform in the Netherlands: 2010-2015*, Institute for Management Research, Radboud University.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1993): *Los tres mundos del Estado de Bienestar*, Valencia, Institució Alfons el Magnànim.
- ESPING-ANDERSEN, G.; y PALIER, B. (2011): *Los tres grandes retos del Estado de Bienestar*, Barcelona, Ariel.
- EVANS, K. (2011): “Big Society in the UK: A Policy Review”, *Children and Society*, 25, pp. 164-171.
- EVANS, M., MARSH, D.; y STOKER, G. (2013): “Understanding localism”, *Policy Studies*, 34, pp. 401-407.
- FANTOVA, F. (2014): *Diseño de políticas sociales*, Madrid, CCS.
- FERNÁNDEZ-GARCÍA, T. (2012): “El Estado de Bienestar frente a la crisis política, económica y social”, *Portularia*, 12, pp. 3-12.
- FONDEVILA, G. (2003): “Política de derechos de ‘bien común’. Tres críticas posibles al comunitarismo”, *Diánoia*, 50, pp. 85-109.
- GÓMEZ, L. (2000): “Cooperativa y comunidad”, *Arbor*, 652, pp. 697-714.
- GUTIÉRREZ-RUBÍ, A. (2012): “El procomún y la respuesta a la crisis”, *Documentación Social*, 165, pp. 103-117.
- HESS, C., y OSTROM, E. (2016): “Introducción: una visión general de los bienes comunes del conocimiento”, en HESS, C. y OSTROM, E., *Los bienes comunes del conocimiento*, Quito, IAEN, pp. 27-50.
- KISNERMAN, N. (1990): *Comunidad. Teoría y Práctica del Trabajo Social*, Buenos Aires, Humanitas.
- KOSTER, M. (2014): “Bridging the gap in the Dutch participation society. New spaces for

- governance, brokers, and informal politics”, *Etnofoor*, 26, pp. 49-64.
- LOWNDES, V.; y PRATCHETT, L. (2012): “Local Governance under the Coalition Government: Austerity, Localism and the ‘Big Society’”, *Local Government Studies*, 38, pp. 21-40.
- MAINO, F. (2015): “El segundo *welfare* entre innovación e inversión social: ¿cuáles son las respuestas a la crisis del Estado social?”, en BRONZO, Z.; y REPPETO, F., “Coordinación de políticas sociales: desafíos para la gestión pública”, *Eurosocial*, 18, Madrid, pp. 105-134.
- MARCHIONI, M. (1999): *Comunidad, participación y desarrollo: teoría y metodología de la intervención comunitaria*, Madrid, Editorial Popular.
- MATTEI, U. (2013): *Bienes comunes*, Bolonia, Trotta.
- MESTRUM, F. (2016): *Los comunes sociales. Ideas para la justicia social en el pos-neoliberalismo*, Petaling Jaya, Gerakbudaya Digital Sdn Bhd.
- MITXELTORENA, J. (2011): *Auzolanaren kultura. Iraganaren ondarea, orainaren lanabesa, etorkizuneko giltza*, Tafalla, Txalaparta.
- MORENO, L. *et al.* (2014): *Los sistemas de bienestar europeo tras la crisis económica*, Madrid, Programa Eurosocia.
- (2012): *La Europa asocia*, Barcelona, Debate.
- MOULAERT, F. (2010): “Social innovation and community development: concepts, theories and challenges”, en MOULAERT, F. *et al.*, *Can neighbourhoods save the city? community development and social innovation*, Abingdon, Routledge, pp. 4-16.
- NAVAL, C.; y SISON, A. J. (2000): “Las propuestas comunitaristas en América y en Europa”, *Arbor* CLXV, 652, pp. 589-611.
- NEWMAN, J.; y TONKENS, E. (2011): *Participation, responsibility, and choice: Summoning the active citizen in western european welfare states*, Amsterdam, Amsterdam University Press.
- NOGUÉS, L.; y GARCÍA, T. (2014): “Seducidos por lo común”, *Trabajo Social Hoy*, 73, pp. 43-62.
- RAMOS, C. (2000): “Enfoque comunitario, modernidad y posmodernidad. El trabajo social con la comunidad en tiempos de la globalización”, *Cuadernos de Trabajo Social*, 8, pp. 185-204.
- RAZAVI, S. (2007): *The political and social economy of care in a development context conceptual issues, research questions and policy options*, serie Gender and Development Programme Papers, 3, Ginebra, United Nations Research Institute for Social Development.
- REBOLLO, O.; y MORALES, E. (2013): “Hacia una política pública de acción comunitaria: límites y oportunidades”, en CANAL, R., *Ciudades y pueblos que puedan durar. Políticas locales para una nueva época*, Barcelona, Icaria, pp. 303-316.
- SCHINKEL, W. (2010): “The virtualization of citizenship”, *Critical Sociology*, 36, pp. 265-283.
- SENNETT, R. (2000): *La corrosión del carácter*, Barcelona, Editorial Anagrama.
- SEOANE, C.; y RIAL, P. (2001): “Asociaciones ciudadanas y desarrollo comunitario”, en MARCHIONI, M., *Comunidad y cambio social, teoría y praxis de la acción comunitaria*, Editorial Popular, pp. 165-180.
- SMITH, M. J. (2011): “The Intellectual Roots of Big Society”, en STOTT, M., *The Big Society Challenge*, Norfolk, Keystone Development Trust Publications, pp. 27-35.
- TAYLOR-GOOPY, P. (2000): *Risk, Trust and Welfare*, Palgrave Macmillan.
- VELÁSQUEZ, C. A. (2008): “El ir y venir de las ideologías políticas y el surgir del comunitarismo”, *Reflexión Política*, 10, pp. 92-112.
- VISCARRET, J. J. (2007): *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*, Madrid, Alianza Editorial.
- WYLER, S. (2011): “Building the Big Society – Solid Foundations or Shifting Sands?”, en STOTT, M., *The Big Society Challenge*, Norfolk, Keystone Development Trust Publications, pp. 36-42.
- ZUBERO, I. (2012): “De los ‘comunales’ a los ‘commons’: la peripecia teórica de una práctica ancestral cargada de futuro”, *Documentación Social*, 165, pp. 15-48.

Aproximación a los cambios percibidos en los servicios sociales por sus gestores: una adaptación impuesta

Marta García-Domingo

Área de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad de Jaén
mgdoming@ujaen.es

Urruti geratu da, jadanik, ongizate sozialaren berezko osagai zuten ongizate-estatuen “urrezko aroa”. Panorama horren aurrean, artikulu honetan proposatzen da aktoreek hautemandako aldaketen berri izatera (arazo sozialen definizio eta konponketan inplikaturako aktore sozialak), eta modu horretan ahuldade eta mehatxuak identifikatzea. Gure inguruko herrialde batzuetako informatzaile garrantzitsuekin buruturiko sakoneko elkarrizketen azterlana oinarri hartuz, egiaztatzen da ongizate sozialerako garrantzi handiko aldaketen presentzia eta Europar Batasunaren hedakuntzaren esparruan gertatzen ari diren joera berriak, eta premiakoa gertatzen da bi prozesu horiek nabarmendu eta gogoeta burutzea.

GAKO-HITZAK:

Europar Batasuna, gizarte-ongizatea, krisialdi sozioekonomikoa, aldaketak, mehatxuak.

Lejos queda ya la “edad dorada” del bienestar social, en la que los Estados de Bienestar se conformaban como un componente intrínseco del capitalismo de la posguerra. Ante el nuevo panorama, este artículo propone una aproximación a los cambios percibidos en el bienestar social por sus propios gestores (actores sociales implicados en la definición y resolución de los problemas sociales), que permita identificar sus debilidades y amenazas. A partir del análisis de entrevistas en profundidad a informantes clave en diversos países de nuestro entorno, se constata la presencia de cambios transcendentales para el bienestar social así como de nuevas tendencias en expansión en el marco de la Unión Europea que necesitan ser evidenciados y reflexionados.

PALABRAS CLAVE

Unión Europea, bienestar social, crisis socioeconómica, cambios, amenazas.

1. Introducción

El contexto actual se halla marcado por las profundas transformaciones en el ámbito de la política social y los servicios sociales (Fundación Foessa, 2014). Destaca, asimismo, la presencia de un proceso de convergencia supranacional que provoca una reestructuración en los Estados y sus políticas tanto macroeconómicas como sociales (Moreno, 2001). En este proceso de convergencia, se observa una reducción del sector público en los diferentes estados miembro, que fue predicho por Mishra (1996) hace ya casi dos décadas. Este declive es consecuencia de una serie de factores políticos e ideológicos que han priorizado cuestiones vinculadas al mercado, el individualismo y la competitividad, con el consiguiente distanciamiento evidente de los valores de igualdad y universalidad. La crisis económica internacional iniciada en 2008 ha tenido una influencia considerable en este proceso. En algunos casos, los recortes sociales y el consecuente debilitamiento de los Estados de Bienestar han sido el resultado de un contexto social adverso. En otros, ha sido fruto del imperativo de austeridad marcado por la propia Unión Europea y sus países “vencedores” o menos afectados. Por último, destaca la enorme influencia del neoliberalismo y la penetración de nuevas concepciones de bienestar social, que cambian los modelos e incluso cuestionan las teorías que los sustentan.

Centrando la atención en el último factor motivador de las transformaciones sociales mencionado, cabe destacar que en las últimas décadas se ha producido un apogeo del discurso neoliberal que rompe con la hegemonía keynesiana. Este discurso se fundamenta en la supuesta existencia de una intervención excesiva del Estado, considerando pertinente reforzar el rol del mercado. Dicho de otro modo, el pensamiento neoliberal asume que la globalización económica y la internacionalización de los mercados financieros conducen a los gobiernos de la UE y de la OCDE a desarrollar unas políticas públicas reductoras del Estado del Bienestar, con la consiguiente minoración en la protección social e incremento de la flexibilidad laboral. Aunque —especialmente en sus inicios— las ideas neoliberales tienen un especial calado en Reino Unido y encuentran resistencia en la mayoría de países europeos (Mishra, 1992; Navarro, 1997), en los últimos años su resurgimiento y expansión es prácticamente generalizado, resultado de la política de contención del gasto público adoptada por muchos países de la Unión Europea. En este sentido, aunque la tesis del desmantelamiento del Estado de Bienestar viene apuntándose desde finales de los setenta, aludiéndose a las profundas modificaciones ideológicas e institucionales acaecidas (Rodríguez-Cabrero, 1989), en el contexto actual identificamos una reestructuración de dicho desmantelamiento. Ello supone un reto para las ciencias sociales, ya que provoca dualización social y rigidez en la estructura social, así como una preocupante indefensión social. En este sentido, como recogen García-Domingo y Sotomayor (2016), el debilitamiento de los Estados

de Bienestar y el incremento de las desigualdades y la exclusión social son fenómenos interrelacionados con una relación causa-efecto bidireccional: el debilitamiento de los Estados de Bienestar (causa) produce y reproduce situaciones de exclusión y, por tanto, acentúa la polarización (efecto). Por otra parte, el aumento de las situaciones de desigualdad y exclusión social (causa), provoca un colapso en los sistemas de bienestar que reduce su capacidad garantista de protección y seguridad (efecto).

En concreto, en este artículo analizamos el sistema público de servicios sociales, considerado el cuarto pilar del bienestar social desde su impulso con el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (junto a la educación, la sanidad y la seguridad social). Centrando la atención en el caso español, los principios inspiradores del sistema de servicios sociales, que —al menos teóricamente— orientan sus servicios y prestaciones, quedando recogidos en las leyes autonómicas de servicios sociales, son: universalidad, responsabilidad pública, igualdad, equidad, prevención y dimensión comunitaria, promoción de la autonomía personal, atención personalizada e integral, inserción y normalización, proximidad, solidaridad, calidad, participación, cooperación y colaboración. No obstante, el sistema público de servicios sociales español se ha caracterizado por su debilidad y desarrollo limitado en comparación con los otros sistemas —pensiones, salud y educación—. Incluso en épocas de prosperidad, el desarrollo económico no ha ido acompañado de un desarrollo social acorde al contexto de crecimiento. El Plan Concertado supuso un considerable avance en materia de servicios sociales municipales, contribuyendo a la ampliación y la consolidación de prestaciones —económicas y de servicios— y a su universalización (Las Heras, 2002; Subirats, 2004). Partiendo de la descentralización autonómica de las funciones de servicios sociales, la reciente aprobación de la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía, supone un importante hito en la materia. Sin embargo, la propia ley favorece la privatización en el ámbito de servicios sociales —estableciendo unos estándares de calidad—, institucionalizando la actual tendencia a ella.

Junto a esta tendencia a la privatización de la cuestión social, también se identifica una mayor presión social. En definitiva, como consecuencia de la globalización neoliberal y sus imperativos de eficiencia económica, las políticas sociales están marcadas por la presión, la coerción y la exigencia de responsabilidades, entre otros factores, lo que redundará en una merma en los derechos de la ciudadanía. Estos cambios sociales se traducen en una serie de cambios en la gestión de servicios sociales que se han visto acentuados notablemente en la última década. Algunos de estos cambios son percibidos y apuntados por los/as propios/as usuarios/as de estos servicios, por los/as analistas sociales e incluso por los/as técnicos/as que desarrollan su labor profesional en ellos, como

quedará evidenciado a lo largo de este artículo. Es por ello por lo que apostamos por reflexionar con los entrevistados acerca de los cambios detectados desde su posición privilegiada para analizar la evolución de estos servicios.

2. Método

Como queda reflejado en la introducción, son muchos los autores que apuntan cambios notorios en materia de bienestar social y un debilitamiento del sistema público de servicios sociales. Para el análisis de esta realidad hemos empleado una metodología cualitativa, a partir de la técnica de la entrevista en profundidad semiestructurada y la observación participante. Ambas técnicas se han desarrollado en tres contextos que representan los principales modelos de bienestar social presentes en la Unión Europea. En concreto, seleccionamos el modelo centroeuropeo (representado por Alemania), el nórdico (representado por Suecia y Finlandia) y el mediterráneo (representado por España). Llevamos a cabo un total de 48 entrevistas¹ (más seis de validación) a actores sociales implicados en la definición y respuesta técnica e institucional a las necesidades sociales. En concreto, entrevistamos a expertos/as de tres perfiles profesionales considerados relevantes para el análisis propuesto: académicos/as e investigadores/as de reconocido prestigio por su abordaje de la materia; trabajadores/as sociales; y representantes políticos e institucionales. En base a ello, se ha llevado a cabo un análisis comparativo de discurso entre contextos y grupos de expertos/as, que permite extraer tendencias comunes y diferenciales entre contextos al respecto de los cambios acaecidos. Cabe mencionar la larga trayectoria profesional de la mayoría de los participantes, que les permitió adentrarse en dicha reflexión desde una perspectiva longitudinal.

3. Análisis

En este apartado reflejaremos los principales resultados hallados en la presente investigación con respecto a los cambios en materia de bienestar social. En concreto, reflexionaremos sobre dos categorías básicas que integran la mayor parte de los hallazgos resultado del análisis de las entrevistas en la materia: la categoría *restricciones* (apartado 3.1. *Restricciones en los sistemas de bienestar social europeo*); y la categoría *privatización/concertación* (apartado 3.2. *La concertación de los servicios sociales públicos*).

¹ Las entrevistas se codifican con dos letras (una mayúscula y una minúscula) y un número, cada uno de ellos separados por punto. La letra mayúscula corresponde al país en que se contextualiza la entrevista (A = Alemania; S = Suecia; F = Finlandia; y E = España). La segunda letra se corresponde con el perfil de informante clave (a = académico; r = representante institucional; y p = profesional de atención social). Por último, un número del 1 al 48, correspondiendo la numeración 1 a 19 a la zona 1 (Alemania), 20 a 37 a la zona 2 (Suecia y Finlandia) y 38 a 48 a la zona 3 (España).

Es necesario mencionar que el concepto de servicios sociales es diferente en función de si nos centramos en España o en la Unión Europea. En relación con ello se detecta un empleo diferencial del término “servicios sociales”: mientras que en España sigue prevaleciendo una acepción restringida de los servicios sociales (vinculada al llamado “cuarto pilar” del Estado de Bienestar), en Alemania y Suecia predomina una acepción amplia. Esto hace que en determinados momentos de las entrevistas estas hagan alusión a realidades distintas, lo que ha sido tenido en consideración durante el análisis.

“El término *servicios sociales* también es confuso en nuestro país, nosotros entendemos por servicios sociales los servicios sociales comunitarios, mientras que en el ámbito anglosajón los servicios sociales son todos los servicios de responsabilidad pública que se dirigen a la población, ¿no? Entonces depende del concepto que estemos manejando, yo creo que los servicios sociales en términos generales se dirigen a toda la población es lo que pasa, que los servicios sociales comunitarios en España han estado focalizados y dirigidos a una población en situación de exclusión social.” (E.a.44)

Tras esta puntualización conceptual, cabe afirmar que presenciamos un notorio debilitamiento de los sistemas públicos, en general, y del sistema de servicios sociales (concepción restringida), en particular.

“Creo que en la actualidad no ayudamos a la gente tanto como antes. Lo dejamos estar, y las diferencias de clase son mucho mayores que hace quince años.” (S.a.25)

Aunque con consecuencias, presencia y connotaciones diferenciales entre países, identificamos aspectos comunes que están modificando la estructura, gestión y funcionamiento de los sistemas de servicios sociales europeos. A su vez, detectamos aspectos disímiles entre zonas en lo relativo a estos cambios. A continuación se exponen los más significativos.

3.1. Restricciones en los sistemas de bienestar social europeos

A nivel general, se evidencia un cambio importante en el sistema de servicios sociales, con importantes consecuencias en la intervención social. Según nuestros expertos/as, el sistema se ha impregnado de un carácter limitado, restrictivo, controlador y burocrático. Con respecto a las causas de estas restricciones, existen interpretaciones diferentes en función de la zona² analizada. En las zonas 1 y 2 los informantes perciben que los cambios producidos no

² Zona 1: Centroeuropa (representado por Alemania)
Zona 2: países nórdicos (representado por Suecia y Finlandia)
Zona 3: Banda mediterránea (representada por España)

son tanto resultado de la crisis, sino más bien de un cambio ideológico. Por su parte, los actores sociales de la zona 3 vislumbran una clara relación entre el cambio de gestión y naturaleza de los servicios sociales y la crisis socioeconómica internacional.

En esta línea, se ponen de manifiesto realidades diferentes según la zona analizada, aunque con un claro punto convergente: el endurecimiento del sistema y la reducción de garantías.

En el caso de Suecia, el endurecimiento del sistema de seguridad social y la reducción de garantías afectan especialmente a sus tradicionales beneficiarios directos; es decir, a los que durante años, o incluso décadas, han recibido prestaciones y servicios bajo prescripción profesional y con un seguimiento y “control” más permisivo o flexible. En este contexto, resulta pertinente hacer referencia a las pensiones enfermedad o invalidez, que han experimentado un endurecimiento considerable:

“Ahora para obtener bienestar social hay muchas más restricciones cuando estás enfermo. Te dicen ‘vale, no puedes andar, pero puedes hacer equis’. Esto hace que todo sea mucho más difícil y más duro. Mucha gente que recibía estas pensiones ya no las tienen ni las van a tener más. Se les dice ‘ya la has tenido suficiente’, pero esa persona no está bien y entonces no tiene nada.” (S.r.20)

Las consecuencias de esta rigidez son sufridas a diario por un creciente número de familias y personas con problemas de salud en Suecia. Lo que a nivel estadístico se pone de manifiesto a través de un incremento de la desigualdad y la pobreza, a nivel personal se evidencia en las duras condiciones de vida experimentadas por aquellos que durante años —o incluso décadas— han permanecido en este sistema sin vinculación al mercado laboral. En muchos casos, sus herramientas de inserción laboral se han visto mermadas y las posibilidades de “hacerse hueco” en el mercado laboral altamente competitivo son escasas. A ello se suman unas condiciones de salud que, a menudo, les impiden el desarrollo normalizado —o exigido— de las funciones demandadas. Los costes de salud, sociales y personales son evidentes. En este contexto, cabe deducir que la salud —o más bien su ausencia— supone cada vez más un riesgo de que se den situaciones de carencia o privación. Aunque la inserción social sería una consecuencia esperable de la política de activación, en la realidad nos encontramos con que provoca flujos excluyentes, al no existir una verdadera adaptación de la red de inclusión laboral.

Aunque existen otras vías para dar respuesta a aquellos que se hallan en un limbo institucional tras este cambio —fuera del sistema de seguridad social y también del laboral—, las opciones son limitadas, coercitivas y estigmatizadoras. Más vinculadas a los servicios sociales en su sentido estricto, tienen una serie de deficiencias e inconvenientes que son reflejadas en los discursos.

“Antes si estabas enfermo y un médico lo certificaba, tú obtenías una pensión del sistema. Toda la gente que recibía esta pensión fue citada para ir a hacerse pruebas y mucha gente perdió su pensión. Pero no habían trabajado durante muchos años, así que necesitan financiación de los servicios sociales. [...] pero dan mucho menos. Tienes que solicitarlo cada mes, así que no saben si lo van a conservar el siguiente mes. Tienen que cumplir unos requisitos. Por ejemplo, si no tienen trabajo tienen que solicitar los trabajos que salen y si no lo hacen, no reciben el dinero. Además, están recibiendo servicios sociales y eso provoca vergüenza. Por tanto, ha habido un cambio de status y exclusión social.” (S.r.22)

Cabe destacar, además, que el proceso informativo estuvo marcado por la confusión, el desconcierto y la incompreensión por parte de los destinatarios. Asimismo, los discursos reflejan una tendencia a la deshumanización y reducción de la empatía por parte de los gestores del sistema, que a su vez se hallan condicionados por las directrices impuestas. Con respecto al sistema de servicios sociales (acepción restringida), también se aprecia el endurecimiento de los requerimientos exigidos para ser beneficiario de las prestaciones disponibles, así como la de burocracia asociada y el control del cumplimiento de los requisitos.

“La cantidad de dinero que ganas es muy limitada, así que el sistema no está diseñado para pertenecer en él mucho tiempo. Ellos no pueden tener nada en propiedad. [...] Hay demasiado control y demasiada documentación. Esto también es nuevo. Tienes que documentarlo todo mucho más y la aplicación utilizada es cada vez más compleja de entender y necesitas que los clientes todo el rato cumplimenten documentos [...]” (S.r.22)

“Hoy en día no obtienes nada. Sólo control y sanciones. No te damos dinero porque no haces esto, o porque no cumples este requisito, o porque no has venido a la cita... Es diferente.” (S.p.29)

Se impone, por tanto, un sistema marcado por las restricciones, el control, la burocracia y la aplicación de sanciones. En definitiva, la manera de enfrentar los problemas sociales se torna mucho más estricta, reflejándose en cuestiones como: la limitación temporal de la intervención; la concepción limitada de los problemas, las necesidades e incluso recursos (lo que no está definido, no existe); la falta de acceso motivada por el endurecimiento de los requisitos marcados para su obtención, que deja a un creciente número de personas en un “limbo social”; y el control para garantizar el cumplimiento de esos límites, entre otras.

“Tienes que probar tus necesidades, y si esas necesidades no existen en el mapa de necesidades, es tu problema. El sistema no es lo que era.” (S.a.25)

En este sentido, no parece arriesgado afirmar que las transformaciones en el sistema de bienestar social modifican su propio carácter, alejándolo de sus principios inspiradores, así como su funcionamiento y capacidad de reacción/intervención. Por otro lado, cabe destacar que estas limitaciones no solo afectan a los potenciales beneficiarios del sistema, sino también a los que trabajan en él. El avance de las políticas de austeridad, tanto en extensión como en influencia, marca el funcionamiento de los servicios públicos y la actuación de los profesionales. En definitiva, asistimos al retroceso de uno de los modelos que durante décadas ha sido referente del progreso social: el modelo sueco. Una retracción que, pese a no haber sido suficientemente reflexionada a nivel internacional, está integrada en el discurso de los expertos suecos, así como por la sociedad escandinava en su conjunto. En este sentido, el análisis de un discurso evidencia un posicionamiento mayoritario contrario a los cambios detectados, según el cual las restricciones suponen un riesgo y una amenaza para la sociedad universalista. No obstante, también hay un grupo, minoritario pero en expansión, que concibe el cambio como necesario, bajo la consideración de que el anterior sistema generaba dependencia de lo público.

“Yo creo que quizás tengamos que cambiar. Probablemente necesitamos cambiar. La sociedad ha cuidado demasiado de sus ciudadanos hasta ahora. Así que probablemente sea positivo reducir esto, pero yo creo que los cambios están siendo demasiado rápidos. Los ciudadanos suecos dependen mucho de la sociedad. La gente viene y dice ‘me voy a separar de mi marido y quiero un apartamento para vivir’ y nosotros decimos ‘no’ y ellos se enfadan... Porque siguen creyendo que la sociedad se tiene que responsabilizar de esto, porque así ha sido hasta ahora. Y es duro para los trabajadores sociales explicarlo.” (S.r.22)

Por otro lado, en Alemania (zona 1) hallamos una influyente tendencia a la activación laboral (tendencia generalizada en la Unión Europea, con mayor peso en la sociedad alemana). En este contexto, los individuos son percibidos como “sujetos” que tienen que resultar productivos para su país. Por encima de las circunstancias personales o de las aspiraciones individuales, se halla la disposición (incentivada o impuesta) a participar en el sistema productivo. Motivado por esta tendencia, la actual intervención con individuos en edad de trabajar en Alemania se centra, casi de manera exclusiva, en el seguimiento y control de la búsqueda activa de empleo, quedando relegadas a un segundo plano otro tipo de intervenciones. Las entidades del tercer sector reclaman una intervención pública más holística, ya que en la práctica son estas entidades no lucrativas las que acompañan al individuo en su proceso de inserción sociolaboral.

El gran cambio señalado en Alemania se refiere a la implantación del sistema Hartz (en la actualidad, Hartz IV), que engloba tanto los principios

inspiradores y su fundamento, como la organización, gestión, rol profesional y requisitos de acceso. Además, se modifica el rol de los profesionales intervinientes y se diversifica el de los usuarios o demandantes implicados en el proceso.

En España (zona 3), la principal deficiencia señalada es la insuficiencia de recursos, que ha paralizado el progreso en materia de bienestar social conseguido en la década previa a la crisis y supuesto un retroceso sin precedentes.

“No creo que el sistema de Servicios Sociales en España sea tan malo... lo malo es que no tiene recursos. Lo que no puede ser es que un sistema de servicios sociales, que creo que su estructura es bastante aceptable, pero que estén faltos de recursos para cumplir con sus objetivos.” (E.r.41)

Resulta paradójico que justo cuando y donde los servicios sociales son más necesarios para atender a un número cada mayor de personas con problemas y a la radicalización de dichos problemas, se produzca en el sistema un recorte sin precedentes desde su implantación. Por tanto, en un contexto de creciente desigualdad, pobreza y exclusión social, la demanda de servicios sociales públicos aumenta, pero el sistema no puede dar una respuesta efectiva a las necesidades de la población.

“Se pone en primera línea de batalla, al combate de la crisis, a un sistema que es en sí mismo precario [...]. Y... bueno, los servicios sociales son un sector que teniendo la obligación de atender los efectos de la crisis, está soportando en sí mismo la crisis de una manera brutal. Y esto no deja de ser una paradoja: el sistema de apoyo a los afectados por la crisis también está en crisis.” (E.a.44)

3.2. La concertación de servicios sociales públicos

Por otro lado, resulta necesario reflexionar sobre un fenómeno con un peso creciente en las sociedades occidentales desarrolladas: la privatización o concertación de servicios públicos. La importancia progresiva de este fenómeno queda reflejada en las entrevistas, siendo muchos los/as entrevistados/as que se refieren a él como una consecuencia directa de la crisis en la estructura y funcionamiento de los servicios de bienestar social. En este sentido, mientras algunos sitúan el punto de inflexión de esta privatización en la crisis de los noventa, otros (especialmente en la zona 3) lo sitúan en la actual crisis socioeconómica. No obstante, el debate entre lo público y lo privado en servicios sociales no resulta, ni mucho menos, novedoso. Es, por tanto, un viejo debate con nuevas connotaciones.

En pleno siglo XXI, resulta impactante que, lejos de haber avanzado en el reconocimiento de la importancia de los servicios sociales públicos, la lucha por su defensa esté en pleno apogeo por la

pérdida de derechos acaecida. Cabe destacar que las nuevas tendencias y corrientes neoliberales que están penetrando en el sistema no son fruto únicamente de la crisis socioeconómica, sino que ya a comienzos de siglo, la Comisión de Servicios Públicos y Comercio Internacional de ATTAC España (ATTAC España, 2004: 7) emitía su *Informe sobre la privatización de los servicios públicos* con el fin último de “ofrecer argumentos prácticos a la ciudadanía que quiera involucrarse activamente en las luchas para la mejora de los servicios públicos”. En esta línea, identifica las siguientes consecuencias de la privatización de servicios garantes de derechos básicos: el aumento de los costes para los usuarios, los obstáculos a la universalidad en el acceso y la degradación de la calidad (ATTAC España, 2004).

En las entrevistas se aprecia claramente una defensa de los servicios públicos, que se extiende incluso entre representantes de instituciones sin ánimo de lucro, que pese a estar prestando servicios de carácter público desde el ámbito privado, realizan un análisis crítico de la coyuntura actual y de su rol en ella.

“Los servicios públicos están bien dotados de personal, bien estructurados en cuando a su campo de actuación y lo que falta son recursos, y los poderes públicos no los proporcionan porque existen entidades que los están proporcionando. Yo creo que el 99% de los servicios que está prestando Cáritas los debería prestar la Administración Pública, que es su obligación por ley. Pero les resulta más fácil darnos una subvención para que nosotros lo hagamos porque sabe que el costo de ese servicio es el 50% más barato que el que ellos pudieran prestar.” (E.r.41)

La consideración al respecto es clara y prácticamente unánime, defendiéndose la responsabilidad y gestión pública de estos servicios de bienestar social. No obstante, en caso de concertación, los/as expertos/as coinciden en mostrar una mayor confianza hacia la opción de concierto con entidades sin ánimo de lucro, en el cual los posibles beneficios monetarios se reinvierten (o al menos deberían reinvertirse) en el bienestar de la población.

“Pero entiendo que si la entidad es no lucrativa, la gestión debe ser mejor. Al final una empresa lo que va a buscar es el beneficio. Una ONG, no. Incluso si hubiera beneficio se va a reinvertir para trabajar con la población. Una empresa privada, no. Entonces yo entiendo que debería priorizarse a las organizaciones sin ánimo de lucro.” (E.p.42)

“Yo prefiero instituciones especializadas en trabajo social, instituciones sociales que, aunque por supuesto ganen dinero, no persigan ese fin. Prefiero las instituciones sin ánimo de lucro, aunque también tienen sus problemas, por supuesto. A mí hay cosas que hacen las ONG que no me gustan; por ejemplo hay veces que usan el dinero para ellos mismos y no para los clientes.

Pero, en teoría, no debería ser así, su perfil no es lucrativo.” (A.r.10)

Los dos argumentos clave de oposición al concierto de estos servicios son: la pérdida de calidad que llevan aparejados y la irrupción de los principios mercantiles (por ejemplo, ley de la oferta y la demanda, priorización de los precios, etc.) en asuntos de interés general y responsabilidad social.

“No creo que sea una buena alternativa, porque no solo son de bajo coste, sino también de baja calidad. Esto no puede permitirse. No puede permitirse que los principios del mercado entren en esta área de responsabilidad social. Según la ley, las instituciones públicas tienen que buscar el proveedor más barato. Afortunadamente, aún este principio se equilibra con la calidad de los servicios también, es decir, que no todo es el precio. Por tanto, por ahora está equilibrado de alguna manera, aunque cada vez se le da más peso al precio.” (A.a.4)

“Lo público no necesita obtener beneficios y una empresa privada que intenta abaratar costes pretende obtener un beneficio, así que el ahorro tiene que estar en algún lado.” (E.r.46)

Advierten, además, de que el aumento de servicios privados acentúa la desigualdad de oportunidades y la polarización.

“Nada local, nada municipal, nada estatal, todo privado. Todo se está privatizando, incluso los colegios. Nosotros siempre habíamos estado orgullosos de Suecia, porque nosotros no éramos como Inglaterra, todos los niños iban al colegio público, en el que los niños ricos y los niños pobres compartían aulas. Pero ya no es así. Hay colegios públicos, gratuitos, a los que las familias ricas llevan a sus hijos y se pagan con los impuestos públicos. Por tanto, mis impuestos ayudan a los ricos a tener una educación mejor. Es tan cínico. Los pobres se quedan fuera porque no hay plazas. Los ricos tienen contactos... y así lo consiguen.” (S.p.31)

Con respecto a los perjudicados por esta tendencia privatizadora, no solo se apunta a los beneficiarios directos de los servicios objeto de privatización, sino también a sus gestores. Tanto unos como otros presencian una merma en la calidad: los primeros, en los servicios recibidos; los segundos, en sus condiciones laborales. Avalando esta afirmación, una de las entrevistadas visibiliza la realidad de un creciente número de profesionales que trabajan para garantizar el bienestar y seguridad de los ciudadanos a los que atienden, hallándose su propio bienestar y seguridad en riesgo. Las consecuencias de esta privatización no solo afectan a los usuarios de los servicios, que perciben una merma en la calidad, sino también en las personas que los gestionan, cuyas condiciones laborales también sufren un importante deterioro.

“Lo que realmente ha cambiado es que antes gestionaban lo que creían necesario y la Administración Local o Federal se lo pagaba. Ahora todo sale a concurso a través de concurrencia y diferentes empresas quieren desarrollar los programas. Y esto es un problema para los servicios sociales y lo que hacen es disminuir la seguridad de los trabajos. Hay muchos trabajadores en servicios sociales que tienen contratos reducidos, *minijobs*. Trabajan por la seguridad de la gente, pero sus propias condiciones de seguridad han cambiado. Por tanto, las cosas no están bien.” (A.a.3)

“La externalización no es sino una forma de privatización de los servicios públicos, que son más eficaces y más baratos, ¿a costa de qué? Porque si son más baratos es porque los profesionales cobran menos o que las calidades de los servicios que se prestan es peor.” (E.a.44)

“La calidad se está viendo afectada porque si ofreces estos servicios con un coste bajo, probablemente no pagues a tus trabajadores bien y por supuesto esto afecta a la calidad del trabajo. Hay mucha gente que hace su trabajo en estas empresas y luego se cambian a otras. En definitiva, hay una afectación de la calidad.” (A.p.14)

Entre las consecuencias más fácilmente perceptibles, nos encontramos con una creciente movilidad profesional, que afecta a la seguridad de dichos profesionales y, a su vez, genera desconfianza en los usuarios. Por ejemplo, una de las entrevistadas en Suecia reflejaba las fluctuaciones de personal de apoyo y asistencia que se producen en el servicio de ayuda a domicilio, como consecuencia de su privatización. Esto genera desconfianza e inseguridad en un colectivo vulnerable que, en un sentido literal, abre las puertas de sus casas a un “apoyo” que perciben como inseguro y desconcertante, alejándose de su propósito.

“Esa persona viene y te ayuda y tú estás un poco asustada porque hay gente nueva viniendo cada día. No sabes quiénes son. Y eso no es una buena situación de cuidado. Y vemos eso en el cuidado de personas mayores. En una semana hay tres personas que vienen a tu casa y esto no te hace sentir segura.” (S.p.33)

Los entrevistados de la zona 2 manifiestan que la privatización está afectando especialmente a los servicios sanitarios o de cuidados de salud y atención a la dependencia.

“Los servicios sanitarios son bastante débiles en Finlandia. Los servicios de salud no funcionan tan bien para la gente que no trabaja. Los trabajadores tienen buenos servicios porque trabajan. Se habla de universalidad de los servicios, pero los servicios de salud se están debilitando y el acceso a los servicios no es igualitario.” (F.a.35)

No obstante, no son los únicos que evidencian la privatización de los servicios de cuidado, sino que es una realidad manifestada en las tres zonas objeto de estudio.

En Suecia se refiere la privatización de las medidas destinadas a la inclusión social de refugiados e inmigrantes (por ejemplo, los programas de idiomas). Aunque esto también sucede en Alemania, no tiene la misma presencia en las entrevistas ni se reivindica con el mismo arranque en la zona 1.

“Luego tenemos los programas de enseñar sueco a refugiados e inmigrantes. Desafortunadamente es una de las acciones que están sufriendo la intervención del mercado. Ellos pagan a las compañías para que den estas clases de sueco. Hay competencia entre empresas y las ofrecen más y más baratas, con lo que pierden calidad. Esta forma de pagar a las empresas para que lo hagan hace que la calidad de los servicios sea cada vez menor.” (S.a.28)

Como alternativa intermedia, algunos/as expertos/as proponen que la privatización de servicios sociosantitarios se acompañe de exigencias mínimas de calidad. La idoneidad de la prestación de servicios tendrá que ser supervisada de forma rigurosa por la entidad pública responsable de su concertación, a través de técnicas de evaluación acordes. En definitiva, la externalización tendría que estar acompañada de una regularización mucho más exhaustiva, que garantice unos estándares de calidad y que beneficie tanto a los/as usuarios/as de los servicios como a los/as prestadores/as (condiciones de contratación, etc.).

“Podría ser una buena alternativa si se exigen unos mínimos de calidad y si se tiene una tutela desde las Administraciones Públicas segura y fuerte. No significa que esto no lo pueda hacer nadie si no es desde lo público. Hay empresas que trabajan muy bien y que no trabajan a cualquier coste y aun así suelen ser más baratas que las Administraciones Públicas. Pero en cualquier caso tienen que estar tuteladas y bajo la supervisión estricta de la Administración Pública, por el bien del ciudadano, no por otra cosa.” (E.r.45)

Como principal aspecto positivo que podría entrañar una privatización rigurosamente vigilada y evaluada, se señala la mayor fluidez:

“Si todos los servicios los tuviera que prestar el Estado sería más lento, ya que no se podría atender a un determinado tipo; por lo tanto, a lo mejor no todo tiene que ser así, lo público se puede hacer de muchas maneras.” (E.a.47)

Con respecto a la reducción del gasto público que supone esa privatización, se muestra una oposición tajante: no pueden reducirse gastos a costa de la calidad de los servicios sociales.

“Tiene que estar integrado en cumplir las normas en obligarlo a cumplir y en pagarlo bien también;

o sea, lo que no puede ser es que yo sepa que un servicio cuesta cien y cuando lo saco a lo privado lo saco en veinte, porque estoy por la puerta de atrás sabiendo que el que lo saque lo hará por quince porque además le va a sacar cinco.” (E.a.47)

Sin bien los/as expertos/as reclaman y apuestan por la implementación de nuevas fórmulas, así como la mejora y perfeccionamiento de otras ya implantadas, en ningún momento se obvia la defensa de lo público. A tal respecto se señala la pertinencia de implantar nuevas fórmulas de control de calidad y nuevos estándares de trabajo —por ejemplo, trabajo por objetivos— entre otros. Todo esto desde la defensa de lo público.

“Para funcionar con un mínimo de garantías necesitamos que los servicios sociales sean fuertes. Habrá que trabajar más por objetivos, habrá que evaluar mucho más las políticas que se apoyan... Pero eso no significa que haya que dejar de apoyar al sistema público y fomentar el tercer sector. Habrá que trabajar en el sistema público con otros criterios de eficiencia, pero nunca ir en detrimento de lo público.” (E.r.45)

4. Conclusiones

Los países europeos están envueltos en un proceso de convergencia supranacional que los determina, causando una reestructuración notoria en sus políticas, incluidas las sociales.

En general, el análisis revela un importante cambio en los sistemas de bienestar que condiciona, e incluso determina, la intervención social. El creciente carácter restrictivo es uno de los aspectos más citados: un sistema marcado por las restricciones, los

límites, el control, la falta de flexibilidad y un enfoque excesivamente burocrático. Este sistema restrictivo deja múltiples escenarios, situaciones y necesidades sin cobertura.

En relación con lo anterior, encontramos una línea discursiva mayoritaria que muestra su desacuerdo con respecto a estas medidas. No obstante, hallamos también una línea discursiva minoritaria que defiende la pertinencia del cambio, argumentado a través de la necesidad de reducir la dependencia ciudadana del modelo de bienestar.

En un contexto de gasto social limitado, la privatización y concertación de servicios sociales públicos se convierte en una nueva estrategia de reducción de costes. El rechazo a este tipo de medidas es prácticamente generalizado entre los/as expertos/as entrevistados/as, con argumentos tales como la pérdida de la calidad, la emergencia de los principios mercantiles en cuestiones sociales, o la desigualdad, segregación y polarización asociadas, entre otros. En resumen, la defensa de la responsabilidad pública constituye una máxima en los tres contextos y entre los diferentes grupos de interés.

Por último cabe destacar que, a lo largo del presente artículo, queda reflejado que los cambios en materia de bienestar social y servicios sociales no solo impactan en sus beneficiarios de estos sistemas, sino también en los gestores y prestadores. En esta línea, el análisis apunta que, en la actualidad, las disciplinas sociales se enfrentan a un sistema crecientemente restrictivo y limitador. Se hallan, por ende, marcadas por los recortes sociales, presupuestarios e institucionales, por el control, y por una orientación general crecientemente economicista y deshumanizadora. En definitiva, se ven obligas a redefinirse en la identificada como la “era de bronce” del bienestar social.

Bibliografía referenciada

- ATTAC-ESPAÑA (2004): *Privatización de los servicios públicos en España*, Madrid, Edición ATTAC.
- FUNDACIÓN FOESSA (2014): *VII Informe sobre exclusión social y desarrollo social en Andalucía y España*, Madrid, Foessa.
- LAS HERAS, P. (2002): “El Sistema Público de Servicios Sociales: contribución del Trabajo Social, desafíos, oportunidades y estrategias”, *Trabajo Social Hoy*, 7-80.
- GARCÍA-DOMINGO, M. Y SOTOMAYOR, E. (2016): “Escenarios desiguales de una Europa en crisis: aproximación a los efectos de la crisis socioeconómica en los Estados de Bienestar europeos: el caso de Alemania, Suecia y España”, *Acta Sociológica*; 69, pp. 181-205.
- MISHRA, R. (1992): *El Estado de bienestar en crisis: pensamiento y cambio social*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- MISHRA, R. (1996): “The welfare of nations” en BOYER R. y DRACHE D. (eds.): *States against Markets. The Limits of Globalization*, Londres, Routledge, pp. 316-333.
- MORENO, L. (2001): *Pobreza y exclusión. La “Malla de seguridad” en España*, Madrid, CSIC Politeya.
- NAVARRO, V. (1997): *Neoliberalismo y Estado del bienestar*, Barcelona, Ariel.
- RODRÍGUEZ-CABRERO, G. (1989): “Política social en España: realidades y tendencias” en MUÑOZ R. (ed.), *Crisis y futuro del Estado del Bienestar*, Madrid, Alianza Editorial, pp. 183-204.
- SUBIRATS, J. (2004): *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*, Barcelona, La Caixa.

Tendencias a largo plazo en la financiación de los cuidados a la infancia y a la población dependiente en Europa¹

Paula Rodríguez-Modroño

Departamento de Economía
Universidad Pablo de Olavide
prodmod@upo.es

Mauricio Matus-López

Departamento de Economía
Universidad Pablo de Olavide

Artikulu honetan aztergai hartzen da haurtzararen eta mendeko egoeran dauden adinduen Europako 28 herrialdetako berrogei urtera eginiko proiektio bat, eta kalkuluak egiten dira aldaketa demografikoarekiko izango duen eragina ezagutzeko. Proiektio hori burutzeko erabili da haurtzaro eta mendekotasunera bideratutako gastu publikoa, biztanleriaren eta BPGaren hazkundera, Eurostaten eta Nazioarteko Diru Funtzaren datu-baseetako datuez baliatuz. Simulazio-ariketa honen bitartez ezagutzen da, politikak aldatu ezean, Europako zein herrialdek utziko dituen babesik gabe biztanle horiek. Emaitzek ahalbidetzen dute, egungo joera eta iraunkortasunari kontu hartuz, etorkizunean haurtzararen eta mendekoen zaintzarako diseinua berri beharko duten herrialdeak zeintzuk diren ezagutzea.

GAKO-HITZAK:

Familia-politikak, mendekotasuna, gastu soziala, austeritatea.

En este artículo se proyecta en un horizonte de cuarenta años el gasto en infancia y el de mayores dependientes para 28 países europeos y se estima su impacto en proporción al cambio demográfico. Para la proyección se utilizan datos de gasto público en infancia y dependencia, crecimiento poblacional y crecimiento del PIB de las bases de datos de Eurostat y del Fondo Monetario Internacional. Con este ejercicio de simulación se identifican los países europeos que, de no cambiar sus políticas, desprotegerán a menores y mayores, o a una población más que a otra. Estos resultados permiten anticipar los impactos que la tendencia actual y su sostenimiento tendrán en el futuro y señalar aquellos países que deben revisar su actual diseño de políticas de cuidados a la infancia y a la población dependiente.

PALABRAS CLAVE

Políticas familiares, dependencia, gasto social, austeridad.

¹ Una primera versión de este documento fue presentada en el VI Congreso de la Red Española de Políticas Sociales, celebrado en Sevilla, los días 16 y 17 de febrero del 2017.

1. Introducción

Existen dos fuerzas que están modificando los recursos que los Estados de Bienestar europeos dedican a los cuidados a la infancia y a la población mayor dependiente. La primera es el propio cambio demográfico, que ha disminuido la proporción de menores y ampliado la población de mayores. Según los datos de población de Eurostat (2017a), hace veinticinco años había la mitad de menores de 5 años que mayores de 65 en la Unión Europea de los Veintisiete (29,3 y 64,6 millones en 1990, respectivamente). En la actualidad, los menores representan solo un tercio de la población mayor (25,9 y 95,2 millones, respectivamente, en 2015), mientras que en 2060 la población mayor de 65 años en la Unión Europea de los Veintiocho será casi cinco veces la población menor de 6 años.

La segunda fuerza es la contención del gasto público, que se impone con la entrada de los paradigmas neoliberales a comienzos de los años noventa y que se consolida con las políticas de austeridad de los últimos años. Aunque existe un amplio consenso sobre el inicio, hace al menos tres décadas, de un proceso de reconfiguración del Estado de Bienestar en la mayoría de las democracias capitalistas (Taylor-Gooby, 2002; Palier, 2010; Hemerijck, 2012), la recesión de 2008 ha marcado el comienzo de una nueva era de “austeridad permanente” (Pierson, 2002) o, como denomina Jessop (2015), “duradera” o “sostenida”. La introducción de duras políticas de austeridad en toda Europa es prueba del empeoramiento de esta tendencia general (Farnsworth e Irving, 2011, 2015; Matsaganis, 2012; Karger, 2014; Pavolini *et al.*, 2015). Estos programas de austeridad están siendo acompañados de recortes sociales, generalmente legitimados con el pretexto de salvar las finanzas públicas y de que la antigua protección social ya no es sostenible en las circunstancias actuales (Romano y Punziano, 2015). Aunque la austeridad se está aplicando en todos los países avanzados, en los países europeos rescatados, sometidos a estrictos programas de reformas, la presión fiscal es aún mayor.

Como consecuencia de estas políticas de recalibración (Ferrera *et al.*, 2000) y de recortes, se está asistiendo al desarrollo de un nuevo contrato social en los países occidentales sobre la base de una nueva combinación o *mix* de obligaciones familiares y provisión mercantil y pública de los trabajos de cuidados. Respecto a las políticas de atención a la dependencia o cuidados de larga duración (CLD), parece existir cierta tendencia de convergencia en financiación y provisión siguiendo una misma lógica: desarrollar programas de bienestar social en el marco de una economía de mercado. En concreto, las políticas de CLD se mueven entre dos presiones. La primera es la contención del gasto social público y la segunda es la orientación del gasto hacia actividades de mercado (Matus-López y Rodríguez-Modroño, 2014; Matus-López, 2015; Rodríguez-Modroño y Matus-López, 2016).

En cuanto a las políticas familiares y de cuidados a la infancia (CFI), estas se han visto en parte más protegidas que otras políticas sociales con el enfoque de la inversión social, debido a su carácter instrumental para la mejora del crecimiento y la competitividad, aunque este enfoque también ha contribuido a la reorientación funcional de los Estados de Bienestar (Morel *et al.*, 2012; Rodríguez-Modroño y Matus-López, 2016). Sin embargo, las políticas familiares también se han visto seriamente limitadas con la austeridad, especialmente en los países del Sur de Europa. La austeridad está teniendo impactos devastadores sobre los avances tardíos realizados por estos Estados para cubrir los cuidados a menores y mayores dependientes (León y Pavolini, 2014; Guillén *et al.*, 2016).

De modo que esta nueva era de austeridad representa un desafío clave para el futuro de los Estados de Bienestar que requiere un reconocimiento pleno de la amplitud de sus costes económicos y de su impacto no solo en el corto, sino también en el largo plazo. Este artículo pretende precisamente contribuir a esta discusión de los cambios en los Estados de Bienestar y sus consecuencias futuras intentando responder a las siguientes preguntas de investigación. Si partimos de que estamos en una era de austeridad permanente y en las próximas décadas continuarán las tendencias de los últimos años, tanto económicas como demográficas, ¿cómo se verán afectados los menores y mayores dependientes? Para responder a esta pregunta se efectúa un análisis de la proyección de los gastos en CLD y CFI en el horizonte de 2060, con objeto de distinguir aquellos países con políticas proinfancia o prodependencia.

La siguiente sección presenta la metodología del estudio, incluyendo el objeto, las fuentes de los datos y la metodología utilizada para las proyecciones. La sección tercera analiza la evolución del gasto público en dependencia e infancia en el periodo 2010-2013 y su evolución con relación al producto interior bruto (PIB). La cuarta sección presenta los principales resultados de la proyección proinfancia y prodependencia en el horizonte de 2060 y la quinta sección concluye con una discusión de las principales implicaciones.

2. Metodología

2.1. Ámbito, definiciones y fuentes de datos

El ámbito de estudio lo conforman 28 países europeos para los que se dispone de toda la información: Austria, Bélgica, Bulgaria, Croacia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Lituania, Letonia, Luxemburgo, Países Bajos, Noruega, Polonia, Portugal, Rumanía, República Eslovaca, Eslovenia, España, Suecia y Reino Unido.

Los cuidados de larga duración (CLD) comprenden los gastos sociales y sanitarios de servicios para las

personas con condiciones crónicas y discapacidades que necesitan cuidados permanentes. Tiene dos componentes, uno de salud y otro de servicios sociales. El componente sanitario se obtiene de las cuentas satélites de salud y se refiere a servicios de enfermería y personales (asistencia para las actividades de la vida diaria), y cubre cuidados paliativos y cuidados provistos en instituciones de larga duración o a domicilio. El gasto social incluye el gasto en asistencia para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria.

Los gastos en cuidados a familias e infancia (CFI) se inician entre 1990 y 1995, según el país, y comprenden el apoyo financiero a hogares para el cuidado de hijos u otros familiares y servicios sociales de protección a la familia, especialmente menores. Incluyen tanto prestaciones económicas —asignación por hijo a cargo, prestaciones por nacimiento o adopción, prestaciones por permisos de paternidad, subsidio de natalidad y otras prestaciones en efectivo— como en especie —educación infantil de 0-6 años, alojamiento, asistencia a domicilio y otras prestaciones en especie— (Comisión Europea, 2011).

Las fuentes de información y variables utilizadas fueron las del Fondo Monetario Internacional (FMI) para el PIB 2000-2015, en millones de dólares de 2010, y las proyecciones del PIB 2016-2021 del *World Economic Outlook* de octubre de 2016. La tasa histórica de crecimiento medio fue calculada sobre el periodo 2000-2015. Los datos de población total, menores de 6 años y de 65 o más años hasta 2013 y las proyecciones de población (Europop2013²) para los tres grupos para 2013-2060 corresponden a Eurostat (2017a), asumiendo el escenario principal.

El gasto público en dependencia o cuidados de larga duración (CLD) se obtuvo de la Unión Europea para 2010 (Lipszyc *et al.*, 2012) y 2013 (Comisión Europea, 2014) y se encuentra expresado en porcentaje del PIB. Las estimaciones de crecimiento del gasto se obtuvieron de las proyecciones en el escenario medio³ (*AWG reference scenario*) y escenario de riesgo⁴ (*AWG risk scenario*) para 2013-2060 (Comisión Europea, 2015).

El gasto en políticas familiares se obtuvo de Eurostat (2017b) para el periodo 1990-2014, con distinta longitud de serie según el país en cuestión. Su estimación de escenario medio y de riesgo para 2060 se basa en variaciones de la desviación

estándar histórica de cada serie y país, con una variación negativa de una desviación estándar para el escenario medio y una variación positiva de tres desviaciones estándar para el escenario de riesgo. El criterio 1/3 es discrecional, basado en la evidencia histórica de menor flexibilidad a la baja que al alza.

2.2. Método

Se llevaron a cabo dos análisis. El primero estudió la evolución del gasto en CLD y CFI entre 2010-2013. Según los resultados, los países fueron clasificados en un cuadrante de doble entrada: expansión/recortes y dependencia/infancia, según aumentaron o redujeron los importes de gasto público para cada tipo en el periodo. Se analizaron estas evoluciones en proporción al PIB mediante un análisis de sensibilidad que compara las variaciones de cada tipo de gasto público y las variaciones del PIB para cada país entre 2010 y 2013. Para ello se calculó la elasticidad del gasto en cuidados a la dependencia con respecto al PIB y la elasticidad del gasto en cuidados a la infancia con respecto al PIB. Los resultados permitieron clasificar a los países en un segundo cuadrante de doble entrada: elástico/inelástico y dependencia/infancia. Los países con valores mayores que 1 muestran una variación porcentual mayor del gasto público en CLD y/o CFI que la variación del PIB. Un valor menor a 1 muestra una variación porcentual menor del gasto público en CLD y/o CFI que la variación del PIB.

En el segundo análisis, se utilizaron las proyecciones de la UE para CLD hasta 2060 en dos escenarios, medio y de riesgo, y se proyectó el gasto en CFI. Este último, al no estar disponible, se estimó para dos escenarios. El primero, denominado “escenario medio”, se basa en el supuesto de que el gasto público como porcentaje del PIB varía negativamente una desviación estándar de la evolución histórica de cada país para 2013 y 2060. Esta desviación se calculó sobre el periodo 1994-2014 para 19 países. Las excepciones fueron: Lituania desde 1996, Letonia desde 1997, Estonia y Hungría desde 1999, Chipre, Polonia y Rumanía desde 2000, Bulgaria a partir de 2005 y Croacia a partir de 2008. El segundo escenario, de riesgo, asumió una desviación al alza de hasta tres veces la desviación estándar de cada país hasta 2060, basada en el mismo periodo histórico.

Se estimaron las dotaciones per cápita de cada gasto y cada escenario, en dólares constantes de 2010. Las cifras per cápita se calcularon sobre el total de la población de 65 o más años de edad para CLD, y sobre menores de 6 años de edad para CFI. Las poblaciones son las estimadas por la Unión Europea para 2060 y las estimaciones de crecimiento del PIB son las del FMI hasta 2021 de cada país y sus respectivas tasas históricas medias para el periodo restante hasta 2060. El indicador utilizado para comparar los resultados fue la relación entre gasto público en CLD per cápita sobre gasto público en

² Para las proyecciones de población se utilizó como dato de inicio el 1 de enero de 2013. Las proyecciones se basan en una serie de supuestos sobre la evolución de la fecundidad, mortalidad y migración neta para el periodo 2013-2060.

³ El escenario medio, que combina los escenarios demográficos y de discapacidad constantes, toma el escenario base para las proyecciones de gasto en dependencia: la mitad de las ganancias en esperanza de vida serán sin discapacidad y, por tanto, sin demanda de cuidados.

⁴ El escenario de riesgo mantiene el supuesto de que la mitad de las ganancias en esperanza de vida no necesitará cuidados, pero añade un escenario de convergencia al alza (hacia la media de la Unión Europea) en los costes unitarios y en la cobertura.

CFI per cápita. Los resultados se presentaron en dos cuadrantes de doble entrada: relación CLD per cápita/CFI per cápita en 2013 y en 2060. Un cuadrante para el escenario medio y otro para el escenario de riesgo. Estas estimaciones están aún sujetas a modificaciones y nuevas sensibilizaciones.

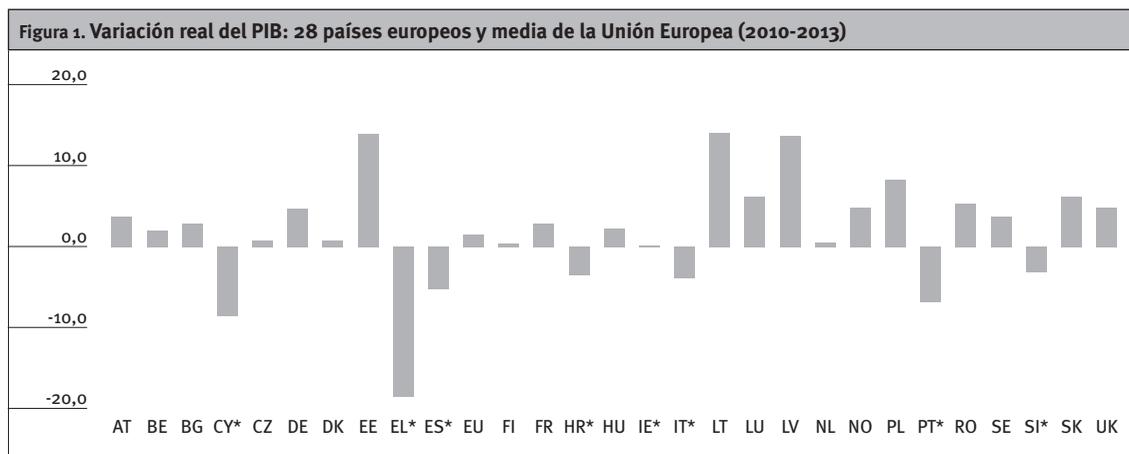
3. Gasto en cuidados en un contexto de austeridad y crisis

No todos los países se han visto igualmente afectados por la crisis. En términos agregados, ocho de los veintiocho países mostraron retrocesos netos en sus economías en 2010-2013. El mayor retroceso se produjo en Grecia, con la crisis económica, política y social más importante de los últimos años en Europa, que le hizo perder un 18 % del PIB. Pero no fue el único. Un segundo grupo, compuesto por Chipre, Portugal y España, mostró retrocesos totales del 8,63 %, 6,85 % y 5,21%, respectivamente. Y un tercer grupo, con Italia, Croacia y Eslovenia, lo hizo

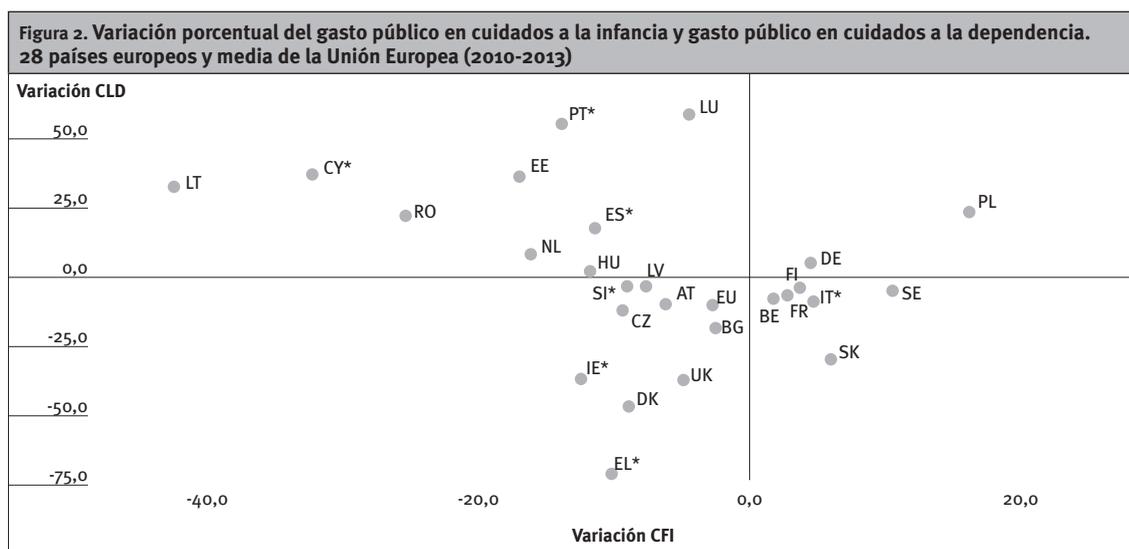
un 3,95 %, 3,5 %, y 3,12 %, respectivamente. El octavo país, Irlanda, mostró una variación casi neutra; -0,06 % (Figura 1).

La desaceleración, crisis y, en algunos casos, recesión, presionó a los Gobiernos a realizar ajustes presupuestarios. Las variaciones de los gastos en cuidados fueron en parte una reducción extraordinaria en respuesta al momento económico, pero también forman parte de una política de ajuste de medio y largo plazo que ya se venía produciendo.

Del total de países analizados, nueve mostraron reducciones netas en ambos componentes del gasto público. Como era de esperar, la mayor variación negativa la registró Grecia, con caídas totales de más del 60 % en CLD y cercana al 10 % en CFI, una tendencia que se repite en Eslovenia e Irlanda. No obstante, en los seis restantes (Austria, Bulgaria, Dinamarca, Letonia, Reino Unido y República Checa), se dio una reducción de ambos gastos a pesar del crecimiento de sus economías durante este periodo (Figura 2).



Fuente: Fondo Monetario Internacional (2016).



* Países con reducción porcentual del PIB real.

Fuente: Elaboración propia a partir de Lipszyc *et al.* (2012), Comisión Europea (2015) y Eurostat (2017b).

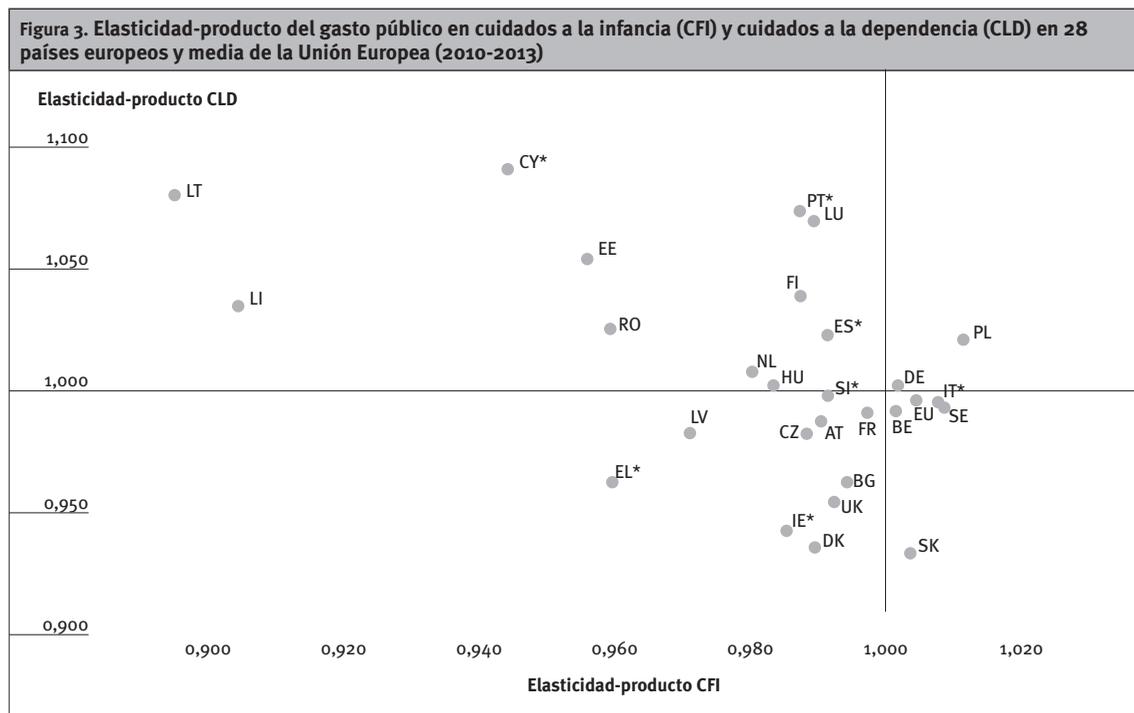
Al comparar la evolución del gasto público en CFI y en CLD, se aprecia un mayor ajuste en gastos en infancia que en dependencia. Solo ocho países no redujeron sus gastos en infancia y sus aumentos fueron menores del 15 %, con la excepción de Polonia que lo hizo un 16,5 %. En cambio, once países aumentaron sus gastos en dependencia y ocho de ellos con incrementos mayores al 15 %. Nueve de esos once países se caracterizaron además por compatibilizar una reducción en CFI con un aumento en gasto en CLD. Únicamente Alemania y Polonia aumentaron el gasto público en los dos conceptos.

La preferencia por reducir gasto en CFI más que en CLD se debe en parte a que, en algunos casos, los sistemas de CLD estaban en desarrollo y sus servicios en expansión, por lo que partían de niveles muy bajos y presupuestos más manejables. Los casos más claros son los de España y Portugal, que pese a registrar descensos en la actividad económica y a reducir presupuesto en CFI, aumentaron moderadamente sus dotaciones reales de gasto público en CLD entre 2010 y 2013. Ambos sistemas tenían para entonces poco más de cinco años desde su creación. Algo similar a lo ocurrido con Lituania, Chipre y Rumanía, que sin disponer de un sistema formal de CLD han impulsado los servicios relacionados con la atención a personas dependientes y mayores.

Otra cuestión que es importante considerar es la evolución de los países que hacia 2013 tenían un gasto público en CLD superior al 2 % del PIB: Países Bajos, Finlandia, Francia, Bélgica, Suecia y Dinamarca⁵. En todos ellos existe una tendencia a controlar un gasto que se ha expandido notablemente en las últimas décadas. Así, no es de extrañar que este grupo de países represente una parte importante de aquellos que redujeron el peso de este gasto en el PIB. Solo los Países Bajos registraron una ligera alza y Dinamarca la mayor reducción de todo el grupo (superada únicamente por Grecia).

El peso con relación al PIB se torna, por tanto, relevante. Para ello, se estimaron las elasticidades de ambos gastos públicos con respecto al PIB. Los valores mayores que 1 muestran que el gasto público en CLD o CFI aumentó o se redujo en mayor proporción de lo que lo hizo el PIB. Valores menores que 1 muestran el comportamiento contrario: que los gastos en CLD o CFI fueron menos sensibles a la caída o al alza del PIB.

Los resultados muestran que casi todos los países registraron elasticidades muy cercanas a 1. Es decir, sus variaciones respecto al PIB se ajustan más o menos de forma similar en CLD y CFI (Figura 3).



* Países con reducción porcentual del PIB real.

Fuente: Elaboración propia a partir de Lipszyc *et al.* (2012), Comisión Europea (2015) y Eurostat (2017b).

⁵ También los Países Bajos, pero no se dispone del gasto público en CLD para 2010.

En la Figura 3, una nube de puntos compuesta por Lituania, Chipre, Estonia, Rumanía, Portugal y Luxemburgo se aleja del eje central y se dispersa hacia un gasto público más elástico en CLD y menos inelástico en CFI. Es decir, que los gastos de infancia son menos flexibles que los de dependencia, en relación con la variación del PIB. Una posible causa de esta distribución está más bien en la variabilidad de los gastos en CLD, debido a que sus montantes son relativamente pequeños en estos países que, con la excepción de Lituania y Luxemburgo, no superan el 0,6 % del PIB.

4. Proyecciones de gasto en cuidados a la dependencia y gasto en infancia

Uno de los problemas de realizar proyecciones es que existen pocos trabajos que propongan evoluciones futuras de gastos, tanto en dependencia como en familia e infancia. Respecto a los CLD, principalmente porque existe escasa información histórica sobre el gasto en este tipo de servicios. Muchos países europeos han implementado estas políticas solo en la última década. Unos las han incorporado en el concepto más amplio de servicios sociales y otros han creado sistemas nuevos de gestión de estos servicios. Asimismo, la definición ha ido ajustándose y, aunque los gastos médicos de cuidados a la dependencia pueden extraerse de las cuentas satélites de salud, la parte de gastos sociales no es igualmente identificable.

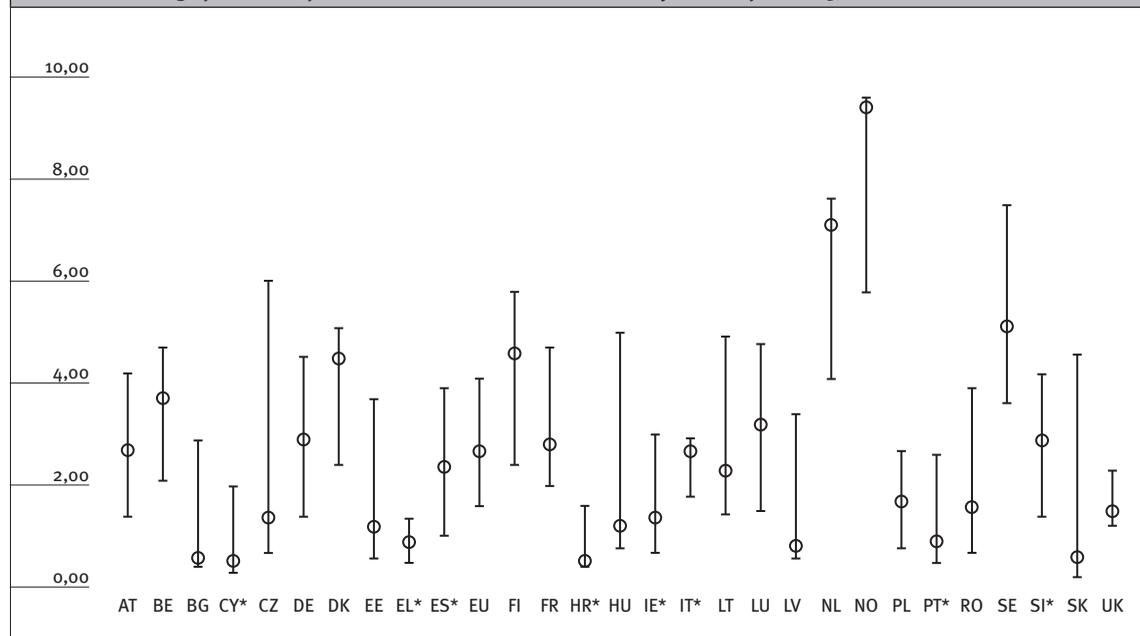
En 2012 un documento de trabajo de la Comisión Europea presentó estimaciones de gasto público

en CLD para 2010 y una proyección hasta 2060 (Lipszyc *et al.*, 2012). Para ello se basó en las cuentas nacionales satélites de salud y en información solicitada a cada uno de los países. En 2015, esta misma institución presentó nuevas proyecciones en el informe *The 2015 Aging Report*. Con las mismas fuentes, presentó el gasto público en CLD como porcentaje del PIB en la Unión Europea para 2013 y reajustó las proyecciones hasta 2016.

En el presente artículo se han utilizado los datos de 2010 y 2013 de cada fuente y las proyecciones hasta 2060 del documento de la Unión Europea (Comisión Europea, 2015). En este último trabajo se seleccionaron los dos escenarios promedio: uno combina las evoluciones demográficas, sociales y económicas constantes y el otro supone evoluciones al alza en los determinantes de los costes. Ambos escenarios dan una imagen de mínimos y máximos esperados de la evolución en cada país (Figura 4).

En esta proyección se aprecia una variación limitada en los casos de mayor gasto proporcional al PIB, Países Bajos y Noruega, con valores superiores al 7%, pero con brechas menores a medio punto porcentual. Otros en cambio presentan mayor incertidumbre debido a que el rango de ambas predicciones supera incluso los dos puntos. Este es el caso de Bulgaria, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, República Checa y República Eslovaca. En casi todos los casos, la explicación se encuentra en los bajos niveles de gasto inicial. Las proyecciones sobre montantes menores elevan la dispersión de evoluciones futuras.

Figura 4. Gasto de CLD por países como porcentaje del PIB: 28 países europeos y media de la Unión Europea (máximo en escenario de riesgo para 2060, punto medio en escenario medio 2060 y mínimo para 2013)



* Países con reducción porcentual del PIB real.

Fuente: Elaboración propia a partir de Comisión Europea (2015).

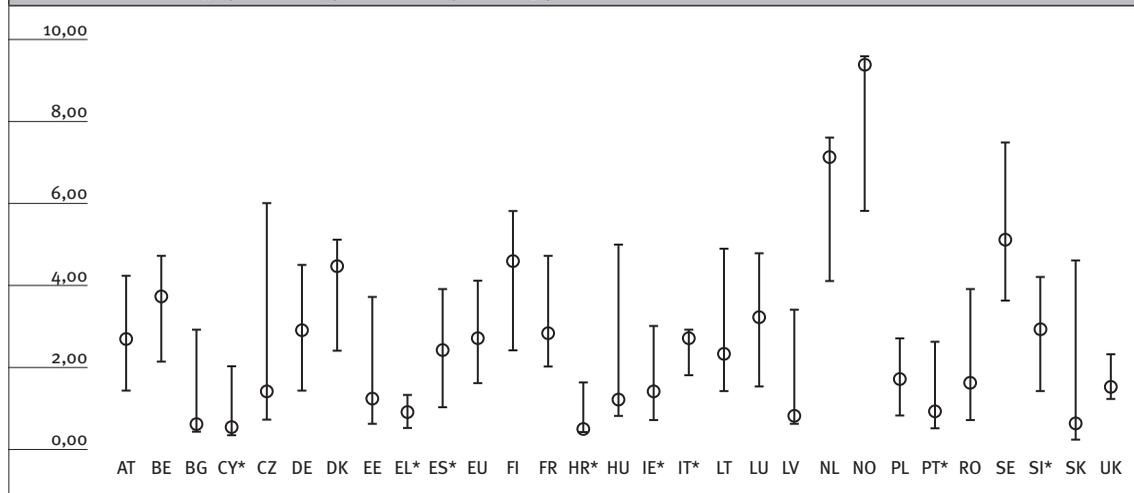
Como ya se ha comentado en la metodología, la proyección para CFI se realizó teniendo en cuenta su evolución desde 1994 hasta 2014. Por lo tanto, dependen de la variabilidad histórica de cada gasto público en cada país. Las variaciones son menores, ya que la variabilidad entre países también es menor. Por ejemplo, la desviación estándar de gasto público en CLD en 2013 fue de 87,5 % de la media. En CFI para el mismo año, fue del 41,9 % de la media (Figura 5).

Pese a que las variaciones entre uno y otro escenario son menores a medio punto porcentual en la mayoría de los países europeos, se pueden identificar algunos con mayor incertidumbre que otros. La conjugación de estos y los de las proyecciones de CLD hacen tomar con precaución los resultados para Bulgaria, Lituania, Estonia y Eslovaquia.

Las siguientes figuras representan la relación entre gasto público en CLD per cápita sobre gasto público en CFI per cápita (en dólares constantes de 2010) en 2013 y en 2060 para el escenario medio y para el escenario de riesgo. En las dos figuras, un amplio número de países se sitúa por debajo del 1 en su relación de gastos per cápita en CLD y CFI, es decir tanto en 2013 como en 2060 su gasto per cápita en políticas de apoyo a la familia y cuidado de menores es superior al gasto per cápita en cuidado de dependientes, aunque se observa en el futuro un mayor peso del gasto per cápita en dependencia.

En el caso del escenario medio (Figura 6), la mayoría de países se ubican por debajo de la línea de 45 grados. Esta línea muestra una evolución neutra. Es decir, los puntos situados en la línea representan

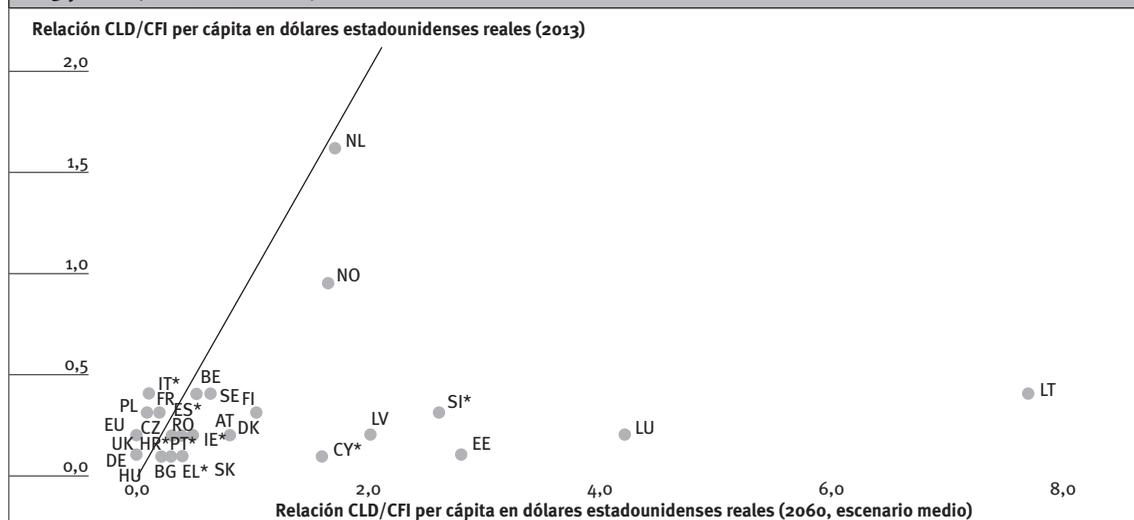
Figura 5. Gasto de CFI por países como porcentaje del PIB: 28 países europeos y media de la Unión Europea 2060 (máximo en escenario de riesgo para 2060, punto medio para 2013 y mínimo en escenario medio 2060)



* Países con reducción porcentual del PIB real.

Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat (2017a, 2017b).

Figura 6. Resultado de la relación de gasto público per cápita CLD/CFI: 28 países europeos y media de la Unión Europea 2013 y 2060 (escenarios medios)



Fuente: Elaboración propia.

países en los que el gasto per cápita en dependencia sigue manteniendo la misma proporción del gasto per cápita en infancia en 2060 que en 2013. Los puntos situados bajo la línea de 45 grados son países en los que el gasto per cápita en dependencia aumenta más que el gasto per cápita en infancia. Casi la totalidad de los países muestra un desplazamiento temporal a favor del gasto per cápita en dependencia que en infancia en el horizonte 2060.

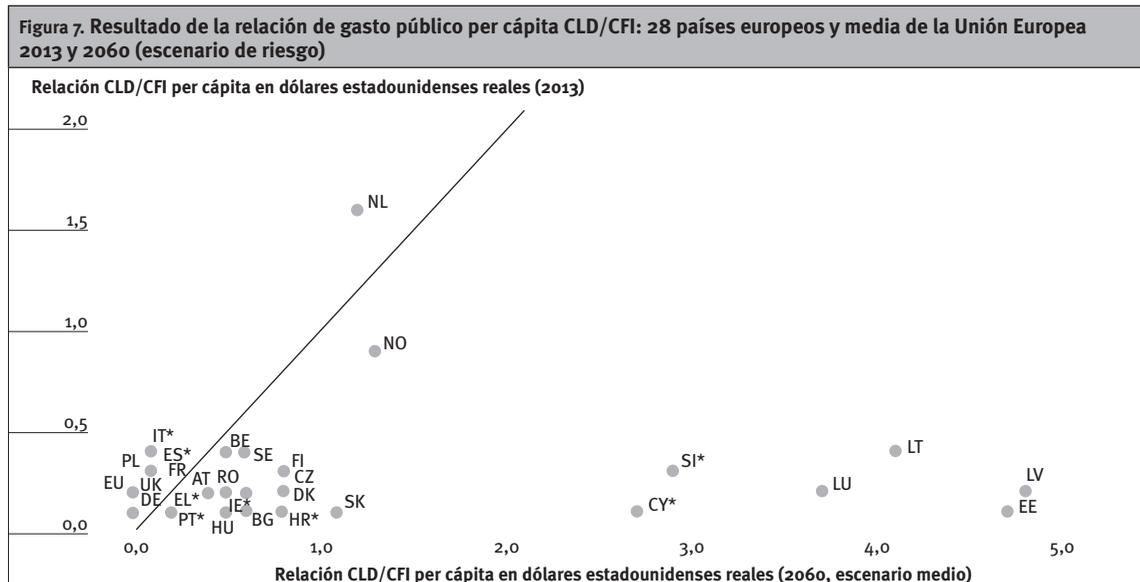
Solo ocho países se encuentran a la izquierda de la línea de 45 grados (Alemania, Bélgica, España, Francia, Italia, Países Bajos, Polonia y Reino Unido), es decir, son los únicos que presentan una tendencia más proinfancia que prodependencia. Sin embargo, su peso en el total europeo conduce a que la media de la Unión Europea se encuentre también sobre la línea divisoria.

La nube de puntos que más se aleja hacia una tendencia prodependencia está compuesta en parte por aquellos países sobre los que se debe tener precaución por la variabilidad de sus indicadores, como Lituania y Estonia, o por países con un gasto todavía escaso en dependencia en 2013, lo cual explicaría este comportamiento.

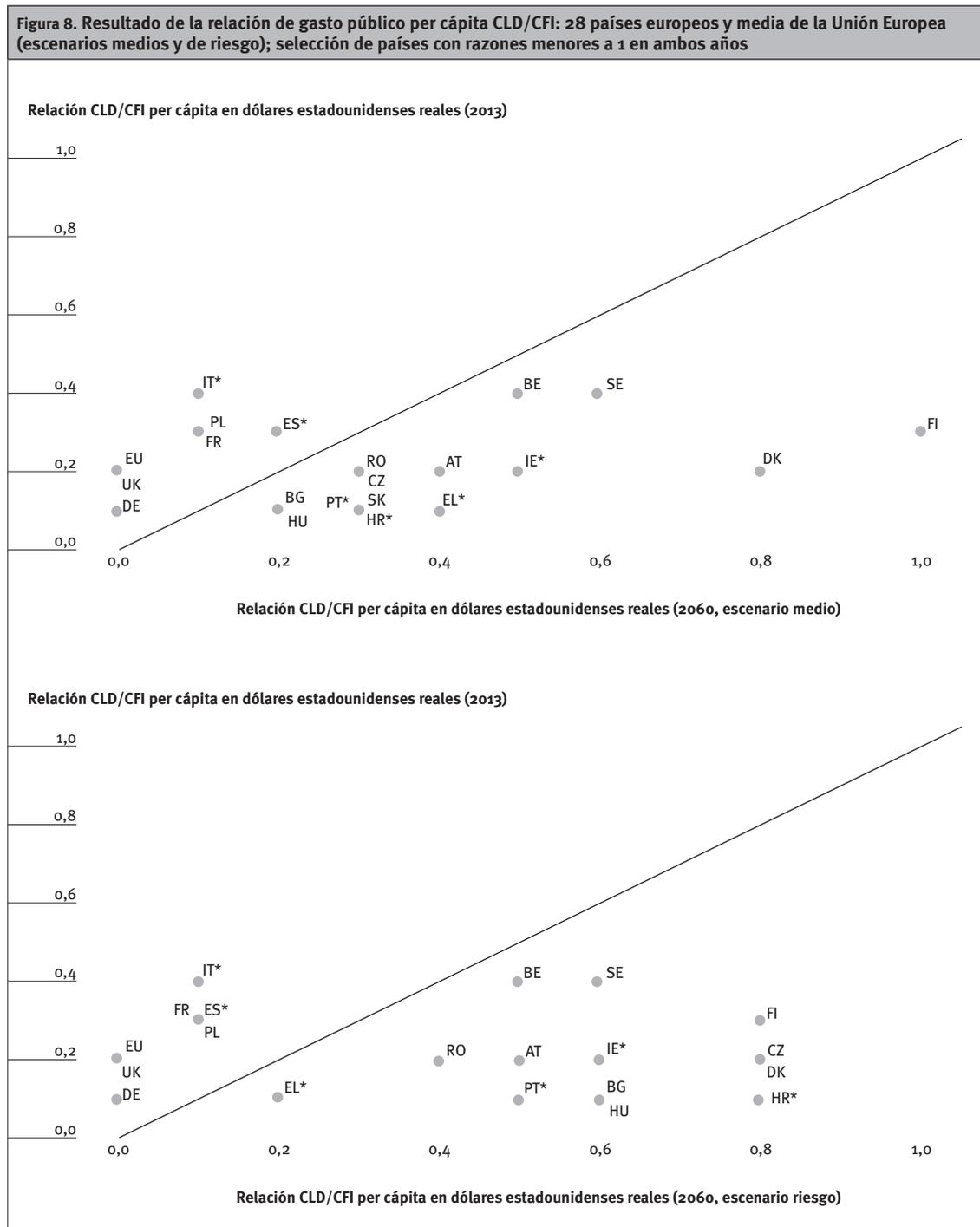
El caso es distinto para los otros dos puntos alejados: Países Bajos y Noruega. Ambos parten con modelos consolidados de cuidados a la infancia y a la dependencia y muestran proyecciones más o menos estables a futuro. En ambos casos los gastos en dependencia en 2013 eran, proporcionalmente al gasto en infancia, de los más elevados de Europa. Así, en el escenario medio de 2060, se mantienen entre los de mayor gasto Países Bajos, con proporciones similares entre ambos tipos de gasto per cápita, y Noruega, con una leve inclinación hacia un aumento de los gastos per cápita en dependencia.

En el escenario de riesgo (Figura 7) las tendencias generales son similares. Una vez más un grupo de países, principalmente de Europa del Este, muestra un desplazamiento hacia indicadores prodependencia. Una tendencia que hay que tomar con cautela por los determinantes señalados de variabilidad y de bajo gasto inicial. Noruega y Países Bajos vuelven a situarse por encima del grupo de países, pero cercanos a la línea de 45 grados.

Para poder comparar mejor ambos escenarios es conveniente ampliar los dos últimos gráficos sobre la línea de puntos central, limitando las razones a 1. En este ejercicio (Figura 8) se pueden apreciar cinco cuestiones. En primer lugar, la mayoría de los países europeos tienen razones inferiores a 1 (20 países en el escenario medio y 19 en el escenario de riesgo), esto es, tienen y seguirán teniendo en 2060 un gasto per cápita en dependencia inferior al gasto per cápita en políticas familiares. A pesar de que los países europeos aumentan su gasto en dependencia, estos incrementos no compensan suficientemente el envejecimiento de la población. En segundo lugar, dos terceras partes de los países europeos se encuentran en este rango de valores; es decir, la variación entre los países europeos es escasa. En tercer lugar, existe una mayoría en ambos escenarios que muestra una tendencia prodependencia. En cuarto lugar, el escenario de riesgo y el escenario medio no muestran grandes diferencias agregadas. El número de países por debajo y por encima de la línea de 45 grados se mantiene. En quinto lugar, los países con mayor peso poblacional y económico de Europa muestran una tendencia proinfancia: Alemania, Reino Unido, Francia, Italia y España, además de Polonia y la media de la Unión Europea. Es decir, el aumento del gasto público en dependencia en proporción a las personas de 65 o más años de edad en 2060 es menor que el aumento del gasto en infancia con respecto a la población menor de seis años en 2060.



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

Por último, los países con modelos de cuidados a la dependencia más consolidados y con mayor presupuesto en 2013 muestran una tendencia prodependencia en el escenario medio 2060: Dinamarca, Finlandia, Suecia y Bélgica. Si se analiza el escenario de riesgo, siguen una tendencia prodependencia países que hoy tienen los gastos públicos más bajos respecto a Europa: República Checa, Croacia, Bulgaria, Rumanía, Hungría y Portugal. A estos últimos se une Austria, que parece ser más sensible al escenario de riesgo.

5. Discusión y conclusiones

Desde principios de los noventa la lógica neoliberal ha guiado las reformas en las políticas sociales y de cuidados de los países europeos, orientándolas hacia un fortalecimiento de los principios de eficiencia económica en la provisión de los cuidados. Las reformas se han llevado a cabo buscando un equilibrio entre dos fuerzas, la ampliación de la cobertura de los servicios de acuerdo a las crecientes necesidades sociales de cuidados y la contención del

gasto público (Rodríguez-Modroño y Matus-López, 2016).

La crisis económica mundial de 2008 ha servido para agudizar las presiones sobre la contención del gasto público. Como expresan Farnsworth e Irving (2015), la austeridad se ha convertido en la lógica organizadora del gasto público, sobre todo del gasto social. La mayoría de los países europeos han reducido o contenido sus gastos sociales, incluyendo aquellos destinados a las políticas de cuidados. De los veintiocho países analizados, solo Alemania y Polonia aumentaron sus gastos tanto en dependencia como en políticas familiares y de cuidados a la infancia durante el periodo 2010-2013. El resto redujo en uno u otro sentido sus gastos y diez países mostraron reducciones netas en ambos componentes del gasto público. Destacan los ajustes realizados en ambos gastos en los países europeos sometidos a vigilancia, como Grecia o Irlanda. Pero no solo en los países en recesión se han impuesto las políticas de austeridad. En siete países europeos se redujeron ambos gastos pese a que sus economías crecieron, evidenciando que el discurso de la austeridad domina las políticas sociales de todos los países, incluso de aquellos sin recesión o con esta ya finalizada. El mayor ajuste se ha dado en los gastos en infancia, debido a que muchos de los sistemas de atención a la dependencia estaban iniciando su desarrollo, como los de países del Sur de Europa o del Este, por lo que partían de niveles muy bajos y presupuestos más manejables. Por el contrario, aquellos países europeos que partían de mayores gastos en dependencia con relación a su PIB han intentado controlarlos.

La proyección de los gastos en dependencia e infancia per cápita para 2060 y la relación entre ambos muestran para la mayoría de países europeos un desplazamiento a favor del gasto per cápita en dependencia. Incluso los países con modelos de cuidados a la dependencia más consolidados y con mayor presupuesto en 2013 (Dinamarca, Finlandia, Suecia y Bélgica) siguen mostrando una tendencia prodependencia en el escenario medio para 2060. Solo los países con mayor peso poblacional y económico de Europa muestran una tendencia proinfancia en los próximos años. Sin embargo, los incrementos en el gasto para la dependencia no son suficientes para compensar el creciente envejecimiento de la población europea. Mientras que la población menor de 6 años en la

Unión Europea de los 28 se reducirá un 4% en el periodo 2013-2060, la población mayor de 65 años aumentará un 60%. Aunque el gasto en dependencia se incrementa en los próximos años, normalmente más que el gasto en infancia, el esfuerzo es mínimo en comparación con las necesidades del cambio demográfico, de manera que el gasto per cápita en políticas de apoyo a la familia y cuidado de menores seguirá siendo superior al gasto per cápita en cuidado de dependientes en 2060.

El análisis efectuado muestra, por tanto, un crecimiento en los gastos de provisión pública de cuidados de las próximas cinco décadas insuficiente con respecto al incremento de la demanda de cuidados. Este déficit de cuidados formales conlleva, sobre todo en una época como la actual de bajos salarios y precarización de las relaciones laborales, que los cuidados deban ser proporcionados por los hogares a través de trabajo informal, remunerado o no remunerado, incrementando las desigualdades tanto de clase y de etnia como de género. Los hogares se ven y verán forzados a emplear, muchas veces sin contrato, a trabajadores de forma precaria y a bajo coste o a proveer estos cuidados por miembros de la familia, normalmente mujeres. Esta refamilización en la provisión social de los cuidados tiene repercusiones negativas cruciales sobre la participación laboral de las mujeres de forma estable y a tiempo completo, la fecundidad, o el mismo desarrollo de los países. La participación laboral de las mujeres se ve seriamente afectada tanto por el cuidado de los hijos (Thévenon, 2009; Hegewisch y Gornick, 2011; Boeckmann *et al.*, 2015), como por el cuidado a mayores dependientes (Kotsadam, 2011), especialmente cuando no existe una provisión pública adecuada o asequible (Saraceno, 2010), los hogares no disponen de recursos financieros suficientes (Sarasa y Billingsley, 2008), o se requieren cuidados intensivos (Crespo, 2006). Esta situación afecta a todos los países europeos, pero especialmente a los del sur de Europa, donde un importante porcentaje de mujeres proporciona cuidados informales intensivos a sus familiares mayores (Naldini *et al.*, 2016). De esta manera, en la medida en que se ofertan menos servicios públicos de cuidados a menores, mayores o dependientes que los demandados por la sociedad, se transfiere la responsabilidad y carga de trabajo de cuidados a las familias, limitando la autonomía de las mujeres para desarrollar tanto su carrera profesional como, en general, su vida.

Bibliografía referenciada

- BOECKMANN, I.; MISRA, J.; y BUDIG, M. (2015): "Cultural and institutional factors shaping mothers' employment and working hours in postindustrial countries", *Social Forces*, vol. 93, núm. 4, págs. 1301-1333.
- COMISIÓN EUROPEA (2011): *ESSPROS Manual. The European System of integrated Social PROtection Statistics (ESSPROS)* [<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5917481/KS-RA-11-014-EN.PDF/ee86d517-3348-4c20-94ee-a37c330755b1>].
- (2014): "The 2015 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies", *European Economy 8-2014*, Economic and Financial Affairs.
- (2015): "The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)". *European Economy 3-2015*, Economic and Financial Affairs.
- CRESPO, L. (2006): "Caring for Parents and Employment Status of European Mid-Life Women", Working Paper No. 0615, Centro de Estudios Monetarios y Financieros.
- EUROSTAT (2017a): *Population data, Population projections data* [<http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-data/main-tables>].
- (2017b): *Social protection data* [<http://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection/data/database>].
- FARNSWORTH, K.; y IRVING, Z. (eds.) (2011): *Social Policy in Challenging Times: Economic Crisis and Welfare Systems*, Bristol, Bristol University Press.
- (2015): *Social Policy in Times of Austerity. Global Economic Crisis and the New Politics of Welfare*, Bristol, Policy Press.
- FERRERA, M.; HEMERIJCK, A.; y RHODES, M. (2000): *The Future of Social Europe: Recasting Work and Welfare in the New Economy*, Oeiras, Celta Editora.
- FONDO MONETARIO INTERNACIONAL (2016): *World Economic Outlook* [<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2016/02/>].
- GUILLÉN, A. M.; GONZÁLEZ-BEGEGA, S.; y LUQUE BALBONA, D. (2016): "Austeridad y ajustes sociales en el Sur de Europa. La fragmentación del modelo de bienestar Mediterráneo", *Revista Española de Sociología*, vol. 25, núm. 2, pp. 261-272.
- HEGEWISCH, A.; y GORNICK, J. C. (2011): "The impact of work-family policies on women's employment: a review of research from OECD countries", *Community, Work & Family*, vol. 14, núm. 2, pp. 119-138.
- HEMERIJCK, A. (2012): *Changing Welfare States*, Oxford, Oxford University Press.
- JESSOP, B. (2015): "Neoliberalism, finance-dominated accumulation and enduring austerity: a cultural political economy perspective", en FARNSWORTH, K., IRVING, Z. (eds.), *Social Policy in Times of Austerity. Global Economic Crisis and the new Politics of Welfare*, Bristol, Policy Press, pp. 87-112.
- KARGER, H. (2014): "The Bitter Pill: Austerity, Debt, and the Attack on Europe's Welfare States", *The Journal of Sociology & Social Welfare*, vol. 41, núm. 2, págs. 33-54.
- KOTSADAM, A. (2011): "Does informal eldercare impede women's employment? The case of European Welfare States", *Feminist Economics*, vol. 17, núm. 2, pp. 121-144.
- LEÓN, M.; y PAVOLINI, E. (2014): "Social investment or back to Familism: the impact of the economic crisis

- on family and care policies in Italy and Spain”, *South European Society and Politics*, vol. 19, núm. 3, pp. 353-369.
- LIPSZYC, B.; SAIL, E.; y XAVIER, A. (2012): “Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27”, *European Economy Economic Papers* 469, Economic and Financial Affairs [http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf].
- MATSAGANIS, M. (2012): “Social policy in hard times: The case of Greece”, *Critical Social Policy*, vol. 32, núm. 3, pp. 406-421.
- MATUS-LÓPEZ, M. (2015): “Tendencias en las políticas de atención a la dependencia de ancianos y sus reformas”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 31, núm. 12, pp. 2475-2481.
- MATUS-LÓPEZ, M.; y RODRÍGUEZ-MODROÑO, P. (2014): “Presiones de oferta y demanda sobre políticas formales de cuidados en Latinoamérica”, *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, núm. 60, pp. 103-130.
- MOREL, N.; PALIER, B.; y PALME, J. (eds.) (2012): *Towards a Social Investment Welfare State? Ideas, Policies and Challenges*, Bristol, Policy Press.
- NALDINI, M.; PAVOLINI, E.; y SOLERA, C. (2016): “Female employment and elderly care: the role of care policies and culture in 21 European countries”, *Work, Employment and Society*, vol. 30, núm. 4, pp. 607-630.
- OCDE (2016): *Health at a Glance 2016*, Paris, Organization for Economic Cooperation and Development.
- PALIER, B. (2010): *A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe*, Amsterdam, Amsterdam University Press.
- PAVOLINI, E.; LEÓN, M.; GUILLÉN, A. M.; y ASCOLI, U. (2015): “From austerity to permanent strain? The EU and welfare state reform in Italy and Spain”, *Comparative European Politics*, vol. 13, núm. 1, pp. 56-76.
- PIERSON, P. (2002): “Coping with permanent austerity: welfare state restructuring in affluent democracies”, *Revue Française de Sociologie*, vol. 43, núm. 2, pp. 369-406.
- RODRÍGUEZ-MODROÑO, P.; y MATUS-LÓPEZ, M. (2016): “Políticas de cuidados a la infancia y mayores dependientes. Evolución y condicionamiento pro-mercado”, *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, núm. 66, pp. 99-130.
- ROMANO, S.; y PUNZIANO, G. (2015): “Introduction: The Remains of the European Social Contract”, *The European Social Model Adrift. Europe, Social Cohesion and the Economic Crisis*, Farnham, Ashgate, pp. 1-15.
- SARACENO, C. (2010): “Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective”, *Journal of European Social Policy*, vol. 20, núm. 1, pp. 32-44.
- SARASA, S.; y BILLINGSLEY, S. (2008): “Personal and household caregiving from adult children to parents and social stratification”, en SARACENO, C. (ed.), *Families, Ageing and Social Policy: Intergenerational Solidarity in European Welfare States*, Cheltenham, Edward Elgar, pp. 123-146.
- TAYLOR-GOOPY, P. (2002): “The Silver Age of the Welfare State. Perspectives on Resilience”, *Journal of Social Policy*, vol. 31, núm. 4, pp. 597-621.
- THÉVENON, O. (2009): “Increased Women’s Labour Force Participation in Europe: Progress in the Work-Life Balance or Polarization of Behaviours?”, *Population*, vol. 64, núm. 2, pp. 235-272.

La política de garantía de ingresos en España

Luis Sanzo González

Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Gobierno Vasco
SanzoGLu@euskadi.eus

Zalantzarik gabeko bidegurutzean dago diru-sarbideak bermatzeko politika Espainian. Gizarte-babeserako sistemaren gabezia sakonak azaleratu ditu 2008. urte osteko finantzen arloko iskanbiletan jatorria izandako enpleguaren krisialdiak, eta oraindik ere ez da zantzurik ageri sistemaren egokitzerako. Artikulu honetan modu orokor batean aurkezten da ongizatearen Estatuaren oinarritzko zutabe honen etorkizunaren inguruko eztabaida egokitzeko komenigarria den testuingurua.

GAKO-HITZAK:

Pobrezia, langabezia, gizarte-babesa, Diru-sarrerak Bermatzeko Laguntza, erreforma, gastu soziala.

La política de garantía de ingresos en España se encuentra, sin duda, ante una encrucijada. La crisis de empleo posterior a las turbulencias financieras de 2008 ha mostrado las profundas carencias del sistema de protección existente, sin que por ahora se perfilen con nitidez las vías de actualización de este sistema. Este artículo presenta, de manera genérica, el contexto en el que se conviene situar el debate sobre el futuro de esta parte fundamental de la acción del Estado de bienestar.

PALABRAS CLAVE:

Pobreza, desempleo, protección social, renta de garantía de ingresos, reforma, gasto social.

1. Principales características del sistema de garantía de ingresos

Uno de los aspectos más llamativos del sistema de garantía de ingresos en España es la existencia de dos redes paralelas de prestaciones asistenciales. Se trata, por una parte, de las rentas mínimas autonómicas (RMA) y, por otra, del sistema vinculado a la Administración General del Estado (AGE) que, tanto en el ámbito de la Seguridad Social como de la protección al desempleo, complementa la acción contributiva estatal.

1.1. Una política inesperada: las rentas mínimas de las comunidades autónomas

El 6 de marzo de 1989, el *Boletín Oficial del País Vasco* publicaba el decreto autonómico que regulaba la concesión del llamado ingreso mínimo familiar (IMF)¹. Era la primera modalidad de renta mínima autonómica que se establecía en España. Como consecuencia de la posterior extensión del modelo al conjunto de las comunidades autónomas españolas (CC.AA.), la iniciativa del Gobierno Vasco iba a tener importantes consecuencias para la política social española. Abría el camino a lo que, en especial durante la reciente crisis económica, ha funcionado como un sistema de última red de garantía de ingresos.

Es importante señalar que las rentas mínimas son una consecuencia inesperada de la atribución de la competencia de asistencia social a las CC.AA. en la Constitución (artículo 148.1.20a) y su asunción, como competencia exclusiva, en los diversos estatutos de autonomía. La introducción de estas prestaciones no respondía, en este sentido, a ningún mandato constitucional expreso ni a una concreta concepción de la protección social prefijada en la Constitución. Las rentas mínimas no pueden considerarse, por tanto, como un elemento consustancial al modelo de protección social previsto en la Constitución, aunque tampoco pueda afirmarse que se opongan a él en ningún sentido. Es simplemente imposible afirmar que sean un resultado consensuado del modelo de desarrollo constitucional. El IMF vasco fue, en realidad, la manifestación de la decisión de una administración autonómica de introducir una política novedosa, aprovechando un marco constitucional y estatutario que no lo impedía, pero que tampoco lo prevenía. Y lo que era cierto respecto a la Constitución también lo era respecto al Estatuto: el IMF tampoco respondía a ninguna previsión estatutaria en Euskadi.

De hecho, consciente de la innovación, y siempre temeroso ante el peligro de desbordamiento, el Gobierno de España no disimuló su irritación ante

¹ Decreto 39/89 de 28 de febrero, relativo al Ingreso Mínimo Familiar. Su contenido fue recogido poco tiempo después, y con algunas modificaciones, en la Ley 2/1990, de 3 mayo, de Ingreso Mínimo de Inserción.

la iniciativa vasca. La apuesta de los sindicatos UGT y CC.OO. por las rentas mínimas, manifestada en su Plataforma Sindical Prioritaria, contribuyó, sin embargo, a la rápida extensión de estas prestaciones, en particular en la dimensión más formal, con la aprobación de leyes y decretos reguladores de las nuevas prestaciones.

Con el tiempo, la Administración General del Estado fue asimilando el desarrollo de estas actuaciones y dio paso a un planteamiento de convivencia de las distintas actuaciones. Pero sería erróneo considerar que haya pretendido integrar el sistema de RMA dentro de su política de garantía de ingresos, buscando un acoplamiento político-jurídico con las prestaciones estatales. En los años y décadas posteriores a la creación del IMF vasco, el Estado seguiría viendo con distancia la actuación de unas comunidades autónomas que, cada una a su manera, emularon la iniciativa vasca.

Esto explica que siga habiendo problemas para articular la relación entre las prestaciones estatales de garantía de ingresos y las RMA. La completa ausencia de contribución financiera directa por parte de la AGE para la financiación de las RMA se une, en este sentido, a la ausencia de intentos de consensuar principios compartidos para delimitar un verdadero sistema conjunto. La manifestación más clara de esta realidad separada es la persistencia del planteamiento de incompatibilidad que presidió, y aún preside, la relación entre los subsidios de desempleo de la AGE —como, en su momento, el Programa Temporal de Protección por Desempleo e Inserción (Prodi) o, en la actualidad, el Programa de Activación para el Empleo (PAE)— y las rentas mínimas. Una realidad que sigue poniendo en duda la idea de que la AGE haya podido considerar en algún momento a estas RMA como parte del sistema general de protección del Estado.

Aunque las rentas mínimas de las CC.AA. tratan en todos los casos de ajustarse al sistema general de prestaciones asistenciales del Estado, resulta, por tanto, discutible que pueda hablarse en España de un sistema mínimamente integrado de garantía de ingresos. Se trata más bien de dos redes paralelas de intervención, más o menos complementarias, con muy escasos elementos de coordinación e integración funcional entre sí.

1.2. El desarrollo de la acción asistencial del Estado

La posición del Gobierno de España ante las iniciativas de las CC.AA. se ha caracterizado por una cierta negación —o al menos infravaloración— de la necesidad o utilidad de los programas autonómicos de rentas mínimas, y por la configuración de un sistema asistencial no contributivo propio del Estado, basado en el desarrollo del artículo 41 de la Constitución. Este artículo prevé que el Estado mantendrá un régimen público de Seguridad Social para toda la ciudadanía que “garantice la asistencia y

prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo”.

A lo largo de los años ochenta, y culminando en 1990 con la legislación sobre prestaciones no contributivas, la AGE desarrolló ese modelo asistencial, destinado a proteger a quienes queden fuera del sistema contributivo general, tanto en el ámbito de la atención a la invalidez o la jubilación como, de forma más específica, en el del desempleo. Los tres pilares del modelo, luego adaptado tras la aprobación del sistema de atención a la dependencia, son las siguientes prestaciones: el subsidio asistencial de desempleo, acompañado de la creación del subsidio o renta agraria; el subsidio de garantía de ingresos mínimos de la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) y las pensiones no contributivas (PNC) por invalidez y jubilación. Estas actuaciones venían a unirse a los complementos de mínimos, a las pensiones contributivas y a las prestaciones por hijo a cargo para consolidar un sistema aparentemente muy amplio de protección, complementario al sistema contributivo general de la Seguridad Social y de protección al desempleo.

En coherencia con la distante percepción de las RMA, durante el periodo de auge económico la persistencia de situaciones problemáticas graves, cercanas a las que contemplaban algunas de esas rentas autonómicas, en especial en el ámbito del desempleo de larga duración, llevó a introducir una nueva prestación: la denominada renta activa de inserción (RAI). Orientada a situaciones de difícil inserción laboral, la RAI se estableció en el Real Decreto 236/2000, que la perfilaba como un programa temporal para la inserción laboral de trabajadores desempleados de larga duración, en situación de necesidad y mayores de 45 años. Tratando de ajustarse a las directrices sobre el empleo de la Unión Europea, el programa trataba de combinar, en una línea cercana a la de las RMA, la garantía de ingresos con medidas adecuadas de inserción laboral.

Con posterioridad, el excepcional incremento del desempleo tras la crisis financiera de 2008 obligaría a diseñar un nuevo tipo de actuaciones: el Prodi, el Programa de Recualificación Profesional (Prepara) y el PAE. Concebidas como actuaciones extraordinarias, el objetivo de estos subsidios asistenciales se vinculó a la necesidad de una intervención especial en un contexto de muy altos niveles de desempleo.

En la actualidad, en la dimensión relacionada con la protección al desempleo el modelo de subsidios asistenciales de la AGE fija, desde una primera lógica de intervención ordinaria, ciertos supuestos en los que se considera conveniente cubrir la ausencia de protección contributiva: fin de la protección en personas con alguna experiencia de cotización; población trabajadora agraria de Extremadura y Andalucía; personas en edades cercanas a la

jubilación; población con responsabilidades familiares; y algunos colectivos especiales, tales como la población emigrante retornada, la excarcelada o la afectada por problemas de violencia de género.

En una lógica complementaria, ya sea en relación con colectivos con dificultades estructurales de acceso al empleo (RAI) o en situaciones que se siguen valorando como coyunturales pero que se mantienen a lo largo del tiempo, dada la situación de crisis (PAE en la actualidad), el sistema AGE trata de afrontar supuestos especialmente problemáticos. Éstos se ligan a determinadas circunstancias personales que pueden requerir un apoyo a largo plazo (violencia de género, presencia de discapacidad, ciertos colectivos de mayores de 45 años) o, de forma excepcional, a emergencias asociadas a un desempleo que se prolonga más allá de lo esperado.

2. El sistema de garantía de ingresos durante la última crisis

Sin ningún género de duda, el desarrollo de los acontecimientos posteriores a la crisis financiera ha mostrado los límites del sistema de protección social en España. De forma paradójica, en ese periodo las rentas mínimas autonómicas han sido las únicas que han ganado peso en la atención a las necesidades sociales. Lejos de favorecer un mayor consenso en torno a ellas, aunque fuera con vistas a su reforma y mejora, esta circunstancia ha venido acompañada de una valoración mucho más negativa y pesimista de este sistema de protección de última red.

2.1. Las rentas mínimas como problema predefinido

Durante el periodo de crisis, y en muchos ambientes políticos, académicos e incluso sindicales, las rentas mínimas autonómicas se han visto más como un problema que como parte de la solución a los problemas sociales de España. A pesar de que sus críticos insisten en su papel limitado y secundario, las rentas mínimas son percibidas como uno de los aspectos más controvertidos del sistema de protección. Aunque no es el único motivo, esta valoración se asocia en buena medida a las reticencias que inspira su carácter completamente descentralizado, con un desarrollo exclusivo de las RMA por parte de los Gobiernos autonómicos. Desde este punto de vista, las rentas mínimas se configuran y operan de manera diferente según los territorios, dando lugar a sistemas muy diferenciados, no sujetos a ningún proceso o mecanismo de coordinación.

La idea de fragmentación en la protección es el corolario que surge con mayor frecuencia en este tipo de análisis. Se destaca así la heterogeneidad en la capacidad de protección, con diferencias que afectan a la cobertura de las prestaciones, tanto en términos de personas atendidas como de nivel de protección

garantizado. Esta circunstancia ha creado un nivel de atención muy desigual, con niveles muy reducidos de protección en algunas CC.AA., en general las más afectadas por la pobreza, con menor presupuesto para actuar en este campo. La introducción de las RMA había complicado, además, el de por sí complejo sistema de prestaciones estatales e introducido problemas de equidad en la protección a las personas.

Estas críticas obvian, no obstante, los elementos de racionalización que han permitido delimitar, en la acción de las CC.AA., ciertos elementos de complementariedad entre los sistemas. Entre ellos, cabe señalar la dimensión subsidiaria y complementaria de una actuación que, más que alterar el sistema general, trata simplemente de reducir el impacto de los huecos de protección dejados al descubierto por el sistema general de protección del Estado. El sistema de cuantías de las RMA, por otra parte, ha tendido en gran medida a acoplarse a las establecidas por la AGE en sus subsidios asistenciales. En la misma línea, se observa una voluntad dominante de ajuste a un marco cercano en cuanto a la configuración interna de las RMA, resultado en parte del acoplamiento de las actuaciones de las CC.AA. a las iniciativas más pioneras.

Estos elementos de racionalización han permitido una cierta funcionalidad en el desarrollo de las RMA, con una cierta voluntad de convergencia en aspectos básicos entre las distintas CC.AA., hasta el punto de que parte de las críticas planteadas parecen en ocasiones afectar más al propio concepto de autonomía política. Como ya se ha señalado, la ausencia de mecanismos de coordinación en la gestión de las rentas mínimas no es exclusivamente, ni siquiera principalmente, atribuible a las CC.AA.

Una crítica muy relacionada con la anterior hace referencia a los límites normativos de estas prestaciones sociales, fuertemente condicionadas por las exclusiones que sus normas establecen al acceso de población necesitada a las rentas mínimas. El resultado, salvo algunas excepciones autonómicas, es una capacidad limitada para hacer frente a las necesidades.

En cualquier caso, resulta indiscutible que existen diferencias reales. Éstas se derivan, sobre todo, de la necesidad de ajustar el marco jurídico a las disponibilidades presupuestarias, comparativamente más limitadas en determinadas CC.AA. Pero también inciden elementos más conceptuales, en particular, la diferente definición de la población que se ha de atender, con CC.AA. con una concepción más universalista de la protección y otras más centradas en la atención a colectivos tradicionalmente excluidos (los llamados ‘excluidos sociales’).

2.2. Los límites del sistema de protección estatal como problema real

La acción de las CC.AA. se caracteriza por la diversidad en su aportación protectora. Sin embargo, la heterogeneidad territorial asociada a las rentas mínimas no es el problema central de la política de garantía de ingresos mínimos en España. La principal razón es que el origen de los problemas que determinan esta heterogeneidad en la cobertura es previo a la existencia de ese sistema, y debe buscarse en los huecos de atención que deja abiertos del sistema general de protección del Estado. En especial en lo relativo a la población desempleada, su principal ámbito de intervención, las RMA existentes se limitan a hacer frente a estos huecos sin cerrar por el sistema general, sin pretensión alguna de interferir en el modo de actuar de la AGE, ni de crear desigualdades que no existieran con anterioridad a su intervención.

El verdadero problema del sistema de garantía de ingresos debe buscarse, por tanto, en el sistema de protección estatal. Aunque el de este ha tenido importantes resultados en la lucha contra la pobreza, en particular entre las personas mayores, no ha sido capaz de responder al aumento de las situaciones de insuficiencia de ingresos que ha provocado el aumento del desempleo. Priorizar la atención al colectivo pensionista se ha traducido, además, en una caída del peso del gasto en prestaciones asistenciales dedicado a la población desempleada (de un 47,4 % en 2010 a un 38,1 % en 2015).

En lo relativo a la población desempleada, el sistema estatal destaca por varias carencias. La primera hace referencia a una insuficiente y decreciente cobertura en la atención. Respecto al volumen de población desempleada², el peso de la población parada con acceso a una prestación contributiva se reduce de cifras cercanas al 42-43 % en 2007 y 2008 al 16,6 % en 2015. En la misma línea, entre las personas desempleadas sin prestación contributiva, el nivel de cobertura cae del 60 % de 2007 a cifras cercanas o inferiores al 35 % a partir de 2012. Aunque el Prodi fue un intento de prevenir en 2010 esta fuerte caída, su mantenimiento se reveló imposible ante la presión europea en favor de las políticas de austeridad.

Una segunda limitación importante se relaciona con la baja cuantía de las prestaciones, con niveles en general situados en torno al 80 % del indicador público de renta de efectos múltiples (Iprem), los hoy casi eternos 426 euros (cercanos a los 429,21 euros de las PNC en media mensual anualizada). Esto plantea notables problemas de acercamiento a los umbrales de pobreza, en especial en las zonas con mayor nivel de los precios (en particular, en grandes urbes expansivas como Madrid o Barcelona).

² En este artículo, las tasas de desempleo se calculan utilizando el criterio de la Encuesta de Población Activa (EPA) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), no el del paro registrado utilizado por el Servicio de Empleo Público Estatal (Sepe).

El límite señalado es particularmente llamativo en el caso de los hogares con menores, dado que el sistema de prestaciones AGE no prevé complementos por hijos/as o por la presencia de otros adultos dentro del hogar. La baja cuantía de las prestaciones por hijos/as, incluso inferior por término medio a la de 2008, no permite compensar este déficit esencial en las prestaciones asistenciales por desempleo. En particular desde mediados de la pasada década, la práctica congelación de estas prestaciones contrasta además con la tendencia expansiva de las prestaciones contributivas en España.

Un tercer límite destacado a la protección frente al desempleo se asocia a los límites temporales en esa protección: la mayoría de las prestaciones asistenciales son de duración limitada en el tiempo.

Un cuarto aspecto relevante es la priorización de la atención, con un sistema que está diseñado para proteger más a algunos colectivos por razones de niveles previos de cotización, edad, responsabilidades familiares o presencia de ciertos acontecimientos vitales (emigración, excarcelación, malos tratos, entre otros). Estos factores condicionan el acceso a las prestaciones. Aunque también lo limitan entre la población extranjera, en este caso el principal elemento diferencial se vincula a la edad: mientras que un 78,6 % de las personas mayores de 45 años desempleadas tienen algún tipo de protección, la proporción es del 39 % entre las de 30 y 44 años y del 16,9 % entre menores de 30 años.

Mucho menos conocidas, las diferencias territoriales en el acceso al sistema de subsidios asistenciales por desempleo son más llamativas de lo que habitualmente se suele considerar. Tomando como referencia el volumen de personas desempleadas sin acceso a prestación contributiva, el sistema asistencial garantiza un acceso a la asistencia cercano o superior al 45 % de la población considerada en Extremadura, Andalucía, Islas Baleares y Navarra. En una posición intermedia, la proporción se sitúa entre el 40,5 y el 42,7 % en La Rioja, Cantabria, Asturias y Galicia; y entre el 37,7 y el 38,4 %, en Aragón, Castilla y León y la Comunidad Valenciana. El nivel de protección baja a cifras de entre 34,2 y 36,1 % en Canarias y Cataluña; a en torno a 32,5 % en Murcia y País Vasco; y a un mínimo del 27,9 % en la Comunidad de Madrid. Comunidades como Madrid, Cataluña o el País Vasco se ven afectadas por un nivel de acceso comparativamente reducido a los programas como el RAI o el PAE.

Los datos señalados indican claramente que los problemas de desigualdad territorial en los distintos programas de garantía de ingresos no se limitan a las RMA. El conjunto de límites señalados están en el origen de las dificultades del sistema de protección estatal para hacer frente al aumento de las situaciones de necesidad durante la crisis. Limitado a un gasto cercano al 1 % del PIB, excluidos complementos de mínimos y prestaciones familiares,

el sistema asistencial de la AGE tiene un impacto limitado en la prevención de la pobreza.

Esta realidad es la base de la presión que se ha derivado a otras redes de atención, en especial en el ámbito de las rentas mínima, aunque también en las relacionadas con las entidades locales, Cáritas y los bancos de alimentos.

2.3. La respuesta del sistema autonómico

Es, por tanto, en el fracaso del sistema asistencial estatal de protección al desempleo en el que es preciso buscar el origen de la mayor intervención de las RMA, en especial tras la supresión del Prodi y la introducción de recortes en el acceso a las prestaciones por desempleo (2010-2011). En un contexto de reducción de la protección estatal a la población desempleada, muchas personas no han tenido otra opción que recurrir a las RMA o a vías alternativas (entidades locales, Cáritas y bancos de alimentos).

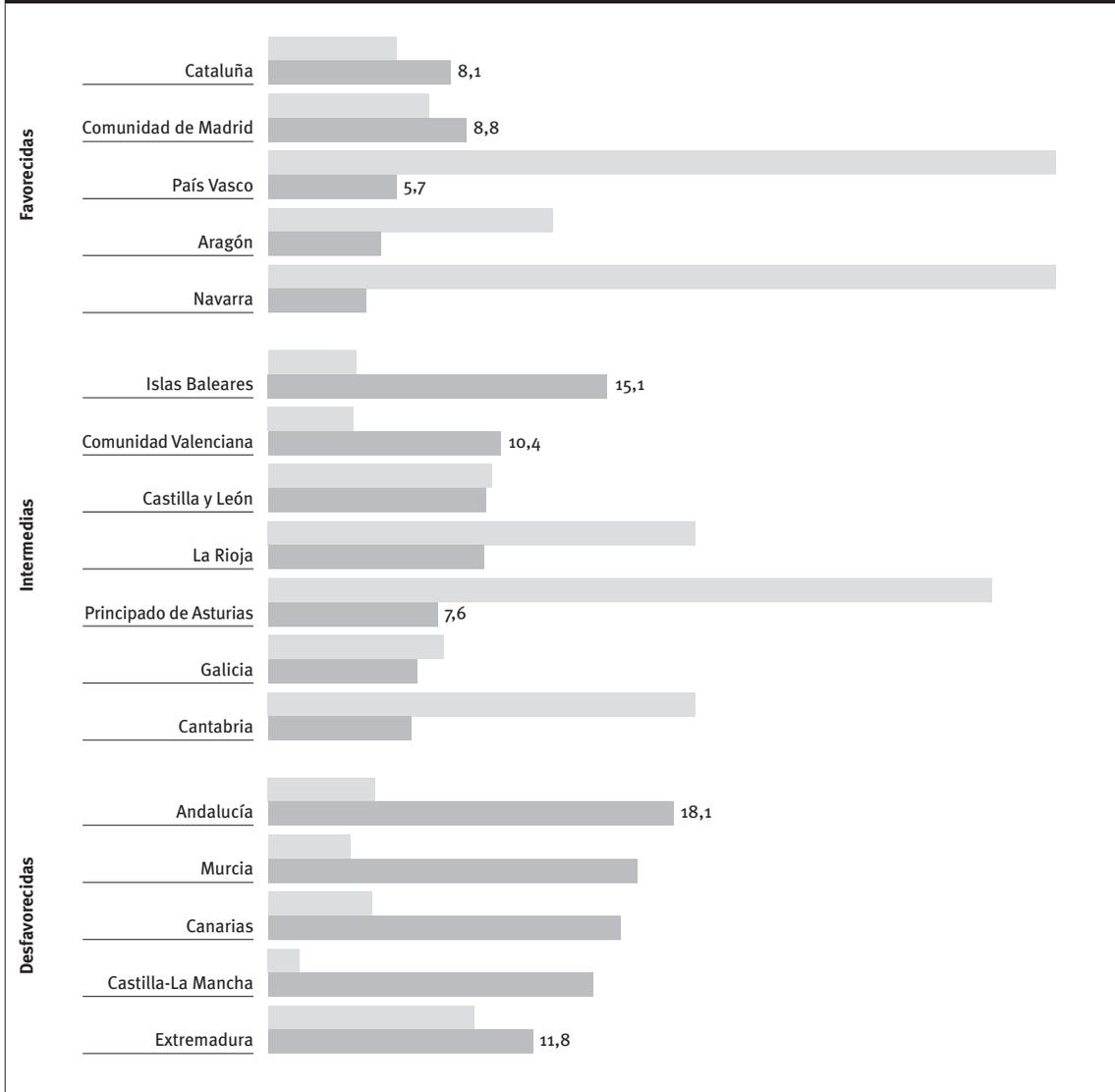
A diferencia de lo observado en la crisis de primeros de los años noventa, además, las RMA estaban conceptual y organizativamente más preparadas para, al menos, tratar de hacer frente al reto planteado por la crisis, en especial en las CC.AA. con mayor trayectoria protectora. Y los datos indican que han intentado cumplir su papel. Ahí donde han intervenido, por muy limitada que haya sido esta intervención en ocasiones, la política de RMA ha tenido efectos positivos:

- En primer lugar, las RMA han mejorado el nivel de ingresos garantizados a través de una política de cuantías más adaptada a las necesidades que las de la AGE. A diferencia de las prestaciones asistenciales del Estado, las RMA consideran complementos de cuantías por miembros añadidos de la unidad familiar.
- En segundo lugar, aunque las cuantías para personas solas son en ocasiones muy bajas, apenas algo superiores a los 300 euros en la Comunidad de Madrid o la Comunidad Valenciana, no debe olvidarse que se conceden a personas que no tienen acceso a las prestaciones del sistema estatal. Estas cuantías no han sufrido además el brutal deterioro observado en algunos países. En este sentido, los valores se alejan en todos casos de los 180,99 euros en que se sitúa la prestación equivalente en Portugal.

Las RMA han avanzado además hacia la normalización, con una creciente atención a perfiles de población muy alejados de la imagen tradicional de la exclusión social. En el País Vasco, por ejemplo, un 46,2 % de los hogares con todos sus miembros parados accedían al sistema de rentas mínimas en 2014.

En la dimensión territorial, los datos revelan que en las áreas con mayor impacto de las RMA las tasas

Gráfico 1. Impacto de las rentas mínimas autonómicas* y tasas de pobreza**, por comunidades autónomas. España, 2015



* Impacto de las rentas mínimas autonómicas (% de cobertura en relación con la población desempleada sin prestación contributiva).

** Tasa de pobreza grave (% de la población por debajo del 40% de la renta mediana equivalente en 2015).

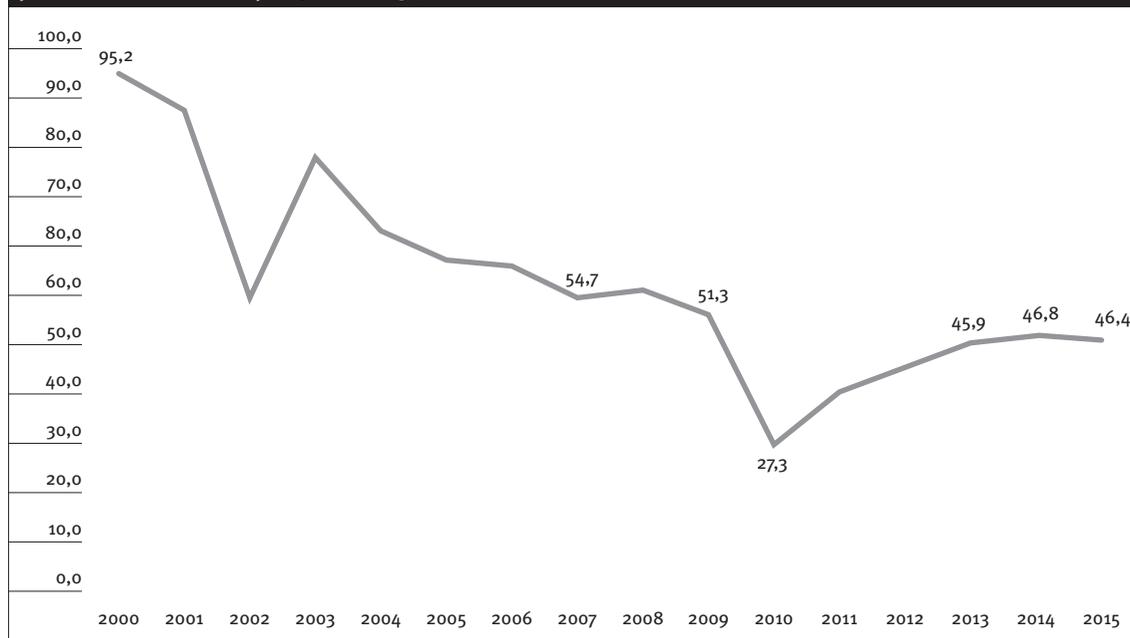
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Gobierno de España y el Instituto Nacional de Estadística.

de pobreza resultan más reducidas para cada nivel de posición en la escala socioeconómica territorial (Gráfico 1). Se observa este hecho en las CC.AA. más favorecidas, con tasas de pobreza claramente inferiores en el País Vasco que en la Comunidad de Madrid y Cataluña. La asociación positiva también se observa al comparar, en zonas intermedias, las tasas de las CC.AA. del noroeste español, incluso la de Asturias, respecto a las de la Comunidad Valenciana e incluso Illes Balears. Lo mismo ocurre, en las zonas más favorecidas, al comparar las tasas de pobreza de Extremadura con las de Andalucía, Murcia o Canarias.

Los datos presentados revelan la tendencia a una significativa infraestimación del impacto de las rentas mínimas en España. De hecho, las RMA han dejado de ser el sistema residual que fue durante mucho tiempo. Si se compara la participación de las

RMA en el gasto conjunto que éstas representan, por un lado, y el gasto realizado por los subsidios de desempleo más parecidos, en particular la RAI y los programas extraordinarios (Prodi, Prepara, PAE), por otro, se constata una muy superior importancia cualitativa de estos programas conforme avanzaba la crisis. Así, después de reducirse la participación del gasto en RMA a un 51,3 % en 2009, la introducción del Prodi la situaba en un mínimo del 27,3 % en 2010. Las dificultades de la AGE para mantener el nivel de gasto asociado al Prodi se traducen, sin embargo, en un rápido repunte que, entre 2013 y 2015, lleva la participación de las rentas mínimas a niveles situados entre el 45-47 % del gasto considerado. Como puede comprobarse, en la actualidad el peso del gasto en rentas mínimas es prácticamente similar al que corresponde a los programas especiales de la AGE en materia de desempleo.

Gráfico 2. Evolución de la participación del gasto en rentas mínimas en el gasto conjunto que conforman las rentas mínimas y las prestaciones correspondientes a la renta activa de inserción, el Programa de Activación para el Empleo y otras prestaciones similares. España, 2000-2015 (en %)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Ministerios de Empleo y Seguridad Social y Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Los datos relativos a la cobertura de los hogares sin ingresos por las RMA son igualmente significativos. Situada entre 22,7% y 27,6% en el periodo 2002-2008, la proporción avanza del 27,6% a cifras cercanas al 38,5% en el periodo 2010-2011. Tras caer al 32,2% en 2012, la cobertura repunta a partir de entonces hasta llegar al 43,7% en 2015.

Aunque los niveles de cobertura son muy diferentes según CC.AA., la atención a las necesidades por parte de las RMA ha sido más importante de lo que habitualmente se admite. A pesar de estas diferencias, no conviene negar la relevancia del sistema de RMA en la atención a la población con dificultades para atender sus necesidades básicas (Sanzo, 2016a):

- Por una parte, son sin duda parte de la explicación a las bajas tasas comparadas de dificultades de acceso a la alimentación que caracterizan a España. Los datos relativos a la proporción de personas en hogares sin acceso a una comida proteínica cada dos días, recogidos para 2013, año de culminación de la crisis, muestran la posición comparativamente favorable de la población española en el Sur de Europa, con una media de 3,5% que se aleja por completo del 13,8% de Grecia y del 13,9% de Italia. También queda por debajo del 7,1% de Francia.
- Por otra parte, las RMA son un factor que debe tenerse en consideración a la hora de valorar la seguridad económica alcanzada en ciertas zonas. La posición diferencial del País Vasco, Navarra y, en cierta medida, Asturias muestra que estas

políticas han tenido un efecto estabilizador a largo plazo en las comunidades que lo han desarrollado. Esto se puede ver con claridad al considerar el indicador de carencia más relacionado con esta seguridad económica a medio y largo plazo, el que refleja la proporción de personas sin recursos suficientes para hacer frente a gastos extraordinarios. El indicador medio de Asturias, Navarra y País Vasco se sitúa en el 25%, 11,3 puntos por debajo de la media de 36,3% de la zona euro. En la UE, únicamente Suecia se queda dos o más puntos por debajo del indicador medio de las tres CC.AA. señaladas. En fuerte contraste, y a pesar de su potencia económica, la media de Cataluña, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana es 15 puntos superior a la de las tres comunidades del norte mencionadas (40,5%).

Los datos presentados reflejan, de forma bastante inequívoca, el impacto de una intensidad protectora histórica en las CC.AA. que han apostado por las RMA.

3. Las alternativas

La crisis del sistema de protección estatal y la función residual, aunque importante, del sistema de rentas mínimas han llevado a plantear alternativas al modelo de protección social en una forma que no se había observado con anterioridad. Mientras que en las CC.AA. se plantean importantes reformas de las RMA, en el marco español las propuestas se centran en mejoras del sistema de protección estatal. Aunque ningún partido ha llegado a asumir la propuesta, la

alternativa de la renta básica también se plantea de forma creciente en el debate intelectual y social.

3.1. La reforma del modelo estatal

A pesar de los resultados más favorables de lo esperable durante la crisis social, en el contexto español general la reacción dominante no ha sido pedir un incremento de la dotación presupuestaria destinada a las RMA que permitiera consolidarlas como verdaderas prestaciones de derecho en el conjunto del Estado. Se ha impuesto, en cambio, una línea de replanteamiento del sistema general de protección, reforzando la actuación de la AGE en el marco de los preceptos previstos en el artículo 41 de la Constitución. La intención, al menos en parte, sería liberar a unas CC.AA. en cierta forma 'fatigadas' de los compromisos de garantía asumidos en el contexto de sus políticas de rentas mínimas. Este argumento tiene, sin duda, fundamentos objetivos: el aumento de la demanda, en un contexto de fuertes restricciones presupuestarias, ha agotado en buena medida la capacidad de resistencia de las CC.AA. que más se han comprometido con estas políticas.

El objetivo señalado estaba claramente presente en la propuesta del PSOE de creación de una nueva prestación de desempleo, el ingreso mínimo vital (IMV), acompañada de un impulso decidido a las prestaciones familiares que permitiera abordar el reto planteado por la pobreza infantil. En un artículo publicado por *El País* en febrero del año pasado (Marí-Klose, Moreno Fuentes y Del Pino, 2016), los principales impulsores técnicos de la propuesta señalaban que "las inversiones adicionales que realizaría el Gobierno central en este ámbito liberarían recursos que las comunidades autónomas destinan actualmente a asistir monetariamente a las familias más vulnerables (a través de los programas de rentas mínimas) y que podrían destinar así a favorecer la inserción sociolaboral". Unos pocos meses antes, en noviembre de 2015, durante el XXII Congreso Anual de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales³, la secretaria federal de Políticas Sociales del PSOE había adelantado exactamente la misma idea, aunque mencionando otras posibles líneas alternativas de gasto (vivienda y educación, por ejemplo).

Carlos Bravo, uno de los inspiradores de la iniciativa legislativa popular (ILP) promovida por los sindicatos UGT y CC.OO., defendió tesis similares durante el mencionado congreso. Aunque también señaló los límites de la renta activa de inserción, el secretario confederal de Políticas Públicas y Protección Social de CC.OO. partió en su análisis, como Carcedo, de una constatación de fracaso de las RMA para garantizar la protección. Se mostró particularmente

crítico con la pretensión de las RMA de establecer derechos subjetivos que acaban no siéndolo, al quedar condicionados por las disponibilidades presupuestarias y prácticas dilatorias en la resolución de las solicitudes de las prestaciones. Definió las RMA como derecho aparente que termina, en muchas ocasiones, por no concretarse. Según Bravo, esta realidad ha obligado a reorientar la demanda de soluciones hacia la Administración General del Estado para alcanzar, con carácter estructural, la requerida mejora de la protección.

De hecho, la desconfianza hacia las CC.AA. no puede ser más explícita en la propuesta de prestación contributiva de ingresos mínimos llevada al Congreso por los sindicatos UGT y CC.OO. En la presentación de su modelo, apenas hay dos referencias al papel de esas instituciones en el desarrollo de las políticas de ingresos mínimos. Una de ellas aparece en la exposición de motivos, cuando se dice que deberán contribuir al esfuerzo protector "a fin de que mantengan en algunos supuestos, y refuercen en otros, sus prestaciones de asistencia social". La segunda plantea la posibilidad de que la ejecución de los servicios de la Seguridad Social la desarrollen las CC.AA.

El modelo de gobernanza del IMV partía de una concepción similar, aunque con un planteamiento de pacto para una gestión a través de los servicios de empleo con las CC.AA. En esta aproximación, a las CC.AA. les podría, en todo caso, corresponder una acción de gestión similar a la que, por ejemplo, se desarrolla en materia de prestaciones no contributivas por invalidez o jubilación. Más allá incluso de la propuesta de introducción de una incompatibilidad teórica o práctica entre los sistemas, detrás de todo ello parece encontrarse la oposición a la posibilidad de una actuación complementaria desde las CC.AA. Algo que, de partida, se opone a unos preceptos constitucionales que permiten esta modalidad de intervención autonómica.

Las propuestas de la izquierda tradicional en España, formuladas a través de sus partidos o sus sindicatos, buscan en definitiva consolidar un derecho a la protección desde la Seguridad Social, aunque desde presupuestos similares a los que han inspirado las rentas mínimas. Una parte clave es la introducción de complementos familiares, en la propuesta de UGT y CC.OO., o la mejora de las prestaciones familiares, en la aproximación del IMV.

En cualquier caso, estas propuestas resultan novedosas respecto a las que los principales especialistas españoles en garantía de ingresos planteaban en los momentos iniciales de las crisis. Entonces, investigadores cualificados, como Miguel Laparra y Luis Ayala (2009), planteaban la reforma inmediata de la renta activa de inserción como medida de choque contra la crisis susceptible de afrontar el escenario de desprotección social que se anticipaba. La intensidad de la crisis llevó, sin embargo, a centrar la acción extraordinaria del

³ El congreso tuvo lugar en Fuenlabrada (Madrid) entre el 6 y el 7 de noviembre. El programa puede consultarse en [[http://www.trabajosocialcordoba.es/archivos/archivos/noticias_general/2152/XXII CONGRESO 2015.pdf](http://www.trabajosocialcordoba.es/archivos/archivos/noticias_general/2152/XXII_CONGRESO_2015.pdf)].

Estado en programas masivos y temporales de protección al desempleo, como el Prodi o el Prepara. El fracaso de estas políticas en la prevención de la pobreza, junto con las dificultades financieras de las CC.AA. en su gestión de las rentas mínimas, ha llevado a reflexiones sobre vías alternativas, en línea con el IMV o la ILP de UGT y CC.OO.

3.2. La renta básica

Tal y como se formulaba en 2015, apenas la propuesta de renta garantizada de Podemos ofrecía por entonces una línea de intervención más posibilista, compatible tanto con el desarrollo de la Seguridad Social como de una participación más amplia de las rentas mínimas autonómicas en el desarrollo de la política estatal de garantía de ingresos mínimos (Álvarez Peralta y Noguera, 2015)⁴. Algo que, interpretado en términos de extensión al conjunto del Estado del modelo de renta mínima de Euskadi, le ganó críticas particularmente duras por parte de los principales ideólogos de la renta básica en España.

En un artículo firmado por Jordi Arcarons, Daniel Raventós y Lluís Torrens (2015) orientado a criticar las opciones asumidas por IU y Podemos y su renuncia a la renta básica, se señalaba que “si algo no tiene la menor duda es la miseria de las rentas para pobres, llámense como se llamen según la comunidad autónoma, como cualquiera que conozca medianamente la cuestión puede constatar”. Convertido de repente en paradigma social maligno, los autores señalaban a continuación que la experiencia del sistema vasco dejaba mucho que desear:

Para que no haya la menor confusión sobre lo que queremos afirmar: la CAV ha sido la más generosa de todas las comunidades autónomas en el sistema de rentas condicionadas dirigidas a los pobres. De entrada, esto se debe más a la increíblemente cicatera situación (con alguna excepción parcial, como Navarra) de las otras comunidades autónomas que del mérito de la CAV. Dicho lo cual, está fuera de toda duda que, comparada con la mayor parte de comunidades autónomas, la CAV es la más generosa, pero con múltiples defectos que hemos intentado resumir.

Hablando en nombre de la Red Renta Básica (RRB), en el congreso de noviembre de 2015 ya mencionado, José Luis Rey también asumió la visión crítica, en algún aspecto casi catastrofista, respecto de las rentas mínimas. Las presentó como actuaciones con un balance lamentable, “a lo mejor” con la excepción de las experiencias de Navarra o el País Vasco. Rey realizó una nítida presentación, en cualquier caso, de los argumentos fuertes de la RRB en favor de la

renta básica. Su defensa de esta medida se centró en argumentos relacionados con la necesidad de simplificar el sistema y aumentar su eficiencia. También destacó la conveniencia de superar el papel de “policía” asumido por el trabajo social, evitando los elementos de estigmatización a los que lleva la necesidad de manifestar y demostrar la situación de pobreza. El trabajador social aparece, en el contexto de las rentas mínimas, como un elemento de control, apartado del propio trabajo social. La introducción del principio de la renta básica permitiría, en efecto, evitar la aplicación del principio de control de recursos, uno de los elementos clave de los sistemas de rentas mínimas. Frente a la dimensión paliativa de las RMA, según Rey, la renta básica destacaría además por su carácter esencialmente preventivo.

Otro elemento central en la defensa de la renta básica se vinculó a la individualización frente a la aproximación de hogar de las rentas mínimas tradicionales. En la concepción de la RRB, la renta básica se caracteriza por empoderar a las personas desde una perspectiva individual.

Aunque sostuvo la imposibilidad de postergar la aplicación de la renta básica, José Luis Rey defendió una aplicación progresiva de la medida, abogando como primer paso por una renta básica para menores. Sería una vía para empezar e introducir de forma inmediata mecanismos de renta básica, una propuesta que permitiría enlazar con las defendidas por el PSOE, Podemos o los propios sindicatos.

El planteamiento de prestación universal, individual e incondicional que representa la renta básica se perfila, en cualquier caso, como una alternativa clara a las políticas tradicionales de garantía de ingresos en España. Además de los aspectos positivos señalados por Rey, otra importante aportación de la renta básica se vincula al hecho de que podría facilitar el proceso de acceso de todas las personas necesitadas a las prestaciones, evitando el riesgo del *non take up*. La renta básica permite, a priori, simplificar los procesos de gestión administrativa asociados en la actualidad a prestaciones como las RMA.

En un contexto de alto endeudamiento, la dificultad de aplicación de la renta básica se vincula, sin embargo, a su coste económico y a la tentación de liquidar el sistema de prestaciones de la Seguridad Social para hacerla viable.

En la propuesta defendida por José Luis Rey, se mantendría el Estado de bienestar, sin sustituir, por tanto, los sistemas de educación, sanidad o dependencia, pero sí se eliminarían las prestaciones situadas por debajo de la cuantía de la renta básica y se tendría en cuenta, a la hora del contraste con el IRPF, el conjunto de los ingresos obtenidos, entre ellos, la aportación íntegra del ahorro, con un tipo fiscal máximo situado en el 49 %.

El coste de aplicación fue estimado por José Luis Rey en torno a un 4 % del PIB. En plena fase de *boom*

⁴ Iván H. Ayala precisó esta propuesta en el XXII Congreso Anual de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (véase la nota 3).

económico, junto a Rafael Pinilla, calculé en 2004 el coste de una renta básica que, gestionada a través del IRPF, mantuviera el actual modelo de prestaciones (Sanzo y Pinilla, 2004). En la aproximación fiscal más razonable, el coste estimado se situó en un 2,66 % del PIB. Dado el fuerte impacto de la crisis, el coste real actual se acercaría, por tanto, a lo señalado por el representante de la RRB.

Sin embargo, la viabilidad política de la renta básica, en la forma planteada por la RRB, no depende solo de su coste, sino de su apuesta por la sustitución del sistema de prestaciones de la Seguridad Social. Se trata de una aproximación que podría resultar muy peligrosa si pudiera llegar a constituir la base de un acercamiento en esta materia entre progresistas y defensores de la liquidación del Estado de Bienestar, al estilo de Charles Murray (Sanzo, 2016b).

4. Breves consideraciones finales

En sus *150 Compromisos para mejorar España*, el Partido Popular y Ciudadanos ofrecen algunas pistas de por dónde es previsible que se oriente realmente la línea de reforma de la política social en España. En lo relativo a la política de garantía de ingresos, queda claro que resultará básicamente inviable la posibilidad de avanzar, al menos a corto plazo, en medidas como el IMV o la prestación no contributiva de ingresos mínimos planteada por los sindicatos.

Aunque existen muchas dudas sobre qué incremento de cuantías podrían suponer, sí es posible en cambio que mejore la dotación presupuestaria destinada a las prestaciones por hijos/as. Al menos eso es lo que podría hacer pensar la medida nº 63 del acuerdo, que habla de un Plan contra la Pobreza Infantil. Los 5.680 millones previstos para esta actuación, para el conjunto del periodo 2017-2020, no supondrán sin embargo ningún cambio cualitativo determinante: apenas representan algo más de un 10 % de lo que

supondría consolidar un sistema digno de rentas mínimas o renta garantizada en España.

En estas circunstancias, es previsible que se mantenga un escenario muy similar al conocido durante la crisis, con una carga muy importante para las dos redes asistenciales que sostienen en España la lucha contra la pobreza: el sistema de prestaciones estatales de la AGE y las rentas mínimas de las CC.AA.

Dos son los retos de futuro que me parece esencial destacar en este contexto. El primero tiene que ver con la reflexión sobre la definición de lo que podría constituir la estructura básica del sistema general de protección y garantía de ingresos. Dentro de ella, cabría sin duda el análisis detallado de las distintas propuestas formuladas, incluyendo no sólo las propuestas de la izquierda tradicional, sino también las distintas propuestas sobre la renta básica.

El segundo reto es más limitado, pero también es más fácil que dé lugar a corto plazo a resultados positivos y favorables para la población. Se trataría, en este caso, de considerar las bases susceptibles de hacer posible un sistema de última red más extendido y eficaz por medio de la reforma de las rentas mínimas autonómicas, ajustándolas a las necesidades de una sociedad moderna de bienestar. Una sociedad que, en este sentido, debería regirse de acuerdo con principios de solidaridad y de garantía de derechos, no sujetos a la aplicación de medidas de contraprestación.

Aunque pequeños y necesariamente residuales en una sociedad con un buen sistema general de Seguridad Social y renta básica, los programas de rentas mínimas seguirán resultando necesarios durante los próximos años. Es inútil perder el tiempo en tratar de desprestigiar un tipo de programas que ha demostrado ser imprescindible para evitar el crecimiento intolerable de las formas más graves de pobreza en nuestro país.

- 150 *Compromisos para mejorar España* [http://www.pp.es/sites/default/files/documentos/16.08.28_150_compromisos_para_mejorar_espana.pdf].
- ÁLVAREZ PERALTA, N.; y NOGUERA, J. (2015) “Un plan contra la desigualdad y la pobreza”, *El País*, 26-10-15 [http://politica.elpais.com/politica/2015/10/25/actualidad/1445791747_772077.html].
- ARCARONS, J.; RAVENTÓS, D.; y TORRENS, L. (2015): “El ‘trabajo garantizado’ de Izquierda Unida y el ‘plan de garantía de rentas’ de Podemos contra la pobreza: unas propuestas muy pobres”, *Sin Permiso*, 1-11-15 [<http://www.sinpermiso.info/textos/el-trabajo-garantizado-de-izquierda-unida-y-el-plan-de-garantia-de-rentas-de-podemos-contra-la>].
- CONGRESO DE LOS DIPUTADOS (2016) “Proposición de Ley sobre el establecimiento de una prestación de ingresos mínimos en el ámbito de protección de la Seguridad Social (corresponde a los números de expediente 120/000035 de la X Legislatura y 120/000003 de la XI Legislatura)”, *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, Congreso de los Diputados, XII Legislatura, Serie B-Proposiciones de ley, 9-10-16, nº 3-1 [[http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/PopUpCGI?CMD=VERLST&BASE=pu12&FMT=PUWTXDTs.fmt&DOCS=1-1&DOCORDER=LIFO&QUERY=%28BOCG-12-B-3-1.CODI.%29#\(P%3%A1gina1\)](http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/PopUpCGI?CMD=VERLST&BASE=pu12&FMT=PUWTXDTs.fmt&DOCS=1-1&DOCORDER=LIFO&QUERY=%28BOCG-12-B-3-1.CODI.%29#(P%3%A1gina1))].
- ESPAÑA (2000): “Real Decreto 236/2000, de 18 de febrero, por el que se regula un programa, para el año 2000, de inserción laboral para los trabajadores desempleados de larga duración, en situación de necesidad, mayores de cuarenta y cinco años”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 60, 10-3-00, págs. 9.916-9.922 [<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2000-4608>].
- (1982): “Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 103, 30-4-82, págs. 11.106-11.112 [<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1982-9983>].
- (1978): “Constitución española”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 311, 29-12-1978, págs. 29.313-29.424 [<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>].
- LAPARRA, M.; y AYALA, L. (2009): *El sistema de garantía de ingresos mínimos en España y la respuesta urgente que requiere la crisis social*, Madrid, Cáritas; Madrid, Fundación Foessa [http://www.foessa.es/publicaciones_download.aspx?ld=3952].
- MARÍ-KLOSE, P.; MORENO FUENTES, F. J.; y DEL PINO, E. (2016): “A grandes males, razonables remedios”, *El País*, 24-2-16 [http://elpais.com/elpais/2016/02/12/opinion/1455271013_829169.html].
- PAÍS VASCO (1990): “Ley 2/1990, de 3 de mayo, de Ingreso Mínimo de Inserción”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 106, 30-5-90, págs. 5.107-5.117 [<https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/1990/05/9001683a.shtml>].
- (1989): “Decreto 39/89, de 28 de febrero, por el que se regula la concesión del Ingreso Mínimo Familiar”, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 44, 6-3-89, págs. 1.362-1.359 [<https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/1989/03/8900574a.shtml>].
- SANZO, L (2016a): “El sistema de Rentas Mínimas en España, ¿un verdadero fracaso?”, *Hungry Grass*, 4-7-16 [<https://hungrygrass.org/2016/07/04/el-sistema-de-rentas-minimas-en-espana-un-verdadero-fracaso-luis-sanzo/>].
- (2016b): “Charles Murray y la Renta Básica”, *Hungry Grass*, 3-6-16 [<https://hungrygrass.org/2016/06/03/charles-murray-y-la-renta-basica-luis-sanzo/>].
- SANZO, L.; y PINILLA, R. (2004): *La renta básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social*, serie Documentos de Trabajo, nº 42/2004, Madrid, Fundación Alternativas [http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/xmlimport-CMY7Y9.pdf].

Minorías religiosas y centros de culto: percepción social y problemáticas para la gestión pública¹

Luzio Uriarte González

Universidad de Deusto

Gorka Urrutia Asua

Instituto de Derechos Humanos, Universidad de Deusto

Orain arte hain ikusgai izan ez bada ere, Euskadiko errealitate sozio-erlijiosoak eraldaketa esanguratsu bat jasan du azkenengo hamarkadetan, askotarikotasun handiagoa gauzatuz. Bere berritasun erlatiboak, besteak beste, zailtasunak dakartza hainbat arlotan eta planotan, bereziki gutxiengo erlijiosoen kasuan eta beraien praktika erlijiosoak jarduteko eskubideak erabiltzean. Lan honetan gertaera honen erradiografia garatu da, bai administrazio publikoaren ikuspuntutik bai erlijio gutxiengoenetik, errealitate honetatik sortzen ari diren erronka nagusiak identifikatuz.

GAKO-HITZAK:

Aniztasuna, erlijioa, talde gutxituak, herri-administrazioa.

La realidad socio-religiosa del País Vasco ha sufrido una transformación significativa en las últimas décadas, cristalizándose una mayor pluralidad, poco visible hasta la fecha. Su relativa novedad, entre otras cuestiones, acarrea dificultades en diversos planos y ámbitos, especialmente en el caso de las religiones minoritarias y el ejercicio efectivo de su práctica religiosa. Este artículo lleva a cabo una radiografía de este hecho tanto desde la perspectiva de la Administración Pública como desde las propias confesiones minoritarias, identificando los principales desafíos que emergen de esta realidad.

PALABRAS CLAVE:

Diversidad, religión, minorías, Administración Local.

¹ Los resultados que se presentan en este artículo fundamentalmente están enmarcados en el desarrollo del proyecto de investigación “Nuevas demandas sociales y prácticas de armonización de la diversidad religiosa en el espacio público local o regional: derechos humanos y buenas prácticas para el acomodo de las minorías religiosas a partir de la experiencia quebequesa” (MICINN- Ref. CSO2011-24804).

1. Introducción

En las últimas décadas, el País Vasco ha sido testigo de una transformación significativa en términos socio-religiosos. En este tiempo se ha dado una caída de la religiosidad (católica) y, por otra parte, se ha ido produciendo una cristalización de una pluralidad religiosa a través de una mayor presencia de otras confesiones. La poca visibilidad de las entidades religiosas no católicas, unida a esa cristalización, ha acarreado ciertas dificultades en diversos ámbitos vinculados al ejercicio efectivo de su práctica religiosa, en especial en las cuestiones relacionadas con la apertura y todo lo relacionado con los centros de culto.

Este artículo aborda estas cuestiones, en primer lugar exponiendo las características más relevantes de las minorías religiosas en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), como ya se ha indicado, una realidad poco conocida. En segundo lugar, a partir de los datos recogidos en el estudio monográfico llevado a cabo por el Gobierno Vasco sobre la diversidad religiosa (Gabinete de Prospección Sociológica, 2012), se exponen los aspectos más relevantes relacionados con la percepción que la sociedad vasca tiene de la diversidad religiosa en el País Vasco, así como su valoración del ejercicio de las prácticas religiosas de las confesiones minoritarias y, en particular, sobre la implantación de centros de culto. En tercer lugar, ahondando en esta cuestión de los centros de culto, se recogen los principales hallazgos obtenidos en el marco de un proyecto de investigación sobre las demandas y necesidades de las entidades religiosas no católicas. Por último, el artículo concluye con una serie de consideraciones sobre la percepción social y la gestión pública de los centros de culto de las religiones minoritarias en el País Vasco.

2. Entidades religiosas no católicas en la CAPV

La presencia de confesiones no católicas en el País Vasco ha sido, y sigue siendo, bastante minoritaria y poco visibilizada. Abordar cualquier cuestión relacionada con esta realidad social precisa llevar a cabo previamente una breve presentación de la información disponible sobre su implantación en este territorio, así como una breve referencia a los cambios normativos e institucionales y de la propia sociedad con relación a la religiosidad. Uno de los principales hitos en lo que se refiere a la libertad religiosa, al igual que con relación a cualquier otra libertad, es la aprobación de la Constitución Española de 1978 (CE). La inclusión de la libertad de religión en su articulado, así como el posterior desarrollo en otros instrumentos normativos, supone un punto de inflexión en el reconocimiento institucional de las confesiones no católicas.

Con la promulgación de la Ley Orgánica de Libertad Religiosa (LOLR) en 1980, se dispone de un marco

normativo adecuado para la implantación y despliegue de una pluralidad religiosa no existente hasta la fecha. Además, en el caso particular de las religiones minoritarias con mayor arraigo social, y desde una perspectiva histórica con cierta presencia previa (comunidades judía, evangélica e islámica), el año 1992 supone otro punto de inflexión relevante ya que es en esta fecha en la que se rubrican los acuerdos de cooperación entre el Estado y cada una de ellas. Su relevancia reside en el contenido concreto de los acuerdos, así como en el mero hecho de su establecimiento y el potencial marco de relación que a partir de ellos se podía prever entre representantes de las confesiones minoritarias y representantes de la Administración Pública para el pleno desarrollo de las necesidades recogidas en su contenido².

La firma de estos acuerdos es un mero desarrollo de la posibilidad que el artículo 16.3 de la CE ofrece con la posibilidad de establecer formas de relación entre los poderes públicos y las distintas confesiones implantadas en su territorio. Por otra parte, el artículo 7.1 de la LOLR especifica que el Estado podrá materializar acuerdos de cooperación con aquellas confesiones que hayan alcanzado “notorio arraigo”. Antes de desarrollar este tipo de acuerdos, un requerimiento es la inscripción en el registro de entidades religiosas, tal y como establece el artículo 5.1 de la LOLR.

Este marco normativo ofrece una variedad de fórmulas en términos de relación o cooperación institucional entre el Estado y las confesiones del que es posible identificar una categorización de las diversas religiones implantadas a nivel estatal. Dejando a un lado el caso particular de la Iglesia Católica, cuyos acuerdos de cooperación con el Estado tienen rango de tratado internacional (por estar firmados con la Santa Sede), entre el resto de confesiones se podrían identificar varias categorías (Díez de Velasco, 2010:246-249; Pérez-Agote, 2012: 45-46). El hecho de formar parte de una o de otra de estas categorías determina, cuando menos formalmente, la posibilidad de desarrollar ciertas disposiciones recogidas en la LOLR.

El primer tipo agrupa aquellas entidades que forman parte de las confesiones que han firmado acuerdos de cooperación con el Estado (previamente han debido recibir el reconocimiento del notorio arraigo). En la actualidad el número de religiones que han formalizado su relación con el Estado en esta modalidad son tres: la comunidad evangélica (por medio de la Federación de Entidades Religiosas Evangélicas de España —FEREDE—), la judía (por medio de la Federación de Comunidades Judías de España —FCJE—), y la musulmana (por medio de la Comisión Islámica de España —CIE—)³. Los acuerdos

² Para profundizar en los acuerdos, ver Contreras (2007).

³ El “notorio arraigo” se concedió a las tres confesiones (protestantismo, judaísmo e islam) de una manera genérica en 1989, pero de cara a los acuerdos estas confesiones tuvieron que articularse en federaciones, de tal manera que estas funcionan como estructuras representativas del conjunto de sus comunidades y así, entre otras

datan del año 1992 (firmados el 28 de abril y ratificados por las leyes 24/1992, 25/1992 y 26/1992 del 10 de noviembre).

Bajo el paraguas de estas confesiones, en la CAPV hay una implantación considerable de comunidades evangélicas y musulmanes, tal y como veremos más adelante. Por el contrario, no hay constancia de una presencia institucional de entidades vinculadas a la comunidad judía. Las comunidades evangélicas e islámicas tienen una triple opción de adhesión a entes federativos. En primer lugar, a través de una iglesia o entidad religiosa de ámbito central y que esté integrada en alguna de las dos entidades federales que forman parte de los acuerdos de cooperación: FEREDE y CIE. En segundo lugar, pueden estar adheridas directamente a alguna de estas dos entidades. Por último, pueden adherirse a alguna entidad federativa de ámbito autonómico que a su vez forme parte de alguna de las dos entidades federales de ámbito estatal: Consejo Evangélico del País Vasco, Unión de Comunidades Islámicas del País Vasco, Federación Islámica del País Vasco y Consejo Islámico de Euskadi), la primera para las iglesias evangélicas y las tres últimas para las comunidades islámicas.

La casuística en el conjunto de estas entidades es variada, ya que pueden estar adheridas a la entidad federativa de ámbito estatal, a alguna entidad federativa de ámbito autonómico, a ambas entidades a la vez, o incluso disponer de ese paraguas federativo a través de la iglesia matriz (en este caso, únicamente las comunidades evangélicas).

El segundo tipo de categoría recoge las confesiones que han alcanzado el notorio arraigo. Este reconocimiento se obtiene a partir de una presencia significativa, tanto en términos cuantitativos de número de fieles como en la implantación territorial⁴. La Comisión Asesora de la Libertad Religiosa del Ministerio de Justicia es el órgano que reconoce el notorio arraigo, si bien es cierto que este reconocimiento no supone aportaciones especiales. Además de las mencionadas tres religiones que tienen firmados acuerdos de cooperación, el Estado ha otorgado este reconocimiento en los últimos años a otras cuatro confesiones: la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (IJSUD) en el año 2003, los Testigos Cristianos de Jehová en 2006, la comunidad budista (Federación de Comunidades Budistas de España —FCBE—) en 2007 y la Iglesia Ortodoxa Cristiana en 2010.

Las confesiones caracterizadas por este reconocimiento podrían clasificarse en dos tipos si nos atenemos a su estructura organizativa. Por un lado, estarían aquellas confesiones caracterizadas

por una iglesia única y de estructura centralizada, a saber, los testigos de Jehová y la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días. Ambas confesiones cuentan con un número de registro único para el conjunto de entidades implantadas en el ámbito estatal. Estas iglesias están sumamente organizadas y estructuradas, caracterizadas por su jerarquía y por una sólida articulación entre todas ellas.

Por otro lado, nos encontramos con las confesiones que no tienen una estructura tan centralizada y articulada, como las comunidades budistas y ortodoxas cristianas. En el primer caso, las entidades implantadas en el País Vasco no tienen ningún tipo de articulación de carácter autonómico y, por otra parte, ninguna de ellas está adherida a la Federación de Comunidades Budistas de España (FCBE), que es la entidad federativa de las comunidades budistas a nivel estatal. En el caso de las iglesias ortodoxas, la comunidad ortodoxa conformó su propia Asamblea Episcopal para España y Portugal en el año 2010. La práctica totalidad de comunidades ortodoxas de ámbito local forman parte de dicha asamblea a través de sus respectivos patriarcados. Previamente, algunas iglesias ortodoxas habían recibido “hospitalidad jurídica” por medio de la FEREDE.

En tercer lugar se encuentran las iglesias, confesiones o comunidades de religiones no católicas inscritas en el registro de entidades religiosas (RER). Su inscripción concede personalidad jurídica a aquellas que desean formalizar su situación jurídica como entidad religiosa. Actualmente, a nivel estatal, existen más de 2.500 iglesias, confesiones o comunidades religiosas pertenecientes a alguna religión minoritaria. La mayoría de ellas pertenece a alguna de las confesiones con acuerdos de cooperación con el Estado. En último lugar quedarían aquellas confesiones que no están inscritas en el registro de entidades religiosas.

A modo de síntesis, en la Tabla 1 podemos visualizar la categorización de las entidades religiosas vinculadas a alguna confesión minoritaria.

Tabla 1. Categorización de las confesiones minoritarias en el País Vasco a partir de su reconocimiento jurídico (entre paréntesis, año de la firma o reconocimiento)

Categoría	Entidades con presencia en la CAPV
Confesiones con acuerdos de cooperación con el Estado (1992)	Evangélicos (FEREDE)
	Musulmanes (CIE)
Confesiones que han sido declaradas de notorio arraigo	IJSUD (2003)
	Testigos de Jehová (2006)
	Budistas (2007)
	Cristianos ortodoxos (2010)
Confesiones inscritas en el RER	Varias
Confesiones no inscritas en el RER	Varias

Fuente: Elaboración propia.

cuestiones, facilitan la interlocución con el Estado.

⁴ Los tres criterios son la representatividad social, por medio de un número relevante de fieles de su confesión presentes en España; la presencia temporal considerable de forma legal o clandestina; y el ámbito presencial o grado de difusión por medio de lugares de culto o personal religioso.

Para completar la visualización de estas categorías, a partir del grado de federación del conjunto de iglesias, confesiones y comunidades religiosas de las religiones minoritarias en el País Vasco, recogemos en la Tabla 2 el número y porcentaje de las que están adheridas a algún tipo de federación de ámbito estatal. Como se puede observar, el grado de federación o adscripción a alguna iglesia o confesión central tiene un índice relativamente alto, ya que asciende a casi dos tercios del total. Esta adhesión permite a las entidades no católicas una mayor capacidad de relacionarse con la Administración Pública.

Tabla 2. Iglesias, confesiones y comunidades religiosas minoritarias de Euskadi adheridas a federaciones o entidades de ámbito estatal

Federación	Total	Porcentaje
FEREDE	96	33 %
CIE	18	6 %
IJSUD- mormones	4	1 %
Testigos de Jehová	65	22 %
Ortodoxos	9	3 %
No federadas	103	35 %
TOTAL	295	100 %

Fuente: Urrutia Asua (2016).

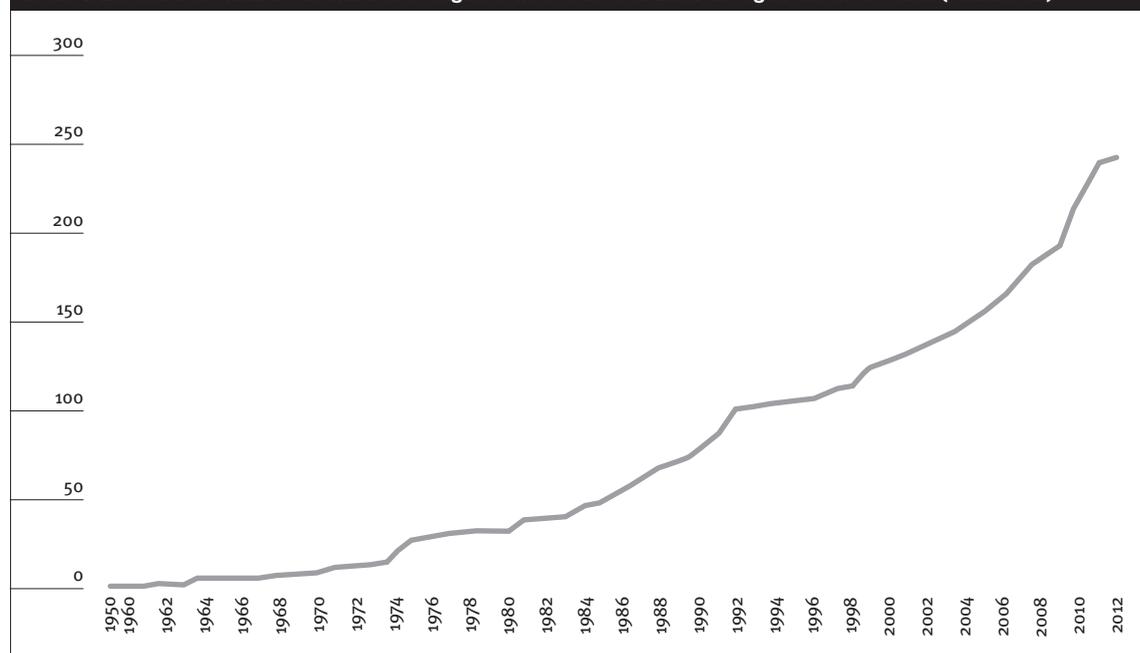
La información de los datos reflejados en la tabla anterior muestra un alto grado de asentamiento e institucionalización de la mayoría de las entidades y comunidades religiosas no católicas. Además del hecho de estar inscritas en el Registro de Entidades Religiosas del Ministerio de Justicia, gran parte de ellas están adheridas a alguna entidad federativa, hecho que les da un mayor grado de institucionalización. Estos dos elementos son reflejo de esa búsqueda de reconocimiento formal, así como de una voluntad de disponer de espacios de interlocución de carácter más formal.

Esta voluntad ya mencionada se encuentra alineada con el tipo de cooperación que promulga la Constitución Española a partir del artículo 16.3, que ilustra el Estado español como un Estado aconfesional caracterizado por ser un modelo de carácter colaborativo entre el Estado y la Iglesia católica, así como el resto de las confesiones. Sin embargo, esto no se suele visualizar con suficiente claridad, sobre todo en ciertos ámbitos, como el local.

En añadidura a la información disponible sobre el total del número de entidades religiosas no católicas en la CAPV, un dato de interés es el de la evolución del número de estas entidades en Euskadi a lo largo de las últimas décadas. Como podemos observar en el Gráfico 1, la creación de entidades religiosas no católicas ha tenido un crecimiento constante hasta la actualidad.

En definitiva, el total de entidades religiosas no católicas es de 295 comunidades vinculadas a diferentes religiones, la mayoría de ellas con el reconocimiento del notorio arraigo.

Gráfico 1. Evolución del número de entidades religiosas no católicas en Euskadi según año de creación (acumulado)



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos (fecha corte: 29/06/2013).

3. Percepción social y valoración de la diversidad religiosa en la opinión pública vasca

En mayo de 2012 el Gabinete de Prospecciones Sociológicas del Gobierno Vasco llevó a cabo un estudio monográfico sobre la diversidad religiosa en el País Vasco. Aprovechamos parte de la información recogida en ese estudio para ofrecer un análisis complementario a la información disponible de nuestro estudio con el fin de poder ofrecer una panorámica más completa.

Así, comenzando por la percepción que se tiene de la realidad sociorreligiosa, en la Tabla 3 se puede observar cierto grado de distorsión entre lo percibido y la autoubicación en cuanto a la composición religiosa. La percepción mayoritaria alcanza el 71% para las personas católicas no practicantes, mientras que la autoubicación es del 57% según datos del estudio del Gabinete de Prospección Sociológica del Gobierno Vasco. Las diferencias son también notables para el resto de opciones (católicas practicantes, 15 puntos; agnósticas-ateas-no creyentes, 16 puntos; y creyentes de otras religiones, 7 puntos).

A partir de la evolución en los datos de autoidentificación religiosa de la población de la CAPV, se podría afirmar que se está dando un proceso de secularización fuerte; sin embargo, la imagen que proyecta la información de la tabla anterior refleja una percepción de la sociedad como eminentemente católica. Esta brecha entre la identificación y lo percibido manifiesta cierto grado de distorsión y un escaso conocimiento de estos cambios sociorreligiosos.

En cualquier caso, la percepción generalizada sobre la composición religiosa de la sociedad vasca es mayoritariamente favorable para la religión católica (82%) aunque varía la percepción sentida de la autoubicación, sobre todo cuando se matizan las posiciones “practicantes” y las “no practicantes”. La diferencia se incrementa sintomáticamente a la hora de estimar el número de personas “agnósticas, ateas o no creyentes”, que en el caso de la autoubicación es muy superior a la percepción sentida.

En este sentido, ahondando en la cuestión de la percepción de las confesiones no católicas, podemos observar que, ante el planteamiento de la valoración de su presencia, se podrían constatar tres actitudes o grupos bien definidos (con diferente peso porcentual). En primer lugar, la posición mayoritaria es la de las personas escépticas (51%) y que no valoran ni bien ni mal la presencia de estas confesiones. En segundo lugar, encontramos a las personas tolerantes (38%), que son quienes valoran bien o muy bien la presencia de confesiones no católicas. Por último, estaría el sector más crítico, un 8% de la población al que le parece mal o muy mal esta presencia. Observando los datos a partir de los grupos de edad, es interesante resaltar que el segmento más joven (entre 18 y 29 años de edad) es el que expresa una valoración más positiva.

Otra información de interés para valorar la presencia de las confesiones minoritarias en Euskadi es la percepción existente sobre las facilidades para prácticas religiosas de las confesiones no católicas, recogida en la Tabla 5. Se puede observar que la percepción sobre el grado de facilidad que encuentran las entidades religiosas minoritarias

Tabla 3. Percepción sobre la composición religiosa en Euskadi

Personas	Totales	Grupos de edad			
		18-29	30-45	46-64	>=65
Católicas practicantes	11	6	8	12	18
Católicas no practicantes	71	72	75	74	63
Otras religiones	1	0	1	1	0
Agnósticas, ateas o no creyentes	9	14	9	6	5
No sabe/No contesta	8	8	7	7	14
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio de Gabinete de Prospección Sociológica (2012).

Tabla 4. Valoración de la presencia de confesiones no católicas en Euskadi

	Totales	Grupos de edad			
		18-29	30-45	46-64	>=65
Muy mal	2	1	2	2	3
Mal	6	4	5	5	10
Ni bien ni mal	51	49	52	53	48
Bien	33	38	33	33	28
Muy bien	5	8	6	3	3
No sabe/No contesta	4	0	2	4	8
Total	101	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio de Gabinete de Prospección Sociológica (2012).

para llevar a cabo sus prácticas religiosas no es muy positiva. En primer lugar, es necesario indicar que se constata un gran desconocimiento sobre esta cuestión, ya que prácticamente una cuarta parte de la población no sabe o no contesta cuando se le pregunta sobre ello. La opinión dominante es la que considera que existen “bastantes o muchas facilidades” (43%) frente a la que mantiene que las confesiones minoritarias tienen “pocas o ninguna facilidad” (33%) para sus prácticas religiosas. En este caso, la edad no parece influir en el mismo grado que en los indicadores anteriores, ya que los distintos segmentos se comportan de forma parecida ante las diferentes opciones consultadas.

Los indicadores que hacen referencia al conocimiento y valoración de su presencia social, así como a la percepción sobre las facilidades que encuentran para sus prácticas religiosas, ofrecen una imagen ambigua en lo que se refiere a las confesiones religiosas no católicas. Especialmente, es sintomático el alto grado de desconocimiento expresado sobre esta realidad

Un elemento con un componente de proyección pública relevante y bien significativo es el de los centros de culto. Quizás derivado de esta proyección

pública, suscita las posiciones más contradictorias e incluso radicalizadas. La tensión entre la práctica privada de la religión y la pública queda reflejada con bastante claridad en esta cuestión. Así, en la esfera privada y en términos generales, se constata una aceptación de este derecho. Sin embargo, cuando este derecho tiene una proyección pública, como es el caso de la implantación de centros de culto, se incrementan las reticencias o, directamente, el rechazo. En las Tablas 6 y 7 podemos observarlo, con los significativos matices que surgen a propósito del reconocimiento del derecho a la apertura de los lugares de culto. Un buen porcentaje de la población considera que todas las religiones tienen derecho a tener e instalar un centro de culto; sin embargo, se constata una restricción de este derecho a “algunas religiones” (11%) y un rechazo total a tal derecho, para cualquier religión, por parte de un 9% de la población.

La Tabla 7 nos muestra que la población no es partidaria de facilitar el derecho a instalar centros de culto a ciertas religiones. Esta restricción se focaliza especialmente en el caso de una religión, el islam, y es curioso cómo este rechazo es generalizado entre todas las franjas de edad.

Tabla 5. Percepción sobre las facilidades para prácticas religiosas de las confesiones no católicas en Euskadi

	Totales	Grupos de edad			
		18-29	30-45	46-64	≥65
Ninguna facilidad	3	3	2	3	4
Pocas facilidades	30	35	28	30	27
Bastantes facilidades	33	38	35	31	27
Muchas facilidades	10	8	14	11	7
No sabe/No contesta	24	16	21	25	35
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio de Gabinete de Prospección Sociológica (2012).

Tabla 6. Derecho a tener e instalar centros de culto

	Totales	Grupos de edad				Relación con otras religiones	
		18-29	30-45	46-64	≥65	Sí	No
Sí, todas las religiones	73	82	73	73	64	78	69
Algunas religiones sí y otras no	11	8	11	11	12	11	10
No, ninguna religión	9	6	10	10	11	6	13
No sabe/No contesta	7	4	6	6	13	5	7
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio de Gabinete de Prospección Sociológica (2012).

Tabla 7. Religiones a las que no debería autorizarse la apertura de centros de culto

	Totales	Grupos de edad			
		18-29	30-45	46-64	≥65
Islam	49	48	46	59	44
Evangélicos/Protestantes	4	2	5	5	3
Testigos de Jehová	2	4	2	1	3
Sectas	2	4	3	0	0
Otras	8	10	8	7	8
No sabe/No contesta	39	34	38	38	43
Total	104	102	102	110	101

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio de Gabinete de Prospección Sociológica (2012). Los porcentajes no suman 100 porque se podían dar dos respuestas.

Para completar la información sobre la percepción de la diversidad religiosa en Euskadi, el grado de molestia ante la cercanía de los lugares de culto de las diferentes religiones nos permite calibrar el grado de tolerancia de la población vasca ante la presencia de creyentes o entidades religiosas minoritarias. Este mismo estudio dispone de esta información, que recogemos brevemente en las siguientes líneas.

El grado de malestar no es alto, ya que a la mayoría de la población no le molesta o le molesta poco tener un centro de culto próximo a su lugar de residencia (entre el 96 % para los centros católicos y el 71 % para los musulmanes). A partir de la información disponible es posible establecer tres bloques de aceptación “territorial” de centros de culto: a) de muy alta aceptación, el correspondiente a los centros católicos y de otras religiones (más del 91 % de aceptación o no molestia); b) de alta aceptación (entre 80 % y 90 %), ortodoxos, testigos de Jehová y evangélicos; c) de relativa aceptación (71 %), musulmanes. En este caso se manifiesta además el rechazo más elevado de todas las confesiones: a casi una de cada cuatro personas (23 %) le molestaría mucho o bastante la cercanía de un centro de culto musulmán.

Las reticencias aumentan con la edad para el caso de los testigos de Jehová y de los musulmanes. Los grupos de más edad experimentan un mayor rechazo o malestar a la cercanía de centros de culto a sus domicilios, de los testigos y de los musulmanes (con oscilaciones de 10 puntos entre el grupo de los “jóvenes” de 18-29 años y el grupo de mayores de 65 años).

4. Gestión pública de la diversidad religiosa y centros de culto: principales problemáticas

Como hemos podido observar hasta aquí, las entidades religiosas no católicas en la CAPV tienen un grado de implantación significativo en términos de temporalidad y en cuanto al número de comunidades religiosas. Esta situación es muy similar a la que se da en el ámbito estatal, y al igual que en otros lugares la necesidad o demandas que plantean los representantes de estas religiones minoritarias son bien similares. Estas demandas abarcan diferentes cuestiones, pero de entre todas ellas nos centraremos en las que tienen que ver con los centros de culto, ya que, tal y como hemos podido observar en el apartado anterior, se trata de uno de los elementos más polémicos, y sin embargo, de necesidad primordial para el ejercicio de la libertad religiosa.

Antes de proseguir, destacamos la relevancia que desde una perspectiva normativa tienen los centros de culto. Así, este es un derecho recogido en el desarrollo que de la libertad de religión se hace en la Ley Orgánica de Libertad Religiosa, concretamente en

su artículo 2^º. Este articulado se ve reforzado, en el caso de las confesiones con acuerdos de cooperación con el Estado (comunidades judía, evangélica y musulmana), también en el artículo segundo de los tres acuerdos, ya que recogen este derecho en su articulado.

En cualquier caso, más allá de los aspectos meramente normativos, disponer de un espacio físico es una condición muy importante para poder desarrollar la vida comunitaria básica ya que es el elemento que permite el encuentro entre los miembros de estos grupos. Esto posibilita la interacción habitual del grupo y la ausencia de este espacio, perjudica seriamente el dinamismo interno de la comunidad. Hemos de tener en cuenta que la mayor parte de las entidades religiosas se reúnen también como comunidades litúrgicas en las que la celebración comunitaria es parte esencial. Además, este espacio trasciende el dinamismo interno, ya que además de su importancia como espacio físico de reunión, también facilita y posibilita el encuentro y la interacción con el entorno social. La ubicación física de un local visibiliza para una sociedad la existencia de un determinado grupo religioso y posibilita una forma de interacción social muy significativa. El encuentro “en vivo y en directo” facilita un conocimiento y un reconocimiento que es clave en las relaciones sociales y en la generación de confianzas.

En este contexto, es muy comprensible que los grupos religiosos consideren este tema del espacio físico como muy importante para la supervivencia y desarrollo de la comunidad, por lo que de forma natural y espontánea se hace presente en todas las entrevistas con sus representantes. Se trata de un tema muy sensible en el que las posturas críticas crecen en la medida que encuentran dificultades y restricciones a sus aspiraciones de contar con lugares de encuentro.

Aunque disponer de un espacio es importante para todos los grupos, el posicionamiento y la percepción que tienen respecto a las condiciones de acceso a locales están claramente diferenciados. La posición más crítica la encontramos entre los grupos musulmanes y entre los cristianos evangélicos. La comunidad cristiana ortodoxa también expresa sus dificultades, aunque de una forma más atenuada y sin un carácter marcadamente reivindicativo.

⁵ Artículo 2 de la Ley Orgánica de Libertad Religiosa:

“Dos. Asimismo comprende el derecho de las Iglesias, Confesiones y Comunidades religiosas a establecer lugares de culto o de reunión con fines religiosos, a designar y formar a sus ministros, a divulgar y propagar su propio credo, y a mantener relaciones con sus propias organizaciones o con otras confesiones religiosas, sea en territorio nacional o en el extranjero.

Tres. Para la aplicación real y efectiva de estos derechos, los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para facilitar la asistencia religiosa en los establecimientos públicos, militares, hospitalarios, asistenciales, penitenciarios y otros bajo su dependencia, así como la formación religiosa en centros docentes públicos”.

Para ver el papel de los medios de comunicación con relación a estos temas, ver GARCÍA y URIARTE (2011).

Los testigos de Jehová transmiten una posición radicalmente diferente a la del resto, en cuanto que muestran una aceptación y conformidad con el marco legal y su desarrollo, al que se sienten plenamente adaptados y del cual tratan de obtener el mayor provecho posible. De entre todas las cuestiones planteadas por representantes de las confesiones minoritarias, en las siguientes páginas destacamos los núcleos más problemáticos⁶.

4.1. Requerimientos legales y aplicaciones de criterios para abrir un local de culto

Disponer de un local para la celebración, el encuentro, la formación o cualquier otro tipo de fin relacionado con sus tradiciones es fundamental para cualquier grupo religioso. Abrir un local de estas características requiere una regularización y formalización ante la Administración Pública. La normativa con la que se encuentran para llevarla a cabo es poco clara y abierta a múltiples interpretaciones⁷. Esta visión es compartida tanto por las personas entrevistadas de los grupos religiosos como por parte de los técnicos municipales, estos últimos indican incluso que la normativa que regula la apertura de locales religiosos o bien no existe específicamente o bien es deficiente para ser aplicada directamente. En ocasiones, como la que recogemos en las siguientes líneas, los gobiernos municipales que se encuentran por primera vez con una situación en la que se solicita la apertura de un local de estas características expresan su sorpresa ante este hecho: “[...] nos han solicitado [...] la posibilidad de instalar alguna mezquita, centro de culto, una cosa así; esto es nuevo para nosotros, primero, porque nunca hemos tenido esta situación a lo largo de la historia y, segundo, por la problemática, entre comillas, que puede estar surgiendo, por ejemplo en Bilbao, por la instalación de una mezquita y estamos dándole vueltas a la situación”.

Esa sorpresa se entiende en un contexto en el que no existe ninguna normativa específica para este tipo de equipamientos, lo cual hace que, subsidiariamente, se suelen aplicar unos requerimientos legales pensados para otros tipos de actividades, con los problemas que ello encierra, como por ejemplo la toma de decisiones arbitrarias que los grupos minoritarios no comprendan fácilmente: “[...] vemos en este momento la normativa que regula la apertura de las mezquitas es bastante defectuosa, por no

decir inexistente, se aplica de manera subsidiaria la norma relativa a la apertura de locales de negocio para un centro de culto, lo cual tampoco nos parece a nosotros lo más adecuado, empezando ya con la regulación jurídica defectuosa, que no nos extraña que luego vayan a derivarse de ahí otras series de problemas o de cuestiones”.

En el siguiente extracto de una entrevista realizada a un miembro de una iglesia evangélica, podemos observar el malestar que ese tipo de situaciones genera: “La Ley de locales de culto va a ser equiparar un local de culto que tienen un par de reuniones a la semana, que cantas las canciones, con un nivel de insonorización de una discoteca, cuando se exigen salidas de emergencia, baños adaptados. Cuando tú vas a cualquier Iglesia Católica, y bueno...”

Como ya hemos indicado, el marco legal para la gestión de apertura y funcionamiento de los locales de grupos religiosos es poco claro, lo que se refleja en diversas manifestaciones de los propios técnicos municipales: “vemos en este momento la normativa que regula la apertura de mezquitas es bastante defectuosa, por no decir, inexistente”. “Yo creo que se está dejando hacer, se está mirando para otro lado”.

Este contexto da lugar a una heterogeneidad de criterios y de formas de actuación frente al requerimiento de locales por parte de las minorías religiosas. El mantenimiento de esta ambigüedad conlleva varias consecuencias negativas. Por una parte, algunos grupos se pueden sentir discriminados respecto a los criterios que la autoridad aplica a otros. Esta sospecha aparece especialmente, aunque no solo, en el caso de la comunidad musulmana. La arbitrariedad no favorece la transparencia de la gestión pública de este tema y añade una cierta desconfianza y rivalidad entre los diferentes grupos religiosos. Por otra parte, los gobiernos municipales también pueden entrar en competencia entre sí, tratando de no asumir responsabilidades y de desviar hacia otros municipios la apertura de nuevos locales y centros de culto. Es por ello por lo que es necesario abordar la cuestión de la regulación y planificación de estas cuestiones desde una perspectiva más global.

4.2. Regulación y planificación municipal del suelo

En este contexto de cierta ambigüedad sobre el marco que regula la apertura y el uso de los locales religiosos entra la posibilidad de que los municipios dicten normas de regulación del suelo para la instalación de nuevos grupos religiosos en diferentes lugares. Esta fue la situación que se dio en el municipio de Bilbao en el año 2013, cuando su Ayuntamiento aprobó una norma con el fin de regular el uso de espacios dentro de la ciudad para fines religiosos, mediante la modificación de su Plan General de Ordenación Urbana. Esta norma contemplaba la restricción de la apertura de centros de culto en edificios residenciales de la ciudad, de

⁶ Para profundizar en estas cuestiones ver MORONDO TARAMUNDI, D. y RUIZ VIEYTEZ, E.J. (eds.) (2014): *Diversidad religiosa, integración social y acomodos. Un análisis desde la realidad local en el caso vasco*, Bruselas, Peter Lang.

⁷ Una presentación del marco jurídico general para el caso español y de su desarrollo normativo se puede consultar en PONCE J. y CABANILLAS, J.A., 2001. Al respecto, son también significativas las declaraciones de Mariano Blázquez, secretario ejecutivo de la FERED, denunciando la falta de una normativa específica que regule la apertura de los lugares de culto (cfr. http://www.observatorioreligion.es/entrevistas/mariano_blazquez/index.html, consultado el 20/10/2014).

manera que las confesiones minoritarias asentadas en el municipio de Bilbao veían cómo se reducía sustancialmente el espacio físico en el que poder implantar centros de culto⁸.

En este marco, son varias las muestras del personal técnico de ámbito municipal en las que se puede observar la necesidad o la expectativa sobre la elaboración de un marco general respecto a la diversidad religiosa y en el que se incluyan criterios para regular, entre otros temas, el acceso a los locales de culto.

“[...] creo que hay que ser valientes en este caso; que se establezca una normativa desde el punto de vista autonómico que regule a todos, porque al final si haces una normativa o una ordenanza municipal, tiene el valor que tiene dentro del municipio y eso puede generar lo que los alcaldes no quieren, el efecto llamada”.

“[...] sí que tienen un espacio y, por lo que me transmitieron los representantes de la asociación, se les queda pequeño dadas las necesidades que tienen; lo que querían era buscar otro local que ya tenían identificado pero para saber si realmente había posibilidades de legalizarlo, estamos un poco a la espera del tema del borrador del Gobierno Vasco”.

Aunque los gobiernos municipales tengan buena intención a la hora de gestionar la diversidad religiosa y ofrecer oportunidades justas para todos los grupos, tal y como podemos observar en esta última cita, parece conveniente plantear una política global en el territorio, más allá de las iniciativas concretas que pueda tener una determinada localidad. En este sentido, tiene su lógica abordar esta cuestión desde una panorámica global, ya que se pueden producir desequilibrios territoriales y sociales, así como tensiones que no ayuden a la convivencia y que sean difíciles de encauzar en el futuro. En un caso extremo, podría derivar en una segregación territorial socialmente muy poco aconsejable.

En efecto, esta es una problemática añadida, ya que si contar con un local propio es de especial relevancia para la vida del grupo, su inserción en el entorno también juega un papel muy importante. La localización dentro del espacio urbano, en términos de accesibilidad y cercanía a los lugares de residencia de sus miembros, incide directamente en su participación. De la misma manera, todo ello facilita la interacción con otros grupos sociales y el vecindario en general. En los casos contrarios, si el local está ubicado en zonas poco accesibles (como los extrarradios o en zonas que no constituyen

lugares de paso habituales), se dificultan las funciones que debe cumplir un espacio de estas características.

En este sentido, algunos de los grupos religiosos perciben cierta intencionalidad por parte de las autoridades a la hora de facilitar la apertura y ubicación de centros de culto. Esto, obviamente, también incide en la visibilidad social de la comunidad.

“[...] hay instituciones vascas que quieren promover que las mezquitas se encuentren en lugares donde puedan tener un terreno, digamos, con un entorno segregado, tanto para que por un lado puedan tener más medios esas mezquitas como para que el impacto que pueda hacer sobre el entorno en momentos puntuales, la presencia de un gran número de personas se amortigüe, y sobre todo es el punto de vista de que son personas de diferentes orígenes”.

Esta persona, perteneciente a uno de los colectivos que peor percibidos (islam), expresa la convicción de que existe una intencionalidad por parte de algunas instituciones para que las mezquitas o los lugares de oración musulmana no se sitúen en el centro de la ciudad. Una de esas razones está relacionada con la finalidad de evitar molestias a los vecinos, y es por ello por lo que en algunos lugares se propone que determinados centros de culto sean desplazados a zonas industriales, tal y como lo expresa el siguiente representante municipal.

“[...] hemos intentado atacar este problema mediante una permuta de locales para que pudieran ir y montar una mezquita en una zona, en un edificio vacío y además industrial”.

Este motivo hay que interpretarlo en función de otro que se formula habitualmente, a saber, que las personas que se reúnen en torno a la mezquita son mayoritariamente de origen extranjero, y cuando esto se da con un grupo numeroso puede ser percibido por parte de la ciudadanía con temor, incomodidad o como una cierta amenaza. Es a partir de esta cuestión como se puede interpretar la posición de la persona entrevistada y el hecho de derivar a zonas industriales la implantación de centros de culto, de tal manera que se produce una invisibilidad. En este caso, desde la perspectiva de la persona entrevistada, la segregación espacial tiene un interés por producir la invisibilidad del grupo religioso en la percepción de que puede ser potencialmente conflicto para la sociedad. Esta segregación espacial está agravada con la sospecha de que hay una discriminación negativa respecto a la confesión musulmana en particular. Esta idea emerge por lo menos en la entrevista realizada a un técnico municipal:

“Yo creo que se está dejando hacer, se está mirando para otro lado, se está dejando hacer mientras no sean musulmanes, es decir, cuántas

⁸ Más información sobre este tema se puede consultar en RUIZ VIEYTEZ, E.J.; (2013): “Derechos humanos, discriminación y diversidad religiosa en el País Vasco: la polémica sobre la apertura de centros de culto en Bilbao”; en MORENO, G. (ed.); *Anuario Ikuspegi 2013*, Bilbao, Ikuspegi, 2013, pp. 283-294.

lonjas en muy precarias condiciones de los evangelistas hay en muchísimos barrios [...] un montón. Con aglomeración de gente, con ruidos de micrófonos, con más ruido incluso que lo que pueden meter los musulmanes, hay una clara estrategia de señalar con el dedo e impedir los espacios de culto musulmanes, no así los evangelistas y hay muchísimos más”.

Se puede observar, por tanto, la preocupación de que la comunidad musulmana se encuentra en clara inferioridad de condiciones cuando trata de reunirse. Por una parte, encontramos una falta de arraigo en un segmento de sus miembros (por las dificultades derivadas con la competencia lingüística y el suficiente conocimiento de costumbres locales) y, por otra, la escasez de recursos conlleva cierta tendencia a situarse en espacios marginales de los núcleos urbanos, con la consiguiente marginación en lo que se refiere a las relaciones sociales. Es preciso indicar que, si bien esta cuestión aparece en varias entrevistas, no se trata de una situación generalizada. Más bien se trata de resaltar una preocupación por la inclusión social de estos colectivos de tal manera que la interacción entre grupos se sitúe dentro de cierta normalidad, reconociendo en positivo la diversidad religiosa.

Esta segregación espacial no se produce únicamente con las comunidades musulmanas, ya que otros grupos religiosos también la sufren, dificultando la vida y el encuentro de la comunidad. La comunidad cristiana ortodoxa, por ejemplo, también se encuentra en una misma situación. La diferencia es que en este caso, gracias a un convenio con la Iglesia católica, tienen el acceso a lugares de culto católicos en el entorno de Bilbao y Lasarte.

4.3. Espacios insuficientes

Por último, además de la ubicación de los centros de culto, otro aspecto relevante es el de las condiciones internas de los locales en los que se juntan las comunidades religiosas, como por ejemplo el espacio, que permitirá un mayor o menor aforo. La escasez de recursos económicos de estas comunidades les dificulta acceder a locales con suficiente espacio para albergar a todos sus miembros. En algunos casos, además, con requerimientos particulares, como los musulmanes:

“[...] hay tres (locales) en Getxo, en Bilbao y en Barakaldo; también estos centros que hay, o estas mezquitas, en Bilbao o Barakaldo no es suficiente, no es grande para ir mujeres [...], no es como otros países [...], aquí falta mucho; Getxo, que es un barrio muy grande, tiene que tener una para la gente porque hay muchas familias árabes que viven aquí y necesitan, y además tenemos fiestas religiosas”.

Además de esta cuestión de la insuficiencia del espacio de locales, la persona entrevistada expone la

dificultad de cumplir con la tradición de separar los espacios según el género. Esta misma preocupación por disponer de un espacio suficiente se manifiesta desde la Administración, sin embargo en este caso más bien por cuestiones relacionadas con la seguridad de quienes se reúnen.

“La tramitación que iniciaron (la comunidad musulmana) fue una cosa muy pacífica y muy normal, y lo único que nosotros les pedíamos, sobre todo a nivel administrativo, era el tema de aforo, que era lo que más nos preocupaba lógicamente, que están las cosas, sobre todo ahora como para andar descuidándose en los aforos”.

Esta persona subraya la normalidad del procedimiento que pone de relieve las buenas relaciones con la confesión minoritaria. Las dificultades parecen provenir más bien del tamaño de la población musulmana que potencialmente puede acudir al local y del espacio físico con el que cuenta esta comunidad, con el fin de evitar percances derivados de falta de aforo suficiente, tal y como parece que se habían procedido en otros lugares.

5. Consideraciones finales

En conclusión, en primer lugar nos gustaría resaltar la presencia de confesiones minoritarias en la CAPV como una realidad con un alto grado de implantación, tanto en términos de temporalidad como de implantación territorial. La mayoría de estas entidades religiosas han puesto de relieve una vocación de reconocimiento como agrupaciones de raíz religiosa, ya que la mayoría están inscritas en el Registro de Entidades Religiosas del Ministerio de Justicia y tienen un alto grado de adhesión a las entidades federativas que les da acceso a desarrollar parte del contenido de los acuerdos que algunas de ellas tienen firmados con el Estado.

Sin embargo, a pesar de esta implantación, se destaca un relativo desconocimiento del hecho religioso no católico (confesiones minoritarias) en el conjunto de la sociedad vasca y de la existencia de posturas ambivalentes ante él mismo en cuanto a facilidades existentes para las prácticas de esas entidades, la valoración global de estas y la percepción de su presencia real en términos cuantitativos. La imagen de las confesiones religiosas minoritarias presenta aspectos de ambigüedad en los indicadores que hacen referencia al conocimiento y valoración de su presencia social, así como en la percepción sobre las facilidades que encuentran para sus prácticas religiosas, entre ellas la cuestión de los centros de culto.

La cuestión de los lugares de culto constituye un asunto altamente sensible para las minorías religiosas. La regulación normativa es lo suficientemente amplia y ambigua como para dar cabida a prácticas muy diferentes, algunas de ellas

con tendencia discriminatoria y otras más flexibles e integradoras. El vacío legal existente en cuanto al otorgamiento de licencias posibilita el uso de criterios y decisiones contradictorias por parte de las Administraciones Públicas locales según los lugares y el caso, lo que se convierte en una considerable fuente de malestar. En cualquier caso, la disposición de espacios supone un requerimiento muy importante para la vida y desarrollo de los grupos religiosos.

Son bastantes las comunidades que tienen estrecheces a la hora de acoger a los participantes de

la confesión religiosa dentro del local, y otras incluso no cuentan con locales de referencia. En el acceso a unos locales suficientes y adecuados se juega en parte la visibilidad que tiene un grupo dentro del espacio urbano. Desde una perspectiva de una sociedad que mayoritariamente está marcada por la presencia de la Iglesia católica y por el proceso secularizador que sitúa el fenómeno religioso en el ámbito de lo marginal y de lo privado, el local que pueda usar una minoría religiosa es clave para poder hacerse presente en la sociedad y demostrar tanto su existencia como la pluralidad que subyace en el tejido.

Referencias bibliográficas

- CONTRERAS MAZARIO, J.M. (2007): “La libertad de conciencia y convicción en el sistema constitucional español”, *Revista Cidob d’afers internacionals*, 77, pp. 41-63.
- DIEZ DE VELASCO, F. (2010): “The Visibilization of Religious Minorities in Spain”, *Social Compass* 57 (2), pp. 235-252.
- GABINETE DE PROSPECCIÓN SOCIOLOGICA (2012): *Estudio Monográfico sobre Diversidad Religiosa*, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.
- GARCÍA, D. Y URIARTE, L. (2011): “Las minorías religiosas y los medios de comunicación en la CAPV”, en RUIZ VIEYTEZ, E. (dir.), *La diversidad religiosa en el País Vasco. Nuevos retos sociales y culturales para las políticas públicas*, Bilbao, Deustuko Unibertsitatea.
- MORONDO TARAMUNDI, D. y RUIZ VIEYTEZ, E.J. (eds.) (2014): *Diversidad religiosa, integración social y acomodos. Un análisis desde la realidad local en el caso vasco*, Bruselas, Peter Lang.
- PÉREZ-AGOTE, A. (2012): *Cambio religioso en España: los avatares de la secularización*, Madrid, CIS.
- PONCE, J. y CABANILLAS, J.A. (2011): *Lugares de culto, ciudades y urbanismo. Guía de apoyo a la gestión de la diversidad religiosa*, Madrid, Observatorio del Pluralismo Religioso en España.
- RUIZ VIEYTEZ, E. J. (2013): “Derechos humanos, discriminación y diversidad religiosa en el País Vasco: la polémica sobre la apertura de centros de culto en Bilbao”, MORENO, G. (ed.), *Anuario Ikuspegi 2013*, Bilbao, Ikuspegi, pp. 283-294.
- RUIZ VIEYTEZ, E.J. (dir.): *Pluralidades latentes. Minorías religiosas en el País Vasco*, Barcelona, Icaria.
- URRUTIA ASUA, G. (2016): *Minorías religiosas y derechos humanos: Reconocimiento social y la gestión pública del pluralismo religioso en el País Vasco*, Madrid, Akal.

Otras consecuencias de la crisis en la sostenibilidad de los servicios sociales de ámbito local en la Comunidad Valenciana

Xavier Montagud Mayor

Universitat de Valencia
javier.montagud@uv.es

Tokiko entitateak laurogeiko hamarkadaren bukaeran ezarri zituzten Valentziako Autonomia Erkidegoko gizarte-zerbitzu orokorren sistemarako zutabe eta sarbide gisara. Krisialdi ekonomikoaren ondorioz, larrialdi sozialak gainditu egin du tokiko erakunde horien ahalmena. Azalpenetako baten esanean, murrizketek eta baliabide eskasiek gertarazi dute egoera hori, halere, artikulua honetan erakusten denez, ahultasun hori ez dator krisialdiaren ondorioz, baizik eta sistema ezarri zeneko ezaugarri batengatik. Ezaugarri bereizgarri horrek azaltzen ditu garai berri honetan misioari eusteko agertzen diren zailtasunak. Beraz, iradokitzen dugu baldintza horien ondorioz gertueneko eskuartzea modu zabal batean ulertzea, eta horretarako gehitu ahal izatea bestelako ekimen sozial mota desberdin batzuek, eta horien bitartez aurre egitea aldi berean egongo diren kalteberatasun, zaurgarritasun eta ezegonkortasunari, alde batetik, eta bazterkeria eta pobrezia modu tradizionaleri, bestetik.

GAKO-HITZAK:

Valentziako Autonomia Erkidegoa, krisialdia, udalerriak, gizarte-zerbitzuak, iraunkortasuna, Oinarriko Prestazioen Hitzartutako Plana.

Al final de la década de los ochenta se implementaron en la Comunidad Valenciana los servicios sociales generales como pilar y puerta de entrada al sistema desde las entidades locales. Con la crisis económica, estos se han visto sobrepasados por la situación de emergencia social. Una de las explicaciones más habituales es achacarlo a los recortes y la insuficiente dotación de medios. Sin embargo, este artículo revela que su debilidad no es fruto de la crisis, sino un rasgo constitutivo desde su implantación. Este hecho diferencial muestra las dificultades para sostener su misión por sí solos en esta nueva época. Sugerimos, por consiguiente, que en estas condiciones se entienda la intervención social de proximidad de un modo más amplio, incorporando otro tipo de iniciativas sociales que permitan afrontar un escenario en el que la vulnerabilidad, la fragilidad y la precariedad convivirán con las tradicionales formas de exclusión y pobreza.

PALABRAS CLAVE:

Comunidad Valenciana, crisis, municipios, servicios sociales, sostenibilidad, Plan Concertado de Prestaciones Básicas.

1. Introducción

Con cierta periodicidad, el nivel básico de los servicios sociales recupera el primer plano en la agenda de la política social. Cuando así ocurre, se reivindica su papel como “puerta de entrada” o “eje vertebrador”, mientras se pone énfasis en los principios de universalidad, proximidad, responsabilidad pública o integralidad. Durante los últimos años parece renovarse su interés. Desde la publicación del estudio coordinado por Subirats (2007) se han sucedido los estudios sobre el impacto que la crisis ha tenido sobre esta esfera de los servicios sociales (Alguacil, 2012; AEDGSS, 2013; Aguilar, 2014, Rodríguez Cabrero, 2012). A estos trabajos se han sumado otros desde distintas instancias administrativas, con especial extensión y profundidad, desde algunas oficinas del Defensor del Pueblo autonómicas. Al mismo tiempo, su situación ha sido objeto de intenso debate desde diferentes espacios (colegios, congresos y jornadas, plataformas de defensa, etc.) que han abordado los problemas a los que este nivel de la intervención social se enfrenta.

Aunque reciben diferentes nombres según la legislación de cada Comunidad Autónoma (atención primaria, base, comunitarios, etc.), los servicios sociales generales son considerados la estructura básica del sistema, que distingue entre ellos y los servicios sociales especializados. Su actuación tiene carácter universal y gratuito, garantizando la atención de manera integrada y polivalente a las personas a las que presta ayuda. Por el contrario, los servicios sociales especializados se orientan a sectores de población que por sus especiales condiciones requieren de un tipo de atención específica desde el plano técnico y profesional. Por consiguiente, su acceso está condicionado al cumplimiento de unos requisitos que en algunos casos pueden suponer una contraprestación económica. De otra parte, mientras el primer nivel se presta por parte de equipos multidisciplinares cuya titularidad es siempre pública y cuya gestión corresponde a las Administraciones Locales (ayuntamientos, mancomunidades y diputaciones provinciales), en el segundo nivel pueden participar otros agentes (ONG, empresas, etc.).

Los servicios sociales generales comprenden un amplio conjunto de servicios y programas. Informan, orientan y proporcionan asesoramiento técnico acerca de los derechos y los recursos que la Administración y otras instituciones ponen a disposición de las personas y colectivos. Promueven la prevención y reinserción de los individuos y grupos en situación de carencia o exclusión. Prestan la ayuda a domicilio con el fin de posibilitar la permanencia de las personas en su medio y ofrecen recursos convivenciales a las personas que no disponen de ellos. Por último, atienden mediante la gestión de prestaciones y ayudas económicas las necesidades básicas de las personas y en bastantes casos incluso desarrollan programas de promoción

del ocio y el tiempo libre. Su fin es promover el desarrollo pleno del individuo y de los grupos en que se integra, potenciando su participación en la búsqueda de recursos y priorizando las necesidades más urgentes y básicas. Se erigen pues en la primera red de proximidad a los ciudadanos ya que se sitúan en la posición geográfico-administrativa más cercana, la local, desde la que dan cobertura a la mayoría de la población. A este respecto, conviene saber que la tasa oficial de cobertura de derecho (es decir, la accesibilidad a este nivel de los servicios sociales) se sitúa desde hace años en torno al 95 % de la población (PCPB, 2014).

No obstante, aunque fueron concebidos inicialmente como un espacio desde el que promover el desarrollo de las personas, grupos y comunidades más desfavorecidas, la aparición de nuevas problemáticas y carencias, junto con el desarrollo de nuevos derechos individuales les ha forzado a asumir competencias de otros sectores de la intervención social (menores, mayores, discapacidad, etc.), lo que les ha obligado a prestar en muchos casos servicios especializados (intervención familiar socioeducativa, prestaciones para mayores, gestión de plazas, etc.) que no habían sido previstos. Estos cambios y la llegada de la crisis económica han acabado por transformar los servicios sociales generales, hasta el punto de que hoy son evidentes los signos de crisis de identidad, capacidad y objetivos (Aguilar, 2013; Fantova, 2014; Pelegrí, 2015). Un dato podría resumir este especial momento: pese al dato formal de cobertura señalado, la tasa de cobertura directa (es decir, la población que hace uso efectivo de los sistemas de servicios sociales generales) no ha sobrepasado conforme al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad el 12 % de la población española (PCPB, 2014), mientras que el indicador de pobreza europeo AROPE para ese mismo año se situó en el 29,9 % (Eurostat, 2015). Si añadimos que, conforme al estudio de Tezanos *et al.* (2013) sobre la situación de las familias en situación de vulnerabilidad en España, el 93 % de las que fueron entrevistadas no habían recibido ayuda de ningún organismo público o privado, y de las que sí, un 57 % la obtuvieron de organismos públicos y un 29 % a través de entidades del tercer sector, comprenderemos la encrucijada en la que se encuentra esta esfera de los servicios sociales frente a la crisis. Este lance nos lleva a contemplarlos como un sistema de vocación universalista pero focalizado en las personas, grupos y colectivos en situación de especial dificultad, pobreza o exclusión con grandes impedimentos para atender los problemas derivados de los cambios y nuevos riesgos de la sociedad del bienestar.

El caso de la Comunidad Valenciana no es una excepción. Los datos sobre vulnerabilidad y pobreza (EAPN-España, 2016; FOESSA, 2014) y servicios sociales (AEDGSS, 2015; Martínez y Uceda, 2015; MSISS, 2015; Síndic de Greuges, 2013, 2017) apuntan a la debilidad extrema del sistema, lo que le habría impedido contrarrestar las manifestaciones más

extremas de la crisis y paliar sus necesidades vitales. Ahora bien, la opinión aquí defendida es que esta crisis ha ido más allá, al poner al descubierto las limitaciones de un discurso que sigue centrado en la gestión de los recursos de proximidad exclusivamente desde lo público. Desde este marco son reconocibles las importantes limitaciones para afrontar un escenario en el que todo apunta a la permanencia, extensión e incluso intensificación de la pobreza y la exclusión, mientras las dificultades de financiación para sostener las crecientes demandas y exigencias de la ciudadanía probablemente continuarán. En conjunto, estos hechos insinúan la fractura del paradigma sobre el que se ha venido asentando la fundación de los servicios sociales de atención primaria, a la vez que pone en entredicho su sostenibilidad, entendida aquí como la capacidad para cumplir con la misión para la que fueron creados, en este nuevo entorno. Sin embargo, al mismo tiempo es también una oportunidad para la innovación y la transformación de un sector que no ha cambiado demasiado en su estructura en los últimos treinta y cinco años.

Este es el punto de partida. Me pregunto cómo han afectado todos estos cambios al sistema de servicios sociales generales en la Comunidad Valenciana (CV, en adelante) y si es posible que en tales condiciones puedan sostener los objetivos para los que fueron creados. A tal fin, se analiza en primer lugar el marco general de la financiación de los servicios sociales generales en España, exponiendo su evolución hasta hoy y apuntando algunas consideraciones para el caso particular de la CV. Posteriormente se describe el impacto de la crisis en la sociedad y los servicios sociales valencianos, así como el alcance de la respuesta de sus Administraciones hasta 2015. Como consecuencia, en el tercer apartado se plantea la posibilidad de que estas dificultades sugieran no únicamente problemas de sostenibilidad, sino también límites en su estructura en el contexto de cambio de época en el que nos encontramos, que se manifiesta en algunos conflictos de la intervención de los servicios sociales. Cierra el artículo un breve esbozo sobre las otras consecuencias de la crisis y el cambio de época para los servicios sociales de proximidad para el que apostamos por un modelo más abierto y colaborativo que complemente las insuficiencias del actual.

2. Financiación de los servicios sociales generales

Con la llegada de la democracia se desarrolló en España una política tendente a equiparar nuestro país a los parámetros del Estado de Bienestar del que ya disfrutaban otros países de nuestro entorno. Una de las decisiones fue establecer un sistema público de servicios sociales que permitiera, de acuerdo con la formulación constitucional, prevenir o eliminar las causas que llevan a la marginación, aunque delegando esa competencia en las comunidades autónomas. La aprobación de las primeras leyes

autónomas de servicios sociales y de la Ley 7/1985 reguladora de las Bases del Régimen Local señaló que el municipio ejercerá las competencias “en materia de prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social”. Esta situación y la necesidad de articular unas prestaciones y servicios básicos para todo el Estado llevarán en 1988 a implantar un modelo de cooperación económica y técnica que permitirá implantar una red básica de atención de servicios sociales en los municipios: el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales (PCPB). El Plan Concertado sigue siendo hoy, a pesar de todo, el principal instrumento de cooperación técnica y financiera de alcance estatal en esta materia. Por consiguiente, aunque no represente el cien por cien del Estado ni de los presupuestos globales de servicios sociales en el ámbito local, es una de las escasas herramientas objetivas de las que disponemos para analizar largos espacios temporales para el conjunto del territorio o por comunidades autónomas o entidades locales. Sobre él encontramos dos buenos estudios. En el primero, Gutiérrez Resa (2003) describe con detalle los antecedentes del plan, el procedimiento para su implantación y su evolución durante los primeros once años. Acierta al plantear sus logros y defectos pero, sobre todo, formula algunas propuestas de mejora que hoy continúan siendo válidas y necesarias. El segundo, un estudio de Aguilar (2014) para Foessa incorpora los efectos que la Ley de Dependencia y las ya evidentes consecuencias que la crisis tiene en los sistemas, reincidiendo en algunas de las explicaciones sobre su problemática. La lectura de ambos y el análisis de las memorias del plan permiten conocer cómo ha evolucionado en su contenido y alcance, obtener datos sobre sus presupuestos, grado de responsabilidad financiera, conceptos de gasto, personas atendidas, etc.

Como principio, el PCPB contempla el establecimiento de convenios-programa de colaboración entre tres niveles administrativos (Estado, comunidades autónomas y entidades locales) para financiar los siguientes conceptos:

- Ayudas para el pago de salarios y seguridad social de los profesionales de los equipos sociales de base.
- Ayudas para el mantenimiento de centros sociales.
- Ayudas para los programas de prestaciones básicas consignadas en el apartado anterior.

En el caso concreto de la Comunidad Valenciana, es la vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas la que suscribe ese plan con el Ministerio mediante fondos condicionados y fondos del Estado. Posteriormente, mediante convocatoria anual, se hace partícipes del plan a los municipios, estableciendo las obligaciones financieras para cada parte. No obstante, coexisten otras vías de financiación. De una parte, el Estado ofrece otras convocatorias complementarias al Plan

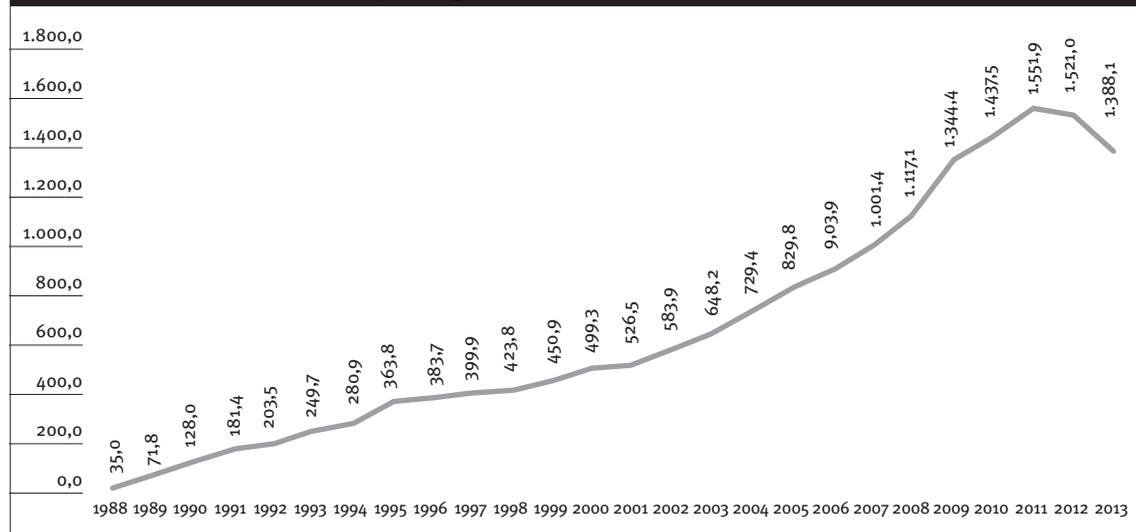
Concertado (por ejemplo, las de lucha contra la pobreza infantil o las de ayuda al pueblo gitano). De otra, la administración autonómica destina fondos propios no condicionados a los servicios sociales municipales (prestaciones económicas, inclusión social, programas de intervención familiar, etc.) mientras las diputaciones provinciales financian con recursos propios a municipios de menor tamaño no vinculados a este plan o que precisan de un apoyo financiero complementario. Por último, cabe tener en cuenta que las entidades locales completan sus necesidades con aportaciones propias aunque a menudo no identificables. Como consecuencia, toda esta multiplicidad de vías de financiación y la forma en que se reflejan distorsiona el acercamiento a la materia y obliga a ser cautos en sus resultados.

Al analizar la financiación del PCPB para todo el Estado (salvo País Vasco y Navarra) desde 1988 hasta 2014 observamos que, en términos generales, su volumen ha crecido de manera sostenida hasta 2011, siendo el mayor aumento el que se produce precisamente en la fase inicial de la crisis (2008-2009) para iniciar posteriormente el declive de las aportaciones al Plan. El Gráfico 1 refleja su evolución, que se corresponde con las tres etapas que la mayoría de autores manejan para explicar la historia de los servicios sociales. A la fase inicial de fuerte expansión del gasto (hasta mediados de los noventa) se corresponde la puesta en marcha de los primeros equipos y programas de servicios sociales. Le sigue después una fase moderada (1995-2005), con incrementos planos, en los que se intuye la pérdida de importancia del PCPB en el conjunto del gasto del sistema de servicios sociales. Esta situación se corresponde con la fase de diferenciación de los sistemas autonómicos de servicios sociales y con el auge de los servicios sociales especializados. El gasto imputable al plan solo volverá a crecer con intensidad a partir de 2005, coincidiendo con

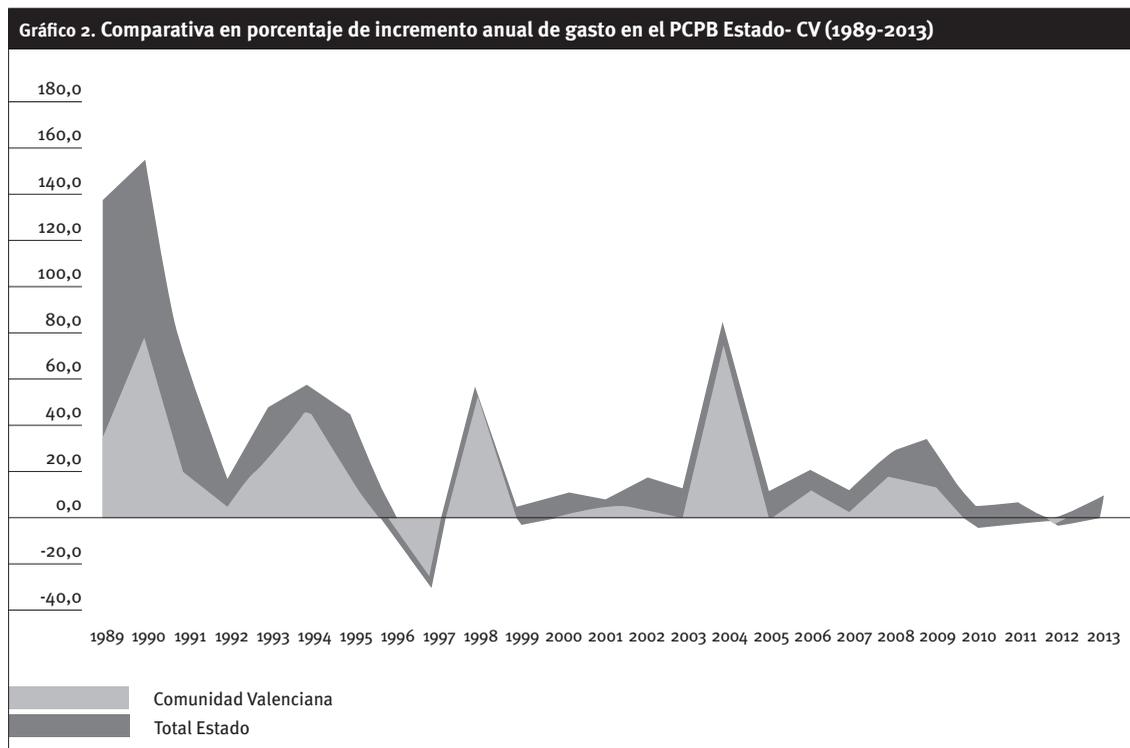
una fuerte expansión del gasto público y con la aprobación de la LAPDA, que insuflará nuevos aires a las partidas de servicios sociales generales hasta la explosión de la crisis.

Sin embargo, en el caso concreto de la CV esta evolución presenta ciertas peculiaridades. En el Gráfico 2 hemos representado el esfuerzo comparativo entre el conjunto del Estado y la CV desde 1988 hasta 2013 (última memoria disponible del MSSSI) para lo cual medimos el porcentaje interanual de crecimiento en ambos. Si tomamos el primero como referencia, comprobamos que el esfuerzo para desplegar los servicios sociales generales en la CV fue durante sus primeros ocho años inferior. Al mismo tiempo, su esfuerzo presupuestario está sometido a continuos cambios de ritmo, con avances y retrocesos sucesivos, frente al comportamiento más homogéneo durante esos años en el conjunto nacional. Por último, únicamente en dos breves periodos de tiempo (1996-1999 y 2003-2005) el esfuerzo de la CV fue similar o mayor que el del conjunto del Estado. Esa diferencia en el ritmo y cuantía de la inversión en la CV durante los primeros años es la que ha condicionado a lo largo del tiempo sus posibilidades. No es pues de extrañar que, cuando se difumine a mediados de los noventa el papel impulsor del Plan Concertado, el proceso de construcción y consolidación de los equipos base en la CV sea frágil e incompleto. Esa circunstancia va a coincidir con un proceso más amplio de individualización y ascenso del ciudadano-consumidor (Ritzer, 1999) que destruye la idea comunitaria en la que estaban basados los servicios sociales generales. A partir de ese momento el usuario pasa a ser considerado como consumidor de una cartera de servicios, idea que impone la tendencia a crear prestaciones y servicios especializados y detener el impulso a la financiación y dotación de la atención primaria.

Gráfico 1. Aportación total de las Administraciones Públicas al Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales (PCPB) en millones de euros (1988-2013)



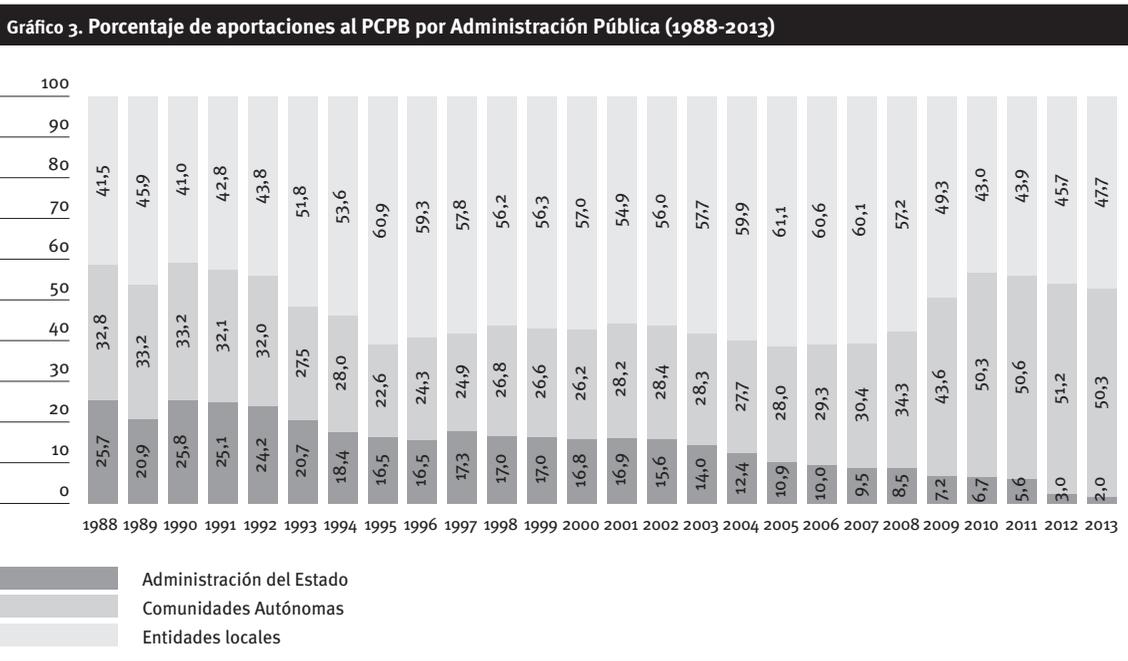
Fuente: Elaboración propia.



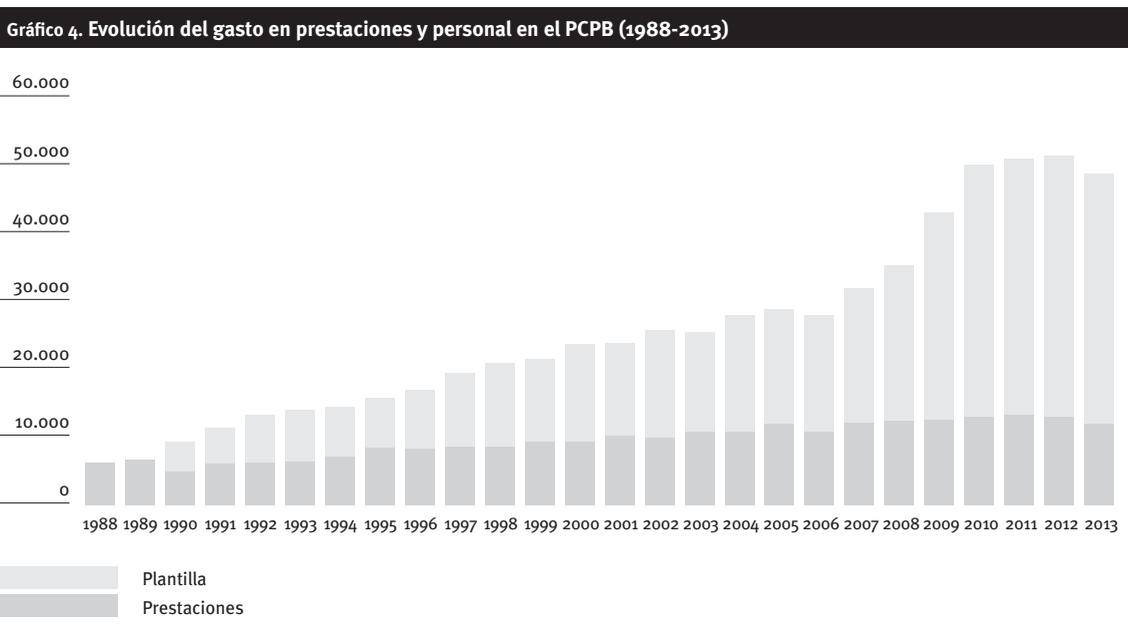
Si analizamos el porcentaje de participación de las distintas Administraciones en la financiación del PCPB (Gráfico 2), se comprueba el paulatino abandono del Estado y la asunción de este papel por parte de las comunidades autónomas. Desagregando las aportaciones, pueden distinguirse dos periodos. En el primero, el peso de la participación recae fundamentalmente en las entidades locales (1993-2008), que de forma muy distinta se comprometen al mantenimiento de los servicios y prestaciones. Posteriormente, en el segundo, y ya como efecto de la crisis y de la entrada en vigor de las medidas de limitación del gasto en las entidades locales, son las CC.AA. las que asumen las necesidades de financiación que no pueden ser atendidas por las otras dos. No obstante, y como muestra el gráfico, a partir de 2011, el volumen total del PCPB no ha hecho sino ver disminuir las aportaciones de los tres ámbitos administrativos.

A pesar de que la retirada paulatina del Estado en la financiación de los servicios sociales generales es presentada habitualmente de manera negativa, debe interpretarse como una consecuencia lógica de la asunción por parte de las CC.AA. de sus competencias exclusivas a falta de una regulación estatal que obligue al Estado a hacerlo. No obstante, una de las consecuencias de esa retirada es la quiebra de un modelo único de servicios sociales, que ha conducido a que cada comunidad establezca su propio sistema sobre la base de esos mínimos, con un compromiso financiero muy distinto, lo que condicionará a posteriori las posibilidades de intervención durante la crisis.

El análisis de la evolución de la distribución del gasto según se destina a prestaciones económicas o a sufragar la contratación de personal (Gráfico 3) apunta en esa misma dirección. A un periodo inicial, centrado en la contratación de profesionales con quienes configurar los equipos base municipales (1988-1992), le sigue otro más amplio (1993-2004), en el que este capítulo pierde importancia en beneficio de las prestaciones. Un proceso que se ha visto acelerado por la crisis, que llevó a concentrar los esfuerzos en las ayudas económicas y técnicas. Esa tendencia general tiene varias implicaciones. Podría inferirse que desde mediados de los noventa se da por finalizado el proceso de configuración de los servicios sociales de atención primaria y se opta por potenciar los servicios sociales especializados (de atención a tercera edad, discapacidad o menores). Esto tendrá efectos notables en el caso de la CV cuando estalle la crisis, al no haber podido o querido desarrollar un sistema básico potente y bien dotado. También se intuye un cambio en la fórmula de provisión de los servicios sociales. De un modelo fundamentalmente público pasamos al modelo de concertación con entidades del tercer sector, al tiempo que se asiste a la creciente mercantilización de ciertos sectores de la atención social, especialmente en el de la tercera edad. El resultado es que paulatinamente los servicios sociales generales van quedando relegados en la política estatal y autonómica en favor de servicios sociales de atención a problemáticas específicas, perdiendo visibilidad e importancia.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (PCPB, 2015).



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (PCPB, 2015).

Otro argumento con el que comprobar la pérdida gradual de interés en los servicios sociales generales es fijarnos en su número de profesionales. Conocemos por las memorias del ministerio que el personal financiado con cargo al PCPB en España pasó de 1.834 profesionales en el año 1988 a 50.007 en el 2012. Sin embargo, en ese mismo periodo, el estudio de Rodríguez Cabrero (2012) muestra que la fuerza laboral del conjunto del sector de servicios sociales aumentó desde los 49.000 trabajadores a los 484.000 en 2010. Un estudio posterior de la Fundación Luis Vives (2012) desvela la causa. El tercer sector en

España contabilizaba 635.961 trabajadores en el año 2010. Es pues evidente que el crecimiento de la masa laboral se ha trasladado de los servicios sociales generales (que por obligación normativa han de ser públicos) a los especializados, y de lo público al tercer sector y al sector mercantil, reduciendo el peso del sector público como generador directo de empleo y, por tanto, como objeto preferente de financiación.

Para completar la idea sobre la pérdida de importancia del PCPB y de los servicios sociales de atención primaria sobre el modelo de servicios

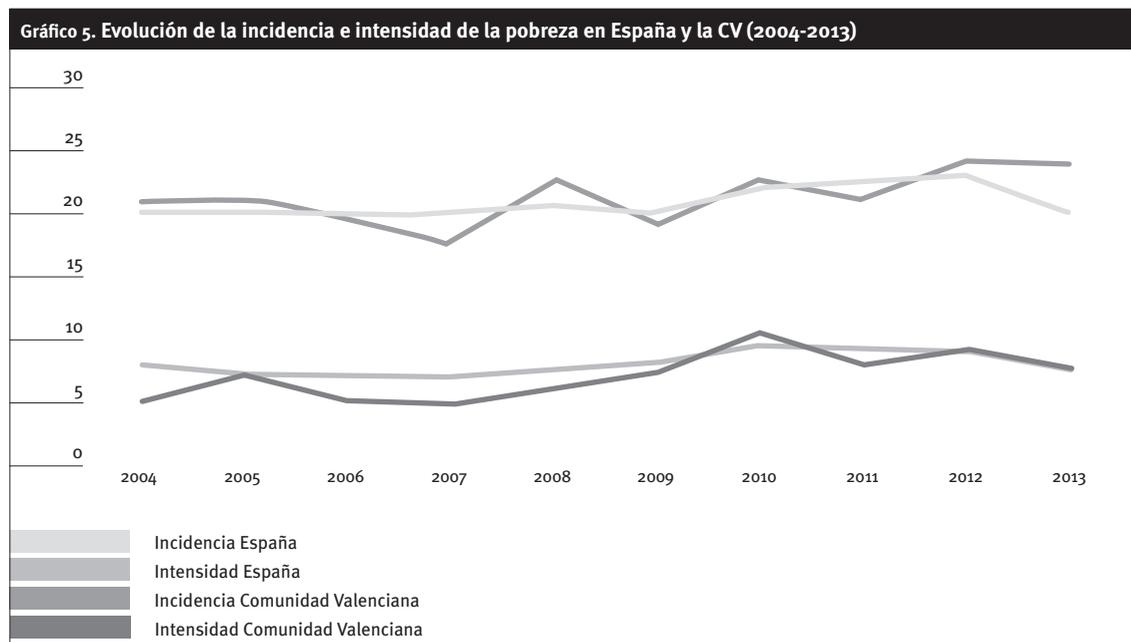
sociales, compararemos el presupuesto de las tres administraciones implicadas en el plan con el presupuesto que se destina a toda la rama de los servicios sociales. Lo haremos tomando los datos de la Comunidad Valenciana. Si confrontamos el gasto global del departamento con competencias en la materia con el gasto global del PCPB para la CV (todas las Administraciones), verificamos que su porcentaje no ha variado en los últimos catorce años (del 10,6% en 2001 al 11,9% en 2014). Si analizamos en términos estrictamente internos, la financiación del plan en relación con el total del gasto de la Generalitat Valenciana en servicios sociales y promoción social, comprobamos que el peso del primero se ha reducido ostensiblemente, pasando del 4,4% en 2001 al 2,4% en 2014. De hecho, aunque durante el ejercicio 2017 la Generalitat Valenciana contempla duplicar la partida del PCPB, su volumen continuará situándose en el 4,46% de su presupuesto global, porcentaje muy similar al de 2001. Con todo esto queremos significar que los servicios sociales de atención primaria en la CV, a pesar de que sobre el papel se consideran el pilar del sistema, han estado desde sus inicios infrafinanciados e infradotados si los comparamos con otros territorios de condiciones socioeconómicas semejantes. Hoy sus presupuestos no alcanzan ni de lejos los destinados a sectores de servicios especializados como la protección de menores o la atención a la diversidad funcional, y mucho menos si los cotejamos con los dedicados a la atención especializada de la tercera edad.

3. Impacto y respuestas a la crisis en la Comunidad Valenciana

La depresión económica ha supuesto un duro revés para los servicios sociales de atención primaria al

verse desbordados por el número de personas y familias que acudían solicitando algún tipo de ayuda y comprobar cómo eran sobrepasados por la agilidad del tercer sector para organizarse y responder con rapidez a los retos de esta nueva situación. Todo en un entorno en el que se redujeron significativamente los recursos humanos disponibles, mientras el ligero crecimiento de sus presupuestos no conseguía cubrir ni de lejos el aumento y la urgencia de las necesidades. Para comprobarlo, tomaremos de Lluch, Esteve y Gimeno (2015) dos magnitudes de su estudio sobre la recesión en la población de la CV: la incidencia e intensidad de la pobreza y el nivel de integración/exclusión.

Si atendemos en el Gráfico 5 a la evolución de los índices de pobreza y exclusión de la CV entre los años 2004 y 2013 (periodo que comprende años anteriores y posteriores a la recesión) y los comparamos con los datos nacionales, observamos que esta comunidad ha mantenido en general un índice de pobreza ligeramente superior al del conjunto nacional. Llama especialmente la atención sus rápidas y bruscas oscilaciones, comportamiento que en buena medida puede reflejar un mercado laboral excesivamente estacional, centrado en los servicios y la agricultura. La misma tendencia se observa en el grado de intensidad de la pobreza, es decir, en el promedio entre las personas en riesgo de pobreza y el umbral de pobreza fijado en ese momento. En todos los casos su comportamiento es ligeramente superior al de la media nacional, de lo que se desprende que las personas en situación de pobreza en nuestra comunidad son cada vez más pobres. Incluso en ciertos momentos, más que las personas de su mismo grupo de análisis de otros territorios (EAPN, 2016). De este modo, comprobamos que la Comunidad Valenciana ha sido y es más sensible a



Fuente: Lluch y Esteve (2015).

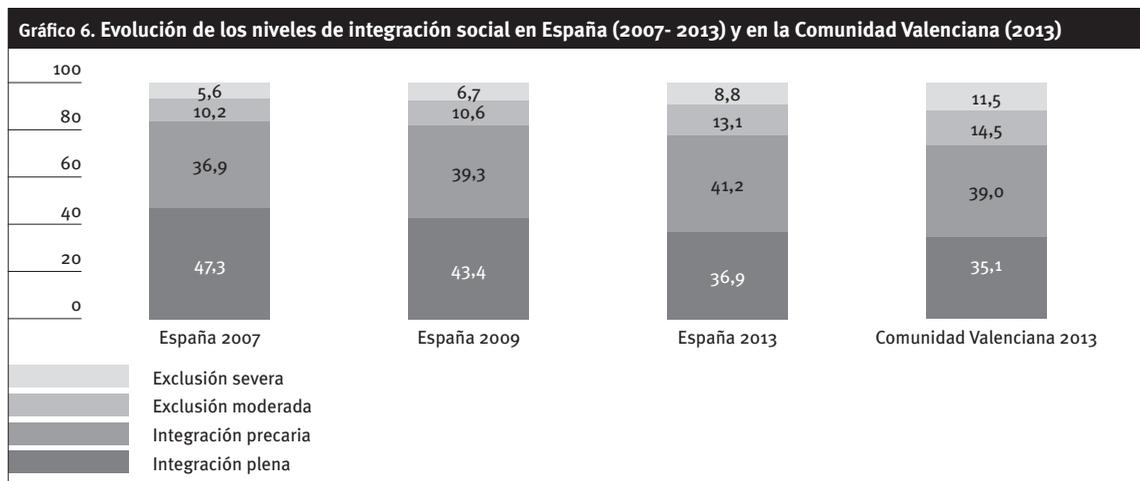
los efectos de las crisis sobre el comportamiento de la pobreza, ya que reacciona negativamente antes que el conjunto nacional y, por el contrario, encuentra mayores resistencias a evolucionar positivamente.

El Gráfico 6 complementa la fotografía sobre la exclusión y la pobreza en la CV. Representa los niveles de integración/exclusión de los hogares según su agrupación en cuatro perfiles en un momento dado. En él se revela que el porcentaje de hogares en situación de exclusión severa y moderada suponen en 2013 más del 50 % y que este ha crecido más en la Comunidad Valenciana que la media nacional. Los datos además indican que el impacto de la crisis ha sido más acusado y virulento que en otras comunidades con condiciones similares.

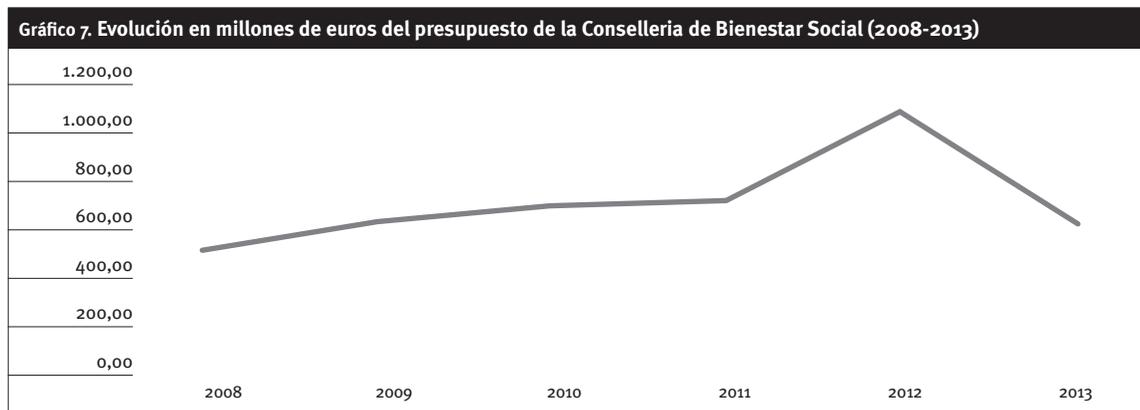
En resumen, podemos decir que la CV se ha visto afectada profundamente por la crisis. Sus tasas de incidencia de la pobreza extrema o relativa y de pobreza infantil, que ya se situaban por encima de la media nacional, han empeorado. No sabemos si el cambio de tendencia de 2016 supone el inicio de la recuperación y mejora de estos indicadores o la confirmación de encontrarnos ante un cambio de ciclo histórico. El hecho es que la crisis ha engrosado significativamente el número de personas y familias

en situación de vulnerabilidad, pobreza o riesgo de exclusión, y que los servicios sociales generales de la CV están lejos de disponer de la capacidad y los medios necesarios para ayudar a detenerlas o paliarlas por sí solos.

Frente a este escenario, cabría haber esperado de las Administraciones Públicas un esfuerzo importante centrado en paliar los efectos más graves de la crisis. Especialmente en aquellos sectores de población en situación de exclusión severa con quienes los servicios sociales de atención primaria mantienen un contacto directo, pero también con quienes se adentran en ese espacio de vulnerabilidad por primera vez. Lamentablemente, como mostraremos, las Administraciones Públicas valencianas no pudieron o no hicieron ningún esfuerzo reseñable en ese sentido. Pese a que el presupuesto de la Generalitat Valenciana es el cuarto en volumen, no hay señales de que este asunto ocupara algunas de sus primeras líneas de decisión política y económica, como ilustra la evolución del presupuesto de la Conselleria de Bienestar Social (Gráfico 7). En términos generales, aunque aumentó de forma moderada durante los primeros años de la crisis, a partir de 2011, una vez descontada la ficción presupuestaria de 2012, no solo no se mantuvo sino que además se redujo.



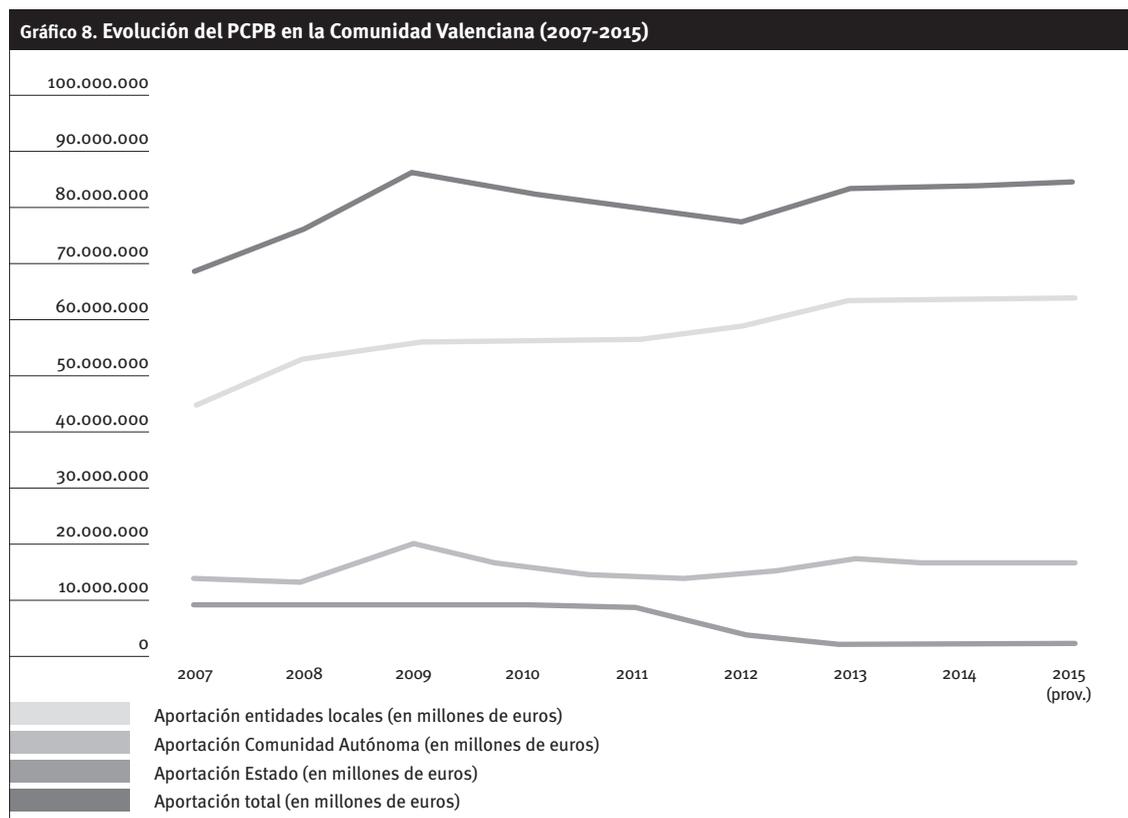
Fuente: Eins-Foessa, 2007, 2009 y 2013.



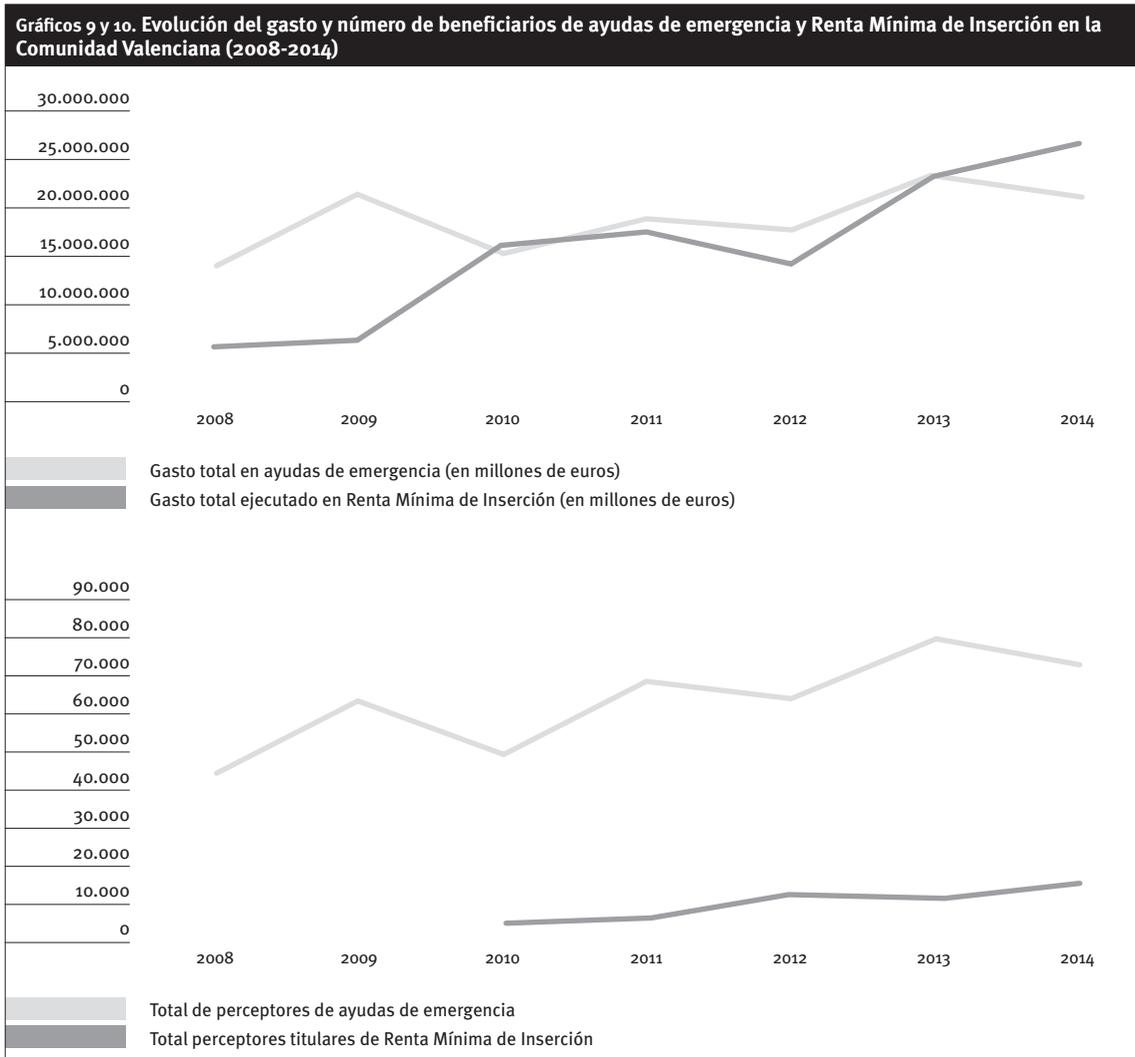
Fuente: Síndic de Comptes, 2015.

Si centramos la atención en los presupuestos autonómicos relacionados con la actividad de los servicios sociales de atención primaria, podremos aproximar cuáles han sido los medios dispuestos para hacer frente a esta situación de emergencia. El Gráfico 8 presenta, mediante el examen de las memorias del PCPB y del SIUSS, la evolución del esfuerzo financiero de cada Administración en su sostenimiento. En primer lugar, observamos que al iniciarse la crisis su volumen crece de manera robusta hasta su máximo histórico en 2009, para posteriormente durante la fase más aguda de la crisis no dejar de disminuir. Ya en 2013 volverá a crecer, pero sin superar en ningún caso la cifra alcanzada con anterioridad. Aunque la Administración autonómica no dejó de incrementar su aportación al plan desde 2007, únicamente compensó la disminución en las aportaciones de los otros dos participantes sin elevar el volumen total. En otro orden, cabe destacar que el esfuerzo del plan se concentró a partir de 2011 en dotar de fondos la partida destinada a prestaciones económicas en detrimento de la de personal. Como consecuencia, los profesionales contratados pasaron de 2.629 en 2007 a poco más de 2.000 en 2013, mientras se doblaba el número de prestaciones económicas. Así, de las 44.043 concedidas en 2008 se pasó a las 87.307 en 2013, siempre a un ritmo inferior al nacional y con una ligera oscilación de la cuantía de la prestación media concedida (de 245 euros en 2007 a 281 euros en 2013).

En lo que respecta al gasto en prestaciones económicas ligadas a los servicios sociales generales, los datos también son elocuentes. Entre el inicio de la gran recesión y 2014, la evolución del gasto en ayudas de emergencia ha sido errático, con subidas y posteriores recortes. Un comportamiento que también encontramos, aunque con menor brusquedad, en la evolución de las partidas destinadas a rentas mínimas de inserción (RMI), el otro instrumento económico esencial con el que cuentan los equipos de base para atender las situaciones de pobreza y exclusión. Si miramos con detenimiento el Gráfico 8, se observa una conducta correlativa entre el número de beneficiarios de las ayudas de emergencia y el gasto realizado en dicho concepto. La suma de estas cifras evidencia la total insuficiencia económica para atender las posibles demandas de ayuda. Varios hechos apuntalarían esa idea. Sabemos que el esfuerzo presupuestario de la Generalitat Valenciana para la financiación de las RMI ha sido durante estos años el más bajo de entre todas las comunidades autónomas (MSISS, 2015). También que el porcentaje de intervenciones realizadas por los equipos base para ayudas de emergencia y otras ayudas económicas aumentó en torno a un 9% entre el año 2008 y 2009 (SIUSS; 2012), mientras que el gasto no lo hizo nunca en términos equivalentes. Con ello queremos hacer notar de nuevo que en ningún caso el incremento producido ha sido acorde con la gravedad de la situación de pobreza de la población ni ha permitido atender sus demandas de ayuda.



Fuente: Lluch y Esteve (2015).



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (SIUSS, 2012).

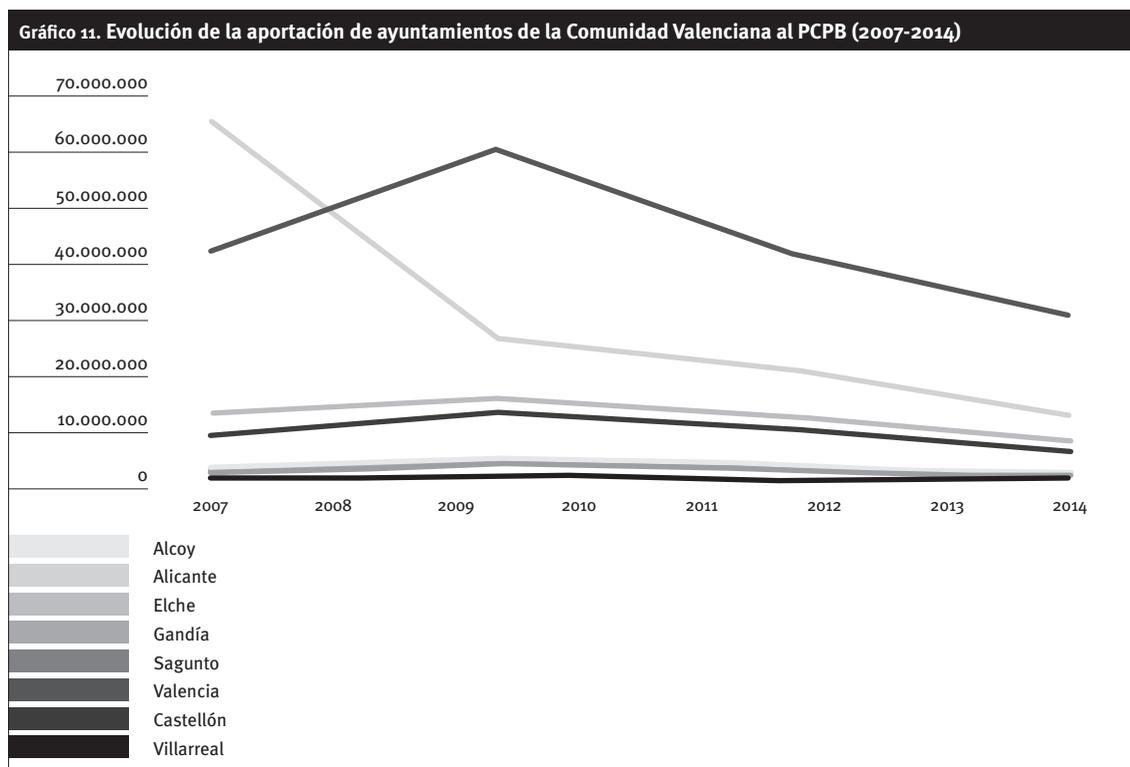
Podemos reforzar este argumento contrastando durante el mismo periodo la evolución del número de usuarios de servicios sociales generales en el conjunto nacional y autonómico. Mientras la tendencia nacional es de incremento sostenido desde el inicio de la crisis, en el caso de la CV ocurre lo opuesto: la pérdida de usuarios. Podría interpretarse como un signo de la escasa esperanza de los valencianos susceptibles de solicitar prestaciones o ayudas de que sus servicios sociales municipales pudieran proveerles. Una pauta que confirma el estudio de Tezanos (2013) y contrasta con las estadísticas de varias entidades del tercer sector en la CV (Cáritas, Cruz Roja, Casa Caridad) que vieron durante ese mismo periodo llegar a triplicar el número de personas que atendían y a las que prestaban ayuda.

Ahora bien, ante la falta de medidas y de esfuerzo por parte del Gobierno autonómico, nos deberíamos preguntar cómo evolucionó el gasto en servicios sociales generales en las entidades locales de la Comunidad Valenciana. A pesar de las dificultades que entraña, contamos con dos datos que pueden

ayudarnos. El primero proviene del análisis de las aportaciones que un número determinado de ayuntamientos de la CV hicieron al PCPB desde 2007 hasta 2014. Como muestra el Gráfico 11, la mayoría de ellos redujo sus aportaciones, seguramente como consecuencia de las restricciones impuestas por el Gobierno central pero también sin duda por las dificultades económicas de las propias entidades locales para asumir mayor esfuerzo¹. Otro informe, este de la AEDGSS (2016), pese a las deficiencias metodológicas señaladas por Manzano (2016)², confirmaría la tendencia regresiva de los presupuestos municipales en el capítulo de servicios sociales y promoción social. De los 33 ayuntamientos existentes de la CV con más de 20.000 habitantes

¹ No obstante, un informe del Síndic de Greuges de la CV (2013) considera que es posible que los ayuntamientos hayan hecho un esfuerzo superior al declarado. No es posible confirmarlo al persistir las dificultades para comprobar si el gasto imputado por las entidades locales de la CV se corresponde únicamente a servicios sociales generales o se imputan otro tipo de actividades y servicios (tercera edad, juventud y ocio, etc.).

² Manzano, M. (2016): "Els rànquings en serveis socials els carrega el diable" [www.lleienel.cat], 12/12/2016.



Fuente: Lluch y Esteve (2015).

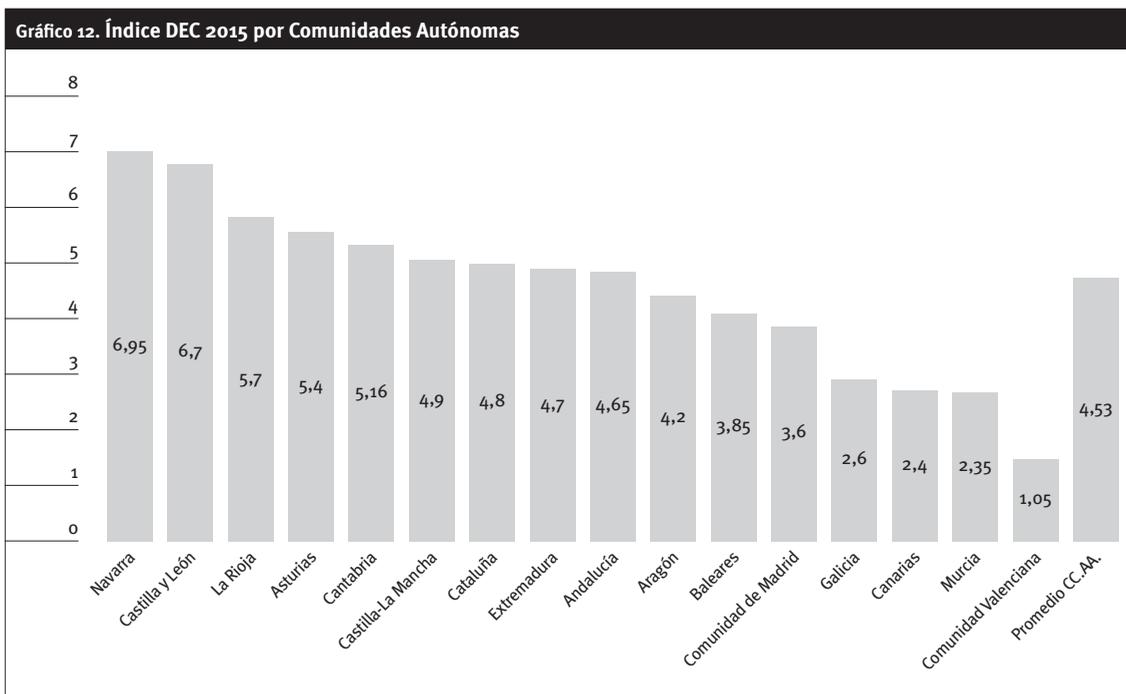
analizados en el estudio, ninguno superaba hasta 2015 la calificación de “presupuesto precario de servicios sociales”, es decir, que destinaban menos de 50 euros por habitante y año, y de ellos 12 podían incluso calificarse como pobres en servicios sociales (menos del 60 % de la mediana)³.

En el caso de la Comunidad Valenciana, la debilidad de sus servicios sociales no ha sido únicamente una consecuencia de la crisis económica, sino una peculiaridad desde sus inicios. A pesar del esfuerzo inicial por construir una red pública de atención primaria, el gasto que ha representado en términos comparativos siempre ha sido inferior al de la media nacional, como también lo ha sido la ratio de profesionales/población o el número y volumen de prestaciones económicas. Además, esta situación empeoró desde mediados de los noventa, cuando se trasladó parte del esfuerzo a atender la creciente demanda de servicios sociales especializados. Sin embargo, a partir de 2003 se produjo el periodo de mayor crecimiento continuado en materia de personal y prestaciones en la atención primaria, al parir de la bonanza económica aunque sin conseguir recuperar el terreno perdido.

4. Limitaciones del sistema público de servicios sociales en la Comunitat Valenciana

Ante este panorama, son mayoría quienes responsabilizan de la situación a la deficiente inversión como única culpable. Esa es la posición defendida por diversas entidades (AEDGSS, 2015; Síndic de Greuges de la CV, 2013; 2017) e investigadores (Martínez y Uceda, 2015; Mateo, Martínez y Doménech, 2015). Todos ellos tienen en común establecer un vínculo entre la inversión en servicios sociales y la capacidad para detener o paliar los efectos más graves de la crisis. Nos detendremos en el análisis de dos de ellos. La Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales (AEDGSS) viene publicando anualmente desde 2012 el índice DEC, que mide el desarrollo de estructuras y presupuestos en el sistema. Pese a sus objeciones metodológicas, se trata de uno de los pocos intentos de establecer un sistema de medición que aglutine todos los servicios sociales de las comunidades autónomas, lo que permite compararlos. En él, la Comunidad Valenciana aparece como la peor situada en esfuerzo y estructura de servicios sociales y por debajo de la media estatal en 13 de los 14 indicadores que mide. Conforme a este estudio, la Comunidad Valenciana en 2014 destinó 204 euros frente a los 611 del País Vasco y el gasto conjunto en servicios sociales de las administraciones local y autonómica supuso para la CV un 5,89 % frente al 9,67 % del conjunto en la Comunidad de Castilla La Mancha (AEDGSS, 2015). Para esta asociación, el

³ Nota de Prensa de la AEDGSS 10/11/2016. Disponible en [<http://www.directoresociales.com/prensa/397-solo-12-ayuntamientos-alcanzan-la-excelencia-en-inversión-social,-mientras-que-37-pueden-considerarse-oficialmente-pobres-en-servicios-sociales.html>].



Fuente: Lluch y Esteve (2015).

sistema público de servicios sociales valenciano es el más deficiente de los estudiados, considerándolos “irrelevantes” como instrumento de bienestar. Por este motivo, estiman que el esfuerzo económico que debería realizar esta comunidad para situarse dentro de los parámetros medios estatales sería de 566 millones de euros más al año.

Otro estudio, este de distinto alcance, es el realizado por Mateo, Martínez y Doménech (2015). Sobre la base del estudio de la AEDGSS y del PCPB y apoyados por otros indicadores, estiman que existe una relación directa entre el nivel de desarrollo de los servicios sociales de cada Comunidad Autónoma y la incidencia de los procesos de pobreza y exclusión social en ese territorio. La hipótesis que guía su investigación es que, en el marco del Estado de Bienestar, el incremento de los riesgos de pobreza y exclusión social de una población debería implicar necesariamente el fortalecimiento de los sistemas públicos de protección social, especialmente de los servicios sociales, pues son estos los que pueden ofrecer recursos y actuaciones centradas en su prevención e inclusión social. Para probarlo, complementan el índice DEC con otros indicadores de pobreza y exclusión (índice Arope, índice GINI [https://es.wikipedia.org/wiki/Coeficiente_de_Gini], tasa de desempleo, etc.) y de servicios sociales generales (porcentaje de usuarios sobre el total de población, proyectos financiados, etc.) mediante la aplicación del modelo ANOVA. A partir de él, establecen una clasificación de las comunidades autónomas (débil, medio y fuerte) atendiendo al grado de desarrollo de sus sistemas, que sitúa a la Comunidad Valenciana en la categoría más baja. Sin embargo, su estudio les lleva a constatar que “cuanto más paro y más riesgo de exclusión social detectamos

en una región, más débil es su sistema de servicios sociales” (Mateo, Martínez y Doménech, 2015: 13). Una conclusión que coincide con el análisis de Carro y Míguez (2013), quienes enuncian esta situación como la paradoja del Estado asistencial: cuanto mayores son las necesidades sociales a las que el sistema debe atender, menor es la capacidad para darles respuesta.

Todos estos argumentos de sobra conocidos contrastan con la opinión de otros investigadores y profesionales. A su juicio, la acción de los servicios sociales generales tropieza cada vez con mayores obstáculos para generar cambios o mejoras sostenibles en las vidas de las personas a las que se dirige. Dificultades que no pueden achacarse única o esencialmente a la falta de recursos, pues su aumento no es garantía de mejora de las situaciones de pobreza extrema y exclusión con las que trabajamos. Al menos no en la intensidad, extensión y estabilidad que cabría haber esperado durante el periodo de bonanza económica. Por consiguiente, no debería inferirse una relación única y directa entre los índices de pobreza y exclusión social y su nivel de desarrollo, ni tampoco lo contrario. Esto nos ha llevado a sospechar que lo que venimos considerando como “dificultades” podría estar enmascarando en realidad serios obstáculos del sistema tal y como hoy está definido que actuarían como verdaderos límites a las posibilidades de intervención de los servicios sociales (Montagud, 2012, 2016).

Aún es más cierto que los servicios sociales están sujetos en estos momentos de crisis y cambio de época a las mismas limitaciones que otras ramas del Estado de Bienestar. La proclama del fin de esta era como resultado del declive del viejo estado westfaliano y de los estados modernos

en combinación con el irrefrenable proceso de globalización e individualización no es una idea nueva, pero sí está ganando cada vez mayor aceptación académica. En esa dirección apuntan los textos de Rojas (2014), Micklethwait y Wooldridge (2015) al los que se suman los de López Casanovas (2015) y Subirats y Vallespin (2015: 40), para quienes “nada volverá a ser lo mismo o, si se prefiere, [...] hacer lo que siempre hemos hecho no nos garantiza volver a dónde estábamos antes”. Incluso alguien tan respetado como Piketty (2015) asume el declive del modelo de Estado expansivo, solo preocupado por financiar las necesidades de sus ciudadanos. Considera que ha llegado el momento de que el Estado deje de crecer y se centre en discutir su organización, modernización y consolidación, a sabiendas de que, con bastante seguridad, su capacidad para intervenir no va a aumentar sino a disminuir. Sin entrar de lleno en el asunto, resumiremos que son la resistencia a una mayor presión fiscal, la aparente ineficacia de algunos de los programas sociales implementados y la pérdida de legitimidad de la acción pública como actor exclusivo, junto con los procesos de complejidad, individualización y globalización, los factores que configuran el cambio de época. Ellos condicionan el futuro de cualquier forma de política social que se pretenda y, por ende, las posibilidades de los servicios sociales para poder llevar a cabo su misión.

En este contexto, la posibilidad de que los servicios sociales de atención primaria en la Comunidad Valenciana puedan crecer lo suficiente para recortar la amplia distancia que les separa de la media nacional es más bien escasa y restringida a momentos y situaciones concretas. A pesar del esfuerzo iniciado por el nuevo Gobierno valenciano en 2015 para suplir y superar ese retraso, la posibilidad de recomponer el sistema bajo los mismos principios y objetivos con los que se crearon parece ser lejana. No solo por las condiciones restrictivas del gasto público a las que se enfrenta o por los retos pendientes de resolver en los sistemas de protección social y de los servicios sociales identificados por Aguilar (2014), Fantova (2016), Pelegrí (2015) o Zalakain (2016), sino también por la creciente colisión de intereses que se concitan:

- a. Continuar respondiendo bajo el principio estricto de universalidad a los derechos subjetivos vigentes generados en el ámbito de los servicios sociales (Ley de Dependencia) y los que están en proyecto (Renta Valenciana de Inclusión) o asumir la necesidad de restaurar algunas medidas restrictivas de acceso a ciertas prestaciones y servicios.
- b. Priorizar las demandas de determinados sectores de población, que obligan a contraer un porcentaje de gasto cada vez mayor o atender las necesidades de otros sectores desatendidos de población en situación de exclusión o pobreza.
- c. Seguir siendo el ámbito de gestión preferente en el que diferentes Administraciones depositan la

tramitación y seguimiento de ciertas prestaciones de carácter subjetivo y discrecional o delimitar su objeto y abordar las fallas de la intervención de proximidad.

- d. Responder de forma estandarizada a los problemas específicos de una población con necesidades particulares o buscar alternativas que permitan ofrecer servicios adaptados a esas necesidades.
- e. Cumplir los requerimientos normativos y de control de una Administración cada vez más burocratizada y protocolizada o abrirse a incorporar modelos flexibles de gestión de la intervención con los entornos sociales con los que convive.
- f. Apostar por un modelo exclusivamente administrativista pero limitado, o buscar un nuevo marco de colaboración con las entidades del tercer sector que intervienen desde la proximidad.

Existen señales sobre algunos de estos conflictos. La supresión en 2015 del copago en la prestación de ciertos servicios de la Ley de Dependencia supuso asumir 24,5 millones de euros más de gasto en 2016⁴, una cuantía mayor que el aumento de dotación de la Generalitat Valenciana para el PCPB en 2017 y muy superior al aumento de 3,8 millones de euros del presupuesto en la renta de ciudadanía para ese mismo año (que asciende a 41 millones de euros). Además, el aumento en la partida del PCPB tiene dos particularidades: prioriza la contratación de personal en detrimento de las prestaciones económicas e incluye como contrapartida la obligación de los servicios sociales de base de valorar, tramitar y gestionar la solicitudes de dependencia y asumir las de la renta de ciudadanía. Todo ello podría repercutir con bastante probabilidad en su funcionamiento y capacidad, incrementando las tareas de gestión y control de las que tratan de escapar. También se adivina en las dificultades para aprobar y desplegar desde su actual concepción de derecho universal subjetivo la futura Renta Valenciana de Inclusión —sobre la que no hay ningún cálculo aproximado de su coste— mientras la vigente continúa protegiendo a un porcentaje muy reducido de sus potenciales beneficiarios. Se observa además cómo ciertas entidades, programas y servicios del tercer sector, arraigados en el territorio, ganan liderazgo y reconocimiento de la comunidad. Y, por último, en la práctica desatención al problema de la pobreza infantil en la Comunidad Valenciana a pesar de que afecte aproximadamente a 4 de cada 10 niños y niñas.

En conclusión, los servicios sociales de atención primaria de la CV son contemplados hoy por una buena parte de la ciudadanía como un órgano distribuidor de recursos y servicios mediatizado por la burocracia. En

⁴ Nos referimos a la supresión del copago para beneficiarios con cierto nivel de rentas en centros de día diurnos y a la eliminación de las pagas extra en el cálculo del derecho a servicios o prestaciones de la Ley de Dependencia.

ese sentido, la fractura del paradigma sobre el que se asentó la fundación del sistema público de servicios sociales de atención primaria —ser el pilar y puerta de entrada— y el contexto socioeconómico que ha dejado la recesión abren nuevas perspectivas. Si seguimos las cuatro dimensiones analíticas del bienestar (financiación, provisión, decisión y regulación) y los posibles modelos de régimen resultantes de combinarlos (Aliena, 2012), observamos esos cambios. En el caso de los servicios sociales, aunque siguen siendo con diferencia las Administraciones los principales financiadores, se constata el creciente papel de algunas fundaciones e instituciones ajenas al sector público en la financiación de proyectos de intervención social de proximidad. En la Comunidad Valenciana, tras el derrumbe de las cajas de ahorro valencianas, cabe reseñar por su significado e importancia, el papel creciente de la Fundación La Caixa. No solo en la financiación de determinados programas como Prolinfancia u otros proyectos dirigidos al apoyo del tercer sector y de empresas sociales, sino por la significación de los convenios de colaboración entre la Generalitat Valenciana y la Fundación, que se concretan en una convocatoria anual de ayudas a proyectos de iniciativas sociales que inciden en la protección de menores, personas mayores y otros colectivos en situación de especial vulnerabilidad⁵. Si nos detenemos en la provisión de esos servicios, pese a que la titularidad sigue recayendo en el espacio público, cada vez es mayor el número de entidades que proveen directamente servicios sociales de proximidad en su comunidad cercana y que se imponen como referentes para los ciudadanos que se acercan a ellos. Esta pluralidad en la financiación de los servicios sociales también ha afectado a la forma de tomar decisiones sobre la dirección de la intervención social en el territorio, que ha llevado a que las Administraciones se hayan abierto a la participación de otros agentes sociales. Algo similar a lo ocurrido con la dimensión reguladora. Otrora competencia exclusiva de la Administración Pública, hoy precisa de la colaboración de los agentes sociales presentes en el sector a la hora de fijar objetivos, estándares o restricciones dados sus conocimientos, peso e importancia. Como resultado de todas esas transformaciones y condicionantes, creemos que ha llegado el momento de replantear la naturaleza de los servicios sociales generales de modo que aseguren su sostenibilidad y puedan cumplir con la misión encomendada.

5. Conclusiones

En el caso de la Comunidad Valenciana, creemos probada la debilidad de su sistema de servicios sociales generales. Los datos ofrecidos así lo

confirman. Sin embargo, descubrimos que tal debilidad no es una consecuencia del abandono premeditado de una opción política concreta o un efecto de los recortes producto de la crisis, sino el resultado de un modelo que ha sido precario desde su nacimiento. Al menos así lo indica el análisis de la evolución del PCPB en la CV si se coteja con la del conjunto del Estado. Los servicios sociales de atención primaria de la CV no recibieron la atención suficiente durante los primeros años en comparación con otros territorios del Estado. Después, desde mediados de los noventa, hubieron de competir contra el proceso de individualización, el triunfo de la idea del ciudadano-consumidor y otros cambios económicos, demográficos y sociales. A resultas de estos, los servicios sociales generales perdieron el impulso y el liderazgo de la proximidad que ha sido ocupado paulatinamente por las entidades del tercer sector allí donde han podido implantarse y crecer. La crisis ha probado las dificultades de este nivel básico para afrontar la intervención contra las manifestaciones más severas de la crisis mientras las entidades del tercer sector y de otras formas de iniciativa social desplegaron, a menudo con escasos medios, una respuesta ágil y rápida.

Con independencia de si esta situación ha sido provocada o si se le atribuye el calificativo de asistencialista a algunas iniciativas sociales aparecidas al paio de la crisis, lo que a nuestro entender se evidencia, es la incapacidad de este sistema en las circunstancias actuales, para hacer frente por sí solo a las situaciones de emergencia social. Pero las consecuencias de la crisis no han acabado ahí. Han puesto al descubierto las limitaciones de un discurso centrado casi exclusivamente durante todos estos años en la gestión de recursos concebidos como derechos ilimitados que difícilmente serán satisfechos sin entrar en colisión con otros (Carro y Míguez, 2013; Garcés Sanagustín, 2012).

El cambio de rumbo iniciado por el nuevo Gobierno valenciano en 2015 y las iniciativas emprendidas parecen haber renovado el impulso a la atención primaria. No obstante, persistimos en considerar que, a pesar de los avances, será improbable constituir un sistema público que pueda por sí solo hacer frente a la pobreza y exclusión crónicas y, a la vez, afrontar los nuevos retos. Hoy por hoy la sostenibilidad del sistema —tal y como aquí la hemos entendido— no está garantizada desde el marco desde el que se ha venido desarrollando exclusivamente hasta ahora. La crisis ha demostrado las restricciones de las entidades locales y de la Generalitat para afrontar un nuevo escenario en el que la vulnerabilidad, la desigualdad, la pobreza y la exclusión deberán coexistir con dificultades crecientes para obtener financiación y a la vez satisfacer la multiplicidad de exigencias de la ciudadanía y la sociedad civil. La sociedad valenciana no es la que era cuando se crearon, ni los servicios sociales generales serán lo que confiábamos que fueran, como tampoco el Estado de Bienestar, tal

⁵ Para hacernos una idea de su importancia, la Fundación La Caixa aprobó, solo en la línea de prevención de pobreza infantil para la Comunidad Valenciana en 2016, nueve proyectos con una financiación total de 258.750 euros, mientras que la Generalitat Valenciana aportó 351.480 euros a la única línea asignada a ese objetivo, proveniente de un convenio con el Estado (total 948.520 euros).

y como lo hemos conocido, volverá a ser el mismo. En consecuencia, creemos superado el marco fundacional con el que se instituyeron hace treinta y cinco años los servicios sociales generales. Pero no nos equivoquemos. No se trata de eliminar, apartar o privatizar lo que tenemos, sino de encontrar cómplices en el territorio. Los municipios, las comunidades, son hoy un espacio en el que los problemas conocidos comparten lugar con nuevas fragilidades y formas de exclusión. Un lugar en el que los problemas han mutado hacia una complejidad no exenta de cierto carácter maldito que impide ver avances o soluciones en el corto y el medio plazo. Un espacio en el que la tradicional demanda de recursos

se enfrenta a la urgencia por recuperar los bienes relacionales, en el que a pesar de repuntar el interés por lo comunitario, seguimos centrando la mayoría de esfuerzos en lo individual. Todos estos cambios nos reafirman en la idea de que la sostenibilidad de los servicios sociales de proximidad solo será posible en el futuro desde un nuevo modelo que reconozca el peso e importancia de las entidades sociales, incorporándolas plenamente en su gobernabilidad. Es en ese nuevo terreno en el que los municipios deberán estudiar y abordar la configuración y provisión de sus servicios sociales por otros medios, asumiendo así los principios de la gobernanza pública para el ámbito local.

Bibliografía referenciada

- AEDGSS (2015): *Índice de desarrollo de los Servicios Sociales 2015*, Madrid, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, [<http://www.directoressociales.com/images/INDICEDEC/cca%20dec%202015.pdf>].
- AGUILAR, M. (2013): “Los servicios sociales en la tormenta”, *Documentación Social*, n. 166, pp. 145-167.
- (2014): *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España*, Madrid, Fundación Foessa.
- ALGUACIL, J. (2012): “La quiebra del incompleto sistema de Servicios Sociales en España”, *Cuadernos de Trabajo Social*, n. 25, p. 63-74 [http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2012.v25.n1.38434].
- ALIENA, R. (2012): “Regímenes de bienestar y política social por otros medios: un marco analítico”, *Comunitania*, n. 4, p. 10-42 [<http://dx.doi.org/10.5944/comunitania.4.1>].
- CARRO, J. L. y MIGUEZ, L. (2011): “Servicios Sociales y crisis económica: los límites del estado asistencial” (comunicación), VI Congreso de la Asociación Española de Profesores de Derecho Administrativo, 11-12 de febrero 2011, Palma de Mallorca.
- EAPN-ESPAÑA (2016): *El Estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2009-2015* [<http://www.eapn.es/estadodepobreza>].
- FANTOVA, F. (2014): “Identidad y estrategia de los servicios sociales”, *Documentación Social*, n. 175, p. 105-132.
- (2016): “Nuevos enfoques para los servicios sociales ante la nueva realidad social”, *Revista Española del Tercer Sector*, n. 33, p. 113-139.
- FUNDACIÓN FOESSA (2014): *Informe sobre exclusión y desarrollo social en la Comunidad Valenciana*, Madrid, Fundación Foessa [http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/cca/20112014030054_3429.pdf].
- FUNDACIÓN LA CAIXA (2015): *Programa de Ayudas a Proyectos de Iniciativas Sociales. Comunitat Valenciana* [<https://obrasociallacaixa.org/es/convocatorias>].
- FUNDACIÓN LUIS VIVES (2012): *Anuario del Tercer Sector de Acción Social en España* [http://www.luisvivesces.org/upload/95/52/2012_anuario_tsas.pdf].
- GARCÉS SANAGUSTÍN, A. (2012): *Los nuevos retos de los servicios sociales en España*, Zaragoza, Editorial Epraxis.
- GUTIÉRREZ RESA, A. (2003): “El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en España (Once años del Plan Concertado)”, *Revista Española de Investigación Social*, n. 93, p. 89-130 [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_093_06.pdf].
- LÓPEZ CASANOVAS, G. (2015), *El bienestar desigual*, Barcelona, Ediciones Península.
- LLUCH, E., ESTEVE, E. y GIMENO, B. (eds.) (2015): *Crisis y derechos sociales. Análisis y perspectivas. Comunitat Valenciana 2014*, Madrid, Fundación Foessa.
- MARTINEZ, L. y UCEDA, X. (2015): “Presente, pasado y futuro de los Servicios Sociales Municipales en la Comunitat Valenciana”, *TS nova*, n. 11, p. 69-90.
- MATEO, M. A., MARTÍNEZ, M. A. y DOMENECH, Y. (2015): “Social Services in times of economic and social crisis: The case of Spain”, *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, n. 50, p. 96-110.

- MICKLETHWAIT, J. y WOOLDRIDGE, A. (2015): *La cuarta revolución. La carrera global para reinventar el Estado*, Barcelona, Galaxia Gutenberg.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2015): *Memoria del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales*, Madrid, MSSSI [<https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/planConcertado/home.htm>].
- MONTAGUD, X. (2016): “Las consecuencias de la burocratización en las organizaciones de servicios sociales”, *Comunitania*, n. 11, p. 69-89 [<http://dx.doi.org/10.5944/comunitania.11.4>].
- (2012): “Aproximación a los límites de la intervención social. Obstáculos y dificultades epistemológicas”, en FOMBUENA, J. (ed.): *El trabajo social y sus instrumentos*, Valencia, Nau llibres.
- PELEGRÍ, X. (2015): “Repensant la política de serveis socials per a un canvi d’època”, *Pedagogia i Treball Social*, n. 4, p. 52-72.
- PIKETTY, T. (2015): *El capital en el siglo XXI*, México, Fondo de Cultura Económica.
- RITZER, G. (1999): *Enchanting a disenchanted world: Revolutionizing the means of consumption*, Londres, Sage.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coord.) (2012): *Servicios Sociales y cohesión social*, Madrid, Consejo Económico y Social.
- ROJAS, M. (2014): *Reinventar el Estado de Bienestar. La experiencia de Suecia*, Madrid, Gota a Gota Ediciones.
- SÍNDIC DE GREUGES C.V. (2017): *El papel de los servicios sociales generales en la lucha contra la pobreza y la exclusión en los municipios valencianos durante la crisis*, Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana [http://www.elsindic.com/documentos/635_SINDIC%20libro%20Pobreza%20CAST.pdf].
- (2013): *Situación de los servicios sociales generales en la Comunitat Valenciana*, Alicante, queja nº 1211322 [<http://www.elsindic.com/Resoluciones/10561033.pdf>].
- SUBIRATS y VALLESPIN (2015): *España/Reset. Herramientas para un cambio de sistema*, Barcelona, Ariel.
- SUBIRATS, J. (Ed.) (2007): *Los Servicios Sociales de Atención Primaria ante el cambio social*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- TEZANOS, J. et al. (2013): *En los bordes de la pobreza. Las familias vulnerables en contextos de crisis*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- ZALAKAIN, J. (2016): “Nuevos retos para los sistemas de lucha contra la pobreza en la Unión Europea”, *Revista del Tercer Sector*, n. 32, p. 173-201.

¿Pueden los indicadores existentes medir el impacto de la crisis económica en los servicios sociales básicos? Un análisis de los indicadores en la provincia de Barcelona (2007-2013)

Núria Fustier García

UFR Treball Social, Universitat de Barcelona.
nuria.fustier@ub.edu

Artikulu hau kokatzen da oinarrizko gizarte-zerbitzuetako ebaluazioaren arloan, betiere politika sozial izaerako gizarte-zerbitzuen kudeaketarako tresnatzat hartuz eta gogoetarako baliagarri izateko xedez. Erlazionatzen dira gizarte-zerbitzuetako sistema eta 2007-2013 urteen arteko testuinguru sozioekonomikoko adierazleak, modu horretan bi tipologia horien emaitzen arteko erlazioa aztertu eta gizarte-zerbitzuei egokitutako funtzioen betekizuna ebaluatzeko. Halaber, gogoeta burutzen da oinarrizko gizarte-zerbitzuen ekimenen eragina neurtzeko ebaluazioaren gaitasunaz, erabakitzeko garairako informazio garrantzitsua lortzeko gurutzatutako analisiak gehitzearen garrantziaz eta dagokien funtzio eta roleren arabera erabilitako adierazle horiek oinarrizko gizarte-zerbitzuen eraginkortasuna ebaluatzeko ezaugarriak betetzearen ahalmenaz.

GAKO-HITZAK:

Gizarte-zerbitzuak, adierazleak, ebaluazioa, politika soziala, krisialdi ekonomikoa.

Este artículo se enmarca en el ámbito de la evaluación de los servicios sociales básicos, como herramienta de gestión y como base para la reflexión sobre los objetivos de los servicios sociales como política social. Se ponen en relación indicadores del sistema de servicios sociales (Círculos de Comparación Intermunicipal de Barcelona) con indicadores del contexto socioeconómico entre 2007 y 2013 para analizar las interrelaciones entre los resultados de ambas tipologías y su adecuación para evaluar el cumplimiento de las funciones asignadas a los servicios sociales. También se reflexiona sobre la capacidad de los indicadores para medir el impacto de la acción de los servicios sociales básicos, sobre la necesidad de incorporar el análisis cruzado, para así obtener información relevante para la toma de decisiones y sobre si los indicadores existentes tienen las características para evaluar la eficacia de los servicios sociales básicos, de acuerdo con las funciones y el rol que se les asigna.

PALABRAS CLAVE:

Servicios sociales, indicadores, evaluación, política social, crisis económica.

1. Introducción

En junio del año 2000 se celebró en Madrid la Conferencia Europea de Servicios Sociales, organizada por la European Social Network, dedicada a la calidad de los servicios sociales, y allí conocimos experiencias de *benchmarking* en el ámbito de los servicios sociales. Ese ejemplo motivó a la Diputación de Barcelona y a diversos directivos locales de servicios sociales, y en 2001 empezó la experiencia de los Círculos de Comparación Intermunicipal (*Cercles*, en adelante) con 25 municipios, y entre ellos, el municipio en el que yo trabajaba. Fue un proceso muy interesante porque la primera tarea fue diseñar unos indicadores útiles y posibles con los sistemas de información que disponíamos. Mi relación con los sistemas de indicadores de servicios sociales continúa desde entonces, desde distintas experiencias y actividades profesionales.

Desde los inicios los *Cercles* han tenido un principio inspirador, “Lo que no se puede medir, no se puede evaluar y lo que no se puede evaluar, no se puede mejorar”, y durante todo este tiempo los indicadores nos han mostrado la evolución que los servicios sociales vivían, aunque centrándose en una comparación interna: resultados de los mismos indicadores a lo largo del tiempo.

En plena crisis, cuando los servicios sociales se vieron abocados a una mayor presión para dar respuesta a las necesidades crecientes derivadas, sobre todo, de la pérdida de los puestos de trabajo y sus efectos sobre la vivienda y la cobertura de otras necesidades básicas, me planteé si estos indicadores eran, de alguna manera, sensibles a los cambios en el sistema económico y qué análisis podríamos hacer si relacionáramos indicadores económicos con nuestro sistema de indicadores.

Así pues, me planteé un estudio (Fustier, 2015) que tenía por objetivo general “identificar y seleccionar los indicadores que pueden medir el impacto de la crisis en los servicios sociales municipales”. Para ello:

- Analicé diversos sistemas de indicadores de servicios sociales: los indicadores de los *Cercles*, los indicadores de los Planes de Actuación Local en materia de Servicios Sociales (PALMSS) de la Generalitat de Catalunya y los indicadores del Informe DEC (Asociación Española de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales).
- Escogí un período que abarcara distintos momentos del desarrollo económico: 2007-2013.
- Seleccioné un territorio que presentara una cierta homogeneidad en cuanto al desarrollo de los servicios sociales: la provincia de Barcelona.

Finalmente, opté por escoger los indicadores de los *Cercles* porque eran los únicos que tenían una batería estable de indicadores para todo el periodo,

lo que cumplía el objetivo de comparar periodos económicos distintos y el comportamiento de los indicadores de los servicios sociales en estas situaciones. El estudio analiza la interrelación entre los resultados de los indicadores de servicios sociales y los de indicadores macroeconómicos para identificar si las variaciones que se muestran responden a una política social orientada a ofrecer una mayor protección en momentos de mayor vulnerabilidad y, en su caso, quién es el último responsable de dicha protección.

Este artículo es un resumen del estudio y se estructura en cuatro apartados y las conclusiones: el primer apartado está dedicado al marco conceptual, tanto de los servicios sociales de Catalunya como del propio concepto de crisis económica; el segundo y tercero se centran en la presentación de los resultados de los indicadores de servicios sociales y macroeconómicos; en el cuarto se analiza la interrelación entre las diversas magnitudes de indicadores; y, finalmente, las conclusiones presentan el resultado del análisis cruzado de indicadores sociales y económicos.

2. Marco conceptual

2.1. Los servicios sociales en Cataluña

La actual regulación de los servicios sociales mediante la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials, se enmarca en el nuevo Estatuto de Autonomía (Ley Orgánica 6/2006) que reconoce, en su artículo 24, el derecho a los servicios sociales.

La ley define el objeto y la finalidad de los servicios sociales en un sentido muy amplio¹; el artículo 3 lo recoge de la siguiente manera:

1. Los servicios sociales tienen como finalidad asegurar el derecho de las personas a vivir dignamente durante todas las etapas de la vida mediante la cobertura de sus necesidades personales básicas y de las necesidades sociales, en el marco de la justicia social y del bienestar de las personas.
2. Son necesidades sociales, a los efectos de lo que establece el apartado 1, las que repercuten en la autonomía personal y el apoyo a la dependencia, en una mejor calidad de vida personal, familiar y de grupo, en las relaciones interpersonales y sociales y en el bienestar de la colectividad. Las necesidades personales básicas son las propias de la subsistencia y la calidad de vida de cada persona. (Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials, art. 3.1 y 3.2.)

¹ Es habitual que tanto refiriéndose al Estado de Bienestar como a los servicios sociales se den dos acepciones: una amplia y una restringida. La primera, en el caso de los servicios sociales, los identifica con el conjunto de servicios de protección social (sanidad, educación, pensiones...) y en sentido restringido se refiere a uno de los sistemas de protección social, el de la asistencia social (Gómez i Serra, 2000: 48).

Destacamos las principales características de esta ley:

- La inclusión del principio de universalidad, diferenciado de la gratuidad, especificando que su sentido se refiere a que toda persona que necesite un servicio debe tener acceso.
- La regulación de derechos subjetivos y deberes de las personas en relación con los servicios sociales, a los que se dedica buena parte del Título I. Se destaca por ser la primera vez que se incluyen en una norma de máximo rango legal, ya que anteriormente quedaban recogidos en normas de rango inferior.
- **Ámbito de actuación:** la ley introduce un listado de situaciones de atención prioritaria (artículo 7) que limitan el alcance de la universalidad.
- La estructura del sistema en dos niveles: servicios sociales básicos y servicios sociales especializados.
- La asignación de competencias de las administraciones: el Gobierno y la Administración de la Generalitat se reservan las competencias vinculadas al desarrollo normativo, planificación general, fijación de criterios y estándares para su desarrollo, así como la inspección, el control y la autorización; asimismo, se reserva la gestión de los servicios sociales especializados. Por su parte, otorga la competencia sobre los servicios sociales básicos a los municipios y a los consejos comarcales.
- **Planificación:** se prevé la elaboración cuatrienal de un plan estratégico, basado en una evaluación de la situación de los servicios sociales y vinculado a un plan de calidad. Hasta el momento solo se ha elaborado y aprobado el I Plan Estratégico de Servicios Sociales de Cataluña, para el período 2010-2013.

La atención básica se conceptualiza como un “dispositivo potente de información, diagnóstico, orientación, apoyo, intervención y asesoramiento individual y comunitario”, de “carácter público y local” y que se configura como “la puerta de entrada habitual al sistema” y “eje vertebrador de toda la red de servicios” (Ley 12/2007: preámbulo).

Los servicios sociales básicos se regulan en dos artículos (arts. 16 y 17). El primero incluye la definición básica, cuyos componentes son una organización de base territorial, equipos multidisciplinares, estructura directiva y de apoyo técnico y administrativo.

En este nivel se incluyen, a falta de desarrollar la cartera, “los equipos básicos, los servicios de ayuda a domicilio y de teleasistencia y los servicios de intervención socioeducativa no residencial para la infancia y adolescencia” (art.16.2) que actúan, con “carácter polivalente, comunitario y preventivo para fomentar la autonomía de las personas” (art. 16.3), sobre la base territorial de los municipios de referencia. No obstante, “la regulación no se acaba

en la definición y en una primera enumeración de las principales prestaciones incluidas, sino que, al contrario de la regulación anterior, la nueva norma incluye un extenso listado de las funciones de los servicios sociales básicos” (Matulič y Fustier, 2008).

2.2. Crisis económica

Una crisis económica es “una situación en la que se producen cambios negativos importantes en las principales variables económicas, y especialmente en el PIB y en el empleo” (Uxó González, s/f). Uxó González apunta que “la expresión *crisis económica* debe reservarse para aquellas situaciones en las que las dificultades económicas van más allá de un simple empeoramiento transitorio” y distingue tres grados de severidad —desaceleración, recesión y depresión— que se distinguen por la profundidad y sostenimiento de la reducción de la tasa de crecimiento hasta tasas negativas. Una crisis económica “afecta de manera generalizada al conjunto de la economía (no solo a algunos sectores)” y a la caída del PIB le acompañan importantes descensos en las tasas de empleo y caída del consumo que, a su vez, afectará a la tasa de inflación, que puede llegar a ser negativa, convirtiéndose en deflación.

En relación con las variables que permiten medir la actividad económica y, por tanto, identificar situaciones de crisis o bonanza, diversos autores consultados señalaban distintas variables. Así, Uxó González identifica cuatro variables: PIB, empleo, inflación y consumo. Rosende y Bengolea (1984) recogen tres: el sistema de precios (inflación), la confianza para la inversión y el valor del dinero (interés). Krugman (2013) recoge la demanda y el crecimiento demográfico.

3. Los indicadores de los Círculos de Comparación Intermunicipal de Servicios Sociales

3.1. Una breve introducción a los Círculos

Los Círculos de Comparación Intermunicipal de Servicios Sociales (CCI) son grupos estables de responsables técnicos de servicios sociales municipales que, con la colaboración y liderazgo de la Diputación de Barcelona, pretenden avanzar hacia una gestión de calidad de los servicios públicos municipales.

Los Círculos de Comparación de Servicios Sociales se iniciaron en el año 2001 con la participación de 25 municipios voluntarios que elaboraron una primera batería de 24 indicadores. En 2007, con el número de municipios participantes estabilizado en 53-55², que

² Los municipios participantes son mayoritariamente de la provincia de Barcelona, aunque en la actualidad hay cuatro municipios de otras demarcaciones, donde no existe la experiencia y que, por sus características, tampoco tendrían municipios cercanos similares para

representan en torno al 60%-70 % de la población de la provincia, se revisa y se elabora una guía que contiene 66 indicadores estructurados en cuatro dimensiones (Diputació de Barcelona, 2013, 2014; Fustier, 2006, 2008):

- **Estratégica o encargo político:** relacionada con la consecución de los objetivos finales del servicio y de su calidad. Formada por 25 indicadores.
- **Persona usuaria o cliente:** relacionada con el uso y la satisfacción que las personas usuarias tienen respecto de los servicios. Formada por 11 indicadores.
- **Valores organizativos/recursos humanos:** relacionada con el modelo organizativo, de gestión y los recursos humanos. Formada por 13 indicadores.
- **Económica:** relacionada con el uso de recursos necesarios para llevar a cabo el servicio, sus costes asociados y las fuentes de financiación. Formada por 20 indicadores.

Antes de pasar al análisis, debemos señalar que un aspecto clave de los indicadores reside en los sistemas de información y estos mejoran muy lentamente. Este hecho puede conllevar que, en algún caso, las variaciones de resultados entre un ejercicio y otro no respondan a cambios reales, sino al propio sistema de información.

Los indicadores, clasificados por dimensiones, se centran en las prestaciones definidas en la Cartera de Servicios Sociales (Departament d'Acció Social i Ciutadania, 2010) para el nivel de los servicios sociales básicos, y para procurar obtener resultados comparables se han fijado las condiciones siguientes:

- **Homogeneidad de las prestaciones.** Existencia entre los participantes de uno, o a lo sumo dos, modelos teóricos o de gestión de dicha prestación claramente identificados.
- **Perdurabilidad de las prestaciones.** Deben ser prestaciones consolidadas, vinculadas a las funciones básicas y a las prestaciones esenciales, que formen parte del eje vertebrador de la cartera.
- **Existencia de información clave común.** Si coexisten distintos modelos de gestión, se requiere la existencia de información relevante (indicadores) y cuyos resultados puedan ser comparables entre distintas modalidades de prestación. De hecho, esta característica dotaría al indicador de un valor añadido en la medida en que contribuiría a la toma de decisiones sobre la modalidad más efectiva y eficaz mediante la comparación.

Estas condiciones limitan el desarrollo de indicadores para todas las prestaciones, puesto que una parte de ellas presentan múltiples formas de gestión que difícilmente son comparables entre ellas³. Así pues, partiendo del análisis de la cartera, y respetando las condiciones señaladas, se han definido indicadores para las siguientes prestaciones y servicios:

- **Servicios sociales básicos.** Incluye los indicadores para el conjunto de los servicios, indicadores globales que tienen que ver con la estructura o que no pueden ser individualizados por cada prestación.
- **Servicio básico de atención social.** Este servicio se corresponde con la prestación de los equipos profesionales de atención social.
- **Prestaciones económicas de urgencia social.**
- **Servicios sociales de atención domiciliaria.** Estos servicios se concretan en dos prestaciones distintas: servicio de ayuda a domicilio y servicio de teleasistencia; también existen indicadores del conjunto de ambos servicios.
- **Centros abiertos.** Se trata de uno de los servicios más estables de la categoría de “Servicios de intervención socioeducativa no residencial para niños y adolescentes” prevista en la cartera.

3.2. Principales resultados y evolución en el periodo 2007-2013

El estudio seleccionó 29 indicadores del total de 66 de la batería. La selección se hizo sobre la base de que las variables y el resultado tuvieran relación directa con los elementos vinculados con la crisis; así pues, se seleccionaron indicadores económicos, indicadores de estructura organizativa, indicadores de cobertura e indicadores de intensidad.

El análisis se realiza a partir de la media global y de las medias por grupos de población⁴. Los indicadores seleccionados clasificados en función de las dimensiones son los que recoge la Tabla 1.

En el proceso del análisis cruzado de los resultados de los indicadores de los servicios sociales y las variables socioeconómicas se realizó una segunda selección en función de la posibilidad de interrelacionar los dos tipos resultados. Esta segunda selección redujo el número de indicadores a 13 y se distribuyeron tal como se refleja en la Tabla 2, siendo estos los indicadores que se analizarán en este apartado.

³ La propia cartera de servicios sociales permite una variada forma de gestión de algunas prestaciones.

⁴ Existen cuatro círculos según el tamaño del municipio: mayores de 70.000 habitantes, mayores de 40.000 habitantes (de 40.000 a 69.999), mayores de 20.000 habitantes (de 20.000 a 39.999) y mayores de 10.000 habitantes (de 10.000 a 19.999).

Tabla 1. Distribución de los indicadores estudiados según las dimensiones definidas por los Círculos de Comparación

	Dimensión estratégica	Dimensión de usuario	Dimensión de recursos humanos- organizativa	Dimensión económica
Servicios sociales básicos	2			2
Servicios básicos de atención social	5			2
Ayudas de urgencia social				2
Servicios sociales de atención domiciliaria	5	1		2
Centros abiertos	1	1	1	2

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Distribución de los indicadores sujetos a comparación con variables socioeconómicas por dimensiones

	Dimensión estratégica	Dimensión de usuario	Dimensión de recursos humanos- organizativa	Dimensión económica
Servicios sociales básicos	2			2
Servicios básicos de atención social	3			
Ayudas de urgencia social				1
Servicios sociales de atención domiciliaria	1	1		2
Centros abiertos	1			1

Fuente: Elaboración propia.

3.2.1. Servicios sociales básicos (SSB)

Se han seleccionado cuatro indicadores para los servicios sociales básicos (SSB): peso de los SBB en el presupuesto municipal, gasto corriente en SSB por habitante, grado de autofinanciación mediante tasas y precios públicos y grado de financiación externa finalista.

El peso de los servicios sociales básicos en el presupuesto municipal muestra "la importancia relativa otorgada a los servicios sociales respecto del presupuesto total del ayuntamiento" (Diputació de Barcelona, 2014). Los resultados muestran una tendencia incrementalista en el periodo estudiado, que se concreta en un aumento del 71 % entre 2007 y 2013. Por tamaños, los municipios con más habitantes dedican más presupuesto, seguidos de los municipios mayores de 20.000 habitantes. El grupo de los municipios más pequeños es el que destina menor presupuesto, aunque debe señalarse que no están obligados legalmente a prestarlos.

En consonancia con lo anterior, el gasto corriente por habitante, que excluye inversiones y gastos financieros, muestra también una tendencia al incremento, aunque presenta un cierto estancamiento en el periodo 2010-2013; en el conjunto del periodo se produce un incremento del 37 %, siendo los municipios más pequeños los que mayor crecimiento relativo presentan.

Los otros dos indicadores estudiados analizan la estructura de financiación de los servicios sociales básicos: la financiación por tasas y precios públicos y la financiación por aportación de otras Administraciones. El primero, tasas y precios públicos, aunque tiene un peso muy bajo en los presupuestos municipales, no llegando la media al 3 %, muestra el impacto del copago de los servicios y mantiene una tendencia incrementalista durante todo

el periodo, aunque irregular: en el primer periodo (2007-2010) aumenta un 83 % de media, mientras que en el segundo (2010-2013) el aumento es solo de un 8 %.

El indicador de financiación externa refleja el peso de las aportaciones de otras Administraciones para la financiación finalista de los servicios sociales básicos. Este indicador mide, fundamentalmente, la aportación de la Generalitat y el cumplimiento de lo establecido en la ley al respecto. En cuanto a los resultados, se observa un incremento en el periodo 2007-2010 y una caída en el siguiente ejercicio, con una recuperación leve en los años siguientes, quedando ligeramente por encima del 45 %. La interpretación conjunta de los indicadores de financiación muestra que más de la mitad del presupuesto de servicios sociales proviene del propio municipio, cuando la ley establece que debería cubrir el 33 %.

3.2.2. Servicio básico de atención social

La cobertura del servicio básico de atención social (SBAS) mide la capacidad del servicio para atender a la población; en el periodo de estudio se observa un incremento neto que ronda el 60 %, aunque presenta un cierto estancamiento desde el año 2011. Los resultados muestran un incremento homogéneo en todos los municipios, aunque inversamente proporcional al tamaño, es decir, a menor tamaño, mayor cobertura y mayor incremento. La existencia de una mayor variedad y accesibilidad de servicios a las personas en los municipios mayores es una de las explicaciones que se consideran para esta tendencia.

La renta mínima de inserción es una prestación clave, especialmente si se estudia el impacto de la crisis económica en la vida de las personas, puesto que representa la última red asistencial, tras el

agotamiento de las prestaciones de desempleo o la imposibilidad de acceder a las pensiones. La cobertura muestra una curva ascendente hasta el año 2010, llegando en este ejercicio a doblar la cobertura de 2007 y, a partir de este momento, sufre una caída del 7 % que inicia la tendencia de retroceso en la cobertura y alcanza, en 2013 un descenso del 14 % respecto a 2010.

El último indicador estudiado relaciona las personas atendidas con el número de profesionales de los SBAS. Entre 2007 y 2008 se produce un leve descenso (5 %) que se corresponde con el incremento de plantillas previsto en la Ley de 2007, pero a partir de este momento la tendencia al alza es continuada y el mantenimiento de las plantillas permite absorber la mayor demanda, aunque con niveles elevados de atención profesional, puesto que el incremento en el conjunto del periodo es del 12 %.

3.2.3. Prestación económica de urgencia social

La prestación económica de urgencia social está contemplada en la cartera de servicios y es objeto de regulación en una norma específica⁵. Los Círculos incorporaron indicadores sobre esta prestación en 2010. Se ha seleccionado el indicador que muestra la distribución del presupuesto destinado a este fin: gasto corriente destinado a ayudas de urgencia social por unidad de convivencia beneficiaria.

Este indicador se define por unidades familiares y esto se debe a que las prestaciones de urgencia se destinan a hacer frente a gastos no individuales (vivienda, suministros, etc.). La tendencia creciente se mantiene en el periodo estudiado, alcanzado un incremento de prácticamente el 30 %.

3.2.4. Servicios sociales de atención domiciliaria

El primer indicador es el de cobertura del conjunto de los servicios sociales de atención domiciliaria (SSAD) sobre el grupo de edad de 65 años o más. La evolución de los resultados de este indicador muestra un crecimiento global en torno al 50 %, aunque con un comportamiento irregular: entre 2007 y 2010 se produce un aumento sostenido que alcanza prácticamente el 60 %, para entrar posteriormente, en un periodo más estable con ligeros incrementos y decrementos. La cobertura de estos servicios es superior en los municipios de menor tamaño.

El indicador de accesibilidad mide un aspecto sensible a la situación económica: el grado de exención del copago en los servicios de atención domiciliaria, es decir, el porcentaje de personas que no deben pagar las tasas públicas debido a su situación económica. Este indicador, que se obtiene

desde 2010, muestra una curva con un punto de inflexión: en 2011 se produjeron los mayores niveles de exención del copago y, desde entonces, el grado de cobertura no deja de bajar, llegando en 2013 a niveles inferiores a los de 2010, con un resultado de poco más de la mitad de la población exenta del copago (un 53,4 %), mientras que se había alcanzado el 64 % en el momento de mayor población exenta.

Finalmente, se han seleccionado dos indicadores de carácter económico: el gasto corriente por habitante destinado a servicios sociales de atención domiciliaria y el precio medio de hora de servicio de ayuda a domicilio externalizado.

En cuanto a los recursos destinados a los servicios de atención domiciliaria, la tendencia es creciente, duplicándose en el periodo, de los 8,30 euros de 2007 a los 16,30 euros de 2013, aunque el incremento importante se produce entre 2007 y 2010, cuando alcanza el 90 %, mientras que a partir de 2010 el crecimiento se estanca y alcanza el 10 % restante, manteniéndose en torno a los 16 euros.

Por último, el precio medio por hora contratada externamente es un indicador relevante porque repercute directamente en los presupuestos municipales y en la calidad del empleo, ya que buena parte del coste del precio por hora se destina al pago de los salarios del personal de atención directa⁶. El precio por hora se ha visto incrementado en el periodo 2007-2011, alcanzando su máximo en 16,5 euros en ese año (lo que supuso un incremento del 20 %) para después descender ligeramente hasta los 16,3 euros.

3.2.5. Centros abiertos

Para los centros abiertos (servicios de intervención socioeducativa no residencial para niños y adolescentes) se han escogido dos indicadores que miden la cobertura de la oferta y el gasto corriente. El primer indicador es la cobertura de la oferta de plazas de centro abierto; para ello se toma como población de referencia la población diana, que, a partir del Plan Estratégico de Servicios Sociales de Catalunya (Maluquer *et al.*, 2010: 258), se identificó con la población de 0 a 17 años.

El resultado medio de este indicador prácticamente no presenta variaciones, moviéndose entre valores por debajo de las 7 plazas por cada 1.000 habitantes, con excepción del último año estudiado, cuando sufre un incremento significativo, pasando de 6,4 a 7,7 plazas por 1.000 habitantes.

Por su parte, el indicador económico de gasto corriente por habitante, que se referencia a la población diana, muestra el esfuerzo de los

⁵ Véase el artículo 30 de la Ley 13/2006, de 27 de julio, de prestaciones sociales de carácter económico; *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, número 4.691, 4 de agosto de 2013.

⁶ Un estudio de Deloitte sobre el servicio de atención domiciliaria calculaba que el peso de los costes salariales suponía un 77 % del coste total por hora en Cataluña (Deloitte, 2008: 49).

municipios para prestar estos servicios. Los resultados muestran un proceso de incremento entre 2008 y 2009, cuando alcanza el resultado más alto (24,1 euros por habitante), para después iniciar un fuerte descenso que le lleva a situarse en 2013 en 10,5 euros, lo que significa que el esfuerzo municipal se ha reducido a más de la mitad entre 2009 y 2013

4. Indicadores macroeconómicos y socioeconómicos

De esta batería de indicadores se seleccionaron cinco para el análisis cruzado de datos con los indicadores de servicios sociales:

- Evolución del PIB.
- Tasa de paro.
- Gasto medio familiar.
- Tasa de riesgo de pobreza.
- Viviendas según ocupación.

4.1. Producto interior bruto

El producto interior bruto (PIB) “mide el resultado final de la actividad de producción de las unidades productoras en el territorio” (Idescat, 2014). La forma más habitual de estudiar esta magnitud es el análisis de la variación que sufre el valor en un periodo de tiempo y se expresa en porcentaje de variación.

La evolución de la economía en el periodo de estudio (2007-2013) partía de un nivel positivo del PIB (+2,9 y +3,6 en Catalunya y España, respectivamente) pero rápidamente se inicia un profundo descenso que se extiende, con la excepción de una leve recuperación de 2010 (+0,4 y +0,5 en Catalunya y España, respectivamente) durante todo el periodo en la banda negativa, alcanzando en 2009 el peor resultado (-4,4 y -3,8, respectivamente). Aun presentando resultados ligeramente distintos, las curvas de Cataluña y España son prácticamente idénticas.

4.2. Empleo

Con relación al mercado de trabajo, existen distintos indicadores que informan sobre la evolución de la economía. Entre los más habituales se encuentran las tasas de ocupación, de actividad y de paro⁷. La principal fuente de información sobre estos tres indicadores es la Encuesta de Población Activa (EPA)

⁷ De acuerdo con Idescat (2014) se define *población ocupada* como el conjunto de personas de 16 años de edad o más y que están trabajando, sea por cuenta ajena o por cuenta propia. Es *población desocupada* aquella que tiene 16 años de edad o más y que no tiene empleo, aunque está disponible para trabajar y busca trabajo de forma activa. Y es *población activa* la formada por el conjunto de la población ocupada y desocupada. Por lo tanto, está formada por el conjunto de personas de 16 años de edad o más que está trabajando o en disponibilidad de trabajar.

que el Instituto Nacional de Estadística (INE) realiza trimestralmente, aunque sobre la tasa de paro se puede utilizar el indicador de paro registrado que se obtiene del Sistema de Empleo Público Español. La tasa de desempleo en Catalunya muestra un incremento sostenido, multiplicándose por 3,4 en el periodo estudiado (de 6,66 % a 22,55 %).

4.3. Presupuestos familiares

El INE realiza periódicamente encuestas sobre presupuestos familiares que permiten obtener información sobre la disponibilidad de renta y el consumo que realizan los hogares españoles. Uno de los indicadores más interesantes para el propósito del análisis es el gasto medio por vivienda, que mide “el gasto realizado por los hogares en bienes y servicios que se utilizan para satisfacer directamente las necesidades o carencias de los miembros del hogar” (INE, 2007). La evolución de los gastos medios familiares en el periodo 2007-2013 no ha dejado de descender, llegando a reducirse en un 14 %.

4.4. Pobreza relativa

La pobreza relativa es un concepto que permite una aproximación del fenómeno de la pobreza; se parte del establecimiento del umbral de la pobreza, aquella cuantía de ingresos por debajo de los cuales se considera que existe riesgo de pobreza, que se ha fijado en el 60 % de la renta mediana. El porcentaje de personas que se encuentran por debajo del umbral es la tasa de riesgo de pobreza.

Finalmente, cabe destacar que, dado que el umbral se fija para una sociedad determinada, es habitual que se presenten diferencias entre los umbrales de territorios distintos dentro de un mismo país; así, por ejemplo, el umbral de la pobreza del conjunto de España es inferior al de Catalunya y, por ello, las tasas de riesgo de pobreza pueden sufrir variaciones según se tome uno u otro umbral.

La tasa de riesgo de pobreza muestra el porcentaje de población que se encuentra bajo el umbral de pobreza. La evolución en el periodo muestra una ligera tendencia al alza, no llegando al 10 % de incremento, pero se debe tener en cuenta que cualquier incremento o descenso generalizado de las rentas comporta una modificación del umbral y, cuanto más bajo esté, más personas quedarán fuera (es decir, sin una situación de pobreza relativa).

4.5. Viviendas familiares según actividad

Para finalizar este bloque, un indicador que refleja la actividad económica traducida en puestos de trabajo: las viviendas familiares según la actividad de sus miembros. Se obtiene de la Encuesta de Población Activa y muestra, entre los hogares con un mínimo

de un miembro activo⁸, aquellos que tienen todos los miembros activos ocupados o todos desocupados.

Este indicador señala el impacto del fenómeno del paro en la población en general, pero también su impacto agregado en unidades familiares. La evolución de la crisis ha conllevado un aumento muy importante de las viviendas con todos los miembros activos desocupados⁹, que en número absolutos se ha multiplicado por 5,5 entre 2007 y 2013. Por otra parte, se han incrementado las viviendas familiares sin activos un 18,8%, mientras que han disminuido las viviendas con todos los activos ocupados en un 19,5%.

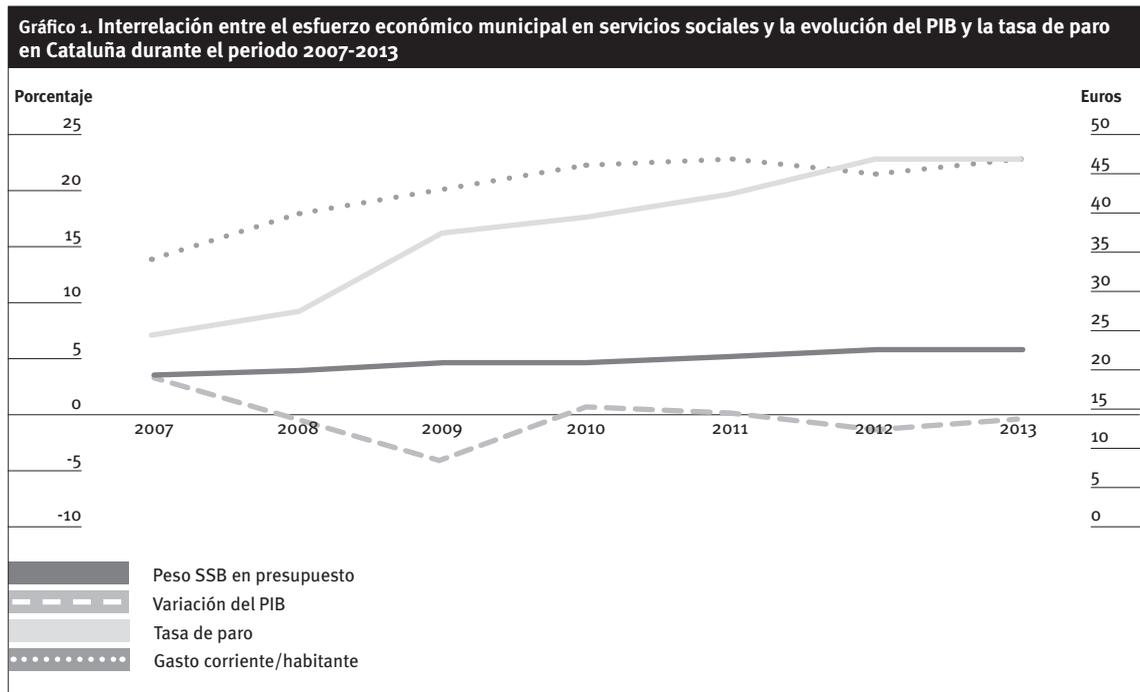
5. Comparación entre los resultados de los indicadores del sistema de servicios sociales y los indicadores macroeconómicos

En este apartado se analizan los resultados de los indicadores seleccionados relativos a los servicios sociales locales en relación con los indicadores macroeconómicos y socioeconómicos, para intentar descubrir qué relaciones se pueden observar en las tendencias de los diversos indicadores con la finalidad de identificar el grado de sensibilidad de los indicadores para explicar el papel de los servicios sociales ante la crisis.

5.1. Servicios sociales básicos

Para el conjunto de los servicios sociales básicos, vamos a realizar el análisis de los indicadores de PIB y tasa de paro con relación al esfuerzo económico de los municipios en servicios sociales y el del gasto medio por familia con el de estructura presupuestaria.

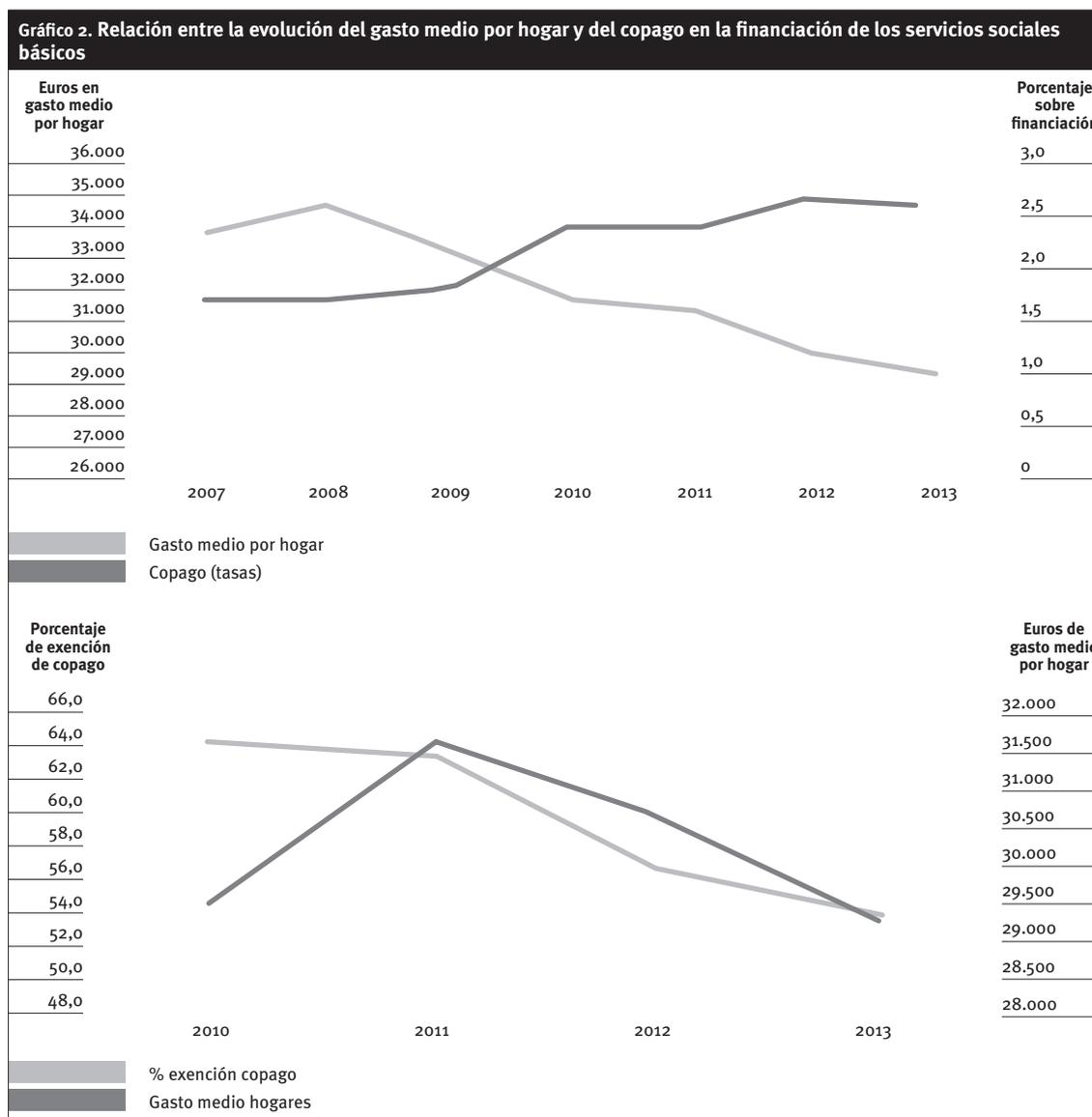
Se observa que las representaciones gráficas correspondientes al esfuerzo realizado por los municipios, tanto en términos absolutos (gasto corriente por habitante) como en términos relativos (peso en el presupuesto municipal), divergen de la tendencia mantenida por la variación del PIB; mientras que los primeros muestran una tendencia al aumento, el segundo muestra una tendencia a la baja. Se ha añadido la tasa de paro para ver que muestra una curva muy similar a la de los indicadores de los servicios sociales. Debemos señalar que el nivel de incremento es muy distinto: mientras que la tasa de paro se multiplica por 3,4, los presupuestos se incrementan alrededor de un 40% (en gasto por habitante). Podríamos deducir que, ante una mayor ralentización de la economía que comporta un mayor índice de desocupación, los servicios sociales han reaccionado incrementando sus recursos para hacer frente a las situaciones de necesidad, pero dado que forman parte también de la misma economía ralentizada, no han crecido al mismo ritmo que la desocupación lo hacía.



Fuente: Elaboración propia.

⁸ Es decir, en edad laboral, a partir de los 16 años, que trabaja o está disponible para hacerlo.

⁹ Se identifica con una línea para permitir una mayor visibilidad y se referencia al eje de la derecha.



Fuente: Elaboración propia.

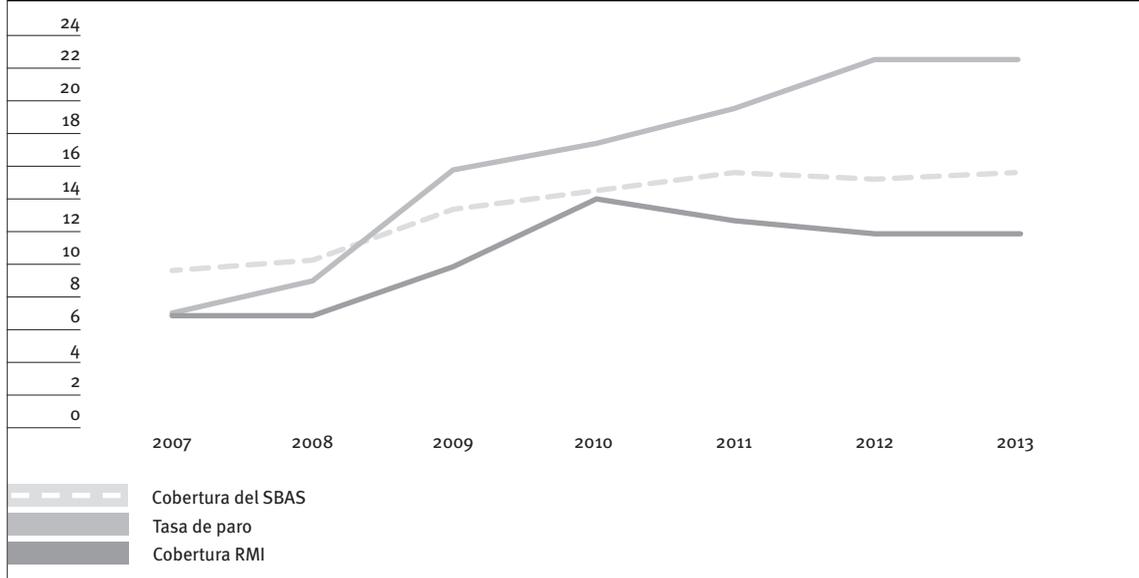
Otro análisis interesante es la interrelación entre la estructura de financiación de los servicios sociales y el gasto medio por familia. Sin olvidarnos de la curva que dibuja la tasa de desocupación del gráfico anterior, observamos que el gasto medio de las familias presenta una tendencia descendente, coherente con el aumento de la tasa de paro. Lo destacado es que a menor gasto medio por familia se corresponde una mayor aportación a los servicios sociales mediante el copago: prácticamente se ha doblado la aportación. Podemos observar en el Gráfico 2 que la tendencia del porcentaje de financiación por tasas y precios públicos (copago) en los servicios sociales básicos es opuesta a la línea dibujada por los valores del gasto medio familiar (gráfico superior). También se puede ver, en el gráfico inferior, que el porcentaje de personas que consiguieron una exención al copago ha disminuido a partir de 2011, justo cuando se produce la mayor disminución en el gasto medio de los hogares.

5.2. Servicios básicos de atención social

En este apartado se analizará la relación entre la cobertura de los servicios básicos de atención social y de la Renta Mínima de Inserción con la evolución de la tasa de desempleo en primer lugar y, a continuación, se analizará la interrelación entre la misma tasa de desempleo y la carga asistencial de los profesionales del servicio básico de atención social.

En el Gráfico 3 se puede ver la relación entre la evolución de la tasa de desempleo con la cobertura del Servicio Básico de Atención Social (SBAS) y la de Renta Mínima de Inserción (RMI). Se observa que en el periodo 2007-2010, con el mayor incremento de la tasa de desempleo, se produjo también un mayor incremento en la respuesta del sistema de servicios sociales (ambas prestaciones), pero a continuación, mientras que la tasa de desempleo sigue aumentando, la cobertura de RMI sufre un claro

Gráfico 3. Relación entre la evolución de la tasa de paro, la cobertura del servicio básico de atención social y de la Renta mínima de inserción en el periodo 2007-2013 (%)



Fuente: Elaboración propia.

parón en 2011 y un retroceso en los años posteriores. Por su parte, la cobertura de SBAS se mantiene con una tendencia de aumento sostenido, aunque más suave que la tasa de paro.

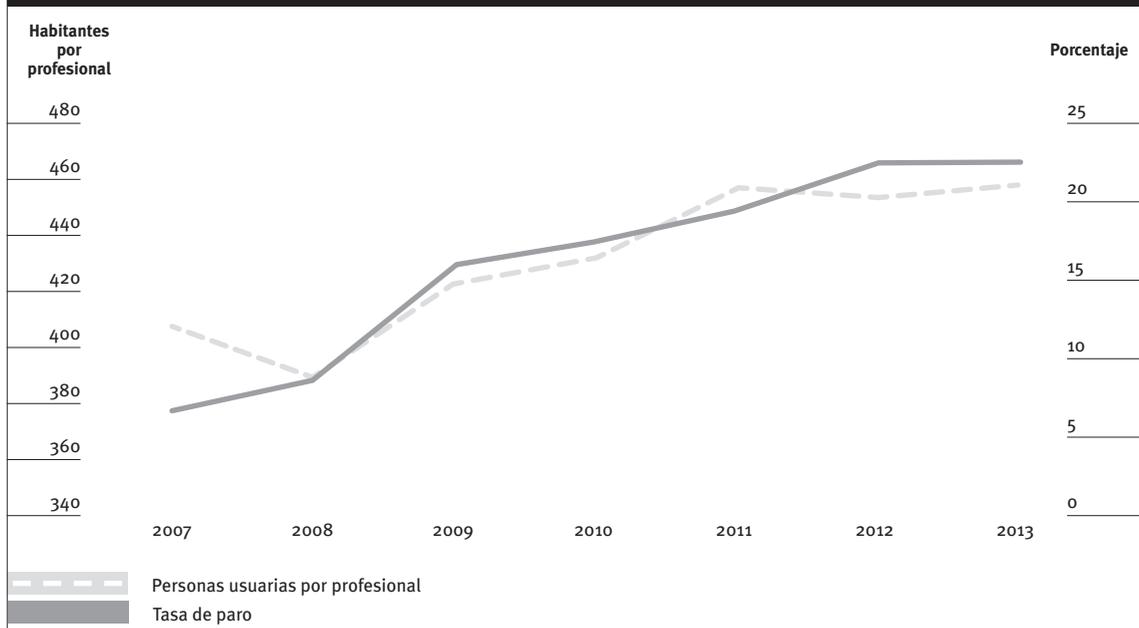
En el Gráfico 4 se presenta la comparación entre tasa de paro y volumen de personas atendidas por profesional. La tendencia que presentan las dos curvas es prácticamente idéntica, a excepción del primer año (2007-2008), que coincide con el incremento de la dotación de profesionales previsto

en la ley pero, como se puede ver, este aumento de personal es rápidamente absorbido por el incremento de personas usuarias, lo que conlleva un incremento de la carga asistencial por parte de los profesionales.

5.3. Prestaciones económicas de urgencia social

En este apartado vamos a analizar la interrelación entre la situación de desempleo (tasa de desempleo

Gráfico 4. Comparación de la evolución de los indicadores de desempleo y número de personas atendidas por profesional de los servicios básicos de atención social



Fuente: Elaboración propia.

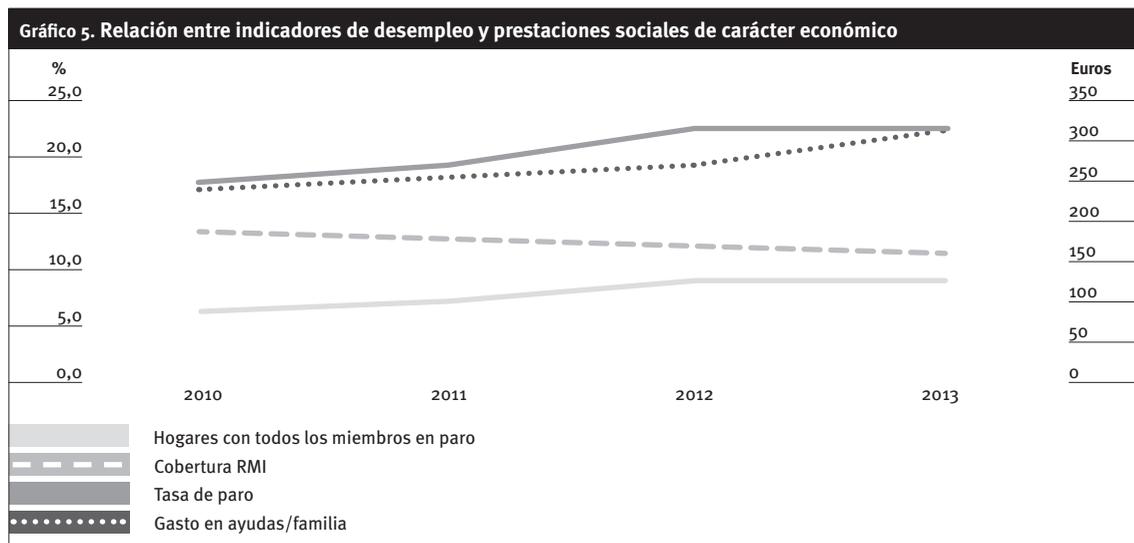
y porcentaje de viviendas familiares con todos los miembros en desempleo), como efecto directo de la crisis económica, con las prestaciones de servicios sociales que tienen componente económico: las ayudas de urgencia social y la renta mínima de inserción (RMI). Dado la serie de resultados de las prestaciones de urgencia social se inicia en 2010, se hará el análisis limitado al periodo 2010-2013. En el Gráfico 5, las líneas continuas muestran los indicadores de desempleo y presentan un trazado prácticamente paralelo ascendente; las líneas discontinuas muestran los indicadores de las prestaciones de servicios sociales y en este caso muestran tendencias divergentes. Mientras que el gasto corriente por familia beneficiaria de las ayudas de urgencia (línea de puntos) sigue la tendencia al alza de los indicadores socioeconómicos, con un incremento del 45% del gasto por habitante destinado a estas ayudas, la cobertura de la RMI presenta una tendencia a la baja. Parece que la curva de la cobertura de la RMI sea el reflejo en espejo de la curva

del porcentaje de hogares con todos los miembros desocupados: a medida que el porcentaje de estos hogares aumenta, el número de RMI disminuye.

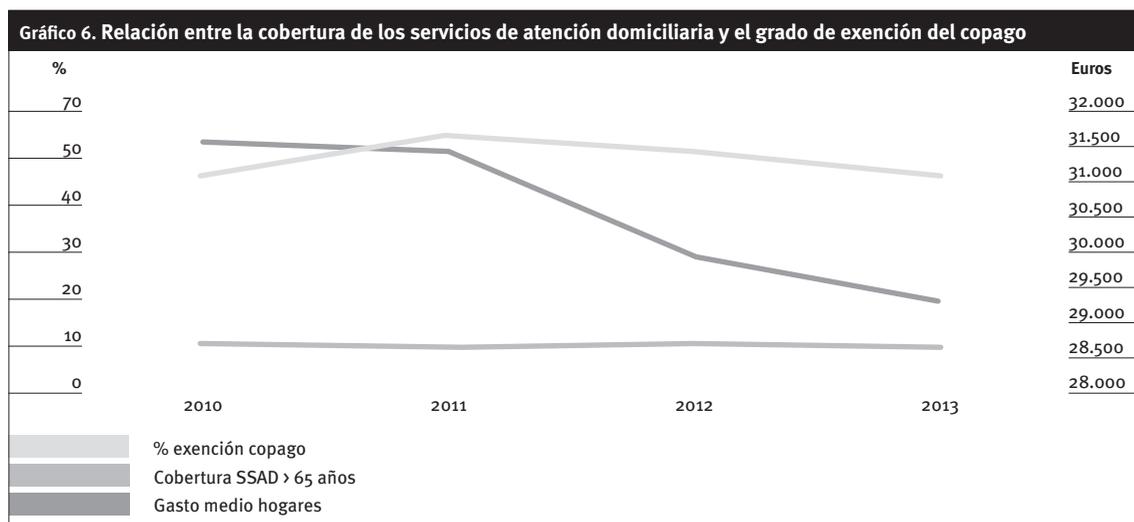
5.4. Servicios sociales de atención domiciliaria

Los servicios de atención domiciliaria (SSAD) se destinan, fundamentalmente, a la atención de situaciones de dependencia (incluidas o no en la LAPAD) y los resultados no muestran un impacto claro de la situación económica.

Veamos la comparativa entre porcentaje de personas exentas del copago, cobertura de los SSAD en mayores de 65 años y gasto medio de los hogares. En el Gráfico 6 se observa que el fuerte descenso del gasto medio corre paralelo a una mayor aportación en precios públicos (descenso de la tasa de exención), mientras que la cobertura se mantiene prácticamente estable.



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

En resumen, los servicios de atención domiciliaria se mantienen estables con una cobertura en torno al 12 %, sin que los cambios en la situación económica de las familias parezcan afectarles, pese al incremento de las aportaciones por copago que, recordemos, son limitadas. Es la dotación municipal la que permite esta sostenibilidad, pues la estructura de financiación muestra que son ellos los que sostienen fundamentalmente estos servicios.

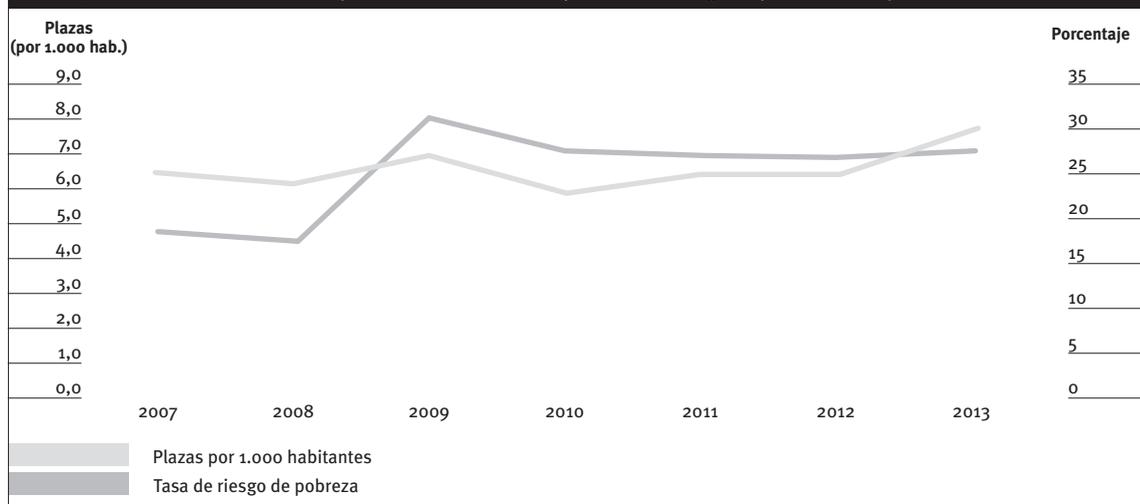
5.5. Centros abiertos

En primer lugar, queremos analizar la oferta de las plazas en relación con la tasa de riesgo de pobreza en los menores de 16 años¹⁰ y podemos observar que

la curva de la oferta presenta un patrón bastante estable, con pocas modificaciones, mientras que la tasa de riesgo de pobreza sufrió en la primera parte del periodo (2007-2009) un importante aumento y no es hasta los dos últimos ejercicios que las tendencias de las curvas se unifican.

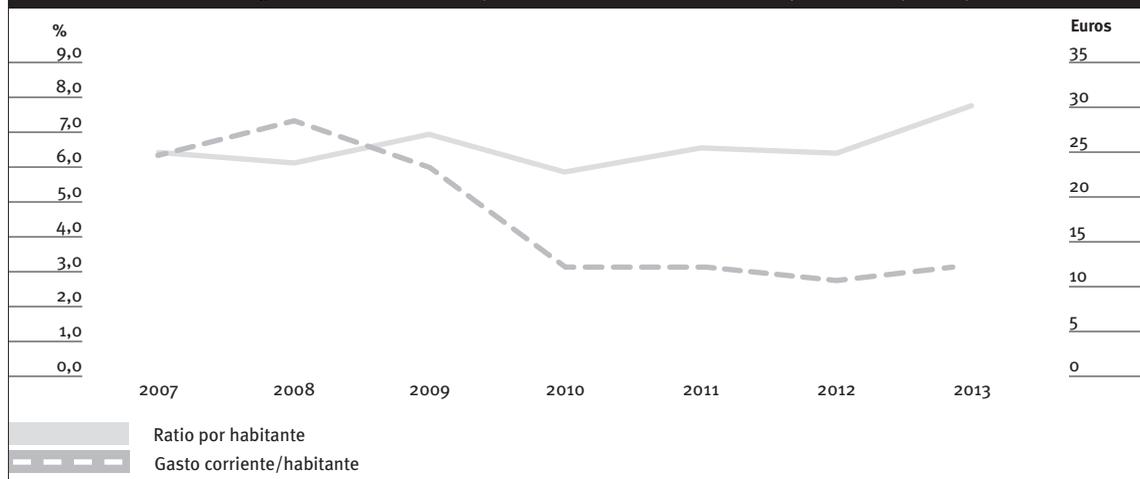
Un segundo análisis muestra que se mantiene la oferta de plazas de centro abierto, pero con un descenso importante de la aportación de los municipios. No hay datos que expliquen esta relación por existencia de otras fuentes de financiación, por ejemplo, o por disminución de los costes, pero, en todo caso, el descenso a la mitad del gasto corriente hace pensar que es difícil una reducción de costes tan importante sin que afecte a la calidad de los servicios prestados.

Gráfico 7. Relación entre la oferta de plazas de centro abierto y la tasa de riesgo de pobreza en la población infantil



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 8. Relación entre el gasto corriente en euros por habitante en centros abiertos y la ratio de plazas por habitante



Fuente: Elaboración propia.

¹⁰ La tasa de riesgo de pobreza por edades se clasifica en tres grupos: menores de 16, de 16 a 64 y mayores de 65 años. En este caso nos centraremos en el grupo de 0 a 15 años.

6. Conclusiones

El objetivo de este trabajo es identificar y seleccionar los indicadores que pueden medir el impacto de la crisis en los servicios sociales municipales; para ellos, se estudiaron distintos conjuntos de indicadores y se escogió el de los Círculos de Comparación Intermunicipal por la estabilidad de la batería de indicadores y de la metodología, así como por disponer de información a nivel municipal en el periodo elegido, que incluye momentos de crecimiento y de declive económico, de bonanza y crisis.

Las conclusiones analizarán el impacto de los efectos de la crisis en los servicios sociales según esta comparación y acabarán con el análisis de la sensibilidad de los indicadores para medir este impacto.

6.1. Impacto de los efectos de la crisis en los servicios sociales según los indicadores

De acuerdo con los indicadores analizados, podemos concluir que los servicios sociales básicos en general, y especialmente los servicios básicos de atención social, han respondido durante la crisis económica (hundimiento del PIB, incremento de la tasa de paro, caída del gasto medio familiar) mediante la disposición de mayores dotaciones de personal que han permitido atender a un número cada vez mayor de personas que requerían atención a sus necesidades sociales. Las representaciones gráficas muestran esa correlación del esfuerzo de los municipios en proveer una mayor dotación a los servicios sociales en términos económicos (gasto por habitante) y en términos de dotación de profesionales (ratio de habitantes por profesional) en una tendencia similar al incremento de la tasa de paro y del porcentaje de hogares con todos los miembros en situación de desempleo. Este incremento en medios económicos y humanos conlleva, lógicamente, el aumento del peso en el conjunto de la organización municipal.

No obstante, cuando nos enfocamos en las distintas prestaciones, los resultados no son tan favorables. Los indicadores de atención domiciliaria no nos permiten inferir a qué orientación de la política social responden, puesto que hay demasiadas variaciones de las que no se puede identificar la causa, si es que hay una causa principal, ya que los indicadores no la muestran.

Por otra parte, una prestación que forma parte de la red asistencial de último recurso, la renta mínima de inserción, muestra un comportamiento contrario al esperado porque disminuye en la medida en que aumenta la necesidad social. En compensación, a partir del momento de inicio de este descenso, se observa la reacción de los municipios mediante el incremento de las prestaciones económicas de urgencia social. Estos resultados nos informan de

un modelo de política social que parece alejarse del espíritu de la ley porque se deposita el peso en prestaciones poco reguladas y de concesión variable frente a las prestaciones de derecho subjetivo, como es el caso de la renta mínima de inserción (aunque no se haya modificado este extremo en la norma, se ha suprimido de facto este derecho).

Finalmente, los indicadores sobre centros abiertos muestran una situación preocupante, puesto que se producen incrementos en la cobertura, pero con menores dotaciones económicas y esta situación, que no tiene explicación mediante los indicadores, debería estudiarse para identificar si se está sacrificando la calidad por la cantidad.

6.2. Sensibilidad de los indicadores para evaluar impactos del contexto económico y social

Buena parte de los 66 indicadores que forman la batería tiene un fuerte componente estructural y los servicios sociales básicos siguen siendo un servicio fundamentalmente público, de prestación directa desde las Administraciones; por ello difícilmente miden los vaivenes que podrían darse si esos mismos indicadores se hubieran aplicado al sector de la iniciativa social o privada de los servicios sociales. No obstante, pese a esta característica, la interrelación entre los resultados de los Círculos y los indicadores macro y socioeconómicos permite contrastar el papel que tienen asignados los servicios sociales (aquel que las leyes les asignan en cuanto a atender las necesidades básicas y sociales de las personas).

Los indicadores diseñados para los servicios sociales básicos, equipos básicos de atención social y centros abiertos han mostrado la sensibilidad suficiente para mostrar la evolución de la actuación en función del contexto económico tanto en el sentido esperado o establecido en las funciones previstas en las normas, como para identificar aquellos aspectos que presentan incoherencias.

Algunos de los indicadores muestran, al ponerse en relación con el índice de precios al consumo, con la tasa de desempleo o con el gasto medio de las familias, que la acción de los servicios sociales se corresponde con una de las funciones que se le han asignado, porque responden a mayores necesidades con la disposición de más medios y prestaciones. Es el caso de la evolución del gasto por habitante en servicios sociales básicos, que sigue la misma tendencia que la evolución de la tasa de paro, al mismo tiempo que muestra una tendencia contraria a la evolución del PIB; son acciones esperables por parte del sistema.

Sin embargo, otros indicadores han mostrado que la acción que se ha llevado a cabo se aleja de la misión asignada; los datos sobre la renta mínima de inserción (única prestación en la que los municipios solo realizan el papel de gestores, pero en la que no

tienen capacidad de decisión) muestran resultados de signo contrario al esperado y disminuye su cobertura cuando se producen los incrementos de las situaciones objetivas de necesidad.

La interrelación entre estos datos también permite identificar situaciones que deberían ser objeto de reflexión, por ejemplo, que el mayor incremento del porcentaje de financiación de los servicios sociales mediante el copago (tasas y precios públicos) se produzca coincidiendo con las más altas tasas de paro. Debería ser un indicador que permitiera reflexionar si se produce por un incremento de las personas atendidas o por un incremento de la presión sobre dichas personas, y si esta responde a los objetivos del sistema de servicios sociales.

Los indicadores por sí solos no ofrecen más información que la que las variables muestran, pero debemos recordar que no dejan de ser expresiones numéricas de una variable y que su interpretación forma parte del proceso de evaluación de los servicios. Los Círculos incluyen cuatro indicadores de contexto (población, población extranjera, tasa de paro y renta per cápita) pero a lo largo del informe de difusión pública no se analiza la relación de estos indicadores con los resultados, sino que se limitan a constatar incrementos y decrementos en los resultados en relación con otros ejercicios.

Así pues, los indicadores muestran una información básica que puede y debe ayudar a la toma de

decisiones porque, especialmente los indicadores de cobertura y los de esfuerzo económico, han mostrado un grado de sensibilidad bastante notable, pero para ello es imprescindible disponer de análisis de datos cruzados sobre el contexto y la acción de los servicios sociales básicos. Por sí solos, descontextualizados, los resultados no informan de los posibles impactos sobre la sociedad; resultados (*outputs*) que, por otra parte, deberían disponer de indicadores específicos puesto que prácticamente no existen indicadores que midan *outputs* (resultados) ni *outcomes* (impactos). La indefinición de los objetivos de los servicios sociales, incluyendo aspectos que no dependen exclusivamente de su acción (por ejemplo, la cobertura de necesidades básicas) dificulta la evaluación de los impactos. Pero, aún más, los indicadores diseñados parecen centrarse en una sola función de los servicios sociales básicos, atender las necesidades básicas (de subsistencia) y desde una perspectiva muy economicista, mientras que la atención a las necesidades relacionadas con la autonomía personal y las relaciones interpersonales y sociales (incluidas en el objetivo asignado a los servicios sociales) no disponen de indicadores para su medida.

En conclusión, los indicadores muestran sensibilidad para medir limitadamente la acción de los servicios sociales básicos. El análisis conjunto de indicadores muestra una realidad contradictoria: no siempre las políticas sociales aumentan cuando aumenta su necesidad.

- DELOITTE (2008): *El Servicio de Atención a Domicilio (SAD)*, Barcelona.
- DEPARTAMENT D'ACCIÓ SOCIAL I CIUTADANIA-GENERALITAT DE CATALUNYA (2010): *Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011*, Barcelona, Govern de la Generalitat de Catalunya.
- DIPUTACIÓ DE BARCELONA (2014): *Guia dels indicadors dels cercles de comparació intermunicipal de Serveis Socials*, [<http://www.diba.cat/documents/446869/99305577/Serveis-Socials.pdf>].
- FUSTIER, N. (2006): *Círculos de comparación en servicios sociales*, Barcelona, no publicado.
- (2008): *El benchmarking en la millora de la qualitat dels Serveis d'Atenció Domiciliària*, Barcelona, inédito.
- (2015): “¿Pueden los indicadores existentes medir el impacto de la crisis económica en los servicios sociales básicos? Un análisis de los indicadores en la provincia de Barcelona (2007 - 2013)”, [https://www.researchgate.net/publication/301351716_Pueden_los_indicadores_existentes_medir_el_impacto_de_la_crisis_economica_en_los_servicios_sociales_basicos_Un_analisis_de_los_indicadores_en_la_provincia_de_Barcelona_207_-_2013].
- GÓMEZ I SERRA, M. (2000): *Els serveis socials i la seva avaluació*, Barcelona, Universitat de Barcelona.
- IDESCAT (2014): *Encuesta de población Activa. Metodología*, [<http://www.idescat.cat/treball/epa?tc=8&id=IC13&lang=es&ac=4>], consultado el 29 enero de 2017.
- (s/f): *Producte interior brut (PIB). Base 2008, Metodologia* [<http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=7&id=0007>], consultado el 21 de enero de 2017.
- INE (2007): *Encuesta de Presupuestos Familiares. Metodología. S.l.* [<http://www.ine.es/metodologia/t25/t2530p458.pdf>], consultado el 29 de enero de 2017.
- KRUGMAN, P. (2013): “¿Una depresión permanente?”, *El País*, Madrid; 24 de noviembre de 2013 [http://economia.elpais.com/economia/2013/11/22/actualidad/1385142585_896442.html].
- LLEI 12/2007, D'11 D'OCTUBRE, DE SERVEIS SOCIALS (2007): Barcelona, Parlament de Catalunya.
- LLEI ORGÀNICA 6/2006, DE 19 DE JULIO, DE REFORMA DE L'ESTATUT D'AUTONOMIA DE CATALUNYA (2006), Barcelona.
- MATULIC, V. y FUSTIER, N. (2008): “Los servicios sociales básicos en la nueva ley de servicios sociales de Cataluña”, *Servicios Sociales y Política Social*, no. 83, pp. 127-135.
- ROSENDE, F. y BENGOLEA, J.M. (1984): “Teoría de los ciclos y la crisis económica actual”, *Cuadernos de economía*, n. 63, vol. 21, pp. 207-226 [<https://repositorio.uc.cl/bitstream/handle/11534/16395/000322810.pdf?sequence=1&isAllowed=y>].
- UXÓ GONZÁLEZ, J. (sin fecha): “Crisis económica”, *Expansión*, Madrid [<http://www.expansion.com/diccionario-economico/crisis-economica.html>].
- VV. AA. (2013): *12a edició del Cercle de comparació intermunicipal de serveis socials*; Barcelona.

Medio y contexto de la trabajadora social de atención primaria en Aragón

Antonio Matías Solanilla

Universidad de Zaragoza
amatias@unizar.es

Antonio Eito Mateo

Universidad de Zaragoza
antoni@unizar.es

Chaime Marcuello Servós

Universidad de Zaragoza
chaime@unizar.es

Artikulu honetan aztergai hartzen da Aragoiko politika publikoen arloan gizarte-zerbitzuak abian jartzerakoan emakumezko gizarte-langileen rolaen inguruko —gehienak emakumezko baitira— aribidean dagoen azterlan baten aurretiko emaitzak. Sakonean eginiko elkarrizketen bidezko profesional horien iruditeria oinarri hartuz, berrikusten dira Aragoiko oinarritzko arreta-zerbitzuetako jardueraren inguruko esperientzia, jarrera eta balorazioak. Berauen diskurtsoa baliagarri gertatzen da gizarte-babeseko sistemaren prozesu, ibilbide eta gaur eguneko egoera ezagutzeko, eta horren bitartez bai lanbidearen eguneko egoera bai dituzten itxaropenen ezaguera izateko. Gure herrialdean bizi izandako aldaketa sozial, politiko eta ekonomikoek baldintzatu eta itxuratu dute gizarte-zerbitzuak kudeatzen diren zentroetako eguneroko jarduna. Arrakastaren oinarrian dago profesional desberdinen jarduera egokia, eta horien artetik nabarmentzen da gizarte-langilearen zeregina; izan ere, berauek baitira erabiltzaile eta ardura politikoa dutenen erreferentzia.

GAKO-HITZAK:

Oinarritzko gizarte zerbitzuak, gizarte politika, gizarte langilea, tokiko administrazioa.

Este artículo presenta los resultados preliminares de una investigación en curso sobre el papel de las trabajadoras sociales —pues son mayoritariamente mujeres— en la ejecución y puesta en práctica de las políticas públicas en materia de servicios sociales en Aragón. A partir de un análisis del imaginario de las profesionales, recogido mediante entrevistas en profundidad, se revisan las experiencias, posiciones y valoraciones de su labor en los servicios sociales de atención primaria aragoneses. Desde sus discursos se revisan procesos, trayectorias y situación actual del sistema de protección, así como la profesión y las expectativas respecto a ella. Las transformaciones sociales, políticas y económicas vividas en nuestro país han marcado y configurado la labor diaria en los centros donde se gestionan estos servicios sociales. Su éxito depende del buen hacer de los diferentes profesionales, donde destaca como figura esencial la trabajadora social. Es la referencia de usuarios y responsables políticos.

PALABRAS CLAVE

Servicios sociales de atención primaria, política social, trabajadora social, administración local.

1. Introducción

A finales de la década de los setenta, con el inicio de la Transición en la sociedad española se dieron los primeros pasos para crear un sistema de servicios sociales. Sistema que en las décadas posteriores se ha consolidado en la sociedad española siendo un pilar básico de nuestro “frágil” modelo de Estado de Bienestar.

La teoría (Casado, 1987) y las diferentes legislaciones autonómicas¹ dividen tradicionalmente a los servicios sociales en servicios sociales generales, también conocidos como de atención primaria y servicios sociales especializados.

Los servicios sociales de atención primaria han tenido su particular desarrollo en el Estado español. En la gestión y aproximación técnica a ellos se han posicionado mayoritariamente las trabajadoras sociales, quienes han sido las verdaderas impulsoras de este proceso de transformación que ha vertebrado España en materia de política social.

No en vanguardia, pero sí en posiciones cercanas, hay que destacar el desarrollo de los servicios sociales de atención primaria en Aragón. En 1980 se crearon los primeros centros de servicios sociales en Zaragoza y en 1983 el primer servicio social de base rural.

Casi cuarenta años después de la creación de los primeros servicios sociales municipales aragoneses, es pertinente revisar un poco la historia de su creación y analizar ese proceso a partir de sus profesionales más representativos, mostrando las claves de la situación actual y anticipando algunos elementos de futuro.

2. Una aproximación terminológica y legislativa

Los servicios sociales de atención primaria se pueden definir, tomando como referencia el artículo 13 de la Ley 5/2009 de 30 de junio de Servicios Sociales de Aragón², como “servicios públicos de carácter polivalente y comunitario cuya organización y personal están al servicio de toda la población”. Constituyen el primer nivel del sistema público de servicios sociales y proporcionan una atención que tiene por objeto favorecer el acceso a los recursos de los sistemas de bienestar social, generando alternativas a las carencias o limitaciones en la convivencia, favoreciendo la inclusión social y promoviendo la cooperación y solidaridad social en un determinado territorio.

¹ Como ejemplos tenemos la Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid o la Ley 4/1987 de 25 de marzo de Ordenación de la Acción Social en Aragón.

² Cabe señalar que esta es la segunda ley en materia de servicios sociales que ha tenido la Comunidad Autónoma de Aragón, tras la Ley 4/87 de 25 de marzo de Ordenación de la Acción Social en Aragón.

Legislativamente hablando, hay que resaltar que en la Constitución Española de 1978 no se encuentra ninguna referencia al término “servicios sociales” y mucho menos a la denominación “servicios sociales generales”, “de base”, “de atención primaria”, etc. La Constitución de 1978, en el Título I, “De los Derechos y deberes fundamentales”, establece los derechos de la persona (art. 10), igualdad ante la ley (art. 14), educación (art. 27), protección a la familia y la infancia (art. 39), seguridad social (art. 41), protección a la salud (art. 43), participación de la juventud (art. 48), atención a disminuidos (art. 49), tercera edad (art. 50), etc., pero en ningún momento se hace alusión a conceptos específicos de “asistencia social” o “servicios sociales”. Hasta el artículo 148, apartado 1.20, no se habla de las competencias de las comunidades autónomas en asistencia social. Luego, en el artículo 149, 1.17, se enumeran las competencias exclusivas del Estado y se cita “Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social”.

Aunque la Ley 6/1982 de 20 de mayo de Servicios Sociales de Euskadi ya deja intuir el papel fundamental de la Administración Local en la implementación de los servicios sociales de atención primaria, no hay una referencia expresa a tal efecto. Habrá que esperar a la Ley 11/1984 de 6 de Junio de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid para encontrar una referencia expresa a la división de servicios sociales generales y especializados atribuyendo al municipio la competencia y titularidad sobre ellos.

Posteriormente, la Ley 7/1985 de Bases de Régimen Local refrenda esa competencia y titularidad al estipular en sus artículos 25, 2.k y 26, 1.c³ que la prestación de servicios sociales y de reinserción social es de competencia municipal y obligatoria para los municipios mayores de 20.000 habitantes, aunque no concreta en qué consisten esos servicios.

3. Un poco de historia

Aunque, tal y como reconoce García (1988), hay reseñas no suficientemente documentadas de la existencia de primigenias experiencias de servicios sociales comunitarios públicos en los años sesenta en pueblos llamados “de colonización”, tenemos que cifrar los primeros pasos ideológicos de un intento de crear una red de servicios sociales de atención primaria públicos en la época preconstitucional de finales de los años setenta del pasado siglo XX. Concretamente, es en el año 1977 cuando en las III Jornadas Nacionales de Asistentes Sociales organizadas por la Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales (FEDAS), más conocidas como “las Jornadas de Pamplona”, cuando

³ Aunque somos sabedores de que la Ley 27/2013 de 27 de diciembre de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local modificó los citados artículos, hacemos referencia a la redacción original, dado que estamos analizando la implantación de los servicios sociales de atención primaria.

se habla abiertamente de la necesidad de agencias locales de bienestar social: “Se hace necesario en cada distrito, barrio y pueblos, la existencia de una agencia de bienestar social, formada por un equipo interprofesional, vinculada directamente al ayuntamiento o diputación (según el ámbito territorial que abarque), que tendrá como misión la puesta en marcha de todos los Servicios Sociales necesarios en la zona, así como el asesoramiento técnico de la comunidad vecinal” (Fedas, 1977: 45).

Fruto de esas jornadas y del trabajo de reflexión realizado en esa época aparece en 1979 el libro *Introducción al Bienestar Social*, publicado por Patrocinio De Las Heras y Elvira Cortajarena. Tal y como recoge en el prólogo a la reedición de 2014: “El texto contiene el análisis histórico de la Acción Social, la evolución de sus Formas Históricas y las propuestas para el Bienestar Social [...]. Incorpora también un modelo municipalista de intervención profesional a través de la realidad local en dicho contexto histórico” (De las Heras y Cortajarena, 2014: 12).

En este sentido, hay que mencionar dos experiencias dentro del Estado español. Por un lado, la creación en el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz de las “oficinas municipales” en el año 1976. Estas se definen como instrumento idóneo —bidireccional— para llevar al Ayuntamiento la realidad y opinión de los barrios, y para llevar a los barrios la planificación y las directrices generales del ayuntamiento. Estas oficinas fueron un elemento de planificación e integración al mismo tiempo que se consideraron como equipamiento social de los barrios y también como cauces de participación e información. Al frente de cada una de ellas estaba una asistente social (CGTS, 1988).

Por otro lado, en Cataluña se fraguó paralelamente lo que se ha denominado Escuela Catalana de Servicios Sociales (Casado, 1987), compuesta por una serie de destacadas profesionales del trabajo social que habían formado el GITS (Grup d'Investigació i Formació en Treball Social) vinculadas al Partido Socialista de Cataluña y que, con la victoria en las elecciones de 1979, que aupó al PSC-PSOE al Ayuntamiento de Barcelona, consiguieron crear en dicho ayuntamiento un área de servicios sociales, la primera experiencia en España en este aspecto.

A la estela de la experiencia de los ayuntamientos de Vitoria-Gasteiz y de Barcelona, otros ayuntamientos de grandes ciudades iniciaron en la década de los ochenta la creación de sus propias áreas de servicios sociales o bienestar social, como fue el caso de Zaragoza.

Las III Jornadas de Servicios Sociales Municipales celebradas los días 1, 2 y 3 de julio de 1983 en Castelldefels (Barcelona), organizadas por el PSC-PSOE supusieron la asunción por parte del PSOE de los postulados en servicios sociales ideados por los movimientos antes descritos y que poco a poco se fueron implantando en el conjunto del Estado.

En dichas jornadas se trazó la primera hoja de ruta de la implantación de un sistema de servicios sociales en todo el territorio, empezando por una instancia municipal. “En una etapa inicial hay que empezar por un programa fuerte de servicios sociales comunitarios, de los cuales se tendrán que derivar los servicios sociales especializados, si en realidad responden a una planificación resultante del estudio y trabajo de base” (PSOE-Secretaría Federal de Acción Social, 1984: 47).

La victoria del partido socialista en la mayoría de comunidades autónomas y municipios en las elecciones autonómicas y locales de mayo de 1983, unida a la obtenida por mayoría absoluta en las generales de octubre de 1982, hicieron que aquella “hoja de ruta” se fuese instaurando progresivamente en todo el territorio.

En 1988 se firmó el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales a iniciativa del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con el objeto de articular la cooperación económica entre Administraciones y con la finalidad de lograr la colaboración entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas para financiar conjuntamente la red de atención de servicios sociales. Esto sirvió, por un lado, para garantizar su supervivencia económica y, por otro, para homogeneizar mínimamente los servicios en todo el territorio español.

3.1. El caso aragonés

La historia de los servicios sociales de atención primaria en el territorio aragonés difiere levemente del resto de España. Por lo que se refiere al Ayuntamiento de Zaragoza, se inicia la andadura en materia de servicios sociales en el año 1980, siendo alcalde Sáinz de Varanda. Para ello se adaptan de manera propia las experiencias de Vitoria y Barcelona, todo ello bajo el mandato de la concejala de Servicios Sociales María Arrondo. En esta primera legislatura democrática se crearon ocho centros de servicios sociales municipales en barrios de la ciudad (Gutiérrez, 1999).

No obstante, la diferencia está en el medio rural, que en un primer momento y desde el Gobierno preautonómico de Aragón se considera al resto del territorio aragonés, con la excepción de la capital, Zaragoza. La primera referencia a señalar es el *Boletín Oficial de Aragón* de 24 de marzo de 1983, dos meses antes de las elecciones autonómicas y locales y cuatro meses antes de la celebración de las Jornadas de Castelldefels, cuando se recoge la Orden de 9 de marzo del mismo año por la que se establecían las normas generales reguladoras de la Convocatoria Regional Unificada de Atención Social. En dicha orden se establece la primera convocatoria de subvenciones para “ayudas para creación, equipamiento y mantenimiento de servicios

sociales de base”⁴. Una lectura pormenorizada de dicha orden arroja varios elementos dignos de destacar:

- Las actividades de los servicios sociales de base tienen por finalidad la atención de los problemas de la comunidad residente en la zona, su desarrollo y la mejora de su calidad de vida.
- Se determina que estas ayudas son preferentemente para las corporaciones de más de 3.000 y menos de 50.000 habitantes⁵. Se posibilita que agrupaciones de varios municipios opten también a estas ayudas si se encuentran en los límites poblacionales fijados.
- Se posibilita también que puedan solicitar estas ayudas “las asociaciones o personas jurídicas que hayan iniciado en una zona experiencias de desarrollo comunitario siempre que coordinen su actividad con los ayuntamientos correspondientes”.

De esa primera convocatoria nacen los primeros servicios sociales de base de Aragón, concretamente la mancomunidad de municipios de Flumen Monegros (zona sur de la provincia de Huesca y algunos municipios de la de Zaragoza con relaciones y vinculaciones históricas, embrión de la posterior comarca de Los Monegros), y de los ayuntamientos de Fraga, Andorra y Huesca. Los municipios afectados eran veinte y el número de habitantes 83.117.

Tras las elecciones autonómicas de 1983 y con la victoria socialista se constituye el primer gobierno autonómico, que ejerce una apuesta decidida por los recién creados servicios sociales de base. Antes de que acabe ese mismo año se dicta el Decreto 114/1983 de 29 de diciembre (BOA de 16 de enero de 1984) en el que se publica la primera convocatoria exclusiva de subvenciones para creación y mantenimiento de los servicios sociales de base para el año 1984. Respecto a la anterior subvención hay dos modificaciones de importancia: desaparece la posibilidad de que asociaciones y personas jurídicas puedan acceder a este tipo de subvenciones, con lo que ya se confiere una responsabilidad exclusivamente pública sobre los servicios sociales de base y, por otra, se modifican los límites poblacionales; la población mínima municipal para solicitar la subvención tiene que ser de diez mil habitantes y si son agrupaciones de municipios tiene que ser de cinco mil habitantes.

Con el Decreto 114/83 de 29 de diciembre, el Gobierno aragonés hace una apuesta firme y decidida por constituir una red de servicios sociales de atención primaria en todo el territorio. Desde el recién constituido Gobierno y con la participación de diferentes trabajadores sociales en

el asesoramiento y diseño de esta política social, se inicia una expansión y “venta” de la idea de servicios sociales de base entre los responsables políticos de municipios y mancomunidades para la creación de estos servicios (Báñez, 2005).

Esta “venta” fue efectiva, ya que si a principios del año 1984 eran cuatro los servicios sociales que estaban en marcha, su asentamiento y multiplicación en el territorio aragonés fue fulgurante, tal y como se recoge en la Tabla 1.

Tabla 1. Evolución de los servicios sociales de base en Aragón (1983-1988)

Año	Número de servicios sociales de base	Asistentes sociales	Municipios	Población total
1983	4	6	20	83.117
1984	23	31	210	279.455
1985	29	42	286	341.679
1986	34	52	369	403.780
1987	38	59	395	426.673
1988	48	74	480	535.765

Fuente: Elaboración propia a partir de guías de los servicios sociales básicos publicadas por la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo del Gobierno de Aragón (no incluye los datos de la ciudad de Zaragoza).

Estos datos indican que, solo cinco años después del inicio de los servicios sociales de base, estos ya amparaban, una vez restada la población de Zaragoza capital, a aproximadamente al 87,5 % de la población aragonesa y al 66 % de los municipios. Por tanto, no es de extrañar que las primeras jornadas españolas sobre servicios sociales en el medio rural se celebrasen en Aragón, concretamente en Graus y Daroca en 1985.

Al finalizar 1993, los servicios sociales de base alcanzaron una cobertura territorial del 91,6 % del territorio aragonés y un porcentaje del 98,9 % de la población (Gutiérrez, 1999).

En la Tabla 2 se puede observar cómo se desarrolló la implantación y consolidación de los servicios sociales de base en el territorio en la década de los noventa atendiendo a tres catas en los años 1994, 1996 y 2000. En esa época, la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo publicó directorios internos que muestran esta información.

Tabla 2. Desarrollo de los servicios sociales de base en la década de los noventa

Año	Número de servicios sociales de base	Población total	Municipios atendidos	Municipios sin atención
1994	69	583.113	670	60
1996	69	585.231	689	41
2000	70	585.872	710	20

Fuente: Elaboración propia a partir de guías de los servicios sociales básicos publicadas por la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo del Gobierno de Aragón (no incluye los datos de la ciudad de Zaragoza).

⁴ Nomenclatura que se adopta en 1983 para designar a los servicios sociales de atención primaria en el medio rural aragonés.

⁵ Solo la ciudad de Zaragoza superaba en aquella fecha los 50.000 habitantes.

En el año 1988, los datos mostraban 48 servicios sociales de base y una población atendida que ascendía a 535.765 ciudadanos. Seis años después, la creación de servicios sociales de base había aumentado en un 43,75 %, mientras que la población en el mismo periodo de tiempo había aumentado solamente un 8,8 % y la variación en datos hasta el año 2000 es prácticamente inapreciable, pese a que el número de poblaciones no atendidas por un servicio iba menguando considerablemente. Esta situación muestra que la década de los noventa se caracterizó por la creación de algunos nuevos servicios sociales de base, pero también por la escisión en otros más pequeños con el objeto de ser más operativos, alentada también por los responsables de los ayuntamientos, que vieron los servicios sociales de base y la labor de sus profesionales como oportunidad, en tanto que unos servicios que benefician a toda la población.

En 1999, el consejero de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, en una publicación de la mancomunidad del Alto Gállego afirmaba que “la atención primaria en servicios sociales ofrece sus prestaciones a los ciudadanos a través de la red pública de las corporaciones locales. Aragón, por cierto es una de las pocas comunidades autónomas que ha conseguido por este sistema una cobertura de población del 100 %”.

Legislativamente hay que destacar tres apuntes más para entender la situación de los servicios sociales de atención primaria en Aragón:

- Ley 4/1987, de 25 de marzo, de Ordenación de la Acción Social en Aragón (LOAS). En el articulado de esta ley se configura una primera ordenación legislativa del sistema de servicios sociales, donde se especifica que podrán tener carácter comunitario o dirigirse a un sector específico de la sociedad. En esta ley de primera generación, los servicios sociales comunitarios se denominan “servicios sociales de base” y “configuran la estructura básica de la acción social, correspondiendo su gestión a los ayuntamientos”.
- Ley 7/99, de 9 de abril, de Administración Local de Aragón. En su artículo 44 a) indica que dentro de los servicios municipales obligatorios se encuentra la obligación de “gestión de los servicios sociales de base” pudiendo gestionarlos por sí solos o asociados a otras entidades locales.
- El proceso comarcalizador de Aragón con el Decreto Legislativo 1/2006, de 27 de diciembre, que refunde toda la legislación que lo reguló en el último decenio del siglo XX. En su artículo 9.1.6., se indica como competencia propia de la comarca la acción social.

4. El papel de las trabajadoras sociales

Analizar y relatar, aunque sea mínimamente, cómo fue el nacimiento y cuál ha sido la trayectoria de

los servicios sociales de atención primaria obliga a hacer constantes referencias a uno de sus actores principales, la trabajadora social. Tal y como indica Gil Parejo (2010), a partir de la Constitución Española y la llegada de la democracia, el trabajo social define su espacio profesional en los servicios sociales, llegando a veces incluso a identificarlo como propio. En buena medida puede ser porque el PSOE, como partido político que en el final de los setenta y principio de los ochenta lideró la creación del sistema de servicios sociales, contaba entre sus filas con asistentes sociales que se volcaron en un arduo trabajo del que luego se ha beneficiado toda la profesión.

En las jornadas de Pamplona, en la ponencia “Planificación, organización y desarrollo de los servicios sociales y el bienestar social”, elaborada por el comité organizador⁶, ya se indica que “las agencias de bienestar social estarán a cargo de asistentes sociales que asumirán las funciones de coordinación y promoción de la acción social” (Fedaa 1977: 47). Idea refrendada posteriormente por De las Heras y Cortajarena en su libro *Introducción al Bienestar Social*, donde a la hora de hablar de las unidades de bienestar social afirman: “La intervención técnica se realiza específicamente a través de asistentes sociales a quienes compete, en todo programa de acción directa con la comunidad, la atención global a las necesidades sociales en relación a las prestaciones y servicios que precisan [...] el asistente social de la unidad (asistente social polivalente) articula el trabajo social en la comunidad con el trabajo social por área de necesidad (sanidad, educación, empresa, instituciones, etc.), de la misma forma que el médico de cabecera vincula la atención médica general con los servicios de especialidad” (De las Heras y Cortajarena, 1978: 143).

Por su parte, la Escuela Catalana de Servicios Sociales apoyó también estas tesis como autoras⁷ de la ponencia “Los Centros Municipales de Servicios Sociales” dentro de las III Jornadas de Servicios Sociales organizadas por el PSOE, recogidas por el volumen 14 de *Cuadernos de Acción Social*. “Los asistentes sociales polivalentes son el equipo básico del centro por el carácter generalista y global de su trabajo que abarca la totalidad de las competencias en sus tres dimensiones individual y familiar, institucional y comunitaria” (PSOE, 1984: 85).

García (1987), dando por hecho también el protagonismo de los asistentes sociales y fruto de las jornadas de Daroca, reflexiona sobre el perfil profesional que en el inicio de la profesión debían

⁶ El comité organizador de dichas Jornadas estaba presidido por María Patrocinio Las Heras Pinilla, autora posterior conjuntamente con Elvira Cortajarena de *Introducción al Bienestar Social*. Patrocinio de las Heras fue coordinadora de Políticas de Bienestar Social del PSOE entre 1981 y 1983. Posteriormente fue directora general de Acción Social del Imserso, del Inas y del Fonas, entre 1983 y 1990.

⁷ El texto viene firmado en orden alfabético por Montserrat Colomer, Rosa Domenech, Montserrat Flaquer, María Francesca Masgoret, María Teresa Massons y Gloria Rubiol, todas ellas miembros del GITS.

tener específicamente los asistentes o trabajadores sociales de servicios sociales de atención primaria rurales. Merece la pena releer esas características que, por otra parte, no se enseñaban en las antiguas escuelas y rara vez en facultades actuales:

- Imaginación, ya que en muchas ocasiones había que dar respuestas novedosas a situaciones peculiares sin modelos previos de referencia.
- Capacidad de síntesis, dada la formación extensiva y la multitud de temas que se abordaban.
- Capacidad de empatizar.
- Aptitudes de dinamización para generar dinamismos que entonces se consideraban “encasillados en la pasividad”.
- Capacidad de unir, coordinar y multiplicar recursos para conseguir los objetivos (evidentemente, relacionado con la capacidad de imaginación).
- Paciencia. No hay que olvidar en ningún momento que se estaba viviendo una experiencia única de puesta en marcha de una nueva política pública, de creación de un sistema de servicios que, salvo alguna experiencia aislada, era totalmente novedoso y desconocido para los usuarios, para los políticos y para los profesionales, por lo que los resultados podían demostrarse a largo plazo y los errores y sinsabores podían estar a la orden del día.

La creación de un nuevo sistema de protección fácilmente debió de sembrar de dudas a políticos locales y autonómicos. Si se bucea un poquito en los archivos de las Cortes de Aragón de esa primera legislatura (1983-1987), aparecen diversas referencias tanto a la creación de los servicios sociales de base como a los asistentes sociales, y posteriormente trabajadores sociales, con un protagonismo que difícilmente han podido llegar a tener en ese escenario en otro momento. Con poco más de un año de vida de dicha legislatura, el consejero Arola Blanquet afirmaba en una comisión de Trabajo, Sanidad, Seguridad Social y Servicios Sociales⁸ que “como objetivo básico de mi departamento y de la acción queríamos desarrollar en el marco de los servicios sociales, básicamente la creación de un sistema”, estableciendo como uno de los elementos básicos de ese sistema “la creación en nuestra comunidad autónoma de los servicios comunitarios que eran la puerta de entrada al sistema”. En la misma comparecencia hablaba de las bondades de los nuevos servicios comunitarios, que todavía no tenían dos años de vida: “hemos renunciado a continuar con una tradición singular de parchadores o apagafuegos, o de beneficencia, en beneficio de un sistema de base. Y si logramos esto, nosotros o quien haya de sustituirnos podrá avanzar en la configuración de todo tipo de servicios especializados”.

⁸ Comisión celebrada el martes 9 de abril de 1985 y recogida en el *Diario de Sesiones de las Cortes de Aragón*, número 2, de la Legislatura I.

En el transcurso de dicha comparecencia, el consejero afirma “que ha mejorado la calidad de vida en las zonas en que se han implantado los servicios sociales de base”. En la misma comisión y en preguntas e interpellaciones diferentes a lo largo de la legislatura se iban ofreciendo datos del desarrollo de estos servicios y de sus profesionales, llegando por ejemplo a discutirse en 1985 si la labor de los asistentes sociales de los servicios sociales de base estaba o no demasiado burocratizada⁹. En dicha interpellación el propio consejero se llegaba a plantear: “¿Estoy satisfecho de cómo están trabajando los asistentes sociales? Globalmente, evidentemente la respuesta es afirmativa. Los han definido, por ejemplo, como gentes que están, como retoños que están creando brotes de participación, y no es una definición. Estoy globalmente satisfecho”.

Tal fue el protagonismo en el inicio de la década de los ochenta en la Comunidad Autónoma Aragonesa de los servicios sociales de base, que en el debate de totalidad del Proyecto de Ley de Ordenación de Acción Social el entonces diputado Biel afirmó que era “una ley donde han metido los servicios sociales de base, que parece que es su única obsesión a lo largo de toda la legislatura”¹⁰.

Realmente, obsesión o no, el caso es que en la primera legislatura del Gobierno autonómico aragonés se apostó decididamente por la constitución de servicios sociales de base y, por lo tanto, por la figura de los asistentes sociales, que fueron los y las artífices y el principal recurso (Báñez, 2005).

Y aunque, efectivamente, con el inicio de los centros municipales de servicios sociales, o en su denominación rural los servicios sociales de base, se inicia la contratación sistemática de trabajadores sociales que se ponen al frente de ellos, legislativamente hablando no encontramos en el inicio ninguna norma que obligue esta contratación. En el caso de Aragón, la orden de 9 de marzo de 1983 y el Decreto 114/83 no mencionan en ningún momento a la figura del asistente social o trabajador social.

Hay que esperar a la Ley 5/2009 de Servicios Sociales de Aragón para encontrar una referencia concreta a los “profesionales del trabajo social” cuando cita en su artículo 14.3: “Dentro del equipo multidisciplinar se integran los Servicios Sociales de Base, como unidades de trabajo social que prestan su atención directa en todos los municipios de su ámbito respectivo, facilitando tanto el acceso al sistema de servicios sociales como al profesional de referencia de dicho ámbito”.

La aprobación del Decreto 184/2016 (BOA, 28/12/2016), por el que se regula la organización y

⁹ Interpelación 10/85 formulada por el diputado Agudo González con relación a los criterios de la Diputación General de Aragón sobre la elaboración de servicios sociales recogida en el *Diario de Sesiones de las Cortes de Aragón*, número 32, sesión plenaria 09/05/1985.

¹⁰ *Diario de Sesiones de las Cortes de Aragón*, número 63.

funcionamiento de los centros de servicios sociales, designa concretamente al trabajador social como profesional de referencia y regula el número mínimo de trabajadores sociales que tiene que haber por centro de servicios sociales en función del territorio y la población que abarcan.

5. Un análisis de los discursos

Se puede afirmar que actualmente la ciudadanía aragonesa, al igual que tiene un médico de familia del servicio público de salud asignado, tiene también una trabajadora social asignada como profesional de referencia que presta sus servicios en un centro de servicios sociales bien sea municipal o comarcal. Estas profesionales son, con mucha diferencia, la categoría profesional más numerosa de dichos centros de servicios sociales, que constituyen la puerta de entrada al sistema de servicios sociales y que es uno de los cuatro pilares de nuestro modelo de bienestar. Sin embargo, salvo honrosas excepciones como Marco (1988) y Báñez (2005), es difícil encontrar referencias bibliográficas sobre los inicios de la profesión o la situación actual de las profesionales que hagan referencia a algo más que no sea la presentación de experiencias propias laborales a través de la exposición de proyectos o desarrollo de programas y prestaciones concretas que, siendo muy interesantes, no encajan en esta investigación. Aquí se aborda ese espacio vacío entrevistando a trabajadoras sociales de centros de servicios sociales comarcales, buscando su reflexión sobre sus inicios en la profesión, cómo ha sido el desarrollo y cuál es su percepción sobre el futuro tanto de la profesión como de los servicios sociales de atención primaria.

Se ha obviado deliberadamente en esta primera aproximación a las profesionales de los servicios

sociales de atención primaria “urbanos”. En las comarcas, la distancia con la capital y su dirección provincial, así como la falta de recursos específicos, sigue haciendo a esta profesional una trabajadora social polivalente con una realidad diferenciada del medio urbano.

Se han seleccionado, por tanto, un total de 14 profesionales en un rango de experiencia laboral entre los 8 y los 32 años, a las que se ha entrevistado entre los meses de noviembre y diciembre de 2016, tal y como recoge la Tabla 3.

La asistente social de mediados de los ochenta se caracterizaba por la itinerancia, juventud, soledad e inexperiencia, en medio de un espacio y unas circunstancias para las que los manuales de las escuelas de entonces servían de poco (García, 1990). En todas las entrevistas salen a relucir algunos lugares comunes compartidos por las profesionales. Aquellas que comenzaron en su territorio un servicio social de base, bien sea a mediados de los ochenta (E1, E12) como en otras oleadas a principios de los años noventa (E8, E10, E11), hablan de mucha ilusión, ganas y muchas expectativas, pero a la vez de una sensación de soledad. Jornadas de trabajo maratonianas, con horarios más que flexibles, trabajando mañanas, tardes y noches, tal y como indican algunas de estas pioneras: “Empezar, llegar aquí y no haber nada. Nada. Los ayuntamientos se apuntaban porque daban dinero, pero no había nada. Había que pedir en los ayuntamientos si te dejaban la máquina de escribir” (E1).

Y el trabajo siempre fue el mismo. Empezar apostando por la animación comunitaria, promoviendo el asociacionismo en la zona. Asociaciones de mayores, de mujeres, de consumidores, etc.¹¹, como medio para darse a conocer y también, como reconocen, porque en los inicios las prestaciones eran

Tabla 3. Características de las profesionales entrevistadas

Trabajadora social	Sexo	Años de experiencia	Funciones	Población comarcal
E1	M	31	Trabajadora social de estructura	8.000
E2	M	26	Trabajadora social de estructura	8.000
E3	M	8	Trabajadora social de refuerzo	8.000
E4	M	9	Directora de centro de servicios	8.000
E5	H	16	Trabajador social de estructura	14.000
E6	M	25	Trabajadora social de estructura	29.000
E7	M	25	Trabajadora social de estructura	29.000
E8	M	26	Trabajadora social de estructura	29.000
E9	H	9	Trabajador social de refuerzo	3.000
E10	M	26	Trabajadora social de estructura	9.000
E11	M	26	Trabajadora social de estructura	9.000
E12	M	32	Trabajadora social de estructura	24.000
E13	M	17	Trabajadora social de estructura	24.000
E14	H	20	Trabajador social de estructura	11.000

Fuente: Elaboración propia.

¹¹ Cabe destacar que la primera publicación del Gobierno de Aragón que recoge datos del trabajo de los servicios sociales de base, *Los Servicios Sociales en Aragón-1984*, señala como tareas básicas de estos servicios la información, el fomento del asociacionismo y posibilitar cauces de participación.

prácticamente inexistentes: “Al principio era abrirte, venderte, darte a conocer y eso lo conseguimos con la animación comunitaria, también porque no había más recursos” (E12).

Con la firma del Plan Concertado (1988) y con la aparición de diferentes prestaciones como las pensiones no contributivas, el Ingreso Aragonés de Inserción y la Ayuda de Integración Familiar, así como las más recientes derivadas de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, más conocida como Ley de la Dependencia, todas coinciden en que el trabajo social en los servicios sociales de atención primaria se ha vuelto mucho más “prestacionista” dejando de lado la animación comunitaria. Trabajo —prestacionista— que acarrea mucha más burocracia y que representa una queja y, en el fondo, autocrítica: “Se introdujo la tecnología, bases de datos... Eso iba a sustituir al papel. No lo ha sustituido. Ha sumado. Ahí no hemos ganado tiempo y lo hemos perdido en animación comunitaria. Esa ha sido la mayor pérdida” (E7). “Se emplea mucho tiempo en trabajo administrativo y en prestaciones que no necesitan valoración y que hacemos los trabajadores sociales. A veces nos dedicamos a rellenar papeles” (E5).

Sin embargo, también hay profesionales que reivindican y recuerdan la necesidad a veces de ese papel burocrático: “Hay que rellenar solicitudes en la medida de las capacidades del usuario. Si no medimos esa capacidad, dejamos de utilizar nuestra profesión para ser puerta de entrada. A veces traducir y adaptar el lenguaje administrativo y adaptar procesos que a nuestros usuarios les pueden parecer complejos es nuestra función” (E10).

Por otra parte, el papel de los servicios sociales de atención primaria en la actualidad también genera consensos. La mayoría de las profesionales los consideran como “esenciales para el buen funcionamiento de la sociedad” (E1, E2, E5, E6, E7, E9, E14), pero también porque en Aragón fueron los primeros servicios en ser mancomunados y compartidos por diversos ayuntamientos y de alguna manera se puede considerar que los servicios sociales de atención primaria han sido un germen y catalizador de la división comarcal aragonesa.

No obstante, esa misma división comarcal produce también una enconada crítica al sistema de servicios sociales de atención primaria actual. En primer lugar, porque la división y autonomía comarcal han generado desigualdades entre los ciudadanos aragoneses al tener la comarca potestad reglamentaria en su ordenamiento de ayudas de urgencia, servicio de ayuda a domicilio, etc. Y, en segundo lugar, porque en un sector de la profesión se ha puesto en duda si es la Administración Local la más adecuada para prestar los servicios sociales de atención primaria. No se cuestiona que tengan que ser la puerta de entrada y estar lo más cercanos al ciudadano, pegados al territorio, pero hay profesionales que expresan

sus dudas: “¿Para trabajar en un ayuntamiento por qué tengo que ser del ayuntamiento? ¿El colegio es del ayuntamiento? ¿El centro de salud es del ayuntamiento? ¿Por qué tengo que depender de la Administración Local? ¿Para estar más cerca del ciudadano? Si yo voy a ir al mismo pueblo. Eso de que la Administración Local es más cercana... Voy a ser cercana yo que voy al pueblo. Pertenecer a una Administración más grande estabilizaría y consolidaría los servicios” (E8). “Pertenecer a una Administración Local provoca aislamiento y desigualdad respecto a otros sistemas. La falta de carrera profesional y de perspectivas de movilidad o retos profesionales... Se dan casos de depresión y de una sensación de estar laboralmente en una cárcel de oro” (E9).

Asimismo, esta dependencia municipal o comarcal hace que las profesionales se sientan más o menos respaldadas por sus administraciones locales en función de la decisión del Consejo Comarcal correspondiente y la labor personalista del presidente o consejero comarcal, tal y como comenta una compañera: “Se les llena la boca [a los políticos] de servicios sociales, pero a la hora de la verdad les cuesta creérselos” (E3).

A la hora de pensar el futuro de los servicios sociales de atención primaria, reconocen todas las entrevistadas dos riesgos y una necesidad: riesgo de un indeseable aumento de burocratización; riesgo de pérdida de trabajo comunitario; y necesidad de aumento de plantillas de equipos multidisciplinares que además contribuiría a la rebaja de las ratios por profesional. No obstante, ninguna se atreve a vislumbrar cambios de calado en un futuro a corto y medio plazo.

Aunque hay unanimidad al reconocer que en estos últimos años, gracias a la Ley de Dependencia y a la crisis económica, se ha avanzado mucho en la percepción de universalidad y utilidad de los servicios sociales. Son muchos los usuarios que nunca pensaron que tendrían que recurrir a estos servicios y prestaciones, pero persiste también la idea de que, pese al reconocimiento de los servicios sociales, todavía no están equiparados al sistema de salud o al de educación.

6. Tensión y bipolaridad del sistema de servicios sociales de atención primaria

Los servicios sociales de atención primaria, desde su inicio y también con la Ley 5/2009 de Servicios Sociales en Aragón, han estado siempre marcados por cierta bipolaridad y tensión. Por un lado, legislativamente hablando, han estado siempre asentados en la Administración municipalista respaldada por la Ley de Bases de Régimen Local, Ley de Administración Local Aragonesa, mancomunidades, proceso comarcalizador, etc. Pero, por otro lado, la planificación estratégica de esta política social, titularidad y ordenación de prestaciones corresponde al Gobierno de Aragón.

En este contexto, el Decreto 184/2016, que regula los centros de servicios sociales, ha fijado la estructura, personal mínimo, funciones, objetivos, etc., pero luego la titularidad de los centros es de la Administración Local.

Esta bipolaridad produce en Aragón que, tras la supervisión y planificación estratégica del Gobierno de Aragón exista un total de 41 Administraciones Locales diferentes que tienen sus competencias en servicios sociales de atención primaria: los cuatro ayuntamientos de más de 20.000 habitantes (las tres capitales aragonesas más Calatayud), las treinta y dos comarcas legalmente establecidas y el resto de municipios que pertenecen a la delimitación comarcal de Zaragoza, que al no estar todavía constituida, se agrupan en cinco entidades locales diferentes. Esto significa, por ejemplo, 41 reglamentos de ayudas de urgencia diferentes o 41 servicios sociales de ayuda a domicilio diferentes, con sus 41 formularios correspondientes y sus 41 ordenanzas fiscales diferentes, lo que provoca desigualdades entre los ciudadanos aragoneses. De la misma manera, existen 41 convenios colectivos diferentes, con lo cual las condiciones de trabajo de las profesionales del trabajo social también son diferentes pese a ejercer funciones semejantes en cada Administración Local. La homogeneización de criterios, reglamentos, prestaciones etc. es una reivindicación unánime planteada por las profesionales entrevistadas.

Los perjuicios de esta tensión se han manifestado de manera constante a lo largo de estos treinta y cinco años de historia. El inicio de cada servicio fue colocar a una profesional que recibía instrucciones de la dirección provincial de la consejería autonómica competente en cada legislatura, pero que dependía orgánicamente del ayuntamiento o mancomunidad de turno, con lo que el recuerdo de soledad e incompreensión ha surgido en varias entrevistas: “Los inicios fueron muy duros y hubo muy poca ayuda de los servicios provinciales. Te decían ‘tú tienes que hacer esto o aquello’, pero luego nos dejaban solas ante el peligro. Eso era duro porque te vendían cosas que luego el alcalde te decía: ‘de eso ni hablar’” (E12).

La situación no ha mejorado con el tiempo, incluso se puede afirmar que ha empeorado en este sentido con el proceso comarcalizador. Hasta finales de los años noventa, las direcciones provinciales antes indicadas organizaban reuniones periódicas con todos los profesionales de cada provincia para informar y dar las mínimas directrices correspondientes. Tras el proceso de constitución de las comarcas, esas reuniones se han reducido a la mínima expresión, provocando de nuevo sensación de soledad, como puntualiza otra compañera: “¿Nosotras qué hemos ganado como colectivo (profesional) desde que somos comarca? Hemos perdido toda la coordinación. No nos vemos. Antes a todos los profesionales de la provincia nos hacían reuniones mensuales. Ahora ya no” (E6).

7. Conclusiones

La creación de una estructura de servicios sociales de atención primaria en España nace del interés y esfuerzo de una serie de profesionales del trabajo social vinculadas, fundamentalmente, a partidos socialistas de finales de los años setenta, y que contó con el apoyo de diversas Administraciones, dirigidas en muchos casos por estos mismos partidos a partir de las victorias en las elecciones tanto generales como municipales y autonómicas en el inicio de los ochenta, y de acuerdo con la anterior aprobación de la Constitución Española de 1978. En Aragón se desarrolló gracias a la dedicación de las primeras profesionales que, a partir de 1983 y con muy poca experiencia, pero con una enorme ilusión y dedicación, se pusieron al frente de la gestión técnica de los recién creados servicios sociales de base.

En un tiempo relativamente corto —menos de tres décadas—, se creó una red de servicios sociales de atención primaria dependiente de la Administración Local (ayuntamientos y comarcas) que cubre el 100 % de la población y está plenamente asentada en el territorio. No obstante, pese a que al sistema de servicios sociales se le reconoce una posición clave para sostener el modelo de Estado de Bienestar, el llamado “cuarto pilar”, se constata que en comparación con sanidad y educación no se encuentra al mismo nivel. Casi treinta y cinco años después de la creación del primer servicio social de base rural, ha llegado el momento de reflexionar y evaluar el papel que cumplen en la sociedad, las posibilidades de mejora que tienen y la situación de sus profesionales para conseguir unos servicios de más calidad y efectividad. La actual división competencial y la fragmentación municipalista o “localista” no parecen las formas más indicadas para ofrecer unos servicios adecuados a la ciudadanía del siglo XXI, aun más cuando, desde la aprobación del Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón (Decreto 143/2011 de 14 de junio) y de acuerdo con la Ley de Dependencia, se regula la prestación de servicios considerados de naturaleza esencial y amparados por derechos subjetivos. Esta situación debería obligar a que la prestación de estos servicios en todos sus aspectos fuese igual para el conjunto de la ciudadanía, independientemente de donde resida o esté censada.

Como resultado preliminar de esta investigación, se dibuja una clara necesidad de mejora en la legislación, en la cartera de servicios, etc., que potencie la equidad y la universalidad (que nadie cuestiona), pero desde una mejor gestión facilitada desde mecanismos y órganos de coordinación que permitan una nueva generación de servicios sociales de atención primaria.

Referencias bibliográficas

- BÁÑEZ TELLO, T. (2004): *El trabajo social en Aragón. El proceso de profesionalización de una actividad feminizada*, tesis doctoral, Universidad Rovira i Virgili.
- CASADO, D. (1991): *Introducción a los Servicios Sociales*, Madrid, Editorial Acebo.
- Comarcalización de Aragón: compilación en [<http://www.boa.aragon.es/EBOA/pdf/LibroComarcas.pdf>]; 2007.
- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA: *Boletín Oficial del Estado*; número 311; 29 de diciembre de 1978; pp. 29.313-29.424.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO, DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGÓN (1985): *Los Servicios Sociales de Base en Aragón-1984*, Zaragoza, Diputación General de Aragón.
- FEDAAS (1977): *Material de estudio de las III Jornadas Nacionales de Asistentes Sociales*, Madrid, Feedas.
- GARCÍA HERRERO, G. (1988): “Los Servicios Sociales en el medio rural”, *Los Servicios Sociales en el medio rural*, Madrid, Siglo XXI, pp. 11-106.
- (1988): “Génesis y desarrollo de los Servicios Sociales Comunitarios en el Estado Español”, *Servicios Sociales y Política Social*, 2.º trimestre, número 10, pp. 32-44.
- GIL PAREJO, M. (2010): “Los inicios de la construcción del Sistema público de Servicios Sociales desde la perspectiva del Trabajo Social. Unos años prodigiosos, 1978-1988”, *Miscelánea Comillas*, número 132, volumen 68, pp. 185-209.
- LAS HERAS, P. y CORTAJARENA, E. (2014): *Introducción al Bienestar Social: El libro de las casitas*, Consejo General del Trabajo Social, Madrid.
- LEY 5/2009 DE SERVICIOS SOCIALES DE ARAGÓN: *Boletín Oficial de Aragón*, número 132, 10 de julio de 2009, pp. 18.244-18.280.
- LEY 6/1982 DE 20 DE MAYO SOBRE SERVICIOS SOCIALES: *Boletín Oficial del Estado*, número 100, 26 de abril de 2012, pp. 32.117-32.126.
- LEY 7/1985 DE 2 DE ABRIL REGULADORA DE LAS BASES DE RÉGIMEN LOCAL, *Boletín Oficial del Estado*, número 80, 3 de abril de 1985, pp. 8.945-8.964.
- LEY 11/1984 DE 6 DE JUNIO DE SERVICIOS SOCIALES: *Boletín Oficial del Estado*, 24 de julio de 1984, pp. 21.851-21.854.
- MARCO, F. (1988): “Incidencia del Trabajo Social en el desarrollo local. Una experiencia en Aragón”, *Servicios Sociales y Política Social*, 2.º trimestre, número 10, pp. 68-74.
- PSOE (1984): *Servicios Sociales Municipales*, Madrid, Secretaría Federal de Acción Social.
- S.S.B. MANCOMUNIDAD ALTO GÁLLEGO (1999): “Una década de Servicios Sociales desde la Mancomunidad Alto Gállego”, Mancomunidad Alto Gállego, (publicación interna).

Etika asistentzian vs. etika gizarte eskuartzean: egoeraren analisisa

Maialen San Sebastian Kortajarena

Bergarako Udala
maialenss@gmail.com

Etikaren presentzia geroz eta barneratuago dago pertsonekin lan egiten duten profesioen artean eta, horren ondorioz, geroz eta ugariagoak dira arlo honetan ematen diren gatazkak edo arazo etikoak (erabiltzaileekiko, hartu beharreko erabakien inguruan, erakundeak jarraitzen dituen jarduera ildoekiko, etab.). Honek, erantzunak eman beharra eskatzen du, eta ildo horretatik ugaritzen ari dira behar horiei aurre hartzeko etika batzordeak. Artikulu honetan, bioetika, batzorde edota gatazka bezalako kontzeptuak landuz, arlo eta maila ezberdinetan etikak izan duen eta gaur egun duen garrantzia eta garapena ezagutu nahi dira. Bide honetatik, Euskal Autonomia Erkidego eta Nafarroa mailan dauden Etika Asistentzialeko Batzordeak eta Gizarte Eskuartzeko Etika Batzordeak duten egoera aztertu nahi da. Horretarako, modu zabal batean gai honen inguruan dagoen marko teorikoa landu da eta honen ostean, bi arloetan aurkitzen diren batzordeen gaur egungo egoera ikertu da, euren artean aldagai ezberdinak konparatu eta erlazionatuz.

GAKO-HITZAK:

Etika, etika batzordeak, asistentziaren etika, etika gizarte eskuartzean, Euskal Autonomia Erkidegoa, Nafarroa.

La presencia de la ética está cada vez más interiorizada entre los profesionales que trabajan con las personas y consecuentemente los dilemas éticos que surgen (con los usuarios, las decisiones a tomar, las líneas de acción de la organización...) son cada vez más numerosos. Esto requiere la necesidad de proporcionar respuestas y, por ello, cada vez se están creando más comisiones de ética. En el presente trabajo, partiendo de conceptos como la bioética, los comités de ética o los dilemas, se quiere analizar la importancia y el desarrollo de la ética en diferentes ámbitos y planos, para llegar a estudiar la situación de los comités de ética asistencial y los comités de ética en intervención social del País Vasco y Navarra. A tal fin, se estudia el marco teórico que rodea a este tema, para después investigar la situación actual de las comisiones de ambas áreas, comparándolas e examinando distintas variables.

PALABRAS CLAVE:

Ética, comités de ética, ética asistencial, intervención social, País Vasco, Navarra.

1. Sarrera

XX. mendeko azken hiru hamarkadetan, maila zientifikoan eta teknologikoan ematen ari zen garapen azkarrak eta honek jendearengan sortzen zuen zalantza, ezinegon eta babesgabetasun sentimenduen aurrean, diziplina berri bat eratu zen; bioetika. Honen helburua bai osasun arloan (medikuntza, erizaintza, farmazia) eta baita biziaren zientzietako (biologia, oro har, eta genetika, bereziki) diziplinetan ematen ziren arazo etikoei erantzuna ematea edo gutxienez aztertzea zen. Gizartean eman diren aldaketan aurrean eta profesio berriak sortzearekin batera, bioetikaren hedapena gizarte eskuartzeko arloetara ere zabaldu da.

Bioetikaren garapena ezberdina izan da aurrez aipatu diren bi arloetan, hau da, osasun arloan eta gizarte eskuartzearen arloan. Kontzeptu honen inguruko lehen erreferentziak eta profesionalek egindako lehen eskuartzeak, osasun edo medikuntzaren arloan aurkitzen dira eta urte batzuk beranduago zabalitzen da gizarte eskuartzearen arlora. Aipatu den moduan, bioetikaren inguruan azterketa kronologiko bat eginez gero osasun arloa beti gizarte eskuartzea baino pauso bat aurrerago joan dela ikusten da eta bai arlo honen bilakaera bai legediaren garapena maila eta garai ezberdinetan landu dira.

Artikulu honen helburua, osasun arloan eta gizarte eskuartzearen arloan Euskal Autonomia Erkidego (EAE) eta Nafarroa mailan dauden batzordeen egoera aztertzea da, aldagai ezberdinak erlazioan eta konparatuz. Horretarako, hurrengo pausoak eman dira:

- Gai honen inguruko marko teorikoa landu.
- EAE eta Nafarroa mailako batzorde ezberdinen inguruko diagnostikoa egin.
- Batzorde ezberdinen egoera konparatu arloka (Osasuna/Gizarte eskuartzea).
- Batzorde bakoitzaren egoera konparatu probintzi eta erkidegoaren arabera.

2. Kontzeptuen azalpena: marko teorikoa eta testuingurua

2.1. Bioetika

Bioetika kontzeptua bere jatorri etimologikoan bizitzaren etika gisa definitzen da, baina Potter-ek¹ erabilitakoa da gure lan honen oinarrian interesatzen zaigun eta aurkitzen den definizioa. Bere definizioari jarraituz, bioetika biologiarren eta ezagutza humanistikoen arteko nahasketa gisa ulertzen da, eta bere helburua da aurrerapen zientifikoek biologian, osasunean eta ingurunean izan dezaketen eragina ahalbidetu eta aldi berean mugatzeko arauak eta printzipioak finkatzea (Potter, 1970).

¹ Jatorri holandarreko ikerkuntza onkologikoan aritutako biokimikoa zen Potter, lehen aldiz bioetikaren bidez zientziaren mundua eta balioen mundua elkartu nahi izan zituen.

Hala ere, ez zen definizio hau nagusitu arlo akademikoan, eta urte batzuetan zehar, bioetika diziplina osasun eta medikuntzaren arlora soilik murriztu zen. Gaur egun, bioetikaren kontzeptua Potter-en oinarrietara itzultzen ari da, eta horrela, bioetika era globalagoan ulertu eta aztertzen da, gaur egun sortzen diren arazo eta gatazka guztiei modu eraginkorragoan erantzun ahal izateko.

Hori horrela izanik, Bioetika honela ulertuko dugu: “medikuntzaren eta oro har biologiarren alderdi etikoak, eta era berean gizakiaren eta gainerako izaki bizien arteko harremanak aztertzen dituen diziplina” (Casado, 2016).

Lan arlo oso zabala denez eta arrazoi historiko eta kontzeptualengatik, azpiko diziplina hauek ezartzen dira:

1. Ikerketa zientifikoaren etika: ikerketan eman daitezkeen praxi txarren aurrean pertsonaren osotasun eta ongizatea defendatzeaz gain, eskuartzeko eta ikertzeko marko oso bat definitu nahi duen bioetikaren zatia.
2. Asistentziaren etika: zaintza eta asistentzia harremanetan zentratzen den bioetikaren zatia; osasuneko eta gizarte laneko profesionalen praktika profesionalean planteatzen diren auzi moralak barne hartuz.
3. Ingurumen etika: gizakiek (hurrengo belaunaldiek barne) ekosistemarekin duten harremana.

Bioetika kontzeptua lehen aldiz Fritz Jahr artzain protestanteak erabili zuen 1927an, baina ez zen sortu diziplina gisa 1970. urtera arte. Bioetikaren barruan eraldaketa hau emateko eta diziplina gisa onartzeko saltoa emateko hiru arrazoi nagusi eman ziren:

1. Aurrerapen zientifikoak eta teknologikoak eta honek gizartean izan zuen eragina.
2. Asistentzia ereduari emandako aldaketak.
3. Mediku-erabiltzaile harremanean emandako aldaketak.

Urte hauetan eman ziren gertaeren artean, hurrengoek eragin berezia izan zuten diziplinaren sorreran eta garapenean:

- 40-50 hamarkadak, hastapenak:
 - Nuremberg Kodea garatzea (Alemania, 1948), mediku nazien aurka egindako epaiketetan lortutako emaitzen ondorio gisa. Gizakiek ikerketak egitea eta etika batzen dituen lehen protokoloa izango da. Ikerketak egin ahal izateko pertsonak boluntarioki eta adostasuna emanda parte hartu behar dutela azpimarratzen du.
 - “Salgo” kasua (EEUU, 1957)².

² Bizkarreko ebakuntza baten ostean, Martin Salgo paralitiko geratu zen, eta medikua salatu zuen ebakuntzaren ondorio edo arriskuez ongi ez informatzeagatik. Gorte Gorenak ulertu zuen medikua-

- 60-70 hamarkaden artean bioetikaren garapena bultzatu zuten gertaera ugari eman ziren:
 - 1966an onartu zen Helsinkiko Adierazpena, gizakiekin egiten ziren ikerketak jarraitu beharreko orientabideak landu zituen.
 - 1967tik aurrera, bihotzeko lehen transplanteak ematean, heriotza klinikoa definitzeko arazoak sortu ziren.
 - 1968an, Harvard Unibertsitateko medikuntza fakultateak argitaratutako artikulu batek, garun heriotza zehazteko irizpide berriak proposatzen zituen, eta honek, eutanasia eta “norberaren heriotzarako eskubidearen” inguruko eztabaida sortu zuen.
 - 1972an, Andres Hellegersy medikuak (Georgetown Unibertsitatea, Washington), Bioetika zentro bat eratzeke lehen pausoak eman zituen. Bestalde, “Tuskegee” kasuaren ostean³, AEBetako kongresuak “Zientzia Biomedikoen eta Portaeraren alorreko giza subjektuen Babeserako Nazio Batzordea” ezarri zuen. Gainera, Estatu Batuetan bertan, Gaixoen Eskubideen inguruko gutuna onartu zen.
 - 1975ean, “Karen Ann Quinlan” kasuaren ostean⁴, jakinik pertsona batek ez zuela bizitza kontziente bat izango, modu begetatiboan bizirik mantentzearen eztabaida piztu zen.....
 - 1978an, “Zientzia Biomedikoen eta Portaeraren alorreko giza subjektuen Babeserako Nazio Batzordeak” “Belmont Txostena”⁵ argitaratu zuen.
- 80. hamarkada:
 - Espainiako Gobernuak 1980an, transplanteen inguruko legea onartu zuen, 426/1980 Errege dekretua.
 - 1981ean, Bartzelonako Sant Joan de Déu Ospitalean, Espainiako lehen Ospitaleko Etika Batzordea eratu zen.
 - 1982 eta 1983an emandako “Baby Doe 1 eta 2”⁶ kasuek, ospitaletan jaioberriak “egoki”

tratatzeke gidalerroak lantzea ekarri zuen. 1984ean, Estatu Batuetako Gorte Gorenak baliogabetu egin zuen, baina eztabaidak indarrean jarraitu zuen. Aldi berean, Ospitaleek Neonatologian Etika Batzordeak izatea bultzatu zuen.

- 1984ean, xenotrasplanteak hasi ziren.
- 1985ean, Espainiako Auzitegi Konstituzionalak 53/1985 sententziaren bidez, kasu batzuetan abortatu ahal izateko eskubidea arautu zuen.
- 1986an, “Baby M. kasuaren”⁷ ostean, ordezko amatasunaren inguruko eztabaida sortu zen eta polemika handia ekarri zuen.

- 90. hamarkada:
 - 1991an, Herbehereetan eutanasia boluntarioaren inguruan argitaratutako bi ikerketek (Rommelink txostena eta Van Der Wal txostena)⁸, eztabaida izugarria zabaldu zuten Europa eta Estatu Batuetan.
 - 1993an, giza enbrioien lehen klonazioa egin zen Estatu Batuetan eta 1997an Dolly ardia jaio zen.
- 2000. hamarkada:
 - 2004ean, “Bioetikaren inguruko Arau Unibertsalen Adierazpena” zirriborroa onartu zen.
- Azken hamarkadetan, osasun arretak hiru aldaketa esanguratsu jasan ditu:
 - Biztanleriaren osasuna hobetzeko aurrerapen zientifiko eta aukera ezberdinak eman dira.
 - Gaixoaren eskubide legal eta etikoan onarpenak, pertsonak bere eskuartzean erabakitzeko eta kontuan hartzeko gaitasun gehiago izatea ematen dio.
 - Osasun sistema berriak txertatzeak, aukera eta aurrerapen ugari ekarri ditu, baina aldi berean, gatazka eta erronka berriak sortu ditu.

Testuinguru honetan eta gertaera hauen guztien aurrean, 1979an, Beauchamp eta Childress-ek, *Principles of Biomedical Ethics* manuala argitaratu zuten bioetikaren lau printzipio nagusiak ezarri. Honen helburua, gatazka etikoaren aurrean profesionalari hausnarketan lagunduko dion metodo sistemiko bat eratzea zen.

Hasieran, hausnarketa garatu eta erabakiak hartu ahal izateko, lau printzipioak aplikatu behar zirela pentsatzen zuten, beti ere, euren artean talkarik gertatu ezean, eta kasu horretan, lehentasuna zeinek zuten erabaki behar zen. 2003an, Beauchamp-ek

ren betebeharrak informazio guztia ematea zela, eta ordutik, adostasun informatuaren kontzeptua erabiltzen da pertsona edo gaixoaren eskubideez hitz egitean.

³ “Tuskegee kasua”, ordu arte ikerketa sekretua izan zen. Ikerketa hau oinarritu zen sifilisa zuten 400 pertsona beltz gaitzaren aurkako tratamendu gabe uztean (ordurako tratamendu eragin korrak egon arren), gaixotasunaren garapen “naturala” aztertu asmoz.

⁴ Karen Ann Quinlan atzera bueltarik ez zuen koman sartu zen, eta modu begetatiboan mantendu zuten bizirik horren ondoren. Bere gurasoek arnas hartzeko aparatua itzaltzeko eskatu zuten bakean hiltzeko. Epategi baten ezezkoaren aurrean, New Jerseyko Auzitegi Gorenera jo zuten, eta honek, makina deskonektatzeko baimena eman zieten, “heriotza duin eta baketsurako eskubidean” oinarrituz.

⁵ Belmont txostenak Biomedikuntzako ikerketetan partehartzen duten pertsonen eskubideak babesteko gidalerroak ezartzen ditu, autonomia, benefizientzia eta justizia printzipioetan oinarrituta.

⁶ AEBetan Down sindromea eta estenosis pilorika zituen haur baten kasuan, gurasoak ebakuntza egitera ukatu ziren (nahiz eta %90eko probabilitatea izan ebakuntza honekin bizirik jarraitzeko), baina 5. egunean zendu egin zen haurra. 1983. urtean, espina bifidus eta mielomenigozele gaixotasunekin jaiotako ume baten kasuan, gurasoek erabaki zuten ebakuntza berehala ez egitea, eta abokatu batek salatu egin zituen ebakuntza beharrazteko. Epaailek gurasoen alde egin zuten, eta ebakuntza beranduago egin ostean, 6 hilabetetara

haurri altu eman zitoten.

⁷ Ameriketako Estatu Batuetan intseminazio artifizial bitartez sortutako lehen haurra jaio zen. Ama biologikoak, “amatasun subrogatuko kontratu” bat sinatu zuen, eta ondoren, hauraren inguruko “eskubideak” erreklamatu zizkien filiazio eta zaintzaren inguruan adopzioan haurra hartutako gurasoei. 1988an, New Jerseyko Gorte Gorenak adopzioko gurasoei eman zien zainketa eta filiazioa, baina ama biologikoak bisitarako eskubidea lortu zuen.

⁸ Herbehereetako Gobernuak eskatutako ikerketak dira eutansiaren praktika errealearen datu eta nondik norakoak ezagutzeko.

buelta bat eman zion pentsaera honi eta printzipioak aplikatzerako orduan, kasu zehatzaren arabera eztabaidatuak izan behar zutela ezarri zuen.

Hauek dira printzipio nagusiak:

1. Autonomia printzipioa: pertsonaren gaitasun edota eskubidea bere kabuz aukeratzeko norbere jokabidearen arauak eta ekintzen norabidea, kanpoko eraginik jaso gabe.
2. Kalterik ez egitearen printzipioa: besteak nahita mintzeko edo kaltetzeko ekintzarik ez egiteko betebeharra. Berekin dakar ekintza batetik erator daitezkeen arazo edo gaitzak aurreikusteko gaitasunaren garapena.
3. Ongizatearen printzipioa: bestearen mesederako jokatzeko betebeharra, haren interes legitimoak errespetatuta eta sustatuta eta edozein min edo kalte ekidinda.
4. Justiziaren printzipioa: diskriminazio mota oro ekiditeko eta pertsona bakoitza dagokion bezala tratatzeko betebeharra, desberdintasun (ideologiko, sozial, kultural, ekonomiko etab.) egoerak murriztuz.

Gracia-ren (2011) arabera, aurrez aipatu diren 4 printzipioak, maximo (eremu pribatua) eta minimo batzuen barruan antolatzen dira:

- Maximoak: autonomia eta ongizatearen printzipioak esparru pribatuan kokatzen dira, pertsonen euren bizi proiektua eratzeko jarraitzen dituzten sinesmen eta balio sistemari egiten baitiote erreferentzia eta eremu honetan inork ezin dezake eta ez dagokio eragitea. Pertsona batek lortu nahi dituen maximoek dagokie, bere jokaera, erabaki eta pentsaerei zentzua ematen dietena.
- Minimoak: kalterik ez egitearen eta justiziaren printzipioek biziraupena bermatzen duten elementuei dagokie, eta erabaki pertsonalak hartu ahal izateko oinarria osatzen dute. Kalterik ez egitearen printzipioak banakakoaren bizitza ziurtatzen du, eta justiziarenak berriz, bizi pertsonala aurrera eramateko behar diren baliabide eta zerbitzuetan tratatu berdintasuna bermatzen du.

2.2. Etika asistentziala

Etika asistentziala bioetikaren zati edo atal bat da eta honela definitu daiteke: osasun arloan kokatzen den bioetikaren atala da eta profesional eta erabiltzaileen artean sortzen diren gatazka eta arazoen aurrean hausnarketa eta erantzun moralak emateko balio du (Casado, 2008).

Bioetika asistentzialaren hasierak, ikuspegi guztiz klinikoa zuen, eta ez zituen kontuan hartzen gaixotasunak dituen ezaugarri psikosozialak eta gaixotzearen prozesua. Honek, profesional eta

gaixoen artean sortzen zen harremanean eta profesionalen jardunean hutsuneak egotea ekartzen zuen, eta ondorioz, hainbat profesionalen artean ikuspegi hau aldatzeko beharra sortu zen. Hori dela-eta, 70. hamarkada inguruan arreta eskaintzeko modua aldatu egin behar zela planteatu zuten, eta lan egiteko modu berri bat proposatu zuten. Ikuspegi edo jarduteko modu berri hau “medikuntza biopsikosozial” gisa izendatu zen eta honela definitu daiteke: eredu biopsikosozial honetan, pertsona gaixoa bere osotasunean artatzen da, hau da, bere patologiaz gain, kontuan hartzen dira bere sentimendu, balio eta ingurunea (Engel, 1977).

Ikuspegi berritzaile honek izugarriko aurrerapena suposatu zuen profesional eta gaixoaren artean sortzen zen harremana ulertzeko moduan, eta erabiltzailea “gizatiarrago” bilakatzen zuen, baina ez zuen izan espero zen onarpen maila. Hala ere, gerora indarrean dagoen ereduaren aurrekari modutzat ulertu daiteke.

Gaur egun jarraitzen den ereduak, “Gaixoen oinarritutako medikuntza” gisa ezagutzen da: “gaixoen oinarritutako medikuntza: gaixo bakoitzari ahalik eta osasun arreta egokiena eskaintzean datza, bere helburu, balio, lehentasun eta baliabide ekonomikoak kontuan hartuz” (Sacristán, 2013: 461).

Ikuspegi honek bioetikaren oinarriak kontuan hartzea ekarri eta errazten du.

2.3. Etika Asistentzialeko Batzordeak

Etika Asistentzialeko Batzordeak, kontsultako diziplinarietako batzordeak dira, osasun zentro edo erakunde bateko profesional eta erabiltzaileen zerbitzuan dihardutenak, asistentzia jardueraren ondorioz sortzen diren gatazka aztertze eta ebazten laguntzeko asmoarekin. Beraz, batzorde hauek hartu beharreko erabakien eta balio etikoen artean sortu daitezkeen gatazketan erantzun bat eman ahal izateko asmoarekin sortzen dira. Honetarako, egoeraren azterketan eta iritzi trukaketan oinarritzen da, beti ere sortu den arazo etikoari ahalik eta erantzun egokiena eman ahal izateko.

Batzorde hauen ibilbidea ez da oso luzea. Euren aitzindariak, Ikerketa Klinikoko Batzorde Etikoak izan ziren eta hauen bidetara jarraituz osatu ziren lehen batzordeak.

Ikuspegi orokor batetik ulertuz, gisa honetako lehen batzordea pasa den mendearen 20.hamarkadan eratu zela esan daiteke, gaixotasun mental bat izan eta haurrak izanez gero, ezindura bat izateko aukera zegoen kasuetan antzutu edo ez erabakitzeke. Hala ere, batzorde hauek mende erdialdera eratu ziren Estatu Batuetan, eta lehen batzordea Seattlen jaio zen 1960an. “Heriotzaren Batzorde”⁹ gisa ezagutu zen.

⁹ “Heriotzaren batzordeak”, hemodialisi teknika berriaren onuradunak aukeratzeko helburuarekin eratu ziren, baliabideak urriak bai-

ildo honetan, 1971ean, ospitaleek batzorde etikoan inguruan jarraitu beharreko orientabide edo ildo orokorrak onartu ziren, baina, pauso nagusia 1975an eman zen, ondorengo bi arrazoi nagusi hauengatik:

1. Tokion, Munduko Medikuen Elkarteak eginiko 1966ko Helsinkiko Adierazpenaren berrikuspena. Asanblada honetatik ateratako berrikuntza nagusien artean, ikerketa protokolo bakoitza aurrez batzorde etiko batek aztertua eta onartua izan behar zuela zen, eta ondorioz, Biomedikuntza Ikerketako Batzordeak martxan jartzen hasi ziren.
2. Karen Tell mediku iparramerikarrak idatzirikoa artikulu bat. Pediatrek askotan euren gaixoen bizitza eta heriotzaren inguruko erabakiez hitz egiten du artikuluan, eta erabaki hauek hartzen laguntzeko batzordeak eratzea proposatzen du.

Bi gertaera hauek eta “Ann Quinlan” kasuak¹⁰ izan zuten eraginaren ostean, batzordeen eraketa ofiziala, 1976an eman zen.

Apurka-apurka, Etika Asistentzialeko Batzorde hauek Estatu Batuetako ospitale ezberdinetan txertatzen hasi ziren, eta 1992tik aurrera, derrigorrezko betebeharra bihurtu zen ospitale guztiek arazo etikoak ebazteko mekanismoak ezartzea eta garatzea. Horrela, pixkanaka ospitale guztietan Etika Asistentzialeko Batzordeak garatzen joan ziren.

Espanian, lehen batzordea 1974an eratu zen Bartzelonako San Juan de Dios Ospitaleko Obstetria eta Ginekologia departamentuan, bertan sortzen ziren gatazka etikoak ebazte asmoz. Une horretatik aurrera, Asistentzia Batzordeak zabaltzen joan ziren ospitale ezberdinetara, hala nola, Valladolideko Rio Hortega Ospitale Unibertsitario, Nafarroako Unibertsitate Klinikoa edota Madrileko La Concepcion Ospitalera, baina 1990. urtera arte mota honetako lau batzorde bakarrik zeuden estatu mailan. 1992an, Osasun eta Kontsumo Ministerioak, Etikako Batzorde Nazionalen lehen mintegia antolatu zuen, eta honek benetako bultzada eman zion Etika Asistentzialeko Batzordeen garapenera. Hala ere, lehen araudia edo lege ezarpena 1995ean eman zen, INSALUD erakundeak bioetika eta batzordeen inguruko zirkularra argitaratu zuenean¹¹.

Autonomia erkidegoei dagokionez, Espainia mailan dauden 17 autonomia erkidego eta 2 hiri autonomoetatik, gaur egun soilik 8 autonomia erkidegok arautu eta garatu dituzte Etika Asistentzialeko Batzordeak. Hauen artean aurkitzen

tziren eta gutxi batzuentzako aukera baitzegoen. Lehen aldiz, gaixoak aukeratzeko orduan mediku irizpideez gain, bestelako irizpide batzuk erabiltzen hasi zen erabiltzaileen artean lehentasunak ezartzerako orduan.

¹⁰ Duintasunez eta bakean hiltzeko arnasteko makina itzaltzeko Ann Quinlanen gurasoek eginiko eskaerak, New Jerseyko Gorte Gorenak emandako argudioen bitartez Asistentzia Batzordeen sorrera markatu zuen ofizialki.

¹¹ 3/95 Zirkularra, apirilaren 30ekoa, Asistentzia Batzordeen sorrera eta egiaztatpenekoa.

dira Katalunia, EAE, Galizia, Nafarroa, Gaztela eta Leon (2008), Andaluzia, Madril eta Valentziako Erkidegoa, Katalunia izanik lehen autonomia erkidegoa (1993an) eta Madril azkena.

2.4. Etika gizarte eskuartzean

Etika presente egon da Gizarte Lanaren eta gizarte eskuartzean garapen eta prozesuan, baina ez beti intentsitate edo maila berdinean. Gai honen inguruan Idareta, Uriz eta Viscarret-ek eginiko azterlana oinarri gisa harturik (2017) eta Salcedok (2000) eginikoa bateratuz, etapa ezberdin hauek bereiz daitezke:

- **1861-1936, estoizismo aldia:**
 - Testuingurua: estoizismoa eta kristautasuna nagusitzen ziren gizarteetan. Estoizismoa munduarekin armonian bizitzean oinarritzen da, norberaren beharrak naturaren eta egokitu eta zorientasuna bide honetan topatuz.
 - Gertaerak: aldi honetako bi erreferente nagusiak Juan Luis Vives eta San Vicente de Paul izango dira gizarte langintzaren baitan. Lehenak, eskuartzean banakakotasuna, pertsonaren sustapen eta honen onarpena bultzatzen zituen, pobreen prebentzioa eta arreta estatuaren ardura zirela aldarrikatuz. Urte batzuk beranduago, San Vicente de Paulek Vives-en, kristautasun eta estoizismoaren erreferentziei jarraituz, arazoaren pertsonak zuzen eta orekadun mantendu behar zuela aldarrikatu zuen. 1894 aldera, Estatuak arreta eta benefizentziaren inguruan zuen betebeharra onartzen hasi zen, baina ez zuenez beregain hartzen horren ardurarik, batez ere erakunde pribatuak egin ziren kargu. Horrela, 1932an lehen eskola sortu zen garai hartako benefizentzia eta asistentziak zuen kutsu erlijioso mantenduz. Hala ere, kontuan hartu behar da eskolaren sorrera kristautasunaren inguruan kokatu arren, antolamendu politikoa errepublikanoa zela, eta ondorioz, asistentzialismoa eta benefizentzia ez zeudela ongi ikusiak euren kutsu katolikoa zela-eta.
 - Balio etikoak: bokazioa, borondate ona, hurkoari lagundu, buruaskitasuna, solidaritatea, etab.
- **1936-1960, moralaren aldia:**
 - Testuingurua: estatu diktatorial batean aurkitzen gara, non ezaugarri nagusiak kristautasuna eta nazioarteko isolamendu diren. Honek, gizarte langintzaren atzerakada ekartzen du nazioarte mailako erreferentziak galtzen baitira, eta berriz ere benefizentzia eta karitatera itzultzen baita.
 - Gertaerak: onarpen (gizarte langileak erabiltzailea den bezala onartu eta tratatzen du) eta fiskalizazioaren aurkako printzipioak (gizarte langileak ez du erabiltzailea arazo

- edo beharren kausa bezala erruduntzat jotzen) indartzen dira profesioa defenditzeko aurreko forma edo ereduaren aurrean. Ikerketa desberdinek eta profesionalen egiaztatutako printzipio hauek praktikara eraman nahi izan arren, erabat ezinezkoa zela ikusi zen, eskuartze egoki bat egiteko beharrezkoa baita ebaluatzea. 1950. urtetik aurrera, estatua pixkanaka Europa mailara zabaltzen hasten da eta nazioarteko harremanak ugaritzen hasten dira, gizarte langintzako eskolen zabalkunde eta garapena bultzatuz.
- Balio etikoak: karitatea, paternalismoa, pazientzia, borondatea, adeitasuna, etab.
- **1960-1980, balioen garaia:**
 - Testuingurua: aldi honen hasieran, baliabideen eskasia eta gizarte zerbitzuen koordinazio eza dira ezaugarri nagusiak, baina profesio mailan eta gizartean ematen ari den nazioarteko irekierak, pixkanaka aurreko aldiakiko balio eta itxitasunetik ateratzea ekartzen du, pixkanaka iritzi eta ideia kritikagoak agertuz.
 - Gertaerak: Biestek-ek (1957)¹² planteatutako printzipioak aldi horretara egokitzen ote ziren edo ez eztabaida sortu zen. Autore batzuk, hala nola Butrym (1976), gizarte langintzaren hiru eskuartze motek (banakakoa, taldekakoa eta komunitarioa) Biestek-ek ezarritako printzipioetatik onuraren bat lortu zezaketela uste zuten. Beste autore batzuk aldiz, printzipio horiek banakako gizarte langintzaren barruan bakarrik kokatzen zituzten. Arlo akademikoan, profesional eta erabiltzailearen arteko harremana birplanteatzen hasi ziren eta autodeterminazio printzipioa Biestek-ek planteatzen zuen moduan zalantzan jartzen. Biestek-ek ezarritako printzipioak onartzen jarraitzen ziren, baina pertsona errespetatzearen printzipioaren zehaztapen gisa. 1968an egin zen I Kongresu Nazionalan, profesionalak etikaren beharra aldarrikatzen hasi ziren, 1976an Nazioarteko Lehen Kode Deontologikoa onartuz. Latinoamerikako mugimenduak Espainia mailara ere iristen dira, eta benefizentzia eta karitate testuinguru batetik, mugimendu kritikagoetara pasatzen da profesioa gizarte egituren eraldaketak eta komunitate mailako mugimenduak bultzatuz.
 - Balio etikoak: hasiera batean zehaztasun, karitate, solidaritate edota justizia nagusitzen diren arren, pixkanaka eraldatu egiten dira aldi honen amaieran profesionaltasun, altruismo, erabiltzailearen onarpena, ardura eta antzekoak nagusituz.
 - **1980-2002, printzipio etiko, burokratizazio eta aldarrikapen aldia:**
 - Testuingurua: Elizaren eragina gutxitzen ari da gizartean eta baita gizarte langintzan. Kontzientzia etikoa handituz doa profesioan.
 - Gertaerak: Biestek-en printzipioetan zegoen pentsaera aldatuz doa, eta pixkanaka indarra galtzen dute. Hamarkada hauetan profesioaren eztabaida eskuartzea modu egokienean nola burutu aztertzean datza. Horrez gain, lanbidearen teknifikazio eta burokratizazioa ematen da, laguntza funtzioaren gainera kudeaketa funtzioa gailenduz. Gertaera garrantzitsuen artean, 1999an Espainia mailako Kode Deontologikoa eratzeko aurkitzen da.
 - Balio etikoak: aukera berdintasuna, solidaritatea, unibertsaltasuna, kalitatea, gertutasuna, kooperazioa, etab.
 - **2002-2016, gatazka etikoak ebaztea:**
 - Testuingurua: etikak geroz eta garrantzi gehiago du profesionalen artean eta gatazka etikoen inguruan hitz egin eta hausnartzen da. Etikaren 3 dimentsioetan sakontzen da, eta aztertzen da gizarte langintzan hori nola txertatzen den eta zein eragin duen.
 - Gertaerak: 2002an, Bermejo-k “Etica de las profesiones” argitaratzen du erabakiak hartzeko eredu bat gizarte langintzara aplikatuta planteatuz (gazteleeraz egiten den lehenengo aldia), eta gai honen inguruan sakontzen jarraitzeko bide bat irekitzen du. 2006 eta 2007an, Uriz eta bere taldeak, La auditoria ética en Trabajo Social eta Dilemas éticos en la intervencion social argitaratzen dute, profesional, profesio eta etikaren arteko harreman eta gaietan sakonduz. 2012an, Espainiako Kode Deontologikoaren berrikuspen bat egiten da, aurrekoa errealitate berrira egokitzeko asmoz.
 - Balio etikoak: unibertsaltasuna, kooperazioa, solidaritatea, malgutasuna, kalitatea, lehiakortasuna, espezializazioa, eskubidea...

Gaur egun, Gizarte Eskuartzearen Etika iturri ezberdinetan oinarritzen da (kode deontologikoa, Giza Eskubideen Aldarrikapen Unibertsaltasuna, Nazio Batuen araberrako Gizarte Zerbitzuetako printzipioak, Gizarte Zerbitzuen inguruko legedi eta arauak...) eta funtsean hurrengo printzipioak jarraitzen ditu: autodeterminazioa, justizia, duintasuna, askatasuna eta autonomia, ongintza, berdintasuna, justizia soziala, partehartze eta osotasuna.

2.5. Gizarte eskuartzeko Etika Batzordeak

Gizarte eskuartzeko Etika Batzordeen ibilbidea oso laburra da, eta oraindik bere hasieratan kokatzen dela esan daiteke. Hori horrela izateko, ondorengo hauek dira arrazoi nagusiak (Goikoetxea, 2013):

- Alde batetik, Gizarte Zerbitzuetarako eskubideen aitortza eta beraien ibilbidea oso berriak dira, eta ondorioz, eskuartzearen profesionalizazioa, lanbide

¹² Biestek-en printzipioak: indibidualizazioa, sentimenduen adierazpen esplizitua, inplikazio emozional kontrolatua, onarpena, jarrera ez epaitzailea, autodeterminazio eta konfidentzialtasuna.

propioaren bai sistematizazio eta hedapena oso berriak dira.

- Bestetik, orain dela gutxi arte indarrean egon den harreman eredu paternalista izan da, non kasuaren ardura morala ia-ia profesionalaren esku zegoen bakarrik, eta erabiltzaile-profesional arteko harremana ez zen simetrikoa, eta profesionalaren erabaki eta iritziak gailentzen ziren. Ondorioz, gatazka edo arazo etikoak sortzeko aukerak ere urriagoak ziren.

Gaur egun, ikuspegi hori aldatu egin da, eta gizarte zerbitzuen helburu nagusiak ondorengo hiru maila hauetan kokatzen dira: 1) erabiltzailea gaitzea, 2) gizarteratzea eta 3) babestea. Erabiltzailearen papera edo rola ere aldatu egin da, eta aurrez aipatu diren helburuak lortu ahal izateko, hartu beharreko erabakietan eta eman beharreko pausoetan erabiltzaileak oso presente egon behar du. Honek, prozesuan zehar sortzen den harremana simetrikoa izatea ekartzen du, erabiltzailea eskuartzearen parte egitea, bere iritzi edota balioak kontuan hartzea, baina aldi berean, ugaritu egiten du gatazka edo arazo etikoak sortzeko aukera. Hau horrela izanik, arazo berri hauei erantzun ahal izateko instrumentu eta prozedura berriak sortu behar dira eta testuinguru horretan sortu eta garatzen dira Batzorde Etikoak. Inguruabar honetan, ekarpen garrantzitsuak egin ditzakete Batzorde Etikoek, Marije Goikoetxeak (2013) aipatzen duen moduan:

- Gizarte Zerbitzuetan hartzen diren erabakietan zuhurtziaz jokatzeko eta hausnarketa bultzatzeko tresna baliagarriak izan daitezke.
- Profesionaltasun eta profesioa garatzeko tresna izan daitezke.
- Gizarte Zerbitzuak eraikitze eta printzipio eta irizpideak garatzeko baliagarriak izan daitezke.
- Gizarte eskuartzeko ereduaren sistematizazioa bultzatu dezakete.
- Sistema formal eta informalen koordinazioa bultzatu eta erraztu dezakete.
- Eskubideen garapena eta eskuartzearen kalitatea hobetu dezakete.
- Kolektibo ezberdinen berdintasunean aurrerapausoak ematen lagundu dezakete.

Gizarte Eskuartzeko Etika Batzordeen inguruko lehen erreferentziak aztertzen badira, hauek 1987an aurkitzen dira, eta euren erabilgarritasuna azpimarratzen da nagusiki. Garai horretan Batzorde horiek garatu zitzaizketen funtzioen artean, ondorengo hauek aurkitzen ziren (Reamer, 1987: 188-192):

1. Prestakuntza.
2. Politika publikoak garatzea.
3. Kasu konkretuen kontsulta organoa.
4. Kasuen azterketa.

Gaur egun funtzio horiek indarrean jarraitzen dute, eta, gainera, hurrengo hauek gehitu zaizkie:

- Gizarte Zerbitzuen eskuartzean eman daitezkeen arazo edo dilema etikoak aztertzea eta beraien ebazpenean aholkularitza eskaintzea.
- Balioen arteko gatazken ondorioz sortzen diren arazoetan jardute protokoloak garatu ahal izateko orientazioa eskaintzea.
- Gizarte Zerbitzuetako profesionalen artean prestakuntza sustatzea, erabakiak hartzeko orduan balio eta eskubideen ikuspegia barneratu ahal izateko eta bioetikaren printzipioak jarraituz jardun ahal izateko.

3. Ikerketaren metodologia

Ikerketa hau aurrera eramán ahal izateko, errealitatearen analisi bat burutu da. Rubio eta Varas-ek (2004) adierazten duten moduan, errealitatean inguruko analisi orok, ikuspegi kuantitatibo bat izango duen ikerketa du oinarri.

Ikerketa kuantitatiboa, aurretik zehaztutako adierazle batzuk modu kuantitatibo edo zenbakizkoan jaso, prozesatu eta aztertzean datza. Definizio ezberdinak aurkitu ditzakegu, baina Hernandez *et al.*-ek honela ulertzen du: “ikerketa galderak erantzuteko eta aurkeztutako hipotesiak frogatzeko datuen bilketa eta azterketa erabiltzen du eta zenbakizko neurketa, zenbaketa eta estatistika erabili ohi ditu aztertutako laginaren jarrera patroiak zehazteko” (Hernandez, 2003: 5).

Ikerketa kuantitatiboaren bidez, gaiaren inguruko informazioa bilduko da eta honek, bigarren mailako ikerketa burutzea ahalbidetuko du. Ikerketa mota hau beste ikertzaile batzuek bildutako datuen azterketan datza, eta horretarako, ikerketa ezberdinen berrikuspena, meta-analisisa (adierazleen bidez beste ikertzaileek egindako azterketetatik lortutako datuak aztertu, sintetizatu eta laburtzea ahalbidetzen du) eta bigarren mailako azterketa egin daiteke. Kasu honetan, azterketa ezberdinen berrikuspena eta bigarren mailako azterketa erabili dira, lehenengoak errealitatearen inguruan dagoen jakintzaren sintesi bat egitea ahalbidetzen baitu, eta bigarrenak, azterketa konparatibo bat egitea.

4. Ikerketaren emaitzak

Ikerketa burutu ostean lortutako emaitzak hurrengoak dira.

4.1. Etika Asistentzialeko Batzordeak vs. Gizarte eskuartzeko Etika Batzordeak

1. taulan biltzen dira Etika Batzordeen artean nabarmentzen diren ezaugarriak.

1. taula. Etika Batzordeen arteko konparaketa

	Etika asistentzialeko batzordeak	Gizarte eskuartzeko etika batzordeak
Definizioa	Batzorde aholkulari eta diziplinartekoa izango da, osasun erakundeetako eta bertako langile eta erabiltzaileen zerbitzura egongo direnak, sor daitezkeen arazo etikoak aztertu, aholkatu, orientatu eta konpontzera bideratuta.	Diziplinarteko kontsulta batzorde independentea, gizarte zerbitzuen alorrean gerta daitezkeen gatazka etikoak ebazteko aholkularitza eskaini eta erabiltzaileekin ematen diren harremanetan suerta daitezkeen zalantza egoeretan erabakiak hartzea ahalbidetzeko sortua dena.
Funtzioak	<ul style="list-style-type: none"> Interes taldeen artean (profesionalak, gaixoak, familia eta erakundea) gatazka etikoak sortzen dituzten gai klinikoetan erabakiak hartzeko azterketa egin, aholkularitza eskaini eta erabakitze prozesuan lagundu. Batzorde hauek emandako erabakiak ez dira lotesleak. Bioetika gaietako prestakuntza (eztabaidak, mintegiak, bilerak, ikastaroak...) eskaintzen parte hartu, batez ere batzordeko kideak formatzen. <p>Gatazka sortzen duten gaien erantzun ahal izateko gida eta protokoloak prestatu eta profesionalak egunerokotasunean izan behar duten jarreraren inguruko gidak eratu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Eskuartzaileen arteko (profesionalak, erabiltzaileak eta beren senideak, zentroak, zerbitzuak, erakundeak edo administrazioak) gatazka etikoko egoeretan, erabakiak hartzeko prozesua aztertu, aholkatu eta erraztea. Horretarako, txosten eta gomendioak egingo dira, aholkularitza eskatzen duten kasu zehatzetan. Batzordeak hartzen dituen erabakiak lotesleak dira. Gatazka etikoko egoerarako (zehatz nahiz orokorrak) jardura protokoloak edo gomendio agiriak egin eta proposatzea. Gizarte zerbitzuekin lotutako profesional edo boluntarioen eta batez ere Batzordeko kide direnen prestakuntzan lagundu eta sustatu, etikari buruzko gaietan. Beren jardura gainerako Etika Batzordeekin koordinatzea eta sortu daitezkeen Batzorde berrien eraketan laguntzea. Funtzionamenduari buruzko araudia egin eta onartu. Batzordearen jarduerari buruzko urteko memoria egin.
Ez dira funtzio propioak	<ul style="list-style-type: none"> Profesionalen praktika edo jarduna epaitu. Zentroaren aurka aurkezten diren kexa eta salaketen aurrean, iritzia eman edo txostenak egin. Profesionalen, sindikatuen edo zentroaren inguruko antolaketa eta kudeaketaren inguruan eman daitezkeen kexen inguruan aholkatu. Erabaki lotesleak edo izaera zigortzailekoak eman Bere aholkularitza eskatu duenaren ardura hartu. 	<ul style="list-style-type: none"> Eskuartzearen eta prozeduren inguruan aurkeztu daitezkeen kexa edo salaketen aurrean informatu edo txostenak egin. Helegite edo ekintza judizialetan partehartu. Profesionalen praktika edo erabiltzaileen jarreraren inguruko iritzi edo epaiak eman. Administrazio edo erakundearen beste arlo batzuei dagozkien gaietan eskuartu (batzorde deontologiko, diziplinarteko batzorde, sindikatu, etab.). Gizarte zerbitzuen arloan, helburu gisa azterketa sozial edo ekonomikoak dituzten gaien inguruko ikerketa eta txostenak egitea.
Osaera	<p>Batzordeko partaide diren kideak euren ezagutzengatik izaten dira aukeratuak, eta norberaren izenean partehartzen dute.</p> <p>Kide kopuruari dagokionez, ordezkaritza ahalik eta pluralena izatea komeni da, ikuspegi ezberdinak izateko, baina aldi berean, talde operatiboak izan behar dute erabakiak hartu ahal izateko. Horregatik komeni da diziplina anitzekoa izatea taldea.</p>	<p>Batzordeak diziplinarteko osaera izango dute, lanbide desberdinen arteko partaidetza orekatua eta gizarte presentzia kualifikatua bilatuz. Gizarte zerbitzuen eremuko erabiltzaileekin harreman zuzena eta ohikoa duten profesionalak eta arreta zuzeneko lanposturik ez duten pertsonak osatuko dute.</p> <p>Kide kopuru, partehartze edo prestakuntzari dagokionez, araudi bakoitzak ezarriko du bete beharreko baldintzak.</p>

Iturria: Egileak egin.

4.2. Gatazka etikoak

2. taulan azaltzen dira gatazka etikoen inguruan batzorde mota bakoitzaren lanerako ildoak.

2. taula. Batzordeetan lantzen diren gatazka etikoak

Etika asistentzialeko batzordeak	Gizarte eskuartzeko etika batzordeak
<p>Batzorde hauek osasun arloan kokatzen direnez, normalean sortu ohi diren gatazka etikoak hurrengo hauek dira:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pronostiko txarra duten gaixoen tratamenduekin jarraitu edo ez. Hil urreneko gaixoei alta eman edo ez. Egoera berezietan tratamenduen izaera proportzionala ezarri. Neurri aringarrien hedapena erabaki. Ez suspertzeko agindua ezarri. Aireztapen mekanikoa eten. Noiz eta nola eman gaixoari eta familiari informazioa. Noiz eskatu transplanteak egiteko organoak. 	<p>Reamer-ek (1994) 3 egoera edo gaien inguruan ezarri zituen gizarte langileei sortzen zaizkien gatazka edo arazo etikoak eta ikerketa eguneratuagoek erakusten dute (Ballester, Uriz eta Viscarret, 2011; Vila eta Riberas, 2017) gatazka horiek indarrean jarraitzen dutela. Honela sailkatzen dira:</p> <ol style="list-style-type: none"> Erabiltzaileei dagokionez: konfidentzialtasuna, autodeterminazioa, paternalismoa, inplikazio eta distantzia maila egokienak, autoritatearen egikaritza, oinarrizko eskubideak errespetatzea, egiazkotasuna. Erakundeei dagokionez: etika profesionalaren eta erakundearen arauetatik edo goi karguek bidalitako lanetatik sortutako inkoherentziak, baliabide eza edo baliabide desegokiak izatea. Beste profesionalak dagokienez: datuak ezkatzea edo faltsutzea, intrusismo profesionala, lankidetzatza eza, konfidentzialtasuna, akordio gabezia, etab. <p>Aurrez aipatutako ikerketan zehazten da gatazka etiko gehien sortzen dituzten egoerak 3. pertsonen informazioa emate edo ez emateak, erabiltzailearen autonomia errespetatzea eta beste profesionalak gaitasunik ez izateagatik salatzeak sortzen dituztela, hurrenez hurren.</p>

4.3. Kasuak aztertze metodologia

Ondorengo bi ataletan jasotzen dira bai Etika Asistentzialeko bai Gizarte Eskuartzerako kasuetan batzordeek jarraitzen duten metodologia.

4.3.1. Etika Asistentzialeko Batzordeak

Etika Asistentzialeko Batzordeen Gidak, honela deskribatzen du kasuen analisirako jarraitzen den metodologia:

1. Kasuaren egitate kliniko eta psikosozialak aztertu:
 - a. Gaixoaren diagnostikoa eta arazoak zerrendatzea.
 - b. Gaixoaren aurreikuspena.
 - c. Tratamendu aukerak.
 - d. Kasuaren inguruan erakundeak jarraitzen dituen politikak, praktikak eta araudia.
 - e. Aurrez antzeko kasuetan egindakoa aztertu.
2. Interesatuen ikuspuntuak identifikatu:
 - a. Ikuspuntu edo iritziren bat indarkeriaz ezarria izan den zehaztu.
 - b. Gaixoaren balioak eta lehentasunak zehaztu.
 - c. Asistentzia taldea antolatu eta gaixoaren egoera aztertu.
3. Galdera eta gatazka edo arazo bioetikoak formulatu.
4. Epe motz, ertain eta luzera eman daitezkeen onurak zehaztu eta balizko arriskuak aztertu.
5. Taldean kontsentsua lortzen ez denean, berau bilatzen saiatu.
6. Ezartze plan bat markatu:
 - a. Jarraitu beharreko pausoak.
 - b. Aholkuak, gomendioak edota erabakiak komunikatzeko prozedurak.
 - c. Aholkuak, gomendioak edota erabakiak (historia klinikoa eta mediku espedientea) dokumentatzeko prozedurak.
7. Planak duen eragina kontrolatu eta behar bada aldaketak egin.
8. Kasuan jarraitu diren prozeduren ebaluaketa:
 - a. Berrikuspena behar duten prozedura eta politikak zerrendatu.
 - b. Kasuaren aurkezpena prestakuntza jarraituaren barnean ulertu.
 - c. Interesatuei berrikuspen prozesua ebaluatu dezatela eskatu.
9. Kasuen errebisio artxibo bat eratu etorkizunean kontsultak egin ahal izateko.

4.3.2. Gizarte Eskuartzeko Etika Batzordeak

Kasuen analisirako eredu ezberdinak daude, baina orokorrean, hausnartze edo gogoeta plurala jarraitzen dute erabakiak hartzeko. Reamer-ek (1982) proposatutako ereduak oso ondo laburbiltzen du jarraitzen diren pausoak:

1. Balioen gatazka sortzen duten egoerak identifikatu.
2. Erabaki etikoen eragina jaso dezaketen banakako, talde edota erakundeak identifikatu.
3. Ekintza aukera eta alternatiba guztiak identifikatzen saiatu.
4. Aldeko eta aurkako argudioak aztertu, hurrengo hauetan oinarrituz:
 - Izaera orokorreko printzipio eta etika kodeak.
 - Gizarte Langintzako Kode Deontologikoa.
 - Balio pertsonalak eta balio kulturalak.
5. Sektoreko beste profesional, batzorde etiko eta adituei kontsulta egin.
6. Erabakiak hartu, prozesu guztia erregistroetan gordez.

Hala ere, aipatzekoa da, Eskuartzeko Etika Batzordeak egon arren, eta hauen zereginen artean profesionalak aholkatzea egon arren, gaur egun gatazkak kudeatzeko jarraitzen diren sistema edo modu ezberdinen artean, oraindik konfiantzazko edo lagunak diren profesioaletara jotzen dela gatazka hauek nola kudeatu aztertze.

4.4. Euskal Autonomia Erkidego eta Nafarroako Batzordeen arteko konparazioa

Bi autonomia erkidegoen arteko aldeak deskribatzen dira atal honetan.

3. taula. Gizarte Eskuartzeko Etika Batzordeen azterketa konparatiboa Euskal Autonomia Erkidegoan eta Nafarroan

	Araba	Gipuzkoa	Bizkaia	Nafarroa
Araudia	14/2011 Foru Dekretua	46/2007 Foru Dekretua	232/2006 Foru Dekretua	60/2010 Foru Dekretua
Jarduera eremua	Probintzia	Probintzia	Probintzia	Autonomikoa
Partehartzea	Boluntarioa	Boluntarioa	Boluntarioa	Boluntarioa
Batzordeko kide kopurua eta gutxiengo prestakuntza bioetikan	Gutxienez 7 pertsona eta 1 behintzat aditua. 60 orduko prestakuntza	Gutxienez 7 pertsona eta 4 behintzat adituak. 90 orduko prestakuntza	Gutxienez 7 pertsona eta 4 behintzat adituak. 120 orduko prestakuntza	Gutxienez 7 pertsona eta 4 behintzat adituak. 120 orduko prestakuntza
Ardura	Zentro edo erakundeko gerente edo arduraduna	Zentro edo erakundeko gerente edo arduraduna	Zentro edo erakundeko gerente edo arduraduna	Gizarte Zerbitzuen eskumena duen departamentua
Partehartzearen iraupena	4 berriztagarriak	3 berriztagarriak	3 berriztagarriak	3 berriztagarriak 9 arte
Urteko gutxiengo deialdiak	3	3	3	4
Akordioak	Gehiengo soilez edo kideen 2/3	Gehiengo soila	Gehiengo soilez edo kideen 2/3	Gehiengo soilez edo kideen 2/3
Erabiltzaileen sarrera	Erabiltzaileen arretarako unitateak	Erabiltzaileen arretarako unitateak	Erabiltzaileen arretarako unitateak	Batzordeko idazkaritza
Profesional eta erakundeen sarrera	Batzordeko idazkaritza	Batzordeko idazkaritza	Batzordeko idazkaritza	Batzordeko idazkaritza

Iturria: Egileak egina. Indarrean dauden legedietan oinarrituta.

4. taula. Etika Asistentzialeko Batzordeen azterketa konparatiboa Euskal Autonomia Erkidegoan eta Nafarroan

	Euskal Autonomia Erkidegoa	Nafarroa
Araudia	153/1995 Dekretua	435/2001 Agindu Forala
Jarduera eremua	Hurrengo esparruetan kokatu daitezke: a) EAEn kokatzen den zentro, zerbitzu edo osasun etxea, b) osasun eskualdea, c) osasun eskualde bereko edo ezberdineko zentro bat, baina gehiago ezaugarri edo antzeko arazoak dituztenean.	Nafarroan kokatutako zentro, zerbitzu edo osasun etxe bat edo gehiago.
Partehartzea	Boluntarioa	Boluntarioa
Batzordeko kide kopurua eta gutxiengo prestakuntza bioetikan	Gutxienez 7 pertsona: medikuak, erizaintza pertsonala, gizartearen ordezkari izango den aditua eta bioetikan prestakuntza duen pertsona bat.	Gutxienez 7 pertsona: medikuak, erizaintza pertsonala, gizartearen ordezkari izango den aditua eta bioetikan prestakuntza duen pertsona bat. Osasun arloan edo legegintzan lizentziatua den pertsona batek parte hartzea aholkatzen da, baina ikerketa klinikoko eta asistentzia kalitateko etika batzordeetako kideren batek.
Partehartzearen iraupena	4 urte, berriztagarriak.	3 urte, berriztagarriak.
Urteko gutxiengo deialdiak	3.	3.
Akordioak	Gehiengo soilez edo kideen 2/3.	Orokorrean kideen adostasunez hartuko dira akordioak. Hau horrela gertatzen ez denean, txostenetan adieraziko da.
Erabiltzaileen sarrera	Gaixoari Arreta emateko edo funtzio hau duen zerbitzuaren bidez.	Gaixoari Arreta emateko edo funtzio hau duen zerbitzuaren bidez.
Profesional eta erakundeen sarrera	Batzordeko idazkaritzaren bidez.	Batzordeko idazkaritzaren bidez.

Iturria: Lloréns eta Morales (2005) eta indarrean dauden araudiekin abiatuta, egileak egina.

5. Ondorioak: antzekotasunak eta ezberdintasunak

Aurreko atalean aztertu diren adierazle eta koadroek, hurrengo ondorioetara eramaten gaituzte:

1. Gizarte Eskuartzeko Etika Batzordeak:
 - a. Aztertu diren probintzietako Batzordeetan, ez da aurkitzen ezberdintasun adierazgarririk. Aipatzekoa den adierazlea, prestakuntzari dagokiona da, gutxienez eskatzen den prestakuntza 60 ordutik 120 ordura baitoa. Araba da prestakuntza baxuena eskatzen duena eta Bizkaia eta Nafarroa gehien eskatzen dutenak.
2. Etika Asistentzialeko Batzorde eta Gizarte Eskuartzeko Etika Batzordeen artean:
 - a. Orokorrean eta osotasunean aztertuz gero, bi Batzorde motek antzeko egitura, osaera eta funtzionamendua dutela ikusten da. Biak diziplina anitzeko taldeen bidez osatzen dira, taldean iritzi eta ikuspegi ezberdinak ordezkaturik egon daitezkeen, hausnarketa eta eztabaida ahalik eta zabalena eta pluralena izan dadin.
 - b. Batzordeetan lantzen eta aztertzen diren gatazka edo arazo etikoei dagokienez, bi batzorde mota horietan errepikatzen diren gatazkek erabiltzaile eta autodeterminazio printzipioari dagozkio.
 - c. Batzorde mota hauek betetzen dituzten eta betetzen ez dituzten funtzioen artean ez dago ezberdintasun handirik. Bi kasuetan, bakoitza bere esparrura mugatzen da eta euren funtzio nagusien artean jasotzen diren zalantzen aurrean aholkuak eta iradokizunak ematea dago eta inoiz ez jarduera, erabaki eta jarrerak epaitzea.
 - d. Kasuen azterketarako erabiltzen den metodo edo metodologia, hausnarketarena da kasu bietan. Hori dela-eta, jarraitzen diren pausoak eta lan modua, nahiko antzekoak dira. Hausnarketaren bidez, planteatzen den gatazkaren inguruko ikuspegi orokor eta oso bat izatea lortzen da Batzordeko kide bakoitzak bere ikuspuntua azaltzeko aukera baitu eta horrela, arazoa ulertzeko modu ezberdinak aztertzeko aukera dago. Iritzi ezberdin hauetatik abiatuta, erabakien inguruko aldeko eta kontrako argudioak aztertzeko aukera sortzen da, ahalik eta erabaki onuragarriena hartzea baliatuz. Hau izan daiteke metodo mota hau erabiltzeko arrazoiak.
 - e. Kasuen azterketen ostean ematen diren aholku eta txostenak inoiz ez dira lotesleak bi batzordeen kasuan, hau da, euren izaera aholku emaile izatea da.

- f. Gizarte eskuartzeko Etika Batzordeen lan eremua Etika Asistentzialeko Batzordeena baino mugatuagoa da. Lehenak, probintzia mailan kokatzen dira, eta ondorioz, probintzia bakoitzean Batzorde bakarra aurkitzen da sortu daitezkeen gatazka etiko guztiei erantzuteko. Bigarrenak aldiz, probintzia edo autonomia erkidegoen mailaz gain, eskualde edota zentroetan ere aurkitu ditzakegu. Hori dela-eta, batzorde bakoitzak erantzun edo landu behar duen lurralde eremua txikiagoa da, eta honek, sortu daitezkeen gatazka edo arazo etiko gehiago erantzuteko ahalmena izatea ahalbidetzen du edo eremu honetan aurrerapausoak emateko aukera izatea.
- g. Batzorde hauetara iritsi ahal izateko kanalak ezartzea oso garrantzitsua da, gatazka etikoak jasotzeko bidea erabiltzaileak eta profesionalak baitira. Hauek aurkezten dituzte kasuak edo euren jardunak sortzen dizkien gatazkek eta dudak eta hauek planteatu ahal izateko mekanismoak eskura izatea beharrezkoa da. Horregatik, bai Gizarte Eskuartzeko Etika Batzordeek bai Etika Asistentzialeko Batzordeek ere, profesional eta erabiltzaileak artatu ahal izateko organo edo unitateak eratu dituzte.

3. Autonomia erkidegoen artean:

- a. Aztertu diren bi arloetan, Nafarroan baino lehenago lantzen da legedia EAE mailan, hau da, EAE aitzindari da etika eta batzordeen legegintzan.
- b. Kasu honetan ere Batzordeen funtzio, egitura edo iraupenen antzekoa da bi autonomia erkidegoetan.
- c. Gizarte Eskuartzeko Etika Batzordeak, Etika Asistentzialeko Batzordeen esperientzian oinarritzen dira euren doitzeta eta sorreran.

Orokorrean, Etika Asistentzialeko Batzordeak Gizarte Eskuartzeko Etika Batzordeak baino pauso bat aurrerago doaz. Hau horrela izateko arrazoi ezberdinak daude, euren artean aurkitzen direlarik: euren ibilbide, garapen historiko, natur zientziak giza zientziak baino gehiago landu direla, etab.

Hala ere, pixkanaka barneratzen doa eskuartzeek gizartean duten garrantzia eta osasun arloan ematen diren lanketarekin parekatzeko beharra. Horregatik, geroz eta pauso gehiago ematen dira araudi, protokolo edo gida mailan, eta Batzordeek eskaini dezaketen onurak eta aurrerapausoak aitortuz, geroz eta gehiago dira honen beharra ikusten duten profesionalak.

Horregatik, beharrezkoa da bide honetan jarraitzea eta hausnarketa eta eztabaida ildo ezberdinak zabaltzea.

Aipatutako bibliografia

- BALLESTERO, A.; URIZ, M.J.; eta VISCARRET, J.J. (2011): "Dilemas éticos de las trabajadoras y los trabajadores sociales en España", *Papers*, 97 bol., 4 zb., 875-898 or.
- BIESTEK, F.P. (1957): *The Casework Relationship*, Londres, Unwin Hyman.
- BUTRYM, Z. (1976): *The Nature of Social Work*, Londres, Macmillan.
- CASADO, A. (2016): "Zer da bioetika?", *Euskonews & Media*, 410 zb. [<http://www.euskonews.com/0410zkb/gaia41001eu.html>].
- (2008): *Bioética para legos: una introducción a la ética asistencial*, Mexiko, Plaza y Valdés.
- EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGO (1995): "143/1995 Dekretua, otsailaren 7koa, Sorospenerako Etika-Batzordeak sortu eta kreditatzeari buruzkoa", *Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkaria*, 43 zb.
- GAZTELA ETA LEONGO JUNTA (2008): *Guía para comités de ética asistencial*, Gaztela eta Leoneren Osasun Saila.
- GOIKOETXEA, M.J. (2013): "El aporte de los Comités de Ética en Intervención Social", in LEON, F.J.; SIMÓ R.M.; eta V. SCHMIDT, V., *Experiencias de los Comités de Ética Asistencial en España y Latinoamérica: análisis de casos ético-clínicos*, Santiago, Felaipe, 271-276 or.
- GRACIA, D. (2011): *La cuestión del valor*, Madrid, Real Academia de Ciencias Morales y Políticas.
- IDARETA, F.; ÚRIZ, M.J.; eta VISCARRET, J.J. (2017): "150 años de historia de la ética del Trabajo Social en España: periodización de sus valores éticos", *Cuadernos de Trabajo Social*, 30 bol., 1 zb., 37-50 or.
- NAFARROAKO GOBERNUA (2001): "435/2001 Foru Agindua, abuztuaren 24koa, Osasun kontseilariak emana, Osasun Laguntzako Etika Batzordeak sortu eta kreditatzea arautzen dituen", *Nafarroako Aldizkari Ofiziala*, 116 zb.
- POTTER, V.R. (1970): "Bioethics, the science of survival", *Perspectives in Biology and Medicine*, 14 zb., 127-153 or.
- RUBIO, J.M.; eta VARAS, J. (2004): Ámbitos de análisis de la realidad. El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación, Madrid, Editorial CCS, 105-124 or.
- SACRISTÁN, J.A. (2013): "Patient-centered medicine and patient-oriented-research: Improving health outcomes for individual patients", *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13 zb., 6 or.
- SALCEDO, D. (2000): "La evolución de los principios de trabajo social", *Acciones e Investigaciones Sociales*, 11. zb., 79-112 or.
- SAN SEBASTIAN, M. (2016): "Palabras similares, diferentes conceptos: Rentas Básicas", *Servicios Sociales y Política Social*, 110 zb., 73-89 or.
- SÁNCHEZ, C. (2008): *Situación actual de los Comités de Ética Asistencial en España* [Bioetika Masterreko tesina], Kordoba, ICEB [<http://www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/tesina.pdf>].
- VIDAL, M. (koord.) (1989): *Bioética. Estudios de bioética racional*, Madrid, Tecnos.
- VILAR, J.; eta RIBERAS, G. (2017): "Tipos de conflicto ético y formas de gestionarlos en la educación social y el trabajo social. Retos en las políticas de formación", *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 25. bol., 52. zb. [<https://epaa.asu.edu/ojs/article/view/26511>].
- LLORENS, L.; eta MORALES, S. (2005): "Bioética y Comités de Ética asistencial en España: comparación de las legislaciones actuales", in TORREGROSA, R.; eta LLORENS, L. (koord.), *La bioética y la clínica I: una aproximación desde la práctica diaria*, saila: Estudios para la Salud, 17. zb., Valentzia, Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, 9-36 or. [<https://www.scribd.com/document/203970372/La-Boetica-y-la-Clinica->].

Un modelo de datos de panel aplicado al desarrollo de los cuidados domiciliarios profesionales destinados a personas mayores

Fernando Jimeno Jiménez

Investigador en materia de servicios sociales

José Aureliano Martín Segura

Departamento de Organización de Empresas, Universidad de Granada

Artikulu honetan ikertzen da bizi-baldintzetan adierazgarritzat harturiko aldagai ekonomiko, sozial eta demografikoek biztanle helduentzako bideraturiko etxez etxeko programa profesionalen garapenean duten eragina. Horretarako erabili da 1990-2010 eperako panel-datuen eredu iragarle bat. Kontuan hartu behar da aro horretan gertatu dela gizarte-zerbitzu espainiarren garapenean ezagututako aurrerabiderik nabarmenena. Etxez etxeko programekiko erlazioan koefiziente positiboa adierazten dute ondorengo alderdi hauek: BPG per capita, biztanle adinduaren bakardade-egoerarekiko hurbilketak, landa-eremuan bizi den biztanleriaren adierazle eta ikasketen gabeziak. Koefiziente negatiboa lortzen dute Espainian dauden atzeritarrek eta 80 urte edo gehiagoko biztanleek. Halaber, egiaztatzen da 2005. urtean gertatu zela egiturazko aldaketa hori, eta bat etorri dela epe luzeko zaintzen espainiar sistemaren hasiera, onarpen eta abian jartzearekin.

GAKO-HITZAK:

Pertsona adindiak, panel-datuak, etxez etxeko programak, ezaugarri baldintzatzaileak.

Este artículo indaga en la incidencia de variables económicas, sociales y demográficas, representativas de condiciones de vida, en el desarrollo de los programas profesionales domiciliarios destinados a personas mayores. Para ello, se utiliza un modelo predictivo de datos de panel durante el periodo 1999-2010, que coincide con la etapa de mayor avance en el desarrollo de los servicios sociales españoles. El PIB per cápita, la aproximación de la situación de soledad de la persona mayor, el indicador de población residente en ámbito rural y la ausencia de estudios obtienen significación con coeficiente positivo en relación con los programas domiciliarios. Alcanzan coeficiente negativo la presencia de personas extranjeras en España y la proporción de personas con 80 años o más. Además, se constata el año 2005 como fecha en la que se produce un cambio estructural, coincidiendo con la génesis, aprobación y puesta en marcha del sistema español de cuidados de larga duración.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores, datos de panel, programas domiciliarios, condicionantes.

1. Introducción

Es un hecho constatado la preferencia de las personas mayores por envejecer en el domicilio donde siempre han residido (Sancho *et al.*, 2007). Así lo atestiguan las consultas de opinión efectuadas en los últimos años, en las que casi nueve de cada diez personas participan de esta idea, con tendencia ascendente. Ante la pregunta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), “¿Dónde prefiere envejecer cuando sea mayor?”, realizada en el Estudio CIS 2117/1994, la población se posiciona a favor de la idea de disfrutar la vejez en su casa (76,4 %), elevándose (83,9 %) en el Barómetro CIS 2801/2009. En la Encuesta sobre Personas Mayores del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero) de 2010 se consolida el aumento (87,3 %). En paralelo, disminuye la pretensión de ingreso residencial, alternativa a la permanencia en el hogar propio.

El domicilio personal es punto de encuentro de la persona mayor con su cuidador, con su historia vital y modo de vida, incluido el ocio (Rogeró, 2009). No obstante, existen obstáculos limitadores para la permanencia, como la escasez de instrumentos sociales que potencien los servicios domiciliarios (Sancho *et al.*, 2007) y la mínima oferta de vivienda social (Sarasa, 2003), así como los déficits y carencias de los inmuebles, recursos insuficientes ante la crisis del sistema tradicional de cuidados de larga duración (Carrasco, 2013). Envejecer en el domicilio se ha convertido en un reto que debe afrontarse con la pensión, la vivienda propia y la familia (Alfama *et al.*, 2014).

Una vez tomada la decisión, momento crítico para el interesado y su familia, se plantea un nuevo interrogante: ¿quién se encarga de los cuidados, especialmente en supuestos de larga duración? Contrastando el Estudio CIS 2117/94 con el Barómetro 2801/2009, se aprecia una deriva de los encuestados en dirección a la preferencia en la atención por el cónyuge (desde el 29,4 % hasta el 45,3 %), en detrimento de los hijos (de un 39,6 % inicial al 21,5 %). En lo que afecta al ámbito de este artículo, también se observa una confianza creciente en los servicios sociales públicos, desde el 10,8 % (1994) hasta el 13,6 % (2009) y privados (que se eleva en cinco puntos sobre el porcentaje inicial del 4,1 %).

Programas domiciliarios y residenciales actúan a modo de disyuntiva, en la que la segunda opción adquiere naturaleza sustitutiva, ofreciendo al beneficiario la cobertura de sus necesidades vitales junto a tratamientos que alivien o retrasen el deterioro. Los primeros suelen complementar los apoyos efectuados por los cuidadores tradicionales, familiares cercanos o personas del entorno, tareas de difícil ejecución o complejidad en su realización, con independencia de contribuir a la minoración del estrés en el cuidador habitual. La vivienda se convierte en la principal entidad prestadora de servicios asistenciales (Pérez, 2003).

El modelo español en materia de cuidados de larga duración a finales del siglo XX se enmarca en el modelo mediterráneo o asistencial, con mayor presencia del tradicional recurso residencial y mínima de los programas alternativos domiciliarios. Ha sido a comienzos del siglo XXI cuando la atención profesional de las personas mayores que residen en su domicilio ha visto incrementada de manera sensible su presencia, fundamentalmente al amparo de los servicios de ayuda a domicilio (SAD) y teleasistencia (TAD) y, en menor medida, de la asistencia a centros diurnos o nocturnos, en un viaje dirigido a una aproximación a los países de nuestro entorno. Estos programas profesionales (cuidados formales) complementan, sustituyen, compensan o ayudan ante la especificidad de la tarea que desempeña la familia (cuidados informales), en función de los casos (García *et al.*, 2011).

Es necesario indicar la posición del sistema de atención domiciliario español en el marco comparado. El modelo universal implantado en los países del norte de Europa ha potenciado el servicio de ayuda a domicilio, con indicadores de cobertura que pueden alcanzar el 20 %, porcentaje muy superior al del sistema mediterráneo (en torno al 5 %), donde se localiza el supuesto español. Entre ambos, el modelo continental. No obstante, los sistemas se encuentran en fase de cambio, un “proceso de convergencia de ida y vuelta” (Rodríguez, 2007: 354), en el que norte y sur modifican su posición de origen.

El objetivo del presente artículo consiste en analizar si determinadas condiciones de vida, representativas de factores económicos, sociales y demográficos, influyen y pueden predecir el desarrollo de los cuidados profesionales domiciliarios. Para ello se propone, por un lado, un examen descriptivo de su evolución desde 1999; por otro, un modelo empírico de datos de panel que pueda determinar variables significativas con incidencia en su evolución, con exposición previa de investigaciones realizadas en este ámbito de estudio.

2. Los programas profesionales domiciliarios

El Informe Gaur (1975) puede considerarse uno de los primeros textos que analizan las condiciones de vida de las personas mayores en España, documentando 55.000 plazas residenciales, representativas del 1,56 % de los mayores de 65 años (Imsero, 2012), con los programas domiciliarios escasamente desarrollados. A principios de los noventa, un 0,46 % de las personas con 65 años o más recibía la atención del SAD, que preferentemente prestaba atenciones de hogar y no tanto de cuidados personales (Sancho y Rodríguez, 2001). Será a partir de 1999 cuando el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero) contraste datos de ambos programas de manera continuada y los refleje en términos relativos (beneficiarios de programas respecto de la población con 65 o más

años). El periodo analizado (1999-2010) coincide con el desarrollo del Estado de Bienestar español, etapa en la que se han producido los principales acontecimientos relacionados con los servicios sociales, incluyendo la puesta en marcha de la Ley de Dependencia (LAPAD).

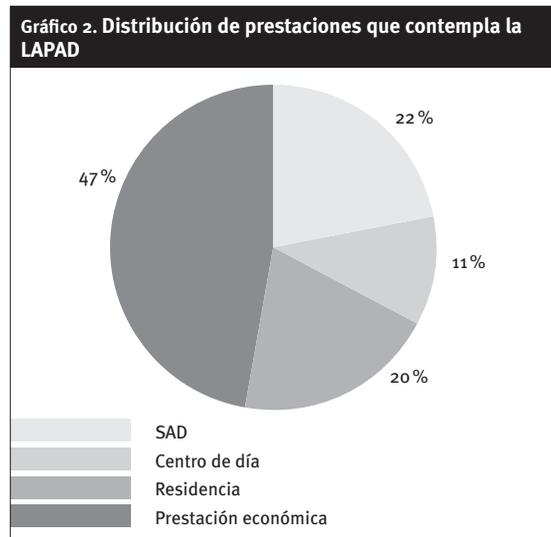
En este artículo vamos a considerar programas domiciliarios los servicios denominados “básicos”, el de ayuda a domicilio y el centro diurno/nocturno, debido a que la teleasistencia es un servicio complementario cuyo coste mensual se puede equiparar al importe de una hora y media del SAD. De igual forma, tampoco tenemos en cuenta los servicios de promoción y prevención, por su desarrollo reciente en el marco del sistema de dependencia (LAPAD) y porque, en general, se facilitan conjuntamente con los programas básicos.

El SAD se ha caracterizado por ser un recurso que responde a los problemas de atención personal (aseo, comida o desplazamientos), junto con los meramente instrumentales (limpieza del hogar, mantenimiento o gestión administrativa). El centro diurno/nocturno, tránsito entre el domicilio y el centro, promueve la permanencia en el hogar aportando atención sociosanitaria y respiro al cuidador.

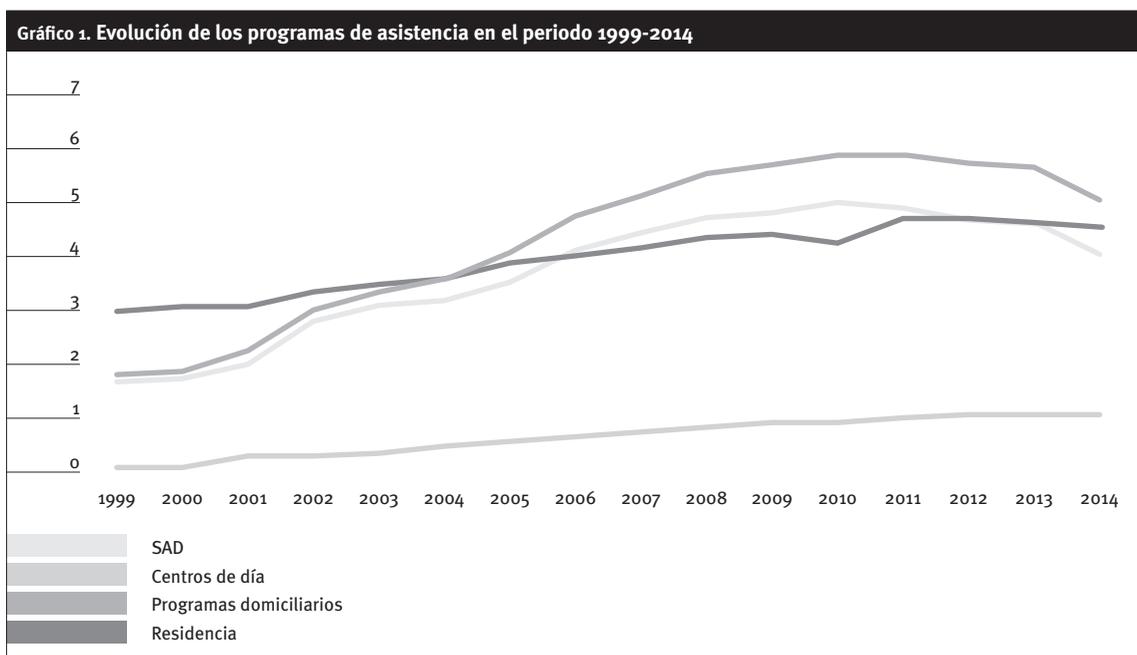
En el Gráfico 1 se comprueba que los servicios profesionales domiciliarios han triplicado su indicador en el periodo 1999-2014, del 1,78% al 5,06%, con un desarrollo territorial heterogéneo y base en el incremento del SAD. Se aprecian dos fases diferenciadas, una primera de crecimiento constante hasta 2011, ralentizado a partir de 2007, y otra segunda de descenso, con retorno en 2014 a posiciones de 2007. Por contra, la alternativa residencial ha suavizado su minoración manteniéndose estable en los últimos años, motivo

por el que se puede considerar que la crisis económica iniciada en 2007 ha afectado en mayor medida a los programas domiciliarios que a los residenciales.

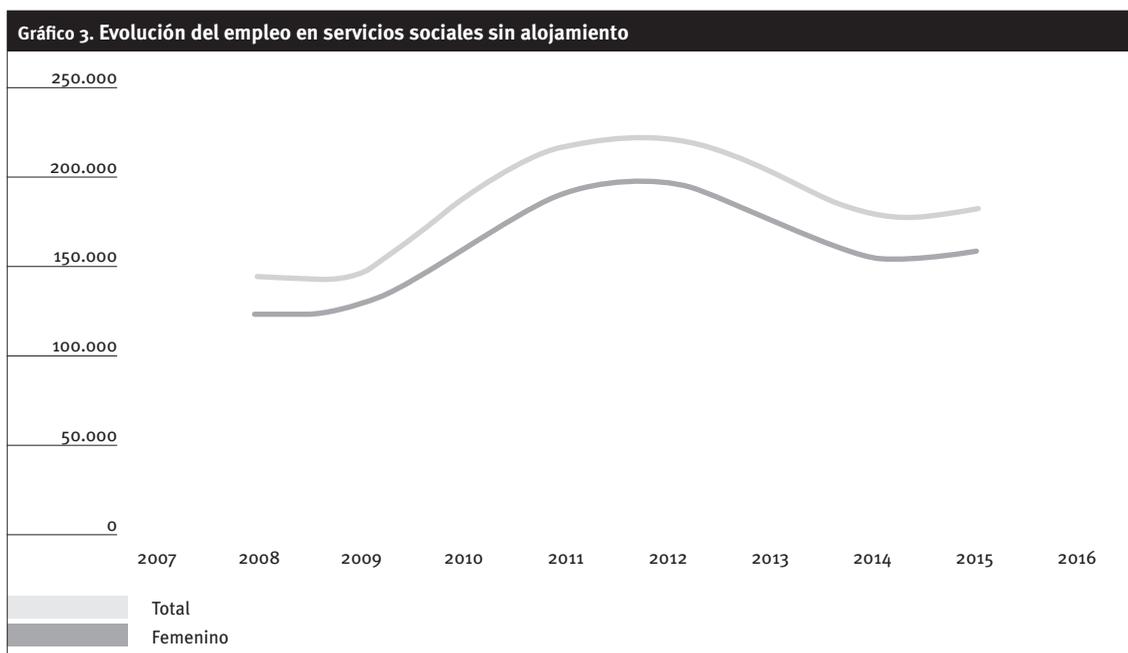
El Gráfico 2 expone la distribución de programas básicos en aplicación de la LAPAD a nivel nacional en un momento concreto. Debe matizarse que el 72,07% de los beneficiarios de prestaciones del sistema de dependencia tiene 65 años o más. Con independencia de las prestaciones de naturaleza económica familiar, se refleja una proporción mayor de programas domiciliarios (20% SAD y 11% centro diurno) que residenciales (22%), dada la preferencia domiciliaria (O’Shea, 2003) en la elaboración del programa individual de atención.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Imsero (septiembre 2016).



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Imsero.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Población Activa.

Los servicios profesionales no residenciales han supuesto no solo la mejora de las condiciones vitales de un importante sector de población, sino también un destacado yacimiento de empleo, fundamentalmente femenino. En el examen del Gráfico 3, obtenido con información de la Encuesta de Población Activa (EPA), se comprueba que el punto culminante en ocupación laboral de los programas domiciliarios tiene lugar en 2012 (en torno a 221.500 personas), con un descenso durante 2013 y 2014 y una estabilización en 2015 (183.100), cifras concordantes con la disminución en la provisión de los servicios.

3. Programas domiciliarios y condiciones de vida

En este apartado se presentan los resultados de investigaciones efectuadas a nivel nacional e internacional referidas a los determinantes que condicionan los servicios domiciliarios respecto de los residenciales y, en su caso, a los cuidados familiares, factores predictivos de una modalidad u otra de atención. Se realiza un repaso con estudios publicados desde la década de los noventa hasta la actualidad.

Huijsmann y Dolmans (1990) relacionan el servicio de ayuda a domicilio con la edad avanzada, con una implantación máxima en el grupo de 80-84 años, con las rentas derivadas de pensiones públicas y con las personas que viven en soledad, destacando que a mayor edad se incrementan las horas de prestación, así como con el desgaste tras años de intenso cuidado familiar. Holstein, Pernille, Almind y Holst (1990) estudian los mayores daneses (70 a

95 años) beneficiarios de programas comunitarios, y detectan como determinantes la situación de soledad, los varones con problemas en su capacidad funcional, padecer limitaciones que afectan a la vista, oído o memoria, sufrir depresión, las personas con expectativas de evolución y, en sentido negativo, las rentas elevadas en tanto que limitadoras de la atención domiciliaria pública. Thorslund, Norström y Wernberg (1991) vinculan la ayuda a domicilio en Suecia con la imposibilidad física de actuaciones instrumentales, con mención especial a las personas mayores en soledad.

Pampalon, Colvez y Bucquet (1991) analizan el tiempo dedicado a la provisión de recursos, tanto profesionales como familiares, en el domicilio; el de una persona encamada o postrada es de casi 50 horas semanales, disminuyendo a 4 horas si tiene movilidad y puede desplazarse fuera del domicilio. Bowling, Farquhar y Browne (1991) concluyen que, en el examen comparativo de Londres (zona urbana) y Essex (zona semirural), el tamaño del hogar predice la tipología de recurso asistencial a utilizar. Jette, Tennstedt y Crawford (1995) concluyen que la atención con programas asistenciales en el domicilio retrasa la necesidad de ingreso residencial. Wilkins y Park (1998) relacionan el SAD público canadiense con el envejecimiento, el sexo femenino y el padecimiento de problemas crónicos de salud.

Sttodart, Whitley, Harvey y Sharp (2002), aplicando un modelo de regresión logística a dos grupos separados por un umbral de 75 años, asocian la atención domiciliaria con la edad avanzada, el estado civil de viudedad, complicaciones de salud (físicas, emocionales e intelectuales), problemas de movilidad, carencia de vehículo propio e incremento de caídas. Forbes *et al.* (2003), partiendo de las

Encuestas Nacionales de Salud canadienses, relacionan el SAD con las personas mayores, el sexo femenino, la situación de soledad, las rentas bajas, la dificultad en la realización de actividades de la vida diaria y, de manera especial, la falta de ingresos hospitalarios en el año anterior. Hellström, Persson y Hallberg (2004), coinciden en gran parte con estas conclusiones, ya que relacionan el servicio domiciliario con la edad avanzada, la viudedad, el sexo femenino y la vida en soledad.

Sarasa (2003) identifica los modelos europeos en función de la posición del SAD, desde el protagonismo domiciliario en los países escandinavos, hasta la menor presencia en el continental y la incipiente en el mediterráneo. Sundström y Johansson (2005) detectan un cambio en Suecia, toda vez que existen menos personas con programas domiciliarios, aumentando las fórmulas de colaboración familiar. En este sentido, Sundström, Johansson y Hassing (2002) matizan que el cuidado informal en Suecia se fija en un 60 % en 1994 y en el 70 % en el año 2000. Con motivo de los recortes en los servicios sociales en Suecia, Meinow, Käreholt y Lagergren (2005) precisan que las limitaciones cognitivas y la situación de dependencia predicen la atención a domicilio, dependiendo la intensidad en función de la situación de necesidad. Viitanen (2007) asocia un incremento del gasto público con el aumento de los servicios públicos de atención asistencial y Dramé *et al.* (2011) la permanencia en el domicilio con el acompañamiento familiar y programas de apoyo.

Vilaplana (2009), una vez efectuadas simulaciones, vincula el envejecimiento del cuidador con el desarrollo del servicio de ayuda a domicilio frente a la prestación económica. Rogero (2010) refleja el impulso de los servicios profesionales con la edad avanzada del beneficiario, por entender que son necesarias frecuencia e intensidad en los cuidados, con mayor presencia femenina a consecuencia de su mayor longevidad. Ayuso, del Pozo y Escribano (2010) concluyen que las personas casadas tienen menores probabilidades de ingreso residencial. García (2011) diferencia la estancia de la persona mayor en vivienda propia respecto de la residencia en vivienda de los hijos, con un incremento de la situación de dependencia en la segunda situación.

Yamada, Siersma, Avlund y Vass (2012) analizan la diferente intensidad en la utilización del servicio de ayuda a domicilio en Dinamarca, señalando que los supuestos de mayor intensidad en la atención favorecerían el futuro ingreso residencial y los de menor duración horaria lo retrasaban. Desde la perspectiva económica, Demaerkschalls y Van Denboer (2013) vinculan las rentas medias y elevadas con una atención informal, no profesional. Para Murphy, Whelan y Norman (2015), en posición similar a las anteriores investigaciones, la atención domiciliaria pública se asocia con la dificultad para efectuar actividades instrumentales de la vida diaria y con la edad avanzada, y la dependencia moderada

se relaciona con la asistencia en domicilio frente a la residencial. Las últimas tendencias se dirigen al análisis de la prestación efectiva del servicio y la medición de su calidad. Laxer *et al.* (2016) inciden en la trascendencia de su control, así como en la mejora del servicio por medio de la formación profesional y los requisitos de cualificación. Kuzuya *et al.* (2006) reflejan cómo los beneficiarios asiduos de los centros de día (dos o más veces de asistencia) alcanzan una tasa de mortalidad inferior frente a los que no acuden a ellos.

Por último, Martínez Buján (2014) relaciona la presencia de trabajadores inmigrantes con la falta de cobertura del sistema de dependencia, entendiendo Martínez y Martínez (2015) que existe relación entre la prestación económica para cuidados familiares y la presencia de trabajadores extranjeros.

4. Un modelo de datos de panel aplicado al desarrollo de los programas domiciliarios

Dado que el objetivo principal de este artículo es conocer cómo inciden los determinantes económicos, sociales y económicos en la prestación de los servicios profesionales domiciliarios en la España de principios del siglo XXI, se plantea un panel de datos de naturaleza predictiva. Su aplicación permite no solo conocer cuáles son las variables que obtienen significación estadística, sino también precisar si se ha producido algún cambio estructural en el periodo examinado, por utilizar un modelo de efectos fijos en el tiempo.

El panel es un modelo de regresión¹ que combina la variabilidad del periodo analizado con la transversalidad de la información por comunidad autónoma, enriqueciendo los resultados por reflejar la evolución en tiempo con el contenido de las 19 autonomías.

El periodo al que se aplica es el correspondiente al desarrollo del Estado de Bienestar español, de 1999 a 2010. La principal limitación del estudio tiene lugar por la falta de información estadística oficial a partir de 2011 en determinadas variables (ausencia de estudios, soledad), circunstancia que obliga a acortar el año de cierre.

¿Qué beneficios genera el panel? Por una parte, facilita el control de la heterogeneidad no observable y, por otro, con la desagregación territorial, aporta mayor conocimiento debido a que en un periodo de doce años se obtienen 228 observaciones por cada variable, cuando serían 12 si los datos fueran solo nacionales.

La variable estudiada o dependiente sería una aproximación de lo que se ha definido anteriormente

¹ $Y_{it} = c_i + b_1x_{1it} + b_2x_{2it} + \dots + b_nx_{nit}$
 $i = 1, 2, 3, \dots, 19$ (autonomías); $t = 1, 2, 3, \dots, 12$ (anualidades 1999-2010).

como servicios profesionales domiciliarios destinados a personas mayores. Se representa por medio de un indicador de cobertura de programas domiciliarios (ICPD), equivalente al número de personas con 65 o más años que disfrutaban de los servicios de ayuda a domicilio (cuidados personales y actividades de hogar) y centros de día (en menor medida, de noche), dividido por el total de personas de ese grupo de edad². Para ello, se utiliza la información facilitada por el Imsero en los informes anuales sobre las personas mayores en España (1999-2010).

Tras efectuar los contrastes, son seleccionadas las variables independientes descritas en la Tabla 1, referidas a circunstancias económicas, sociales y demográficas, obtenidas de la estadística oficial que elabora el Instituto Nacional de Estadística (INE). El PIB se define per cápita con la finalidad de facilitar la mejor comparación autonómica y las variables sociales (soledad, ausencia de estudios y extranjeros en España) en porcentajes sobre la totalidad. La edad avanzada se representa por medio de la proporción de personas con 80 o más años respecto de la población absoluta y la ruralidad en función del porcentaje de personas que residen en municipios con menos de 10.000 habitantes, con criterio similar al mantenido en el *Libro blanco del envejecimiento activo* (Imsero, 2011).

Tabla 1. Variables independientes del panel de datos

Circunstancias	Variables independientes	Fuente
Económicas	PIB (per cápita)	Contabilidad regional (INE)
Sociales	Soledad de las personas mayores, ausencia nivel educativo y situación de extranjería	Indicadores sociales (INE)
Demográficas	Envejecimiento del envejecimiento, ruralidad en España	Demografía y población (INE)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Resultados del modelo econométrico (variable dependiente: programas domiciliarios)

Variable	Coefficiente	Desviación estándar	Estadística-t de Student	Probabilidad
PIB per cápita	0,000217	4,58E-05	4,752051	0.0000
Soledad	0,084851	0,051784	1,638537	0.1029
Envejecimiento (≥ 80 años)	-0,439878	0,158685	-2,772016	0.0061
Ruralidad	0,062693	0,009590	6,537124	0.0000
Extranjería	-0,161370	0,034154	-4,724821	0.0000
Educación (sin estudios)	0,124152	0,030710	4,042697	0,0001

Fuente: datos del modelo econométrico (1999-2010).

²

$$\text{ICPD} = \frac{\text{Plazas estancias diurnas/nocturnas} + \text{Personas SAD}}{\text{Población de 65 años o más}} * 100$$

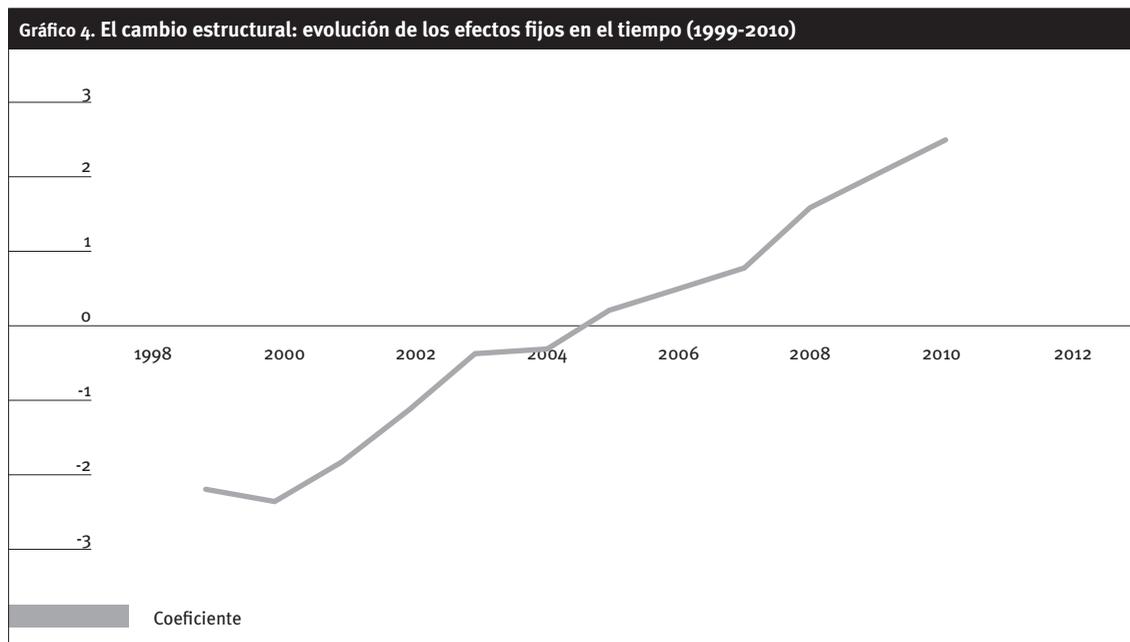
5. Resultados y discusión

Tras la aplicación del panel, los resultados del modelo econométrico se refieren en la Tabla 2, donde obtienen significación positiva respecto del desarrollo del indicador de programas domiciliarios, la variable del PIB per cápita, la aproximación de la situación de soledad de las personas mayores, el domicilio en el ámbito rural y la ausencia de estudios. Con significación negativa, la proporción que representan los extranjeros residentes en España y la edad avanzada (80 años o más). Debe destacarse que la totalidad de los factores se encuentra por debajo del 1% de significación, a excepción del que identifica la situación de soledad, que registra en torno al 10%.

De igual forma, como quiera que el modelo econométrico adopta la modalidad de efectos fijos en el tiempo, en la Tabla 3 y el Gráfico 4 se refleja que el año 2005 es el momento en el que se produce el cambio estructural. A continuación se comentan los resultados.

La evolución del producto interior bruto se relaciona directamente con el desarrollo de los programas domiciliarios, determinando que un incremento de este indicador macroeconómico genera la misma evolución en el nivel asistencial. En este sentido, en consonancia con lo reflejado anteriormente por Viitanen (2007), la mayor dotación de gasto público repercute en idéntica línea en los recursos sociales.

Existe una posición unánime en la doctrina científica acerca de la vinculación existente entre los cuidados profesionales y la situación de soledad de la persona mayor (Huijismann y Dolmans, 1990; Holstein *et al.*, 1990; Forbes *et al.* 2003; Hellström *et al.*, 2004, entre otros), ya que la compañía en el hogar, con el cónyuge y/o los hijos, potencia la probabilidad de acceso a cuidados familiares.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del modelo econométrico (1999-2010).

El modelo econométrico constata la relación con significación positiva entre el ámbito rural y la atención domiciliaria. Los servicios sociales españoles han alcanzado un importante grado de desarrollo en las pequeñas poblaciones y determinados eventos (II Asamblea Internacional de Envejecimiento de 2002) o textos normativos (LAPAD) han contribuido a su expansión. De hecho, se detecta que las autonomías con mayor indicador de ruralidad (Extremadura, Castilla-La Mancha, Castilla-León o La Rioja) tienen una elevada implantación de servicios domiciliarios. En este sentido, Sancho *et al.* (2007) reflejan el avance de los programas comunitarios en los municipios rurales, así como Jiménez y Vilaplana (2007) concluyen con el importante desarrollo profesional emprendido en las poblaciones de entre 2.000 y 5.000 residentes y, en idéntico sentido, Durán (2011) refleja el esfuerzo en el hábitat rural, especialmente en el SAD y centros de día.

La ausencia de estudios se asocia en el panel de datos con el avance de los recursos profesionales no residenciales. La justificación de este resultado se encuentra en el hecho de constituir la población con 65 años o más el colectivo con mayor nivel de ausencia de estudios (Observatorio de las Personas Mayores, 2010), circunstancia imputable a la falta de escolarización en la fase inicial de vida. Se cifra en un 62% la población mayor española que no tiene sus estudios concluidos (Imsero, 2005).

La población extranjera y los recursos domiciliarios manifiestan una relación inversa. Desde principios del siglo XXI nuestro país ha sido receptor de población inmigrante en búsqueda de expectativas laborales, y la atención en el hogar ha sido una importante fuente de empleo mediante la prestación de cuidados personales y tareas domésticas, en

sustitución o apoyo de los tradicionales cuidados familiares (López, 2008). El desempeño de trabajos en el hogar con bajos salarios limita las expectativas de atención profesional.

Por último, los recursos domiciliarios se identifican con la población mayor en general, pero a partir del umbral de 80 años las limitaciones se incrementan y aumenta la probabilidad de encontrarse en situación de dependencia grave, momento en el que surge la figura del cuidador familiar con mayor intensidad y, en su caso, el centro residencial opera como alternativa. Avalando lo anterior, el Imsero en 2010 (fecha de cierre del panel) fija una diferencia de edad media de cuatro años entre el usuario del SAD (79 años) y el de centro residencial (83 años). La mayor longevidad se enmarca en el proceso de rectangularización (Fries, 1980), con una trayectoria horizontal hasta alcanzar un descenso vertical (Pérez, 2006).

Como puede apreciarse en el Gráfico 4 y en la Tabla 3, una de las aplicaciones del modelo econométrico consiste en detectar si se ha producido cambio estructural en el tiempo (modelo de efectos fijos en el tiempo), circunstancia que permite determinar que el año 2005 es la fecha de modificación. ¿Qué acontecimientos tienen lugar en esta fecha? Aunque los servicios domiciliarios comienzan a desarrollarse a principios de la década, la anualidad de inflexión coincide con 2005, momento de consenso en el que comienza a gestarse la principal normativa de servicios sociales, la reguladora del sistema de dependencia. Para ello, a finales de 2004 se presenta el *Libro blanco de la dependencia*, base de la posterior LAPAD (2006). Se aprecia la tendencia al alza a partir de ese momento, sin que se detecte hasta 2010 incidencia negativa de la crisis económica.

Tabla 3. El cambio estructural: evolución de los efectos fijos en el tiempo (1999-2010)

Fecha	Evolución
1/1/1999	-2,232710
1/1/2000	-2,368638
1/1/2001	-1,855846
1/1/2002	-1,151278
1/1/2003	-0,421963
1/1/2004	-0,330565
1/1/2005	0,155273
1/1/2006	0,487163
1/1/2007	0,746353
1/1/2008	1,577855
1/1/2009	2,039519
1/1/2010	2,491075

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del modelo econométrico (1999/2010).

6. Conclusiones

Los programas domiciliarios destinados a personas mayores han experimentado un importante empuje a comienzos del siglo XXI, convirtiendo a la vivienda en el principal centro de servicios sociales y en un destacado núcleo generador de empleo, fundamentalmente femenino.

Tras aplicar el modelo predictivo de datos de panel al indicador representativo de cuidados domiciliarios durante el periodo 1999-2010, se constata la influencia que ejercen determinadas condiciones de vida. Alcanzan significación con coeficiente positivo

las variables referidas al PIB, la aproximación de la situación de soledad de la persona mayor, el indicador de residencia rural y la ausencia de estudios; en sentido negativo, la presencia de extranjeros y la pertenencia al colectivo de 80 años o más.

La falta de acompañamiento en el hogar dificulta los cuidados informales y potencia el acceso al profesional, en el mismo sentido que el crecimiento del producto interior bruto favorece la evolución de los programas domiciliarios. Las comunidades autónomas con elevado indicador de personas que habitan en municipios con menos de 10.000 habitantes han experimentado un desarrollo en los servicios asistenciales a mayores, el colectivo con mayor proporción de personas sin estudios, circunstancia que facilita la relación entre falta de formación y atención formal en la vivienda. La provisión cuasifamiliar prestada por personas extranjeras limita el avance en dirección a la profesionalización domiciliaria, de igual forma que el modelo econométrico no vincula los programas de hogar con el sobrevejecimiento, por adaptarse mejor a los cuidados familiares y al ingreso residencial.

Para finalizar, se detecta un momento de cambio coincidente con el año 2005, fecha en la que se sitúa la etapa más relevante para los servicios sociales españoles con la presentación del *Libro Blanco de la Dependencia*, así como la aprobación y puesta en funcionamiento del sistema profesional de cuidados de larga duración.

Bibliografía referenciada

- ALFAMA, E.; CRUELLES, M.; y EZQUERRA, S. (2014): “Envejecimiento y crisis. Impacto de la crisis económica en las personas mayores en el Estado español”, *VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España 2014*, Documento de trabajo 5.9.
- AYUSO, M.; DEL POZO, R.; y ESCRIBANO, F. (2010): “Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 84, (6), 789-798.
- BOWLING, A.; FARQUHAR, M.; y BROWNE, P. (1991): “Use of services in old age: data from three surveys of elderly people”, *Social and Science Medicine*, 33(6), 689-700 [[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90023-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90023-6)].
- CARRASCO, C (2013): “El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía”, *Cuaderno de Relaciones Laborales*, 31, 1, 39-56.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (2009): Estudio CIS 2801 [www.cis.es].
- (1994): Estudio CIS 2117 [www.cis.es].
- DEMAERSCHALK, M.F.; y VAN DENBOER, L.E. (2013): “The influence of municipal characteristics on the use of informal home care and home care services by the elderly Flemish”, *European Journal of Public Health*, 23(2), 241-6 [<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckso68>].
- DRAMÉ, M. *et al.* (2011): “Predictors of institution admission in the year following acute hospitalisation for elderly people”. *The journal of nutrition, health & aging*, 05/2011, volume 15, 5, 399-403.
- DURÁN, M. A. (2011): “Las personas mayores en el medio rural y urbano”, *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*, Imserso, 461-494.
- GARCÍA, P.; JIMÉNEZ, S.; OLIVA, J.; y VILAPLANA C. (2011): “Cuidados no profesionales y atención a la dependencia: Los cuidados informales”, *Papeles de Economía Española*, 129, 83-97.
- FORBES, D.A.; STEWART, N.; MORGAN, D.; ANDERSON, M.; PARENT, K.; y JANSEN, BL. (2003): “Individual determinants of home-care nursing and housework assistance”, *The Canadian Journal Nursing Research*, 35(4), 14-36.
- FRIES, J. F. (1980): “Aging, natural death and the compression of morbidity”; *Bull World Health Organ*, 80(3), 245-250 [<https://doi.org/10.1056/NEJM198007173030304>].
- GARCÍA, J. M. (2011). “Las personas mayores con dependencia en la España del siglo XXI”, *Papeles de Economía Española*, 129, 48-65.
- HELLSTRÖM, Y.; PERSSON, G.; y HALLBERG, IR. (2004): “Quality of life and symptoms among older people living at home”, *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 584-593 [<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03247.x>].
- HOLSTSTEIN, B.E.; PERNILLE, E.; ALMIND, G.; y HOLST, E. (1990): “Which pensioners receive home help?”, *Ugeskrift of Laeger*, 152 (4), 228-232.
- HUIJSMANN, R. y DOLMANS, E.L. (1990): “The elderly and the use of home care. Past, present and future”, *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 21(1), 17-25.
- Imsero (2005): “Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar”, M, Colección de Estudios, serie dependencia, Madrid.
- Imsero (2011): *Libro Blanco del envejecimiento activo*.
- (2010): “Encuesta sobre personas mayores”.

- JETTE, A.M.; TENNSTEDT, S.; y CRAWFORD, S. (1995): "How does formal and informal community care affect nursing home use?", *The journals of gerontologist*, series B (Psychological Sciences and Social Sciences), 50(1), 4-12.
- JIMÉNEZ, S. y VILAPLANA, C. (2007): "Los servicios sociales para dependientes en España. Aspectos económicos de la dependencia y del cuidado informal en España", capítulo VI Univ. Pompeu y Fabra, p. 217-253.
- KUZUYA, M.; MASUDA, Y.; HIRAKAWA, Y.; IWATA, M.; ENOKI, H.; HASE GAWA, J.; e IGUCHI, A. (2006): "Day care service use is associated with lower mortality in community dwelling frail older people", *Journal of American geriatrics society*, 54(9), 1364-1371 [https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00860.x].
- LAXER, K.; JACOBSEN, F.; LLOYD, L.; GOLDMANN, M.; DAY, S.; CHOINIERE, J.; y VAILLANCOURT, P. (2016): "Comparing Nursing Home Assistive Personnel in Five Countries", *Ageing International*, 41, 1, 62-78 [https://doi.org/10.1007/s12126-015-9226-2].
- LÓPEZ, G. (2008): "Reflexiones sobre aspectos socioeconómicos de la inmigración" [http://www.upf.edu/pdi/cres/lopez_casasnovas/articles.html].
- MARTÍNEZ, R. (2014): "Los modelos territoriales de organización social de cuidados a personas mayores en los hogares", *REIS Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145, 99-126. [https://doi.org/10.5477/cis/reis.145.99].
- MARTÍNEZ, R.; y MARTÍNEZ, L. (2015): "Propuestas para construir un modelo de gestión de los cuidados de larga duración basado en la equidad social, la igualdad de género y la cohesión territorial", *Zerbitzuan*, 60 (195-198).
- MEINOW, B.; KÄREHOLT, I.; y LAGERGREN, M. (2005): "According to need? Predicting the amount of municipal home help allocated to elderly recipients in a urban area of Sweden", *Health social care community*, 13(4), 366-377 [https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2005.00570.x].
- MURPHY, C.; WHELAN, B.; y NORMAN, CH. (2015): "Formal home care utilisation by older adults in Ireland: Evidence from the Irish longitudinal study of ageing (TILDA)", *Health and Social Care in the Community*, 23, 4, 408-418 [https://doi.org/10.1111/hsc.12157].
- OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES (2014): *Las personas mayores en España. Informe 2014*, Madrid, Imserso.
- (2012): *Las personas mayores en España. Informe 2012*, Madrid, Imserso.
- (2010): *Las personas mayores en España. Informe 2010*, Madrid, Imserso.
- O'SHEA, E. (2003): "La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes", *Boletín sobre el envejecimiento Perfiles y tendencias*, n. 6, IMSERSO.
- PAMPALON, R.; COLVEZ, A.; y BUCQUET, D. (1991): "Development of a conversion table of dependence of the aged on home aide needs", *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 39(3), 263-273.
- PÉREZ, J. (2003): "Feminización de la vejez y Estado de Bienestar en España", *REIS*, 91-121.
- (2006): "Demografía y envejecimiento", *Informes Portal Mayores 51, Lecciones de Gerontología*, Imserso-CSIC.
- RODRÍGUEZ, G. (2007): "El marco institucional de la protección social de la dependencia en España", *Estudios de Economía Aplicada*, 25 (2), 343-372.
- ROGERO, J. (2009): "Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situaciones de dependencia", *Revista Española de Salud Pública*, volumen 83, n. 3, 393-405.
- (2010): "Los tiempos del cuidado. Impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores", Madrid, IMSERSO Colección Estudios Serie dependencia.
- SANCHO, M.; DÍAZ, R.; CASTEJÓN, P.; y DEL BARRIO, E. (2007): "Las personas mayores y las situaciones de dependencia", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 70, 13-43.
- SANCHO, M.; y RODRÍGUEZ, P. (2001): "Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro", *Intervención Psicosocial*, vol. 10 (3), 259-275.
- SARASA, S. (2003): "Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores", Laboratorio Alternativas, documento trabajo 15/2003.
- STODART, H.; WHITLEY, E.; HARVEY, I.; y SHARP, D. (2002): "What determines the use of home care services by elderly people?", *Health and Social Care in the Community*, 10 (5), 348-360.
- SUNDSTRÖM, G.; JOHANSSON, L.; y HASSING, L.B. (2002): "The shifting balance of long-term care in Sweden", *The Gerontologist*, 42 (3), 350-355.
- ; y JOHANSSON, L. (2005): "The changing balance of government and family in care for the elderly in Sweden and other European countries", *Australasian Journal on Ageing*, 24 (supplement), 5-11 [https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2005.00100.x].
- THORSLUND, M.; NORSTRÖM, T.; y WERNBERG, K. (1991): "The utilization of home help in Sweden: a multivariate analysis", *The Gerontologist*, 31(1), 116-119.
- VIITANEM, T. K. (2007): "Informal and formal care in Europe", Institute for the Study of Labor, IZA DP, 2648.
- VILAPLANA, C. (2009): "Dependencia y cuidados informales: un modelo de preferencias de ayudas a la dependencia"; Instituto de Estudios Fiscales, Presupuesto y Gasto Público, 56, 183-204.
- WILKINS, K.; y PARK, E. (1998): "Home care in Canada", *Health Reports*, 10 (1), 29- 37.
- YAMADA, Y.; SIERSMA, V.; AVLUND, K.; y VASS, M. (2012): "Formal home help services and institutionalization", *Archives Gerontology and Geriatrics*, 54(2), 52-6 [https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.05.023].

Kalitatearen kudeaketa adineko pertsonen egoitzetan eta UNE 158001 estandarraren eguneraketa: zaharra berri?

Erlantz Allur

Ekonomia eta Enpresa Fakultatea (Gipuzkoako Atala)
Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)
erlantz.allur@ehu.eus

Ander Ibarloza

Ekonomia eta Enpresa Fakultatea (Egoitza)
Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

Alberto Díaz de Junguitu

Ekonomia eta Enpresa Fakultatea (Gipuzkoako Atala)
Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

2006. urtean autonomia pertsonala sustatzeari eta mendekotasun egoeran dauden pertsonak zaintzeari buruzko Espainiako Legea sartzearekin batera, AENOR-eko normalizaziorako AEN/CTN 158 batzorde teknikoak UNE 158001 estandarraren bertsio berria garatu zuen 2015. urtean. ISO 9001 estandar arrakastatsua sektorean izan zuen hedapenak eragin handia izan zuen hedapen horretan. UNE 158001 estandar multzoak zerbitzu prestazioan jartzen du arreta gehien, eta adineko pertsonen egoitza, eguneko eta gaueko zentro, etxer etxeko laguntza zerbitzuaren eta telelaguntza zerbitzuaren kudeaketari dagozkion aspektuak eta zenbait betekizun jasotzen ditu. Artikulu honen helburua UNE 158001:2015 estandarraren azken eguneratzeak dakartzan aldaketa nabarmenenak berrikusi, eta dagoeneko estandar honekin lanean diharduten zentroetan zer nolako eragina izan duen eta izan dezakeen aztertzea da. Horretarako, metodologia kualitatiboan oinarritutako landa lan labur bat egin da sektoreko profesionalekin egindako zenbait elkarrizketatan oinarrituta. Azken batean, ikerlan garatuago baten aurrekaria da artikulu hau, eta bere xedea da aribidean dagoen ikerlan bateko datuak aurkeztea.

GAKO-HITZAK:

Kalitatearen kudeaketa, kudeaketarako estandarrak, UNE 158001, adineko pertsonen egoitzak.

Con la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, el Comité Técnico de Normalización AEN/CTN 158 de AENOR presentó en 2015 la nueva versión de la norma UNE 158001. La extensa aceptación de la ISO 9001 dentro del sector propició una mayor difusión de la UNE 158001. El estándar está enfocado a la prestación de servicios, y en este sentido, recoge cuestiones que se han de considerar en la gestión de residencias para personas mayores, centros de día y de noche, servicios de atención domiciliaria y el servicio de teleasistencia. Este artículo, elaborado a partir de entrevistas con los/as profesionales del sector, pretende analizar las novedades más relevantes de la UNE 158001:2015 y revisar su repercusión en los centros que trabajan con ella. Se trata, en definitiva, de presentar los primeros resultados de una investigación en curso.

PALABAS CLAVE:

Gestión de la calidad, estándares de gestión, UNE 158001, residencias para personas mayores.

1. Sarrera

Merkatuen etengabeko integrazioa eta globalizazio prozesua bereizgarritzat dituen ingurune ekonomiko batean, enpresa kudeaketarekin erlazioatutako normalizazio prozesua bizkortu egin da. Normalizazioa, industria, teknologia, zientzia eta ekonomiaren alorrean izaten diren erabilera errepikakorrak taxutzea helburu duen jarduerak da (Heras, 2004). Gaur egun, normalizazioak, kalitatea hobetzeko enpresen ekintza operatiboak taxutu eta sistematizatzen ditu (baita, besteak beste, ingurumenarekin zerikusia duten jarduerak eta lan arriskuen prebentzioari buruzkoak ere).

Ohiko erregulazio erakundeetatik haratago, administrazio publikoarekin inolako erlaziorik ez duten erakunde erregulatuak sortzen joan dira azken urteotan. Horien artean aipagarria da, esaterako, Estandarizaziorako Nazioarteko Erakundea, ISO akronimoaz ezagunagoa dena (International Organization for Standardization), eta nazioarteko normalizaziorako erakunde garrantzitsuen bezala diharduena 1947az geroztik. Gisa berean, herrialde bakoitzak arau ofizialak egitearen ardura duen normalizaziorako erakundea izaten du; Espainian AENOR izenekoak (Asociación Española de Normalización y Certificación) garatutako arauak UNE izena hartzen dute.

Testuinguru honetan, kudeaketarako sistema eta ereduak ezarpenak esparru soziosanitarioan ere hedapen zabala izan du. Hau oraindik eta argiagoa da gizarte zerbitzuena bezalako sektore batean, eta bereziki adineko pertsonen egoitzen inguruan, orain gutxi arte kudeaketa gehiegi profesionalizatu gabe egon den eremu batean, hain zuzen ere (Heras, 2008).

Hala, adineko pertsonen egoitzek aldaketa ugari izan dituzte: gizartearengandik nahiko urrun egotetik, gizartearen gero eta esangura nabarmenagoa duten testuinguru batera igaro dira. Gainera kudeaketa gero eta eraginkorragoa eskatzen dute, bai administrazio publikoek eta baita gizarteak berak ere, egoiliarrei ahalik eta arretarik hoberena eskaini eta zentroek baliabide publikoei erabilera aiposena eman dakien.

Honen haritik, adineko pertsonen arretari dagokion esparruan duela urte gutxi ez bezalako kudeaketa kultura barneratzen ari da. Aldaketa hau denbora oso gutxian eman da —beste sektore batzuetan baino modu azkarragoan bai behintzat— eta orain arte industria esparruan baino erabiltzen ez ziren kudeaketarako tresnak barneratzea eta erabiltzen hastea ekarri du.

Era berean, autonomia pertsonala sustatzeari eta mendekotasun egoeran dauden pertsonak zaintzeari buruzko Legean kalitatea kontzeptu gisara barneratu izanak bere aplikagarritasun praktikoaz gero eta interes handiagoa izatea ekarri du, eta era berean gainontzeko legedi berriek kalitatearen kontzeptua erreferentziatuz hartzea sustatu du (Medina eta

Ruiz, 2011). Baina kalitatearen paradigmak sektore soziosanitarioan dituen berezitasunak asko dira industria sektorean dituenarekin alderatuz gero. Besteak beste, sektore soziosanitarioan lan egiten duten profesionalak duten erantzukizuna (Sacanell, 1994), edo egoitzei dagokien kalitate kontzeptua bera aipa daitezke —oro har onartuak izan diren bestelako definizioetatik haratago eramatzen gaituztenak, bide batez esanda—. Zentzu honetan “bezeroa” eta “asebetetzea” bezalako oinarriko kontzeptuak eztabaidagai izan daitezke. Nori gagozkio bezeroa diogunean? Agian egoitza zerbitzua eskatzen duen pertsona edo erakundeari? Hausnarketa sakona eskatzen duten galderak dira, zalantzarik gabe.

Estatu mailako ordenamendu juridikoak, adineko pertsonen zentroetako kalitate inspektzioak eta akreditazio burutzeko lana autonomia bakoitzeko administrazio publikoen esku uzten du, eta agian horrek ekarri du halako garapen heterogeneoak garatu izana autonomia erkidego batetik bestera. Horiek horrela, eta aipatutako gogoetak alde batera utzita, sektore soziosanitarioan hedapen zabala izan duten kalitate ereduak ISO 9001 estandarra edota EFQM autoebaluazio ereduak oinarritu dira batez ere —hein batean, adineko pertsonen egoitzetan eskaintzen den zerbitzu espezifikotara egokituz—, eta sektoreko beste kalitate eredu espezializatuak alde batera utzita.

Badirudi sektore honetan ISO 9001-en ezarpenak izan duen hedapen zabala —hein handi batean— administrazio publikoek kudeaketa eredu konkretu hauek erabiltzeko egindako sustapenarekin oso lotuak daudela. Bestelako eragile eta preskribatzaileekin batera (elkarte, erakunde zertifikatzaile edo aholkularitza enpresak) aurrera eramandako elkarlanak dagoeneko 10 urtetik gorako ibilbidea duen honetan, interesgarria izan daiteke sustapen politika horiek izandako benetako ondorioen inguruan hausnartzea. Eta gogoeta hau oraindik eta beharrezkoagoa izan daiteke, krisialdi ekonomikoak eraginda, sektore soziosanitarioko inbertsio eta gastu partidetan doitze neurri zorrotzak aplikatzen ari diren honetan.

ISO 9001 bezalako estandar generikoak adineko pertsonen egoitzetan barneratzeak onura nabarmenak ekarri ditzakeela berresten dute zenbait ikerketek. Zehazki esanda, ekarpen horiek diote kudeaketa sistematizatzeko eta lan metodologiak barneratzeko balio dezakeela, eta bereziki prozesu administratiboetan egin ditzakeela ekarpenik garrantzitsuenak —adineko pertsonen egoitzetako egoiliarrei eskaintako arretaren kalitatean hain argi geratzen ez diren ondorioak dira hauek, ordea—. Eta abantaila potentzial horiek, estandarra bera ezartzeko moduarekin oso lotuak egoten dira, izan ere, berau ezartzen duten antolaketetako pertsonen eredu berreraiki egiten dute antolaketa horretara eta jarduerak konkretuetara egokituz. Horregatik, adineko pertsonen egoitzen kasuan zuzeneko arreta eskaintzen duten profesionalak ezarpen prozesu honetan partehartzea ezinbestekoa litzateke.

Aitzitik, badira adineko pertsonen egoitzen esparruan interes eta aipamen berezia merezi duten kalitate eredu espezifikokoak ere. Horien artean aurki daitezke: SERA eredu (adineko pertsonen egoitzak ebaluatzeko sistema) eta Eguía-Careaga Fundazioak eta SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroak garatutako kalitatearen bermerako SIIS-Kalitatea Zainduz eredu; lehenengoa MEAP (Multiphasic Environmental Assessment Procedure) delakoan oinarritzen da, eta egoiliarren ezaugarri fisiko, soziodemografiko, psikosozial eta pertsonalak hartzen ditu kontuan; eta bigarrenak, berriz, HAFLI eredu da oinarria (SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa, 2001). Bada, bestalde, adineko pertsonen egoitzetan kalitatea sustatzeko 100 gomendio jasotzen dituen beste lan bat ere, Espainiako Geriatria eta Gerontologia Elkartek argitara emandakoa. Eta era berean, artikulu honetan hizpide izango dugun UNE 158001:2015 estandar espezifikokoak aipamen berezia merezi du.

2. UNE 158001 estandarra

UNE 158001 adineko pertsonen egoitzen kudeaketarako estandar espezifikoa da, 2000. urtean AENOR-ek sortua. Bertan jasotzen denez, estandar honek “adineko pertsonen egoitzetan burutzen den jardueraren erreferentzia izan nahi du, eta eskaintako zerbitzuaren, bezeroekiko harremanen eta zerbitzu emaile diren profesionalen arteko harremanak erraztea du helburu” (AENOR, 2010). Adineko pertsonen egoitzek bezeroaren beharrak asetzeko bete beharreko gutxieneko baldintza eta zerbitzuak zehazten ditu, eta egoitzaren kudeaketa orokorra, zerbitzu prestazioa eta kalitate sistema baten ezarpenarekin erlazionatutako kudeaketa jasotzen ditu.

Estandar honek arreta gehien eskaintzen dion atala zerbitzu prestazioarena da. Aurreikusitako zerbitzu bakoitzarentzat zenbait betekizun zehazten ditu: zerbitzuaren beraren definizioa, beharrezko giza baliabide eta bitarteko materialen zerrendaketa eta langileek eduki beharreko formazio espezifikokoaren deskribapena, besteak beste. Horrez gain, estandarrek beste betekizun gehiago ere zehazten ditu: arreta eta zaintzarako plan espezifikokoak izatearena, adibidez. Bezeroa “egoitza bateko zerbitzua jasotzea eskatu duen pertsona edo erakunde” bezala definitzen du, eta bere gogobetetzea ebaluatzea ere beste betekizunetako bat da. Hala, bezero horien gogobetetze maila neurtzeko programa bat zehaztera derrigortzen du egoitza.

Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) egindako ikerketa enpiriko ezberdinek erakutsi dute oraindik ez direla UNE 158001 estandarren helburu eta jardute eremua behar bezala ezagutzen (Iradi, 2006). Adituek, gure ekarpen labur honetarako egindako landa lanean ere egiazatu denez, estandar honek adineko pertsonen egoitzen testuinguruan baliagarriak direla iritzi badiote ere, zenbait mug

aipatzen dituzte zentro hauetako bakoitzaren arreta eredu propioak ez baitira sarri askotan barneratzen. Gainera, zenbait egoeratan —EAE-ko kasuan, esaterako— estandarrek finkatutako betekizunak ez dira indarrean dauden legediak zehaztutakoak bezain zorrotzak izaten. Egoitza horien kudeatzaileek egiten dituzten gogoeta kritikoen artean aipagarria da, bestalde, Administrazio Publikoak berak edo hirugarrenek egindako ikuskaritzek batez ere estandar fisikoetan eragiten dutela, eta ez dituztela egoiliarren bizi kalitatearekin erlazionatutako oinarriko aspektuak kontuan hartzen. Aitzitik, AENOR-ek (2016) hurrengo taulan aurkezten diren UNE 158001 estandarren ezarpenarekin lotutako honako abantailak deskribatzen ditu.

1. taula. UNE 158001 estandarren onurak

Antolakentzat onurak	Bezeroentzat onurak
<ul style="list-style-type: none"> Zerbitzu prestazio konkretuarekin lotutako legedia betetzea errazten die adineko pertsonen egoitza eta eguneko zentroei. Zerbitzuak modu eraginkor, seguru eta profesionalago batean kudeatzen laguntzen du, eskaintako zerbitzuaren etengabeko ebaluaketa eta jarraipenerako zehaztutako kudeaketa adierazleei esker. Merkatuko beste zerbitzu prestatzaileengandik desberdintzapen handiagoa dakar. 	<ul style="list-style-type: none"> Erabiltzaileen asebetetzea lortzeko oinarri bezala finkatzen dira arreta profesionalizatu, babes psikosoziala eta familiarra, elkarbizitza eta ingurunearekiko harremana bera ere. Estandarreen jasotako betekizunek erabiltzaile eta zerbitzu prestatzaileaz gain, gainerako interes talde gehiago ere kontuan hartzen ditu, sentitartekoak edo osasun zerbitzuekin aurrera eramango diren interakzioak, esaterako. Ziurtapenari esker, bezeroek zentroen inguruko informazio publiko eta gardena jaso dezakete, eta zerbitzu prestatzaile ezberdinak identifikatzen eta ezberdintzen lagun dakieke.

Iturria: AENOR (2016).

UNE 158001 estandarren arabeko ziurtagiri hauek, ISO 9001 estandarrekin bateragarriak eta osagarriak dira aldi berean. Kudeaketa sistema baten ohiko tresnak kontuan hartzeaz gain, zerbitzuaren kalitateari dagozkion betekizunen inguruko definizioekin osatzen dira. Bi ziurtagirien arteko integrazioari esker ziurtagen prozesua bera optimizatu eta ikuskaritza denbora eta kostuak murrizten dira, eta aldi berean egindako ezarpenak hainbat betekizun partekatzea dakarrenez, informazio guztia dokumentazio multzo bakarrean bateratzea ere ekartzen du.

Aldiz, Heras-Saizarbitoria eta Boiral-ek aipatzen dutenez (2013) estandar hauen ezarpena argudiatzen duten arrazoiak aztertzerakoan ikuspegi orokorrako eta teorikoago batetik jo beharko litzateke. Egile horien arabera, aipatu estandarrek ezartzen dituzten antolaketek nolabaiteko zilegitasuna lortzen dute, eta honek bestelako abantailak ere ekartzen dizkiete (Beck eta Walgenbach, 2005). Gauza bera ondorioztatzen dute, gisa berean, bestelako ikuspegi tekniko ezberdinek ere (Nair eta Prajogo, 2009). Gai hau ez da arrotza, batez ere Boiral eta Gendron (2011) edo Power (2003) bezalako egileen

arabera hirugarrenek egindako ziurtatze horiek konfiantza sortzera eta zilegitasun soziala sustatzera bideratutako bitarteko bezala ulertzen baitira.

Kalitatea “bezeroaren gogobetetzea” bezala jasotzen duen ohiko definizioaz gain, hizpide dugun sektore soziosanitarioko kasuan, bada kontzeptu honen beste dimentsio bat ere “kalitate tekniko” edo “kalitate asistentziala” bezala ezagutzen dena (Villegas eta Rosa, 2003). Adibidez, Sacanell-ek (1994) dion bezala, egoera batzuetan egoiliarren beharrianak ezin daitezke asetu, euren kalterako ondorioak izan ditzaketelako eskaera horiek. Era berean, egoiliar bat asebate gabe gera daiteke profesional gaituek eskainitako zerbitzuaren aurrean, eta aitzitik, gogobeteta hain gaituak ez direnek emandakoekin (Kahn, 1980). Laburbilduz, kontuan eduki beharreko aspektua da egoera batzuetan kalitate asistentzialaren neurketa sektoreko profesional eta teknikariek egin behar dutela, eta hemendik dator, bada, “kalitate teknikoaren” kontzeptua. Aldiz, Medinak (1996) dion modura, beste kasu askotan, jasotako arretaren inguruko kalitateaz eztabaidatzeko irizpidea eta ezagutza nahikoa izan dezakete egoiliarrek.

3. UNE 158001 estandarraren eguneraketa

UNE 158101, UNE 158201, 158301 eta 158401 estandarrak adineko pertsonen egoitza, eguneko zentro, etxez etxeko laguntza zerbitzuan eta telelaguntza zerbitzuan gero eta ohikoagoak diren egoera berriei aurre egiteko eguneratuak izan dira. 2006. urteaz geroztik sektoreak aldaketa sakonak izan ditu, eta horrenbestez egungo egoerara gehiago hurbilduko den estandarra berrikustea ezinbestekoa izan da.

2015. urtean aurkeztu zen estandar berri honek zerbitzu prestazioan jartzen du arreta gehien. Hala, identifikatutako zerbitzu jakin bakoitzarentzat zenbait betekizun zehazten ditu: zerbitzuaren definizioa, giza baliabide eta baliabide materialen zerrendaketa, eta zerbitzua eskainiko duten profesionalen izan beharreko formazio mailaren inguruko aipamena, kasu. Era berean, estandarrak arreta eta zaintza plan zehatza edukitzeko premia azpimarratzen du. Bestalde, bezeroaren gogobetetzeari dagokion ebaluaketa ere kontuan hartu beharreko beste betekizunetako bat da; hau neurtu eta ebaluatzeko programa jakin bat finkatua edukitzeko obligazioarekin.

Adineko pertsonen egoitzei dagokien kalitate kudeaketaren inguruko atalean, estandarrak zentro horien Kalitate Kudeaketarako Sistemak (KKS) izan beharreko egitura zehazten du “eskainitako zerbitzu guztietan modu sistematikoan aplikatuko diren lan ildo multzo bezala” definituz (AENOR, 2000). Finean bestelako sistemen normalizazio esparruan ohikoak diren egitura eta betekizunak jasotzen dituen Sistema baino ez da, adineko pertsonen egoitzen testuingurura egokitua. Kalitatearen esparruko

egitura zehazteaz gain, kalitate politika definitu eta dokumentatzeko, neurgarriak diren kalitate helburuak zehaztu, eskainitako zerbitzuetarako hobekuntza neurriak proposatu, eta lantaldearen egitekoak eta erantzukizunak dokumentatzeko beharra zehazten du.

3.1. UNE 158101: adineko pertsonen egoitzak

UNE 158101 estandarrak adineko pertsonen egoitzei eta eguneko edo gaueko zentroa duten egoitzei dagozkien egiaztatze sistemak eta irizpideak finkatzen ditu. 2014. urtean AEN/CTN 158/SC 1 batzorde teknikoa estandarraren edukiak eguneratzeko lanean hasi zen, sektore honetako antolaketa horiek izaten dituzten beharretara hobekiago egokitzeko. Ia urte eta erdiz egindako lanaren ostean, erabilitako terminologia sinplifikatu eta estandarraren interpretazioa ere erraztu egin da. Emaizta gisara UNE 158101:2015 estandarra aurkeztu da. Berritasun garrantzitsuenen artean aipagarria da helburu berri bat barneratu izana: “pertsonen zuzendaritzari dagokien jardunbide egokiak sustatzea, eta profesionalen zerbitzuaren hobekuntzan partehartzea”. Helburu honekin lotuta, atal berri bat ere sortu da “pertsonen zuzendaritza politika” deritzona. Bestalde, estandarraren atal eta azpiatal desberdinen berregituraketa burutu da, 7 atal izatetik 11 atalera pasatuz. Aipagarria da, zentzu honetan, “kalitate adierazleak” atala gehitu izana; adierazleak prozesuak sailkatzen ditu taula bakarrean, eta hauen kalkulurako eta eguneraketarako gutxieneko maiztasuna zehazten da. Horrez gain, erabiltzaileen arretarako zerbitzuari garrantzi handiagoa eskaini zaio, eta jarraipen baloraketak txertatzeko atal berria ere sortu da baloraketak burutu ahal izateko epe maximoak zehaztuz. Bide bertsutik, eguneroko jardueran benetan erabilgarriak diren adierazle berrikuspena ere egin da (30 izatetik 24ra pasatuz).

2. taula. UNE 158101 estandarraren edukia

0. Sarrera
1. Aplikazio esparrua
2. Definizio eta terminoak
3. Printzipio eta helburuak
3.1. Printzipioak
3.2. Helburuak
4. Pertsona erabiltzaileak zerbitzu prestazioan barneratzea
4.1. Zerbitzu prestazioa
5. Pertsona erabiltzaileei eskainitako arreta
5.1. Bezeroekin erlazioan dutako prozesuak
5.2. Jarraipen baloraketak
5.3. Bakarkako Arreta Plana
5.4. Arreta eta zaintza pertsonalak
5.5. Osasun arreta
5.6. Arreta psikosoziala
6. Zerbitzuan baja ematea
6.1. Zerbitzuaren amaiera
6.2. Gutxieneko erregistroak
7. Pertsonen zuzendaritza
7.1. Pertsonen zuzendaritzarako politika
7.2. Zuzendaritzaren erantzukizuna

8. Antolaketa eta funtzionamendu aspektuak
8.1. Zerbitzu prestazioaren planifikazioa
8.2. Zentroaren kudeaketa sistema
8.3. Kudeaketa plana
9. Laguntza eta azpiegitura zerbitzu orokorrak
9.1. Azpiegitura eta ekipamendua
9.2. Erosketa prozesua
9.3. Ostalaritza arreta
10. Jarraipena eta hobekuntza
10.1. Bezeroen asebetetze mailaren neurketa
10.2. Zentroaren kudeaketa sistemaren ziurtapena
11. Kalitate adierazleak
A eranskina: zentroen helburu espezifikoak
B eranskina: egoiliarren eskubide eta betebeharrak

Iturria: AENOR (2016).

Adineko pertsonen egoitzak kudeatzeko gutxieneko betekizunak zehazten dituen estandar bat izatean, zerbitzua kalitate irizpideekin eta sektore profesionalizatu batekin eskainiko dela bermatzen da. Honen haritik, etengabeko ebaluaketa eta jarraipena oinarri izango dituen kudeaketa eraginkorragoa ere gaitzen da. Sektoreko emaitzak alderatzerakoan, horrez gain, beren kalkulurako bateratutako irizpideak dituzten adierazleak definitu izana ere lagungarri gerta daiteke. Azpimarragarria da, era berean, UNE 158101 estandarrak zentroko pertsona erabiltzaileez gain, inguruneke beste eragileak ere —familia edo gizartea, esaterako— kontuan hartzen dituela.

3.2. UNE 158201: eguneko zentroak

Eguneko zentroak gizarte zerbitzuen sarean erabat integratuak dauden funtsezko baliabide bihurtu dira. Mendekotasun egoeran dauden pertsonen oinarrizko beharrak, eta behar terapeutiko edo sozialak asetzen dizkiete, hau guztia pertsona hauetako bakoitzaren autonomia eta bizi kalitatea areagotzeko bitartekoak

jarritz. Zerbitzu honek, gainera, pertsona erabiltzailea ahalik eta epe luzeenean bere ohiko ingurunean bizitzea laguntzen du. Aurreko guztiagatik, zentro horietan arreta eredu egokia diseinatu eta, horren arabera, lanerako jardunbideak finkatzea benetan beharrezkoa da.

Bide honetatik, UNE 158201 estandarrak eguneko zentroek eskainitako zerbitzuaren kalitatea bermatzeko betekizunak zehazten ditu, aurreko bertsioan jasotako irizpideak aintzat hartuta. Estandar honen erabilerak berak eta eguneko zentroen arreta ereduaren izandako aurrerapenei esker, AEN/CTN 158/SC2 batzorde teknikoak aldaketa ugari sartu ditu aipatu estandarrean. Zehazki esanda, eguneko zentroen egunerokoan gero eta ohikoagoak diren termino berriak barneratu dira. Bestetik UNE 158001 estandarrean jasotako terminologiarekiko hurbilagoko definizio berriak ere txertatu dira. “Aukera berdintasuna” eta “erabiltzaileen askatasuna bermatzea”, zaintza eta arreta lanerako oinarrizko bi printzipio gisara ezarri dira. Horrez gain, eguneko zentroek erabiltzaile diren pertsona, senitarteko, zaintzaile eta gainerako interes taldeei dagozkien helburu espezifikoak ere zabaldu egin dira. Estandar berriak balorazio integralean aspektu sozio-familiarra barneratzen du, eta prozesuan zehar jasotako beste balorazio espezializatuak ere gehitzeko aukera eskaintzen du.

Zuzendaritzak eta zenbait diziplina anitzeko taldeen koordinazioak eguneko zentroen funtzionamenduan duten garrantzia dela eta, giza baliabideen zuzendaritza zena pertsonen koordinazio eta zuzendaritza izatera pasatu da. Eskainitako zerbitzuaren ebaluazioari dagokionez ondorengo 8 prozesu hauek zehaztu dira: zerbitzuaren hasiera; bakarkako arreta plana; eskuartze programak; zentroaren zerbitzuak; zerbitzuaren kalitatearen barne ebaluazioa; giza baliabideak; formazioa; eta zerbitzuaren amaiera. Aurreko horien jarraipenerako

3. taula. UNE 158201 estandarraren adierazleak

Prozesuak	Adierazleak	Maiztasuna
Zerbitzuaren hasiera eguneko eta gaueko zentroetan	Hasierako baloraketa egin duten pertsona erabiltzaileen portzentaia	Hiruhilekoa
Bakarkako Arreta Plana (BAP)	Hasierako BAP-a egin duten pertsona erabiltzaileen portzentaia	Hiruhilekoa
	BAP-a sei hilean behin eguneratu zaien pertsona erabiltzaileen kopurua	Seihilekoa
Eskuartze programak	Erorketak izan dituzten pertsonen portzentaia	Hilerokoa
	Kontrolatu gabeko irteerak izan dituzten pertsonen portzentaia	
	Gizarte eta kultura jardueratan parte hartzen duten pertsonen portzentaia	
	Senitartekoei zuzendutako jardueratan parte hartzen duten familia portzentaia	
Zentroaren zerbitzuak	Sendagaiak administratzerakoan izandako gertakari portzentaia	Hilerokoa
	Lotura mekanikoak dituzten pertsona erabiltzaileen kopurua	
Zerbitzu amaiera	Egokitu ez izanagatik zerbitzuan izandako bajak	Hiruhilekoa
Zerbitzuaren kalitatearen barne ebaluaketarako prozesua	Asebeteak dauden pertsona erabiltzaileen portzentaia	Urterokoa
	Asebeteak dauden senitartekoen portzentaia	
	Kexak jarri dituzten erabiltzaile eta familiartekoen portzentaia	Hilerokoa
Giza baliabideak	Asebetea dagoen langile portzentaia	Urterokoa
Formazioa	Formazioa jaso duen langile portzentaia	Urterokoa

Iturria: AENOR (2016).

lagungarri izango diren adierazle koadroak ere ezarri dira, bestalde. Estandarrak, era berean, bi eranskin ditu: lehenengoa erabiltzaileen eta legezko ordezkarien eskubide, obligazio eta erantzukizunak jasotzen dituen, eta bigarrena eguneko edo gaueko zentroen instalakuntzen inguruko informazioa eskaintzen duena.

Finan eguneko zentroek eskaintako zerbitzuaren kalitatearen kudeaketa eta etengabeko hobekuntza lortzeko tresna bezala har daiteke estandar hau. Bere aplikazioak antolaketara batean ezinbesteko diren motibazioa eta taldean lan egiten jakitea bezalako onurak ekar ditzake. Barne komunikazioak ere hobera egin dezake, eta *know-how*-aren transferentzia sendotu liteke. Labur esanda, merkatu aukera aldakorren aurrean erantzuteko gaitasun handiagoa eta malguagoa izan dezakete sektore honetako zentroek.

Zentzu honetan, UNE 158201 estandarra pertsona erabiltzaileak eta bestelako interes taldeak kontuan hartuz aplikatzen bada, antolaketarekiko duten konfiantzan eta leialtasunean erabateko eragina izango du honek, azken batean, pertsona horiei eskaintzen zaien zerbitzuak asetzen dituela eta euren ongizaterako lanean dihardutela erakusten baitu.

3.3. UNE 158301: etxez etxeko zerbitzua

AEN/CTN 158/SC3 batzorde teknikoak UNE 158301 estandarrean egindako eguneraketan diseinuan sektoreko 20 erakunde baino gehiagok parte hartu dute. Hala, eguneraketa burutzerakoan zerbitzu honen ohiko lengoia mantentzeko ahalegina egin da, eta erabateko praktikotasuna eman nahi izan zaio berezkoak dituen aspektu guztiak barneratuz: zerbitzuaren diseinua, zerbitzu prestazioaren hasiera, arreta eskaintzea, jarraipena eta zerbitzu prestazioaren amaiera.

Aldaketa guztien artean bi dira aipagarrienak: bata pertsonen zuzendaritzari, eta bestea kalitate adierazleei dagokiona. Lehenengoak kudeaketa arloan honako aspektuak barneratzea proposatzen du: arreta printzipio eta baloreekin lotutako zerbitzuaren ikuspegi orokorra; zerbitzuaren helburu, ezaugarri, emaitza, lorpen eta erronken komunikazioa eta partekatzea; lankidetzeta eta errespetuzko giroa sortzea; profesionalak etengabeko hobekuntzan barneratzea eta euren lanari aitortza egitea; eta pertsonen zuzendaritzarako eredu berriak barneratzea, besteak beste. Eta bigarrenik, estandarrean jasotako beste hobekuntza garrantzitsua dugu bestalde, zerbitzuaren kalitate adierazleak definitu izana. Erabiltzaile diren pertsonekin eta euren asebetetzearekin erlazioatutako adierazleek honakoak jasotzen dituzte, esaterako: urteroko jarraipen bisitak, zerbitzuarekin gogobeteta ez dagoen kasuan prestazioa bertan behera uztea, epe barruan erantzundako erreklamazio eta kexak, zoriontze ratioak, epe barruan kudeatutako alta berrien

kopurua, eta zerbitzuarekin asebeteta dagoen pertsona erabiltzaile kopurua. Langileei dagokionez, adierazleek kontuan hartzen dituzte, bestalde: langile bakoitzak jasotako formazio ordu kopurua, pertsona erabiltzaileek izaten dituzten laguntzaile aldaketak, eta azken horien errotazioa.

4. taula. UNE 158301 estandarraren edukia

1. Definizioa eta hasiera
1.1. Zerbitzuaren helburuak <ul style="list-style-type: none"> • Pertsona erabiltzaileekin • Pertsonen zuzendaritza
1.2. Pertsona erabiltzaileen eskubideak
1.3. Giza baliabideak <ul style="list-style-type: none"> • Konpromisoak • Formazioa • Lantalde profesionalak
1.4. Bitarteko tekniko eta materialak
1.5. Zerbitzuaren hasiera <ul style="list-style-type: none"> • Aurretiazko informazioa • Zerbitzuan alta ematea
1.6. Baloraketa
2. Arreta
2.1. Pertsona erabiltzaileei arreta <ul style="list-style-type: none"> • Arreta pertsonala • Etxebizitzako beharriazko erantzuna ematea • Babes psikosoziala, familiarra eta inguruneko harremanei dagokiona
2.2. Protokolo eta erregistroak
2.3. Zerbitzu osagarriak
3. Koordinazio eta jarraipena
3.1. Koordinazioa
3.2. Jarraipenerako bisita
3.3. Jarraipena, hobekuntza eta kalitate adierazleak
3.4. Zerbitzu prestazioaren amaiera

Iturria: AENOR (2016).

4. Jasotako behin-behineko zenbait emaitza eta zenbait ondorio

Aurreko ataletan aurkeztutako hausnarketak osatzeko, eta batez ere, UNE 158001 estandarrak 2015. urtean izandako eguneraketak zer-nolako harrera izan duen aztertzeko, Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) hiru adineko pertsonen egoitzen kasuak aztertu ditugu. Hiru zentroek UNE 158001 eta ISO 9001 estandarrarekin lan egiten dute, eta gutxienez 5-10 urteko ibilbidea dute hiruek ere. Zentzu honetan, zentroetako zuzendari eta kalitate saileko arduradun banarekin burutu dira elkarrizketak. Bestalde, kalitate kudeaketaren arloan esperientzia oparoa duten aholkulari eta bestelako adituekin ere informazioa kontrastatu nahi izan da; gure eskerrik beroena, beraz, parte hartu duten pertsona horiei guztiei.

Aipatu elkarrizketatan jasotako gogoetek eta literatura akademikoan aurki daitezkeen gai honen inguruko ikerlan nagusienek ondorio bertsuak azpimarratzen dituztela nabarmendu da. UNE 158001 estandarraren bertsio berriak sektore soziosanitarioko erakunde, eta bereziki adineko pertsonen egoitza askorentzat lehendik ere ezagunak

zituzten adierazle, programa eta hobekuntzarako proposamen berri jakin batzuk baino ez ditu jasotzen. Hala ere, kudeaketa profesionalizatu eta kudeaketa beste jarduera esparru batzuetan izan ohi denarekin parekatzen jarraitzeko baliagarritzat jotzen dute. Finean, UNE 158001 estandarra bezalako eredu espezifikoren arabera lan egitea ez dute erakargarri ikusten, eta are gutxiago ISO 9001 estandararekin —kalitate kudeaketarako nazioarteko erreferentzia nagusienarekin— lehendik ere lanean dihardutela jakinik.

Azken batean, adineko pertsonen egoitzetan kudeaketa sistemen garapenak antolaketa arloko hobekuntza, kudeaketaren izaera profesionala eta jardueren sistematizazioa ekarri ditu. Baina Leturiak (2012) azpimarratzen duen gisara, “kalitatearen kudeaketarako sistema, ziurtagiri eta hauekin loturiko bestelako aitortzek ez dute —bere horretan— eskaintako arretaren kalitatea bermatzen. Areago, antolaketa arloko eta eskaintako zerbitzuari dagokion kalitateak pertsona erabiltzailearen bizi kalitatean eragin zuzena izan behar dute”. Sarri askotan, adineko pertsonen arreta eta zaintza zerbitzuak eskaintzen dizkieten zentro batzuek bigarren mailan jarri izan dituzte oinarrizkoak behar luketen helburuak. KKS-en garrantzia albo batera utzi gabe, mendekotasun egoeran dauden pertsona horiekin lan egiten duten antolaketeke euren funtsezko helburuak betetzeko euskarri eta

bideratzaile bezala erabili beharko lituzkete sistema horiek (Leturia, 2012).

Adineko pertsonen egoitza, eguneko edo gaueko zentro, etxez etxeko zerbitzu eta telelaguntza zerbitzuan gertatzen ari diren aldaketak sektore honetako antolaketen kudeaketa paradigma berriaren isla dira, —heine batean— politika publikoek eta gizarte talde desberdinek eragindako aldaketen isla (Rodríguez, 2011). Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) 2015. urtean argitaratutako Zahartzarora eta Osasunari buruzko mundu mailako txostenean aipatzen duenez, adineko pertsonen bizimoduarekin erlazionatutako aspektu guztietan arreta integratua barneratzeko beharra berebizikoa da; alegia, adineko pertsonen egoitzetan eskaintzen diren prozesuen antolakuntzaren kalitatea sistematizatu, formalizatu eta neurtzeko balio duten KKS-en eta adineko pertsonen eskaintza beharrezko arretaren kalitatea —sektorean benetako gakoa— uztartuz. OME-k dioenez, adineko pertsonak eskuartzearen erdigunean jartzea litzateke erroka: autonomia osoa duten subjektu gisa, eta zer-nolako bizimodua nahi duten erabakitze gaitasunarekin (OME, 2015).

Eskertzak

Artikulu hau Eusko Jaurlaritzak finantzaturiko IT1073-16 - GIC 15/176 ikerketa taldeen baitan garatu da.

Aipatutako bibliografia

- AENOR (2007): *Norma UNE 158101 de Servicios para la Promoción de la Autonomía Personal. Gestión de Centros Residenciales y Centros Residenciales con Centro de Día o Centro de Noche Integrado.*, Requisitos, Madril, AENOR Ediciones.
- (2000): *Norma UNE 158001 de Gestión de Servicios en las Residencias de Mayores*, Madril, AENOR Ediciones.
- ÁLVAREZ, M. (2007): “Calidad asistencial en centros gerontológicos”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 1. bol., 42. zb., 75-85 or.
- ANTTILA, J.; eta JUSSILA, K. (2017): “ISO 9001:2015, a questionable reform. What should the implementing organisations understand and do?”, *Total Quality Management & Business Excellence*, 9. bol., 28. zb., 1-16 or.
- BECK, N.; eta WALGENBACH, P. (2005): “Technical efficiency of adaptation to institutional expectations? The adoption of ISO 9000 standards in the German mechanical engineering industry”, *Organization Studies*, 26. zb., 841-866 or.
- BOIRAL, O.; eta GENDRON, Y. (2011): “Sustainable development and certification practices: lessons learned and prospects”, *Business Strategy and the Environment*, 20. zb., 331-347 or.
- HERAS, I. (2008): “Calidad sustantiva versus calidad superficial”, *Gizarte.doc*, 26. zb., 7. or.
- (2004): *Enpresaren ekonomia eta zuzendaritza. Teoria eta praktika*, Bilbo, Udako Euskal Unibertsitatea.
- HERAS-SAIZARBITORIA, I.; eta BOIRAL, O. (2015): “Symbolic adoption of ISO 9000 in small and medium-sized enterprises: The role of internal contingencies”, *International Small Business Journal*, 33. bol., 3. zb., 299-320 or.
- (2013): “ISO 9001 and ISO 14001: Towards a research agenda on management system standards”, *International Journal of Management Review*, 1. bol., 15. zb., 47-65 or.
- HERAS-SAIZARBITORIA, I.; BOIRAL, O.; eta ALLUR, E. (2018): “Three decades of dissemination of ISO 9001 and two of ISO 14001: looking back and ahead”, in HERAS-SAIZARBITORIA, I. (ed.), *ISO 9001, ISO 14001 and New Management Standards. Measuring Operations Performance*, Cham, Springer.
- HERAS-SAIZARBITORIA, I.; CILLERUELO, E.; eta IRADI, J. (2006): “La normalización y certificación de sistemas de gestión en las residencias de mayores”, *Zerbitzuan*, 40. zb., 31-43 or.
- IRADI, J. (2006): *Análisis de la integración de las normativas y los modelos genéricos de gestión de la calidad con los modelos de evaluación de la calidad asistencial en el sector de las residencias para personas mayores en la CAPV*, [doktoretza tesia], Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea.
- KAHN, J. (1980): *Gestión de la calidad en los centros sanitarios*, Bartzelona, SG Editores.
- LETURIA, M. (2012): *Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención*, Fundación Caser para la Dependencia.
- MEDINA, M.E.; eta MEDINA, E. (2011): “La calidad en las leyes de servicios sociales autonómicas” [Adineko Pertsonen Erakundeen Albazeteko 10. Kongresuan aurkeztutako ikerketa].
- POWER, M. (2003): “Auditing and the production of legitimacy”, *Accounting, Organizations and Society*, 28. zb., 379-394 or.
- RODRÍGUEZ, C.; GÓMEZ, J.; eta BOHÓRQUEZ, A. (2016): “La familia de normas UNE 158001 se actualiza”.

AENOR: Revista de la Normalización y la Evaluación de la Conformidad, 132. zb., 34-39 or.

SACANELL, E. (1994): “El concepto de calidad en la gestión de los servicios sociales”, *Zerbitzuan*, 26. zb., 63-87 or.

SIIS DOKUMENTAZIO ETA IKERKETA ZENTROA (2001): *Garantía de Calidad-Kalitatea Zainduz: manual*

de aplicación en residencias para personas mayores, Donostia, SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa.

VILLEGAS, M. eta ROSA, I.M. (2003) “La calidad asistencial: concepto y medida”, *Dirección y Organización*, 29. zb., 50-58 or.

Precios, ratios y costes en la prestación de servicios residenciales para personas mayores: análisis comparativo entre Gipuzkoa y el resto del Estado

Alejandro Gómez Ordoki

Lares Euskadi
lares@lareseuskadi.org

Adineko pertsonentzako egoitzetako azpisektorearen azken hamarkadetako eboluzioa oso desberdina izan da Estatuko autonomia-erkidegoetan. Hori gertatu da politika sozial desberdinek garatu dituztelako homologazio eta akreditaziorako askotariko arauak, eta Estatuko mapak itxurazko nahaste eta sakabanatzearen tankera hartu du, eta ematen du Konstituzioak agindutako lurraldeen arteko elkartasuna ez dela betetzen. Halere, plano simetriko eta alternatibo batean, adibidez, gizarte-laguntza bezalako arloetako eskuduntzak hartu dituzte autonomia-erkidego horiek. Bi bektore horiek ez dute norantza berean eragiten, eta ematen du errealitatearen azterketa sinplista bat eta aldagai desberdinen arteko korrelaziorik gabekoa ez dela nahikoa sakabanatzearen ideiarri eusteko. Artikulu honetan neurtu nahi da hautemate sinplista hori, eta horretarako erabiltzen da salneurri, ratio, langileen orduen kostu eta funtzionamendu eta amortizaziorako kostu estandarizatuak oinarri duen ikuspegi bat.

GAKO-HITZAK:

Personas mayores, residencias, dependencia, tarifas, coste/plaza, personal.

La diferente evolución experimentada por el subsector de las residencias para personas mayores durante las últimas décadas en las distintas comunidades autónomas del Estado, consecuencia de la aplicación de políticas sociales independientes desde las que desarrollar normas propias de homologación y acreditación de geriátricos, ha desembocado en un mapa estatal de servicios residenciales aparentemente disperso e inconexo y que parece no respetar el principio de solidaridad interterritorial promulgado por la Constitución. En un plano simétrico y alternativo, sin embargo, las comunidades autónomas asumen competencias en materias como la asistencia social. Ambos vectores no parecen aplicar su fuerza en una misma dirección y un análisis de la realidad simplista y carente de correlaciones entre diferentes variables podría no bastar para explicar una idea de dispersión probablemente no contrastada desde diferentes perspectivas. Este artículo pretende ponderar esta percepción simplista desde el análisis de las posibles correlaciones entre precios, ratios, coste/hora de personal y costes estandarizados de funcionamiento y amortización.

PALABRAS CLAVE

Personas mayores, residencias, dependencia, tarifas, coste/plaza, personal.

1. Introducción: contexto, metodología y terminología

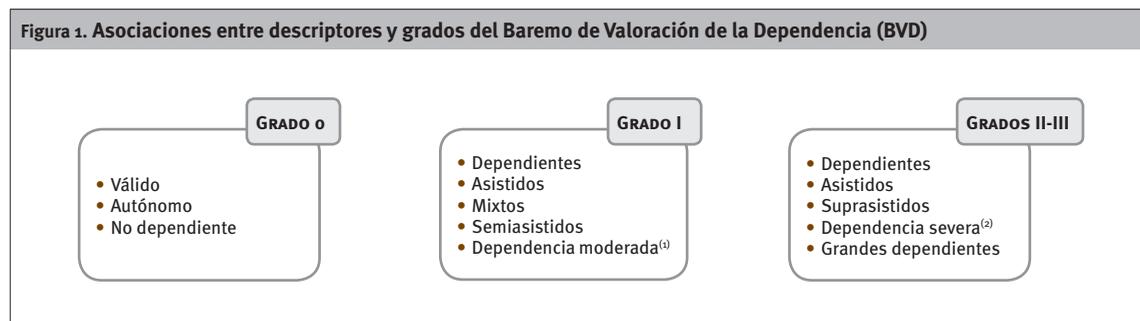
En el Estado español coexisten tres sistemas diferenciados de financiación autonómica, dos de ellos como consecuencia del reconocimiento explícito de los derechos históricos al amparo de la Disposición Adicional Primera de la Constitución de 1978 (el Concierto Económico del País Vasco y el Convenio Económico en la Comunidad Foral de Navarra) y uno de aplicación generalizada o régimen común por el que se rigen el resto de comunidades. Sin entrar a valorar los condicionantes políticos implícitos en la aplicabilidad de sendos sistemas, es cierto que la facultad reconocida a Euskadi para recaudar impuestos con los que financiar los gastos necesarios para la prestación de servicios públicos origina una idiosincrasia propia en el desarrollo de políticas garantistas del Estado de Bienestar: sanidad, educación y servicios sociales. Por la Ley 27/1983 del Parlamento Vasco, también conocida como Ley de Territorios Históricos, se atribuyen determinadas competencias a cada una de las diputaciones forales de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa, lo que, a su vez, particulariza los sistemas de servicios sociales en cada territorio, si bien prevalece un marco superior de regulación que compete exclusivamente al Gobierno Vasco. Un ejemplo claro de esta mecánica administrativa es la gestión de las redes residenciales para personas mayores: el Parlamento Vasco aprueba leyes y decretos como el Decreto 41/1998 sobre servicios sociales residenciales para la tercera edad —actualmente en proceso de sustitución— pero son los gobiernos forales los encargados de gestionar aspectos tan variados como el precio público, el copago, las listas de espera o, incluso, la definición de ratios por encima de las establecidas por la norma autonómica de referencia (Decreto Foral 38/2007, por el que se determinan las condiciones necesarias para la concertación de servicios residenciales para personas mayores dependientes en Gipuzkoa). En un contexto como el descrito, no sorprende que la supuesta dispersión en las normativas del conjunto del Estado español se reproduzca en Euskadi con mayores diferencias si cabe. El estudio en el que se basa este artículo no trata de demostrar que la realidad asistencial es ciertamente heterogénea; su objetivo fundamental es poner en relieve que el marco regulador sí lo es y que, por ello, la evolución de las organizaciones prestadoras de servicios residenciales

no ha confluído en modelos de atención uniformes ni tan siquiera como consecuencia de la permanente adaptación de los recursos a las necesidades. Como en otros sectores, también en el nuestro las líneas evolutivas entre la legislación aplicable y los recursos requeridos por perfiles de atención progresivamente más demandantes tienden claramente hacia la divergencia.

El estudio presenta tres partes diferenciadas en su metodología de desarrollo: mapa de precios y ratios, estimación de estructuras de coste en función de las normativas autonómicas y extrapolación del modelo de Gipuzkoa al resto de comunidades. La primera de las partes pretende describir la información referente a precios y ratios del conjunto de normativas de aplicación en el Estado, a la par que ofrece gráficos con criterio de orden a la hora de ubicar a cada autonomía/territorio con respecto a las demás, para avanzar una idea de cierta convergencia que termina por desvanecerse. En la sección central del estudio, el objetivo es ponderar cada factor de coste (personal en función de los ratios para diferentes niveles de dependencia, gastos estandarizados de funcionamiento y dotaciones a la amortización corregidas para cada autonomía en función del coste del metro cuadrado de construcción) para comprobar hasta qué punto las normativas posibilitan la obtención teórica de mayores márgenes de beneficio en determinadas autonomías/territorios. Finalmente, una vez realizado un análisis de sensibilidad entre la ratio total de personal y el precio en Gipuzkoa que demuestra la correspondencia entre ambas variables, proyectaremos su estructura al resto de comunidades para estimar precios y costes en un intento de modular los recursos necesarios para la prestación del servicio. Asimismo, la parte final del estudio plantea un procedimiento teórico para la adaptabilidad del modelo guipuzcoano al resto de normativas del Estado.

La dispersión también es un hecho contrastado desde el uso de muy variados descriptores del nivel de dependencia. La estandarización de términos debe superar ciertos anacronismos y homologar los perfiles conforme a baremos oficiales y, por tanto, de aplicación obligada en el ámbito de la dependencia. Así, para la graduación prevista en el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) se establecen las relaciones unívocas que muestra la Figura 1.

Figura 1. Asociaciones entre descriptores y grados del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD)



(1) y (2): se podrían colocar indistintamente en grados I y II-III porque muchas normativas solo discriminan dependencia y no dependencia.

2. Presumible dispersión inicial: precio y ratios de personal

En una primera aproximación, la sensación inmediata es que la homogeneidad en precios no es una característica del sector. En efecto, desde el análisis de los datos comparativos entre las diferentes normativas aplicables en cada territorio administrativo —básicamente hemos navegado exhaustivamente por internet para la búsqueda de decretos reguladores a falta de documentos específicos e inexistencia o, al menos, desconocimiento de bases de datos sujetas a actualizaciones permanentes— concluimos que la dispersión se apodera de la realidad. A la relativamente baja correlación entre ratios de gerocultor/a y precio/plaza (r de Pearson de 0,633 para el conjunto de normativas que distinguen este tipo de ratio) se unen diferencias cualitativas en la identificación de los perfiles de atención o grados de dependencia (autonomías que no discriminan junto a otras que lo hacen con criterios dispares) y en la definición de límites de copago por omisión de precios públicos. Mientras algunas comunidades autónomas distinguen precios por perfiles sin hacer lo propio con su normativa reguladora, otras pagan tarifas únicas cuando en la práctica detallan ratios por categorías de atención.

Del total de autonomías y territorios con competencias para normativizar en la atención residencial a personas mayores (dieciséis comunidades y los tres territorios históricos de Euskadi), algo más de tres cuartas partes (el 79 %) definen algún coste por plaza o precio público; del 21 % restante no podemos afirmar, sin embargo, que las Administraciones no intervengan en la definición de precios, dado que obligan a las entidades concertadas o contratadas a definirlos públicamente. Si bien los requerimientos sobre cumplimiento de ratios son taxativos, la limitación del coste/plaza o precio público no es tan clara. Además, las diferentes alternativas para la financiación pública de las plazas en reserva o no ocupadas (por ejemplo, Gipuzkoa reconoce dichas plazas en un 75 % de su coste teórico y La Rioja en un 50 %, cuando la norma más extendida en el Estado es no abonar cantidad alguna por las plazas vacantes o reservadas), viene a incrementar la idea de dispersión y escasa uniformidad del sector. Como último elemento distorsionador, las tasas de cobertura pública (total de plazas privadas concertadas o contratadas) tampoco se presentan en condiciones de homogeneidad y concentración. Así, mientras Gipuzkoa concierta un 87,7 % de las plazas acreditadas en su territorio, la media del Estado se sitúa en poco menos de un 50 % de media (*La situación de los centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa*, SIIIS, 2016, tabla 5).

Si por algo se caracteriza el mapa de ratios para residencias de personas mayores en el Estado es, precisamente, por la variedad de perspectivas empleadas en la definición o cuantificación de

los recursos humanos. Indistintamente se van sucediendo normativas que, en algunos casos, concretan las ratios sin especificar qué categorías profesionales subyacen tras ellas y, en otros, detallan su composición cualitativa sin medir su presencia concreta. Así, podemos encontrarnos con panoramas tan dispersos como los descritos a continuación:

- Comunidad Valenciana (ejemplo de autonomía con despliegue a máximo nivel): discrimina tres tipologías de plazas con asignación “simétrica” de ratios o, al menos, pautas de cálculo para cada categoría profesional concretando, además, las categorías profesionales integrantes de la atención directa e indirecta. Ratios y precios, sin embargo, no se ajustan a una misma distribución de perfiles de atención (personas mayores *versus* válidas, personas mayores dependientes *versus* semiasistidas y unidades de alta dependencia *versus* asistidos-suprasistidos).
- La Rioja (normativa que clasifica sin considerar tipologías de atención): agrupa las residencias por categoría que, a su vez, dependen del tamaño o capacidad asistencial. Si bien detalla la composición del personal de atención directa (médico, ATS/DUE, auxiliar sanitario, trabajador social, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional) nada dice del personal de atención indirecta. En todo caso, no es sensible al perfil de dependencia y escalona las necesidades de personal en función de intervalos asistenciales (capacidad del centro).
- Navarra (paradigma de la simplicidad): ratios totales ajustadas a la dualidad válido-asistido que no pormenorizan nada y que únicamente exige la presencia permanente de DUE para residencias de asistidos.

Si interpretemos los datos contenidos en las Tablas 1 y 2, observamos que no todas las normativas definen precios en la misma medida para los diferentes grados de dependencia (79 % para el grado I, 63 % para los grados II y III, y 58 % para el grado 0). Asimismo, podemos escalar la definición de ratios, una vez respetadas las relaciones de la Figura 1, conforme a la siguiente distribución: el 86 % de las normativas definen algún tipo de ratio (gerocultor/a, directa o total) para el grado 0, el 95 % para el grado I y tan solo un 29 % para los grados II y III. Es innegable que una lectura basada exclusivamente en el valor del precio público para cada nivel de dependencia es absolutamente concluyente: Gipuzkoa y Bizkaia liderarían el panorama estatal y, en consecuencia, se les supondría mayor potencial para la prestación del servicio que al resto de comunidades. Una hipótesis que, en todo caso, deberíamos demostrar desde un análisis más complejo de la realidad para dar respuesta a la secuencia cuánto-para qué. En otras palabras, si se comprobara, por ejemplo, una correlación efectiva entre precio y ratio total, podríamos descubrir una primera justificación de la diferencia en precio, por otra parte ni única ni exclusiva (como más adelante

se demuestra, la tendencia a establecer relaciones directas entre precio y ratio total no alcanza la suficiente consistencia como para verificar que cada autonomía fija sus precios en función de las ratios).

Como indicamos, la disparidad de criterios se acentúa aún en mayor medida si contrastamos la correspondencia entre los perfiles de dependencia en la definición de ratios —que, además, intentan representar bajo una misma acepción teórica toda una amalgama de conceptos heterogéneos como asistidos, válidos, semiválidos, suprasistidos, mixtos, grados, moderados y un largo etcétera de descriptores— y los perfiles de dependencia para identificar grupos de coste o precio público, aunque se vislumbre cierta tendencia a concentrar la valoración de la dependencia conforme a un baremo comúnmente extendido (fundamentalmente el BVD, con un 80 % de prevalencia sobre el abanico de escalas y baremos utilizados). En todo caso, solo Gipuzkoa y la Comunidad de Valencia presentan una igualdad simétrica entre ratio y grupo de coste, si bien valoran la dependencia desde diferentes escalas (BVD en Gipuzkoa y escala Barthel en la Comunidad de Valencia) y especifican ratios para ella con diferente nivel de detalle (mientras la Comunidad de Valencia lo hace para las ratios de atención directa, Gipuzkoa pormenoriza ratios de atención directa para el

conjunto de categorías profesionales); para el resto de comunidades, la desigualdad es una constante.

Salvo Canarias y Cantabria para perfiles de grado o en ratio y Canarias, Extremadura y Madrid para precios en cualquier grado de dependencia, todas las comunidades contemplan pares combinados de precio y alguna categoría de ratio (total, directo y/o gerocultor/a). No obstante, apenas hay simetría entre la identificación de perfiles de atención y la asignación de precios de referencia. La asimetría es tal que únicamente Gipuzkoa y Valencia presentan paralelismo entre ambos conceptos aunque de manera dispar: para Gipuzkoa la correspondencia es directa (se realiza sobre grupos de dependencia según el BVD); en cambio, Valencia necesita interpretar la correlación de acuerdo con las relaciones de la Figura 1.

Hasta el momento, las descriptivas analizadas de precio y ratios configuran un contexto enmarcado por la dispersión. Aun cuando algunas ratios repitan su valor para diferentes normativas, los precios no siguen idéntica tónica y consecuentemente se antoja improbable una correspondencia mínima entre ambas variables. Obtengamos, en cualquier caso, los coeficientes de correlación para todos los pares de valores de precio y ratio, que se reflejan en la Tabla 3.

Tabla 1. Precios por plaza por autonomía (territorio en Euskadi)

Comunidad	Perfil	€
Gipuzkoa	Autónomos (resto)	61,04
	Grado I	74,42
	Grado II y III	93,22
	Psicogeríatricas	100,6
Andalucía	Válidas	26,83
	Asistidos	49,57
	Graves y continuados trastornos del comportamiento	63,5
Araba	No distingue perfil	42,2
Aragón	Válidos	26,07
	Asistidos	48,81
	Personas mayores dependientes con alteraciones graves de conducta	75,84
Asturias	No dependiente	41,95
	Grado I	41,95
	Grado II-III	45,62
Bizkaia	Válidas y asistidas	77,88
	Alta complejidad de cuidados	81,73
Canarias		
Cantabria	Dependencia moderada y severa	43,69
Castilla - La Mancha	Gran dependencia	52,83
	No dependiente	33
	Grado I	42
	Grado II-III	48
Castilla y León	No dependiente	30,72
	Dependiente	43
	Gran dependiente	49,15
	Psicogeríatricas	57,43

Fuente: Elaboración propia.

Comunidad	Perfil	€
Cataluña	No dependiente	27,85
	Grado I	52,44
	Grado II-III	61,46
Extremadura		
Galicia	Grados II y III	48,08
Islas Baleares	Grado I	58,6
	Grado II	62,08
	Grado III	66,04
	Servicio residencial especializado para personas mayores	111,8
La Rioja	Dependientes severos	60,14
	Grandes dependientes	77,36
Madrid		
Murcia	Dependientes	52,6
	Psicogeríatricas	59,18
Navarra	No dependientes	24,95
	Dependencia moderada	45,76
	Dependencia severa	48,02
	Gran dependencia	50,28
Valencia	Válidos y semiasistidos	38,93
	Asistidos	47,28
	Suprasistidos	52,6

Tabla 2. Ratios en función de la secuencia gerocultor/a → atención directa → atención total⁽¹⁾

Comunidad o territorio	Grado 0		Grado I		Grado II-III		Comunidad o territorio	Grado 0		Grado I		Grado II-III	
	Ratio	Referencia	Ratio	Referencia	Ratio	Referencia		Ratio	Referencia	Ratio	Referencia	Ratio	Referencia
Andalucía 1997	0,125	Gerocultor	0,200	Gerocultor			Castilla y León	0,219	Directa	0,237	Directa	0,292	Directa
	0,167	Directa	0,304	Directa				0,248	Total	0,410	Total	0,460	Total
	0,350	Total	0,500	Total			Cataluña	0,250	Total	0,270	Directa		
Andalucía 2007			0,300	Gerocultor				0,370	Total				
			0,390	Directa			Euskadi (Araba y Bizkaia)	0,163	Directa	0,293	Directa		
			0,500	Total				0,250	Total	0,450	Total		
Andalucía (todos)	0,100	Gerocultor	0,100	Gerocultor			Gipuzkoa ⁽²⁾	0,149	Gerocultor	0,239	Gerocultor	0,420	Gerocultor
	0,250	Total	0,350	Total				0,170	Directa	0,275	Directa	0,460	Directa
Aragón	0,050	Gerocultor	0,200	Gerocultor				0,262	Total	0,423	Total	0,708	Total
	0,250	Total	0,300	Total				Extremadura	0,050	Gerocultor	0,100	Gerocultor	0,143
			0,350	Total	Galicia	0,200	Directa		0,350	Directa			
Asturias	0,120	Gerocultor	0,150	Gerocultor		0,270	Gerocultor-G. II	Islas Baleares	0,100	At. directa	0,300	Gerocultor	
	0,130	Directa	0,162	Directa	0,280	Gerocultor-G. III	0,195		Total	0,195	Total		
Canarias					0,313	Directa-G. II	La Rioja ⁽³⁾	0,087	Total	0,087	Total		
					0,270	Gerocultor-G. II		0,071	Total	0,071	Total		
					0,280	Gerocultor-G. III		0,280	Gerocultor				
					0,450	Total-G.II							
0,470	Total-G.III												
Cantabria			0,295	Directa	0,337	Directa	Madrid	0,250	Total	0,350	Total		
							Murcia	0,100	At. directa	0,250	At. directa		
Castilla - La Mancha	0,067	Gerocultor	0,167	Gerocultor			Navarra	0,100	Total	0,350	Total		
							Valencia	0,033	Gerocultor	0,242	Gerocultor	0,306	Gerocultor

(1) La antigüedad media de las normativas es de 15,7 años, con una desviación estándar de 7,6 años. Madrid (27,3), Navarra (26,7) y Aragón (25,7) lideran el ranking de normas cuasi obsoletas; Castilla y León cuenta con la norma más joven de apenas dos años de vigencia.

(2) Por la Ley de Territorios Históricos, Ley 27/1983, Gipuzkoa asume determinadas competencias en materia de financiación de residencias de personas mayores y, en consecuencia, regula también la actividad desde el Decreto Foral 38/2007.

(3) La ratio de auxiliar de geriatría se define como la ratio media entre las cotas inferior y superior del intervalo correspondiente. Se definen tres intervalos (1-40, 41-200 y >200) porque las medias de los intervalos intermedios (41-75, 75-150 y 151-200) son prácticamente iguales. Se referencian ratios para esta comunidad a efectos meramente informativos porque no discrimina categorías de dependencia.

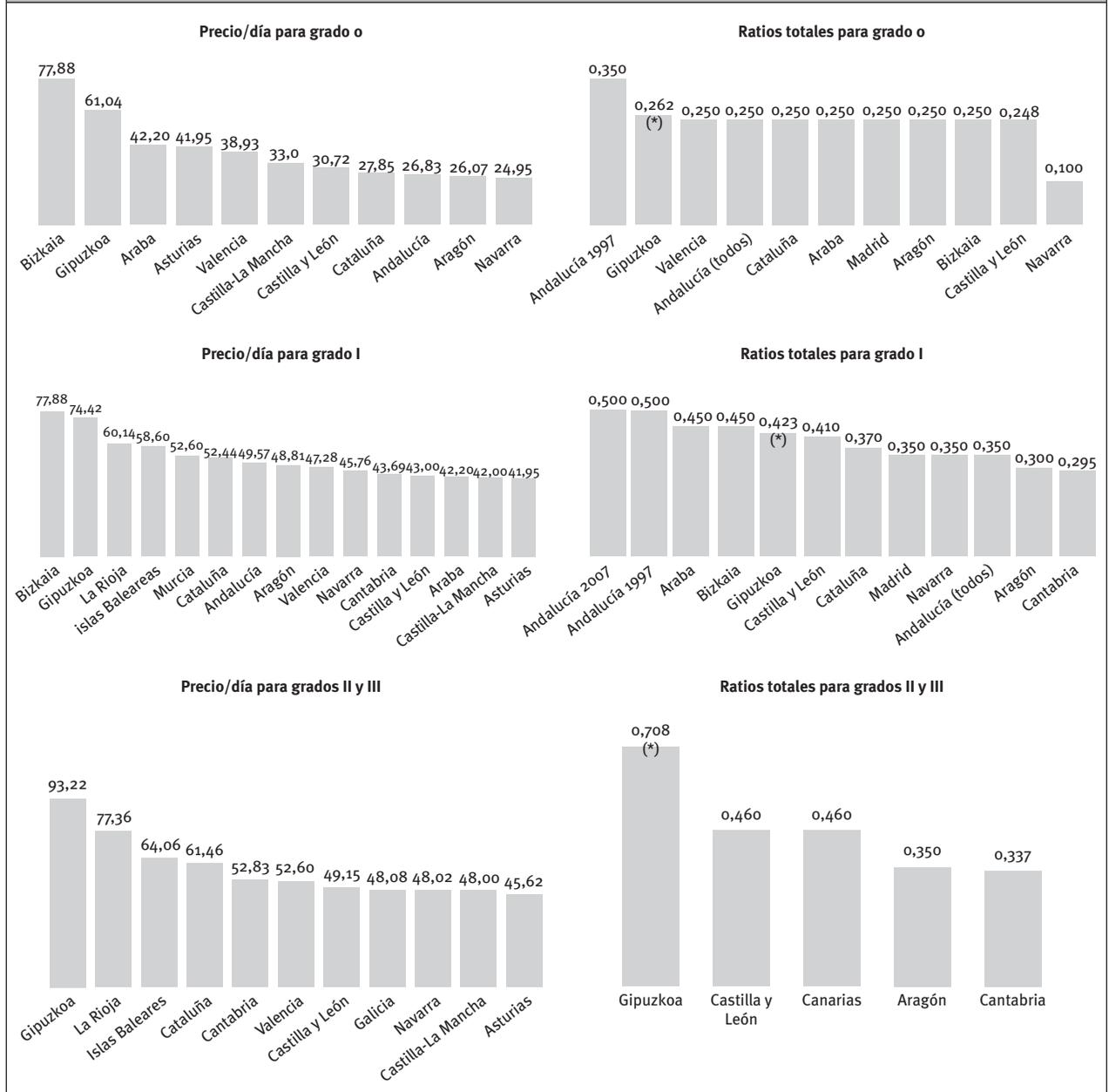
Fuente: Elaboración propia/Lares Federación, *Los requisitos de acreditación para residencias de personas mayores* (Molina, 2010).

Tabla 3. Coeficiente r de Pearson entre precio-ratio

Comparativa	Perfil de residente			
	Grado 0	Grado I	Grados II y III	Total
Sobre ratios específicas de gerocultor/a	0,5370	0,4711	0,7765	0,7637
Sobre ratios de atención directa	-0,1475	0,1980	0,9782	0,4219
Sobre ratio total	0,3320	0,4163	0,9560	0,6351

Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Precios y ratios totales descendentes por nivel de dependencia

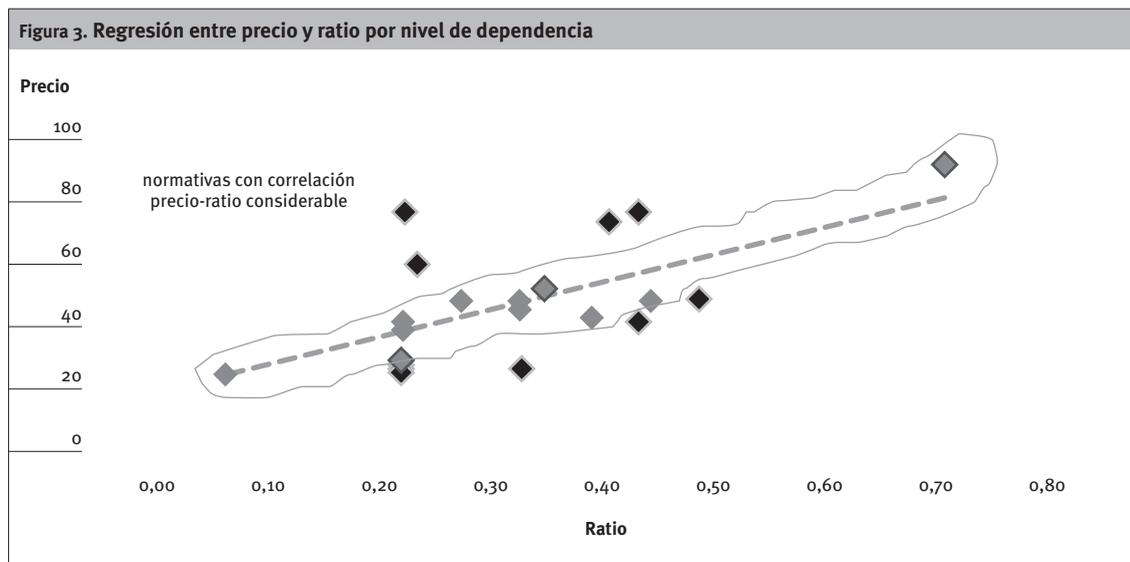


(*) Ratios obtenidas aplicando a las ratios directas del Decreto 38/2017 la relación 0,35/0,65 entre atención indirecta y directa del Decreto 41/98 del Gobierno Vasco.

Fuente: Elaboración propia.

La máxima correlación entre precio y ratio se presenta para los grados II-III y, especialmente, para la ratio de atención directa con un coeficiente r de Pearson igual a 0,9782. Cuando la correlación es para el conjunto de precios asociados a la ratio total para cada nivel de dependencia, el coeficiente baja hasta 0,6351. En algunos casos, estos valores podrían adelantar una idea que cuestionara la supuesta heterogeneidad del sector en la medida en que la relación entre precio y ratio no puede catalogarse de nula o escasa consistencia, aunque ciertos pares se sitúen ciertamente alejados del teórico marcado por la recta de regresión (Figura 3). Si —como ocurre

en prácticamente todos los casos— a medida que crece el nivel de dependencia aumenta la correlación, solo en aquellas normativas que distinguen precios para grados superiores y en la media que el índice ponderado de dependencia —en adelante IPD— se aproxime a su máximo valor ($IPD = \frac{n_1 + 2n_2 + 3n_3}{n}$, donde n_i es el número de residentes de cada grado de dependencia y n es la capacidad máxima del centro, que será igual a $\sum_{i=1}^3 n_i$ para una ocupación plena), el precio podría ser función directa de la ratio de atención. Esta posibilidad, sin embargo, parece ser exclusiva de normativas como la de Gipuzkoa, Castilla y León o Cantabria.



Fuente: Elaboración propia.

El contenido de las normativas reguladoras refleja que la evolución experimentada por cada autonomía no ha seguido patrón alguno. Aun cuando el marco legal delimite el disfrute de derechos subjetivos individuales en igualdad de condiciones en todas y cada una de las comunidades del Estado, las directrices en políticas sociales no emanan de un ente supracomunitario y en esa particularidad configuran distintas garantías en el cumplimiento de los referidos derechos. La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia no particulariza su aplicación en función de las potencialidades de cada autonomía y, sin embargo, el nivel y calidad de su despliegue en las comunidades del Estado es reflejo de la importancia que para cada gobierno autónomo o local representa el denominado tercer sector. En este sentido, la Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (Observatorio Estatal para la Dependencia) ha publicado recientemente un ranking encabezado por cuatro ayuntamientos vascos como excelentes en inversión social (Erreñería, Santurtzi, Arrasate-Mondragón y Eibar), todos ellos con montantes superiores a 200 euros por habitante y año. Así, el desarrollo reglamentario de aquellas competencias transferidas a las comunidades autónomas ha originado, por ejemplo, que las normativas reguladoras de la atención residencial a personas mayores se caractericen por presentar una realidad totalmente incongruente. Pero no por ello —como demostraremos en el análisis de la estructura del coste por plaza— debemos ser tan ingenuos como para sentir que aquellas comunidades con mayores precios públicos son las que aseguran mayores rentabilidades en la gestión de este tipo de centros. También en esta materia la dispersión se constituye en un rasgo distintivo del sector.

Gipuzkoa destaca claramente sobre las demás en la pormenorización de su normativa. Obsérvese a este respecto la situación tan alejada que ocupan

los otros dos territorios históricos que constituyen la comunidad autónoma del País Vasco: Bizkaia (7,9 puntos) y Araba (7,6 puntos). La razón de este *gap* no es otra que la posibilidad de implementar modelos de atención residencial singularizados en cada territorio histórico (Ley 27/1983 del Parlamento Vasco y Decreto Foral 38/2007 *versus* Decreto 41/1998). Especialmente significativa es la pobreza que presentan normativas correspondientes a comunidades con capacidades presumibles muy por encima de lo que refleja su puntuación en el baremo (Madrid, con tan solo 2,7 puntos).

Si en algo despunta Gipuzkoa sobre casi la totalidad del resto de comunidades es en el valor que alcanzan sus ratios, cualquiera que sea el grado de dependencia. Pero no lo hace en la misma medida que pudieran indicar los valores absolutos de dichas ratios. El convenio colectivo de referencia en Gipuzkoa establece una jornada anual de 1.592 horas, condición que contrae la supuesta diferencia a menores términos. Comparemos para las diferentes normativas y para las distintas ratios que fijan bajo qué circunstancias (valores de IPD) Gipuzkoa ofrece un modelo de atención con mayor número de horas de personal (simulación en un centro de 100 plazas en el que se combinan residentes de grados 0, I y II-III a intervalos de 10).

En términos generales, la normativa de Gipuzkoa (Decreto Foral 38/2007) está por encima del resto de comunidades del Estado en un 80,5% de las combinaciones simuladas de grados 0, I y II-III. La distribución por tipo de ratio también confirma esta patente superioridad (78,7% para ratio totales, 68,2% para atención directa y 97,1% para ratio de gerocultor/a) que llega a convertirse en un suceso cuasi seguro para IPD iguales o superiores a 2,5 (en el 98,9% de los casos, la propuesta de Gipuzkoa se impone).

Tabla 4. Nivel de detalle de las normativas reguladoras de la atención residencial a personas mayores

Comunidad	Precios			Ratios de personal												Simetría precio-perfil	Baremo dependencia	Puntuación total		
				Total				Directo				Gerocultur/a								Indirecto
	Grados	Grados	Grados	Grados	Grados	Grados	Grados	Grados	Grados	Grados	Grados	Grados	Grados	Grados	Grados					Grados
o	I	II-III	o	I	II-III	o	I	II-III	o	I	II-III	o	I	II-III	o	I	II-III			
Ponderación (*) →	1			1												1/3	2	1		
01. Gipuzkoa																			Gipuzkoa	16,9
02. Andalucía 1997																			Valencia	12,2
03. Andalucía 2007																			Castilla y León	11,4
04. Andalucía (todos)																			Asturias	10,9
05. Araba																			Andalucía 1997	9,6
06. Aragón																			Aragón	8,9
07. Asturias																			Cataluña	8,7
08. Bizkaia																			Bizkaia	7,9
09. Canarias																			Andalucía (todos)	7,9
10. Cantabria																			Araba	7,6
11. Castilla-La Mancha																			Castilla-La Mancha	7,5
12. Castilla y León																			Andalucía 2007	7,2
13. Cataluña																			Islas Baleares	6,7
14. Extremadura																			Navarra	5,5
15. Galicia																			La Rioja	5,4
16. Islas Baleares																			Cantabria	5,2
17. La Rioja																			Galicia	4,5
18. Madrid																			Canarias	4,4
19. Murcia																			Murcia	4,1
20. Navarra																			Extremadura	4,1
21. Valencia																			Madrid	2,7

Requisitos materiales (ponderación (**)) → 2/3)

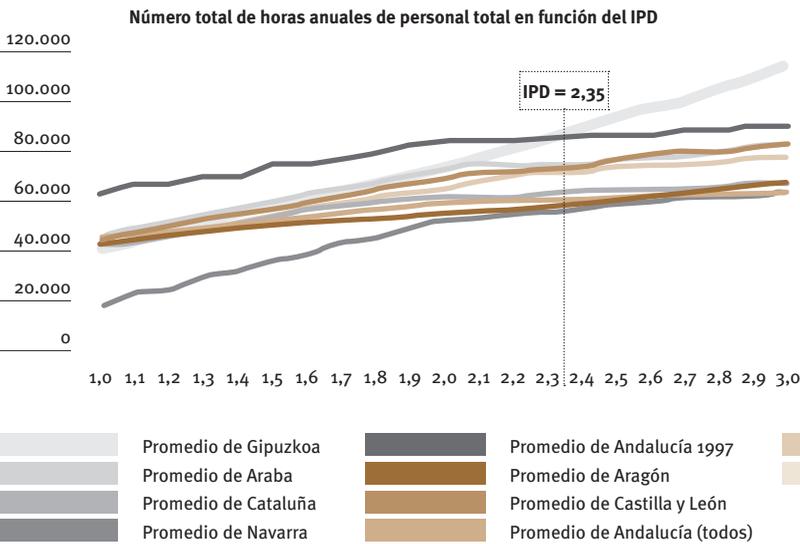
Zona	Código de comunidad																			
	01-02-06	03-04-05	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21			
Servicios generales																				
Ascensor																				
Cocina																				
Comedor																				
Salones																				
Aseo-WC																				
Otros																				
Atención especializada																				
Enfermería																				
Rehabilitación																				
Terapia ocupacional																				
Residencial																				
Tipo de habitación																				
Superficie de habitación																				
N.º cuartos de baño																				
Superficie cuarto de baño																				

(*) La definición de precios, ratios y baremo de dependencia se pondera a valor 1 porque determinan las características esenciales del servicio; los ratios indirectos a 1/3 porque no son consecuencia de factores intrínsecamente relacionados con la prestación de asistencia y, finalmente, a valor 2 la simetría precio-ratio porque determina indefectiblemente el volumen de facturación.

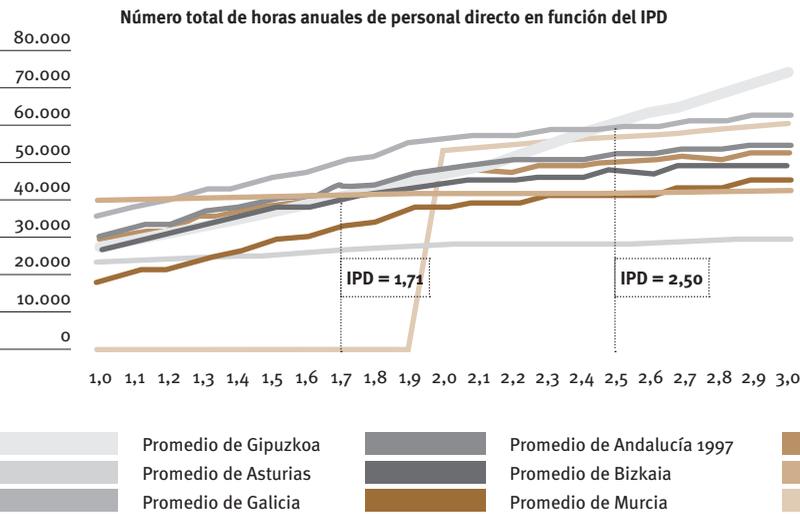
(**) Ponderación a valor 2/3 porque, sin restarles importancia, no condicionan la atención al residente en idéntica medida a los ratios y, además, configuran una colección de ítems tan extensa que debemos "amortiguar" su efecto.

Fuente: Elaboración propia/Informe sobre cooperación público privada en el ámbito de las personas mayores y dependientes (Lares Federación).

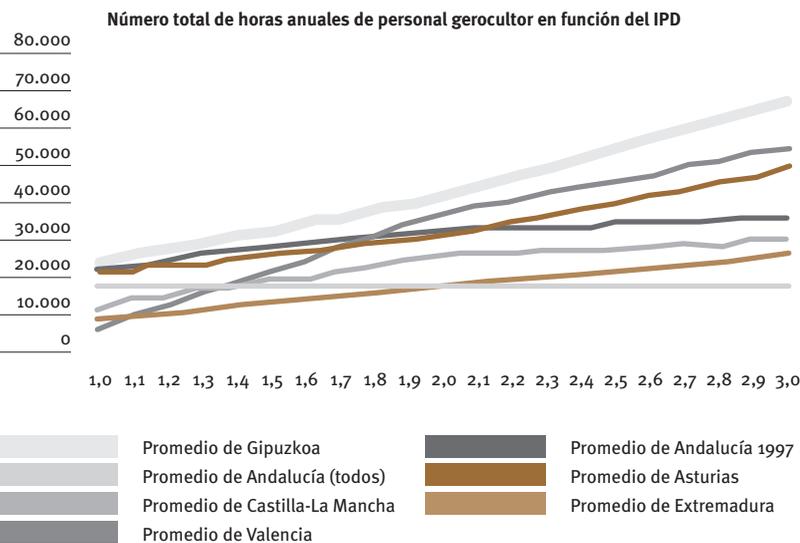
Figura 4. Horas totales de personal (*)



- Respecto de aquellas normativas con ratio total para, al menos, grados 0 y I, Gipuzkoa propone mayor número de horas de servicio que el resto de comunidades para todo el intervalo [1-3] del IPD, a excepción de Andalucía 1997 y Andalucía 2007 para valores inferiores a 2,35.
- Dicho valor es aquel IPD que iguala ambas ecuaciones polinómicas de regresión. En las actuales circunstancias de atención es bastante probable que la configuración media de un geriátrico esté por encima. En consecuencia, el modelo guipuzcoano normalmente procura mayores plantillas de personal para cualquier IPD real.



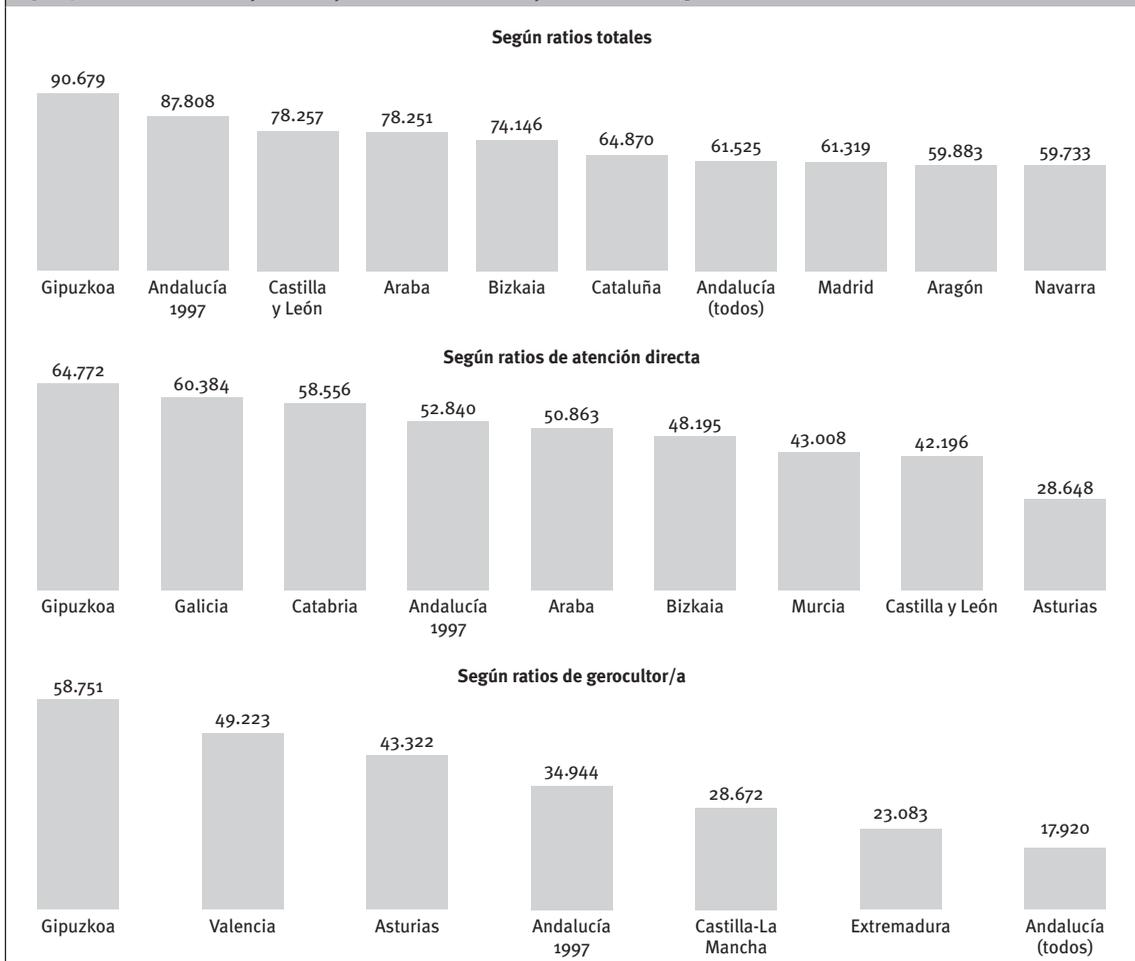
- Escenario análogo al anterior: Gipuzkoa aventaja al resto cuando predomina la concentración de residentes con grados II y III, acrecentando la diferencia a medida que nos trasladamos hacia la derecha en el eje de la dependencia.
- En la comparativa directa con Castilla y León, solo cuando prevalece el porcentaje de residentes autónomos, Gipuzkoa ofrece resultados inferiores. Destaca la escasa influencia del IPD en las horas anuales de Castilla y León.
- Galicia plantea ratios superiores para los grados 0 y I que no se compensan desde las ratios de Gipuzkoa para grados II y III hasta que el IPD alcanza 2,50 puntos.



- Gipuzkoa propone la mayor cantidad de horas anuales de gerocultor/a cualquiera que sea el valor de IPD.
- Exclusivamente Asturias y Gipuzkoa reconocen pendientes progresivas (se presume que la necesidad de gerocultor/a aumenta más que proporcionalmente a medida que incrementa la dependencia).
- Únicamente Andalucía 2007 no es sensible a la composición mix de la dependencia (ratio fija de 0,10).
- Asturias, Extremadura y Valencia, comunidades que también distinguen tres grupos de dependencia, obtienen resultados dispares: Asturias y Extremadura se alejan de Gipuzkoa a medida que incrementa IPD; Valencia minimiza su diferencia para IPD=2,15.

(*) Las ecuación de las líneas de regresión se corresponden con aquellas que contienen coeficientes de correlación máximos (de acuerdo con el valor de la correlación, podrían ser cuadráticas o lineales).

Fuente: Elaboración propia.

Figura 5. Horas anuales de personal para un centro de 100 plazas e IPD $\geq 2,5$ 

Fuente: Elaboración propia.

Precios y ratios: análisis descriptivo

- Gipuzkoa es la comunidad que mayor preocupación muestra por especificar la composición de las plantillas de atención directa y su correspondencia con los grados de dependencia.
- Las diferentes normativas autonómicas sobre precios y ratios proyectan un panorama sensiblemente alejado de la homogeneidad que, sin embargo, tienden en su conjunto a una cierta proporcionalidad en la relación precio-ratio por el efecto que produce dicho par para los grados II y III en Gipuzkoa. Esta supuesta correlación es especialmente acusada para determinadas autonomías (Andalucía, Aragón, Cataluña, Cantabria, Navarra y Valencia).
- A medida que incrementa el valor de IPD, Gipuzkoa aumenta las horas de atención en mayor proporción que el resto de comunidades.

3. Estructuras teóricas del coste de atención

El diseño de un modelo teórico de costes que facilite la comparativa entre normativas está sujeto a una serie de restricciones que dificultan y limitan el estudio y que, en consecuencia, exigen ampararnos en ciertas hipótesis para ordenar los criterios de comparación. Entre las referidas restricciones destacamos:

- Escasez de estudios sobre la composición del coste plaza (según cita Díaz Díaz, las últimas experiencias han sido: Centro Europeo de Empresas e Innovación de Navarra, 2003; Montserrat, 2005; Deloitte, 2006; Guillén, 2007; BIC Galicia, 2008 y Deloitte, 2008).
- Indefinición de la composición modular del precio y coste por plaza por parte de las Administraciones Públicas (falta de transparencia en el cálculo del coste por plaza).
- Desconocimiento de la distribución de costes (lo que Guadalajara Olmedo —1996—, identifica como costes fijos, semifijos, variables y

semivariabes) y de las sinergias producidas por las economías de escala.

- Tratamiento y efecto del IVA.
- Adecuación de los costes de amortización de los inmuebles al coste de construcción de cada autonomía (valor tasado medio de vivienda según el Ministerio de Fomento).

En un sector tan disgregado como el analizado, la posibilidad de comparación intercomunitaria pasa ineludiblemente por reconocer una variable que represente todas las posibles casuísticas de atención (composición del índice *case-mix*, tamaño residencial, distribución del personal, gastos de funcionamiento y amortización, entre otros). La única opción posible y viable para homogeneizar la paridad entre normativas es la cuantificación de un coste por residente y día. A su vez, esta variable no indivisa estaría conformada por los siguientes sumandos: coste de personal derivado de las ratios de atención (r_i y CH), costes de amortización adaptados (A) y gastos de funcionamiento estandarizados y contextualizados en cada autonomía en función del índice de coste de la vida (GF). En definitiva, realizaremos un ejercicio teórico para componer un coste unitario de correlación desconocida con una realidad asistencial que, muy probablemente, haya evolucionado en un plano alternativo al propuesto por las diferentes normativas autonómicas. Nuestro objetivo no es describir un modelo de cálculo de costes residenciales, sino simular la potencia de cada autonomía para conseguir determinados márgenes de beneficio con un cumplimiento escrupuloso de sus respectivas normativas; o, lo que es lo mismo, expresar una función de precio, $P=f(r_i, CH, GF, A, MB)$, que admita comparativas intercomunitarias para un margen de beneficio a priori (MB). El estudio no trata de reflejar una realidad que comúnmente presenta costes reales de atención por encima de los precios públicos (“el coste medio diario por usuario es de 56,48 euros, claramente superior a la financiación pública recibida”, extracto del estudio encargado por Lares Valencia y publicado bajo el título *Evaluación de costes y financiación de las residencias de mayores. El sector no lucrativo en la Comunidad Valenciana*) sino de comprobar cómo las normativas públicas tratan de manera desigual la relación entre precios y costes teóricos.

Respecto a la incidencia del IVA en el precio y su repercusión en el margen de beneficio podrían distinguirse diferentes situaciones. En la práctica, coexisten organizaciones ganadoras de un proceso de licitación pública que desarrollan su actividad en inmuebles de titularidad pública con o sin ánimo de lucro, instituciones propietarias sin endeudamiento para adquisición de edificios y entidades que prestan servicios en centros de nueva construcción con financiación ajena. En todos los casos, la forma jurídica del prestador de servicios determinará la exención o no en la declaración del IVA para plazas concertadas. Que un precio resulte más rentable con o sin IVA dependerá fundamentalmente, entre otras

razones, del volumen de inversión y de la cantidad facturada por las subcontratas de personal, si es el caso. Para ordenar y homogeneizar nuestro análisis, partiremos de los siguientes presupuestos: precios de referencia no sujetos a IVA, plantillas propias de personal y niveles de financiación estándar para la adquisición o rehabilitación de inmuebles.

3.1. Costes de personal

El coste de personal para cada grado de dependencia es una función que dependerá de variables como la ratio, la jornada anual, el coste/hora y la distribución de personal equivalente por categorías profesionales (lo que más adelante catalogamos como “escenarios”). El coste/hora es una derivada directa de los respectivos convenios colectivos de aplicación que, en el conjunto del Estado, están mayoritariamente representados por el Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal.

Tabla 5. Jornadas y coste por hora según los diferentes convenios colectivos de aplicación

Comunidad	Jornada (J _i)	Coste hora (CH _i)
Gipuzkoa	1.592	13,042
Bizkaia	1.683	11,091
Promedio del resto de comunidades	1.789	7,652

← desviación: 0,149 (1,94%)

Fuente: Convenioscolectivos.net y CIS260 Laboral.

En general, tras analizar las normativas laborales vigentes, verificamos los siguientes hechos:

- Salvo en Gipuzkoa y Bizkaia, la jornada anual se mueve entre un mínimo de 1.776 horas y un máximo de 1.792, para una media de 1.789 horas con un desviación de apenas un 0,3%.
- Los salarios son netamente superiores en ambos territorios a los del resto de comunidades, que mantienen una retribución prácticamente igual a la establecida por el convenio estatal, a excepción de la Comunidad Valenciana para residencias de tercera edad con contrato público.
- Casi tres cuartas partes de las comunidades autónomas se adhieren, a todos los efectos, al convenio colectivo de marco estatal. Para el resto de comunidades —excepto Gipuzkoa y Bizkaia— las diferencias respecto al convenio estatal son prácticamente marginales.

Si denotamos como CP_i el coste de personal para un determinado grado de dependencia,

$$CP_i = \frac{r_i \cdot J_i}{365} \cdot CHP$$

r_i : ratio del nivel de dependencia i
 J_i : jornada anual del convenio colectivo j (el producto $r_i \cdot J_i$ totaliza el número de horas de personal por residente y año)
 $CHP = \sum_{k=1}^{K=5} c_k \cdot CH_k$
 donde c_k : porcentaje de personal equivalente del colectivo k y CH_k : coste/hora de dicho colectivo para cada uno de los escenarios de personal (incluirla tasa de absentismo laboral, remuneración de pluses y cuotas a la Seguridad Social)

el valor ponderado de dicho coste para cada IPD adoptaría la siguiente expresión:

$$CMPP = \frac{J_i}{365} \cdot \frac{\sum_{i=1}^3 r_i \cdot n_i}{n} \cdot CHP = \frac{\sum_{i=1}^3 CP_i \cdot n_i}{n}$$

donde n_i : número de residentes de grado i

¿Qué se entiende por escenario de personal?

Cada centro residencial organiza sus recursos humanos conforme a su *know-how*, cumpliendo las disposiciones y normativas aplicables en su caso. No es cometido del presente estudio la valoración cualitativa de los modelos de atención que, en todo caso, desembocan en una supuesta adecuación

de recursos a necesidades para cada categoría profesional. No obstante, el dimensionamiento de plantillas no se produce desatendiendo la proporcionalidad entre personal directo e indirecto que debe guiar cualquier diseño asistencial. De hecho, normativas como el Decreto 41/1998 de Euskadi equilibran la presencia de atención indirecta en mínimos del 35 % respecto de la atención total. Dada la obligada participación de ambas categorías para garantizar una prestación de calidad estándar y dada, también, la inalcanzable capacidad de contar con datos estatales fidedignos que correlacionen modelos de atención con índices *case-mix*, deberemos idear escenarios verosímiles que reflejen coherentemente los estándares de atención residencial integral a las personas mayores. La asignación de profesionales a cada ámbito de actuación debería ser armoniosa y no sería aconsejable que reprodujera escenarios descompensados que sesgaran intencionadamente los resultados de nuestro proyecto. La relación directa-indirecta fluctuará en la horquilla $[\frac{0,75}{0,25}, \frac{0,55}{0,45}]$ y la configuración de cada estrato profesional será tal que pueda ser contrastada empíricamente.

Tabla 6. Definición de escenarios de personal equivalente

Nivel 1: tipo de atención (alternativa 1)			
At. Directa (r_d)		55 %	
At. Indirecta (r_i)		45 %	

Nivel 2: reparto de atención directa			
Básico: gerocultor/a y DUE (r_{db})	70 %	80 %	90 %
Resto (r_{dr})	30 %	20 %	10 %

Nivel 3: reparto por colectivos			
Gerocultor (r_{dbr})	70 %	80 %	90 %
DUE (r_{dbr})	30 %	20 %	10 %
At. indirecta:	Titulado/a universitario/a (r_{ir})	30 %	20 %
	Resto (r_{ir})	70 %	80 %

Escenarios (alternativa 1*)		1.1.1	1.1.2	1.1.3	1.2.1	1.2.2	1.2.3	1.3.1	1.3.2	1.3.3
Directa:	Gerocultor/a ⁽¹⁾	27 %	31 %	35 %	31 %	35 %	40 %	35 %	40 %	45 %
	DUE ⁽²⁾	12 %	8 %	4 %	13 %	9 %	4 %	15 %	10 %	5 %
	Resto ⁽³⁾	17 %	17 %	17 %	11 %	11 %	11 %	6 %	6 %	6 %
Indirecta:	Titulado/a universitario/a ⁽⁴⁾	14 %	9 %	5 %	14 %	9 %	5 %	14 %	9 %	5 %
	Resto ⁽⁵⁾	32 %	36 %	41 %	32 %	36 %	41 %	32 %	36 %	41 %

Escenarios (alternativa 2)		At. directa	65 %	1.1.1	1.1.2	1.1.3	1.2.1	1.2.2	1.2.3	1.3.1	1.3.2	1.3.3
		At. Indirecta	35 %									
Directa:	Gerocultor/a			32 %	36 %	41 %	36 %	42 %	47 %	41 %	47 %	53 %
	DUE			14 %	9 %	5 %	16 %	10 %	5 %	18 %	12 %	6 %
	Resto			20 %	20 %	20 %	13 %	13 %	13 %	7 %	7 %	7 %
Indirecta:	Titulado/a universitario/a			11 %	7 %	4 %	11 %	7 %	4 %	11 %	7 %	4 %
	Resto			25 %	28 %	32 %	25 %	28 %	32 %	25 %	28 %	32 %

Escenarios (alternativa 3)		At. directa	75 %	1.1.1	1.1.2	1.1.3	1.2.1	1.2.2	1.2.3	1.3.1	1.3.2	1.3.3
		At. Indirecta	25 %									
Directa:	Gerocultor/a			37 %	42 %	47 %	42 %	48 %	54 %	47 %	54 %	61 %
	DUE			16 %	11 %	5 %	18 %	12 %	6 %	20 %	14 %	7 %
	Resto			23 %	23 %	23 %	15 %	15 %	15 %	8 %	8 %	8 %
Indirecta:	Titulado/a universitario/a			8 %	5 %	3 %	8 %	5 %	3 %	8 %	5 %	3 %
	Resto			18 %	20 %	23 %	18 %	20 %	23 %	18 %	20 %	23 %

Cálculo del peso específico de cada colectivo: (1) Gerocultor: $r_d \cdot r_{db} \cdot r_{dbr}$ / (2) DUE: $r_d \cdot r_{db} \cdot r_{dbr}$ / (3) Resto at. directa: $r_d \cdot r_{dr}$ / (4) Titulado/a at. indirecta: $r_i \cdot r_{ir}$ / (5) Resto at. indirecta: $r_i \cdot r_{ir}$

Tan solo la acción combinada entre ratio total y nivel de dependencia podría asignar la proporción teórica entre precio y coste de personal. Sin embargo, no todas las normativas determinan ratios totales. Esta limitación sugiere la estimación de dicha proporción desde ratios de atención directa e, incluso, desde ratios de gerocultor/a, de acuerdo con los repartos de personal equivalente de cada escenario y siempre que los estimadores ofrezcan resultados coherentes (recordemos que el personal equivalente es el número de personas a jornada completa o cociente entre el total de horas de personal de plantilla y jornada anual de referencia).

Se han desplegado un total de 27 escenarios que probablemente darían suficiente contenido asistencial a todo el recorrido del IPD. La realidad asistencial extendida por todas las autonomías sugiere que son más verosímiles valores superiores a 2,3-2,4 puntos, lo que denota una mayor exigencia de personal directo que se traduce en un progresivo incremento de la variable c_k para las categorías profesionales de gerocultor/a, DUE y personal no cualificado de atención indirecta. Los pesos relativos de las referidas categorías aumentan en detrimento de otras figuras profesionales y los escenarios 1.3.3., 2.3.3. y 3.3.3. se manifiestan como especialmente oportunos. En concreto, el 2.3.3. cumple con dos relaciones intrínsecas al modelo de Gipuzkoa: ratio entre atención directa e indirecta de 1,86 (0,65/0,35, como prevé el Decreto 41/1998 del Gobierno Vasco, norma que exclusivamente regula esta relación) y proporción aproximada de DUE sobre gerocultores/as del 10% (0,06/0,53 = 0,11).

Calculemos la expresión de CP_i para ratios totales reales o adecuémola a las ratios de atención directa (Asturias, Galicia y Murcia) y a las ratios de gerocultor/a (Castilla-La Mancha, Islas Baleares, La Rioja y Valencia) previstas en el escenario 2.3.3. Se aprecia un mismo efecto medio para el conjunto de normativas con binomios precio-ratio: a medida que crece la dependencia, también lo hace el porcentaje teórico del coste de personal sobre el precio correspondiente a cada categoría de ratio (lectura vertical de la Tabla 9). Se trata de una consecuencia previsible si el diferencial del insumo “mano de obra” es sensiblemente mayor —por su efecto multiplicador— que en otros *inputs* de consumo variable, netamente vinculados a las necesidades específicas de perfiles de atención cada vez más exigentes. Sin embargo, esta premisa no se cumple por igual en todos los casos: 65% para ratios totales, 83% para ratios de atención directa y 71% para ratios de gerocultor/a, con valor promedio total del 74% (lectura horizontal de la Tabla 9). Podríamos interpretar —como probable razón que justifique el incumplimiento— que el precio público no reacciona en suficiente medida a los incrementos de ratios por paso a estadios superiores de dependencia.

El porcentaje del coste teórico de personal es el cociente entre el coste medio ponderado de personal (CMPP) y el precio ponderado de referencia (P). Siempre referidas a unidades medidas por plaza y día, ambas variables están condicionadas por la distribución del centro por grados de dependencia (n_i) que, a su vez, determinan el IPD. Buscar una relación matemática exacta entre ambas variables,

Tabla 7. Ratios de referencia para estimación de costes de personal para cada nivel de dependencia

Normativa	Grado 0	Grado I	Grados II-III
Gipuzkoa	Total	Total	Total
Andalucía 1997	Total	Total	
Andalucía 2007		Total	
Andalucía (todos)	Total	Total	
Araba	Total	Total	
Aragón	Total	Total	Total
Asturias	Directa	Directa	Gerocultor/a
Bizkaia	Total	Total	
Canarias (*)			
Cantabria		Directa	Directa
Castilla - La Mancha	Gerocultor/a	Gerocultor/a	

Normativa	Grado 0	Grado I	Grados II-III
Castilla y León	Total	Total	Total
Cataluña	Total	Total	
Extremadura	Gerocultor/a	Gerocultor/a	Gerocultor/a
Galicia	Directa (**)	Directa	
Islas Baleares		Gerocultor/a	
La Rioja			Gerocultor/a
Madrid	Total	Total	
Murcia	Directa	Directa	
Navarra	Total	Total	
Valencia	Gerocultor/a	Gerocultor/a	Gerocultor/a

(*) Sin precio y sin ratios grados 0 o I / (**) Sin precio pero con ratio

• Normativas sin precio	CPI estimado desde ratio totales (al menos grados 0 y I):	1
	CPI estimado desde ratio de gerocultor/a (al menos grados 0 y I):	1
• Normativas con precio y CPI calculado conforme a ratios totales reales	Al menos de grados 0 y I:	9
	Al menos de grado I:	1
• Normativas con precio y CPI calculado conforme a ratios totales estimados desde ratios de atención directa	Al menos de grados 0 y I:	3
	Al menos de grado I:	1
• Normativas con precio y CPI calculado conforme a ratios totales estimados desde ratios de gerocultor/a	Al menos de grados 0 y I:	1
	Al menos de grado I:	3
Total normativas con datos:		20

Fuente: Elaboración propia.

enunciada en términos de n_i , complica excesivamente los cálculos y, dada la altísima correlación entre IPD y %CMPP/P, procede sustituir la relación original por ecuaciones cuadráticas de regresión que simplifiquen el análisis de nuestro proyecto (%CMPP = $a^2 \cdot \text{IPD} + b \cdot \text{IPD} + c$). Como veremos más adelante,

el índice ponderado de dependencia es la variable que delimita el punto a partir del cual una normativa proporciona mayores potencialidades que el resto para cumplir con sus respectivas obligaciones y, además, obtener un margen de beneficio predeterminado.

Tabla 8. Porcentaje sobre el precio de los costes de personal según el tipo de ratio (*)

Normativa	Totales						Normativa	Atención directa			Normativa	Gerocultor/a		
	Escenario 2.3.3			Escenario promedio				Escenario 2.3.3				Grado 0	Grado I	Grados II-III
	Grado 0	Grado I	Grados II-III	Grado 0	Grado I	Grados II-III		Grado 0	Grado I	Grados II-III				
Gipuzkoa	38,1%	50,4%	67,4%	41,0%	54,3%	72,6%	Gipuzkoa	25,4%	33,8%	45,1%	Gipuzkoa	20,2%	26,6%	37,4%
Andalucía 1997	38,4%	46,8%		79,4%	61,4%		Andalucía 1997	18,6%	29,0%		Andalucía	21,9%	18,4%	
Andalucía 2007		46,8%			61,4%		Araba	22,5%	40,6%		Aragón	10,4%	22,3%	22,3%
Andalucía (todos)	27,4%	32,8%		56,7%	43,0%		Asturias	18,1%	22,6%	40,2%	Asturias	15,6%	19,5%	32,8%
Araba	34,1%	61,4%		36,0%	64,9%		Bizkaia	16,6%	29,9%		Castilla-La Mancha	11,0%	21,6%	18,9%
Aragón	55,2%	35,4%	41,3%	58,3%	37,4%	43,6%	Cantabria		39,6%	37,4%	Valencia	4,6%	27,5%	31,2%
Bizkaia	26,6%	47,8%		26,4%	47,5%		Castilla y León	41,7%	32,2%	34,7%	Promedio	14,0%	22,7%	28,5%
Castilla y León	46,5%	54,9%	53,9%	49,1%	58,0%	56,9%	Promedio	23,8%	32,5%	39,3%				
Cataluña	51,7%	40,6%	34,6%	54,6%	42,9%	36,6%								
Navarra	23,1%	44,0%	41,9%	24,4%	46,5%	44,3%								
Promedio	37,9%	46,1%	47,8%	47,3%	51,7%	50,8%								

(*) Como se observa, la normativa de Gipuzkoa para el escenario seleccionado es la que descubre una mayor proporción de los costes de personal sobre el precio para los grados II y III (72,6% para el escenario medio). Para grados 0 y I se sitúa por encima de la media pero no destaca especialmente. Vuelve a corroborarse la idea de que Gipuzkoa se desmarca del resto de normativas por el tratamiento específico de los grados II y III.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Evolución del porcentaje de costes teóricos de personal (% CMPP*) sobre el precio (P) en función del IPD

Correlación polinómica →				0,9997	0,9976	0,9900	0,9958	0,9976	0,9900	0,9964	0,9982	0,9946
Composición del mix				Normativas								
G-0	G-I	G-II/III	IPD (4)	Gipuzkoa	Bizkaia	Andalucía 1997	Andalucía (todos)	Araba	Aragón	Castilla y León	Cataluña	Navarra
100	0	0	1,0	38,1%	25,2%	75,1%	53,6%	34,1%	55,2%	46,5%	51,7%	23,1%
90	0	10	1,2	42,3%	27,2%	72,2%	51,4%	36,8%	52,8%	47,6%	48,3%	26,4%
90	10	0	1,1	39,5%	27,2%	72,2%	51,4%	36,8%	51,8%	47,6%	49,7%	26,6%
40	60	0	1,6	46,1%	37,3%	62,6%	44,1%	50,5%	40,6%	52,2%	43,5%	38,4%
30	0	70	2,4	60,9%	39,3%	61,2%	43,1%	53,2%	43,9%	52,3%	37,4%	38,5%
0	80	20	2,2	54,5%	45,3%	58,0%	40,6%	61,4%	36,5%	54,6%	39,2%	43,6%
0	90	10	2,1	52,5%	45,3%	58,0%	40,6%	61,4%	36,0%	54,8%	39,9%	43,8%
0	100	0	2,0	50,4%	45,3%	58,0%	40,6%	61,4%	35,4%	54,9%	40,6%	44,0%

(*) El coste/hora contiene, asimismo, los siguientes conceptos: Seguridad Social (33 %) y absentismo + plusones varios (10 %). Para el cálculo de los costes de personal la referencia es la ocupación real del centro ($i=i=3ni$) y no su capacidad (n). El coste de personal es conceptualmente fijo para un tamaño dado de centro y, por tanto, a menor ocupación mayor imputación por plaza por efecto de un decremento del precio medio ponderado. En nuestro análisis supondremos ocupaciones máximas con costes de personal fijos.

Fuente: Elaboración propia.

3.2. Costes de funcionamiento

Por reducción a su mínima expresión, podríamos identificar este tipo de costes como aquellos que no proceden de la aplicación directa de ratios de personal. Integrados por el conjunto de costes mixtos (parte fija y parte variable como, por ejemplo, gastos de energía) y costes propiamente variables (materias primas de manutención) oscilan en el intervalo (25 %-30 %) del coste total propuesto por Gipuzkoa, con un peso específico que desciende a medida que crece el grado de dependencia y como consecuencia de una presencia de personal progresivamente mayor. El gasto de funcionamiento también es sensible a las especificidades de la atención a perfiles cada vez más dependientes pero en una relación claramente inferior a la resultante de los incrementos en las ratios de atención. Si bien estos gastos aumentan con efecto casi marginal por acceso a estadios superiores de dependencia, las necesidades de personal lo hacen de tal manera que contrarrestan el efecto y minoran el peso relativo de aquellos en el coste por plaza, a pesar de incrementar su valor absoluto.

Según IDESCAT-Instituto de Estadística de Cataluña, el porcentaje sobre costes de los gastos de funcionamiento es de un 24,9 %. Otros estudios como el realizado en la Comunidad Valenciana (Tortosa *et al.*, 2013) sitúan la compra de bienes y servicios en un 18,7%; por su parte, el análisis de las cuentas de resultados de residencias de Cantabria cifra este tipo de costes en un 32,62 % (Díaz, B., 2012). El análisis de las cuentas de resultados de las residencias de Lares Euskadi cuantifican estos gastos en torno a un 24 % del coste, entendida esta equivalencia como media de todos los grados de dependencia. Dado el objetivo del proyecto, no se observan diferencias que justifiquen un estudio analítico en mayor profundidad. Es tal la correspondencia entre coste y ratio, que hipoteca la capacidad de maniobra sobre el resto de *inputs* que componen la producción de servicios residenciales para personas mayores. En otras palabras, el diferencial entre precio y coste de personal debería ser tal que permitiera una atención estándar y suficiente. No obstante, un

marco de obligaciones cada vez más exigente y diverso (implantación y mantenimiento de sistemas de gestión de la calidad, desarrollo de planes de prevención y seguridad, cumplimiento de normativas ambientales, presentación de auditorías contables o financieras, etc.) podría requerir una mayor dotación de gastos de funcionamiento que repercutiesen en una revisión al alza de los precios. Pero, como demostraremos, este paradigma no es de aplicación para el conjunto de normativas: disfrutar de un precio elevado no garantiza mayores márgenes de beneficio.

El análisis de los precios de diferentes años demuestra que su fijación por cada autonomía, a excepción de Gipuzkoa, no obedece a una estructura modular de cálculo que se ajuste a expresiones del tipo $P=CP+GF+A+B^0$ (CP: coste de personal en función de la ratio y del IPD, GF: gastos de funcionamiento, A: amortizaciones y B^0 : beneficio correspondiente a un margen predeterminado). Desde las ratios de atención total —como hemos podido comprobar, nueve normativas contemplan ratios para todos los grados de dependencia y 2 para niveles I, II y III— estimamos CP para un escenario previsible y verosímil (2.3.3.). Ninguna normativa pondera el valor de GF o de A y, sin embargo, una comparativa coherente aconsejaría que ambas variables estuvieran evaluadas, al menos desde una perspectiva teórica que fuera sensible a los rasgos distintivos de cada autonomía (fundamentalmente, índice de coste de la vida y precio de construcción de nueva vivienda).

Dado que los estándares de Gipuzkoa se entienden como una referencia válida para cubrir los gastos de funcionamiento —empíricamente se constata que, en términos generales, la dotación pública garantiza suficiente financiación para costes mixtos y variables incluyendo asimismo el gasto derivado de nuevas exigencias— lo adaptaremos a las diferentes autonomías del Estado. Ajustando el módulo de cada autonomía desde el índice del coste de la vida, obtenemos la distribución de costes de funcionamiento por autonomía que muestra la Tabla 10.

Tabla 10. Estimación de gastos de funcionamiento por comunidades autónomas

Comunidad	PPA _r ^{DEF (*)}	PPA/PPA _g ^(**)	Grado 0	Grado I	Grado II-III	Comunidad	PPA _r ^{DEF (*)}	PPA/PPA _g	Grado 0	Grado I	Grado II-III
Gipuzkoa			18,18 (***)	20,68	22,44	Castilla y León	88	0,8171	14,85	16,90	18,34
Andalucía	92,7	0,8607	15,65	17,80	19,31	Cataluña	108,5	1,0074	18,32	20,83	22,61
Araba	107,7	1,0000	18,18	20,68	22,44	Extremadura	80,3	0,7456	13,55	15,42	16,73
Aragón	96,4	0,8951	16,27	18,51	20,09	Galicia	92,4	0,8579	15,60	17,74	19,25
Asturias	87,9	0,8162	14,84	16,88	18,31	Madrid	114,5	1,0631	19,33	21,99	23,86
Baleares	98,9	0,9183	16,69	18,99	20,61	Murcia	94,8	0,8802	16,00	18,20	19,75
Bizkaia	107,7	1,0000	18,18	20,68	22,44	Navarra	110,6	1,0269	18,67	21,24	23,04
Canarias	83,1	0,7716	14,03	15,96	17,31	La Rioja	90,4	0,8394	15,26	17,36	18,84
Cantabria	99,1	0,9201	16,73	19,03	20,65	Valencia	93	0,8635	15,70	17,86	19,38
Castilla-La Mancha	84,8	0,7874	14,31	16,28	17,67						

(*) PPA: paridad del poder adquisitivo (indicador económico para comparar el nivel de vida entre distintas autonomías).

(**) PPA/PPAG: ratio entre PPA de cada autonomía y PPA de Euskadi.

(***) Estimaciones para ocupación plena (con IPD<3, deberían ver reducido su importe anual para el número medio de residentes).

Fuente: Elaboración propia / Estimació de les paritats de poder adquisitiu per a les comunitats autònomes espanyoles (Monografies, Generalitat de Catalunya, Departament d'Economia i Coneixement).

3.3. Costes de amortización

Se trata de estandarizar, en la media de lo posible y bajo criterios de verosimilitud, el porcentaje del precio que podemos estimar como representativo de la amortización de inmuebles y equipamiento. Como “a escala nacional, la información existente sobre el volumen de la inversión también difiere de unos estudios a otros” (Díaz Díaz, 2012), la referencia debería ser teórica y basada en las indicaciones recogidas desde diferentes fuentes bibliográficas o empíricas. La profesora Díaz, en su modelo de costes para las residencias de Cantabria, cuantifica el porcentaje de la amortización por inmuebles en un 6,97% y en un 2,43% en equipamiento; asimismo, la distribución modular del coste por plaza propuesto por Diputación Foral de Gipuzkoa evalúa el conjunto de la amortización y los costes financieros derivados del endeudamiento necesario para adquirir el activo fijo tangible en un 11,7% del coste por plaza. Obsérvese la proximidad entre ambos valores (9,49% = 6,96% + 2,43% y 11,7%) si dedujéramos los costes financieros del módulo planteado en Gipuzkoa.

Este estudio no pretende enumerar cada uno de los elementos que componen el activo fijo de un geriátrico. Tampoco pretende diseccionar todas y cada una de las casuísticas posibles que inciden en la tasación de los costes de amortización (propiedades

sin costes de adquisición, compartición de servicios en un mismo inmueble, variabilidad en las calidades de construcción, superficies mínima por plaza particulares de cada normativa, etc.). La hipótesis de partida plantea la amortización como un porcentaje más o menos fluctuante en un intervalo de amplitud razonable, idea contrastada desde el valor porcentual promedio de la amortización sobre el precio (Tabla 11). Aplicaremos la identidad $P=CP+GF+A+B^2$ para estimar costes unitarios de amortización partiendo de una normativa de referencia que desagregue el precio en sumandos modulares. En concreto, nos basaremos en la imputación sugerida por Gipuzkoa y que pondera la amortización de inmuebles y equipamiento en torno al 9% del coste por plaza (aproximadamente 8,50 euros por plaza y día).

Desde las ratios totales estimamos los costes de personal para el escenario 2.3.3.; desde la suma de módulos agrupados bajo el genérico “gastos de funcionamiento” (GF), proyectamos el modelo guipuzcoano al resto de comunidades con el factor de conversión propuesto por el índice del coste de la vida y, finalmente, desde el valor absoluto de la amortización unitaria en Gipuzkoa rectificada con el precio del metro cuadrado de construcción en la comunidad de destino, podremos teorizar sobre la relación entre amortización y precio para un margen de beneficio dado (en nuestro caso, del 5% sobre el precio).

Tabla 11. Obtención del coste teórico de amortización

Comunidad	CP	GF	Amortización				Precio adaptado (***)
			Precio m ²	Método-1 (*)	%A/P	Método-2 (**)	
Gipuzkoa	67,12	14,36	2.686,20	8,39	9,0%		93,22
Andalucía 1997	28,77	13,81	1.232,70	4,30	8,7%	3,91	49,35
Araba	25,89	16,04	1.905,10	6,19	12,2%	5,73	50,66
Aragón	20,14	12,85	1.152,80	4,08	10,5%	3,68	39,02
Asturias	27,71	11,72	1.254,00	4,36	9,5%	3,94	46,10
Bizkaia	35,29	16,04	2.350,50	7,45	12,0%	7,31	61,87
Canarias			1.403,10				
Cantabria	19,11	13,21	1.473,50	4,98	12,7%	4,62	39,27
Castilla - La Mancha	18,21	11,31	874,20	3,30	9,5%	2,89	34,55
Castilla y León	26,47	11,73	1.044,80	3,78	8,5%	3,38	44,19
Cataluña	21,29	16,16	1.834,00	5,99	13,1%	5,71	45,73
Extremadura			864,50				
Galicia	30,98	12,32	1.186,60	4,17	8,4%	3,77	49,98
Islas Baleares	26,56	13,19	2.108,20	6,77	13,8%	6,50	48,96
La Rioja	24,79	12,05	1.100,90	3,93	9,2%	3,79	42,92
Madrid			2.263,60				
Murcia	14,39	14,12	971,40	3,57	10,6%	3,20	33,76
Navarra	20,14	16,47	1.325,40	4,56	10,5%	4,16	43,34
Valencia	33,41	12,40	1.149,60	4,07	7,8%	3,70	52,51
Correlación método 1-método 2:						0,9977	

(*) $A=AG*(0,9*Pm2/Pm2G+0,1)$ → la amortización del inmueble es el producto de dicha amortización en Gipuzkoa por la relación entre el precio de construcción del metro cuadrado de las comunidades comparadas. La amortización total se reparte a razón del 90% en inmuebles y del 10% en instalaciones y equipamiento.

(**) La amortización formulada desde relaciones entre precios reales por plaza y entre precios de construcción por metro cuadrado (Gipuzkoa y comunidad comparada) propone costes teóricos unitarios de valor semejante.

(***) $PA=(CP+GF+A)/(1-MB)$ → el precio adaptado es el cociente entre la suma del coste de personal (ratios totales o estimación para escenario 2.3.3), los gastos de funcionamiento y la amortización (estimados) y el peso relativo de dicha suma respecto del precio detruido en el porcentaje del margen de beneficio.

Fuente: Elaboración propia.

Salvo en Araba y Bizkaia, el coste de amortización baja a medida que nos trasladamos hacia la derecha en el eje IPD; dicho de otro modo, si precisamos precios por grados de dependencia, la amortización —básicamente fija e independiente del perfil de atención— tiende a bajar.

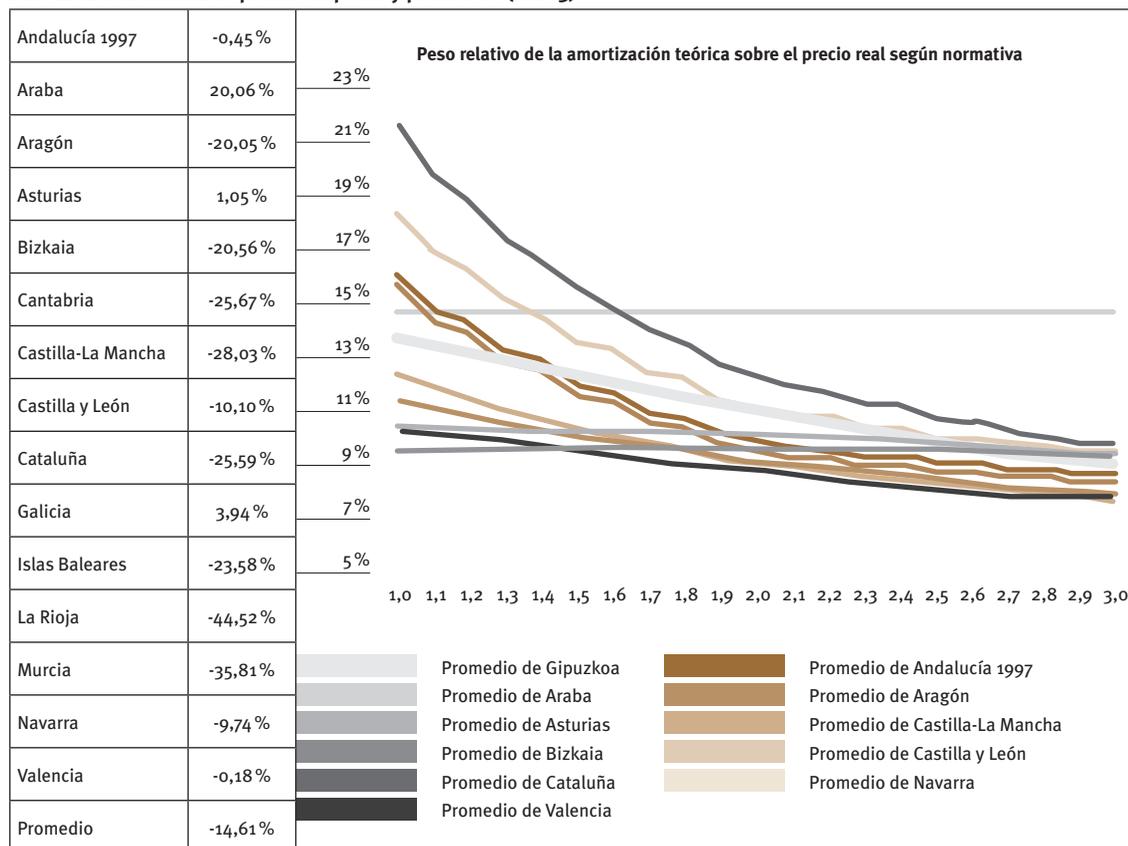
La curva de esta progresiva pérdida de peso como componente del coste por plaza (gráfico de la Tabla 12), si el precio fuera consecuente con la evaluación de los parámetros CP, GF y A, presentaría pendientes de diferente valor para cada IPD como resultado de la previsible desviación entre precio real y precio adaptado. En todo caso y en general, según muestra la Tabla 12, los precios que prevén las autonomías son superiores a los que se proponen desde formulaciones basadas en valores estándar de GF y A; lo son, además, en una media estatal en absoluto despreciable (14,61%). Si bien esta primera aproximación la realizamos sobre IPD máximo, comprobaremos que Gipuzkoa se constituye en arquetipo para la modulación del coste por plaza y para la correlación acompasada entre módulo principal (CP) e índice ponderado de dependencia (IPD). Aunque teóricamente pudiéramos imputar costes de amortización por tipología de dependencia desde sistemas de contabilidad analítica o modelos de coste ABC, la implantación de métodos tan complejos de diseñar y mantener no se justifica cuando la propia Administración no afina mínimamente el precio

público. Únicamente si el mercado fuera íntegramente privado y quisiéramos desplegar tantos precios como servicios pudieran ser ofertados, asignar y distribuir costes conforme a las actividades inherentes a cada proceso de producción tendría sentido. Cuando el abanico de precios públicos se limita a tan solo 2,32 categorías de media, el empeño por extraer costes por perfiles de atención debe ser comedido para no romper el equilibrio entre los recursos destinados a este propósito (personales y materiales) y la rentabilidad obtenida en este esfuerzo.

3.4. Composición del coste por plaza

Se han estimado valores para los sumandos de la igualdad $CP=CP+GF+A+B^2$. En la práctica, hemos realizado un ejercicio teórico para componer un coste por plaza que haga viable una comparativa intercomunitaria por grados de dependencia conforme a un patrón de cálculo exportable desde Gipuzkoa al resto de comunidades. En nuestro ánimo está romper con ciertas creencias extendidas que conjeturan mayores márgenes en la red guipuzcoana que en cualquier otra red autonómica. No compartimos esta opinión para cualquiera que sea la perspectiva desde la que se pronuncia y la condicionamos a matizaciones con diferentes consecuencias cualitativas en la atención a personas mayores en centros residenciales.

Tabla 12. Desviación entre precio adaptado y precio real (IPD=3)



Fuente: Elaboración propia.

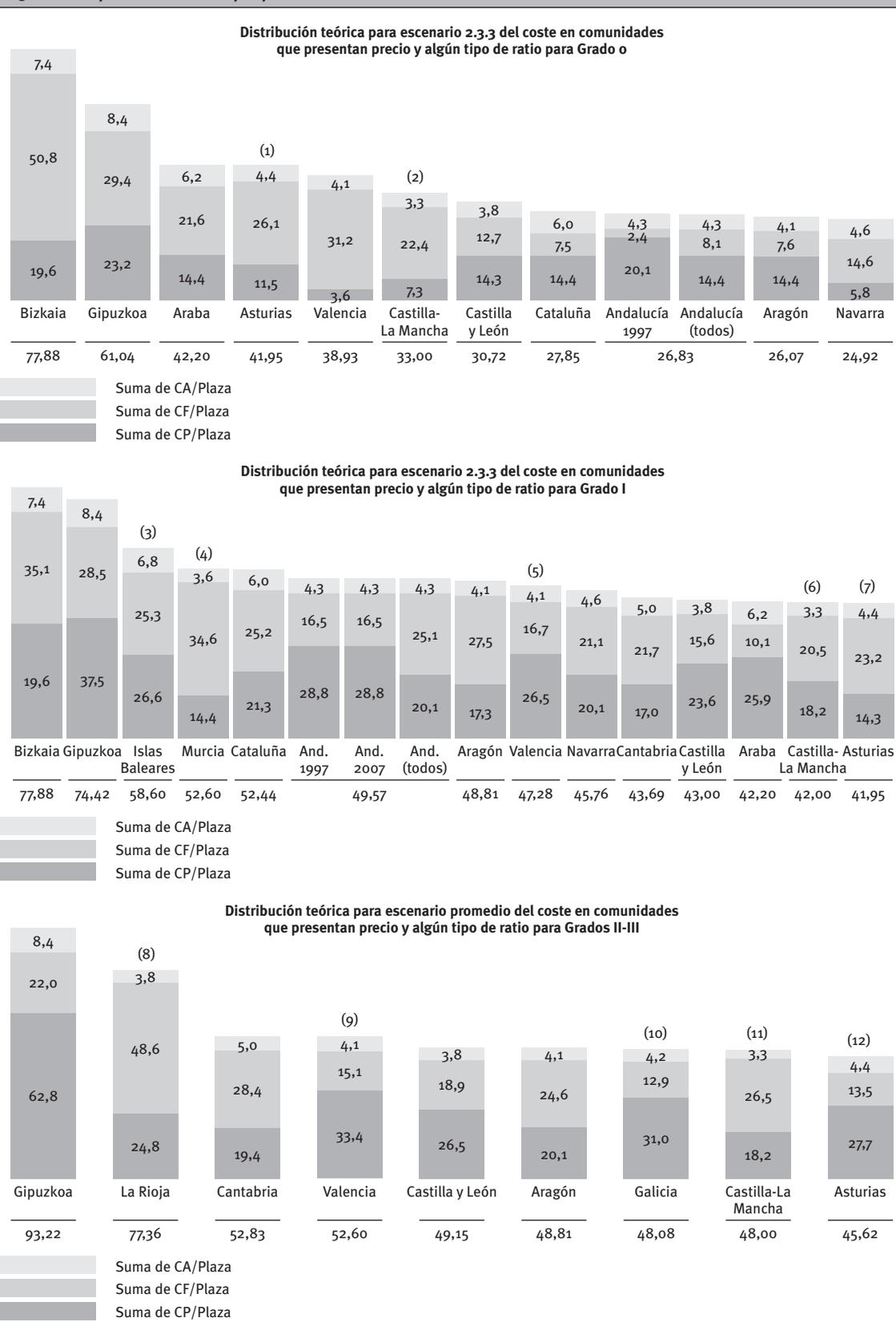
Tabla 13. Incrementos de precio derivados de incrementos de coste de personal

Normativa		ΔCP	ΔP	Desviación entre incremento del personal e incremento del coste de personal
Grado A	Grado B			
Andalucía 1997-grado 0	Andalucía 1997-grado I	8,63	22,74	Aragón Grado I-Grados II/III 0 %
Araba-grado 0	Araba-grado I	11,50	0,00	Castilla La Mancha Grado I-Grados II/III 0 %
Aragón-grado 0	Aragón-grado I	2,87	22,74	Asturias Grado 0-Grado I 0 %
Aragón-grado I	Aragón-grados II/III	2,88	0,00	Araba Grado 0-Grado I 0 %
Asturias-grado 0	Asturias-grado I	2,83	0,00	Bizkaia Grado 0-Grado I 0 %
Asturias-grado I	Asturias-grados II/III	13,37	3,67	Asturias Grado I-Grados II/III 27 %
Bizkaia-grado 0	Bizkaia-grado I	15,68	0,00	Valencia Grado 0-Grado I 37 %
Cantabria-grado I	Cantabria-grados II/III	2,42	9,14	Gipuzkoa Grado I-Grados II/III 74 %
Castilla La Mancha-grado 0	Castilla La Mancha-grado I	10,92	9,00	Valencia Grado I-Grados II/III 77 %
Castilla La Mancha-grado I	Castilla La Mancha-grados II/III	0,00	6,00	Castilla La Mancha Grado 0-Grado I 82 %
Castilla y León-grado 0	Castilla y León-grado I	9,32	12,28	Gipuzkoa Grado 0-Grado I 94 %
Castilla y León-grado I	Castilla y León-grados II/III	2,88	6,15	Castilla y León Grado 0-Grado I 132 %
Cataluña-grado 0	Cataluña-grado I	6,90	24,59	Navarra Grado 0-Grado I 145 %
Gipuzkoa-grado 0	Gipuzkoa-grado I	14,31	13,38	Castilla y León Grado I-Grados II/III 214 %
Gipuzkoa-grado I	Gipuzkoa-grados II/III	25,25	18,80	Andalucía 1997 Grado 0-Grado I 263 %
Navarra-grado 0	Navarra-grado I	14,39	20,81	Cataluña Grado 0-Grado I 356 %
Valencia-grado 0	Valencia-grado I	22,83	8,35	Cantabria Grado I-Grados II/III 378 %
Valencia-grado I	Valencia-grados II/III	6,94	5,32	Aragón Grado 0-Grado I 792 %
		r de Pearson:	0,157	

Fuente: Elaboración propia.

- El modelo guipuzcoano se fundamenta en dos pilares distintivos: altísima tasa de concertación (prácticamente del 90 % del total de la red residencial) y ratios totales, directas o de gerocultor/a por encima del resto de comunidades en un 79 % de los casos (valores de IPD en el intervalo cerrado $1 \leq IPD \leq 3$) que sube hasta un 98,9 % para $IPD \geq 2,5$.
- Los costes unitarios de personal que presenta Gipuzkoa son los más elevados del mapa estatal; sin embargo, el porcentaje del coste de personal sobre el precio es inferior en un 22,4 % de las comparativas únicamente para combinaciones de dependencia con mayor peso relativo de grados 0 y I (aclaremos, en este sentido, que Gipuzkoa prioriza el acceso de grados II y III a su red residencial concertada, si bien La Ley 39/2006 reconoce a los ciudadanos en situación de dependencia un derecho universal y subjetivo).
- La correlación precio-coste de personal tiene una consistencia comparable a la de precio-ratio total (0,729 frente a 0,635). Esta supuesta cohesión desaparecería para el par precio-ratio si los grados II y III de Gipuzkoa no formaran parte de la muestra ($r=0,451$). No obstante, salvo para un conjunto mínimo de normativas, la hipótesis que defiende un incremento de precios análogo al aumento de costes de personal derivados de los ratios totales no se sostiene. En un análisis *ceteris paribus* de la composición del coste por plaza (GF y A más o menos constantes), observamos que la correlación entre incrementos de precios y de personal no es significativa ($r=0,152$), lo cual proyecta nuevamente una idea de dispersión de la que únicamente excluimos a Gipuzkoa.
- Solo Castilla-La Mancha (grado 0-grado I), Valencia (grado I-grados II/III) y Gipuzkoa —en este caso, para todos los grados de dependencia— presentan incrementos de precio similares a los incrementos de personal. En otro sentido, hay tantas normativas que presentan $\Delta P < \Delta CP$ como $\Delta P > \Delta CP$, con una tendencia clara hacia crecimientos casi exponenciales para las relaciones positivas (la prueba χ^2 al nivel de confianza del 99,9 % acepta la hipótesis nula y demuestra la independencia entre ambas variables),
- El resultado de esta independencia entre precio y personal para un coste de amortización dado es evidente: a medida que progresa la relación entre precio y personal ($\Delta P / \Delta CP$) aumenta la dotación teórica por plaza para gastos de funcionamiento

Figura 6. Composición del coste por plaza



Estimaciones del coste de personal (escenario 2.3.3):

Grado 0: (1) Ratio de atención directa / (2) Ratio de gerocultor/a

Grado I: (3), (4), (5) y (6) Ratio de gerocultor/a / (7) Ratio de atención directa

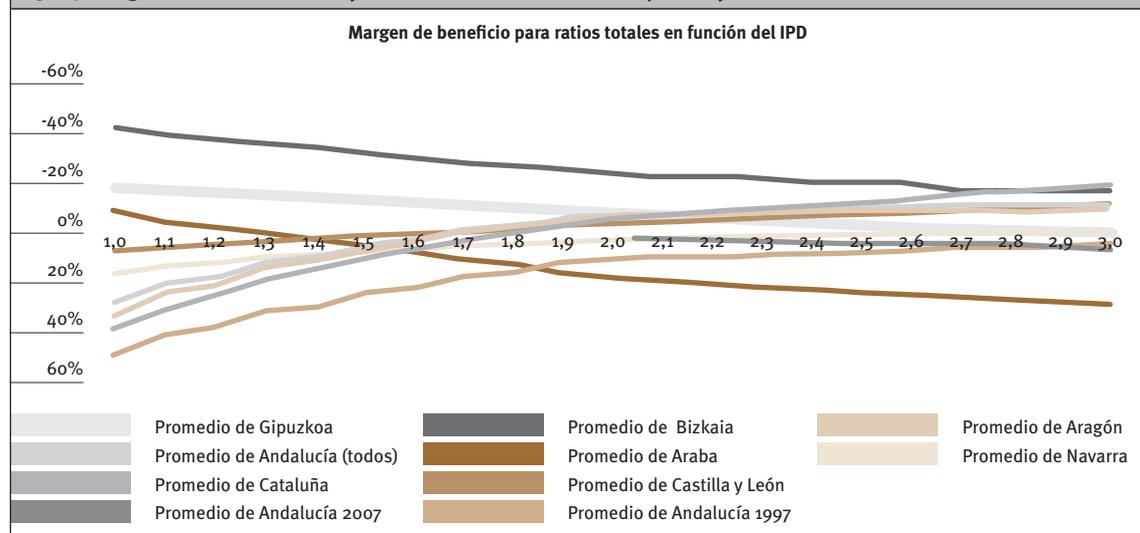
Grados II y III: (8), (9) y (11) Ratios de gerocultor/a / (10) y (12) Ratios de atención directa

Fuente: Elaboración propia.

- y, una vez cubiertos los estándares para ellos, se obtienen mayores diferenciales que mejoran la rentabilidad sobre el precio.
- No discriminar precios por grado de dependencia, aun cuando la normativa exija ratios conforme a dichos grados, podría suponer —y de hecho supone— que en determinadas autonomías/ territorios la composición del *mix* de atención (IPD), si bien incide en la estructura del coste, nunca plantee problemas de financiación (casos de Bizkaia y Murcia). Por otra parte, esta garantía no se disfruta en la tercera comunidad con precio único: Araba. Este territorio foral vería comprometida la viabilidad económica de centros con predominio de plazas concertadas e IPD > 1 si no contuviera drásticamente los costes de funcionamiento.
 - El coste ($C=CP+GF+A$) no es flexible en las partes que lo componen. Las organizaciones tienen una capacidad de maniobra limitada sobre el valor de los sumandos CP y A: minimizar la tasa de absentismo desde la incidencia positiva de determinadas políticas de personal y la construcción de inmuebles con

- financiación ajena altruista y a fondo perdido. En consecuencia, desde la eficiencia en el consumo de insumos diferentes a los recursos humanos determinaremos fundamentalmente la sostenibilidad futura de las organizaciones. En la medida que minore el peso específico de los costes de funcionamiento sobre el coste por plaza (Suma de CF/plaza de la Figura 6) deberemos optimizar al máximo la gestión de dichos costes.
- Se manifiesta una incontestable descompensación entre las distintas estructuras teóricas de coste obtenidas desde la interpretación de las diferentes normativas. Es más que probable que la realidad asistencial del Estado no mantenga un paralelismo con el mapa descrito. La evolución en los perfiles de atención demanda nuevos marcos de actuación que las organizaciones gestoras se han preocupado por desarrollar sin dejar prácticamente nada al albur. En muchos casos, son normas obsoletas que no han sido dotadas de inercia suficiente para adaptarse a los permanentes cambios del sector y cuyas carencias son cubiertas desde una iniciativa privada imaginativa para evitar infinidad de contingencias perniciosas.

Figura 7. Margen de beneficio teórico y cálculo de IPD frontera entre Gipuzkoa y el resto



Determinación del IPD frontera (Gipuzkoa frente al resto)			
Normativa	IPD frontera	↓IPD	↑IPD
Bizkaia	Siempre por encima		
Andalucía 2007	Siempre por debajo		
Andalucía 1997	Siempre por debajo		
Andalucía (todos)	2,09	Mejor	Peor
Araba	Siempre por debajo		
Aragón	2,09	Mejor	Peor
Cataluña	2,12	Mejor	Peor
Castilla y León	2,27	Mejor	Peor
Navarra	2,94	Mejor	Peor

Determinación del IPD de umbral de rentabilidad	
Normativa	Umbral rentabilidad
Gipuzkoa	IPD < 2,94 → B ^o o
Bizkaia	Siempre beneficio
Andalucía 2007	Nunca beneficio
Andalucía 1997	Nunca beneficio
Andalucía (todos)	IPD > 1,66 → B ^o o
Araba	IPD < 1,30 → B ^o o
Aragón	IPD > 1,45 → B ^o o
Cataluña	IPD > 1,82 → B ^o o
Castilla y León	IPD > 1,63 → B ^o o
Navarra	IPD > 2,73 → B ^o o

Fuente: Elaboración propia.

Llegados a este punto, solo nos quedaría armar un entramado que conjugando precios, costes de personal, costes de funcionamiento y amortizaciones para una secuencia creciente de diferentes combinaciones de grados de dependencia, estime posibles márgenes de beneficio para escenarios verosímiles de personal. La inexistencia de precios modulados desde las propias Administraciones Públicas impone la estimación de costes de funcionamiento desde estandarizaciones soportadas en el modelo de Gipuzkoa. Como comprobaremos, aun cuando hemos identificado el escenario 2.3.3. como más verosímil, la presencia de otros escenarios tampoco provoca una falta de financiación generalizada. Para índices IPD consecuentes con el actual perfil promedio de atención (salvo Araba, Andalucía-1997, Andalucía-2007 y muy probablemente Navarra), los precios cubren con garantías suficientes las ratios previstas en aquellas normativas que permiten simular valores de IPD en la medida que discriminan grados de dependencia.

La importancia del índice ponderado de dependencia se revela nuclear. Por mínima que sea la distinción de perfiles de atención, estén o no sujetos a precios asociados, la composición del *mix* determina absolutamente la constitución del coste por plaza. Además, cualquiera que sea la distribución de grados de dependencia, es posible calcular IPD. Vista la

altísima correlación de este índice con el precio y el coste de personal podemos validar el uso de funciones $f(\text{IPD})$ para simular diferentes escenarios de comparación.

La dispersión es una realidad innegable. No por ello, sin embargo, deberíamos concluir que los precios de Gipuzkoa —superiores al resto para $\text{IPD} \geq 2,25$ — garantizan mayor capacidad de respuesta ante futuros incrementos de coste (actualización salarial de convenios colectivos, tasas de absentismo laboral, nuevas exigencias en normativas, etc.). Si definiéramos el índice potencial de beneficio (IPB) como un cociente cuyo numerador y denominador fueran, respectivamente, el diferencial entre precio y costes de personal y amortización y el margen de beneficio sobre el precio ($\text{IPB} = \text{P} - \text{CP} - \text{AMB} * \text{P}$), el panorama estatal cambiaría sustancialmente sobre nuestras apreciaciones a priori. Gipuzkoa, a la cabeza en cuantas comparaciones se han propuesto (precios, horas anuales de atención, consistencia en la relación precio-ratio y equilibrio de la estructura de costes), ve afectada su posición de privilegio por efecto de una modulación del coste por plaza que condiciona la prestación del servicio con unos repartos predeterminados. Simulemos los resultados de IPB para un margen de beneficio del 5% y para incrementos secuenciales en la distribución de los grados de dependencia a intervalos de diez unidades, tal y como refleja la Tabla 14.

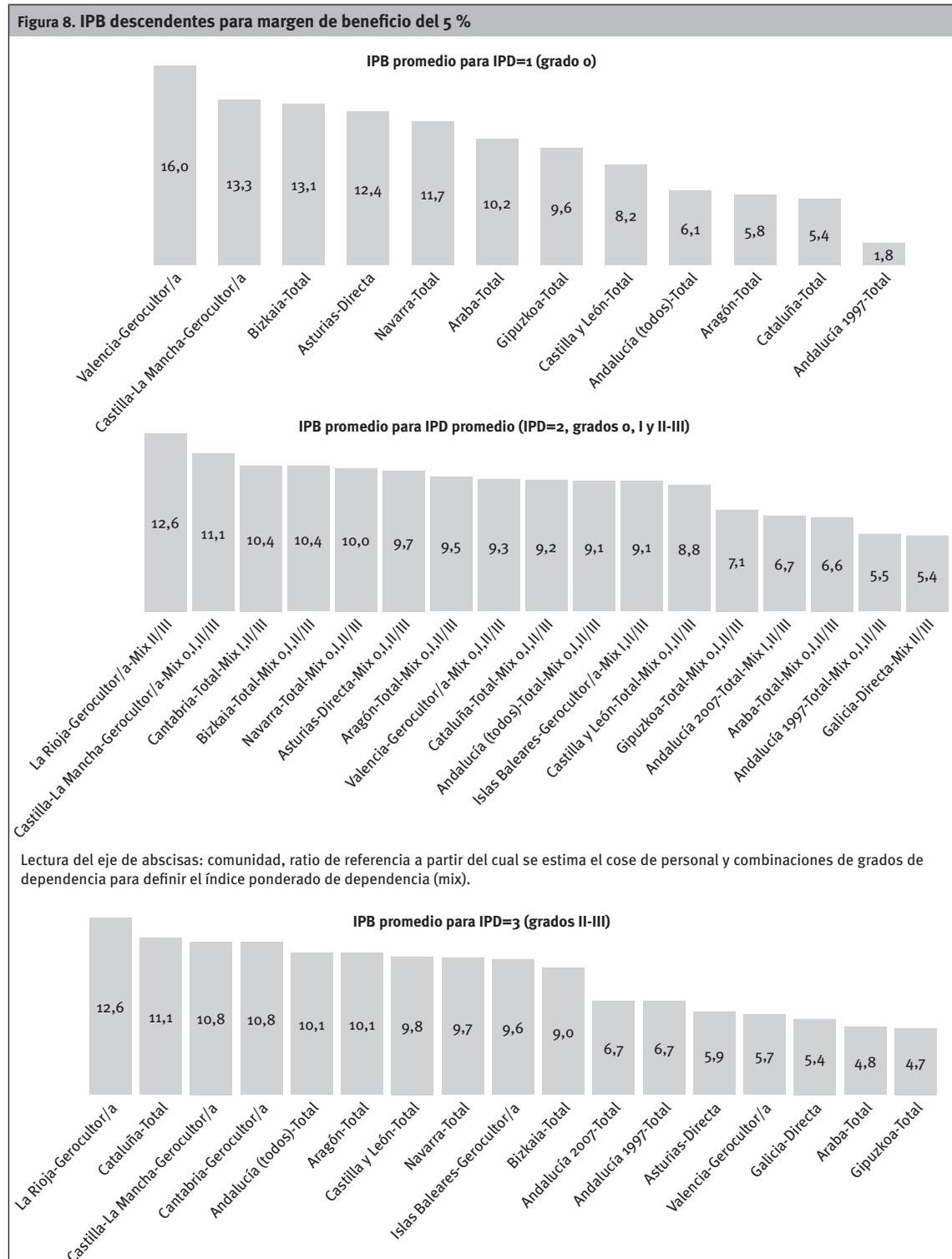
Tabla 14. Índices potenciales de beneficio (estimación de costes de personal de las ratios disponibles siguiendo la secuencia Total → Directa → Gerocultor/a)

Mix				Totales										Atención directa				Gerocultor/a			
A	D	GD	IDP	Gip.	Bizk.	And. 1997	And. (todos)	Araba	Arag.	Cast. y León	Cat.	Nav.	And. 2007	Ast.	Cant.	Gal.	Murcia	Cast.-La Mancha	Val.	La Rioja	I. Bal.
				0,262	0,250	0,350	0,250	0,250	0,200	0,248	0,250	0,100		0,130				0,067	0,033		
				0,423	0,450	0,500	0,350	0,450	0,300	0,410	0,370	0,350	0,500	0,162	0,295		0,250	0,167	0,242		0,300
				0,708	0,450	0,500	0,350	0,450	0,350	0,460	0,370	0,350	0,500	0,313	0,337	0,350		0,167	0,306	0,280	0,300
100	0	0	1,00	9,64	13,05	1,78	6,07	10,25	5,83	8,18	5,36	11,73		12,43				13,30	16,04		
90	0	10	1,20	8,93	12,65	2,61	6,76	9,70	6,57	8,42	6,50	11,37		11,73				12,95	14,69		
90	10	0	1,10	9,40	12,65	2,61	6,76	9,70	6,77	8,20	6,10	11,30		12,30				12,83	14,97		
40	50	10	1,70	7,96	10,64	5,36	9,06	6,97	9,69	8,47	8,73	9,94		11,06				10,96	10,06		
40	60	0	1,60	8,36	10,64	5,36	9,06	6,97	9,83	8,29	8,49	9,88		11,62				10,82	10,25		
30	0	70	2,40	5,81	10,23	5,74	9,37	6,43	9,29	9,46	10,19	10,08		7,77				11,40	8,23		
20	70	10	1,90	7,62	9,83	6,07	9,65	5,88	10,49	8,49	9,30	9,56		10,79				10,29	8,44		
20	80	0	1,80	7,99	9,83	6,07	9,65	5,88	10,62	8,32	9,10	9,51		11,35				10,15	8,61		
10	0	90	2,80	5,06	9,43	6,38	9,91	5,34	9,84	9,69	10,85	9,82		6,54				11,01	6,53		
0	0	100	3,00	4,73	9,03	6,66	10,14	4,79	10,08	9,80	11,12	9,71	6,66	5,94	10,77	5,38		10,84	5,75	12,57	9,60
0	80	20	2,20	6,96	9,03	6,66	10,14	4,79	11,02	8,67	9,94	9,31	6,66	9,98	10,13			9,82	6,79		8,84
0	90	10	2,10	7,30	9,03	6,66	10,14	4,79	11,14	8,51	9,77	9,26	6,66	10,53	10,04			9,68	6,93		8,73
0	100	0	2,00	7,66	9,03	6,66	10,14	4,79	11,26	8,34	9,59	9,20	6,66	11,08	9,94		13,17	9,53	7,08		8,63

Fuente: Elaboración propia.

El IPB mide la cantidad de euros disponibles por euro de beneficio que pretendemos conseguir, suponiendo que el diferencial P-CP-A permita cubrir los costes estándares de funcionamiento adaptados a cada autonomía. La influencia de IPD sobre IPB es más o menos determinante en función de la acción conjunta de la identificación de grados de dependencia y del valor de los ratios

para los mismos. Como corroboran los siguientes gráficos, la normativa de Gipuzkoa garantiza la cobertura del coste en condiciones normales pero a medida que incrementa la dependencia opera con márgenes menores (pasa de IPB=9,6 para IPD=1 a IPB=4,7 para IPD=3). Para el resto de normativas, se aprecian dos evolutivos diferenciados: crecimiento y decrecimiento de índices potenciales de beneficio.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15. Funciones de incremento y decremento del IPB en función del IPD

IPB creciente			IPB decreciente		
Normativa	$IPB_{IPD=3}/IPB_{IPD=1}$	Máximo	Normativa	$IPB_{IPD=3}/IPB_{IPD=1}$	Máximo
Andalucía (todos)	10,14 / 6,07=1,67	2,711	Araba	4,79 / 10,25=0,47	3,092
Andalucía 1997	6,66 / 1,78=3,74	2,710	Asturias	5,94 / 12,43=0,48	-0,096
Aragón	10,08 / 5,83=1,73	2,480	Bizkaia	9,03 / 13,05=0,69	3,092
Baleares	9,60 / 8,63=1,11	8,113	Castilla - La Mancha	10,84 / 13,30=0,82	2,445
Cantabria	10,77 / 9,94=1,08	5,135	Gipuzkoa	4,70 / 9,60=0,49	20,249
Cataluña	11,12 / 5,36=2,07	3,118	Navarra	9,71 / 11,73=0,83	2,496

(*) Única normativa con regresión convexa; por tanto, el máximo es realmente mínimo, en todo caso fuera del recorrido de IPD.

Fuente: Elaboración propia.

Interpretemos los valores de IPB correspondientes a $IPD=3$ e $IPD=1$:

- Algunas normativas permiten alcanzar ininterrumpidamente mayores cotas de beneficio teórico conforme accedemos a grados superiores de dependencia (Baleares, Cantabria, Cataluña y Castilla y León, con presencia de máximos fuera del intervalo $1 \leq IPD \leq 3$). Podría enunciarse la misma idea para las dos normativas andaluzas que consiguen su IPB máximo para $IPD=3$ (el polinomio de regresión es consecuencia de incrementos marginales cada vez menores y por esta razón presume un máximo para $IPD=2,71$). Aragón, por su parte, plantea un IPB máximo para $IPD=2,48$ que apenas difiere de otros IPB en el intervalo $2 \leq IPD \leq 3$.
- En general, los IPB decrecientes son continuos en todo el recorrido de IPD a excepción de Castilla-La Mancha y Navarra. Si bien ambas comunidades distinguen tres precios y dos perfiles de atención, la menor diferencia entre precios de grados I y II-III que entre precios de grados 0 y I provoca pendientes próximas a cero en la curva de regresión para $IPD \geq 2$ o, lo que es lo mismo, índices IPB prácticamente constantes (Castilla-La Mancha muestra IPB mínimo de 10,56 y máximo de 10,84; Navarra, respectivamente, de 9,77 y 9,71).
- Observemos, en todo caso, la simetría entre el índice IPB y el gráfico de la Tabla 13. Aquellas normativas con mayores relaciones $\Delta P/\Delta CP$ integran casi en exclusividad la relación de IPB crecientes; paralelamente, las normativas situadas en la mitad izquierda de dicho gráfico conforman el conjunto de IPB decrecientes.

4. Comparativas intercomunitarias: proyectando el modelo de Gipuzkoa

El presente trabajo de investigación ha pretendido delimitar un paradigma para la comparativa de normativas conforme a una misma expresión del coste por plaza. Somos conscientes de que la realidad podría ser —y muy probablemente lo sea— sustancialmente diferente de lo que preconiza nuestro modelo teórico. Aunque hayamos insistido sobradamente en esta idea, acreditaremos su validez

Estructura de costes: contextualizando la función $P = f(r, CH, GF, A, MB)$

- El mapa de precios del Estado parece ser más resultado de la capacidad presupuestaria de cada autonomía/territorio que consecuencia del estudio analítico del coste por plaza y la aplicación de funciones coherentes con el valor esperado para r , CH, GF, A y MB,
- La fijación de precios comparativamente elevados no garantiza, por sí misma, una mayor capacidad para prestar el servicio en las condiciones previstas por cada normativa.
- El cociente $\Delta P/\Delta CP$ que, a su vez, depende de la discriminación y del valor de las ratios de personal, es la variable que determina el verdadero potencial del precio para cumplir con los requisitos asistenciales (recursos humanos) y materiales (costes de funcionamiento y de amortización) en disposición de obtener unos mínimos beneficios que garanticen la sostenibilidad de los centros.
- Podemos concluir que, a excepción de Andalucía 1997 y 2007, los precios permiten cubrir las exigencias de normativa a partir de valores IPD bastante verosímiles en las actuales circunstancias de atención (perfiles muy demandantes). Ello no significa, sin embargo, que las ratios sean suficientes para responder de lo que realmente necesitan las personas mayores dependientes usuarias de servicios residenciales.
- Gipuzkoa sobresale en precio, ratio y consistencia de la relación entre ambas variables; no es, sin embargo, terreno abonado para lucrarse con altas rentabilidades por euro invertido.

desde la evidencia empírica: por ejemplo, una proporción considerable de centros asociados a Lares Euskadi han diseñado plantillas de personal muy por encima de las exigencias contempladas en el Decreto 41/1998 del Gobierno Vasco. A pesar de este hecho innegable y presumiblemente extensible en parte al conjunto de autonomías del Estado, defendemos que este tipo de estudios son necesarios para entender mejor el subsector de las residencias para personas mayores y poder dotarlo de una inercia orientada a recortar las diferencias asistenciales y económicas; o, como mínimo, para ser conscientes de ellas y dinamizar las voluntades políticas para acercarse a las comunidades referentes en un anhelo por cumplir con el principio de solidaridad interterritorial. Una pobrísima voluntad política que, por otra parte, obstinadamente insiste en incumplir los acuerdos y compromisos derivados de la Ley 39/2006 en un alarde de inoperancia gestora y de ausencia de compromiso real y evidenciable con los más desfavorecidos.

Veamos la incidencia del modelo guipuzcoano en cada normativa en vigor y las diferencias que se producen en la composición del precio para costes estandarizados de funcionamiento y amortización y un margen de beneficio del 5 % (Tabla 16).

Aproximadamente en tres cuartas partes de los casos (73,5 %) con precios de referencia en normativa, el modelo de Gipuzkoa plantea un incremento de

los mismos con diferente intensidad. La traslación, realizada conforme a la aplicación de las ratios totales guipuzcoanas para el escenario de personal 2.3.3., ofrece unos resultados que confirman un sorprendentemente escaso incremento medio para los grados 0 y I (2,57 y 1,26 euros por plaza y día respectivamente) acompañado de un previsible incremento para los grados II-III (16,53 euros). Bizkaia resta efecto al conjunto del Estado porque presenta precios sustancialmente más altos que los derivados desde Gipuzkoa. Si anuláramos la influencia de Bizkaia, el crecimiento medio alcanzaría los 5,76 euros para grados 0 y, aunque su efecto no se haga especialmente patente, el precio medio para grados I aumentaría poco más de un euro (2,30 euros). Estas cifras absolutas difieren ostensiblemente de las desviaciones porcentuales entre costes según normativa y costes proyectados desde Gipuzkoa, especialmente en lo referido a costes de personal que registran variaciones considerables (hasta de un 69,8 % para grados II y III).

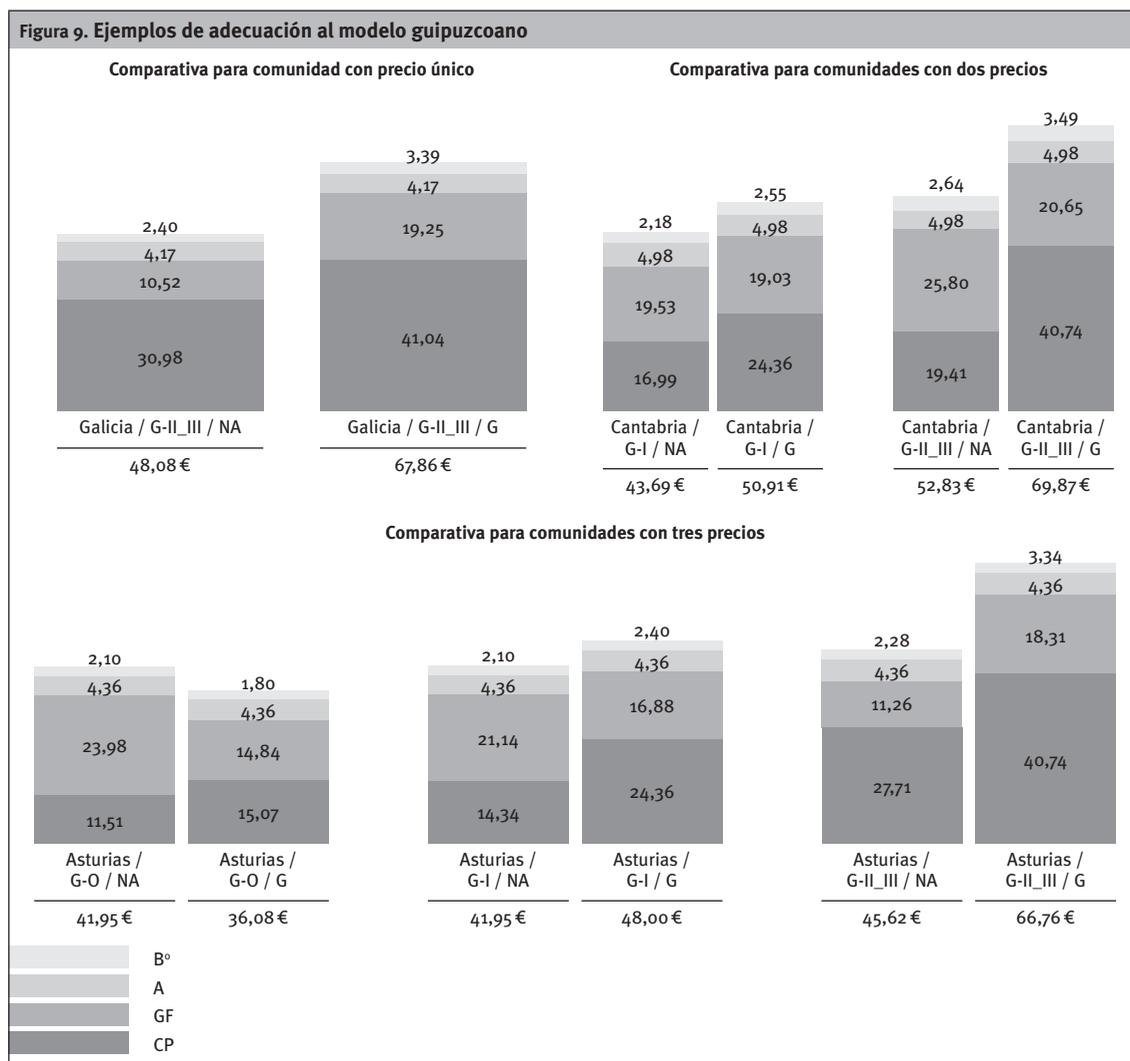
Los precios trazados conforme a criterios guipuzcoanos son superiores en términos medios para grados II-III, guardando cierto paralelismo para grados 0 y I. Aunque el porcentaje de precios con menor valor afecta a un 26,7 % de las combinaciones precio-grado proyectadas, su influencia es tal que ofrece un panorama en el que la aplicación del modelo guipuzcoano no garantiza un incremento del precio medio real, en buena parte por el peso de

Tabla 16. Comparativa entre precios de normativa y precios desde proyección del modelo de Gipuzkoa (proyección > normativa)

	Grado 0					Grado I					Grados II-III				
	Normativa	Proyección				Normativa	Proyección				Normativa	Proyección			
		Precio	Diferencias				Precio	Diferencias				Precio	Diferencias		
		CP (*)	GF+A+B°	Neto		CP	GF+A+B°	Neto		CP	GF+A+B°	Neto			
Andalucía 1997	26,83	36,87	-5,07	15,10	10,04	49,57	48,91	-4,41	3,75	-0,66	49,57	67,75	11,97	6,21	18,18
Andalucía 2007	26,83	36,87				49,57	48,91	-4,41	3,75	-0,66	49,57	67,75	11,97	6,21	18,18
Andalucía (todos)	26,83	36,87	0,69	9,35	10,04	49,57	48,91	4,22	-4,88	-0,66	49,57	67,75	20,60	-2,42	18,18
Araba	42,20	41,52	0,69	-1,36	-0,67	42,20	53,93	-1,54	13,27	11,73	42,20	73,03	14,85	15,98	30,83
Aragón	26,07	37,29	0,69	10,53	11,22	48,81	49,42	7,10	-6,49	0,61	48,81	68,32	20,60	-1,09	19,51
Asturias	41,95	36,08	3,56	-9,43	-5,87	41,95	48,00	10,02	-3,96	6,05	45,62	66,76	13,03	8,11	21,14
Bizkaia	77,88	48,60	0,94	-30,22	-29,28	77,88	64,55	-2,09	-11,24	-13,33	77,88	89,91	20,24	-8,21	12,03
Canarias															
Cantabria						43,69	50,91	7,36	-0,14	7,22	52,83	69,87	21,34	-4,30	17,04
Castilla - La Mancha	33,00	34,40	7,79	-6,38	1,40	42,00	46,25	6,14	-1,89	4,25	48,00	64,96	22,53	-5,57	16,96
Castilla y León	30,72	35,48	0,80	3,95	4,76	43,00	47,40	0,77	3,63	4,40	49,15	66,16	14,27	2,74	17,01
Cataluña	27,85	41,45	0,69	12,92	13,60	52,44	53,88	3,07	-1,63	1,44	61,46	72,99	19,45	-7,92	11,53
Extremadura															
Galicia											48,08	67,86	10,06	9,72	19,78
Islas Baleares						58,60	52,75	-2,20	-3,65	-5,85	64,06	71,70			
La Rioja						60,14	47,73				77,36	66,31	15,44	-26,49	-11,05
Madrid															
Murcia						52,60	48,56	9,97	-14,01	-4,04	52,60	67,44			
Navarra	24,95	40,32	9,32	6,06	15,38	45,76	52,80	4,22	2,82	7,04	48,02	71,95	20,60	3,33	23,93
Valencia	38,93	36,60	0,61	-2,94	-2,33	47,28	48,59	-2,24	3,55	1,32	52,60	67,35	7,13	7,62	14,75
Variaciones medias absolutas		1,88	0,69	2,57			2,40	-1,14	1,26			16,27	0,26	16,53	
Variaciones medias relativas		28,0 %	38,0 %	17,2 %			15,3 %	1,6 %	4,17 %			69,8 %	12,7 %	34,0 %	

(*) Costes de personal para la proyección del modelo de Gipuzkoa calculados desde la adaptación de las ratios a las jornadas anuales de los convenios de referencia ($r_i = r_j \cdot \frac{y_j}{1592}$, donde r_j y y_j son, respectivamente, la ratio equivalente y la jornada laboral anual en la comunidad comparada y r_i la ratio de Gipuzkoa para cada grado de dependencia).

Fuente: Elaboración propia.



Leyenda: NA - normativa aplicable (se corresponde con la de la comunidad que queremos simular) / G - proyección del modelo de Gipuzkoa.

Fuente: Elaboración propia.

las desviaciones en Bizkaia. La diferencia promedio entre precios inferiores y superiores es de -8,26 y 10,96 euros, respectivamente, que se incrementa hasta -6,07 euros para los primeros si excluimos a

Bizkaia del análisis. En todo caso, constatamos que los precios reales están por debajo de los sugeridos por Gipuzkoa: en torno a una media del 35% para grados 0 y II-III y en poco más del 11% para grados I.

Proyección del modelo guipuzcoano: condiciones de implementación

- Pese a que los precios en el resto del Estado permiten alcanzar mayores índices potenciales de beneficio, podemos afirmar que, en general, son insuficientes para llegar a los niveles de atención extrapolados desde el modelo de Gipuzkoa.
- Para que dichos niveles de atención sean de aplicación en otras comunidades, además de subir los precios para los diferentes grados de dependencia, es necesario incrementar las ratios, máxime cuando la Ley 39/2006 reconoce como preferentes los ingresos de grados II y III ($IPD \geq 2,5$).
- La traslación del esquema guipuzcoano, aun cuando produce un efecto neto positivo en el precio del 64,4% de las casuísticas, afecta con diferente signo a cada grupo de coste. Así, proyecta incrementos para el personal y decrementos para el resto de costes, especialmente apreciables para grados II y III (ΔCP medio = 16,27 euros versus $\nabla GD + \nabla A + \nabla B^\circ = 5,19$ euros).

4.1. Adaptabilidad de la figura principal en la atención: ratios equivalentes de gerocultor/a

Somos conscientes de las dificultades implícitas en la proyección de estas ratios a otras realidades asistenciales, más o menos alejadas en fondo y forma del sistema vasco de servicios sociales. En todo caso, si fuéramos capaces de establecer algún tipo de correspondencia, tal vez podríamos cuantificar un factor corrector o factor de equivalencia de los tiempos del modelo guipuzcoano en otras comunidades. Por ejemplo, una equivalencia que contuviera relaciones cruzadas podría constituirse en un buen “traductor” de necesidades entre diferentes, siempre que se interpretara como axiomática una idéntica productividad por hora de trabajo —como, además, no cabría plantear de ninguna otra manera dada la presumible incoherencia de una demostración empírica en sentido contrario— cualquiera que fuera el contexto de aplicación:

- Relación entre la ratio de auxiliar de geriatría de cada normativa y la ratio de Gipuzkoa (Decreto Foral 38/2007).
- Relación entre la jornada laboral anual de cada comunidad y la aplicable en Gipuzkoa.

La relación cruzada o potencia de la comunidad a valorar respecto del modelo guipuzcoano vendría determinada por la siguiente expresión, donde denotaremos cada variable como se indica:

$$p = i = 1 = 3n_i * p_i = n_1 * p_1 + n_2 * p_2 + n_3 * p_3$$

- p : potencia media ponderada de un centro (en función del tamaño de cada estrato).
- n_i : tamaño de cada estrato de dependencia (lógicamente, se cumplirá que $n = \sum n_i$).
- p_i : potencia de cada estrato de dependencia respecto de la normativa guipuzcoana, calculada conforme a la relación $p_i = \frac{r_i}{r_{eq.ref-i}}$ (r_i : ratio del estrato i de la normativa destino y $r_{eq.ref-i}$: ratio equivalente de Gipuzkoa para el estrato i), donde, a su vez,

$$r_{eq.ref-i} = r_{ref-i} * \frac{JG}{J_i} (r_{ref-i}:$$

ratio de Gipuzkoa para el estrato i , JG : jornada anual de Gipuzkoa y J_i : jornada anual en convenio colectivo de la comunidad/territorio i). El cálculo de $r_{eq.ref-i}$ para cada centro se realizará acorde con la siguiente secuencia, en caso de inexistencia o indefinición de ratios por figuras profesionales: 1.º-ratios de gerocultor/a → 2.º-ratios de atención directa → 3.º-ratio total.

La potencia de una comunidad —si su normativa contuviera ratios de atención— o de un centro en particular —si se hubieran consensuado dichas ratios con la Administración Pública en ausencia de regulación pública aplicable— es la capacidad de

recursos disponibles para satisfacer una necesidad. En nuestro sector, la disponibilidad de personal se mide en ratios o presencia de personal especializado por residente en tanto por uno. Sin embargo, este indicador deja de ser homogéneo en la medida que coexisten diferentes convenios colectivos con jornadas anuales específicas. Si expresamos la potencia como cociente entre ratio del contexto a adaptar y ratio de referencia (Gipuzkoa) y, además, lo hacemos en un sector con una productividad análoga cualquiera que fuera el contexto, dicha relación debería estar sujeta, a su vez, al número anual de horas trabajadas. Dicho de otro modo, dado que el Decreto 38/2007 de Gipuzkoa asigna tiempos (minutos por día) en función de perfiles de atención, la ratio de referencia para el perfil i se obtendría según la expresión

$$r_{ref-i} = \frac{(m_i \times 365) / 60}{JG}$$

(m_i : minutos por día para el perfil i y JG : jornada anual de 1.592 horas para el convenio colectivo de Gipuzkoa). De acuerdo con esta nueva identidad, la potencia de cada estrato i también adoptaría la siguiente expresión:

$$p_i = \frac{r_i}{r_{eq.ref-i}} = \frac{r_i}{r_{ref-i} \times \frac{JG}{J_i}} = \frac{r_i}{\frac{(m_i \times 365) / 60}{JG} \times \frac{JG}{J_i}} \rightarrow$$

$$p_i = \frac{r_i}{\frac{(m_i \times 365) / 60}{J_i}}$$

4.1.1. Adaptabilidad del modelo desde factores de equivalencia

Nadie duda de la influencia que factores como el precio/plaza o la retribución bruta mensual básica para auxiliares de geriatría pudieran tener en la composición de las plantillas de personal. Asimismo, que la financiación pública sea suficiente depende intrínsecamente de la capacidad del centro para configurar sus colectivos profesionales. Nuestro modelo de proyección, sin embargo, debe abstraerse de dichas variables para centrar sus estimaciones en conceptos si cabe más homologables como, por ejemplo, las ratios de atención definidas en las respectivas normativas autonómicas, en definitiva la única manera objetiva de determinar recursos exigibles que no necesariamente suficientes (ayuda de tercera persona para la realización de las AVD o actividades de la vida diaria). Unas ratios que, por otra parte, deben ser transformadas en función de las jornadas anuales máximas previstas en los respectivos convenios colectivos. Es por ello que la Tabla 17 define ratios de auxiliar de geriatría por perfiles de atención o, en su defecto, ratios de atención directa o ratios de atención total; asimismo, se emparejan comunidades autónomas y convenios colectivos de aplicación. La acción combinada de ambas variables determina la relación entre la ratio de cada comunidad y la ratio de Gipuzkoa

$$(r_i = p_i \times r_{ref-i} \times \frac{JG}{J_i})$$

que, además, discrimina tres niveles de atención directamente derivados del baremo BVD: autónomo (grado 0), dependiente (grado I, niveles 1 y 2) y dependientes (grado II, niveles 1 y 2 y grado III, niveles 1 y 2).

En cualquier caso, relaciones obtenidas desde una supuesta correspondencia entre diferentes tipos de ratios deben ser contrastadas para comprobar el cumplimiento de hipótesis nulas. Para interpretar que las ratios de atención directa o atención total son buenos sustitutos de la ratio de gerocultor/a, el promedio de la variable p (potencia autonómica) no debería presentar diferencias estadísticamente significativas para los dos pares de muestras posibles: ratios de gerocultor/a-ratios de atención directa y ratios de gerocultor/a-ratios totales. ¿Podemos rechazar, con un nivel de confianza del

95 %, que la diferencia entre medias es nula? ¿0, si no es así, que la diferencia es debida al azar?

Realicemos un análisis descriptivo de las normativas que presentan pares de valores (ratio de gerocultor/a-ratio de atención directa o ratio de gerocultor/a-ratio total). Se constata que las potencias de los primeros valores de cada par (ratio de gerocultor/a) guardan un considerable paralelismo con los segundos (ratios de atención directa y total). Podríamos concluir que aquellas autonomías que detallan sus ratios lo hacen de tal modo que las potencias respecto de la ratio de referencia (Gipuzkoa) apenas presentan diferencias reveladoras en términos medios. En concreto, para los pares ratio de gerocultor/a-ratio de atención directa la potencia media se corresponde respectivamente con un 86 % para las primeras y un 89 % para las segundas; para combinaciones ratio de gerocultor/a-ratio total, se presentan sendas potencias del 89 % y 72 %.

Tabla 17. Relaciones entre ratios de personal de cada normativa y Gipuzkoa (r_i)

Autonomía	Grado 0			Grado I			Grados II y III		
	Ratio	Gipuzkoa		Ratio	Gipuzkoa		Ratio	Gipuzkoa	
		Ratio	Tipo		Ratio	Tipo		Ratio	Tipo
Ratios de Gipuzkoa	G	AD	AT	G	AD	AT	G	AD	AT
	0,149	0,170	0,262	0,239	0,275	0,423	0,420	0,460	0,708
Andalucía 1997	0,125	0,149	Gerocultor	0,200	0,239	Gerocultor			
Andalucía 2007				0,300	0,239	Gerocultor			
Andalucía (todos)	0,100	0,149	Gerocultor	0,100	0,239	Gerocultor			
Araba	0,163	0,170	At. directa	0,293	0,275	At. directa			
Aragón	0,050	0,149	Gerocultor	0,200	0,239	Gerocultor			
Asturias	0,120	0,149	Gerocultor	0,150	0,239	Gerocultor	0,275	0,420	Gerocultor
Bizkaia	0,163	0,170	At. directa	0,293	0,275	At. directa			
Canarias							0,275	0,420	Gerocultor
Cantabria				0,295	0,337	At. directa			
Castilla - La Mancha	0,067	0,149	Gerocultor	0,167	0,239	Gerocultor			
Castilla y León	0,219	0,170	At. directa	0,237	0,275	At. directa	0,292	0,708	Total
Cataluña	0,250	0,262	Total	0,270	0,275	At. directa			
Extremadura	0,050	0,149	Gerocultor	0,143	0,239	Gerocultor			
Galicia	0,200	0,170	At. directa	0,350	0,275	At. directa			
Islas Baleares	0,100	0,170	At. directa	0,300	0,239	Gerocultor			
La Rioja (1-40)	0,195	0,149	Gerocultor	0,195	0,239	Gerocultor			
La Rioja (4-200)	0,087	0,149	Gerocultor	0,087	0,239	Gerocultor			
La Rioja (>200)	0,071	0,149	Gerocultor	0,071	0,239	Gerocultor			
La Rioja (desde 2017)				0,280	0,239	Gerocultor			
Madrid	0,250	0,262	Total	0,350	0,423	Total			
Murcia	0,100	0,170	At. directa	0,250	0,275	At. directa			
Navarra	0,100	0,262	Total	0,350	0,423	Total			
Valencia	0,033	0,149	Gerocultor	0,242	0,239	Gerocultor	0,306	0,420	Gerocultor

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 18. Ratios equivalentes y potencias

Autonomía	$r_{eq} = r_i * J_i / JG (*)$			p (potencia autonómica)		
	Grado 0	Grado I	Grado II y III	Grado 0	Grado I	Grado II y III
Andalucía 1997	0,141	0,225	0,225	94 %	94 %	54 %
Andalucía 2007	0,107	0,338	0,338	72 %	141 %	80 %
Andalucía (todos)	0,113	0,113	0,113	76 %	47 %	27 %
Araba	0,183	0,329	0,329	108 %	120 %	72 %
Aragón	0,056	0,225	0,225	38 %	94 %	54 %
Asturias	0,135	0,169	0,310	91 %	71 %	74 %
Bizkaia	0,173	0,312	0,312	102 %	113 %	68 %
Canarias	0,107	0,215	0,310	72 %	90 %	74 %
Cantabria	0,107	0,332	0,380	72 %	121 %	83 %
Castilla-La Mancha	0,075	0,188	0,188	50 %	78 %	45 %
Castilla y León	0,246	0,266	0,328	145 %	97 %	46 %
Cataluña	0,281	0,304	0,304	107 %	110 %	66 %
Extremadura	0,056	0,161	0,161	38 %	67 %	38 %
Galicia	0,223	0,390	0,390	131 %	142 %	85 %
Islas Baleares	0,113	0,338	0,338	66 %	141 %	80 %
La Rioja (1-40)	0,218	0,218	0,218	146 %	91 %	52 %
La Rioja (4-200)	0,098	0,098	0,098	66 %	41 %	23 %
La Rioja (>200)	0,080	0,080	0,080	54 %	33 %	19 %
La Rioja (desde 2017)	0,106	0,313	0,313	71 %	131 %	74 %
Madrid	0,280	0,393	0,393	107 %	93 %	55 %
Murcia	0,113	0,281	0,281	66 %	102 %	61 %
Navarra	0,113	0,394	0,394	43 %	93 %	56 %
Valencia	0,037	0,271	0,343	25 %	113 %	82 %

(*) Ratios equivalentes corregidas por efecto combinado de ratio de Gipuzkoa y jornada anual máxima.

Fuente: Elaboración propia.

La descriptiva que analiza la proyección de datos desde las ratios de gerocultor/a o desde las ratios de atención directa o total es concluyente: en términos medios, la asimilación de potencias difiere en modo residual entre unas y otras. En todo caso, si sometemos la conclusión a pruebas de significación estadística de diferencia entre medias para muestras dependientes (los son en la medida que un mismo elemento presenta una dualidad de posibles valores) concluimos que se acepta la hipótesis nula al nivel de riesgo del 5 % y se determina que entre ambas muestras no hay diferencia significativa y que, por tanto, las potencias calculadas desde las ratios de auxiliar de geriatría no difieren de las obtenidas desde las ratios de atención directa o total.

4.1.2. *Proyectando un caso real al conjunto de autonomías del Estado*

Analicemos la adaptabilidad del modelo guipuzcoano para cada factor p (potencia) propio de cada autonomía o, en su caso, unidad territorial competente (Araba y Bizkaia se desvinculan de Euskadi porque, si bien aplican una misma normativa de acreditación, los convenios colectivos que rigen cada territorio histórico son diferentes). Supongamos que la matriz de valoraciones de la dependencia conforme al índice Barthel-CIF presenta la distribución de la Tabla 19, incluidas las

equivalencias a grupos de dependencia del Decreto 38/2007 de Diputación Foral de Gipuzkoa (grado 0, grado I y grados II-III).

Como ya hemos indicado, Gipuzkoa asocia niveles de dependencia y, por ende, módulos de financiación a los grupos de dependencia del baremo BVD. Reducir las diferentes intensidades de ayuda para realizar todas las tareas implícitas en las AVD recogidas en el BVD no es sino agrupar distintas casuísticas bajo un mismo patrón. En definitiva, el propio baremo clasifica diferentes combinaciones de AVD e intensidad de ayuda de tercera persona para determinar grados de dependencia, un concepto que nos sugiere la idea de isogrupo u ordenación de los residentes en grupos homogéneos de consumo (tiempo de auxiliar) independientemente de su recorrido por el baremo de dependencia. No obstante, la tipificación de categorías de dependencia hace que perdamos perspectiva en la percepción afinada de las necesidades reales de atención residencial. La lógica asistencial nos confirma que no todas las persona integrantes de un mismo grupo tienen por qué necesitar el mismo nivel de ayuda para todas las AVD. En consecuencia, no deberíamos desestimar la posibilidad de correlacionar el BVD con otros baremos para preservar el detalle en los cuidados a las persona mayores. A tal efecto, el índice Barthel podría constituirse en un buen estimador de combinaciones AVD-ayuda de tercera persona.

Tabla 19. Centro tipo para aplicación del método de adaptación

Distribución Barthel-CIF						
Módulo	A	L	M	G	C	Total
Alimentación	28	6	3	3	22	62
Usar el retrete	14	5	2	10	31	62
Deposición/Micción	9	9	12	3	29	62
Higiene personal	4	3	2	10	43	62
Acicalamiento	15	0	1	9	37	62
Vestirse	12	1	1	12	36	62
Transferencias	18	1	3	16	24	62
Desplazamiento	5	5	15	3	34	62
Mantenimiento salud	4	9	2	12	35	62

Fuente: Elaboración propia.

Trazar una buena correspondencia entre el BVD y el índice Barthel versión Shah para determinar niveles de dependencia constituye, en sí mismo, el fundamento sobre el que soportar la adaptabilidad del modelo a otros contextos. Como contrapunto, las comunidades autónomas más proliferas en la definición de ratios nunca contemplan más de tres grupos de dependencia. En cualquier caso, ¿dónde fijamos la frontera que separa la dependencia de la gran dependencia? Izagirre y Calvo (Zahartzaroa, 2014) estiman que se sitúa en los 80 puntos Barthel (resultados satisfactorios en las pruebas de independencia desde la variable chi cuadrado). Por su parte, en la interpretación sugerida por el propio Shah para graduar el índice Barthel, quizá fuera más acertado disociar en 90 puntos ambos estados de necesidad de tercera persona (0-90: dependencia total, severa o moderada / 91-99: dependencia escasa / 100: independencia).

Simulemos los resultados de la adaptación desde la definición de factores p para cada autonomía. Recordemos que la relación entre los ratios de las diferentes autonomías y Gipuzkoa se cuantifica según los criterios del punto 4.1.1., “Adaptabilidad del modelo desde factores de equivalencia”. En una primera aproximación, ajustaremos las relaciones entre ratios siguiendo la secuencia gerocultor/a → atención directa → atención total porque no podemos rechazar la hipótesis nula. Para los más puristas, sin embargo, se han simulado tiempos basados exclusivamente en los ratios de gerocultor/a: si la normativa especifica las mismas, la relación con Gipuzkoa es inmediata; si no lo hace, interpretaremos que se corresponde con la media estatal, incluida Gipuzkoa. Se comprueba que en la mayoría de los casos la media del sector estima menores tiempos que aquellos derivados de la adaptación a ratios de atención directa o ratios totales en la secuencia anteriormente descrita y que, en consecuencia, no constituye una alternativa verosímil (desviación estatal media del 13,99 % para el ejemplo simulado). Sin embargo, condicionar la asignación de ratios a la media del sector podría “castigar” o “premiar” dependiendo de las relaciones r_i y de la concentración de valoraciones en los perfiles de grado 0, grado I y grados II-III. Un método tan indiscriminado entra en conflicto con el Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación

para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD), de 27 de noviembre de 2008 (BOE, 17/12/2008). Un acuerdo de un órgano creado al amparo de la Ley 39/2006 que “no constituye una auténtica fuente del Derecho y, por lo tanto, su contenido es de una más que dudosa exigibilidad jurídica” (Molina, 2010). Sin embargo, salvando las dudas, el acuerdo pretende el establecimiento de unas ratios de atención global y, asimismo, de ratios específicas para la categoría de cuidador/a, gerocultor/a o similar, exigibles desde diciembre de 2015. En concreto, ambas ratios distinguen grados de dependencia en la siguiente medida:

Ratios globales		Ratios de gerocultor/a	
Dependencia grado II	Dependencia grado III	Dependencia grado II	Dependencia grado III
0,45	0,47	0,27	0,28

El Consejo Territorial es el ente responsable y competente para la fijación de ratios (artículo 34.2 de la Ley 39/2006), limitados en la actualidad al personal total y al que ejercita tareas auxiliares de cuidado y atención para ir incorporando progresivamente nuevas figuras profesionales. En consecuencia, dada la definición explícita de ratios totales, parece que lo más adecuado es adaptar el modelo conforme a estos si las normativas autonómicas no expresan ratios de gerocultor/a. Con esta medida, el modelo adaptado cumple un doble objetivo: respetar las normas emanadas desde órganos competentes y correlacionar las plantilla de personal gerocultor a las propias ratios de cada comunidad autónoma.

El centro tipo presenta un índice IPD de 2,79 puntos. Para este nivel promedio de dependencia, Gipuzkoa procura mayor número de horas que cualquier otra comunidad, una vez corregidos los efectos producidos por la jornada laboral anual (Tabla 20). Galicia se aproxima desde ratios de atención directa que superan las guipuzcoana para grados 0 y I y que, aun manteniendo su posición, la alejan sustancialmente cuando el IPD promedio alcanza su máximo valor. Vuelve a tomar forma concreta una idea que hemos defendido de modo recurrente a lo largo del estudio: Gipuzkoa plantea incrementos progresivos de personal por encima

del resto del Estado conforme aumenta el índice ponderado de dependencia (IPD) y no por ello el precio reacciona para garantizar mayores márgenes de beneficio. Como hemos pretendido demostrar, Gipuzkoa acompaña las plantillas de personal a

las necesidades de atención y lo hace desde la construcción analítica del coste por plaza. Ello no significa que el modelo guipuzcoano se constituya en arquetipo de nada pero sí, tal vez, en referencia para equilibrar precios, perfiles de atención y costes.

Tabla 20. Adaptación para cada autonomía del centro tipo

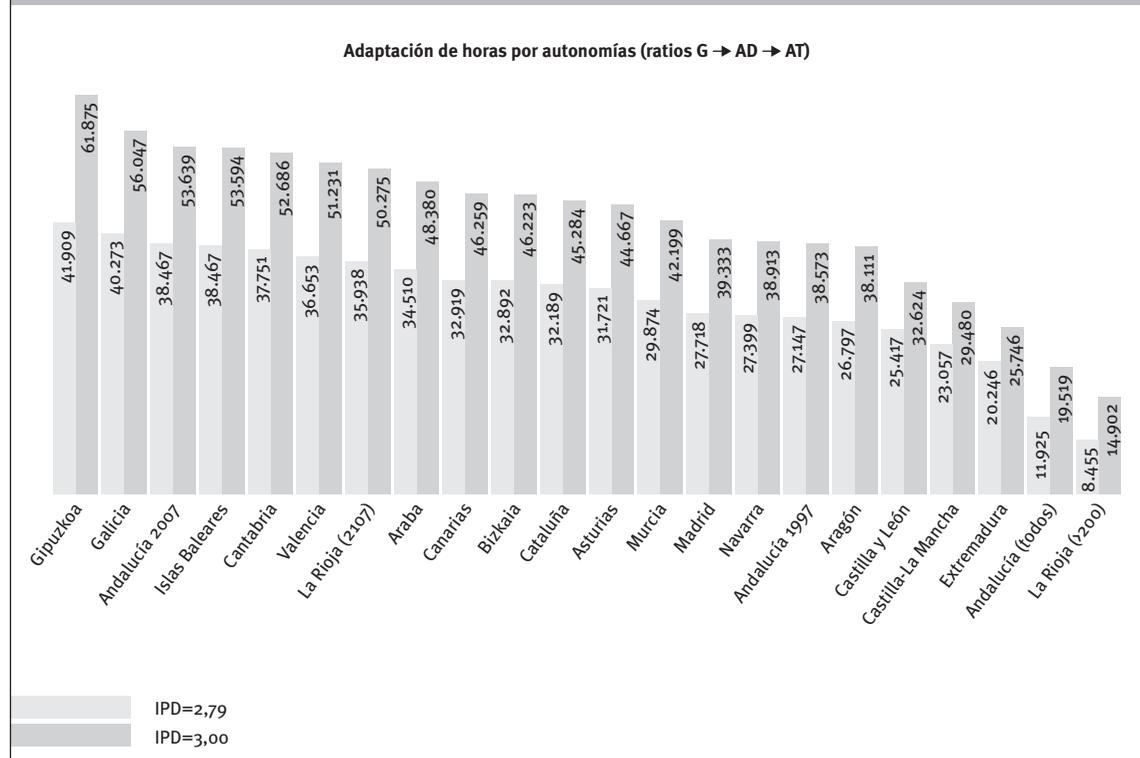
Datos de entrada			
• Matriz de valoraciones del índice Barthel (Tabla 19)			
Dependencia	Grado 0	Grado I	Grados II y III
	1	10	50

(*) Tiempos obtenidos desde estudio realizado por Lares Euskadi como consecuencia del modelo teórico publicado en Zerbitzuan, 57 (diciembre, 2014).

Contexto	Potencia	Horas totales para centro tipo (*)
Gipuzkoa		41.909
Andalucía 1997	61,4 %	27.147
Andalucía 2007	91,0 %	38.467
Andalucía (todos)	31,2 %	11.925
Araba	80,7 %	34.510
Aragón	60,5 %	26.797
Asturias	73,4 %	31.721
Bizkaia	76,4 %	32.892
Canarias	61,4 %	32.919
Cantabria	76,7 %	37.751
Castilla - La Mancha	50,7 %	23.057
Castilla y León	56,9 %	25.417
Cataluña	74,6 %	32.189
Extremadura	43,4 %	20.246
Galicia	95,7 %	40.273
Islas Baleares	90,9 %	38.431
La Rioja (200)	22,1 %	8.455
La Rioja (2017)	84,4 %	35.938
Madrid	62,9 %	27.718
Murcia	68,5 %	29.874
Navarra	62,1 %	27.399
Total		661.690

Fuente: Elaboración propia.

Figura 10. Comparativa entre autonomías de horas totales de auxiliar de geriatría (adaptabilidad)



Fuente: Elaboración propia.

4. Conclusiones

Además de las ideas enunciadas en la parte final de cada capítulo tratado, cabría considerar las siguientes conclusiones de carácter general que asimismo derivan en una serie de recomendaciones en la gestión pública del sector:

- La dispersión es una realidad incuestionable que vulnera el principio de solidaridad interterritorial desde muy diversas perspectivas. El panorama estatal, absolutamente divergente, está muy lejos de compartir cualquier enfoque sobre el paradigma actual en la atención residencial a personas mayores. No ha sido objeto de este estudio pronunciarse al respecto ni, por supuesto, defender la implantación de ninguna estrategia orientada a homogeneizar modelos en la prestación de servicios. Solo pretende describir el nivel de correspondencia entre perfiles de atención y recursos necesarios propuesto por cada normativa que, por otra parte, irremediamente coloca a cada Administración en una determinada posición respecto de las demás.
- Si el panorama estatal fuera totalmente coincidente con el descrito en el estudio, solo desde nueve normativas —aquellas que especifiquen precios y ratios totales para dependientes y no dependientes— se podría acceder a una comparativa directa para escenarios de personal generalmente admitidos (Gipuzkoa, Andalucía-1997, Andalucía-todos, Araba, Aragón, Bizkaia, Castilla y León, Cataluña y Navarra). Para el resto, el contraste debe realizarse desde una supuesta relación entre las plantillas de atención directa e indirecta.
- La dispersión observada aconsejaría efectuar un seguimiento periódico y planificado de la evolución del sector desde organismos supracomunitarios como, por ejemplo, el Observatorio de la Dependencia. En todo caso, visto el grado de implantación autonómica de la Ley 39/2006, es difícilmente creíble que nuestro sector sea una excepción a la regla. Solo desde una voluntad política seria y consecuente podrían acortarse las actuales diferencias asistenciales, siempre y cuando se defienda pública y explícitamente que la atención estandarizada es un derecho de las personas mayores que conviven en un mismo contexto sociopolítico
- La definición cualitativa y cuantitativa de la dependencia debería ser común y generalmente extendida y, a su vez, estar biunívocamente relacionada con el precio. Cualquier otra alternativa reforzaría la dispersión e impediría una comparación intercomunitaria homogénea.
- La identificación de perfiles de atención con arreglo a baremos oficiales en el Estado constituiría una exigencia de implantación inmediata. Por añadidura, conseguiríamos superar clasificaciones anacrónicas de la dependencia y avanzaríamos en el diseño de

modelos que garantizaran una correlación equilibrada entre las necesidades de las personas usuarias y los recursos destinados para satisfacer las mismas. En este sentido, indicadores similares al índice ponderado de dependencia (IPD) ayudarían a interpretar las diferencias intercomunitarias.

- Abandonar la dualidad autonomía-dependencia como únicos atributos para determinar la intensidad de ayuda de tercera persona en las AVD abre la posibilidad de tipificar los diferentes perfiles de usuario consecuentemente con la evolución de atención experimentada por el sector. Incluso la propia graduación del BVD, sobre todo para los grados II y III, debería ser desgranada en su composición para ajustar con más detalle las necesidades reales de atención (sirva como referencia el estudio de Lares “Euskadi sobre tiempos de auxiliar de geriatría”, *Zerbitzuan*, 57).
- El coste por plaza —y, en consecuencia, el precio público— debería ser resultado del análisis de cada una de las partes modulares que lo componen y no efecto directo o indirecto de la disponibilidad presupuestaria negociada en términos políticos. Si entendemos el precio como aquel valor que garantiza el cumplimiento de los requisitos en normativa que, por su parte, dotan de los recursos necesarios para atender dignamente (costes), la correspondencia entre ambas variables debería ser estable cualquiera que fuera el nivel de dependencia. Hemos demostrado el incumplimiento de esta hipótesis porque, precisamente, una variable (precio) no es consecuencia de la otra (coste). La simulación de costes teóricos desde la interpretación de las diferentes normativas constata un hecho recurrente más que probable en la realidad: el precio y los costes podrían no guardar proporcionalidad alguna en dos tercios de las comunidades autónomas.
- La Diputación Foral de Gipuzkoa, entidad competente en la regulación de los servicios residenciales para personas mayores en el citado territorio foral, es una Administración Pública que se caracteriza por modular el coste de los servicios, asociar precios y ratios conforme a grados del BVD y financiar las plazas concertadas con umbrales de rentabilidad limitados pero suficientes para garantizar la sostenibilidad económica de los centros, si no se exigen cumplimientos por encima de lo establecido en normativa. Otras comunidades, con precios sensiblemente menores pero normativas ostensiblemente más laxas, pueden alcanzar beneficios superiores en detrimento de un mayor número de horas totales de atención. Ambas alternativas, igualmente válidas y respetuosas con la legalidad vigente, muestran cuál es el posicionamiento —casi deontológico— que defiende cada autonomía en la atención profesionalizada a las personas mayores en residencias.

- Una hipotética homogeneización del sector pasaría por conjugar con inteligencia las estrategias aplicables en un Estado que debe transferir competencias en materia de servicios sociales a las comunidades autónomas. Para superar la dispersión actual —si se declarase un objetivo político en este sentido— los responsables políticos deberían actuar con

fundamentos propios del *benchmarking* y no exponer las reivindicaciones en constante referencia a la diferencia de precios que, por otra parte, son reflejo del contexto socioeconómico de cada autonomía (salarios e índice de coste de la vida) y del ideario asistencial defendido por cada ejecutivo autonómico.

Bibliografía referenciada

- CALVO F. (1990): *Estadística aplicada*, Ediciones Deusto.
- COSTA A.; *et al.* (2015): *Estimació de les paritats de poder adquisitiu per a les comunitats autònomes espanyoles*, Monografies, 17, Generalitat de Catalunya-Departament d'Economia i Coneixement.
- DÍAZ DÍAZ, B. (2012): "Estimación del coste de la atención a la dependencia en centros residenciales y de atención diurna o nocturna", *Zerbitzuan*, 52, Gobierno Vasco.
- FRESNO J.M.; *et al.* (2017): *Cooperación público privada en el ámbito de las personas mayores y dependientes: requisitos para la puesta en marcha de centros y servicios*, Lares Federación.
- GÓMEZ ORDOKI, A. (2001): *Sistema modular de costes y financiación en centros residenciales*, GIZARTEKINTZA-Diputación Foral de Gipuzkoa
- (2014): "Valoración de la carga de trabajo de auxiliar en residencias para personas mayores (primera parte: modelo teórico)", *Zerbitzuan*, 57, Gobierno Vasco.
- (2017): MORETAG: *Modelo referencial de asignación de tiempos de auxiliar de geriatría*, Lares Euskadi.
- GUADALAJARA OLMEDA, N. (1996): *Análisis de costes en centros residenciales*, Documentos técnicos del Imsero.
- MOLINA SCHMID, A. (2010): *Los requisitos de acreditación de residencias para personas mayores. Normativas autonómicas sobre ratios y formación mínima del personal para residencias privadas para personas mayores*. Lares Federación.
- MONTSERRAT CODORNIU, J. (2005): *Coste de las residencias asistidas de mayores*, SQS S.L.
- RUBIERA MOROLLÓN F.; LASARTE NAVAMANUEL, E.; y FERNÁNDEZ VÁZQUEZ, E. (2013): "La economía de las regiones españolas en la crisis", *Papeles de Economía Española*, Funcas.
- TORTOSA CHULIÁ, M.A.; FUENMAYOR FERNÁNDEZ, A.; y GRANELL PÉREZ, R. (2013): *Estimación de los costes y revisión de la financiación de las residencias de mayores*. LARES Comunidad Valenciana 2013, Universidad de Valencia-Lares Comunidad Valenciana.
- (2013): *Evaluación de costes y financiación de las residencias de mayores. El sector no lucrativo en la Comunidad Valenciana*, Universidad de Valencia-Lares Comunidad Valenciana.
- VV.AA. (2016): *La situación de los centros residenciales para personas mayores en Gipuzkoa*, Centro de Documentación y Estudios SIIS - Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa.

Zerbitzuan aldizkarirako originalak aurkezteko arauak

- *Zerbitzuan* aldizkarian gizarte-politikei eta zerbitzuei buruzko artikulua argitaratu ditzakete arloan diharduten profesional, ikerlari, erakundeen ordezkari eta gizarte-ongizateko politiketan interesa duten pertsona orok.
- Artikuluak argitaragabeak izango dira eta aldizkariaren ardatz diren oinarritzko gaiei buruzkoak (gizarte-zerbitzuak eta gizarte-ongizateko politikak; gizartearen parte hartzea; immigrazioa, pobrezia eta gizarte-bazterketa; urritasuna; adineko, haur eta adingabeen arreta; droga-mendetasun eta gizartearen eskuartzea, oro har).
- Artikuluak idatz daitezke bai euskaraz bai gaztelaniaz, eta argitaratuko dira jatorrizko testua jasotzen den hizkuntzan.
- Artikuluak posta elektronikoz igorriko dira, testuak Word dokumentu batean; eta balizko grafikoak Excel dokumentu batean.
- Formaren ikuspegitik, kontuan hartu, arren, honako jarraibide hauek:
 - Artikulu bakoitzak izan beharko ditu gutxienez 6.000 hitz eta gehienez 15.000, eta hor zentratuko dira taulak, grafikoak eta bibliografia. Mesedez, ezinbesteko jotzen diren taulak eta grafikoak bakarrik igorri.
 - Lehenengo orrialdean jasoko dira artikulua titulua, egilearen edo egileen izenak, harremanerako helbide eta telefonoak, eta, baita ere, lankide gisa jardundako erakundea. Artikuluaren laburpena erantsi beharko zaio (gehienez 150 hitz), eta hautatuko dira testuaren edukia deskribatuko dituen bost giltza hitz.
 - Aipua edo oharrak joango dira orri-oinean.
 - Artikuluaren erreferentzia bibliografikoek jarraituko dute ISO 690/1987 Araua.
- Erredakzio Kontseiluko kideen iritzira jarriko dira artikulua jasotzen direnean, eta haiek erabakiko dute argitaratu edo ez kalitate zientifiko eta egokieraren arabera.
- Artikuluak argitaratzeko onartzen direnean, aldizkariaren zuzendaritzak beretzat gordeko du testuaren epigrafeak eta titulua aldatzeko eskubidea, baita aldizkariaren estilo-arauen arabera, komenigarri jotzen dituen estilo-zuzenketak egiteko ere.
- Egileek ez dute ordaindu behar euren artikulua ebaluatu edo argitaratzeagatik.

Honako hauek dira aldizkariaren helbide eta harremanerako telefonoak:

Zerbitzuan

SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentrua

Etxague 10 behea

20003 Donostia

Tel. 943 42 36 56

Fax 943 29 30 07

publicaciones@siis.net

Normas de presentación de originales para *Zerbitzuan*

- *Zerbitzuan* está abierta a la publicación de artículos sobre servicios y políticas sociales por parte de profesionales, investigadores, representantes institucionales y de todas aquellas personas interesadas en las políticas de bienestar social.
- Todos los artículos deberán ser inéditos y girar en torno a los ejes temáticos básicos de la revista (servicios sociales y políticas de bienestar social, participación social, inmigración, pobreza y exclusión social, discapacidad, atención a las personas mayores, infancia y menores en situación de desprotección, drogodependencias e intervención social en general).
- Los artículos pueden redactarse tanto en euskera como en castellano, y serán publicados en el idioma en el que se reciba el original.
- Los artículos se enviarán por correo electrónico: los textos, en un documento de Word; y los gráficos, en uno de Excel.
- Desde el punto de vista formal, se ruega atenderse a las siguientes pautas:
 - La extensión del contenido de cada artículo será de entre 6.000 y 15.000 palabras, contando las posibles tablas, cuadros, gráficos y bibliografía. Se ruega adjuntar sólo las tablas y gráficos que se consideren imprescindibles.
 - En la primera página, se hará constar el título del artículo, el nombre del autor o autores, su dirección y teléfono de contacto, así como su adscripción institucional. Se añadirá también un breve resumen o sumario del artículo (máximo 150 palabras) y entre cuatro y seis palabras clave que describan el contenido del texto. El resumen y las palabras clave irán en castellano y euskera.
 - Las citas o notas irán a pie de página.
 - Las referencias bibliográficas de los artículos seguirán la Norma ISO 690/1987.
- Una vez recibidos, los artículos serán sometidos a la consideración de los miembros del Consejo de Redacción, que decidirán sobre su publicación de acuerdo a criterios de calidad científica y oportunidad editorial.
- Una vez aceptados los artículos para su publicación, la dirección de la revista se reserva el derecho de modificar el título y epígrafes de los textos, así como de realizar las correcciones de estilo que se estimen convenientes, de acuerdo con las normas de estilo de la revista.
- La revista no efectúa cargo alguno a los/as autores/as por evaluar ni publicar artículos.

La dirección y teléfono de contacto de la revista son los siguientes:

Zerbitzuan

SIIS Centro de Documentación y Estudios

General Etxague, 10 - bajo

20003 Donostia-San Sebastián

Tel. 943 42 36 56

Fax 943 29 30 07

publicaciones@siis.net



65

MAIATZA · MAYO

2018

La comunidad al rescate:
algunas reflexiones sobre las
políticas estatales de activación
comunitaria en Europa

Aproximación a los cambios
percibidos en los servicios
sociales por sus gestores: una
adaptación impuesta

Tendencias a largo plazo en la
financiación de los cuidados
a la infancia y a la población
dependiente
en Europa

La política de garantía de ingresos
en España

Minorías religiosas y centros
de culto: percepción social y
problemáticas para la gestión
pública

Otras consecuencias de la
crisis en la sostenibilidad de los
servicios sociales de ámbito local
en la Comunidad Valenciana

¿Pueden los indicadores
existentes medir el impacto de la
crisis económica en los servicios
sociales básicos? Un análisis de
los indicadores en la provincia de
Barcelona (2007-2013)

Medio y contexto de la trabajadora
social de atención primaria en
Aragón

Etika asistentzian vs. etika gizarte
eskuartzean: egoeraren analisisa

Un modelo de datos de panel
aplicado al desarrollo de
los cuidados domiciliarios
profesionales destinados a
personas mayores

Kalitatearen kudeaketa adineko
pertsoneko egoitzetan eta
UNE 158001 estandarraren
eguneraketa: zaharra berri?

Precios, ratios y costes en
la prestación de servicios
residenciales para personas
mayores: análisis comparativo
entre Gipuzkoa y el resto del
Estado



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

ENPLEGUKO ETA GIZARTE
POLITIKETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES

Siis

Centro de
Documentación
y Estudios
Dokumentazio
eta Ikerketa
Zentroa

Fundación Eguía-Careaga Fundazioa