

ZERBITZUAN

72

5 LAS POLÍTICAS SOCIALES DE LUCHA CONTRA EL SINHOGARISMO EN LA UNIÓN EUROPEA Y ESPAÑA: ALCANCE, EFECTIVIDAD Y PRINCIPALES LIMITACIONES Y PRIORIDADES **19** ATRAPADAS EN UNA ESPIRAL DE PRECARIEDAD Y EXCLUSIÓN: TRAYECTORIAS DE MUJERES INMIGRANTES EN PROGRAMAS RESIDENCIALES PARA MUJERES CON MENORES A CARGO **35** NOSOTRAS SUFRIMOS, VOSOTRAS SUFRÍS Y ELLAS SUFREN MÁS VIOLENCIAS: LAS USUARIAS DE LOS CENTROS MUJER DE LA COMUNIDAD VALENCIANA **49** ENVEJECIMIENTO ACTIVO, OBJETIVOS Y PRINCIPIOS: RETOS PARA EL TRABAJO SOCIAL **61** LA FRAGILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES DE GIPUZKOA **77** ALGUNAS PISTAS PARA LA MEJORA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA **91** LAS ORGANIZACIONES DEL TERCER SECTOR SOCIAL DE EUSKADI ANTE LA CRISIS DE LA COVID-19



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

BERDINTASUN, JUSTIZIA
ETA GIZARTE POLITIKETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE IGUALDAD,
JUSTICIA Y POLÍTICAS SOCIALES

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES
IRAILA · SEPTIEMBRE 2020



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 elektronikoan.

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.
Enplegu eta Gizarte Politiketako Salla
Administración de la Comunidad Autónoma
del País Vasco. Departamento de Empleo y
Políticas Sociales

EDIZIOA • EDITA

Eusko Jaurlaritzaren 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

Grafilur Arte Gráfico

Lege Gordailua / Depósito Legal: SS 101-1986
ISSN: 1134-7147
Internet: <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147-72>

© 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 erreproduktzio 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, Dulcinea, Ebsco, Inguma, ÍNDICES CSIC, Journal Scholar Metrics, MIAR, RESH, Ulrich's.

Aurkibidea

Índice

5

Las políticas sociales de lucha contra el sinhogarismo en la Unión Europea y España: alcance, efectividad y principales limitaciones y prioridades
Vicente Marbán Gallego
Gregorio Rodríguez Cabrero

19

Atrapadas en una espiral de precariedad y exclusión: trayectorias de mujeres inmigrantes en programas residenciales para mujeres con menores a cargo
Nerea Layna Allue
Itziar Gandarias Goikoetxea
Miguel Ángel Navarro Lashayas

35

Nosotras sufrimos, vosotras sufrís y ellas sufren más violencias: las usuarias de los Centros Mujer de la Comunidad Valenciana
Gabriela Moriana Mateo

49

Envejecimiento activo, objetivos y principios: retos para el trabajo social
Ana Belén Cuesta Ruiz-Clavijo

61

La fragilidad de las personas mayores de Gipuzkoa
Bakarne Etxeberria Erauskin
Laura Gallo Rodríguez

77

Algunas pistas para la mejora del sistema de atención a la dependencia en España
SIIS Centro de Documentación y Estudios

91

Las organizaciones del Tercer Sector Social de Euskadi ante la crisis de la covid-19
Lucía Merino
Zuriñe Romeo

Las políticas sociales de lucha contra el sinhogarismo en la Unión Europea y España: alcance, efectividad y principales limitaciones y prioridades

Vicente Marbán Gallego

Facultad de Ciencias Económicas, Empresariales y Turismo, Universidad de Alcalá
vicente.marban@uah.es

Gregorio Rodríguez Cabrero

Facultad de Ciencias Económicas, Empresariales y Turismo, Universidad de Alcalá
gregorio.rodriguez@uah.es

Europako erakundeek eta Europako zenbait herrialdek eragindako bultzada hazi arren, etxegabetasunaren aurkako borrokak rol marjinal bera mantentzen du gizarte-politiken gutzitza; behintzat eta batez ere, konparazioan hartuta, etxebizitza, enplegu eta gizarte-zerbitzu gisakoak, etxegabetasun-politikekin integratuago beharko liratekeenak. Artikulu honen helburua Europako estrategia nagusien irismena, eraginkortasuna, mugak eta lehentasunak aztertzea da; baita Espainiako egoera ere, Europako Batzorderako azterlan baten emaitzetan oinarritzen dena. Espainian eta Europar Batasunean etxegabetasunaren kartografiarekin eta beste politika batzuekiko koordinazioarekin zerikusia duten gaiak erantzun nahi zaie.

GAKO-HITZAK:

Etterik gabeko pertsonak, bizitegi-bazterketa, Housing First, gizarte-politika, Europar Batasuna.

Pese al creciente empuje de las instituciones europeas y de algunos países europeos, la lucha contra el sinhogarismo sigue teniendo un papel marginal dentro del conjunto de políticas sociales, sobre todo comparado con aquellas con las que debería estar más integrada, como vivienda, empleo y servicios sociales. El objetivo de este artículo es analizar el alcance, efectividad, limitaciones y prioridades de las principales estrategias europeas, incluido el caso español, según los resultados de un estudio realizado para la Comisión Europea. Pretende responder a cuestiones relacionadas con la cartografía del sinhogarismo en España y en la Unión Europea, la coordinación con otras políticas y entre niveles de la Administración, el seguimiento y evaluación de la efectividad de los servicios para personas sin hogar, la innovación en dichos servicios y si existen limitaciones y retos compartidos por los países de la UE en la lucha contra el sinhogarismo.

PALABRAS CLAVE:

Personas sin hogar, exclusión residencial, Housing First, política social, Unión Europea.

1. Introducción

El desarrollo de estrategias integradas contra el sinhogarismo en los estados de la Unión Europea (UE) lleva siendo intensamente demandado por las principales organizaciones no lucrativas y las instituciones europeas durante la última década. Así se plasma, por ejemplo, en el Informe Conjunto sobre Protección Social e Inclusión Social del 2010 (Comisión Europea, 2010), la Conferencia Europea sobre Sinhogarismo celebrada en diciembre de 2010 en Bruselas, las Resoluciones del Parlamento Europeo de septiembre de 2011 y enero de 2014 (Parlamento Europeo, 2011, 2014) o en el Paquete de Inversión Social de la UE de 2013 (Comisión Europea, 2013). Más recientemente, el principio 19 del Pilar Europeo de Derechos Sociales también reconoce el derecho a la vivienda y a la atención de las personas sin hogar y de las personas vulnerables para promover su inclusión social. Sucede, no obstante, que este reconocimiento es inocuo si no se plasma en políticas sociales eficaces que afronten realmente el problema del sinhogarismo.

En este texto se presentan los principales resultados de un estudio realizado para la Comisión Europea en el que han participado los autores y donde analizamos la dimensión del sinhogarismo y la efectividad, limitaciones y prioridades de las estrategias europeas contra el sinhogarismo con especial atención al caso español¹. Con ello pretendemos no solo difundir los resultados de este estudio basado en el aprendizaje mutuo con otros países de nuestro entorno en materia de sinhogarismo, sino también preguntarnos si tras este aprendizaje siguen existiendo limitaciones y retos compartidos por los países de la UE, incluida España. También queremos responder a otras preguntas de investigación como las siguientes: ¿está adecuadamente cartografiado el sinhogarismo en España y en la UE?; ¿las estrategias contra el sinhogarismo están siendo acompañadas de una coordinación efectiva con las políticas integrales de vivienda, empleo y servicios sociales y entre los distintos niveles de la administración?; ¿están generalizados los procesos sistematizados de seguimiento y evaluación de la efectividad de los servicios para personas sin hogar?; ¿se están produciendo avances en la innovación en estos servicios?; y ¿cuáles son sus limitaciones?

2. Dimensión y estrategias europeas de lucha contra el sinhogarismo

El primer obstáculo para el diseño de estas estrategias es la ausencia de una “cartografía” del sinhogarismo (Pleace *et al.*, 2018). Actualmente, no hay consenso sobre el método de medición y seguimiento del sinhogarismo en Europa. El punto de partida para acordar una definición es la European Typology on Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS)² elaborada por Feantsa y consensuada en la Conferencia Europea sobre sinhogarismo de Bruselas en 2010.

Baptista y Marlier (2019)³, utilizando la clasificación ETHOS light en 35 países europeos constatan cómo las definiciones y formas de medir el sinhogarismo varían sustancialmente entre los países. Dentro de la definición y medición de las personas sin hogar, estos autores señalan que prácticamente todos los países incluyen la categoría 1 de ETHOS light, la mayoría incluye la categoría 2 y en menor medida la 3, mientras que según se va avanzado a las categorías 4, 5 y 6, estas tienden a ser cada mas vez minoritarias (menos de la mitad incluyeron la categoría 5 y solo 9 países de los 35 analizados, la categoría 6). Como después comentaremos, España considera dentro de la definición de personas sin hogar solo a las categorías 1 a 4 de ETHOS light. Esta heterogeneidad en la definición de las personas sin hogar se traslada claramente a su cuantificación, con lo que no es posible señalar una cifra total de personas sin hogar en la UE. Incluso para la categoría 1, que es la que aglutina el mayor consenso, no es posible estimar una cifra total, ya que solo el 60 % de los 35 países analizados por Baptista y Marlier (2019) registran datos a nivel nacional. Otros países recogen cifras de las categorías 1 y 2 de manera conjunta y menos de un tercio recoge información sobre la categoría 4. Estas limitaciones se reproducen, aunque en menor medida, en los países de la UE 15. La Tabla 1 refleja el número de personas sin hogar en la UE 15 según las categorías ETHOS light 1 a 4.

Los datos reflejados en la Tabla 1 deben tomarse con cautela al no ser directamente comparables, ya que la metodología y fechas de referencia son heterogéneas entre los países y no todos los países tienen registros sobre personas sin hogar. No obstante, de manera orientativa, en la UE 15 podrían

² La tipología ETHOS puede consultarse en el siguiente enlace: <http://bit.ly/2nLhqGf>. Con el fin de simplificar la comparación demoscópica y estadística entre países, Feantsa ha desarrollado una versión “light” de ETHOS (ETHOS light). En ETHOS light se establecen las siguientes seis categorías: categoría 1 (personas viviendo en la calle); categoría 2 (personas viviendo en alojamientos de emergencia, como albergues nocturnos); categoría 3 (personas viviendo en alojamientos temporales para personas sin hogar); categoría 4 (personas viviendo en instituciones penales o sanitarias), categoría 5 (personas viviendo alojamiento no convencionales debido a la carencia de un hogar) y categoría 6 (personas viviendo temporalmente en hogares convencionales con familia y amistades).

³ En el trabajo de estos autores puede encontrarse un desarrollo más detallado de las estrategias europeas de lucha contra el sinhogarismo en 35 países europeos. Los autores de este artículo han participado en este trabajo analizando el caso español.

¹ Este trabajo forma parte de un contrato de investigación con la Comisión Europea a través de LISER para el análisis de las políticas sociales en España. También ha sido realizado con el apoyo del proyecto PECOTSAS del Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016 del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (ref. CSO2017-85486-P).

Tabla 1. Personas sin hogar en la UE 15 según las categorías ETHOS light 1-4

País	Categoría 1 (en la calle)	Categoría 2 (en alojamiento de emergencia como albergues nocturnos)	Categoría 3 (en alojamientos temporales para personas sin hogar)	Categoría 4 (en instituciones penales o sanitaria)	Año de referencia
Austria	13.926		8.688		2017
			3.284		2018
				9.490	2019
Bélgica	511	1.452		ND	2017
	ND	764			2014
			4.694		2014-15
Alemania	52.000	N/D	N/D	N/D	2016
Dinamarca	648	305	4.238	217	2017
Grecia	691	N/D	954	N/D	2018
España	3.149	9.915 ⁴	4.879	N/D	2012
Finlandia	238		610	713	2018
Francia	8.700	9.000		N/D	2019
			25.000		2013
			132.000		2015
Irlanda	156	N/D		N/D	2018
	127				2016
			10.305		2019
Italia	28.773	25.939	23.367	N/D	2014
Luxemburgo	30	ND			2006
	ND	773			2018-19
	ND	93			2018
			3.723		2016-18
			337	220	2014
Países Bajos	30.500				2016
			70.000	8.777	2017
Portugal	1.443	210	2.218	810	2018
Suecia	1.647	1.229	19.530	4.899	2017
Reino Unido	5.711			N/D	2018, excepto para Escocia (2014)
	N/D	42.200			2016
TOTAL			97.469		2018-19
TOTAL			411.296	25.126	

Fuente: Elaboración propia a partir de Baptista y Marlier (2019).

estimarse en torno a 240.000 personas viviendo en la calle o en albergues nocturnos, la mayor parte de las cuales (el 77 %) estarían concentradas en Italia, Alemania, Reino Unido y Países Bajos. En torno al 5,5 % estarían en España⁵. De las cuatro categorías analizadas, la mayor parte de las personas sin hogar estarían en alojamientos temporales para personas sin hogar (411.000). Más de la mitad de los países no dispone de información sobre personas viviendo en instituciones penales o sanitarias.

Las estrategias de lucha contra el sinhogarismo en Europa son muy dispares, aunque cada vez más países europeos están desarrollando estrategias integrales de ámbito nacional o regional. La mayoría de los países tienen estrategias específicas para personas sin hogar a nivel nacional o a nivel regional o municipal⁶. Otros países incluyen medidas contra el sinhogarismo dentro de estrategias de política social

⁴ Este dato se refiere de manera conjunta a personas sin hogar en albergues (categoría 2) o residencias (categoría 3), con lo que una parte de estos datos podrían haberse considerado en la categoría 3.

⁵ Como comentaremos más adelante, debe tenerse en cuenta que los datos no reflejan las consecuencias de la crisis después de 2012 y que no fueron encuestadas las personas sin hogar que no asistían a los centros para personas sin hogar.

⁶ Se trataría de los siguientes 16 países: Austria, Bélgica, Alemania, Suecia, Eslovaquia, Reino Unido, República Checa, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos y Portugal. De todos ellos, los diez últimos tienen una estrategia específica de ámbito nacional. Grecia está en proceso de elaboración de una estrategia de ámbito nacional (Ziomas *et al.*, 2019).

más amplias⁷, y diez más⁸, la mayoría de ellos países del Este, no tienen un enfoque específico contra el sinhogarismo aunque incluyen algunas medidas en políticas sociales relacionadas con vivienda, servicios sociales, pobreza e inclusión social o políticas de garantía de rentas.

Entre los países con estrategias de ámbito nacional existen algunos elementos comunes, de los que destacamos dos. En primer lugar, la participación de un amplio rango de grupos de interés públicos y privados en el diseño de las estrategias. Tal sería el caso, por ejemplo, de la República Checa en su estrategia aprobada en 2013 y en vigor hasta el 2020 (Sirovátka et al., 2019) o de la Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020 en España. En segundo lugar, el creciente protagonismo aunque aún minoritario, del enfoque Housing First como eje vertebrador del apoyo a las personas sin hogar. Destacarían países como la República Checa o España. También Italia, a través de la adopción en diciembre de 2015 de las Directrices para Afrontar la Marginación Adulta Severa (Jessoula et al., 2019), Luxemburgo (Estrategia Nacional contra el Sinhogarismo y la Exclusión Residencial 2013-2020”, aprobada en 2013) (Urbé, 2019), los Países Bajos mediante el Programa de Estímulo del Housing First (Oostveen, 2019), incluso, aunque de manera menos decidida, Portugal a través de la Estrategia Portuguesa para la Integración de Personas sin Hogar 2017-2023 aprobada en 2017 (Perista, 2019). La información sobre la financiación de las estrategias contra el sinhogarismo es igualmente muy heterogénea. Encontramos países como Bélgica, Estonia, España, Montenegro o Macedonia del Norte, donde no es posible determinar la financiación destinada a sus estrategias. No obstante, en la mayoría de los países existen evidencias de que la financiación resulta insuficiente e inadecuada y, en muchos otros (trece en total), existen considerables diferencias en la capacidad de financiación entre las diferentes regiones y municipios dentro de cada país.

En lo relativo al tipo de servicios, en la mayoría de los países prevalece un “modelo de escalera” frente a un modelo de Housing Led/Housing First que todavía resulta minoritario⁹. No obstante, en cada vez más países con un modelo de escalera se están introduciendo iniciativas de Housing First a escala local (caso de Suecia, Rumanía o Portugal, entre otros) o tendencias de cambio más profundas en las que este modelo va ganando peso en el conjunto de

los servicios orientados a personas sin hogar (caso de Francia, Bélgica, Italia, Austria, Irlanda o España). En general, más de veinte países señalaron tener algún programa, proyecto o estrategia basada en el modelo de Housing First (Baptista y Marlier, 2019) pero, como señalábamos antes, aún dista mucho de ser un servicio ampliamente extendido dentro de los servicios orientados a las personas sin hogar en Europa.

Los servicios de prevención del sinhogarismo son muy variados en la UE. Generalmente están orientados a potenciales personas en situación de sinhogarismo y abarcan servicios como, entre otros, mecanismos de detección de desahucios (publicación de las órdenes de desahucio de los tribunales de justicia, procedimientos de alerta ante desahucios implicando a diferentes niveles administrativos), mediación de conflictos con los arrendadores y asesoramiento sobre financiación de deudas hipotecarias, apoyo económico para los impagos de las rentas de alquiler o acceso prioritario a realojos en viviendas. Por lo general, los servicios preventivos en Europa no están adecuadamente focalizados ni diseñados para la detección precoz de potenciales situaciones de sinhogarismo (Baptista y Marlier, 2019).

Prácticamente en la totalidad de los países europeos la provisión de servicios recae casi exclusivamente en el ámbito local, con un papel muy relevante de las ONG, organizaciones de la sociedad civil y autoridades locales. La responsabilidad de la provisión de servicios pivota sobre la administración local bien de manera directa o contratada con las ONG, las cuales rara vez desarrollan otras actividades que no sean de provisión directa de servicios (por ejemplo, no realizan el seguimiento o la evaluación). En algunos países, los municipios no solo proveen servicios sino que también desempeñan una función relevante en la planificación, coordinación, regulación, seguimiento y financiación de los servicios¹⁰. En la mayoría de los países, la Administración central también es responsable de la financiación y en apenas una docena de ellos juega un papel relevante en la planificación y regulación¹¹ y en el seguimiento y evaluación de los servicios para personas sin hogar. Solo en unos pocos países (por ejemplo, Austria, Bélgica, República Checa, España o Francia) las autoridades regionales también desempeñan un importante papel en la planificación, coordinación y regulación de la provisión de servicios y, en menor medida, en la financiación de tales servicios.

⁷ Bulgaria, Croacia, Polonia, Rumanía, Albania, Macedonia del Norte y Serbia.

⁸ Chipre, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Eslovenia, Bosnia y Herzegovina, Montenegro y Kosovo.

⁹ Se define el “modelo de escalera” como un proceso de inclusión social progresivo que culmina en el acceso a la vivienda renunciando a iniciar el proceso justo por el acceso a la vivienda, como se produce en el modelo de Housing First. En los siguientes países predomina un modelo de escalera: Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, República Checa, Chipre, Estonia, Grecia, Croacia, Lituania, Letonia, Montenegro, Macedonia del Norte, Malta, Polonia, Serbia y Turquía; el modelo Housing First predomina en Albania, Dinamarca, Finlandia, Países Bajos y Reino Unido.

¹⁰ Por ejemplo, en Dinamarca, Alemania, Italia, Letonia, Lituania, Países Bajos, Portugal, Rumanía y Suecia.

¹¹ Esto se produce en Bélgica, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Grecia, Finlandia, Italia, Luxemburgo, Eslovenia, Eslovaquia y Kosovo.

3. El sinhogarismo en España: naturaleza, alcance y principales políticas

3.1. Naturaleza y alcance del sinhogarismo en España: apuntes básicos

La Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020¹² (en adelante ENIPSH 2015-2020) constituye el primer instrumento de ámbito estatal para abordar la situación de las personas sin hogar. La definición de sinhogarismo utilizada en la ENIPSH 2015-2020 está basada en la categorización ETHOS e incluye las categorías 1 a 4 de ETHOS light. Esta estrategia no considera los criterios de ETHOS relacionados con la exclusión residencial asociada a situaciones de vivienda insegura e inadecuada. En España estas situaciones suelen abordarse dentro de políticas más amplias relacionadas con lucha contra la exclusión social y la exclusión de la vivienda. Aunque el objetivo de este artículo es centrarse en el sinhogarismo, también haremos alguna mención a las políticas relacionadas con la exclusión residencial en la medida en la que pueden tener influencia en la trayectoria de las personas hacia situaciones de sinhogarismo y porque la tendencia cada vez más predominante es hacia lograr una vivienda en la comunidad para las personas sin techo.

Los últimos datos disponibles a nivel nacional sobre personas sin hogar son muy antiguos y proceden de la Encuesta de Personas sin Hogar del año 2012 elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE)¹³. España, junto con Rumanía (2008), Bosnia-Herzegovina (2013) o Serbia (2011), se encuentra entre los países europeos con datos oficiales de personas sin hogar más antiguos de entre los 35 países europeos analizados (Baptista y Marlier, 2019).

En esta encuesta en 2012 se contabilizaron 22,938 personas sin hogar atendidas en centros asistenciales¹⁴, lo que supuso un aumento del 4,7 % con respecto a la anterior encuesta realizada en 2005¹⁵, que las cifraba en 21.900 personas.

Estos datos necesitan ser actualizados y además tienen dos limitaciones importantes: no reflejan las consecuencias de la crisis después de 2012 y no fueron entrevistadas las personas sin hogar que no asistían a los centros para personas sin hogar. Por ello, como mencionaremos después, algunas ciudades están realizando sus propios recuentos

nocturnos de personas que no están pernoctando en centros asistenciales. Considerando los datos de la encuesta de 2012 y extrapolando los recuentos del País Vasco y de ciudades como Madrid, Zaragoza y Barcelona¹⁶ al conjunto del Estado, en la ENIPSH 2015-2020 se estimó que el número total de personas sin alojamiento ni vivienda en España podría situarse en torno a las 33.000 personas en 2014 (ENIPSH 2015-2020; Rodríguez Cabrero y Marbán, 2016). ONG como Cáritas estiman que en la actualidad están acompañando y atendiendo aproximadamente a 40.000 personas sin hogar en España.

Posteriormente a la aprobación de la ENIPSH 2015-2020, regiones como el País Vasco y algunas ciudades como Madrid, Barcelona, Zaragoza o Las Palmas de Gran Canaria¹⁷ han elaborado sus propios planes y estrategias para personas sin hogar, todos ellos inscritos en el marco establecido en la ENIPSH 2015-2020. Las ciudades de Madrid, Barcelona, Zaragoza y las capitales del País Vasco también han actualizado los recuentos de personas sin hogar y cada vez más ciudades (como Alicante, Mallorca o Las Palmas) y regiones (Galicia¹⁸) están elaborando nuevos recuentos. En general, en todos los recuentos aumenta el número de personas sin hogar (un 25 % en Madrid entre 2016 y 2018; un 3,3 % en Zaragoza entre 2012 y 2016; un 1,6 % en Barcelona entre 2013 y 2017 o un 9,4 % en el País Vasco entre 2014 y 2016). En todas, salvo en Madrid, disminuyen las personas durmiendo en la calle (un 34 % en Zaragoza, un 30 % en Barcelona y un 15 % en País Vasco) y aumentan las personas sin hogar alojadas en centros (un 11 % en Madrid, un 29 % en Zaragoza, un 33 % en Barcelona y un 15 % en el País Vasco)¹⁹.

¹⁶ En la ciudad de Madrid, en 2014 se localizaron 1.905 personas sin hogar (Muñoz *et al.*, 2014); 455 en Zaragoza en el año 2012 (Cabrera, 2012); 2.933 personas en Barcelona en el año 2013 (Sales, 2013); 1.836 en las tres capitales del País Vasco en 2014 (Fundación Eguía-Careaga, 2015).

¹⁷ Estrategia Vasca para Personas sin Hogar, 2018-2021, <<http://bit.ly/2PpBffY>>; Estrategia Municipal Para la Prevención y Atención al Sinhogarismo, 2015-2020, <<http://bit.ly/2DwongE>>. La región de Madrid también ha elaborado un Plan de Inclusión de Personas Sin Hogar 2016-2021, <<http://bit.ly/2GtATB5>>; Plan de lucha contra el sinhogarismo de Barcelona 2016-2020, <<http://bit.ly/2GuGneF>>; Propuesta de Plan Integral para las personas sin hogar en Zaragoza (2018), <<http://bit.ly/2vjolok>>; Plan Estratégico de Atención Integral a Personas sin Hogar en Las Palmas de Gran Canaria 2017-2021, <<http://bit.ly/2Gy2Nfj>>.

¹⁸ Actualmente también se está elaborando el Plan de Personas sin Hogar de Galicia.

¹⁹ En la ciudad de Madrid, en 2018 las personas sin hogar (2,583: 1933 personas en centros y pisos y 650 personas viviendo en la calle) aumentaron un 25% con respecto a 2016 (2,059) (IX Recuento de Personas Sin Hogar en Madrid 2018, <<https://faciam.org/tag/recuentos/>>). En Zaragoza en 2016 fueron detectadas 470 personas sin hogar (347 personas en centros y 123 personas viviendo en la calle) (455 en 2012) (Propuesta de Plan Integral para las personas sin hogar en Zaragoza, 2018). En Barcelona, en 2017 se contaron 2,980 personas sin hogar (1.954 alojadas en equipamientos y 1.026 personas durmiendo en la calle —2,933 en 2013—) (Sales, 2013), <<http://bit.ly/2W1lu1b>>. En el País Vasco en el período 2014 -2016 las personas sin hogar aumentaron un 9,42 % (1,836 en 2014; 2,009 en 2016: 1735 en centros y 274 en la calle) (Estrategia Vasca para Personas Sin Hogar, 2018-2021). En Galicia, en 2017 se contaron 340 personas sin hogar (211 en centros y 129 en la calle personas sin hogar), <<http://bit.ly/2Uv1owp>>; en Las Palmas de Gran Canaria, en 2016 se contaron 361 personas (280 personas en centros y 81 en la calle) <<http://bit.ly/2Gy2Nfj>>; en Alicante, en 2017 195 personas durmiendo en la calle,

¹² Disponible en <<http://bit.ly/2UBndsC>>.

¹³ Disponible en <<http://bit.ly/2UBnslly>>.

¹⁴ La Encuesta del INE es anterior a la ENIPSH 2015-2020 y no fue diseñada siguiendo las categorías de ETHOS light. No obstante, del análisis de los datos podemos señalar que las 22.938 personas sin hogar estimadas en la encuesta se distribuirían de la siguiente manera atendiendo a las categorías de ETHOS light: categoría 1 (6.362); categoría 2 (9.915); categoría 3 (4.879); categoría 4 (1.738); sin clasificar (44). Advertir que el dato reflejado en la categoría 2 se refiere de manera conjunta a personas sin hogar en albergues o residencias, con lo que también podría haberse considerado este dato en la categoría 3.

¹⁵ Nota de Prensa: <<http://www.ine.es/prensa/np398.pdf>>.

Este aumento de personas sin hogar alojadas en centros puede estar relacionado con el incremento en el número de centros de atención a personas sin hogar en el conjunto del Estado. En la última encuesta realizada por el INE en el año 2016 sobre centros y servicios de atención a personas sin hogar²⁰, se observa que la oferta de plazas para atender en centros a las personas sin hogar creció un 14,62 % en 2016 respecto a 2014 (pasando de 16.684 en 2014 a 19.124 en 2016). La media diaria de personas que se alojaron en centros de atención a personas sin hogar creció un 20,46 % en 2016 respecto a 2014 (de 13.645 a 16.437 plazas ocupadas en 2016). La ocupación media alcanzó el 85,9 %, cifra superior a la observada en 2014, que fue del 81,8 %. En esta encuesta se recoge por primera vez el programa de Housing First, con un aumento de las viviendas disponibles para este programa que pasaron de 132 en junio de 2016 (ocupadas por 233 personas) a 171 en diciembre (ocupadas por 271 personas).

Como señalábamos más arriba, la ENIPSH 2015-2020 no incluye a personas en situación de exclusión residencial asociada a vivienda insegura e inadecuada. Para conocer su alcance es necesario recurrir a estudios como el de la Fundación Foessa (2018 a y b), cuya encuesta estima que casi 800.000 hogares sufren situaciones de inseguridad en la vivienda (cuatro de cada cien hogares), 1.300.000 hogares sufren inadecuación en la vivienda (siete de cada cien hogares) y 150.000 hogares sufren ambas situaciones a la vez. La inadecuación de la vivienda en España también es plasmada por Feantsa y Abbé Pierre Foundation (2019) en su informe sobre la exclusión de la vivienda en Europa de 2019, al señalar que en 2017 la proporción de hogares sobrecargados por los costes de la vivienda fue del 36,5 % entre la población en situación de pobreza y del 9,8 % entre la población total. La proporción de hogares con atrasos en el pago de alquileres o hipotecas es la séptima más alta de Europa (10,5 % entre los hogares pobres y 3,8 % entre la población total). El 19,4 % de los hogares pobres tienen dificultades económicas para mantener una temperatura adecuada en sus hogares, frente al 8 % de la población total.

En cuanto a la evolución de las personas sin hogar, aunque las fuentes manejadas no son del todo comparables, los datos señalados arriba apuntan hacia un aumento de las personas sin alojamiento ni vivienda desde hace más de una década. Varias estrategias regionales de personas sin hogar coinciden en señalar que el aumento del sinhogarismo se debe a carencias económicas asociadas a la crisis y a carencias relacionales o psicosociales. Según el INE, en 2012 el 45% se quedó sin hogar porque perdió el trabajo; la segunda razón fue no haber podido pagar más su alojamiento (26%) y la tercera causa fue la separación de su cónyuge o pareja (20,9%).

²⁰ <<http://bit.ly/2L0o3zN>> ; en Mallorca, 209 personas durmiendo en la calle en 2017, <<http://bit.ly/2KXSCpJ>>.

²⁰ Nota de prensa: <<http://bit.ly/2UDgKos>>.

3.2. Principales estrategias y políticas dirigidas a luchar contra el sinhogarismo en España

El análisis de las estrategias y políticas dirigidas a luchar contra el sinhogarismo debe hacerse en el marco de la crisis económica y financiera y su impacto social en España durante el período 2012-2018.

Previamente a la aprobación en 2015 de la ENIPSH 2015-2020, las políticas de lucha contra el sinhogarismo tenían como marco institucional de orientación y regulación el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2013-2016. Este plan contemplaba diferentes acciones para afrontar problemas asociados a la vivienda incluyendo el sinhogarismo. También el Plan Integral de Apoyo a la Familia 2015-2017 incluye el desarrollo de medidas de apoyo para el acceso a una vivienda digna adaptada a las necesidades de cada familia, potenciando la erradicación de la vivienda deficiente y protegiendo a las personas hipotecadas con responsabilidades familiares.

Este doble marco institucional servía de referencia a las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos que son los que tienen competencias exclusivas en políticas de vivienda y de lucha contra la exclusión social.

El impacto de la crisis económica y financiera movilizó a la sociedad civil en la lucha contra el sinhogarismo y la exclusión de la vivienda. Entidades tradicionalmente muy activas como RAIS, Cáritas Española o Faciam, y otras creadas en los años de mayor impacto de la crisis como la Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH) favorecieron la aprobación de programas y medidas para hacer frente al mayor riesgo de exclusión de la vivienda como el Fondo de Vivienda Social creado en 2013, la Ley 1/2013 de medidas para reforzar la protección a los deudores hipotecarios, reestructuración de deuda y alquiler social²¹, o el Real Decreto 897/2017 de 6 de octubre por el que se regula la figura del consumidor vulnerable, el bono social y otras medidas de protección para los consumidores domésticos de energía eléctrica con el fin de paliar las privaciones materiales y los costes asociados a la vivienda (Arriba y Rodríguez Cabrero, 2018).

Todas estas políticas fueron respuestas dirigidas a aliviar situaciones de exclusión social que exigían una respuesta urgente, sobre todo las relacionadas con la pérdida de la vivienda que podrían devenir en sinhogarismo. Las limitaciones de estas políticas, las recomendaciones del Parlamento Europeo y la demanda del Tercer Sector de Acción Social (TSAS)

²¹ Algunas medidas de esta ley se ampliaron a cuatro años en 2015 con el Real Decreto-ley 1/2015, de 27 de febrero (<<http://bit.ly/2lDB1al>>). Posteriormente, el Real Decreto-ley 5/2017 modificó la Ley 1/2013 de medidas para reforzar la protección a los deudores hipotecarios, reestructuración de deuda y alquiler social. Este Real Decreto, por ejemplo, amplía el plazo hasta marzo de 2020 de la moratoria para los desalojos a raíz de las ejecuciones hipotecarias.

que trabaja contra la exclusión social, también favorecieron el desarrollo de dos estrategias que comentamos a continuación: una general, a través de planes nacionales de vivienda, y otra dirigida expresamente a la lucha contra el sinhogarismo, la mencionada ENIPSH 2015-2020.

- La estrategia general de acceso a la vivienda en España se concreta en el Plan Nacional de Vivienda 2018-2021 que, en cierto modo, actualiza el Plan de Vivienda 2013-2016, cuya evaluación no ha visto la luz. El nuevo plan contempla planes de apoyo a la vivienda de alquiler, renovación de viviendas y la rehabilitación urbana, y tiene por objeto facilitar el acceso a la vivienda de los grupos más vulnerables. Ciertamente, estos objetivos ya se contemplaban en el plan del período 2013-2016, pero en la práctica no habían sido aplicados.
- La Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020 fue aprobada en noviembre de 2015 a raíz de una iniciativa parlamentaria aprobada en abril de 2014 en la que el TSAS desempeñó un papel importante. La estrategia se planteó dentro del marco del Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2013-2016 y en colaboración con las comunidades autónomas, administraciones locales y el TSAS, integrando las perspectivas de política social y de vivienda así como de salud, trabajo o educación con el fin de dar cumplimiento a las resoluciones del Parlamento Europeo.

En la práctica, el desarrollo de esta estrategia ha estado paralizado debido a una falta de compromiso institucional y financiero. El 21 de septiembre de 2017, el Congreso de los Diputados aprobó una nueva proposición no de ley para impulsar el desarrollo de la estrategia aprobada en 2015. La propuesta consistió en aprobar un Plan de Acción Integral para las Personas sin Hogar de acuerdo con las comunidades autónomas, los gobiernos locales y el TSAS. Esta propuesta no ha sido llevada aún a la práctica²². El enfoque de la estrategia es “la aplicación prioritaria de enfoques orientados a la vivienda Housing Led”. Esta estrategia se concreta en tres principios: Housing First, frente a la política tradicional que priorizaba los albergues municipales; atención integral y centrada en las personas sin hogar comprendiendo el empleo, la educación y la sanidad; y diversidad servicios de apoyo cuya intensidad varía entre comunidades autónomas y gobiernos locales.

La ENIPSH supone así el marco institucional mediante el que se promueve la acción conjunta del Estado central con las comunidades autónomas y el TSAS. Pero son los gobiernos regionales y locales los que en realidad asumen la competencia en el desarrollo

de la estrategia. En el caso concreto de la lucha contra el sinhogarismo, la capacidad financiera del Estado central a través del programa del 0,7 % del IRPF ha sido transferida a las comunidades autónomas, que controlan el 80 % de la financiación de este programa.

La financiación de la ENIPSH se contempla de manera genérica en el documento programático. Bajo un epígrafe general denominado “Evaluación de la financiación de la Estrategia”, se afirma que la financiación de la estrategia recae en la administración central, las comunidades autónomas y los gobiernos locales de acuerdo con el actual sistema de descentralización de las políticas sociales. La concreción de dicha financiación y su reparto se hará en base a los planes de atención integral a personas sin hogar. Al no haberse desarrollado el primer plan nacional integral se desconoce el volumen de la inversión prevista y su reparto. Se afirma que: “cuando se diseñen los Planes de Atención Integral en cada territorio, se podrá concebir la escala de inversión necesaria en cada una de las comunidades autónomas y administraciones locales”. En consecuencia, el gasto público de las políticas de lucha contra el sinhogarismo no sigue aún una lógica estratégica, sino la tradicional senda de gasto de las distintas administraciones implicadas.

Como ya se ha comentado, la ENIPSH 2015-2020 ha servido como marco de referencia de las estrategias regionales y municipales contra el sinhogarismo. El objetivo de estas páginas no es analizar dichas estrategias, pero, en general, tienen un denominador común como es la orientación hacia el enfoque Housing Led y la importancia de la perspectiva de género. La revisión de las estrategias y planes de acción que hemos llevado a cabo no proporciona información suficiente sobre dos temas centrales: ni sobre los indicadores de seguimiento y evaluación ni sobre la inversión financiera prevista para la aplicación del modelo de Housing First. En cualquier caso, los nuevos planes municipales y las nuevas estrategias regionales comparten el abandono progresivo de un enfoque asistencialista en favor de una intervención integral de apoyo a las personas en situación de exclusión habitacional (Federación de asociaciones de centros para la integración y ayuda de marginados, 2015; Duque, 2014; SII, 2015).

La estrategia nacional incluye un conjunto de indicadores que deben ser desarrollados entre los diferentes niveles de gobierno y el tercer sector de acción social (TSSA). Muchos de ellos siguen el camino de la experiencia de Feantsa. Sin embargo, a falta de un plan de acción, no es posible extraer conclusiones sobre la aplicación final del sistema de indicadores. Por otra parte, las estrategias regionales y municipales informan con cierto detalle sobre sus objetivos en relación con los grupos en situación de exclusión, pero no proporcionan información sobre los indicadores finales ni sobre la financiación.

²² Desde el propio Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social se reconoce la necesidad de revitalizar dicha estrategia. En la fecha de realización de este artículo aún no se había realizado la evaluación intermedia prevista de la Estrategia.

En marzo de 2019 se ha aprobado la Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023 (MSCBS, 2019). Dado que sustituye al Plan Nacional de Inclusión Social 2013-2016 como marco institucional de referencia para las políticas de lucha contra la exclusión social, cabe esperar que tenga cierta incidencia en el marco general de las políticas de vivienda y sinhogarismo, incluida la ENIPSH 2015-2020, en los próximos años. En la nueva estrategia de lucha contra la pobreza, se incluye a las personas sin hogar como grupo particularmente vulnerable y con un carácter prioritario en las actuaciones en materia de vivienda. También se propone articular una política de prevención y lucha contra el sinhogarismo, con el fin de que las personas sin hogar restauren su proyecto de vida y se reincorporen a la sociedad. Sin embargo, la falta de una financiación concreta para ser desarrollada y aspectos como la ausencia de vinculaciones concretas entre las medidas de garantía de ingresos y las de garantía de acceso a la vivienda (Sanzo, 2019) exigen cautela sobre su impacto en el sinhogarismo.

4. Efectividad, innovaciones y principales limitaciones y prioridades de los servicios de apoyo a las personas sin hogar en España y la Unión Europea

En el ámbito europeo existen amplias diferencias sobre la evidencia disponible en cuanto a la implementación y seguimiento de las estrategias de apoyo a las personas sin hogar. En países como Dinamarca, Francia, Finlandia o Irlanda existen mecanismos robustos de evaluación. Otros, como la República Checa, Alemania, Portugal, Suecia o Reino Unido los están poniendo en marcha. No obstante, en la mayoría de los países falta sistematicidad en los procesos de seguimiento y evaluación de la efectividad de los servicios para personas sin hogar. Los principales obstáculos suelen ser el nivel de compromiso institucional y político, el grado de cooperación y coordinación entre los departamentos y administraciones implicadas y la insuficiencia de las fuentes de información disponibles y de mecanismos adecuados de financiación (Baptista y Marlier, 2019).

Como ejemplos de buenas prácticas de evaluación y seguimiento se pueden destacar a Dinamarca o Finlandia. En Dinamarca, su estrategia ha sido evaluada por dos organismos autónomos externos y cada dos años se realiza una cartografía de las personas sin hogar (Oostveen, 2019). En Finlandia, el seguimiento de la efectividad de las estrategias se efectúa a partir de las estadísticas oficiales realizadas tanto a nivel nacional como local y con cada cambio de gobierno (generalmente cada cuatro años) se realiza un exhaustivo estudio para evaluar los resultados de las políticas públicas (Kangas y Kalliomaa-Puha, 2019). En la República Checa (Sirovátka *et al.*, 2019) y Francia (Legros, 2019) se han establecido grupos de trabajo interministeriales con el fin de supervisar y evaluar

los progresos realizados en la implementación de sus estrategias y desde 2014 ya se han realizado diversos informes al respecto.

En el ámbito de la innovación existe una amplia diversidad de iniciativas que han ido en aumento en los últimos cinco años. La más destacada es la introducción o el desarrollo de servicios de Housing First. Baptista y Marlier (2019) han identificado otras iniciativas de innovación como las siguientes: equipos de fútbol en Bélgica para la integración social de personas sin hogar, o lavanderías y duchas móviles para personas sin hogar en Atenas; introducción de cambios legales para garantizar unos estándares mínimos de calidad en los servicios para personas sin hogar; medidas orientadas a intensificar la construcción de pequeños apartamentos para personas sin hogar (por ejemplo, 1,5 millones de viviendas entre 2018 y 2021 en Alemania) o viviendas “diminutas” de más rápida construcción y menor coste para personas solas sin hogar en el Reino Unido; finalmente, medidas para mejorar la efectividad de programas y servicios para personas sin hogar como el modelo danés de Inversión Socio-Económica (SØM)²³, o el proyecto finlandés AUNE de 2016-2019 (Kangas y Kalliomaa-Puha, 2019), que permite identificar grupos de riesgo de sinhogarismo y cuyo objetivo es construir 2.500 alojamientos para personas sin hogar y proveerles orientación y servicios de prevención individualizados.

A pesar de estas innovaciones las estrategias de lucha contra el sinhogarismo siguen presentando importantes limitaciones. La limitación más destacada por la gran mayoría de países es el restrictivo diseño de las políticas públicas de vivienda y el propio mercado de la vivienda que llevan asociados crecientes precios de la vivienda y del alquiler, *stock* limitado de vivienda social asequible, escasa oferta pública de vivienda en propiedad y en alquiler, y desajustes entre la oferta y demanda de vivienda fundamentalmente debidos a la liberalización del mercado del alquiler y la baja inversión pública en vivienda social.

También destacan la falta de estrategias integradas entre los distintos niveles de la administración (local, regional y nacional) lo que no solo afecta a la eficacia de dichas estrategias sino también a la equidad territorial en el alcance y calidad de la provisión de servicios para personas sin hogar. A ello se unen otros factores organizativos que han sido señalados por expertos de países como Austria, República Checa, Grecia, España, Finlandia, Francia, Polonia o Reino Unido, como la limitada información estadística y de bases de datos o recursos humanos insuficientes o con baja cualificación. Finalmente, la baja inversión en prevención, unida

²³ Este modelo se lanzó en enero de 2018. Sirve para calcular el coste y beneficio de las intervenciones y su impacto presupuestario. Se utiliza como banco de datos sobre los efectos sociales y económicos de las intervenciones para los diferentes grupos de personas sin hogar a los que se orienta y puede usarse para la toma de decisiones por parte de las autoridades públicas (más detalles en Kvist, 2019).

al empeoramiento de causas estructurales del sinhogarismo como la pobreza, el desempleo, el bajo nivel de protección social y la creciente inestabilidad y precariedad laboral, son factores que siguen ocluyendo la transición de las personas sin hogar hacia su inclusión residencial.

Avanzar en dicha transición pasa por mejorar la provisión de servicios para las personas sin hogar. En el trabajo de Baptista y Marlier (2019) que venimos mencionando se han destacado una serie de prioridades de intervención en las que coinciden la mayor parte de los treinta y cinco países europeos analizados.

En políticas de vivienda se considera inaplazable ampliar el *stock* de viviendas públicas y sociales, construyendo más viviendas asequibles para personas de bajos ingresos y restaurando viviendas en condiciones precarias, actuando sobre el aumento de los costes de la vivienda, así como regulando la oferta de viviendas de alquiler con medidas más estrictas de control de alquileres y regulación del sector de la vivienda privada, especialmente en lo que respecta a los derechos de los inquilinos.

En segundo lugar, mejorar la gobernanza en política de vivienda pública y en la coordinación institucional, avanzando en la cooperación entre las partes interesadas (municipios, regiones, administración central, asociaciones de vivienda, organizaciones de atención y ONG) e introduciendo unos estándares adecuados para el apoyo a las personas sin hogar.

Para permitir una mayor comprensión del fenómeno y el seguimiento y evaluación de la situación de las personas sin hogar, resultaría necesario mejorar el sistema de recopilación de información sobre personas sin hogar asegurando estadísticas uniformes a nivel nacional. Igualmente debería ser prioritario el desarrollo de una política preventiva más estructural que no se centre solo en los grupos más visibles de personas sin hogar, aumentar la protección legislativa contra los desalojos o introducir coordinadores personales/gestores de caso para ayudar a navegar por el sistema de protección y poder coordinar las medidas orientadas a las personas sin hogar.

En el caso de España, el desarrollo del sinhogarismo durante los últimos cinco años, sobre todo desde la aprobación de la ENIPSH, permite identificar algunas debilidades y prioridades fundamentales para el desarrollo de políticas omnicomprendivas.

Entre las principales limitaciones destacaríamos las siguientes:

- Escasa relevancia de los programas de prevención del sinhogarismo. Según la encuesta realizada por el INE en el año 2016 sobre centros y servicios de atención a personas sin hogar²⁴, el

36,9 % de los centros declaró que su actividad principal era proporcionar alojamiento en pisos o apartamentos, el 24,8 % se consideró como centro de acogida, el 9,5 % como centro de día/taller ocupacional, el 9,3 % indicó que era albergue/centro de acogida nocturno, el 8,6 % comedor social, el 4,2 % se consideró como residencia y el 6,5 % restante declaró otro tipo de actividad distinta de las anteriores. Las prestaciones más frecuentes que ofrecieron los centros fueron información y acogida (83,3 %), alojamiento (75,7 %), orientación y/o derivación (74,9 %), atención y acompañamiento social (73,4 %), aseo personal (65,6 %) y restauración (65,2 %). Esta tipología de servicios varía entre comunidades autónomas y entre municipios. Sin embargo, los servicios de prevención son prácticamente inexistentes.

Se puede afirmar que la oferta de servicios se encuentra en una situación de transición. Por una parte, el servicio de albergues está en crisis o solo sirve para situaciones de emergencia; es un recurso de acción inmediata y de baja intensidad pero no es un recurso con impacto a medio plazo para erradicar el sinhogarismo. Por el contrario, la oferta de servicios de acceso a la vivienda bajo la metodología de Housing First se está abriendo paso en diferentes comunidades autónomas (entre ellas, Asturias, Madrid, Cataluña, País Vasco y Andalucía) como vía de inclusión social a través de la vivienda acompañada de apoyos para el acceso al empleo. No existen como tales programas de prevención del sinhogarismo con una dimensión local o regional relevante. En general, según Rais²⁵ se constata que o no existen o no se publican los resultados de los programas por parte de los ayuntamientos ni de las ONG. La mayoría de los informes se refieren a ratios de cobertura asistencial, sin que la prevención forme parte de la intervención social y pública. Por otra parte, la presión de la demanda conlleva dar respuesta inmediata sin capacidad suficiente para emprender programas preventivos.

- Existe también una débil coordinación entre los diferentes niveles de la Administración y baja eficacia de los servicios existentes en la prestación de un apoyo integral y flexible en función de las necesidades de las personas y en el acceso a soluciones de alojamiento permanente. La Administración o Estado central define las grandes líneas de la estrategia nacional y contribuye a la financiación de algunos programas específicos. Dado que la vivienda es competencia autonómica y local, la planificación de los programas de lucha contra el sinhogarismo tiene lugar en un doble plano, no siempre complementario: a nivel regional y a nivel local. Los planes y estrategias regionales marcan las grandes líneas de acción

²⁵ Consulta realizada el día 29 de abril de 2019 a José Manuel Caballol, director general de la Fundación Rais (<<https://raisfundacion.org>>).

²⁴ Nota de prensa: <<http://bit.ly/2UDgKos>>.

y contribuyen a financiar una parte de los programas contra el sinhogarismo o de acceso a la vivienda en general a través de los planes regionales o autonómicos de vivienda. Por su parte, las corporaciones locales diseñan la planificación de las políticas, financian una parte importante de los programas y gestionan las prestaciones en colaboración con el sector privado no lucrativo. Este marco competencial requiere de una adecuada coordinación entre los servicios, políticas y prestaciones llevadas a cabo entre las administraciones territoriales y dicha coordinación, por lo general, sigue siendo muy débil entre los diferentes niveles de la Administración.

- Tampoco existe información adecuada sobre la efectividad de los servicios de apoyo a las personas sin hogar. Ningún albergue publica los datos de efectividad de las acciones de inclusión social de sus usuarios. En general, y de acuerdo con la muy limitada información disponible, la intervención de los servicios suele estar fragmentada según las diversas prestaciones. No existe una coordinación efectiva entre prestaciones y servicios. Las soluciones que pueden garantizar un alojamiento permanente solo benefician a una minoría de las personas sin hogar, escasamente al 10 % de este colectivo.

En general, la efectividad de las políticas y programas contra el sinhogarismo choca con una serie de factores sistémicos relacionados con una insuficiente oferta de empleo personalizado o con apoyo, y de viviendas adecuadas y accesibles para las personas sin techo. Según la Fundación Rais, se estima que en torno al 77 % de las personas sin techo afirman necesitar un piso para vivir y, sin embargo, la oferta actual de pisos, individuales o compartidos, a nivel nacional solo alcanzaría al 10 % de los actuales demandantes potenciales. Con relación al empleo, muchas personas sin techo llevan largos periodos de tiempo alejados del mercado de trabajo. En un contexto estructural de elevadas tasas de paro, el mercado de trabajo ordinario no absorbe la oferta de empleo de este colectivo. Es necesario recurrir a la demanda de empleo por parte de las empresas sociales como transición al mercado de trabajo. Este recurso u otros parecidos son la alternativa más segura y efectiva para facilitar la transición al mercado ordinario de trabajo. En este contexto, la alternativa de formar a las personas sin techo antes de acceder al mercado de trabajo suele retrasar su incorporación. La experiencia parece indicar que, como principio general, el objetivo debe ser ofrecer una vivienda individual o grupal y un empleo, si es posible, al mismo tiempo; una vez integrados en una empresa social o cooperativa, se debería actuar en el ámbito de la formación y reforzamiento de habilidades laborales.

- Otro problema es la ausencia de una metodología común para hacer diagnósticos del sinhogarismo.

Los triples recuentos durante tres noches son necesarios para hacer mapas de situación fiables.

- Cabe preguntarse también si la ENIPSH 2015-2020 debe darse por cerrada e iniciarse una nueva estrategia con el nuevo ciclo político dentro de la recientemente aprobada Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023. Sin un compromiso de inversión social, la actual estrategia se puede considerar totalmente estéril.
- Por otra parte, los departamentos autonómicos de vivienda y, en general, el Plan Nacional de Vivienda, son ajenos al sinhogarismo. Se centran en la financiación del acceso a la vivienda y del alquiler con contrato, pero no contemplan la realidad de las personas que viven en la calle. Donde existe una práctica de compromiso del departamento de vivienda con los programas contra el sinhogarismo (caso de Asturias) se garantiza el éxito de la acción pública.
- También asistimos al fallo de los programas de empleo ordinario para incorporar a las personas sin techo. Sin el compromiso de la economía social no es posible garantizar la integración laboral y mucho menos la transición al mercado de trabajo.
- Igualmente, se constata la ausencia de los departamentos de sanidad en la construcción de una atención sociosanitaria para un colectivo con enfermedades crónicas o muy mala salud²⁶. Los departamentos de servicios sociales por sí solos no pueden dar respuesta a este problema.
- Junto a todo ello, existe una creciente aporofobia o delitos de odio contra el pobre que vive en la calle, que no contempla adecuadamente el Código Penal ni cuenta con una visibilidad nítida en la opinión pública.

A partir de estas limitaciones, en los próximos años deberían establecerse las siguientes prioridades en la política social contra el sinhogarismo:

- Es necesario un compromiso de inversión social a nivel estatal por parte de los ministerios de Vivienda y Sanidad y Servicios sociales.
- Sería necesario aprobar un Plan Nacional de Acción contra el Sinhogarismo con el apoyo de todos los actores institucionales y sociales y el correspondiente respaldo financiero. Desde 2015 apenas se han llevado a cabo los planes previstos en la ENIPSH 2015-2020.
- No conocemos con exactitud el volumen y características de la población sin techo, solo estimaciones. La implicación de las ONG en

²⁶ Según la última encuesta del INE sobre personas sin hogar, en 2012 el 14,2 % de las personas sin hogar declaró tener mala o muy mala salud, el 30,7 % alguna enfermedad crónica y el 15,2 % alguna discapacidad reconocida. El 9,4 % de las personas mayores sin hogar sufría de alcoholismo. El 37,3 % de los jóvenes sin hogar y de personas entre 30-44 años consumían drogas (40 % entre personas de 45 a 64 años).

el diseño de las estadísticas públicas es un paso positivo, como también lo es la aplicación de metodologías de análisis como los triples recuentos antes señalados. Es necesario actualizar los datos de la encuesta de personas sin hogar elaborada por el INE (Instituto Nacional de Estadística) (los últimos son del año 2012) incluyendo también en dicha información encuestas a las personas que no asisten a los centros para personas sin hogar.

- Potenciar la innovación en el ámbito del sinhogarismo. Cabría destacar dos tipos de innovaciones a lo largo de los últimos cinco años:
 - a. La primera innovación es la que se refiere al enfoque. Se ha producido un desplazamiento de la lógica asistencial basada en la oferta de albergues o residencias por la lógica del Housing First. El enfoque Housing First tiene que reforzarse, lo cual requiere que los actores sociales cooperen con mayor efectividad. En la lucha contra el sinhogarismo en la actualidad existen unas pocas ONG generalistas (Cáritas y Cruz Roja), muy pocas de tamaño medio y demasiadas ONG de pequeño tamaño. Este sector social necesita mejorar sus sinergias y cooperación para transitar hacia una política de derecho a la vivienda. En este sentido, las nuevas estrategias públicas, con el impulso e iniciativa de un sector creciente de ONG, están abandonando el llamado modelo de escalera o de responsabilidad individual, sustituyéndolo por un modelo de Housing First. Como consecuencia, las estrategias de intervención social están sustituyendo la atención en residencias y centros por la del derecho de acceso a la vivienda, si bien aún se constata una cierta resistencia al cambio por parte de los gestores de los centros y albergues.
 - b. La segunda innovación es el desarrollo conjunto de programas de acceso a la vivienda y la sanidad entre entidades especializadas. Un ejemplo de esta innovación es la alianza entre la principal asociación en la oferta de viviendas o pisos para personas sin hogar en España ²⁷ y la Fundación Rais. En este mismo sentido hay que destacar las experiencias de innovación en el campo de la atención sanitaria desarrolladas de manera conjunta entre ONG del sector sanitario²⁸ y de los servicios sociales.
- La coordinación institucional actual es deficitaria. Entre Estado, comunidades autónomas y ayuntamientos no existe una coordinación efectiva, como tampoco existe entre los departamentos de vivienda, servicios sociales y sanidad. La experiencia europea se está incorporando progresivamente pero con lentitud. De hecho, por ejemplo, apenas se

utilizan los fondos europeos para programas de sinhogarismo. El potencial de los fondos europeos es importante para profundizar en políticas de inclusión de las personas sin hogar, tales como: la lucha contra la indiferencia pública y la estigmatización de las personas sin hogar; la protección de las mujeres sin hogar contra la violencia y los abusos; el aumento de los presupuestos nacionales y regionales dedicados a la vivienda social; el trabajo de prevención para evitar el desalojo de viviendas; la intervención en las primeras etapas de la desintegración familiar y la garantía de alojamiento para los jóvenes que abandonan las instituciones; y, por último, la ampliación de la cobertura de la renta mínima de las personas sin hogar.

5. Discusión

El análisis sobre las políticas sociales contra el sinhogarismo en el ámbito de la Unión Europea y España plantea cuestiones de importancia para el diseño y efectividad de las políticas públicas. Aquí hacemos referencia a tres.

Una primera cuestión es la referida a cuál es el lugar social e institucional del sinhogarismo, así como su entorno. El sinhogarismo ocupa un espacio casi marginal en las políticas sociales, está en la frontera entre lo visible y lo invisible. Ha sido la crisis financiera del periodo 2010-2014 y la reacción social frente a la pérdida de la vivienda por impago de hipoteca o alquiler lo que ha dado visibilidad social a un problema social complejo que comprende desde la población casi invisible que vive en la calle hasta aquellos hogares que por pérdida de ingresos del trabajo han sido expulsados de sus viviendas. Sin embargo, las políticas sociales siguen diferenciando entre la normalidad (población afectada por el impago de una renta e hipoteca y que suelen acumular otros problemas, como desempleo y de integración social) y la marginalidad (los que no tienen una vivienda o lugar donde alojarse). Es la divisoria entre una integración precaria y la exclusión social. Las políticas públicas dan prioridad al primer objetivo y tienden a trasladar al sector social organizado la respuesta y gestión del sinhogarismo con el apoyo de los gobiernos locales. Ha sido en los últimos años cuando las políticas públicas han empezado a adoptar un enfoque global o estratégico del problema del sinhogarismo y, en general, del acceso a la vivienda. En este contexto, el análisis social debe abordar las tensiones y contradicciones entre los discursos políticos y las prácticas institucionales.

Una segunda cuestión de importancia es la aparente paradoja entre el auge de las políticas y estrategias contra la exclusión de un alojamiento o vivienda y el retroceso en el desarrollo de las políticas de vivienda social en casi todos los países miembros de la Unión Europea. La vivienda social existente está siendo objeto de procesos de privatización y se ha producido un estancamiento en su desarrollo. Un

²⁷ Asociación Provivienda: <<https://provivienda.org>>.

²⁸ Fundación María Asunción Almajano Salvo: <<https://asun4.org>>.

entorno que nos lleva a señalar que las estrategias contra el *sinhogarismo* pueden estar condenadas a la ineffectividad si no van acompañadas de políticas integrales de vivienda, empleo y servicios sociales, a la vez que ocupan un lugar visible en el conjunto de las políticas sociales y un compromiso financiero correspondiente.

La tercera cuestión es la referente al análisis comparado de las políticas. La europeización de las políticas sociales de España ha sido una realidad creciente mediante la convergencia de conocimientos, prácticas institucionales y políticas públicas. También se está produciendo en el ámbito de las estrategias y políticas contra el *sinhogarismo*. Sin duda, el aprendizaje en este ámbito, como en otros es un avance positivo para la mejora del diseño de las políticas, la incorporación de actores sociales e institucionales y para medir su efectividad. Una convergencia que, en el caso del *sinhogarismo*, supone una progresiva superación de las visiones asistencialistas y paternalistas y su sustitución por apoyos integrales en los que las personas afectadas

sean protagonistas. Pero es necesario recordar también que estas políticas son competencia de los Estados miembros. Si a ello añadimos el hecho de la diversidad cultural y la *path dependency* de las políticas sociales, el resultado es que la europeización de las políticas sociales tiene límites definidos que conllevan relativizar los resultados del análisis comparado sin menoscabo del mutuo aprendizaje. En todo caso, el análisis de las políticas sociales es una exigencia para lograr análisis sociales complejos del desarrollo de los derechos sociales.

En suma, el debate de las políticas sobre *sinhogarismo* está obligado a un análisis y comprensión que tenga en cuenta los tres factores señalados: la necesidad de un mirada amplia al problema (el acceso a la vivienda en general y su conexión con el empleo y los ingresos), la contradicción entre el auge de las políticas integrales y el entorno privatizador de estas y, por último, la necesidad de analizar las políticas sociales a escala europea teniendo en cuenta la diversidad de regímenes de bienestar.

- ARRIBA, A. y RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2018): “Housing Plan in Spain for 2018-2021”, *European Social Policy Network, Flash Report 2018/58*, <<http://bit.ly/2Y5mAJY>>.
- BAPTISTA, I. y MARLIER, E. (2019): *Fighting Homelessness and Housing Exclusion in Europe: A Study of National Policies*, Bruselas, European Commission, <<http://bit.ly/2nbbNRa>>.
- CABRERA, P. (2012): *Estudio personas sin techo. Zaragoza 2012*, Zaragoza. Cruz Roja.
- COMISIÓN EUROPEA (2010): Propuesta de informe conjunto sobre protección social e inclusión social (2010), COM 25 final, Bruselas, Comisión Europea.
- (2013), Hacia la inversión social para el crecimiento y la cohesión, incluida la ejecución del Fondo Social Europeo 2014-2020, COM 83 final, Bruselas, Comisión Europea.
- DUQUE, J.M. (2014): “Políticas de servicios sociales para la atención a personas en situación de exclusión residencial grave. Elementos para un diagnóstico y propuestas estratégicas”, *Zerbitzuan*, Nº 55, pp. 35-46.
- EAPN (2019): Nota de prensa, <<http://bit.ly/2MDhMef>>.
- FACIAM (2012): *10 Propuestas para una estrategia de erradicación del sinhogarismo*, Federación de Asociaciones de Centros para la Integración y Ayuda de Marginados, Madrid.
- FEANTSA y ABBÉ PIERRE FOUNDATION (2019): Fourth Overview of Housing Exclusion in Europe 2019, <<http://bit.ly/2KGLf48>>.
- FUNDACIÓN EGÚÍA-CAREAGA (2015): *Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV 2014. Avance de datos. Febrero 2015*, Bilbao, Fundación Eguía-Careaga.
- FUNDACIÓN FOESSA (2018a): *Exclusión Estructural e Integración Social. Análisis y Perspectivas, 2018*, Madrid, Fundación Foessa.
- (2018b): *La vulneración del derecho a vivienda: una mirada a la exclusión residencial*, Dossier Foessa, Avance de resultados de la encuesta sobre integración y necesidades sociales 2018 con motivo de la Campaña de Personas sin Hogar ¿Y tú que dices? Di basta-Nadie sin hogar, Madrid, Fundación Foessa.
- JESSOULA, M.; NATILI, M., PAVOLINI, E. y RAITANO, M. (2019): *ESPN Thematic Report on National strategies to fight homelessness and housing exclusion, Italy*, European Social Policy Network (ESPN), Bruselas, European Commission.
- KANGAS, O. y KALLIOMAA-PUHA, L. (2019): *ESPN Thematic Report on National strategies to fight homelessness and housing exclusion, Finland*, European Social Policy Network (ESPN), Bruselas, European Commission .
- KVIST, J. (2019): *ESPN Thematic Report on National strategies to fight homelessness and housing exclusion, Denmark*, European Social Policy Network (ESPN), Bruselas, European Commission.
- LEGROS, M. (2019): *ESPN Thematic Report on National strategies to fight homelessness and housing exclusion, France*, European Social Policy Network (ESPN), Bruselas, European Commission.
- LLOBET ESTANY, M. y AGUILAR, M. (2016): “El Housing First. El derecho a la vivienda de los más vulnerables”, *Barcelona Societat*, Nº 20, pp. 1-14.
- MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL (2019): *Estrategia Nacional de Prevención*

- Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023, <<http://bit.ly/2KIQXZ9>>.
- MUÑOZ, M.; SÁNCHEZ, M y CABRERA, P.J. (2014): *VII recuento nocturno de personas sin hogar en la ciudad de Madrid*, Ayuntamiento de Madrid, Madrid, 2014, <<http://bit.ly/2H4OM8X>>.
- OOSTVEEN, A. (2019): *ESPN Thematic Report on National strategies to fight homelessness and housing exclusion, The Netherlands*, European Social Policy Network (ESPN), Bruselas, European Commission.
- PARLAMENTO EUROPEO (2014): *European Parliament Resolution on an EU Homelessness Strategy*, 16 enero 2014, Bruselas, European Parliament.
- (2011): *European Parliament Resolution on an EU Homelessness Strategy*, 14 septiembre 2011, Bruselas, European Parliament.
- PERISTA, P. (2019): *ESPN Thematic Report on National strategies to fight homelessness and housing exclusion, Portugal*, European Social Policy Network (ESPN), Bruselas, European Commission.
- PLEASE, N.; BAPTISTA, I.; BENJAMINSEN, L. y BUSCH-GEERTSEMA, V. (2018): *Homelessness Services in Europe*, Brussels, Feantsa, <[https://www.feantsaresearch.org/public/user/Observatory/Feantsa-Studies_o8_v02\[1\].pdf](https://www.feantsaresearch.org/public/user/Observatory/Feantsa-Studies_o8_v02[1].pdf)>.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MARBÁN GALLEGO, V. (2016): *Spain's First Comprehensive National Homelessness Strategy*, European Social Policy Network, Flash Report 2016/25, <<http://bit.ly/2H8o4sX>>.
- SALES, A. (2013): *Diagnosis 2013. Las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona y la evolución de la Red de Atención a Personas sin hogar. Barcelona*, Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar (XAPSELL), <<http://bit.ly/2Vi5QSM>>.
- SANZO, L. (2019): *La estrategia española de garantía de ingresos*, <<http://bit.ly/2Xk4AM9>>.
- SIIS-CENTRO DE DOCUMENTACIÓN E INVESTIGACIÓN (2017): *III Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la Comunidad Autónoma Vasca, 2016*, SIIS, Donostia-San Sebastián, 2017.
- SIROVÁTKA, T.; JAHODA, R. y MALÝ, I. (2019): *ESPN Thematic Report on National strategies to fight homelessness and housing exclusion, Czech Republic*, European Social Policy Network (ESPN), Bruselas, European Commission.
- URBÉ, R. (2019): *ESPN Thematic Report on National strategies to fight homelessness and housing exclusion, Luxembourg*, European Social Policy Network (ESPN), Bruselas, European Commission.
- ZIOMAS, D.; KONSTANTIDOU, D.; CAPELLA, A. y VEZYRGIANNI, K. (2019): *ESPN Thematic Report on National strategies to fight homelessness and housing exclusion, Greece*, European Social Policy Network (ESPN), Bruselas, European Commission.

Atrapadas en una espiral de precariedad y exclusión: trayectorias de mujeres inmigrantes en programas residenciales para mujeres con menores a cargo¹

Nerea Layna Allue

Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto

Itziar Gandarias Goikoetxea

Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto

Miguel Ángel Navarro Lashayas

Facultad de Psicología y Educación, Universidad de Deusto

miguel.navarro@deusto.es

Artikulu honen helburua emakume etorkinak Euskadira iristetik bete dituzten ibilbideak aztertzea da. Horretarako, adingabeak ardurapean dituzten emakumeentzako egoitza-programa batetik pasatzeak izandako eraginak, bizipenak eta mugak azaltzen dira, baita egungo egoera ekonomikoak, laboralak eta egoitza-egoerak ere. Errealitate hori ezagutzeko, hamabost elkarrizketa sakon egin zaizkie azken hamabost urtetan baliabidearen erabiltzaile izandako emakume etorkinei. Azterketaren ondorio nagusiak honako hauek dira, besteak beste: ezkutuko etxegabetasunaren presentzia nabarmena, eta kalean geratzeari aurre emateko emakumeen arteko harreman-estrategien presentzia; lana sektore feminizatu oso prekario eta ezegonkorretara mugatzea, prekaritatearen eta bazterkeriaren etengabeko espiraletik irtetea ahalbidetzen ez dietenak; baita ere irismen luzeko programen garrantzia, lanaz haraindi, laneratzearen ikuspegi holistikoa eta interseksionala eta lagun-egite psikologikoa eta indarkeria anizkoitzen konponketa bilatzen dutenak.

GAKO-HITZAK:

Emakume etorkinak, ezkutuko etxegabetasuna, gizarte-bazterketa, lan-prekarietatea.

Este artículo tiene como objetivo analizar las diversas trayectorias de mujeres inmigrantes desde su llegada al País Vasco. Para ello, se observan los efectos, vivencias y limitaciones de su paso por un programa residencial para mujeres con menores a cargo, así como su situación económico-laboral y residencial actual. Para conocer esta realidad, se han realizado quince entrevistas en profundidad a mujeres inmigrantes que fueron usuarias del recurso durante los últimos quince años. Las principales conclusiones derivadas del análisis son, entre otras, la fuerte presencia del sinhogarismo encubierto y de estrategias relacionales entre las mujeres para no acabar en la calle; el enclaustramiento laboral en sectores feminizados muy precarios e inestables que no les permiten salir de una continua espiral de precariedad y exclusión, así como la importancia de programas de largo alcance con una mirada holística e interseccional de la inclusión social más allá del ámbito laboral, que contemplen el acompañamiento psicológico y la reparación de las múltiples violencias.

PALABRAS CLAVE:

Mujeres inmigrantes, sinhogarismo oculto, exclusión social, precariedad laboral.

¹ Este artículo se basa en la investigación “15 años de acompañamiento a mujeres sin hogar con menores a cargo en el centro de acogida Lagun Artean” financiada por la Diputación Foral de Bizkaia. Las autoras agradecen a Lagun Artean la oportunidad de realizar esta investigación, así como a las quince mujeres que de manera voluntaria accedieron a ser entrevistadas y a compartir sus vivencias.

1. Introducción

Los fenómenos de la exclusión social y el sinhogarismo han sido ampliamente investigados en los últimos años (Brugué, Gomà y Subirats, 2014; Fundación Atenea, 2018; Foessa, 2019). Si bien se ha concluido que se trata de una cuestión que es necesario analizar a partir de una mirada multifactorial y multicausal, es evidente que la situación específica de las mujeres ha quedado tradicionalmente relegada a un segundo plano, entendiendo que los resultados de los diferentes abordajes que se han llevado a cabo son generalizables tanto para hombres como para mujeres.

Sin embargo, es necesario señalar que la gran mayoría de estudios se han realizado a través de experiencias relatadas por hombres, siendo estos los usuarios mayoritarios de los recursos destinados para las personas sin hogar (Matulič, De Vicente-Zueras, Boixadós-Porquet y Caïs-Fontanella, 2019; Fernández-Rasines y Gámez-Ramos, 2012). De esta manera, a partir de una supuesta neutralidad en los resultados obtenidos, sistemáticamente se han invisibilizado problemáticas y necesidades específicas asociadas a las mujeres. De hecho, el sinhogarismo sigue siendo un fenómeno impregnado de un imaginario predominantemente masculino asociado a enfermedades mentales, drogodependencias y hombres mayores (Arrels, 2017), a pesar de que estudios recientes muestran una gran heterogeneidad y un incremento en el número de jóvenes y de mujeres en situación de sin hogar (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2015-2020).

En los últimos años, la cuestión de las mujeres sin hogar ha supuesto un fenómeno central en estudios europeos sobre sinhogarismo, no solo para desagregar datos cuantitativos diferenciados de hombres y mujeres, sino para desarrollar y fomentar una perspectiva de género crítica que ayude a dar explicación tanto al menor número de mujeres en situación de sin hogar como a los diferentes motivos estructurales, sociales y relacionales que están detrás de esta invisibilización. Estos estudios revelan cómo al acotar el fenómeno del sinhogarismo únicamente a las personas que se encuentran en calle o que duermen en recursos y albergues de noche, la situación específica de las mujeres queda totalmente invisibilizada (Pleace, 2016; Bizitegi, 2018).

En el caso del Estado español, los últimos informes de Foessa (2014, 2019), ponen de manifiesto el incremento de mujeres inmigrantes en situación de sinhogarismo y una problemática específica y compleja fruto del cruce de las divisiones sociales de género, clase, origen nacional, raza y condición jurídica como extranjeras, que determina y condiciona una respuesta eficaz e integral por parte de los programas de intervención social. De esa manera, se torna necesario conocer en mayor profundidad las múltiples situaciones

de vulnerabilidad que enfrentan las mujeres inmigrantes. Por ello, este artículo se plantea como objetivo analizar las diversas trayectorias de quince mujeres inmigrantes desde su llegada al País Vasco. Para ello, se exploran los efectos, vivencias y limitaciones de su paso por un programa específico residencial para mujeres con menores a cargo, así como su situación económica-laboral y residencial actual.

2. Sinhogarismo oculto

2.1. Cuando techo y hogar no son lo mismo

Si atendemos la dimensión de la vivienda como el espacio central de desarrollo y autonomía de las personas y como factor principal de la exclusión social por delante del desempleo (Foessa, 2019), es evidente que las mujeres tienen una mayor dificultad para mantener una vivienda digna y estable debido a un menor poder adquisitivo respecto a los hombres. Según el Instituto Nacional de Estadística (2012) la presencia femenina aumenta en las categorías vinculadas a la exclusión residencial de la tipología ETHOS (vivienda insegura y vivienda inadecuada), siendo su representación del 48 % y manteniendo una presencia mucho menor en las categorías de falta de vivienda (sin techo y sin vivienda).

La redefinición de lo que entendemos por hogar y por techo ha sido uno de los aportes más importantes en torno al fenómeno del sinhogarismo desde una perspectiva de género (Fernández y Gámez, 2013; Carrasco, 2014 y Matulič *et al.*, 2019). El techo es un lugar donde las personas pueden estar a cubierto y alojarse. Sin embargo, esto no implica que las personas se sientan seguras, ni que existan sentimientos de pertenencia o integración. Un hogar, sin embargo, es un lugar donde las personas, además de sentirse seguras, tienen control sobre el espacio, autonomía y privacidad, y donde puede desarrollar su bienestar personal y social. Teniendo en cuenta esto, es posible que la persona sin hogar tenga una vivienda disponible pero que esta no contenga condiciones seguras y dignas. Acín (2016) lo resume de esta manera: “todos/as los/as sin techo son sin hogar, pero no todos/as los/as sin hogar son sin techo”.

Las desigualdades de género tienen un impacto directo en las limitaciones que encuentran las mujeres para sostener hogares independientes (Edgar y Doherty, 2001; Sales y Guijarro, 2017). Estas desigualdades generan itinerarios y estrategias diferenciadas que las mujeres realizan respecto a los hombres, conformando un sinhogarismo oculto (Enders-Dragässer, 2010) que transcurre en el ámbito privado, de ahí que sea un fenómeno opaco difícil de percibir y visibilizar.

Las mujeres, por sus atribuciones de género, mantienen vínculos que les permiten esquivar la pernocta a la intemperie. Como señala Martins

(2010), las mujeres consideran otras formas de protección distintas a las de los hombres, vinculadas a su relación con familiares y personas conocidas en mayor o menor grado. El uso de esta estrategia las previene de acabar en calle o del uso de servicios de alojamiento para la población sin hogar en general (Fernández-Rasines y Gámez-Ramos, 2013).

Sales y Guijarro (2017) sostienen que, a pesar de que muchas mujeres en situación de alta vulnerabilidad se encuentran con escasa red de apoyo, el mantenimiento de ciertas relaciones y la mayor facilidad para pedir ayuda (propia de la socialización femenina) facilitan que las mujeres puedan quedarse en viviendas o habitaciones de su red informal de apoyo. No obstante, en ocasiones, donde los vínculos sociales y familiares son frágiles, se han perdido, o se encuentran lejos, como es el caso de la inmigración, las mujeres desarrollan otras estrategias para impedir quedarse en la calle, como intercambiar sexo o cuidados a cambio de un techo prestado. Estas estrategias muy invisibles y atravesadas por las desigualdades de género (Baptista y Marlier, 2019) resultan una especificidad del sinhogarismo femenino que necesita ser estudiada y abordada en profundidad de cara a una comprensión más compleja de la menor presencia de mujeres en calle.

2.2. Mujeres inmigrantes, monomarentalidad y sinhogarismo

Los últimos estudios de Foessa (2014, 2019) muestran que uno de los grupos más vulnerables en situación de sinhogarismo son las mujeres inmigrantes, ya que a las dificultades de acceso a la vivienda y el empleo se enfrentan a los obstáculos que supone estar en situación de irregularidad administrativa y las escasas o frágiles redes de apoyo con las que cuentan (Matulič *et al.*, 2020).

Cuando además existen menores a cargo, la situación de exclusión puede agravarse. Investigaciones realizadas en los últimos años señalan que los hogares monoparentales sustentados por mujeres se encuentran en desventaja respecto al resto. Por ejemplo, en estudios europeos realizados por Pleace (2016) un 25 % de familias encabezadas por mujeres vive en situación de pobreza, y cuatro de cada diez se encuentran en riesgo. En el caso del Estado español, la dimensión económica de la exclusión social afecta en mayor medida a hogares liderados por mujeres y los datos más altos en la mayoría de indicadores provienen de hogares monoparentales; donde más que de familias monoparentales habría que hablar de familias “monomarentales”, ya que el 86,2 % de los casos el progenitor responsable es la madre (Foessa, 2019). El análisis efectuado demuestra asimismo la existencia de una relación estrecha entre monoparentalidad y procesos de exclusión. Esto se aprecia, ante todo, en el hecho de que el Índice Sintético de Exclusión Social (ISES)² de esta tipología

² El índice sintético de exclusión social (ISES) analiza la exclusión

de hogares es más que el doble que el del resto de hogares (2,7, frente al 1,3 del conjunto de hogares cuya sustentadora principal es una mujer y al 1,2 de aquellos cuyo sustentador principal es un hombre).

Desde una mirada cualitativa, Damonti (2014) y Morante *et al.* (2010) ahondaron en las barreras a las que se enfrentan las mujeres sin hogar. En primer lugar, identificaron que la mayoría de limitaciones están asociadas al mercado laboral (un menor acceso al mismo y dificultades para el sostenimiento económico), a los roles de género que vinculan los cuidados de familiares y personas dependientes a las mujeres y, por último, a una mayor vulnerabilidad ante situaciones de violencia. De la misma manera, los informes Foessa (2014, 2019) señalan que la pobreza de las mujeres tiene una vinculación directa con la posición de subordinación en el mercado de trabajo, ya que ocupan mayoritariamente puestos laborales caracterizados por la precariedad, el desprestigio social y los bajos salarios.

En el caso específico de las mujeres inmigrantes, esta posición de subordinación es fruto de la articulación de las divisiones sociales de género, clase, origen nacional, raza, etnicidad y religión, así como también de su condición jurídica como extranjeras, que condiciona y determina el acceso a derechos y oportunidades sociales y laborales (Anthias, 1998). Laura Oslo y Sonia Parella (2013) encontraron que las mujeres inmigrantes tienen un mayor enclaustramiento en trabajos no cualificados y un mayor estancamiento laboral si se comparan con sus pares hombres.

El servicio doméstico y de cuidados es el primer nicho laboral que mayoritariamente encuentran las mujeres a su llegada y se mantiene pasado los años, lo cual las hace vivir en situaciones de alta inestabilidad y precariedad laboral sin poder configurar un hogar seguro y estable para ellas y sus familias. De hecho, un estudio cualitativo realizado por Parella y Samper (2008), señala los obstáculos adicionales a los que se enfrentan las trabajadoras inmigrantes monoparentales a la hora de conciliar, ya que debido a los segmentos laborales que ocupan, cuentan con escasos recursos económicos para acceder a servicios privados de cuidados para sus hijos e hijas, a lo que se suman las escasas redes familiares próximas. Entre las estrategias que las mujeres ponen en marcha encontraron que muchas de ellas optan por trabajos intermitentes o por no seguir empleadas, ya que el bajo salario que reciben es mayor que el coste de externalizar el cuidado de sus criaturas.

social a partir de 35 indicadores. Es un índice basado en la identificación de situaciones fácticas, constatables empíricamente y de suficiente gravedad como para poner en cuestión la plena participación social de las personas afectadas. Es la acumulación de diversas situaciones de dificultad lo que sitúa a determinados grupos de la sociedad en posiciones de exclusión del espacio social (Foessa, 2019).

3. El programa Mujer en situación de exclusión social con menores acompañados, de Lagun Artean³

El programa Mujer en situación de exclusión social con menores acompañados de la organización Lagun Artean de Bizkaia inició su recorrido en el año 2004, con un total de cuatro recursos residenciales destinados a estas familias. Son viviendas de media intensidad educativa destinadas a mujeres mayores de edad solas o con menores a cargo. En total es una red de cuatro viviendas con un total de 19 plazas, 11 para mujeres y 8 para menores, ubicadas en el barrio de Deusto. El programa se caracteriza por una ocupación media del 95 % de sus plazas (Asociación Lagun Artean, 2018).

Durante los quince años de recorrido de este programa, se ha atendido a un total de 118 mujeres y 114 menores. La Tabla 1 presenta las características descriptivas de las mujeres atendidas.

Tabla 1. Datos descriptivos de las mujeres y las/os menores atendidas en Lagun Artean

	N = 118	Porcentaje
Origen		
Marruecos	28	23,7 %
África Subsahariana	60	50,7 %
Centroamérica	20	17,3 %
España	9	7,6 %
Asia	1	0,7 %
Edad (\bar{X} = 38,9)		
19-29	17	14,4 %
30-39	50	42,4 %
40-49	39	33 %
50-59	9	7,6 %
60-69	2	1,7 %
70-79	1	0,85 %
Tiempo de estancia en meses (\bar{X} = 8,5)		
Entre 0 y 6 meses	52	50 %
Entre 6 meses y 1 año	25	24 %
Entre 1 año y 1 y medio	17	16,3 %
Entre 1 y medio y 2 años	6	5,8 %
Entre 2 años y 2 medio	2	1,9 %
Entre 2 y medio y 3 años	1	0,9 %
Entre 3 años y 3 y medio	1	0,9 %
Número de hijas/os*	N = 115	Porcentaje
0	28	24,6 %
1	44	38,6 %
2	22	19,3 %
3	11	9,6 %
4	4	3,5 %
5	4	3,5 %
6	1	0,9 %
7	1	0,9 %

* El número de hijas/os hace referencia a los que están tanto en origen como en destino.

Fuente: Datos de Intervención Lagun Artean.

³ Lagun Artean es una asociación vinculada a Cáritas Diocesana de Bilbao que acompaña los procesos de incorporación social de las personas sin hogar y otras personas en situación de grave exclusión social y de riesgo de gran exclusión. Para más información: <http://www.lagun-arteana.org/>.

En cuanto al origen de las mujeres atendidas, se observa que la gran mayoría de ellas procede del continente africano, concretamente de Marruecos y África subsahariana. En segundo lugar, se encuentran las mujeres procedentes de Centroamérica, seguidas de las españolas. Las mujeres asiáticas conforman una minoría dentro de las 118 mujeres atendidas, contando únicamente con un caso. Atendiendo a los rangos de edad, cabe destacar que la gran mayoría de ellas se encuentran entre los 30 y 39 años de edad, seguidas por las que tienen entre 40 y 49 años.

Teniendo en cuenta el tiempo de estancia media en meses, es significativo afirmar que el 50 % de las mujeres atendidas estuvieron entre 0 y 6 meses, seguidas de un 24 % de ellas que fueron atendidas durante un total de entre seis meses a un año. Los cortos plazos de intervención se deben a la alta demanda de mujeres que el programa residencial de Lagun Artean presenta de manera constante.

En relación con el número de hijas/os, la mayoría de las mujeres atendidas tiene un menor a su cargo, un 40 %, casi un 20 % tiene dos y cerca del 10 % tres hijos/as, mientras que un 24,6 % del total no tenía ninguno. En menor medida, casi un 8 % de las mujeres tiene cuatro o más hijos. Es importante destacar que el número de hijas/os a cargo hace referencia a los/as que estaban tanto en el país de origen como en destino.

4. Metodología y participantes

Esta investigación se ha desarrollado en diferentes fases. En un primer momento, se llevó a cabo una sistematización cuantitativa de datos relevantes de las 118 mujeres atendidas en el programa Mujer de Lagun Artean, tal y como se puede ver en la Tabla 1. En base a esta sistematización y teniendo en cuenta el objetivo de la investigación —analizar los itinerarios de las mujeres inmigrantes antes, durante, y después de su estancia en el programa— se diseñaron los perfiles y se construyó un guion para la entrevista. Como el perfil de las 118 mujeres atendidas en el programa ha sido muy heterogéneo a lo largo de los quince años de intervención, se ha intentado respetar la diversidad de las quince mujeres entrevistadas. Para ello, se han tenido en cuenta aspectos como la procedencia, la edad o la situación sociolaboral en el momento de la realización de la entrevista.

La técnica cualitativa empleada ha sido la entrevista semiestructurada en profundidad (Íñiguez, 1999). La duración media de las entrevistas fue de una hora y todas ellas fueron grabadas previo consentimiento por parte de las participantes. Mediante las entrevistas se ha procedido a explorar las trayectorias diversas de estas mujeres en base a un guion previo, pero a la vez dando pie a la improvisación y desde una posición no directiva, en la que las propias personas participantes se

Tabla 2. Perfiles de las mujeres participantes en la investigación

Mujer	Origen	Edad	Año en que utilizaron el recurso	Hijas/os
1	Nicaragua	42	2011	Sí
2	Mali	49	2007	No
3	Nigeria	35	2011	Sí
4	Bolivia	39	2012	Sí
5	Mali	32	2012	Sí
6	Senegal	42	2013	Sí
7	Argelia	43	2014	No
8	Sáhara	33	2016	Sí
9	Marruecos	39	2012	No
10	Camerún	25	2013	No
11	Guinea Bissau	44	2017	Sí
12	Nicaragua	38	2007	Sí
13	Sahara	37	2011	Sí
14	Guinea Ecuatorial	40	2014	Sí
15	Senegal	38	2009	Sí

Fuente: Elaboración propia.

podieran sentir libres para expresarse de manera espontánea sobre algún tema que les surgiera (Taylor y Bogdan, 1992). Como señala Olabuenaga (2012) la metodología cualitativa permite un mejor acceso a narrativas personales, posibilitando después una mayor profundidad de análisis con el material recolectado.

En la Tabla 2 se presenta las características principales del perfil de las quince mujeres entrevistadas.

5. Análisis de los resultados

5.1. Atrapadas en un círculo continuo de precariedad y exclusión

En el Gráfico 1 se recogen los aspectos más importantes recabados del análisis de las entrevistas. El análisis se ha estructurado en cuatro áreas que en los siguientes apartados analizaremos en profundidad: (1) el perfil y las características comunes de las mujeres que llegan al programa; (2) aportes y limitaciones



Fuente: Elaboración propia.

del programa y de la red asistencial a partir de la experiencia de las mujeres; y (3) la situación actual de las mujeres incidiendo en dos aspectos clave para la inclusión social: el ámbito económico-laboral y la vivienda. Por último, y en menor medida, se analiza (4) el continuum de las múltiples violencias que atraviesan las trayectorias de las mujeres.

5.2. Perfil y características comunes de las mujeres que llegan al programa

Presentamos a continuación el perfil de las mujeres que llegan al Programa. A pesar de la heterogeneidad de las mismas hemos identificado tres aspectos comunes que recorren las trayectorias de las mujeres: (1) el cruce de la maternidad y la migración en sus recorridos, (2) expectativas laborales frustradas y (3) falta de vivienda digna y sinhogarismo oculto.

5.2.1. Mujeres cruzadas por la maternidad y la migración

El 90,7% de las mujeres atendidas por el programa de Lagun Artean en los últimos quince años son mujeres migradas y un 75,5% son madres, de las cuales el 58% tiene de media uno o dos hijos/as. En ocasiones son hijos e hijas que han dejado en sus países, otras veces los han traído con ellas y también hay mujeres que dejaron hijos en sus países y luego aquí han sido madres de nuevo. En el caso de las quince mujeres entrevistadas, once de ellas tienen hijas/os a cargo, mientras que las cuatro restantes, no.

Ser madre cruza y condiciona íntegramente la experiencia de las mujeres migradas a la hora de encontrar trabajo, ya que se encuentran más limitadas a la hora de acceder a jornadas largas de trabajo o en régimen de interna, además de que el trabajo no solo termina con la jornada laboral, sino que luego está todo el trabajo reproductivo de cuidados cuando vuelven a casa:

Una mujer sin hijos trabaja donde sea, se mete interna, no tiene quien te llore, que te diga mamá tengo hambre, en cambio cuando una tiene hijos tienes que saber dónde trabajar, cómo, qué horario puedes trabajar, porque no puedes trabajar corrido cuando tienes hijos. Tienes que venir a cuidarlos, porque no se trata solo de salir a trabajar y venir a casa a descansar, llegas a tu casa y sigues trabajando porque están tus hijos, está tu familia que te está esperando. (Participante 12, Nicaragua)

A esto hay que sumar el miedo a que les quiten sus criaturas. Tal y como señalan Matulič *et al.* (2020), cuando a las dificultades económicas y laborales se les suman otras como la posibilidad de perder la custodia de sus hijos/as, la carga emocional, el estrés y la urgencia de encontrar un alojamiento aumentan:

Cuando llegué a Lagun Artean, la primera vez que hablé con la educadora social, lo más importante para mí era hacer algo, buscar algo donde vivir, tenía miedo por si me quitaban a mi hijo. (Participante 8, Sáhara)

Para las mujeres que han dejado a sus hijos/as en sus países de origen y han realizado el proyecto migratorio de manera solitaria, la situación tampoco es fácil. La incertidumbre de no saber si van a volver a verles y los sentimientos de culpa se entremezclan y les acompañan durante todo su proceso migratorio y estancia en los países de destino:

Dejé a mis dos hijos, se quedaron allá, aquí tuve del que venía embarazada [...] dejarlos allí fue muy difícil, eso es lo más horrible que le puede pasar a una mujer [...] no sabes ni si vas a regresar, si vas a volver a verlos... (Participante 12, Nicaragua)

5.2.2. Expectativas laborales frustradas: abocadas a trabajos feminizados

La reorganización global del cuidado sitúa a las mujeres migrantes en una situación de marcada vulnerabilidad laboral y social y las aboca a nichos laborales específicos, que como señalan Oso y Parella (2012) se convierten para muchas de ellas en la única “puerta de entrada” al mercado de trabajo en España. Estas autoras identifican dos nichos de trabajo principales: el trabajo doméstico remunerado y el trabajo sexual.

Sin embargo, las mujeres vienen con unas expectativas diferentes, pensando que las opciones de trabajo son más diversas y sobre todo que las condiciones son mejores, lo que les va a permitir poder ahorrar rápidamente dinero y regresar lo antes posible a sus países:

Pensaba que cuando volase a Europa iba a trabajar bien y mandar dinero a mi país. Y luego volver a mi país y trabajar allí, no pensaba para nada quedarme en Europa. Pensaba que cuando llegas, te llaman y puedes elegir si quieres trabajar o no. Pero cuando llegué fue muy diferente. Pensaba que iba a trabajar en hoteles que era lo que yo quería, pero no ha sido así. Hay una diferencia demasiado grande. (Participante 15, Senegal)

Cuando llegan, las oportunidades laborales son muy limitadas y, muchas debido a su situación irregular administrativa, encuentran dificultades para acceder a trabajos en el sector de cuidados, a lo que se suma la urgencia inmediata de cubrir las necesidades básicas de sus criaturas. Es en esta situación en la que las mujeres optan por trabajar en la prostitución como única alternativa para poder mantener a sus hijos e hijas:

Hay mujeres que se prostituyen, yo estuve cuidando unas niñas de una chica que se

prostituía para poder darle de comer a las chavalas. Te ves en una situación peor con hijos y no tienes dinero ni apoyo de nadie... las ayudas se te complican, entonces te ves en una situación súper difícil. [...] No la pasan bien porque es feo, te sientes mal cuando oyes las cosas que pasan, que viven. (Participante 12, Nicaragua)

Es así como la prostitución se puede convertir en una alternativa temporal con la que ahorrar el máximo de dinero posible, aunque como señala Laura Oso (2003, 2005), muchas acaban alargándolo durante largos periodos por las dificultades que supone salir de este sector. Por otro lado, es importante señalar que, aunque en la literatura sobre prostitución y migraciones internacionales predomina una imagen de las mujeres migrantes que ejercen prostitución como pasivas, obligadas y forzadas, es importante rescatar la agencia de las mujeres por limitada que sea para “utilizar el sexo comercial con fines instrumentales” (Agustín, 2005: 1).

En ese sentido, nos parece fundamental rescatar la dignidad de las mujeres a la hora de analizar sus situaciones y decisiones para poder luego acompañarlas desde una posición menos paternalista. Frente a discursos e imaginarios que las sitúan como mujeres pasivas, dependientes y frágiles, las mujeres se autoidentifican como mujeres trabajadoras aquí y en sus países. Subrayan la importancia que tiene para ellas su autonomía económica, y por tanto lo que les implica y supone tener que solicitar ayudas:

Nosotras, la mayoría de las personas que estamos aquí y que hemos venido aquí, casi todas son mujeres, y somos mujeres que sabemos trabajar, que hemos trabajado y que nunca hemos dependido de nadie prácticamente [...] tienes comida, tienes casa, no vives como un millonario, pero por lo menos tu comida la tienes. Y venir aquí una mujer que trabaja, mujeres que trabajaban en oficina, en diferentes cosas, que tenían su propio negocio en sus países... vienes aquí y te sientes horrible, porque pedir nunca se pide, nosotras lo ganamos, nosotras no lo pedimos. (Participante 12, Nicaragua)

5.2.3. Falta de vivienda: estrategias relacionales y sinhogarismo encubierto

Las mujeres entrevistadas destacan la vivienda como uno de los principales problemas a los que se enfrentan cuando llegan. No obstante, y para no acabar en la calle, las mujeres a diferencia de los hombres, utilizan estrategias relacionales (Matulič *et al.*, 2020) como alojarse en hogares de familiares, amistades o instituciones sociales. Estas situaciones no son siempre seguras, sino que entrañan vulnerabilidades ocultas que son muy difíciles de visibilizar (Sales y Guijarro, 2017; Mayock y Sheridan, 2012).

Estas vulnerabilidades ocultas, que implican que en cualquier momento pueden quedarse en la calle, son relatadas por varias de las mujeres entrevistadas:

Yo tenía una amiga que vivía aquí y me quedaba en su casa mientras estaba en la lista para entrar al piso de Lagun Artean. Un día me dice mi amiga que me echa a la calle, no tengo donde vivir. No era muy amiga, no confiaba en mí. (Participante 3, Nigeria).

Mi madre y hermana vivían en un apartamento muy chiquitito y pues... la verdad que no se podía. Entonces me fui a casa de una amiga, contaba con el apoyo de una amiga, me fui al sofá porque no tenía más habitaciones, ella dormía con su hija y ahí estaba con mi hijo, pero puedes estar un día o dos, un tiempo, te hace el favor un tiempo. (Participante 4, Bolivia).

Como vemos, las amistades son una estrategia bastante común que utilizan las mujeres, pero son estrategias transitorias y puntuales que no les garantizan una estabilidad ni seguridad mínima. A la inestabilidad muchas veces hay que sumarle las condiciones de precariedad y hacinamiento en la que se encuentran las viviendas, teniendo que dormir en espacios minúsculos, como despensas que se alquilan al precio de habitaciones, compartiendo cama y en condiciones de insalubridad:

Una vez que llegamos a Bilbao, alquilamos una habitación por 300 euros y la chica no tenía cama, parece que era como un cuartito de despensa o algo así lo que nos alquilaba, pues ahí no entraban dos camas ni de 90 ni grande ni nada. Nos chocábamos al entrar [...]. Y ahí dormíamos, cada una en una dirección, era lo que entraba en la habitación. Era complicado porque encima hacia muchísimo frío. (Participante 12, Nicaragua)

Cuando las estrategias relaciones se agotan, las mujeres utilizan su cuerpo como recurso para no acabar sin hogar, manteniendo relaciones sexuales a cambio de una estancia:

Dormí en todos los sitios que la gente me ofrecía, tenía que hacer muchas cosas malas para poder vivir y dormir. Tenía que sobrevivir. (Participante 2, Mali)

Si van a ayudarte en algo tienen que coger más cosas, ¿sabes? De tu vida, tu cuerpo... eso. De las mujeres se aprovechan mucho. (Participante 9, Marruecos)

Todas estas situaciones de violencias y vulnerabilidades ocultas a las que se ven expuestas muestran cómo las mujeres desarrollan itinerarios diferenciados en relación con los hombres, conformando un sinhogarismo encubierto que transcurre en el espacio privado (Matulič *et al.*, 2020) y que por tanto es más difícil de detectar.

Aun así, las mujeres tienen claro que acabar durmiendo en calle es lo último a lo que se expondrían, ya que son conscientes de los peligros y dificultades añadidas que supone dormir a la intemperie para las mujeres:

Un hombre puede dormir en cualquier sitio, una mujer no porque está expuesta, la pueden violar, le pueden pasar mil cosas. (Participante 11, Guinea Bissau).

Fuera [en la calle] sentía miedo, ya sabes... te pueden hacer de todo. (Participante 6, Senegal).

5.3. Aportes y limitaciones del programa Mujer en situación de exclusión social con menores acompañados

A continuación, desarrollaremos los aportes y limitaciones que las mujeres entrevistadas identifican en torno a su experiencia en el Programa Mujer de Lagun Artean.

5.3.1. Aportes del programa

En cuanto a los aportes, las mujeres ponen en valor aspectos relacionados con el espacio de seguridad que implica el acceso a un dispositivo de vivienda, la importancia de la relación y el vínculo que se construye entre el equipo educativo y las mujeres, así como el desarrollo de redes que se generan entre las propias mujeres.

Cobertura de necesidades básicas

Cuando las mujeres solicitan el ingreso en los recursos residenciales de Lagun Artean, presentan situaciones de sinhogarismo encubierto donde tanto ellas como sus hijos/as a cargo carecen de medios para cubrir sus necesidades básicas. Es decir, la intervención se inicia en momentos de altos niveles de vulnerabilidad. Por ello, las mujeres ponen en valor la importancia de tener cubiertas las necesidades básicas de alimentación, techo, higiene, descanso, etc., tanto para ellas como para sus hijas/os:

Mis necesidades eran todo lo que ellos me ofrecieron. Necesidades básicas, tener un hogar, una casa, un techo donde dormir, alimento para poder darle a mi hijo. (Participante 4, Bolivia)

Cuando llegué a Lagun Artean, sinceramente te sientes persona, porque me pude dar una ducha, me pude bañar en condiciones... dormir tranquilamente. Comí... hasta me parecía tan irreal. Fue lo único que pensé, esto es mentira, cómo van a darme comida, que esté durmiendo en una cama, y a cambio de nada. Siempre pensaba que todo era mentira. (Participante 12, Nicaragua).

Espacio de apoyo emocional y seguridad

Al ser preguntadas por lo que más valoran, la

mayoría de las mujeres repite y destaca la palabra "seguridad". Es decir, en concordancia con varias autoras (Matulič *et al.*, 2019), los programas residenciales actúan como elemento protector en sus procesos de exclusión residencial:

Lo más importante para mí era sentirme segura, que en Lagun Artean no podía pasarme nada. (Participante 5, Mali)

Estar recogida, con cariño, sin miedo, ya sabes miedo de fuera... nadie se va a aprovechar [...]. Por lo menos aquí estaba con gente de confianza... Necesitaba no sentir miedo. (Participante 9, Marruecos).

Además de poder tener cubiertas necesidades básicas, las mujeres destacan la importancia de ser recogidas y escuchadas; es decir, dan mucha importancia al apoyo emocional que reciben por parte del equipo educativo:

Aunque lo más importante sea dormir y comer a veces necesitas otras cosas como hablar, que te escuchen, sentirte acompañada... también son necesidades básicas. (Participante 1, Nicaragua)

Me sentía arropada con tanta gente, y además te consuelan y cuando estoy con ellos me siento menos triste, con menos problemas. (Participante 15, Senegal)

En esa misma línea, las mujeres describen al equipo de educadores y educadoras como una familia y un referente en el que apoyarse. A pesar de vivir en un piso con normas, las mujeres destacan el clima familiar que se crea y cómo la relación entre las educadoras y ellas es muy cercana:

Yo la veo como alguien de mi familia, una amiga, no como una educadora. Eso es otro valor más. Necesitamos más que lo material, comer puedes comer en cualquier lado, pero esto... tienes una referencia. (Participante 8, Marruecos)

Sobre todo, el trato con la gente que entra, que no es un trato de yo soy educadora y tú eres chavala, y aquí las órdenes las doy yo. (Participante 1, Nicaragua)

Apoyo mutuo entre las mujeres

Además del apoyo por parte del equipo educativo, las mujeres destacan la red afectiva y el cuidado mutuo entre las propias compañeras en el interior del recurso residencial. Subrayan la función de apoyo que se dan mutuamente, incluso aunque no hablen el mismo idioma:

Aquí nunca me he sentido sola, estaban las demás compañeras; aunque no nos entendíamos por el idioma, no estábamos solas. (Participante 7, Argelia)

Me han recibido con los brazos abiertos, me sentía aliviada, como estar en una familia. Me quedaba con mis compañeras y no estaba sola.

Hablábamos mal castellano, solo una hablaba castellano y francés hablábamos más o menos, pero disfrutábamos; parecíamos como hermanas. (Participante 15, Senegal)

Amistad y apoyo mutuo que en ocasiones continúa más allá del periodo de estancia en el recurso:

Y también yo he salido con una hermana, desde Lagun hasta hoy estamos juntas, todas mis cosas las sabe, ella es mi apoyo, me apoya en todo. Cuando tengo un problema, a la primera persona que llamo es a ella. (Participante 5, Mali)

Diversas autoras (Alter, 2008, Perondi, 2012, Damonti, 2014, y Sastre, 2015), señalan la falta de redes de apoyo como una de las características principales de las mujeres monomarentales en situación o riesgo de pobreza. En ese sentido, es fundamental promover desde los programas y recursos residenciales dinámicas que permitan crear redes de apoyo mutuo entre las propias mujeres.

Acceso a formación y conocimiento de sus derechos

Otro de los aportes que destacan las mujeres es la posibilidad de acceso a cursos de formación durante su estancia en el recurso residencial. En el caso de las mujeres provenientes de África, resaltan la importancia de los cursos de aprendizaje del castellano. En general, las mujeres acceden a formaciones para la empleabilidad en sectores feminizados como hostelería, cuidados, puericultura, etc.; nichos laborales que son la principal, y mayoritariamente única, puerta de entrada al mercado laboral para las mujeres migradas (Oso y Parellas, 2012). Sin embargo, estos trabajos destacan por su precariedad, inestabilidad y poco reconocimiento social, lo que no garantiza la inclusión social de las mujeres.

Por otro lado, al mismo nivel que la formación, las mujeres entrevistadas valoran de manera muy positiva el conocimiento de sus derechos y el acceso a información sobre ellos que han tenido durante su estancia en el recurso:

Me ha hecho consciente de mis derechos; antes de llegar a Lagun no sabía que los tenía. (Participante 15, Senegal)

Ahora me siento más fuerte porque conozco qué es mío, cuáles son mis derechos. (Participante 13, Sáhara)

Más allá de valorar la importancia que tiene para mujeres inmigrantes provenientes de otras culturas estar informadas sobre los derechos que tienen en las sociedades a las que llegan, nos parece fundamental que los programas de atención a mujeres inmigrantes y los agentes profesionales que intervienen no reproduzcan la construcción social extendida sobre la “mujer migrada” (Gregorio Gil, 2012) a partir de sus “carencias”, las cuales deben superar a través de formaciones (Galaz

y Montenegro, 2015). Para estas autoras, esta construcción desde la carencia conlleva el riesgo de “asignar pasividad a quienes se encuentran en una posición de subalternidad y aprovechar esa subalternidad para colocarnos en una posición de superioridad y de relación (ma)paternalista” (Galaz y Montenegro, 2015: 1.673).

Posibilidad de ahorro y acceso a ayudas sociales

Uno de los objetivos del programa es que, durante el tiempo de estancia en el recurso, además de formación las mujeres puedan ir teniendo acceso al mercado laboral y/o a la prestación de ayudas. En la mayoría de los casos, al trabajar en sectores feminizados muy precarizados tienen que completar su salario con prestaciones sociales o directamente al no encontrar trabajo acceder a la renta de garantía de ingresos (RGI). Debido a los requisitos cada vez más exigentes para poder acceder a estas ayudas, en el caso de la RGI, tres años de empadronamiento en el mismo lugar, estar en un recurso residencial les permite ir sorteando las dificultades para poder acceder a estas ayudas, además de poder ir ahorrando dinero para la salida. El acceso a la RGI es en muchas ocasiones la vía para poder salir del recurso:

Gracias a la RGI, me pude alquilar una habitación. (Participante 14, Guinea Ecuatorial)

En el caso de las mujeres extranjeras, hay que tener en cuenta la situación de desprotección que su estatus jurídico conlleva, lo que las expone a una situación de precariedad, inseguridad e indefensión respecto a los poderes públicos (Bedoya, 2000).

5.3.2. Limitaciones del programa y de la red asistencial

En lo que respecta a las limitaciones, las mujeres entrevistadas identifican, por un lado, limitaciones en cuanto al Programa Mujer de Lagun Artea y, por otro lado, señalan barreras encontradas dentro de la red asistencial y los servicios sociales.

Limitaciones del programa

Tres son las principales limitaciones que las mujeres apuntan: (1) una alta demanda permanente, (2) la falta de apoyo psicológico y (3) escaso seguimiento después de la salida del recurso. En cuanto a la duración del programa, varias de las mujeres entienden que el recurso de alojamiento es temporal y que debido a la alta demanda de mujeres solicitantes no pueden alargar tanto como quisieran su estancia. No obstante, sí que sienten que hubieran necesitado más tiempo, sobre todo para conseguir una mayor estabilidad emocional:

No me pareció tiempo suficiente, hubiera estado más tiempo porque no era tiempo todavía... porque las emociones... hay cosas que no... más complicadas cuando tienes hijos [...]. Ellos me

dijeron de salir porque entraba más gente, para darle ayuda a otras mujeres... en su momento me pareció bien, pero... una mujer con un niño de un año... (Participante 12, Nicaragua)

En algunas vivencias de las mujeres se ha podido observar cómo el impacto del abandono del recurso supuso una revictimización en sus recorridos particulares. Las mujeres verbalizan la importancia de trabajar las necesidades emocionales y psicológicas con las que llegan. De hecho, las colocan al mismo nivel de importancia que las necesidades básicas de alojamiento y manutención:

Yo creo que estar bien no es solo tener trabajo o una habitación, es haber podido superar cosas que te han pasado. (Participante 4, Bolivia)

Cuando llegué necesitaba apoyo psicológico, no solo comida y una casa. (Participante 1, Nicaragua)

En concordancia con otros autores (Maya, Martínez y García, 1999: 222), las dificultades y problemáticas que condicionan la experiencia de las mujeres migrantes no son solo a nivel legal, económico o cultural, sino que también manifiestan dificultades a nivel psicológico (estrés adaptativo, procesos psicopatológicos, duelos emocionales, habilidades sociales, etc.), que hacen mella en sus experiencias migratorias y que son, por tanto, problemáticas también de primer orden a trabajar y acompañar desde los programas de intervención social.

Por último, las mujeres subrayan la importancia de poder hacer un seguimiento más continuo después de su salida del recurso. Si bien es cierto que todas las mujeres entrevistadas afirman mantener un vínculo positivo con el equipo educativo de Lagun Artean, debido a la gran demanda que presenta la asociación, las mujeres carecen de un seguimiento sistemático cuando salen de los recursos. Es decir, las intervenciones están diseñadas de manera lineal, con un inicio y un final, sin contar con un trabajo de seguimiento y un trabajo de seguimiento organizado y continuo una vez las mujeres han dejado el programa:

Me hubiera gustado que al salir nos hubiéramos visto un poco más... de la noche a la mañana te quedas sola. (Participante 15, Senegal)

Limitaciones de la red asistencial

Atendiendo a las limitaciones encontradas no solo en la intervención de Lagun Artean, sino en el funcionamiento global de la red asistencial y los servicios sociales, se encuentran principalmente dos: (1) la persistencia de una mirada asistencialista y cortoplacista de la inclusión social y (2) una visión androcéntrica en el diseño y funcionamiento de albergues y recursos residenciales para personas sin hogar.

En primer lugar, la saturación de los servicios sociales tiene una correlación directa con el

predominio de una atención asistencialista frente a modelos de intervención e inclusión más holísticos, que contemplan otras dimensiones como la psicológica, la relacional, la comunitaria o la participación social, entre otras.

Así, muchas de las mujeres salen de los recursos habiendo obtenido un empleo precario en el ámbito de los cuidados y las tareas del hogar y/o con alguna prestación social económica, lo cual no les garantiza una estabilidad personal, social y laboral. Como ellas mismas manifiestan, salen sin haber podido trabajar otros aspectos fundamentales para la inclusión social como el duelo migratorio, las relaciones de género, aspectos emocionales y personales que han quedado dañados (autoestima, seguridad personal, autopercepción corporal, etc.):

Yo no hubiera salido, no me veía preparada para irme sola, pero tenía dinero y tenía que dejar sitio a las que están peor. (Participante 9, Marruecos)

Salir fue muy duro, todavía tenía cosas dentro que me dolían. (Participante 12, Nicaragua)

En ese sentido, poner el foco de la intervención exclusivamente en lo laboral tiene como consecuencia una mirada reduccionista de los procesos de inclusión, corriendo el peligro además de intensificar la catalogación de “mujer inmigrada vulnerable” (Galaz y Guarderas, 2017), ya que los nichos laborales a los que pueden optar las mujeres son nichos precarios e inestables que no les garantizan una efectiva inclusión social, sino que las colocan en una cuerda floja de subsistencia y supervivencia diaria. Por lo tanto, cuando hablamos de inclusión social, no puede ser entendida exclusivamente como inclusión laboral.

Además, tener una mirada de la inclusión más allá del ámbito económico implica abandonar intervenciones homogéneas y normativas para todas las mujeres y apostar por una mirada más individualizada, que atienda las especificidades de las diversas situaciones por las que transitan las mujeres.

En segundo lugar, las mujeres identifican los recursos nocturnos de alojamiento como lugares hostiles e inadecuados, y mucho más para mujeres con hijos e hijas a cargo, debido a la gran cantidad de hombres que suelen ocuparlos y a la escasa intimidad que sienten:

Cuando llegué al albergue solo estábamos una mujer mayor y yo. Pero ella se fue y me quede sola, era la única chica. Me dio miedo dormir ahí la primera noche sola. (Participante 10, Camerún)

En concordancia con los testimonios de las mujeres, varios estudios señalan que los principales motivos por los que las mujeres no utilizan los servicios para personas sin hogar son: la presencia mayoritaria de hombres, la escasa adaptación a las necesidades específicas de las mujeres y el temor de la

victimización (Emakunde, 2016), así como el estigma social que vincula el sinhogarimo con la prostitución (Pleace *et al.*, 2016; Sales, 2016).

La falta de adaptación a las necesidades concretas de las mujeres se manifiesta, por ejemplo, en la falta de plazas para madres con niños y niñas a su cargo:

En el albergue me dijeron que no podían coger mujer con hijos, que no podía dormir ahí. (Participante 5, Mali)

En ese sentido, las mujeres identifican necesidades específicas por ser madres a la hora de diseñar recursos que les garanticen una seguridad a ellas y a sus criaturas:

Las necesidades pueden ser diferentes en el tema de si eres madre. No sabes cómo hacer frente a los miedos que tienes como madre, a no saber cómo hacerlo... (Participante 4, Bolivia)

Por tanto, se torna urgente potenciar la creación de recursos específicos para mujeres con hijos e hijas que, además de asegurarles protección, les ofrezcan un acompañamiento individualizado y una intervención integral.

5.4. Situación actual

Como señalábamos al inicio del artículo, uno de los objetivos que teníamos era poder tener una fotografía de la trayectoria de las mujeres antes, durante y después de pasar por el Programa Mujer de Lagun Artea, centrándonos en dos áreas claves: su situación económico-laboral y el acceso a una vivienda digna, dos áreas que condicionan la vida de las mujeres y las mantiene en la cuerda floja de la exclusión.

5.4.1. Precariedad e inestabilidad económica continua: trabajos intermitentes y “suelo pegajoso”

El Gráfico 2 muestra la actual situación sociolaboral de las mujeres.

Como se puede observar, el sector laboral del hogar y los cuidados es el que predomina entre las mujeres entrevistadas, teniendo que complementar varios trabajos con el cobro de la renta de garantía de ingresos:

Y me siento como una esclava. No tengo tiempo para pensar en mí, no me dejan tiempo. Trabajo en dos casas y cobro la parte complementaria que me corresponde de la RGI. (Participante 12, Nicaragua)

Por otro lado, tres de las mujeres entrevistadas están realizando estudios de carácter no reglado también dentro del ámbito de los cuidados y dos de ellas están percibiendo la RGI como única fuente de ingresos.

Por último, dos de las mujeres entrevistadas perciben la RGI sin estar sujetas a ninguna actividad formativa o laboral. Sin embargo, ambas afirman su intención de encontrar un trabajo que les permita desarrollar una independencia económica suficiente como para dejar de cobrarla:

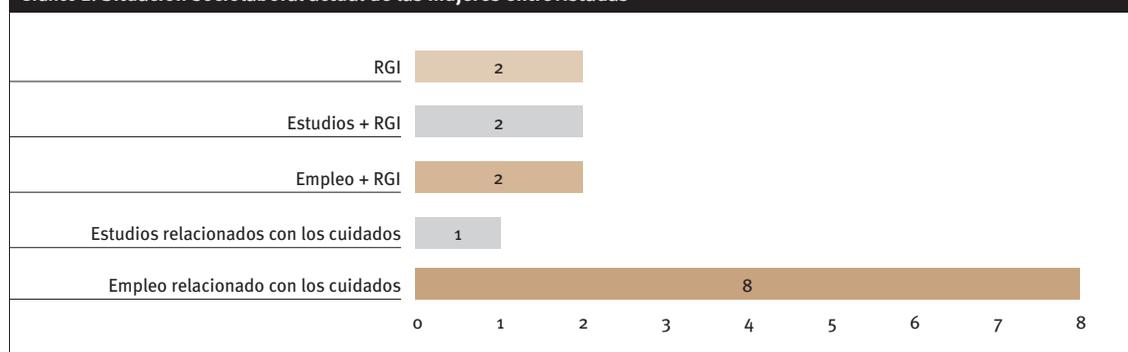
Yo normalmente no pido la RGI, quiero hacer algo en la vida y ganar algo. (Participante 8, Sáhara)

No me gusta cobrar RGI sin hacer nada, sin levantarme de la cama. Quiero trabajar. (Participante 11, Guinea Bissau)

Esto nos lleva a dos reflexiones importantes. En primer lugar, el actual mercado laboral se caracteriza por una marcada estratificación en función del género, el origen y el estatus migratorio en los países receptores de migración. En el caso del sector de los cuidados, además del género, las dimensiones de clase social, etnicidad o grupo nacional se entrecruzan, abocando a las mujeres inmigrantes a una participación laboral mayoritariamente precaria e inestable, que las coloca en los márgenes de la exclusión.

Precisamente en las entrevistas las mujeres resaltan la discontinuidad de sus empleos y la cantidad de estos, pero siempre ligados al sector de los cuidados o a la hostelería; trabajos de pocas horas

Gráfico 2. Situación sociolaboral actual de las mujeres entrevistadas



Fuente: Elaboración propia.

intermitentes con pocas garantías de seguridad ni condiciones adecuadas para obtener residencias permanentes:

Y ahora pues aquí estoy, trabajo y no trabajo, a veces me llaman para ir a trabajar, a veces no me llaman, y así... (Participante 12, Nicaragua)

Tengo trabajo de dos horas haciendo de todo, trabajo cuando me llaman, aprovecho el tiempo al máximo cuando los niños están en el colegio. El trabajo es en una casa, en un domicilio. Estuve trabajando en un hotel, en un restaurante y también en turnos de noche cuidando personas mayores. (Participante 13, Sáhara)

Una segunda reflexión, por tanto, está relacionada con que, a medida que avanzan los años en la sociedad de destino, las mujeres son conscientes de las dificultades para desligarse del circuito del trabajo doméstico y de cuidados. Se crea así un círculo vicioso que dificulta su diversificación y movilidad laboral y las estanca laboral y económicamente. Este fenómeno, denominado “suelo pegajoso”, implica que se vean adheridas a empleos vinculados a la reproducción social devaluados socialmente, lo que las encierra en un enclave laboral migrante caracterizado por salarios reducidos, empeoramiento de las condiciones laborales y dificultades de ascenso sociolaboral (Thayer, 2011).

5.4.2. Dificultades de acceso a una vivienda digna y segura

El acceso a una vivienda digna y estable es una dificultad central que atraviesa todas las narrativas de las mujeres, convirtiéndose en un gran estresor cotidiano que les impide una estabilidad emocional y personal. Las mujeres dan cuenta de su paso por diversidad de viviendas y, especialmente, las mujeres con hijos e hijas pequeñas tienen dificultades añadidas para encontrar una vivienda más estable en el tiempo:

A la gente no le gusta que vivas con niños pequeños... entonces te tienen un mes y tienes que buscarte otro sitio, estás otro mes en otro sitio, otro mes... depende de donde llegues te aguantan 3-4 meses... los niños son niños, se enferman, lloran... entonces es un poco complicado. (Participante 12, Nicaragua)

La gente no quiere vivir con niños, es lo primero que te preguntan cuando llamas. (Participante 1, Nicaragua)

Otra de las dificultades más nombradas es la posibilidad de tener acceso al padrón en los lugares de alquiler. El padrón, vía de acceso a derechos fundamentales como salud, educación, ayudas sociales, etc., sigue sin ser un derecho y muchas personas no permiten el empadronamiento en sus casas o suben el precio de los alquileres de las habitaciones para poderse empadronar:

Me fui al Casco Viejo, allí estuve también como un año viviendo con una chica que conocí en un curso que me mandó Lagun Artean de geriatría. Lo único que no me empadronaron. El dueño de la casa no empadronaba a nadie, y saliendo de Lagun Artean tienes que buscar sí o sí dónde empadronarte. (Participante 12, Nicaragua)

Asimismo, las mujeres dan cuenta de las dificultades que tienen para poder pagar los gastos de mantenimiento de la vivienda (luz, agua) y cómo tienen que subalquilar habitaciones del piso para poder hacer frente a los gastos:

En mi casa, ahora tengo un piso... no me gusta, pero estoy allí por mi niña, para estar con mi niña tengo que demostrar que tengo un sitio. Tengo gente viviendo en mi casa, dos chicos y tengo un subarriendo, pero con los gastos no llego, no puedo pagarlo todo porque te pagan el alquiler, pero comparado con los gastos... Siempre estoy retrasada. (Participante 12, Nicaragua)

En este sentido, las mujeres entrevistadas comparten el gran impacto personal que supone compartir piso con otras familias con las que no existe un vínculo afectivo y de confianza, y cómo en ocasiones se ven expuestas a situaciones de violencia. Es el caso de esta mujer entrevistada, que explica cómo un compañero de piso agredía a su hijo pequeño:

Ese chico le agarraba [a su hijo] de la mano y le metía sus uñas en las manos... le hacía mucho daño, él lloraba, él era pequeño [...] cuando me enteré no hice nada, no podía hacer nada. (Participante 12, Nicaragua)

Por otro lado, el rol de cuidadoras de las mujeres persiste dentro de la casa incluso conviviendo con personas con las que no tienen lazos afectivos ni familiares. Como sostiene Marcela Lagarde (2001), las mujeres arrastran el mandato de género de “ser para los/as demás” ignorando su propio autocuidado, lo que genera un gran impacto a nivel psicológico, emocional y relacional.

Por último, las malas condiciones de las viviendas, así como el hacinamiento, los abusos en los precios de las viviendas y el racismo imperante a la hora de conseguir un alquiler, hacen que tengan una gran movilidad de residencia, lo que no les permite poder desarrollar un proyecto personal y familiar seguro ni estable:

Tuve que cambiarme de piso varias veces porque las condiciones de la casa no eran buenas. (Participante 8, Sáhara).

Estaba en una habitación en la que casi no entraba la cuna de mi hijo, cuando ahorré un poco de dinero me cambié a otra. (Participante 13, Marruecos).

La casera no nos daba agua caliente y me cobraba quinientos euros. Cuando pude me fui. (Participante 12, Nicaragua).

5.5. Continuum de violencias

Este círculo de precariedad y exclusión social en el que las mujeres están inmersas está atravesado por un continuum de violencias que muchas veces se inicia en sus países de origen, continua durante el tránsito a los países de destino y no cesa una vez que llegan, ya que la violencia institucional y racista la viven cotidianamente. Los cuerpos de las mujeres son claramente una herramienta de acceso y cruce de las fronteras durante el tránsito y la violencia sexual se convierte en muchos casos en moneda de cambio para poder cruzar las fronteras y continuar el viaje. En cuanto a la violencia institucional, la Ley de Extranjería condiciona enormemente la situación sociolaboral de las mujeres y las coloca en una situación de vulnerabilidad continua.

Desmenuzar las múltiples violencias que sufren las mujeres daría para otro artículo, pero sí que consideramos esencial visibilizar desde una mirada interseccional (Crenshaw, 1989) las violencias específicas que genera el cruce de diferentes ejes de opresión como el género, la raza, el origen, la clase, la situación administrativa irregular, etc., los cuales son expresión de estructuras sociales machistas, racistas y coloniales (Gandarias y Carranza, 2018). Esto implica que cualquier programa de intervención y acompañamiento tiene que abordar desde una mirada interseccional situaciones de vulnerabilidad y violencias ocultas. El hecho de tener recorridos vitales marcados por la violencia hace que las mujeres lleguen a naturalizarla, percibiéndola como algo prácticamente inevitable. Por eso, uno de los ejes principales de la intervención debe ser el acompañamiento en la reparación emocional, psicológica y comunitaria del continuum de violencias vividas.

6. Conclusiones

El objetivo de este artículo era analizar desde una mirada crítica los itinerarios de incorporación social de mujeres inmigrantes que han pasado por un programa específico de acompañamiento y un recurso residencial para mujeres con menores a cargo; centrándonos en dos áreas específicas: la laboral y el acceso a la vivienda. Desarrollamos a continuación las principales conclusiones.

En primer lugar, los quince itinerarios vitales analizados visibilizan la existencia de múltiples situaciones de exclusión social que no se enmarcan dentro de los parámetros convencionales de lo que se entiende por *sinhogarismo*. Como hemos visto en sus relatos, para no acabar durmiendo en la *intemperie*, a diferencia de sus homólogos los hombres, las mujeres despliegan estrategias relacionales vinculadas al espacio privado que genera un *sinhogarismo* oculto (más vinculado a lo que la tipología *ETHOS* considera vivienda insegura y vivienda inadecuada), más difícil de detectar y por lo tanto de atender. En el caso de las mujeres

inmigrantes, estas estrategias relacionales se tornan más difíciles debido a su situación administrativa irregular, a las escasas redes de vínculos que tienen y a los prejuicios raciales existentes en torno a ellas, situación que se agrava aún más en el caso de mujeres con menores a cargo.

En segundo lugar, los programas específicos para mujeres monomarentales les permiten cubrir las necesidades básicas para ellas y sus hijos/as; suponen un espacio de seguridad y apoyo mutuo importante y son el trampolín para iniciar un itinerario de incorporación sociolaboral a través de cursos de formación y aprendizaje del castellano, conocimiento de sus derechos y acceso a ayudas sociales. No obstante, debido a la saturación y alta demanda de la red asistencial, se trata de programas con una mirada cortoplacista, cuyo foco de intervención se dirige mayoritariamente al ámbito laboral, atendiendo en menor medida otros aspectos fundamentales como la asistencia psicológica, la reparación del duelo migratorio o las múltiples violencias muchas veces normalizadas que arrastran las mujeres.

En tercer lugar, las mujeres inmigrantes se ven atrapadas en un círculo de precariedad y exclusión del que les es muy difícil escapar. Los itinerarios de formación e incorporación sociolaboral refuerzan los nichos laborales precarios, inestables y poco reconocidos socialmente, vinculados al sector de los cuidados y el trabajo del hogar, opciones laborales que no les permiten obtener una estabilidad económica y que las enclaustra laboralmente, lo cual revela una triple discriminación, resultado de la articulación de la clase social, el género y el origen. De la misma manera, las mujeres presentan múltiples dificultades para acceder a una vivienda estable y segura y se ven abocadas a una gran movilidad habitacional, hacinamiento y a la obligatoriedad de compartir vivienda con personas desconocidas, así como situaciones de violencia y racismo para poder acceder a un alquiler.

En síntesis, se torna necesario desarrollar programas específicos para mujeres inmigrantes con hijos e hijas a cargo, que no refuerce ni las aboque a un círculo de precariedad y exclusión continuo. Para ello, necesitamos programas de largo alcance, con una mirada holística e interseccional de la inclusión social más allá del ámbito laboral que aborde aspectos personales, relacionales y psicológicos, así como un acompañamiento comunitario en la reparación de las múltiples violencias que las mujeres sufren, pero también enfrentan. En ese sentido, queremos acabar incidiendo en la importancia de no configurar un perfil homogéneo y unívoco en cuanto a las trayectorias de las mujeres inmigrantes y, a pesar de los obstáculos estructurales, enfatizar su capacidad de agencia y su papel activo a la hora de desarrollar estrategias de subsistencia para ellas y sus familias tanto aquí como en sus países de origen.

Referencias bibliográficas

- ACIN, A. (2016): “¿Cuál es la diferencia entre los sin hogar y los sin techo?”, *El Nacional.Cat*, 17/06/2020, disponible en: <https://www.elnacional.cat/es/barcelona/sin-hogar-sin-techo-diferencia_123654_102.html>.
- AGUSTÍN, L.M. (2005): “Migrants in the mistress’s house: Other voices in the ‘trafficking’ debate”, *Social Politics: International Studies in Gender, State and Society*, vol. 12, n 1, p. 96-117, <<https://doi.org/10.1093/sp/jxio03>>.
- ANTHIAS, F. (1998): “Rethinking social divisions: some notes towards a theoretical framework”, *The Sociological Review*, vol. 46, n 3, p. 505-535, <<https://doi.org/10.1111/1467-954X.00129>>.
- ARRELS FUNDACIÓ (2017): *Mitos y prejuicios acerca de las personas sin hogar*, <<https://www.arrelsfundacio.org/es/prejuicios/>>.
- BAPTISTA, I.; MARLIER, E. (2019): *Fighting Homelessness and Housing Exclusion in Europe: A Study of National Policies*, European Commission, Bruselas.
- BEDOYA, M.H. (2000): “Mujer extranjera: una doble exclusión: Influencia de la Ley de Extranjería sobre las mujeres inmigrantes”, *Papers: revista de sociología*, n 60, p. 241-256, <<http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers/v60no.1041>>.
- BIZITEGI (2018): *Estudio sobre la realidad de las mujeres en situación de exclusión residencial*, <https://www.bizitegi.org/wp-content/uploads/2019/07/Mujeres-situacion-exclusion-residencial_cas.pdf>.
- BRUGUÉ, Q.; GOMÀ, R.; SUBIRATS, J. (2018): “De la pobreza a la exclusión social. Nuevos retos para las políticas públicas”, *Revista Internacional de Sociología*, vol. 60, no 33, p. 7-45, <<https://doi.org/10.3989/ris.2002.i33.728>>.
- CARRASCO, L. (2014): *Mujeres sin hogar en España: un análisis sociográfico desde una perspectiva feminista*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, <https://eprints.ucm.es/26317/1/TFM_MUJERES%20SIN%20HOGAR_LAURA%20CARRASCO.pdf>.
- DAMONTI, P. (2014): “Una mirada de género a la exclusión social”, *Fundación Foessa: VII Informe sobre exclusión social y desarrollo social en Andalucía y España*, p. 1-36, <https://www.foessa2014.es/informe/uploaded/descargas/VII_INFORME.pdf>.
- EDGAR, B. y DOHERTY, J. (2001): *Women and homelessness in Europe: Pathways, services and experiences*, Policy Pr.
- ENDERS-DRAGÄSSER, U. (2001): “Women, exclusion and homelessness in Germany”, *Women and Homelessness in Europe—Pathways, Services and Experiences*, p. 207-18.
- FERNÁNDEZ-RASINES, P. y GÁMEZ-RAMOS, T. (2013): “La invisibilidad de las mujeres sin hogar en España”, *Revista de Psicología*, vol. 22, n 2, p. 42-52, <<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2014.30852>>.
- FUNDACIÓN ATENEA (2018): *Los procesos de inclusión social desde la perspectiva de género: Mujeres y exclusión residencial. Más allá del sinhogarismo*, <<http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2019/06/Informe-Exclusi%C3%B3n-Residencial-de-las-mujeres.pdf>>.
- FOESSA. F. (2014): *VII Informe sobre exclusión social y desarrollo social en España*, Madrid, Cáritas/Fundación Foessa, <https://www.foessa2014.es/informe/uploaded/descargas/VII_INFORME.pdf>.
- (2019): *VIII Informe Foessa sobre Exclusión y Desarrollo Social en España*, Madrid, Cáritas/Fundación

- Foessa, <<https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/sites/16/2019/05/Informe-FOESSA-2019-completo.pdf>>.
- GALAZ V.C. y GUARDERAS A.P. (2017): “La intervención psicosocial y la construcción de las ‘mujeres víctimas’. Una aproximación desde las experiencias de Quito (Ecuador) y Santiago (Chile)”, *Revista de Estudios Sociales*, n 59, p. 68-82, <<https://dx.doi.org/10.7440/res59.2017.06>>.
- GALAZ, C. y MONTENEGRO, M. (2015): “Gubernamentalidad y relaciones de inclusión/exclusión: los dispositivos de intervención social dirigidos a mujeres inmigradas en España”, *Universitas Psychologica*, 14 (5), p. 1.667-1.679, <<https://doi.org/10.11144/javeriana.up14-5.grie>>.
- GANDARIAS, I. y CARRANZA, C. (2018): “Fronteras, violencias y cuerpos de mujeres en resistencia. Tiempos de feminismos: debates para la acción” *Viento sur: Por una izquierda alternativa*, n 161, p. 89-94.
- GREGORIO GIL, C. (2012): “Tensiones conceptuales en la relación entre género y migraciones. Reflexiones desde la etnografía y la crítica feminista”, *Papers*, 97 (3), p. 569-590.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2012): Encuesta a las personas sin hogar. Características sociodemográficas, <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176817&menu=ultiDatos&dp=1254735976608>.
- ÍÑIGUEZ RUEDA, L. (1999): “Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales”, *Atención Primaria*, 23, 8, 496-502.
- LAGARDE, M. (2001): *Claves feministas para la negociación en el amor*, Puntos de encuentro.
- LAGUN ARTEAN (2018): Memoria general de datos, <<http://www.lagun-artean.org/wp-content/uploads/2019/05/Memoria-general-2018-Versi%C3%B3n-cast.pdf>>.
- MAYA JARIEGO, I.; MARTÍNEZ GARCÍA, M.F. y GARCÍA RAMÍREZ, M. (1999): “Cadenas migratorias y redes de apoyo social de las mujeres peruanas en Sevilla”, *Demófilo*, 29, p. 87-106.
- MATULIČ, M.V.; PASCUAL, A.M. y ZUERAS, I. (2020): “Sinhogarismo femenino: una aproximación a la intersección entre género, edad y procesos migratorios”, *Research on Ageing and Social Policy*, vol. 8, n 1, p. 57-85, <<http://dx.doi.org/10.4471/rasp.2020.4724>>.
- MATULIČ, M.V.; DE VICENTE, I.; BOIXADÓS, A. y CAIS, J. (2019): “Las mujeres sin hogar: realidades ocultas de la exclusión residencial”, *Trabajo social global-Global Social Work: Revista de investigaciones en intervención social*, vol. 9, n. 16, p. 49-68, <<https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v9i16.8198>>.
- MARTINS, A. (2010): “Gender and homelessness: Homeless women in Lisbon”, *Homeless in Europe*, vol. 6, p. 6-9.
- MAYOCK, P. y SHERIDAN, S. (2012): “Women’s ‘Journeys’ to Homelessness: Key Findings from a Biographical Study of Homeless Women in Ireland”, *Women and Homelessness in Ireland*, Research Paper 1, School of Social Work and Social Policy and Children’s Research Centre, Trinity College Dublin.
- MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL (2015-2020): Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar, Madrid, <<https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/docs/EstrategiaPSH20152020.pdf>>.
- OLABUÉNAGA, J.I.R. (2012): *Metodología de la investigación cualitativa*, Universidad de Deusto.
- OSO, L. (2003): *Estrategias migratorias de las mujeres ecuatorianas y colombianas en situación irregular: servicio doméstico y prostitución en Galicia, Madrid y Pamplona*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, p. 5-7.
- (2005): “Mulleres inmigrantes e prostitución en Galicia”, *Cadernos de psicoloxía*, vol. 1, n 1, p. 24-35.
- OSO, L. y PARELLA, S. (2012): “Inmigración género y Mercado de trabajo: una panorámica de la investigación sobre la inserción Laboral de las mujeres inmigrantes en España”, *Cuadernos de relaciones laborales*, vol. 30, n 1, p. 11.
- PARELLA, S. y SAMPER, S. (2008): “Las estrategias de conciliación del ámbito laboral y familiar de las mujeres de origen inmigrante”, *La inmigración en la sociedad española: Una radiografía multidisciplinar*, Ediciones Bellaterra, p. 587-606.
- PERONDI, A.C. (2012): *Familias formadas por una sola persona adulta con hijo (s) y/o hija (s) a su cargo: diagnóstico y propuestas*, Madrid, Centro de Estudios Económicos Tomillo (CEET).
- PLEACE, N. (2016): “Exclusion by definition: The under-representation of women in European homelessness statistics”, en *Women’s homelessness in Europe*, Palgrave Macmillan, p. 105-126.
- SALES, A. (2016): “Sinhogarismo y exclusión social. De la asistencia a la prevención”, *RTS: Revista de treball social*, n 209, p. 9-25.
- SALES, A.; GUIJARRO, L. (2017): “Dones sense llar: la invisibilització de l’exclusió residencial femenina”, *Revista Barcelona Societat*, vol. 21, p. 81-89, <<https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v9i16.8198>>.
- TAYLOR, S. J. y BOGDAN, R. (1992): “La observación participante y la entrevista a profundidad”, *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona, Paidós, p. 108-111.
- THAYER, E. (2011): “Trabajo y género: la condición social de inmigrante como referente para la definición de la identidad”, *Mujeres inmigrantes en Chile ¿mano de obra o trabajadoras con derechos?*, p. 75-108.

Nosotras sufrimos, vosotras sufrís y ellas sufren más violencias: las usuarias de los Centros Mujer de la Comunidad Valenciana

Gabriela Moriana Mateo

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universitat de València
gabriela.moriana@uv.es

Artikulu honen xedea Valentziako Erkidegoko Emakumeen Zentroetan artatutako emakumeek dituzten arazoak, ezaugarri soziodemografikoak eta artatutako emakumeen zenbatekoa aztertzea da. Horretarako, zentro horietan azken hamabi urtetako memoriari datu estatistikoak aztertu dira. Emaitzei dagokienez, erabiltzaileen proportzio handienak bikotekideen edo bikotekide ohien indarkeria jasan duela esan behar da —fisikoa zein psikikoa, hurrenez hurren, psikikoa eta, askoz ere proportzio txikiagoan, sexual—. Migratzaileen gehiegizko adierazpideak ageri arren, gehienak espainiarrak dira eta seme-alaben ardua eta diru-sarrera apalagoak dituzte, hau da, lanbide arteko gutxieneko soldatetik azpiko ordainsariak jasotzen dituzte edo mendekotasun ekonomikoa dute; kasu batzuetan emakumeak babesteko zentroetan instituzionalizatu izan dira. Azken batean, lan honen ondorio nagusietako bat da pobrezia eta gizarte-bazterketak baldintzatuta, ezin dutela genero-indarkeriatik ihes egin.

GAKO-HITZAK:

Emakumeen aurkako indarkeria, Centro Mujer, pobrezia, gizarte-bazterketa, babes-zentroak.

El objetivo de este artículo es analizar la problemática, características sociodemográficas y número de mujeres atendidas en los Centros Mujer de la Comunidad Valenciana. Para ello se han analizado los datos estadísticos de las memorias de los mencionados centros durante los últimos doce años. Respecto a los resultados, cabe señalar que la mayor proporción de usuarias ha sufrido violencia —tanto física como psíquica, seguida de psíquica y, en mucha menor proporción, sexual— por parte de sus parejas o exparejas. Aunque las migrantes están sobrerrepresentadas, mayoritariamente se trata de españolas, tienen hijas o hijos a cargo e ingresos económicos inferiores al salario mínimo interprofesional o son dependientes económicamente, por lo que en algunos casos tienen que ser institucionalizadas en los centros de protección de mujeres. Así, una de las principales conclusiones de este trabajo es que la pobreza y la exclusión social impiden a las mujeres escapar de la violencia de género.

PALABRAS CLAVE:

Violencia contra las mujeres, Centro Mujer, pobreza, exclusión social, centros de protección.

1. Introducción

El objetivo de este artículo es analizar la problemática y características sociodemográficas de las mujeres atendidas en los Centros Mujer 24 Horas (en adelante CM24H) y Centros Mujer (en adelante CM) de la Comunidad Valenciana. Se trata de un recurso público de servicios sociales específicos, aunque de gestión privada, cuya finalidad es atender a las mujeres que sufren malos tratos físicos, psíquicos y sexuales (agresiones sexuales, abusos sexuales y acoso sexual en el ámbito laboral). Asimismo, se pretende analizar la evolución del número de mujeres atendidas, llamadas recibidas y usuarias derivadas de los CM24H y CM a los centros de protección, como indicadores relacionados con el objetivo “La Atención y recuperación integral de las mujeres víctimas de violencia de género y a sus hijos e hijas”, del Pacte Valencià contra la Violència de Gènere i Masclista (2017).

Los CM24H y los CM realizan atención directa y telefónica en el ámbito social, psicológico y jurídico. En el servicio de atención directa informan sobre los derechos y recursos existentes para las mujeres que sufren violencia, proporcionan ayuda profesional para paliar y/o superar las consecuencias del maltrato a través de la intervención psicosocial individual y grupal, y acompañan y derivan a distintos recursos judiciales, sanitarios, formativos, laborales o de servicios sociales generales y específicos, como los centros residenciales, llamados centros de protección, casas de acogida o refugios.

Desde 1996, los CM24H han prestado su servicio en las tres provincias de la Comunidad Valenciana: Alicante, Castellón y Valencia, las 24 horas del día, los 365 días del año. A partir de 2008 se puso en funcionamiento el Centro Mujer de Denia (con horario de lunes a viernes de 08,00 a 22,00 horas); a ellos se han sumado en 2018 el CM de Torreveja, con el mismo horario, y en 2019 los CM de Segorbe, Sant Mateu, Elda y Yátova (con horario de lunes a sábado de 09,00 a 21,00 horas).

Los centros de protección son recursos residenciales destinados a acoger a las mujeres y sus hijas o hijos durante un periodo de tiempo determinado. Siguiendo la clasificación de la Administración Pública autonómica, existen dos tipos de redes de centros de servicios sociales residenciales específicos: por una parte, para las mujeres víctimas de violencia de género y, por otra, para mujeres en riesgo de exclusión social.

Así, de acuerdo con la Ley 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana, los centros de servicios sociales residenciales especializados para las mujeres víctimas de violencia de género se clasifican en: centros de emergencias, cuyo tiempo de estancia debe ser corto, no superior a 15-30 días, salvo excepciones muy concretas; centros de recuperación integral, donde se proporciona

un tratamiento profesional integral y se facilitan los medios adecuados que permitan a las mujeres una vida independiente, en los que la duración de la estancia es de seis meses, prorrogable por un periodo similar, según la situación sociofamiliar y emocional de las mujeres acogidas y viviendas tuteladas, que proporcionan también un acogimiento de carácter temporal, con el objetivo de que las mujeres se puedan integrar con autonomía suficiente en su entorno, la duración de la estancia es de, aproximadamente, un año.

Por su parte, los centros de servicios sociales específicos para las mujeres en situación de riesgo o exclusión social se configuran como un servicio social especializado y de carácter asistencial, de protección y de promoción, cuya finalidad es acoger a mujeres solas o acompañadas de sus hijas o hijos menores y con el objeto de prestarles una atención integral, facilitándoles los medios básicos que les ayuden a su reintegración social.

Siguiendo la web del Institut de les Dones de la Generalitat Valenciana¹, el acceso de las mujeres a los centros de violencia es siempre mediante la valoración de los profesionales de la red de Centros Mujer 24 Horas, que formalizan sus propuestas a la Dirección General de Familia y Mujer y a las direcciones territoriales correspondientes. El ingreso de las mujeres a los centros de exclusión social se realiza a través de las unidades de la mujer de las direcciones territoriales de la Conselleria de Alicante, Castellón y Valencia, a propuesta del personal técnico de servicios sociales. Sin embargo, como se puede comprobar en las memorias de los CM24H y CM, también desde ellos se han realizado ingresos en los centros residenciales destinados a la exclusión social.

Finalmente, los CM24H prestan atención telefónica, tanto en el teléfono autonómico (900580888), como en el servicio de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género (016), que le fue derivado desde la Administración central en el año 2010. La atención telefónica se realiza por un equipo multidisciplinar las 24 horas del día los 365 días del año, garantizando el anonimato de este medio.

Es necesario señalar que tanto los CM24H y CM como prácticamente todos los centros residenciales de la Comunidad Valenciana son de gestión privada, algunos de ellos de las mismas organizaciones religiosas que colaboraron con el régimen franquista para educar a las mujeres en la moral cristiana. Y, aunque el Pacte Valencia contra la Violencia de Gènere i Masclista (2017) se comprometió a iniciar el proceso de reversión a la titularidad pública de todos los recursos asistenciales y de intervención para víctimas, no se ha hecho nada al respecto, y ello serviría para repensar la anacrónica institucionalización de las mujeres.

¹ <http://www.inclusio.gva.es/va/web/mujer>.

2. Marco conceptual y metodológico

Con el objetivo de partir de un marco común de interpretación y análisis, se van a exponer las principales definiciones normativas de violencia contra las mujeres. Así, a nivel internacional, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1994), entiende por violencia contra las mujeres todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

Esta declaración, aunque sin limitarse a ellos, abarca los siguientes tipos de violencia contra las mujeres:

- La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para las mujeres, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación.
- La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, que incluye la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada.
- La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, donde quiera que ocurra.

A los efectos del Convenio de Estambul, por violencia contra las mujeres se deberá entender una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, y designará todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad en la vida pública o privada. Asimismo, por violencia contra las mujeres por razones de género se entenderá toda violencia contra las mujeres por el hecho de serlo o que afecte a las mujeres de manera desproporcionada.

Por su parte, la Ley Orgánica, del 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (2004), aunque de enunciado amplio, porque dice tener por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, ciñe la definición de violencia de género a: “la que se ejerce contra las mujeres por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados

a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”. Así, la violencia de género a que se refiere esta ley comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluida las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

Finalmente, la Ley Integral contra la Violencia sobre la Mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana (2012), inspirada en el Convenio de Estambul, considera, en particular y sin carácter excluyente, que la violencia sobre la mujer se enmarca dentro de las siguientes manifestaciones: violencia física, psíquica, sexual, económica, mutilación genital femenina u otras prácticas tradicionales y/o culturales nocivas o perjudiciales para las mujeres y niñas y, finalmente, la trata de mujeres y niñas, en cualquier ámbito social. Así, hay que destacar que dicha ley hace referencia la violencia económica, que comprende toda aquella limitación, privación no justificada legalmente o discriminación en la disposición de sus bienes, recursos patrimoniales o derechos económicos, en el ámbito de convivencia de la pareja o en los casos de ruptura de la relación.

La metodología utilizada para realizar esta investigación ha sido de índole cuantitativa. Se han recopilado las memorias anuales de los CM24H y CM entre los años 2007 (que aporta alguna información del año 2006) y 2018, que la Administración autonómica ha hecho públicas en su web y se han analizado los datos estadísticos. Este periodo temporal permite conocer la cantidad de usuarias atendidas por primera vez tanto en el servicio de atención directa como telefónica, como la problemática, características sociodemográficas y su evolución.

3. Resultados

3.1. Servicio de atención directa

3.1.1. Usuaris y problemática

En primer lugar, en los últimos doce años, es decir, entre 2006 y 2018, han acudido al servicio de atención directa de los CM24H y CM de la Comunidad Valenciana, por primera vez un total de 21.527 mujeres, lo que supone una media anual de 2.159, con una tendencia al aumento en los últimos años respecto a los primeros (a esto hay que sumar una media anual de más de 2.000 mujeres a las que siguen atendiendo o representan casos retomadas de años anteriores).

En segundo lugar, y en cuanto a los tipos de violencia que sufren las mujeres que acuden al servicio, cabe señalar que los CM24H y los CM utilizan una tipología que no contempla la posibilidad de violencia física solamente. Este criterio es defendido por distintas/os autoras/es, que consideran que las mujeres maltratadas físicamente también lo son psíquicamente, pues todas las personas nos sentimos

humilladas si nos maltratan (Dutton y Golant, 1995, citados en Fontanil *et al.*, 2004). Por ello, clasifican los malos tratos, por una parte, en físicos y psíquicos, por otra, en psíquicos y, finalmente, en sexuales. Así, entre los años 2007 y 2018, el principal tipo de maltrato que dicen haber sufrido tanto las usuarias mayores como menores de edad es la violencia física y psíquica, seguida de la psíquica y, en mucha menor proporción, sexual (Tabla 1).

Tabla 1. Tipos de malos tratos sufridos por las mujeres que acuden por primera vez a los centros de mujer entre los años 2007-2018

Año	Físicos y psíquicos		Psíquicos		Sexuales	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
2007	1.262	66,0	548	28,7	101	5,3
2008	1.527	67,8	632	28,2	89	3,9
2009	1.379	64,9	641	30,2	105	4,9
2010	1.423	65,8	652	30,1	88	4,0
2011	1.474	68,2	608	28,1	79	3,7
2012	1.350	67,2	595	29,6	63	3,1
2013	1.393	65,9	641	30,3	80	3,8
2014	1.480	67,7	630	28,8	77	3,5
2015	1.468	68,0	618	28,6	72	3,4
2016	1.371	66,7	595	29,0	89	4,3
2017	1.463	67,4	623	28,7	85	3,6
2018	1.570	65,6	669	27,9	156	6,5

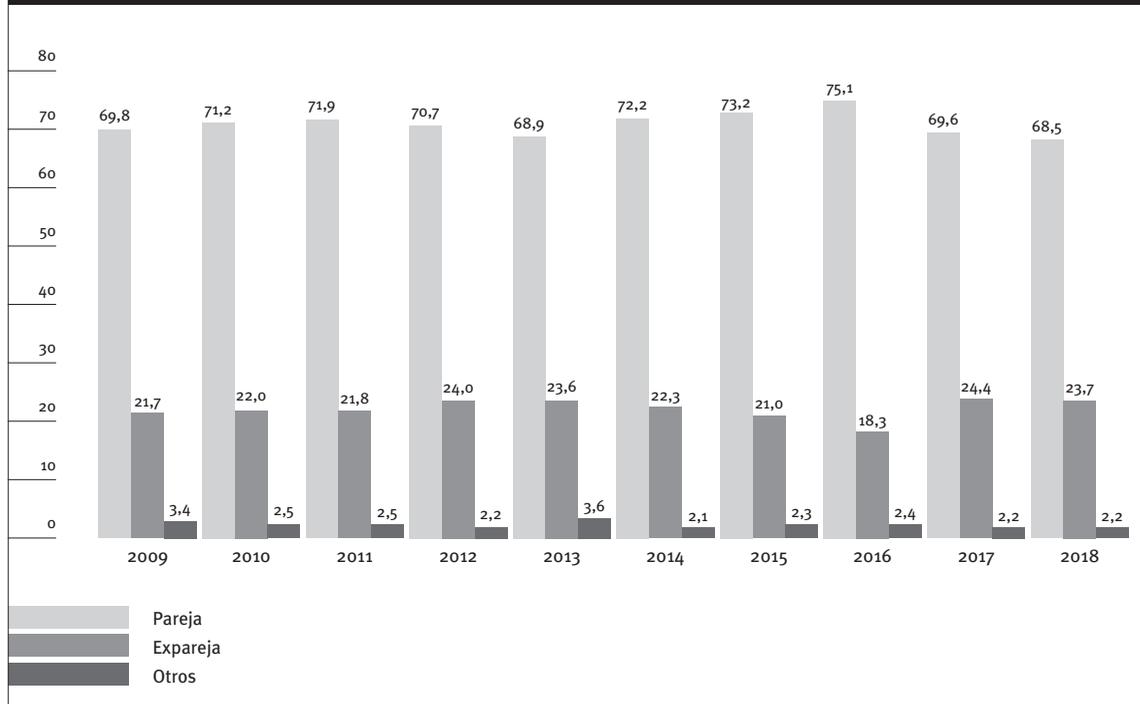
Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de los CM24H y CM.

Respecto a la violencia sexual (que a su vez diferencia entre agresión sexual, abuso sexual y acoso sexual en el ámbito laboral), las usuarias informan haber sufrido (sin este dato en la memoria de 2008), sobre todo, agresiones sexuales, seguidas de abusos sexuales y, en menor proporción, acoso sexual en el ámbito laboral. A partir del año 2016 las memorias también informan de casos de trata de mujeres; así, entre 2016 y 2018, han atendido por este tipo de violencia un total de 20 mujeres y en 2018 un caso de matrimonio forzoso.

En tercer lugar, respecto a la relación de las mujeres atendidas con las personas que las maltratan, las memorias de los años 2007 y 2008 solo proporcionan los datos de los principales agresores, sin especificar. A partir de 2009, proporcionan esta información por separado, por una parte, de los malos tratos físicos y psíquicos y, por otra, de los psíquicos; curiosamente, no facilitan estos datos de la violencia sexual. Así, entre 2009 y 2018, la relación de las mujeres, mayores y menores de edad, tanto con los agresores de los malos tratos físicos y psíquicos, como solamente de los psíquicos, es sobre todo, de las parejas, seguidas de las exparejas, y, en muchísima menor medida, de algún miembro de la familia: hijo, padre, hermano, familiar y otros (Gráfico 1).

En cuarto lugar, las denuncias interpuestas por las usuarias del servicio muestran una tendencia clara de aumento entre los años 2006 y 2018. De hecho, durante los primeros años no llegaban a denunciar ni la mitad de las mujeres atendidas en el servicio y en los últimos lo hacen más del 64 %.

Gráfico 1. Relación de los agresores con las mujeres que acuden por primera vez a los centros de mujer entre los años 2007 y 2018 (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de los CM24H y CM.

En quinto lugar, las memorias de los primeros años dejan constancia de las mujeres que acuden por primera vez que tienen o no concedida orden de protección. Sin embargo, a partir de 2016 cambian el ítem “no tienen” por “denegadas”, “se desconoce” o “no procede”. A pesar de ello, con los datos de las mujeres que sí tienen orden de protección sabemos que, al igual que las denuncias, la tendencia entre los años 2007 y 2018 es de claro aumento. Así, en los primeros años analizados les había sido concedida a poco más del 20 % de las mujeres y en los últimos a casi la mitad (47,7 %).

3.1.2. Características sociodemográficas de las usuarias

En primer lugar, y en relación con la edad, entre los años 2007 y 2018 han acudido a los CM24H y CM usuarias de todas las edades. Sin embargo, el intervalo de edad más importante durante todo el periodo es el de las mujeres de entre 31 a 40 años (Tabla 2).

En segundo lugar, respecto a la procedencia de las usuarias del servicio, entre los años 2007 y 2018 la tendencia ha sido la disminución de las mujeres extranjeras, ya que en los primeros años constituían más del 30 % del total y, aunque, en 2018 su número ha aumentado (28 %), los cuatro años anteriores, entre 2014 y 2017 no pasaban del 25 % (Tabla 3).

Respecto al lugar concreto de procedencia de las mujeres extranjeras, se trata principalmente de mujeres europeas, a las que siguen latinoamericanas, africanas y, en último lugar, asiáticas. Entre 2009 y 2012 la mayoría de las no autóctonas eran mujeres latinoamericanas, una cifra que desciende entre los años 2012 y 2017, volviendo a aumentar en 2018. Así, son las europeas, (como señalan las memorias, especialmente, las rumanas), las que a partir de 2013 representan la mayoría de las extranjeras, aunque van en aumento las mujeres africanas (sobre todo marroquíes) y asiáticas (Tabla 4).

Tabla 2. Edad de las mujeres usuarias de los centros de mujer entre los años 2007 y 2018

Año	- de 18		18-25		26-30		31-40		41-50		51-60		61-70		+de 70	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2007	37	5,2	318	16,6	355	18,6	659	34,5	350	18,3	122	6,4	99	5,2	11	0,6
2008	33	1,5	397	17,7	422	18,8	762	33,9	427	19,0	130	5,8	56	2,5	130	5,8
2009	40	1,9	365	17,2	359	16,9	735	34,6	427	20,1	133	6,2	54	2,5	12	0,6
2010	38	1,8	369	17,1	360	16,6	757	35,0	428	19,8	141	6,5	55	2,5	15	0,7
2011	24	1,1	368	17,0	327	15,1	756	35,0	460	21,3	163	7,5	49	2,3	14	0,6
2012	39	1,9	312	15,6	310	15,5	697	34,7	426	21,2	149	7,4	59	2,9	16	0,8
2013	51	2,4	324	15,3	301	14,2	705	33,3	500	23,7	153	7,2	71	3,4	9	0,4
2014	71	3,2	301	13,8	276	12,6	771	35,3	516	23,6	182	8,3	47	2,1	23	1,1
2015	66	3,1	365	16,9	251	11,6	755	35,0	478	22,2	166	7,7	50	2,3	27	1,3
2016	79	3,8	343	16,7	259	12,6	646	31,4	497	24,2	169	8,2	43	2,1	19	0,9
2017	65	3,0	370	17	291	13,4	717	33,0	467	21,5	182	8,4	56	2,6	20	0,9
2018	69	2,9	411	17,2	299	12,5	759	31,7	585	24,4	205	8,6	51	2,1	16	0,7

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de los CM24H y CM.

Tabla 3. Procedencia territorial de las mujeres que acuden a los centros de mujer entre los años 2007 y 2018

Año	Españolas		Extranjeras	
	N	%	N	%
2007	1.284	67,2	627	32,8
2008	1.459	64,9	789	35,1
2009	1.467	69,0	658	31,0
2010	1.451	67,1	712	32,9
2011	1.525	70,6	636	29,4
2012	1.437	71,6	571	28,4
2013	1.564	74,0	550	26,0
2014	1.679	76,8	508	23,2
2015	1.617	74,9	541	25,1
2016	1.522	74,1	533	25,9
2017	1.621	74,7	550	25,3
2018	1.716	71,6	679	28,4

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de los CM24H y CM.

Tabla 4. Lugar de procedencia de las mujeres extranjeras que acuden por primera vez a los centros de mujer entre los años 2009 y 2018

Año	América Latina		Europa		África		Asia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2009	322	49,0	229	34,8	104	15,8	3	0,5
2010	309	43,4	267	37,5	130	18,3	6	0,8
2011	290	45,6	238	37,4	96	15,1	6	1,9
2012	242	42,4	207	36,2	110	19,3	11	1,9
2013	221	40,2	226	41,1	91	16,5	11	2,0
2014	177	34,8	224	44,1	98	19,3	9	1,8
2015	172	31,8	240	44,4	118	21,8	11	2,0
2016	168	31,5	238	44,7	110	20,6	17	3,2
2017	174	31,6	250	45,5	108	19,6	18	3,3
2018	238	35,1	279	41,1	137	20,2	24	3,5

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de los CM24H.

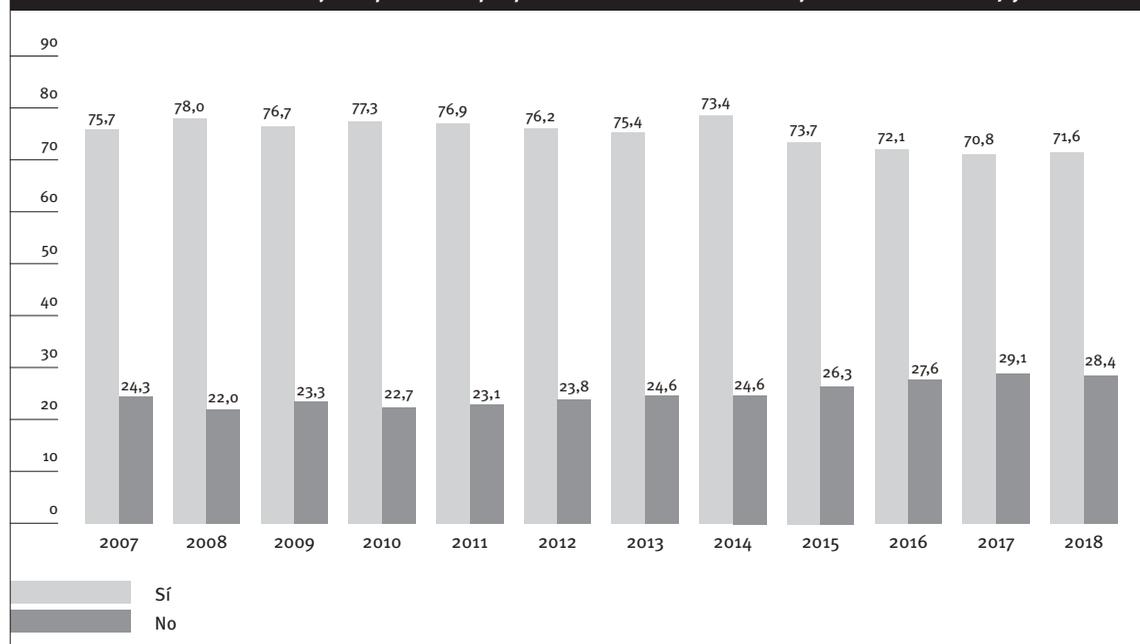
En tercer lugar, entre los años 2007 y 2018, una minoría de mujeres atendidas en el servicio que oscila entre el 2,9 % y el 5,7 % del total anual tiene algún tipo de diversidad funcional.

En cuarto lugar, cabe señalar que la inmensa mayoría usuarias de los CM24H y CM tienen descendencia, aunque con una tendencia a la disminución durante el periodo analizado (Gráfico 2).

Pero, además, la cantidad de hijas/os se mantiene estable: más del 40 % de las mujeres tienen uno/a, del 36 % al 41 %, dos, y entre el 18 % y el 22 %, tres, por lo que alrededor del 60 % de las usuarias del servicio tiene dos o más hijas/os.

En quinto lugar, aunque el nivel de estudios de las mujeres que han acudido al servicio por primera vez ha aumentado considerablemente entre los años 2007 y 2018, casi la mitad no tiene estudios o solo tiene estudios primarios (Tabla 5).

En sexto lugar, y en cuanto a la procedencia de los ingresos económicos, en el periodo temporal analizado, la inmensa mayoría de las mujeres atendidas en los CM24H o CM son dependientes económicamente, porque o bien no tienen ingresos o bien cobran prestaciones y pensiones. Respecto a las mujeres que tienen trabajo remunerado, aunque la tendencia es al aumento, todavía no se ha vuelto a alcanzar el nivel anterior a la crisis económica de 2008 (Gráfico 3).

Gráfico 2. Descendencia de las mujeres que acuden por primera vez a los centros de mujer entre los años 2007 y 2018

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de los CM24H y CM.

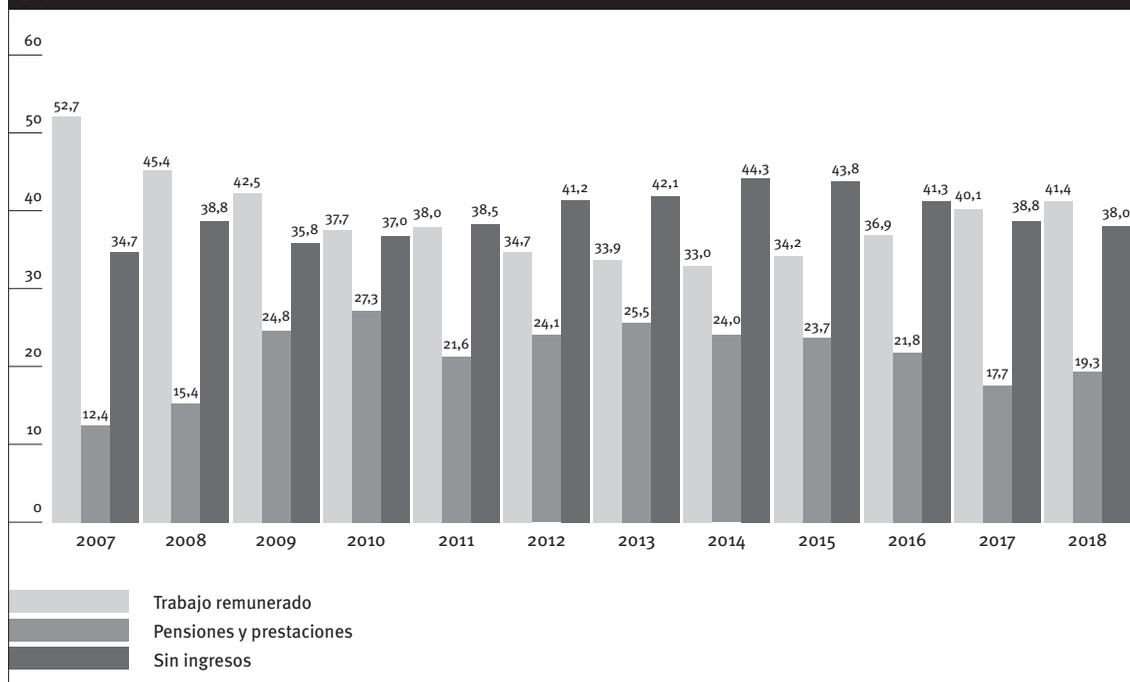
Tabla 5. Nivel de estudios de las mujeres que acuden por primera vez a los CM24H entre los años 2007 y 2018

Año	Sin estudios		Primaria		Secundaria		Universitaria		No consta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2007	136	7,1	842	44,1	577	30,2	254	13,3	101	5,3
2008*	134	6	890	39,6	557	33,7	265	11,8	198	8,8
2009	116	5,4	794	37,3	749	35,4	268	12,6	198	9,3
2010	11	5,1	815	37,7	764	35,2	262	12,3	207	9,6
2011	119	5,5	872	40,3	775	35,8	279	12,8	116	5,4
2012	122	6,1	794	39,6	731	36,3	249	12,4	112	5,6
2013	114	5,4	820	38,8	588	37,3	279	13,2	113	5,3
2014	135	6,2	807	36,9	863	39,4	275	12,6	106	4,8
2015	125	5,8	766	36,8	872	40,4	323	14,5	85	3,9
2016	132	6,4	723	35,2	751	36,5	364	17,7	85	4,1
2017	118	5,4	697	32,1	897	41,3	367	16,9	92	4,2
2018	97	4,1	753	31,4	985	41,1	436	18,2	124	5,2

* Hay un error en las memorias, pues la suma de los absolutos no cuadra con el número de mujeres atendidas ese año.

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de los CM24H y CM.

Gráfico 3. Ingresos económicos de las mujeres atendidas por primera vez en los centros de mujer entre los años 2007 y 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de los CM24H y CM.

En séptimo lugar, entre los años 2009 y 2018 tenemos información de la cantidad de ingresos económicos. Sin embargo, las memorias algunos años contabilizan los ingresos económicos de las mujeres que los tienen por separado de las que no tienen, y otros años a las que no tienen ingresos económicos las incluyen en menos del salario mínimo interprofesional (SMI). De esta forma,

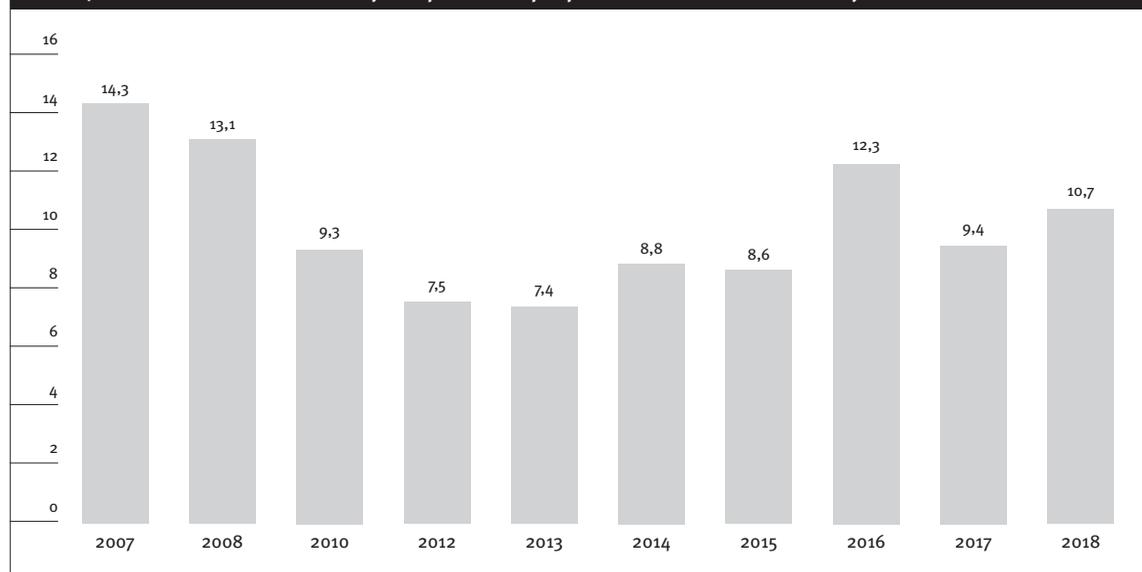
restando a las mujeres que no tienen ingresos (casi el 40%), las que sí los tienen constituyen alrededor del 60%, de los que poco menos del 30% son iguales o inferiores al SMI y poco más del 30% superiores, por lo que el 70% de mujeres que acuden a los CM24H y CM o bien no tienen ingresos o estos son iguales o inferiores al SMI (Tabla 6).

Tabla 6. Cantidad de los ingresos económicos de las mujeres que acuden por primera vez a los centros de mujer entre los años 2009 y 2018

Año	Menos del SMI		SMI		Entre SMI y 900		Entre 901 y 1.200		Más de 1.200		No consta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2009	417	19,6	191	9	306	14,4	251	11,8	171	8,0	29	1,4
2010	549	25,4	70	3,2	348	16,1	227	10,5	141	6,5	28	1,3
2011	569	26,3	56	2,6	331	15,3	217	10	135	6,2	21	1
2012	532	45	35	3	256	21,7	200	16,9	131	11,1	27	2,3
2013	619	50,5	52	4,2	234	19,1	163	13,3	143	11,7	14	1,1
2014	656	53,9	37	3	208	17,1	167	13,7	118	9,7	32	2,6
2015	639	52,7	34	2,8	212	17,5	183	15,1	144	11,9	1	0,1
2016	616	51	31	2,6	239	19,8	175	14,5	144	11,9	2	0,2
2017	614	28,3	40	1,8	287	13,2	216	9,9	170	7,8	1	0
2018	640	25,1	51	5,4	254	11,5	256	11,3	206	6,8	36	1,4

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de los CM24H y CM.

Gráfico 4. Institucionalización de las mujeres que acuden por primera vez a los centros de mujer



Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de los CM24H y CM.

Finalmente, entre un 7,4 % y un 14,3 % del total de las mujeres que acuden por primera vez al servicio entre los 2007 y 2018 (sin estos datos en las memorias de 2009 y 2011) han sido institucionalizadas en distintos centros residenciales de servicios sociales (Gráfico 4).

Las memorias entre los años 2016 y 2018 diferencian también entre ingresos a centros de servicios sociales específicos de violencia (entre el 82 % y 87 %) y de exclusión (entre el 14,4 % y el 19,4 %) y en 2018 también de menores (1,9 %) del total de institucionalizaciones.

3.2. Servicio de atención telefónica

En primer lugar, el servicio de atención telefónica autonómico gratuito, ha recibido entre 2006 y 2018 un total de 449.901 llamadas, una media anual de 34.607, mensual de 2.883 y diaria de 96, con una

tendencia al aumento en los últimos años respecto a los primeros y, especialmente, en 2018.

En segundo lugar y en relación a las personas que realizan las llamadas al teléfono autonómico, entre los años 2009 y 2018, son las propias mujeres (entre el 64 % y el 73 %), seguidas de las profesionales (entre el 15,5 % y 19,6 %) y otras personas: familia, amistades (14,9 % y 20,6 %), con una tendencia, en el último año, a la disminución de las llamadas de las propias mujeres que sufren los malos tratos y de las profesionales, así como un aumento de las llamadas de otros.

En tercer lugar, y en cuanto a la problemática atendida en el teléfono de atención telefónica autonómico, más de la mitad de las mujeres que llaman dicen sufrir malos tratos físicos y psíquicos

(entre un 50 % y un 60 %), poco menos de la mitad psíquicos (entre un 36,6 % y un 47 %) y una muy pequeña proporción sexuales (1,9 % y 3,6 %) y, de estos, sobre todo agresiones sexuales, seguidas de abuso sexual y, finalmente, acoso sexual.

Por último, con referencia al servicio telefónico de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género (016) que se atiende en los CM24H de la Comunidad Valenciana, entre 2010 y 2018 se han realizado una media anual de 4.948 llamadas, lo que supone una media mensual de 412 y 14 diarias.

Con relación a las personas que llaman al servicio telefónico 016, las memorias solo facilitan esa información desde el año 2010 hasta el 2016. Durante ese periodo temporal, los datos indican que son también las propias interesadas las que realizan más del 75 % del total, seguidas de familiares (entre el 10 % y el 13 %) y, finalmente, otros sin especificar (entre el 7,6 % y el 12,4 %).

4. Discusión

Entre 2007 y 2018, el principal maltrato que dicen haber sufrido las mujeres (mayores y menores de edad), que han acudido o llamado al servicio, es la violencia física y psíquica, seguida de la psíquica y, en mucha menor proporción, la sexual. En este sentido, es necesario tener en cuenta que este tipo de malos tratos quizá esté supeditado a bajas tasas de revelación, ya que muchas mujeres no reconocen la violencia sexual ejercida por sus parejas o exparejas (Moriana, 2015b), o, como señala Ruiz (2016) en su estudio sobre adolescentes, la mayoría de las jóvenes maltratadas sufren violencia sexual camuflada por falso consentimiento.

En este sentido, la relación de las mujeres, tanto menores como mayores de edad, con los agresores de los malos tratos físicos y psíquicos, o solo psíquicos (porque, como se ha señalado, de los sexuales las memorias no proporcionan esta información), son, sobre todo, las parejas, seguida de las exparejas. Así, aunque en muchísima menor medida algunas mujeres han sufrido también otros tipos de violencia, la inmensísima mayoría de mujeres que acude a los CM24H y CM lo hace por violencia de género de acuerdo con la ley estatal; es decir, han sido maltratadas por los hombres con los que tienen o han tenido una relación sentimental, por lo que, a la luz de estos datos, sigue siendo absolutamente pertinente y adecuada una ley específica contra la violencia hacia las mujeres por parte de sus parejas o exparejas.

El número de denuncias ha aumentado durante el periodo de tiempo analizado. Como señala Juliano (2004), este dato supone que las mujeres cada vez son más conscientes de sus derechos. Siguiendo el Boletín Estadístico Anual de la Delegación del Gobierno (2017), el número de denuncias por causa

de violencia de género también ha aumentado en la Comunidad Valenciana entre los años 2007 y 2017. Asimismo, han aumentado las órdenes de protección concedidas a las usuarias de los CM24H y CM en el periodo analizado, a diferencia de las del resto de mujeres de la Comunidad Valenciana (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2017).

Las memorias de los CM24H y CM son una muestra clara que la violencia afecta a las mujeres de todas las edades, como ya han señalado distintas autoras y autores (Cantera, 1999; Lorente, 2001; Gil, 2007; Valls *et al.*, 2007; Igareda y Bodelón, 2014; Moriana, 2017).

Por otra parte, la mayoría de las usuarias del servicio son españolas, aunque, en relación con su peso demográfico, las extranjeras están sobrerrepresentadas, prácticamente en la misma proporción que sus denuncias por violencia de género, tanto en la Comunidad Valenciana como en el Estado español, donde, como indican los datos estadísticos del Consejo General del Poder Judicial, son superiores al 30 % del total, aunque ellas representan alrededor del 10 % de la población.

La inmensa mayoría de las usuarias de los CM24H y CM tienen cargas familiares. Como se ha señalado en otros estudios (Melgar, 2009; Moriana, 2015b), las hijas/os a cargo suponen una importante barrera que impide o dificulta a las mujeres escapar de la violencia de género por diferentes motivos; por una parte, por la creencia de las madres de que existe la necesidad del padre; por otra, por la dificultad que para las mujeres solas supone compaginar el trabajo de cuidados o reproductivo con el productivo (Moriana, 2015a). Como señala el informe AROPE (2019), tener hijos/as es un importante factor de riesgo de pobreza y/o exclusión: todos los hogares en los que viven niños, niñas y adolescentes tienen tasas más altas de pobreza que aquellos donde hay personas adultas solamente. Así, dentro de ellos, subrayan especialmente la situación de los hogares monoparentales.

Alrededor de un 40 % de las mujeres atendidas en los CM24H y CM no tienen ingresos económicos y los de casi el 30 % son iguales o inferiores al salario mínimo interprofesional. El estudio de la Fundación Adecco (2018), sobre las mujeres víctimas de la violencia de género señala que un 81 % se encuentra desempleada o trabaja en la economía sumergida, el 65 % no tiene trabajo, mientras que un 16 % admite desempeñar algún tipo de ocupación pero sin contrato, en condiciones de absoluta desprotección. Por lo que subrayan que: “el desempleo y los trabajos realizados en la economía sumergida conducen a más de 8 de cada 10 mujeres víctimas a la exclusión social y a la pobreza, propiciando que su situación se perpetúe en el tiempo” (Fundación Adecco, 2018: 11).

Efectivamente, siguiendo el Informe AROPE (2019) la gran mayoría de usuarias del servicio CM24H

y CM son pobres, ya que el umbral del riesgo de pobreza lo marcan unos ingresos de 8.871 euros anuales en hogares de una persona y de 18.629 euros para hogares de dos personas adultas y dos menores. Como se ha señalado en distintos estudios, la carencia de recursos económicos es otra de las barreras que impide o dificulta a las mujeres que sufren violencia escapar de ella (Moriana, 2015a).

Algunas de las usuarias del servicio son derivadas o institucionalizadas en los centros de servicios sociales residenciales (tanto a los destinados a violencia como a la exclusión social) junto con su descendencia, porque, además de pobres, algunas están en procesos más o menos largos y más o menos rígidos de exclusión social. Siguiendo a Tezanos (2004: 12): “La exclusión social se define en sentido negativo, en términos de aquello de lo que se carece”. Así, las mujeres ingresan en los centros residenciales por carecer, entre otros, de redes sociales y familiares que las puedan acoger, vivienda e ingresos económicos.

Como se ha señalado en algunas investigaciones (Moriana, 2014 y 2017), en las instituciones residenciales las mujeres tienen que seguir normas y horarios rígidos y convivir con otras compañeras en situaciones igual de difíciles y complicadas que ellas. Pero además, aunque la normativa dice que en centros les pueden facilitar los medios adecuados que les permitan una vida independiente para poderse integrar con autonomía suficiente en su entorno, lo que realmente hace su institucionalización es desubicarlas de su entorno solas con su descendencia, al que más pronto que tarde tendrán que volver, porque su estancia en los recursos residenciales es corta y en todos los casos finita.

Por ello, sería muchísimo más efectivo y económico (dado el importante costo de la institucionalización) protegerlas y realizar el acompañamiento desde la dependencia hasta su autonomía desde el entorno comunitario, y, si alguien tiene que salir de este, que sea el agresor. Ya es hora de centrar el control en los maltratadores, que son los que han cometido el delito, y no en las mujeres que han sufrido el maltrato. Los centros residenciales han sido y son instrumentos de control de las mujeres y de su descendencia, que desde la Edad Media hasta la actualidad perviven y evolucionan adaptándose al discurso del poder sobre la protección de las mujeres y, como he señalado en distintas ocasiones (Moriana, 2014, 2017), donde las mujeres no quieren vivir.

Desde el enfoque interseccional, cuando las situaciones de violencia contra las mujeres se relacionan con otros ejes de desigualdad (clase, etnia o proceso migratorio, diversidad funcional), emerge una encrucijada de violencia de la que las mujeres sin recursos no pueden escapar, porque la violencia las aboca a importantes procesos de exclusión y la exclusión social, a su vez, les impide escapar de la violencia (Moriana, 2014). En este mismo sentido

Adecco (2019), señala que la salida del ciclo de la violencia es imposible cuando las mujeres no tienen independencia económica, además de que muchas se empobrecen precisamente por sufrir dicha violencia.

5. Conclusiones

Durante el periodo analizado, la cantidad de mujeres atendidas (nuevos casos anuales, de años anteriores y retomados) y llamadas realizadas (tanto al teléfono autonómico como al 016) en los CM24H y CM, indican tanto el gran problema que la violencia supone para muchas mujeres, como su difícil solución.

Una de las más importantes contribuciones de este trabajo es desvelar que, aunque la violencia contra las mujeres afecta a todas las mujeres, la mayoría de las atendidas en los CM24H y CM tienen cargas familiares, son migrantes, con diversidad funcional, pobres o en procesos de exclusión social. Es decir, al eje de desigualdad de género se suman otros importantes ejes de desigualdad que convierten a las mujeres es especialmente vulnerables a la violencia. Por ello, aunque la violencia afecta a todas las mujeres, no lo hace a todas de la misma manera y con la misma brutalidad, o por lo menos no para todas es tan difícil escapar de ella.

Así, es necesario que desde todos los ámbitos culturales y educativos se trabaje en la erradicación de los estereotipos, roles de género y división sexual del trabajo, que convierten a las mujeres en dependientes económicamente. Pero, además, la Administración Pública tiene que dotar a las mujeres de los recursos legales y materiales adecuados que necesiten para que puedan escapar de la violencia. Porque las mujeres que sufren violencia tienen derecho a unos ingresos económicos suficientes, y no unas prestaciones sociales como la renta activa de inserción (RAI) o la renta valenciana de inclusión, cuyo importe en ningún caso es suficiente para poder tener una vida digna e independiente. Pero también tienen derecho a residir en casas normalizadas donde ellas decidan y la Administración Pública debe concederles viviendas sociales como se han comprometido en los planes, leyes de igualdad y contra la violencia y el Pacte Valencià contra la Violència de Gènere i Masclista (2017) y no institucionalizarlas por el hecho de no tener recursos.

De hecho, en este Pacte Valencià, la Administración Pública se compromete a: “garantizar una sociedad segura y libre de violencia de género y machista”, y a “garantizar la alternativa residencial a las mujeres víctimas de violencia de género y en situación de exclusión social para desarrollar una vida libre e independiente”, señalando como necesarias, entre otras, la ampliación de la red de viviendas destinadas a las víctimas de la violencia de género y el establecimiento de convenios con promotores de vivienda para alquileres sociales, con el fin de “garantizar una vida independiente mediante

políticas de redistribución de la riqueza, como los ingresos mínimos, y políticas de inserción sociolaboral a las mujeres víctimas de violencia de género”.

Porque si la Administración Pública no les presta a las mujeres que sufren violencia de género la ayuda

adecuada y suficiente, les impide escapar de ella, por lo que además de graves incumplimientos, podemos hablar de victimización secundaria o de violencia institucional, en el sentido de violencia permitida o tolerada por el Estado, de acuerdo con la Declaración de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres de la ONU.

Bibliografía referenciada

- CANTERA, L. (1999): *Te pego porque te quiero. La violencia en la pareja*, Barcelona, Publicaciones Universitat Autònoma Barcelona.
- CENTRO MUJER 24 HORAS (2009-2018): Informe anual de los Centro Mujer 24 Horas Valencia, Castellón y Alicante y Centro Mujer Denia y Torreveja.
- CENTRO MUJER 24 HORAS (2007 y 2008): Memoria anual del Centro Mujer 24 Horas.
- CONSEJO DE EUROPA (2014): “Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 137, 6 de junio, <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2014/BOE-A-2014-5947-consolidado.pdf>>.
- CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL: Datos estadísticos, <<http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Datos-estadisticos/La-violencia-sobre-la-mujer-en-la-estadistica-judicial>>.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO (2017): *Boletín Estadístico Anual. Año 2017*, <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinAnual/docs/B_E_Anuar_2017_1.pdf>.
- JULIANO, D. (2004): *Excluidas y marginadas*, Madrid, Cátedra.
- FONTANIL, Y.; EZAMA, E.; FERNÁNDEZ, R. (2004): “Generación y regeneración de la violencia contra las mujeres”, *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, volumen 4, nº 1, p. 37-52.
- FUNDACIÓN ADECCO (2018): *6º Informe un empleo contra la violencia*, <<https://fundacionadecco.org/wp-content/uploads/2019/03/informe-empleo-contra-la-violencia.pdf>>.
- GENERALITAT VALENCIANA (2012): “Ley 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 297, 11 de diciembre, <<https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2012/11/23/7/con>>.
- (2017): *Pacte Valencià contra la Violència de Gènere i Masclista*, Valencia, Generalitat Valenciana, <https://www.sumatalpacte.com/wp-content/uploads/2017/09/Pacte-Valencia_cast-1.pdf>.
- GIL, J.M. (2007): *Los diferentes rostros de la violencia de género*, Madrid, Dykinson.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2004): “Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género”, *Boletín Oficial del Estado*, nº 313, 28 de enero, <<https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>>.
- LORENTE, M. (2001): *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer: realidades y mitos*, Barcelona, Editorial Ares y Mares.
- LLANO, J.C. (2019): *El Estado de la Pobreza, 9º Informe AROPE. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2008-2018. Resumen ejecutivo*, Madrid, Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2019_Resumen_Ejecutivo.pdf>.
- MELGAR, P. (2009): “Trenquem el silenci: superación de las relaciones afectivas y sexuales abusivas por parte de las mujeres víctimas de violencia de género” [tesis doctoral], Universitat de Barcelona, <<https://www.tdx.cat/handle/10803/2937/>>.

- MORIANA MATEO, G. (2014): “Entre la exclusión y la violencia. Las mujeres institucionalizadas en los centros de protección de mujeres de la Comunidad Valenciana” [tesis doctoral], Universitat de València, <<http://gabriellamoriana.es/wp-content/uploads/2017/02/Entre-la-exclusi%C3%B3n-y-la-violencia.-Las-mujeres-institucionalizadas-en-los-centros-de-protecci%C3%B3n-de-mujeres-de-la-Comunidad-Valenciana.pdf>>.
- (2015a): “Barreras para escapar de la violencia de género: la mirada de las profesionales de los centros de protección de mujeres”, *Cuadernos de Trabajo Social*, nº 28-1, p. 93-102, <https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2015.v28.n1.44401>.
- (2015b): “La violencia en las historias de vida de las mujeres institucionalizadas en los centros de protección de la Comunidad Valenciana”, *Cuestiones de Género: de la Igualdad y la Diferencia*, nº 10, p. 355-375, <<https://doi.org/10.18002/cg.voi10.1567>>.
- (2017): “Cuando la protección es control. Las viviendas tuteladas de la Comunidad Valenciana desde el punto de vista de sus usuarias”, *TS Nova*, nº 14, p. 39-50, <http://cotsvalencia.com/wp-content/uploads/2018/05/TSnova_n14.pdf#page=39>.
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (1994): “Declaración de la Eliminación de violencia contra las mujeres. Asamblea General 48/104”, <<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>>.
- RUIZ RESTREPO, C. (2016): *Voces tras los datos. Una mirada cualitativa a la violencia de género en adolescentes*, Instituto Andaluz de la Mujer.
- TEZANOS, J.F. (2004): *Tendencias en desigualdad y exclusión social*, Madrid, Sistemas.
- VALLS, R.; OLIVER, E.; SÁNCHEZ AROCA, M.; RUIZ EUGENIO, L.; MELGAR ALCATUD, P. (2007): “¿Violencia de género también en las universidades? Investigaciones al respecto”, *Revista de Investigación Educativa*, vol. 25, nº 1, p. 219-231, <<https://revistas.um.es/rie/article/view/96771/92951>>.

Envejecimiento activo, objetivos y principios: retos para el trabajo social

Ana Belén Cuesta Ruiz-Clavijo

Departamento de Derecho y Trabajo Social, Universidad de La Rioja
ana-belen.cuesta@unirioja.es

Biztanleriaren zahartzea erronka da gizartearentzat, baina baita aldibereko aukera ere, bai heterogeneoa den biztanleria-talde horren premia sozialei erantzuteko, bai sozialki ekarpenak egiten dituzten faktore positiboak txertatzeko. Artikulu honek bi helburu ditu. Lehenengoa, gizarte-lanaren eta zahartze aktiboaren arteko loturan sakontzean datza. Horretarako, zahartze aktiboaren eta gizarte-lanaren determinatzaileak eta printzipioak hartzen dira erreferentziatzat, baita eskuartze-mailak eta kolektibo profesional horrek betetzen dituen funtzioak ere; horretaz gain, espazio komunak eta bereizleak behatzen dira. Bigarrena, aurreko azterketatik ondorioztatua, gizarte-laneko profesionalek zahartze aktiboa sustatzea ahalbidetzen dutenez, erronka profesionalak azaltzean datza.

GAKO-HITZAK:

Gizarte-lana, zahartze aktiboa, adineko pertsonak, printzipioak, mailak, funtzioak.

El envejecimiento de la población constituye un reto para la sociedad y al mismo tiempo una oportunidad, tanto para responder a las necesidades sociales de este grupo de población tan heterogéneo como para incorporar los factores positivos que aportan socialmente. Este artículo tiene una doble finalidad. La primera consiste en ahondar en la vinculación existente entre trabajo social y envejecimiento activo. Para ello se toman como referencia los determinantes y principios del envejecimiento activo y del trabajo social; los niveles de intervención y las funciones desempeñadas por este colectivo profesional, y se observan los espacios comunes y diferenciadores. La segunda consiste en exponer los retos profesionales que devienen del análisis anterior y permiten promover el envejecimiento activo por parte de los profesionales del trabajo social.

PALABRAS CLAVE:

Trabajo social, envejecimiento activo, personas mayores, principios, niveles, funciones.

1. Introducción

El reto demográfico del envejecimiento de la población es un elemento recurrente en los textos de políticas sociales. Su percepción como oportunidad para la sociedad en general y para las personas mayores en particular, se reitera en la bibliografía que vincula envejecimiento activo y trabajo social, objeto de estudio de nuestro trabajo (Ludi, 2012; Min, 2013; Cordero del Castillo, 2012; Barbosa, Fernández y Rodríguez, 2015; Bellido, 2013; Marshall y Altpeter, 2005; Fernández-García y De León, 2013; Amy, 2014; De la Villa, 2017; Salmerón, 2012; Tiernes, 2011; Foster y Walker, 2015; Marsillas, 2016). Los autores coinciden al describir una sociedad con una tasa alta de envejecimiento, una longeva esperanza de vida y la tasa de natalidad más baja de la historia. Por todo ello, plantean la necesidad de incorporar el paradigma positivo de envejecimiento e integrarlo en las diversas políticas sociales.

Otra idea que aparece en los discursos se relaciona con la heterogeneidad de las personas mayores (Marsillas, 2016; Cordero del Castillo, 2012; São José, Timonen, Amado y Santos, 2017; Ludi, 2012; Bellido, 2013; Nieto, 2014; Foster y Boxall, 2015; Bosch, Gómez y Ferrer, 2009). Exponen los autores la exigencia de superar una visión uniforme y homogénea de este grupo de población y reconocerlos como una suma de personas diversas, quienes presentan situaciones variadas que requieren respuestas individualizadas. La heterogeneidad, la diversidad y las necesidades diferenciadas son cuestiones que impregnan los discursos que vinculan el envejecimiento activo y el trabajo social. Por todo ello es necesario que las acciones dirigidas a la promoción del envejecimiento activo sean diferenciadoras e individualizadas superando el concepto de “one size fits all”, que propone las mismas estrategias de envejecimiento para toda la población mayor (São José *et al.*, 2017).

En el trabajo que nos ocupa, partimos, en primer lugar, del concepto de envejecimiento activo que recoge la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002 y su vinculación con la disciplina del trabajo social. Posteriormente analizamos los determinantes del envejecimiento activo con los objetivos del trabajo social y observamos cómo estos se entrelazan. A continuación, abordamos los principios que inspiran el envejecimiento activo y los del trabajo social tomando en consideración principalmente el código deontológico (FITS, 2018). Avanzamos en dicho análisis y consideramos los diferentes niveles de intervención individual, grupal y comunitaria en los que se desarrollan prácticas de envejecimiento activo desde el trabajo social y las funciones profesionales que tratan de promover el envejecimiento activo.

Una segunda parte del artículo recoge diversos retos para los profesionales que realizan intervenciones sociales con la finalidad de promover un envejecimiento activo.

2. Objetivos

Los objetivos de este artículo son los siguientes:

1. Abordar la vinculación entre la disciplina del trabajo social y el envejecimiento activo.
2. Presentar retos profesionales que respondan a las necesidades/oportunidades derivadas del envejecimiento de la población.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- a. Relacionar los determinantes del envejecimiento activo con los objetivos del trabajo social.
- b. Comparar los principios del envejecimiento activo con los de la disciplina de trabajo social.
- c. Analizar los niveles de intervención en los que se desarrollan prácticas de envejecimiento activo desde el trabajo social.
- d. Abordar las funciones profesionales de esta disciplina para promover el envejecimiento activo.

3. Metodología

La metodología empleada en esta investigación se basa en un análisis bibliográfico acerca del envejecimiento activo y trabajo social. La búsqueda se realiza en la base de datos Ebsco Discovery (EDS). Los criterios son referencias que vinculen trabajo social y envejecimiento activo posteriores al año 2000 y limitadas a Europa. Esta búsqueda se realiza en julio 2018. La mayoría de ellas son artículos, aunque también se pueden encontrar actas de congresos y trabajos de fin de grado. Se realiza también la búsqueda de tesis en la base de datos de Teseo; si bien es cierto que existen veinticuatro tesis que tienen en su título “envejecimiento activo”, encontramos fuera de dicha base de datos una que aborda directamente ambas cuestiones (Ahmed, 2013).

Agrupamos los textos revisados atendiendo a sus contenidos principales. A continuación, se exponen los principales hallazgos relacionados con la vinculación existente entre ambos elementos, teniendo en cuenta los objetivos, principios, niveles de intervención, funciones de los profesionales del trabajo social y el concepto del envejecimiento activo.

¹ “One size fits all” se puede traducir como “talla única”.

4. Entrelazando el trabajo social y el envejecimiento activo

El envejecimiento activo es definido por la OMS como:

El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen [...] es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad, y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. (OMS, 2002: 79)

Este concepto presenta un objetivo más amplio que otros elementos como envejecimiento saludable, productivo y exitoso, que son parciales y reduccionistas, ya que enfocan a una o varias dimensiones como la funcional, la laboral o la participativa y ponen el punto de mira en el individuo como único responsable de su proceso de envejecimiento. El envejecimiento activo tiene un enfoque amplio que incluye una dimensión microsocio, relacionada con la situación personal y la autoresponsabilidad de cada persona, y una perspectiva macrosocio vinculada con responsabilidad pública de implementar las políticas adecuadas que permitan generar oportunidades de envejecimiento activo para las personas mayores (Zamarrón, 2013).

El trabajo social es una ciencia que busca mejorar de la calidad de vida de todas las personas y promover sus potencialidades de manera multidimensional. En esta línea, es una profesión que abandera principios como la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad (FITS, 2014). Es decir, el trabajo social se define por su función de defensa de los derechos humanos de todas las personas y, en el caso que nos ocupa, de las personas mayores.

En el análisis bibliográfico se aprecia esta vinculación explícita entre ambas cuestiones. Muestra de ello son unos objetivos acordes con las dimensiones del concepto de envejecimiento activo, unos principios inspiradores coherentes y en muchos casos compartidos, e incluso una metodología de acción propuesta con factores comunes. En esta línea, varios autores apuntan al trabajo social como una disciplina clave para la promoción de un envejecimiento óptimo (De León, Lévy, Fernández, Ballesteros, 2015; Min, 2013; Ludí, 2012; Barbosa *et al.*, 2015; Fernández-García y De León, 2013; Amy, 2014; Ahmed, 2013; Tiernes, 2011; Martín, 2012; García, 2012).

Podemos entender que el trabajo social considera las necesidades derivadas del proceso de envejecimiento de la persona e interrelaciona diferentes perspectivas de ellas. Así, aspectos

como autonomía, salud, vivienda, personal, o relaciones familiares y sociales, entre otros, son tenidos en cuenta por los profesionales del trabajo social en sus intervenciones profesionales. Esta dimensión holística es una fortaleza para acometer programas de promoción del envejecimiento activo que requieren un enfoque integrador y multidimensional. Este concepto (OMS, 2002) es un elemento integral, conformado por factores sociales, personales, económicos, de sanidad y servicios sociales, conductuales, de género y culturales. Esta idea refuerza la hipótesis de que los profesionales de trabajo social tienen un perfil profesional adecuado para el diseño y desarrollo de programas e iniciativas que promuevan el envejecimiento activo. Posteriormente abordaremos cómo las dimensiones y los determinantes del envejecimiento activo se reflejan en objetivos profesionales.

Los autores justifican el perfil profesional del trabajo social para promover acciones de envejecimiento activo de forma eficaz. En esta línea podemos afirmar, en palabras de Min, que:

Social workers equipped with many abilities and resources can provide older adults at risk with the opportunities for participation and activities. This way, older adults can be protected from any ill-consequences of the economic crisis and health inequalities. Therefore, social workers with necessary training and abilities are perfectly positioned to make a difference for older adults at risk. It is a great time that social workers in Spain step up and lead their efforts to become a critical link for the vulnerable seniors.² (Min, 2013: 85)

Así, la atención a la vulnerabilidad es un elemento que se reitera en la bibliografía; los autores manifiestan la preocupación por estos colectivos en los que a la edad se añaden otros criterios de vulnerabilidad, como pueden ser situaciones de exclusión social, de dependencia, o de soledad no deseada, entre otras. Ponen en valor la necesidad de que estos profesionales trabajen en la promoción de la inclusión social y faciliten el acceso y la participación de las personas mayores en los diversos espacios, como pueden ser los sociales, educativos y culturales (Min, 2013; Ludí, 2012; Nieto, 2014).

Los derechos fundamentales recogidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948) han de ser barrera infranqueable en las intervenciones sociales. Esto se ha de trasladar a los

² “Trabajadores sociales equipados con muchas habilidades y recursos pueden proporcionar a los adultos mayores en riesgo oportunidades de participación y actividades. De esta manera, los adultos mayores pueden ser protegidos de las consecuencias negativas de la crisis económica y las desigualdades de salud. Por lo tanto, los trabajadores sociales con la capacitación y las habilidades necesarias están perfectamente posicionados para marcar una diferencia para los adultos mayores en riesgo. Es un buen momento para que los trabajadores sociales en España intensifiquen y lideren sus esfuerzos para convertirse en un enlace crítico para las personas mayores vulnerables” (traducción de la autora).

objetivos, principios y funciones de los profesionales del trabajo social en su práctica profesional. Esta conexión con los derechos humanos se recoge en diversos documentos, como la Declaración Global de Principios Éticos de Trabajo Social (2018), el Código Deontológico del Trabajo Social (2012) y el Estatuto de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social (2001), que posicionan a este profesional como agente social de cambio y garante de los derechos de las personas.

4.1. Determinantes del envejecimiento activo y objetivos del trabajo social

Para profundizar en la relación existente entre trabajo social y envejecimiento activo nos vamos a centrar en diferentes dimensiones. La primera de ellas hace referencia a los factores determinantes del envejecimiento activo (Imsero; 2001). Para ello relacionamos estos con los objetivos de intervención de los profesionales de Trabajo Social con las personas mayores. Vamos a considerar cada uno de los determinantes como grandes ejes en torno a los cuales se agrupan las metas profesionales.

Son varios los autores que ponen la mirada en estas relaciones, entre los determinantes del envejecimiento activo y los objetivos del trabajo social. Así se refleja en el análisis bibliográfico. Aparecen objetivos tan relevantes como mejorar la calidad de vida, promover la dignidad y autonomía, y favorecer la integración social y la participación de las personas mayores (Barbosa *et al.*, 2015; Foster y Boxall, 2015; Marsillas, 2016; Amy, 2014;

Salmerón, 2012). Señalan que las intervenciones profesionales del trabajo social han de atender las necesidades de diferente naturaleza que conlleva el proceso de envejecimiento, como salud, actividad, independencia y participación, superando un concepto de intervención relacionado únicamente con ocio y tiempo libre.

4.1.1. Factores sociales

En primer lugar, contamos con los factores sociales. Estos tienen un gran peso para los profesionales del trabajo social, como se refleja en la bibliografía consultada, que está integrado por variables como educación, alfabetización, derechos humanos, apoyo social, prevención de la violencia y el abuso (Imsero, 2001).

La atención a las personas mayores se ha abordado con frecuencia, atendiendo a la especial protección en base a la vulnerabilidad de estos, derivada de déficits y limitaciones. Sin embargo, autores como Ludi, (2012), De la Villa, (2017) o Salmerón (2012) establecen como objetivo promover una perspectiva de derechos diferenciada de la de tutela, en la que se ponga el acento en la garantía de derechos. En esta línea la Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y Buen Trato 2018-2021 recoge una línea de actuación relativa a la no discriminación, igualdad de oportunidades, atención a situaciones de fragilidad y vulnerabilidad. Así Ludí (2012) establece que los profesionales del trabajo social han de trabajar promoviendo los derechos de las personas frente a un proteccionismo de los diversos sistemas.

Figura 1. Determinantes del envejecimiento activo



Fuente: Imsero (2001).

Este planteamiento implica el reconocimiento a la persona mayor como sujeto de derechos y no solo de protección derivada de la inferioridad de condiciones. Por ende, esto implica considerar las oportunidades y fortalezas y no solo los déficits y limitaciones, así como repensar a la persona mayor como agente activo y productivo social y emocionalmente.

Este paradigma de la persona mayor como agente participativo y activo se refleja en aquellas que desarrollan acciones de voluntariado, que atienden a otras personas en situación de dependencia, sean personas mayores o no, que colaboran en acciones intergeneracionales, que desempeñan labores de cuidado que posibilitan la conciliación laboral y familiar; constituyen realidades en muchos casos ignoradas e invisibilizadas que es preciso dimensionar y poner en valor para contribuir a eliminar los estereotipos negativos existentes en torno a las personas de edad avanzada y reforzar al mismo tiempo el paradigma positivo del envejecimiento.

Un segundo objetivo que ubicamos en factores sociales a pesar de que excede la dimensión social y de servicios sociales está relacionado con promover la inclusión social. Se concreta en enunciados como, por ejemplo, impulsar programas de no exclusión social (Barbosa *et al.*, 2015; Ludi, 2012). La inclusión social entendida como la plena participación de la persona en las estructuras participativas y de poder constituye un aspecto clave a ser considerado. Por ello, desde el punto de vista de los autores, los profesionales del trabajo social han de orientar sus esfuerzos a que las personas mayores participen, decidan e intervengan en las diferentes estructuras sociales, y no solo aquellas dirigidas exclusivamente a las personas mayores, que en muchos casos las aíslan y refuerzan el edadismo social.

Mejorar las relaciones familiares y sociales de las personas mayores es otro de los objetivos de los profesionales del trabajo social que está relacionado con el apoyo social. Así, Ludi (2012) y De León *et al.* (2015) proponen explícitamente que los profesionales del trabajo social establezcan objetivos relacionados con la mejora relacional desde un nivel familiar y social. Esto influye directamente en la prevención de la soledad no deseada, ya que cuanto más sólida y estable es la red familiar y social de una persona mayor, menor es la soledad percibida por ella. Iniciativas como Siempre Acompañados, impulsada por Fundación la Caixa, promueven la intervención social con personas mayores que sienten soledad no buscada con el objetivo de reducir esta y favorecer el establecimiento de relaciones familiares y sociales satisfactorias.

Por último, relacionado con la cultura y alfabetización, diversos autores señalan la importancia de promover el aprendizaje a lo largo de la vida y destacan el carácter preventivo del desarrollo de acciones formativas (Cordero del

Castillo, 2012; Salmerón, 2012; De León *et al.*, 2015; Aparicio, 2013). Al abordar los recursos sociales para promover el envejecimiento activo anotan los cursos formativos, de alfabetización, las universidades para mayores y los programas de estimulación cognitiva como espacios a desarrollar por parte de los profesionales del trabajo social en la promoción del envejecimiento activo (De León *et al.*, 2015).

4.1.2. Sanidad y servicios sociales

Otro determinante del envejecimiento activo lo constituye el relacionado con sanidad y servicios sociales. Este es significativo para el trabajo social y evidencia de ello es la diversidad de objetivos y metas profesionales relacionadas con él.

El objetivo que aparece con mayor frecuencia al abordar la intervención de los profesionales del Trabajo Social se relaciona con promover la atención psicosocial y el asesoramiento social (Fernández-García y De León, 2013; Tiernes, 2011; Amy, 2014). Así, la relación de ayuda se constituye como un elemento clave que va a potenciar el empoderamiento y desarrollo de las personas mayores:

Los trabajadores sociales no solamente gestionan los recursos para atender la demanda, sino que también pueden complementar esta función (principalmente burocrática) con una intervención más existencialista y fenomenológica, orientando los proyectos vitales a la búsqueda de acontecimientos agradables y beneficiosos para afrontar esta etapa con ilusión, actividad, dinamismo y entusiasmo. (Fernández-García y de León, 2013: 95)

El profesional del trabajo social, al igual que otros profesionales, tiene su mirada puesta en los factores de riesgo y vulnerabilidad de las personas, por lo que puede realizar intervenciones para atender socialmente a personas mayores vulnerables. Incrementar los factores de protección y disminuir los de riesgo, tales como pobreza, discapacidad o género, entre otros, constituirían objetivos profesionales de este colectivo (Min, 2013; Ludi, 2012; Marshall y Altpeter, 2005).

De la mano del anterior aparece otro objetivo, el de enlazar de las necesidades sociales con los recursos existentes (De León *et al.*, 2015; McDonald, 2010; Fernández-García y de León, 2013; Amy, 2014). Apunta a que los profesionales han de ser capaces de realizar valoraciones de las necesidades sociales, sanitarias, personales y educativas de las personas mayores y sus familias, así como estar informados sobre los diferentes recursos existentes en este ámbito: residencias, centros de día, centros de participación, programas de voluntariado, etc. Al tomar como referencia las necesidades de cada persona o grupo tratará de enlazar y darle respuesta a través de la asignación de recursos.

En definitiva, emergen diferentes metas profesionales relacionadas con los recursos sociales, desde promoverlos y movilizarlos, hasta acercar y enlazar necesidades y los recursos sociales. Este profesional, al estar en contacto con las necesidades sociales de los individuos, grupos y comunidades, tiene capacidad para realizar el ajuste oportuno entre todos ellos. Como apuntan de León *et al.* cuando citan a McDonald:

The social worker should seek efficient ways to enrich older people's social environment, thereby encouraging them to use their memory: for example, by helping them improve relationships with their families and friends, encouraging them to participate in social activities centers (cultural lectures, guided tours, hiking, dancing, and so on), proposing new challenges (for example, enrolling in university courses), and describing available resources (such as domiciliary services, assistive technology, day services, residential service, and volunteering).³ (De León *et al.*, 2015: 187)

Así, resulta de interés que las personas mayores puedan acceder fácilmente a los profesionales de trabajo social y que estos puedan desempeñar funciones de apoyo psicosocial, orientación e información, entre otras, para mejorar la calidad de vida de aquellas.

4.1.3. Factores económicos

En cuanto a los factores económicos, es fundamental abordar los ingresos, el trabajo y la protección social (Imsero, 2001). Así, garantizar la seguridad económica y minimizar las situaciones de pobreza son objetivos principales de las intervenciones de los profesionales de trabajo social. Atender la cobertura de las necesidades básicas, incluyendo la seguridad económica con la gestión de recursos oportunos, es una meta profesional tal y como recogen Ludi (2012) y Min (2013).

4.1.4. Factores personales y conductuales

Otros de los determinantes que forman parte del concepto de envejecimiento activo son los factores personales y conductuales. Los primeros hacen referencia a la biología, a la genética y a la capacidad de adaptación de la persona, y los segundos, los conductuales, abordan el autocuidado y los estilos de vida saludable (Imsero, 2001; OMS, 2002;). Así, potenciar las capacidades de los usuarios a

través del apoyo psicosocial es uno de los objetivos profesionales de estas áreas para que puedan desarrollar de forma eficaz actividades físicas y alimentación sana, entre otras. Por otro lado, surgen metas profesionales de promoción de espacios y acciones que permitan desarrollar acciones formativas con esta finalidad (Fernández-García y de León, 2013; Ludi, 2012).

4.1.5. Factores del entorno físico

La última dimensión abordada se corresponde con los factores físicos. Se trata de cuestiones relacionadas con ámbito rural y urbano y la vivienda (Imsero, 2001) Una cuestión interesante que aparece es la promoción por parte de este profesional de ciudades amigables que favorezcan el envejecimiento de las personas mayores en su entorno (Marshall y Altpeter, 2005).

4.1.6. Género y cultura

El género y la cultura son considerados por la OMS (2002) como determinantes transversales que influyen directamente en el resto de los determinantes. Por un lado, el género modifica la manera de envejecer, ya que implica un acceso desigual a recursos económicos, trabajo y servicios, siendo las mujeres un grupo especialmente vulnerable. Por otra parte, las políticas y programas que se implanten deben respetar las culturas y creencias del lugar donde se instauran y promover la igualdad de género (Marina y Jonás, 2012; Cordero del Castillo, 2012; Nieto, 2014; Salmerón, 2012). Tal y como recoge Salmerón (2012), las mujeres son más proclives a sufrir pobreza y discapacidad o enfermedad, y son más dependientes de servicios sociales y sanitarios.

Así, la cultura, los valores y las tradiciones influyen en la visión que se tiene de las personas mayores y en los procesos de envejecimiento (Nieto, 2014; Bosch *et al.*, 2009). Los objetivos han de respetar las culturas y creencias del lugar donde se interviene; en esta línea, los autores remarcan la importancia de estudiar e investigar el contexto físico y cultural (Bellido, 2013; Ahmed, 2013; Bosch *et al.*, 2009).

4.2. Otros objetivos/otras consideraciones

Existe una serie de metas y objetivos de las intervenciones profesionales que son comunes, ya que afectan a todas las áreas y determinantes del envejecimiento activo. Estas cuestiones se detallan de manera más concisa a continuación.

La primera hace referencia a mejorar la calidad de vida de individuos, grupos y comunidades. Esta cuestión aparece en los diferentes textos y es uno de los objetivos más frecuentes de las intervenciones profesionales del trabajo social que tienen en las

³ “El trabajador social debería buscar maneras eficientes de enriquecer el entorno social de las personas mayores, alentándolos a utilizar su memoria: por ejemplo, ayudándolos a mejorar las relaciones con sus familias y amigos, alentándolos a participar en centros de actividades sociales (conferencias culturales, visitas guiadas, caminatas, bailes, etc.), proponiendo nuevos retos (por ejemplo, matricularse en cursos universitarios) y describiendo los recursos disponibles (como servicios domiciliarios, asistencia tecnológica, servicios diurnos, servicio residencial y voluntariado)”.

personas mayores su ámbito de actuación. Así, los autores entienden que los profesionales han de tener en su horizonte cuestiones como promover la calidad de vida y la dignidad de los mayores (Ludi, 2012; Fernández-García y de León, 2013; Redondo, Gonzalo, Veigueta, Bacariza y Otero, 2012; Barbosa *et al.*, 2015; Tiernes, 2011; Amy, 2014; Ahmed, 2013).

Una segunda cuestión que aparece formulada como objetivo del trabajo social en relación con el envejecimiento activo está vinculada a la planificación y la evaluación. Así, se habla de desarrollar políticas públicas y proyectos de no exclusión de las personas mayores en la sociedad promoviendo el envejecimiento activo (Barbosa *et al.*, 2015; Ludi, 2012) y de que junto con el desarrollo de los programas se deben desplegar estrategias de evaluación de las políticas públicas con el fin de valorarlas y conocer si son eficaces para conseguir un envejecimiento activo real de la población, como metas que aparecen en las intervenciones profesionales. Así apunta Barriga (2010, citado en Barbosa *et al.*, 2015).

Cierto es que la planificación y la evaluación son base de acciones eficaces. Las políticas sociales y públicas constituyen el motor de cambio de la sociedad y estas han de incorporar los objetivos aquí señalados.

Investigar también constituye un objetivo que ha de contemplarse. Así, García (2012) o Bosch *et al.* (2009) establecen como objetivo profesional indagar científicamente en aspectos tales como la participación de las personas mayores en diversas actividades y su influencia en la calidad de vida.

Como observamos en la relación de los determinantes del envejecimiento activo y los objetivos de los profesionales de trabajo social, todas las áreas en mayor o menor medida tienen

objetivos de intervención profesional, lo que ampara la hipótesis de que el trabajo social, como disciplina holística y multidimensional, es clave para la promoción del envejecimiento activo.

De la mano de los objetivos y metas profesionales caminan los principios que van a guiar e inspirar la praxis de los profesionales del trabajo social. Estos principios van a indicar cómo se deberían implementar las intervenciones que promuevan el envejecimiento activo.

4.2.1. Principios del envejecimiento activo y del trabajo social

Los principios inspiradores del envejecimiento activo son apuntados por distintos autores (Walker, 2002; Foster y Boxall, 2015; Foster y Walker, 2015; Marsillas, 2016; Cordero del Castillo, 2012). De forma particular, Marsillas presenta (2016) la compilación del abordaje de dichos principios como elemento de ayuda para implementar las prácticas de envejecimiento activo: la actividad, la inclusión, la prevención, la solidaridad intergeneracional, la participación y empoderamiento, la diversidad nacional y cultural, la flexibilidad y el reconocimiento de derechos y obligaciones (Walker, 2002; Foster y Walker, 2015).

Para conocer si existe vinculación entre los principios que guían ambos elementos, tomamos como referencia la reciente Declaración de Principios Éticos del Trabajo Social elaborada por la FITS (2018). Esta declaración de principios sirve como marco general para que estos profesionales trabajen en aras de la ética y de la integridad profesional. Observamos, al igual que en el caso de los objetivos, la relación entre los principios del Envejecimiento Activo con los principios deontológicos de esta disciplina. Así, en la Figura 2 se presenta la coincidencia explícita de estos.

Figura 2. Vinculación de los principios del envejecimiento activo y los principios del trabajo social

Principio de envejecimiento activo	Principio de trabajo social (FITS, 2018)	Autores
Actividad	Derecho a la participación para el desarrollo de la autoestima y las capacidades de las personas (5).	Walker, 2002; Marsillas, 2016.
Inclusión de todas las personas mayores	Promoción de la justicia social respetando la diversidad, respetando las diferencias individuales y facilitando el acceso a todo tipo de recursos (3.3).	OMS, 2002; Walker, 2002, 2006; Marsillas, 2016.
Prevención		OMS, 2002; Walker, 2002, 2006; Marsillas, 2016.
Solidaridad Intergeneracional	Construcción de redes de solidaridad (3.5).	Walker, 2002, 2006; Marsillas, 2016.
Derechos y obligaciones	Promover de los derechos humanos (2) y el derecho a la autodeterminación (4).	Walker, 2002, 2006; Marsillas, 2016.
Participación y empoderamiento	Derecho a la autodeterminación (4) y a la participación (5).	Walker, 2002, 2006; Marsillas, 2016.
Diversidad nacional y cultural	Promoción de la justicia social respetando la diversidad (3).	Walker, 2002, 2006; Marsillas, 2016.
Flexibilidad de la aproximación	Autodeterminación en la toma de decisiones (4) y tratar a la persona como un todo reconociendo las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales (7).	Foster y Walker, 2015.

Fuente: Elaboración propia.

A la vista de estos elementos, podemos señalar varias cuestiones de interés que se desprenden de los principios de ambos conceptos y nos apuntan un camino a seguir. En primer lugar, las personas mayores han de considerarse como sujetos de derechos y los profesionales del trabajo social como promotores y garantes de los derechos humanos que acompañan a las personas mayores en este proceso de transformación vital y personal.

En segundo término, existe la necesidad de inclusión de todas las personas mayores en las políticas de envejecimiento activo y la atención a todas las personas mayores con independencia de su edad, nivel de dependencia, nacionalidad, situación económica, o de salud, entre otras circunstancias.

Una tercera cuestión que cabe destacar responde a qué principios de actividad, participación y empoderamiento son elementos compartidos, ya que los profesionales del trabajo social tienen como misión desarrollar la autoestima y las capacidades de las personas, promoviendo su plena implicación y participación en todos los aspectos de las decisiones y acciones que afectan sus vidas.

Un cuarto aspecto apunta la importancia de la solidaridad, tanto hacia otras personas mayores como a grupos vulnerables, personas con capacidades diferentes y colectivos en situación de exclusión social, entre otros, como forma de generar sociedades más inclusivas, que es uno de los principios del trabajo social.

La siguiente cuestión estaría relacionada con la importancia para el trabajo social de la promoción de la justicia social a través de la lucha contra la discriminación, el respeto a la diversidad nacional y cultural, y el acceso a recursos equitativos, la lucha contra políticas injustas y la construcción de la solidaridad.

Un aspecto más a destacar se basa en el reconocimiento de un enfoque integral y flexible del envejecimiento activo (Foster y Walker, 2015). Esto, por un lado, implica la consideración de las personas como un todo y la promoción del reconocimiento de las dimensiones biológicas, psicológicas y espirituales de las personas (FITS, 2018). Por otra parte, conlleva superar las intervenciones aisladas y la parcialización de las personas.

A la vista de lo anterior, observamos una correlación entre los principios del envejecimiento activo (Walker, 2002; Foster y Walker, 2015; Marsillas, 2016) y los recogidos por la FITS: la dignidad, la independencia, la autorrealización, la actividad y la solidaridad aparecen en ambos documentos como guías de la práctica profesional. Podemos apuntar que el trabajo social establece el reconocimiento de la dignidad inherente a cada ser humano a través del respeto a todas las personas y del desafío las creencias y acciones de aquellos individuos que se

devalúan o estigmatizan a ellos mismos o a otras personas (FITS, 2018: 1).

En la misma línea, otros autores incorporan nuevas cuestiones que complementan los principios anteriormente señalados, como el reconocimiento de las labores que realizan las personas mayores en el medio familiar (Cordero del Castillo, 2012), siendo este asunto de especial relevancia por su contribución a reforzar el paradigma positivo de las personas mayores en el que se las percibe desde un enfoque constructivo de aportación social y comunitaria.

Hemos señalado los principios en los que apreciamos una coincidencia clara; sin embargo, en la Declaración de Principios Éticos del Trabajo Social se ponen en valor otras cuestiones que consideramos relevantes y que no aparecen vinculadas de forma explícita con el envejecimiento activo, como son el respeto a la confidencialidad y privacidad de todas las personas, un uso ético de la tecnología y las redes sociales y la integridad profesional con el cumplimiento de esta declaración de principios éticos. Es interesante tener en cuenta estos aspectos en las intervenciones con personas mayores, ya que pueden ayudar en el desempeño de la práctica profesional de forma que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de estas.

En conclusión, podemos señalar que los principios que guían el envejecimiento activo y el trabajo social tienen unos puntos de unión significativos que relacionan ambas cuestiones de una forma clara y directa. Esto apunta a la existencia de un marco común entre el trabajo social y el envejecimiento activo. A continuación, vamos a presentar los resultados de la búsqueda bibliográfica que abordan los niveles de intervención de estos profesionales.

4.2.2. Niveles de atención de trabajo social en materia de envejecimiento activo

El trabajo social con personas mayores cuenta con una gran fortaleza, que consiste en la presencia de este profesional en la mayoría de los servicios y recursos en los que se trabaja con personas mayores. Así, residencias, centros de día, centros de participación activa u hogares de personas mayores y servicios de ayuda a domicilio, entre otros, cuentan en sus plantillas con profesionales del trabajo social como personal clave de sus equipos técnicos. En cada uno de ellos, y atendiendo a diferentes variables como pueden ser la ubicación en un contexto rural o urbano, las necesidades de las personas, la disponibilidad horaria del profesional, las funciones asignadas por la entidad y otras cuestiones, las intervenciones profesionales van a orientarse y perfilarse a dimensiones individuales, grupales y/o comunitarias. En este apartado se analizan los niveles de intervención del trabajo social en envejecimiento activo.

En la revisión bibliográfica aparecen frecuentes referencias al trabajo social individual y comunitario. Así, se constata que en las funciones atribuidas a este perfil profesional resultan claves, principalmente, cuestiones como el apoyo psicosocial, la prestación de recursos sociales o la cobertura de las necesidades básicas, que se realizan de forma prioritaria a través de una atención individual y familiar. Este ámbito se potencia de forma explícita en las intervenciones profesionales, en detrimento en muchos casos del trabajo social grupal o comunitario (Marshall y Altpeter, 2005; Ahmed, 2013; Fernández-García y de León, 2013).

Así, Fernández-García y De León (2013) ponen las palabras de Derezotes sobre el planteamiento del método de gestión de casos como metodología eficaz en niveles individual y/o familiar y apunta que:

El modelo de intervención que mejor se adapta a la consecución de un envejecimiento activo y saludable mediante la movilización de apoyos sociales es el denominado Modelo de Gestión de Casos, porque intenta asegurar una serie de servicios de forma eficaz, eficiente, razonada y coordinada para el cumplimiento de las necesidades. La finalidad del modelo es facilitar información sobre nuevas oportunidades, acercando los recursos sociales disponibles a la persona con el fin de colaborar en el desarrollo del bienestar y la mejora de la calidad de vida del usuario. (Fernández-García y de León, 2013: 92)

En segundo lugar, el trabajo social comunitario tiene también una gran presencia en las referencias bibliográficas consultadas. Autores como Barbosa *et al.* (2015), Ahmed (2013) o Marshall y Altpeter (2005) coinciden en la importancia de que los profesionales del trabajo social planifiquen y ejecuten acciones comunitarias para la promoción del envejecimiento activo. Proponen espacios comunitarios en los que colaboran personas de diferentes edades y entidades, superando espacios y acciones dirigidas única y exclusivamente a personas de edad avanzada.

Cuestiones como la promoción de la participación de las personas mayores, el fomento del asociacionismo, el trabajo en red, proyectos intergeneracionales entre otras, se convierten en elementos clave y compatibles con el ámbito comunitario de los profesionales del trabajo social. En este sentido Barbosa *et al.* (2015) ponen en valor y reclaman esta dimensión comunitaria. Su defensa se enlaza con el cariz reivindicativo y de defensa de la justicia social propio del profesional del trabajo social. Aluden a la falta de legislación adecuada para las personas mayores y reivindican espacios comunitarios para trabajar con las personas mayores. El siguiente fragmento de Barbosa refleja con claridad las cuestiones apuntadas.

El trabajador social, viendo el panorama de falta de apoyo y limitadas políticas sociales, legislación

carente dirigida al mayor y la pobre conciencia social que existe para trabajar con las personas mayores, debería actuar por otras vías. Comenzar a trabajar con el mayor desde la comunidad, trabajando de forma conjunta con otros colectivos de edades, no apartar a las personas mayores en actividades sólo dirigidas a ellos. Aprovechando el apoyo comunitario, seguir la vía más social, organizar bancos del tiempo, sistema de cadena de favores, de forma que se impliquen ambas partes por igual tanto mayores, como adultos, adolescentes, menores, etc., de este modo a la vez de que se conciencia y demuestra que el mayor está tan cualificado para participar como otro rango de edad, se le da al mismo el sentimiento de ser útil para los demás, para sí mismo y para la sociedad. (Barbosa, 2015: 177)

Además de la participación social, la bibliografía consultada pone en valor la importancia del capital humano de las personas mayores, su productividad social en esta dimensión comunitaria (Barbosa *et al.*, 2015; Ahmed, 2013; Marshall y Altpeter, 2005; De León *et al.*, 2015). Por un lado, resaltan las aportaciones a la sociedad a través del voluntariado, acciones intergeneracionales, acciones solidarias entre otras; por otro, destacan el potencial del trabajo social para intervenir desde el ámbito comunitario, poniendo como ejemplo de estas estructuras participativas algunos consejos de personas mayores que tratan de dar voz a las personas mayores que están organizadas en diferentes entidades u organizaciones, posibilitando que puedan decidir acerca de las cuestiones que les preocupan y les atañen (Ahmed, 2013).

Además de estos aspectos, hay que destacar que “el trabajo social comunitario, en base a sus fundamentos teóricos y metodológicos, se postula como un método de intervención social capaz de llevar a buen puerto procesos de empoderamiento comunitario” (Ahmed, 2013: 27), mejorando la calidad de vida de las personas mayores (Barbosa *et al.*, 2015; Ahmed, 2013).

Respecto al nivel de intervención grupal del trabajo social, cabe destacar que son escasas las referencias bibliográficas que vinculan el envejecimiento activo con dicha dimensión. Esta constatación nos lleva a interrogarnos si la invisibilidad o inexistencia del trabajo social grupal en la bibliografía es reflejo de la ausencia de intervenciones profesionales desde este ámbito o de la falta de sistematización de dichas prácticas grupales.

En materia de envejecimiento activo se trabaja desde un nivel individual y comunitario, y los autores reclaman la promoción de acciones grupales y comunitarias por el potencial de estas. En definitiva, se trata de poner en valor la dimensión comunitaria del trabajo social, entendiendo que la cuestión del envejecimiento es una situación estructural que requiere de respuestas globales, comunitarias e integrales. Por ello, el abordaje ha de ir más allá

de las respuestas a las necesidades concretas e individuales de cada ciudadano.

5. Retos futuros para la promoción del envejecimiento activo desde el trabajo social

A la vista de las referencias bibliográficas consultadas que vinculan el trabajo social y el envejecimiento activo aparecen diferentes cuestiones y retos de futuro que posibilitarían un mejor desarrollo de las políticas y planes de envejecimiento activo y mejores intervenciones profesionales.

En primer lugar, el envejecimiento activo ha de ser inclusivo y ha de dirigirse a toda la población mayor. Ha de tener en cuenta a las personas mayores con discapacidad, a las personas en situación de exclusión social o con bajos recursos económicos, a aquellas que sufren soledad no deseada, y a las que residen en contextos rurales o en centros residenciales. Se trata de personas o colectivos que presentan unas necesidades específicas concretas requieren intervenciones adaptadas desde la perspectiva del trabajo social.

En línea con lo anterior, y considerando la multidimensional del concepto de envejecimiento activo, las acciones promotoras de este han de implementarse desde los diferentes sistemas de protección de la salud, servicios sociales, justicia o educación, que respondan a las diferentes necesidades de la persona. Es decir, las intervenciones han de atender a los criterios de atención integral y abordar especialmente las necesidades psicosociales de la persona, de individualización, considerar las características específicas de cada persona y de su ecosistema, trabajo en red y coordinación.

Por otra parte, se torna imprescindible poner en valor los tres niveles de intervención individual, grupal y comunitaria. Tener la mirada abierta a proyectos grupales y comunitarios posibilita

aprovechar al máximo el potencial de estos espacios de intervención que pueden ser más eficaces que los niveles individuales.

Es fundamental que se cuente con la opinión de las personas mayores, si es posible de forma cualitativa, en los procesos de toma de decisiones y que las políticas y programas no sean planificadas exclusivamente por políticos y por técnicos al margen de los principales protagonistas, las personas mayores. Los profesionales del trabajo social, como especialistas en escucha activa, tienen herramientas y habilidades para conocer a las personas y favorecer su participación.

Así, se torna imprescindible que las personas mayores sean agentes activos de su propio desarrollo, han de decidir y opinar acerca de las cuestiones que les afectan en los diferentes ámbitos de su vida: salud, vivienda, educación, jubilación, etc. Las políticas sociales orientadas a las personas mayores han de ser realizadas por las propias personas mayores, acompañadas en el proceso de envejecimiento por técnicos con perfil profesional de trabajo social.

Estos retos y mejoras han de incluir a los profesionales e incorporar en los estudios de grado —en este caso, de trabajo social— formación específica sobre personas mayores, envejecimiento activo, atención a situaciones de dependencia, etc., dotando a los profesionales de competencias y habilidades específicas para trabajar con este grupo de población.

Todas estas propuestas planteadas por los autores nos marcan un camino en las intervenciones para promover el envejecimiento activo. Unas más sencillas de alcanzar y otras quizás más complejas, pero todas ellas necesarias para responder a las necesidades generadas por la oportunidad demográfica en la que estamos inmersos. Esto nos invita a mirar de frente y no girar la vista, poniendo en valor el potencial de esta profesión para trabajar al lado de las personas.

- AHMED MOHAMED, K. y ARIAS ASTRAY, A. (2012): *Asociacionismo y calidad de vida en el marco del envejecimiento activo: posibilidades del trabajo social comunitario*, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- APARICIO ALONSO, C. (2013): *Educación y envejecimiento activo: una experiencia comunitaria*, Universidad de Alcalá.
- AMY RESTORICK, R. (2014): *The Influence of Social Engagement on Changes in Quality of Life over Time for Older Adults Living in Senior Housing*, The Ohio State University College of Social Work.
- BARBOSA L., FERNÁNDEZ R. y RODRÍGUEZ S. (2015): “Envejecimiento Activo”, en SARASOLA SÁNCHEZ-SERRANO, J. L., ANTOLINES DOMÍNGUEZ, I. y NÚÑEZ GÓMEZ, J.C. (2015): *Trabajo Social y Servicios Sociales para personas mayores*, Sevilla, Universidad Pablo Olavide, pp.169-185.
- BELLIDO, A. y CANALES, G. (2013): *Envejecer viviendo, envejecimiento activo en la población jubilada de la Vega Baja de Alicante*, Universidad de Alicante.
- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (2006): Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, <<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>>.
- BOSCH, P.M., GÓMEZ, A., y FERRER, B.S. (2009): “Los Grandes Olvidados: Las Personas Mayores en el Entorno Rural”, en *Psychosocia Intervention*, 18 (3), pp. 269–277, <<https://doi-org.umbral.unirioja.es/10.5093/in2009v18n3a7>>.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES (2001): *Estatuto de la Profesión de Diplomado/a en Trabajo Social/Asistente Social*, <<http://www.cgtrabajosocial.com/app/webroot/files/jaen/files/estatuto%20de%20la%20profesion%20de%20Diplomado%20en%20Trabajo%20Social.pdf>>.
- (2012): *Código Deontológico de Trabajo Social*, <http://www.consejotrabajosocialcyl.org/codigo_deontologico_2012.pdf>.
- CORDERO DEL CASTILLO, P. (2012): “Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional”, *Humanismo y Trabajo Social*, nº 11, pp. 101-117.
- DE LEÓN, L.P., LÉVY, J.P., FERNÁNDEZ, T. y BALLESTEROS, S. (2015): “Modeling Active Aging and Explicit Memory: An Empirical Study”, en: *Health and Social Work*, vol. 40, nº 3, pp. 183-190, <<https://doi.org/10.1093/hswh/hlv044>>.
- FERNANDEZ-GARCIA, T. y PONCE DE LEÓN ROMERO, L.: “Envejecimiento activo: Recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos”, *Portularia*, 13(1), pp. 87–97.
- JIMÉNEZ, M. (2017): “Programas intergeneracionales y participación social: La integración de los adultos mayores españoles y latinoamericanos en la comunidad”, *Universitas Psychologica*, vol. 16, nº 1, <<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-1.pips>>.
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES (2018): *Declaración Global de Principios Éticos de Trabajo Social*, <<https://www.ifsw.org/es/declaracion-global-de-los-principios-eticos-del-trabajo-social/>>.
- (2014): *Definición del Trabajo Social*, <<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>>.

- FERNÁNDEZ-GARCÍA, T., y DE LEÓN ROMERO, L. (2013): "Envejecimiento Activo: Recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos", *Portularia*, 13(1), pp. 87-97.
- FOSTER, L. y BOXALL, K. (2015): "People with learning disabilities and 'active ageing'", *British Journal of Learning Disabilities*, 43(4), pp. 270-276, <<https://doi-org.umbra1.unirioja.es/10.1111/bld.12144>>.
- FOSTER, L. y WALKER, A. (2015): Active and successful aging: A European policy perspective, *The Gerontologist*, 55, pp. 83-90, <<https://doi.org/10.1093/geront/gnuo28>>.
- GARCÍA, G. (2012): "Conectados. Envejecimiento Activo", en CONSEJO GENERAL DE TRABAJO SOCIAL, *Servicios Sociales y Política Social, Envejecimiento Activo*, Madrid, 2012, Consejo General de Trabajo Social, nº 98, 1, pp. 53-66.
- INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES (2017): *Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y Buen Trato 2018-2021*, Madrid, Imsero, <<https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/844/02EFE9D3.pdf>>.
- (2001): *Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias*, 2001, 4 y 5, Madrid, Observatorio de Personas Mayores, <<http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/boletinopm4y5.pdf>>.
- LUDI, M. (2012): "Trabajo Social y 'envejecimiento activo' en Argentina", CONSEJO GENERAL DE TRABAJO SOCIAL, *Servicios Sociales y Política Social, Envejecimiento Activo*, Consejo General de Trabajo Social, nº 98, 1, pp. 129-142.
- MARINA, L. y JONAS, L. (2012): "Active Ageing and successful ageing as explicative models of positive evolutions to elderly people", en *Scientific Annals of the "Al. I. Cuza University, Iasi*, Sociology & Social Work, vol. 5, nº 1, pp. 79-91.
- MARSHALL, V.W. y ALTPETER, M. (2005): "Cultivating social work leadership in health promotion and aging: Strategies for active aging interventions", *Health & Social Work*, 30, pp. 135-144, <<https://doi.org/10.1093/hsw/30.2.135>>.
- MARSILLAS, S. y VARELA, J. (2016): *Desarrollo y validación de un Índice Personal de Envejecimiento Activo adaptado al contexto gallego*, tesis doctoral, Universidad de Santiago de Compostela.
- MARTÍN, M. (2012): "Trabajo Social con personas mayores. Teoría y práctica del Trabajo Social gerontológico", *Servicios Sociales y Política Social*, nº 98, 1, pp. 9-34.
- MIN, J. (2013): "Health Inequalities and Active Aging: What Can Social Workers Do?", *Revista Internacional de Trabajo Social. AZARBE*, vol. 2, pp. 81-86
- NIETO, M. (2014): "La educación para la salud en las personas mayores como contribución al envejecimiento activo. Una propuesta de intervención", trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002): "Envejecimiento activo: un marco político", *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, vol. 37, S2, pp. 74-105.
- REDONDO, I., GONZALO, M., VEIGUELA, I., BACARIZA, M. y OTERO, P. (2012): "Programa de envejecimiento activo y saludable en Atención Primaria de Salud", *Trabajo social y salud*, nº 73, pp.43-48.
- SALMERÓN, J. y MARTÍNEZ, S. (2012): *La percepción del envejecimiento desde la perspectiva de las mujeres mayores usuarias de centros sociales de la Comarca del valle del Ricote de la Región de Murcia. Sus implicaciones para la educación*, tesis inédita, Universidad de Murcia, Facultad de Educación.
- SÃO JOSÉ, J.M., TIMONEN, V., AMADO, C. y SANTOS, S.P. (2017): "A critique of the Active Ageing Index", *Journal of Aging Studies*, vol. 40, pp. 49-56, <<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2017.01.001>>.
- TIERNES, C. (2011): "El Trabajo Social y la educación social como pilares básicos para la atención y estimulación cognitiva de nuestras personas mayores", *Pedagogía I Treball Social*, pp. 48-64.
- WALKER, A. (2002): "A strategy for active ageing", *International Social Security Review*, 55(1), pp. 121-139, <<https://doi.org/10.1111/1468-246X.00118>>.
- WALKER, A. (2006): "Active ageing in employment: its meaning and potential", *Asia Pacific Review*, 13(1), pp. 78-93, <<https://doi.org/10.1080/13439000600697621>>.
- ZAMARRÓN, M.D. (2013): "Envejecimiento activo: un reto individual y social", *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, nº 41, pp. 449-463.

La fragilidad de las personas mayores de Gipuzkoa

Bakarne Etxeberria Erauskin

Programa de Atención a la Fragilidad, Fundación Hurkoa, y Departamento de Trabajo Social y Sociología, Universidad de Deusto
betxeberrria@hurkoa.eus

Laura Gallo Rodríguez

Ikei, Research & Consultancy
Socióloga, consultora especializada en política social
lgallo@ikei.es

Artikulu honetan, Gipuzkoan bakarrik bizi diren adineko pertsonen kalteberatasunaren prebalentziari buruzko azterketaren emaitza nagusiak aurkezten dira. Azterketa hori Adinberriren strategiaren baitan egin da. Ikerketari esker, hauskortasun-egoeretan eragina duten zazpi faktore identifikatu ahal izan dira eta, aldi berean, bakarrik bizi diren adinekoen arrisku-egoerak edo gizarte-kalteberatasuna zehatzago aztertu ahal izan da. Emaitzek adinekoen kalteberatasun- eta bakardade-egoeretara gerturatzeko aukera baliatu da eta, halaber, hauskortasun-egoeren ezaugarriak identifikatzeko aukera eman; horrela, aztertutako errealitatearen beharrezko instrumentalei, sozialei eta komunitarioei erantzuteko aukerak nabarmentzen dira.

GAKO-HITZAK:

Adinekoak, adinekoen arreta, bakardadea, gizarte-kalteberatasuna.

En este artículo se presentan los principales resultados del estudio sobre la prevalencia de la fragilidad de las personas mayores que viven solas en Gipuzkoa, realizado en el marco de la estrategia de Adinberri. La investigación ha permitido identificar siete factores que inciden en las situaciones de fragilidad, permitiendo a su vez un análisis más exhaustivo de las situaciones de riesgo o niveles de fragilidad entre las personas mayores que viven solas. Los resultados posibilitan una aproximación a los escenarios de vulnerabilidad y soledad de las personas mayores y, además, permiten identificar las características de las situaciones de fragilidad, pudiendo de esta manera responder y cubrir las necesidades tanto instrumentales como sociales y comunitarias de la realidad estudiada.

PALABRAS CLAVE:

Personas mayores, atención a las personas mayores, soledad, fragilidad.

1. Introducción

La fundación Hurkoa, a lo largo de su historia, ha mostrado sensibilidad, preocupación e interés por la atención a las personas mayores. Este ha sido uno de los pilares fundamentales de la entidad desde su creación en 1978, momento en el que emerge una constatación del envejecimiento progresivo de la población guipuzcoana, que conlleva un mayor número de personas mayores en situación de dependencia, soledad y aislamiento, además de, en muchos casos, un contexto de precariedad económica. A lo largo de los años, las iniciativas, servicios y programas que se han puesto en marcha para dar respuesta a las necesidades que provienen de estas situaciones han sido diversas. No obstante, es en 2010, iniciado un proceso de reflexión sobre la estrategia de la entidad, cuando se incluye la necesidad de potenciar la atención a personas en situación de riesgo o fragilidad dentro de las líneas de acción prioritarias planificadas para los próximos años.

En esta misma línea, para finales de 2014 se constata la necesidad de continuar trabajando para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores en situación de fragilidad, priorizando las labores de apoyo y acompañamiento orientadas al mantenimiento de su autonomía el mayor tiempo posible. Más recientemente, el Plan Estratégico 2015-2018 ahonda en esta línea de trabajo y se propone avanzar en la detección de las necesidades, dificultades y carencias de las personas que se encuentran en situación de fragilidad.

De esta manera, y con el fin de generar un diagnóstico inicial que posibilite la generación de conocimiento desde el saber de agentes clave, en 2018 se procede al diseño y posterior ejecución de un trabajo de investigación, con el apoyo de la Dirección de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, cuyos resultados quedan recogidos en el Informe del Proyecto de Fragilidad. Dicho estudio, de corte cualitativo, cuenta con la participación de profesionales del ámbito social y sanitario y con representantes del colectivo de personas mayores, quienes participaron en una serie de grupos focales celebrados en el marco del diseño de investigación planteado.

Después de esta primera fase de estudio-diagnóstico y su posterior publicación, Hurkoa pretende profundizar y avanzar en el análisis de este asunto con el propósito, ahora, de conocer la prevalencia de la fragilidad entre las personas mayores de sesenta y cinco años que viven solas en Gipuzkoa.

En 2018 la entidad, junto con la consultora IKEI, valiéndose de la convocatoria Adinberri —estrategia innovadora para el abordaje del envejecimiento en Gipuzkoa, promovida por la Diputación Foral— se embarca en una nueva fase de estudio, realizando en esta ocasión una encuesta entre personas mayores de sesenta y cinco años que viven solas

en sus domicilios (Fundación Hurkoa, 2019). Dicha investigación se circunscribe a tres municipios guipuzcoanos con características distintas (Arrasate, Azkoitia y Pasaia), cuyos resultados agregados han permitido realizar una estimación aproximativa de las situaciones de fragilidad a nivel del conjunto del territorio de Gipuzkoa.

Estos resultados, que constituyen el contenido esencial del presente artículo y cuyas principales conclusiones serán expuestas en líneas siguientes, cuentan además con una fundamentación teórica previa del término “fragilidad” que ayudará a caracterizar el concepto, diferenciándolo y ajustándolo a la realidad a la que concierne.

A lo largo del tiempo, las distintas definiciones de fragilidad (Jáuregui y Rubin, 2012) han incorporado aspectos físicos, cognitivos y psicosociales. El debate sobre si las situaciones de fragilidad deben ser descritas en términos puramente biomédicos o deben incluirse también factores psicosociales está superado en la actualidad. En el trabajo realizado por Hurkoa se recoge que las personas mayores en situación de fragilidad son aquellas que “sin necesitar una incapacitación, precisan de orientación, asesoramiento y acompañamiento en la gestión del día a día y en la planificación de la última etapa de su vida conforme a su criterio, deseos y valores” (Hurkoa, 2018: 32).

De esta manera, las situaciones de fragilidad que se analizan en este estudio son las que afectan a aquellas personas mayores que viven solas en su domicilio y, aun manteniendo capacidad cognitiva para tomar decisiones y decidir sobre su vida, no cuentan con una red de apoyo o esta no es lo suficientemente efectiva, incidiendo este hecho en el desarrollo de su vida social y comunitaria. Se entiende, por tanto, que esta ausencia o debilidad de vínculos afecta negativamente al mantenimiento de las condiciones para una vida digna y el desarrollo del proyecto de vida personal, en tanto en cuanto no contar con el apoyo de terceros, o de personas significativas que les acompañen en la satisfacción de las necesidades, dificulta el vínculo con la comunidad y su entorno. La pérdida de autonomía, el deterioro y el aislamiento social, aceleran asimismo un proceso de debilitamiento que puede generar la invisibilización de la persona mayor frágil. Es esta definición conceptual la que ha guiado el desarrollo de la investigación presentada a continuación.

2. Presentación de los resultados del estudio de la fragilidad de las personas mayores de Gipuzkoa

Como se acaba de reseñar, el objetivo de este estudio ha sido conocer la situación real en la que se encuentra la población mayor de sesenta y cinco años que vive sola, analizar el conocimiento que tienen de los recursos de atención y anticipar sus necesidades

futuras. Algo considerado especialmente importante por las entidades impulsoras del estudio en un contexto de progresivo envejecimiento, con un 22 % de la población guipuzcoana que supera los sesenta y cinco años de edad y un 11 % mayor de setenta y cinco.

El universo objeto de estudio ha sido la población de sesenta y cinco años o más que vive sola en su domicilio. Los datos de referencia utilizados han sido la Encuesta Demográfica de Euskadi publicada en 2016, la cual indicaba que en Gipuzkoa el 33 % de las personas de sesenta y cinco años o más viven solas, lo que en cifras absolutas implica que 35.300 personas de sesenta y cinco años o más forman un hogar unipersonal en el territorio de Gipuzkoa.

Para la localización de las personas mayores se ha contado con la colaboración de los tres ayuntamientos participantes en el estudio y se ha remitido por correo ordinario una nota informativa del estudio a una muestra de personas mayores empadronadas solas en su domicilio. Posteriormente se ha completado el cuestionario por teléfono o de manera presencial. La metodología aplicada no está exenta de limitaciones, dado que la participación en el estudio era voluntaria y la propia situación de fragilidad de las personas mayores puede conllevar al rechazo a participar en este tipo de procesos.

La encuesta se ha realizado a una muestra representativa de 365 personas, de las cuales el 79 % eran mujeres y el 21 % hombres que vivían solos, lo que ha permitido obtener unos resultados generales

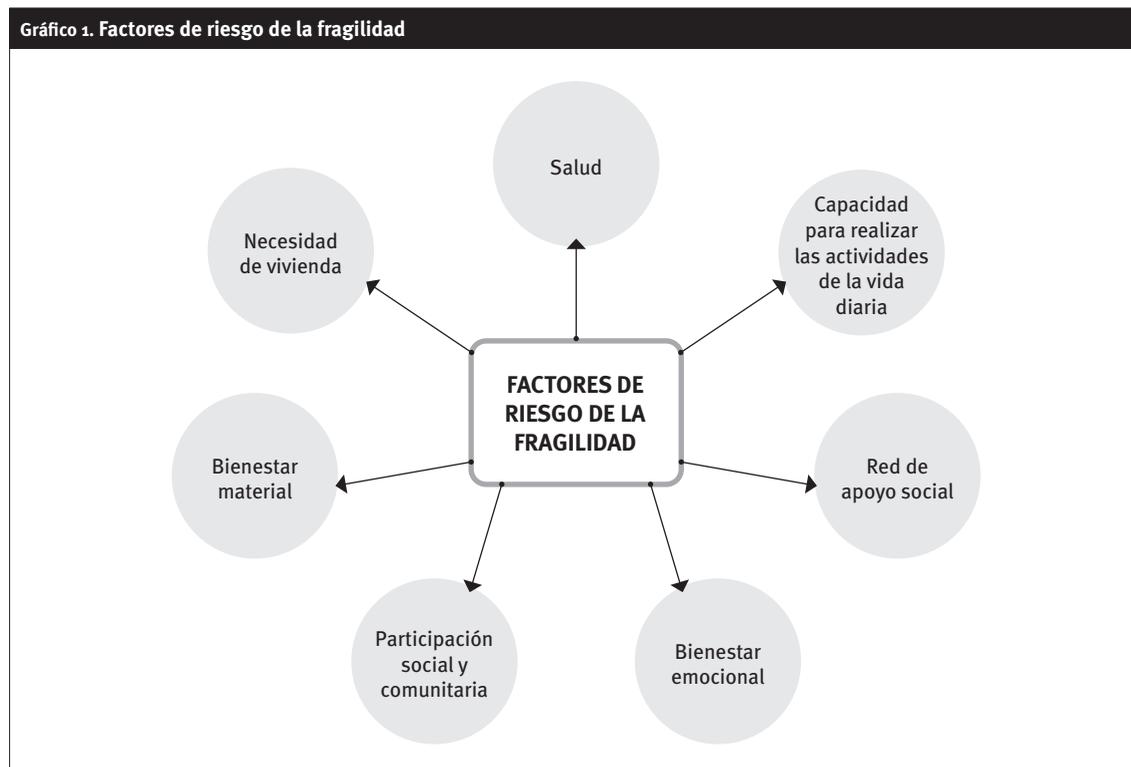
con un nivel de confianza del 95,5 % y un margen de error de ± 4 %.

Se diseñó un cuestionario fácil y manejable para personas mayores de sesenta y cinco años, abordando diferentes temas que permiten profundizar en las diferentes necesidades y situaciones reales en las que se encuentran éstas personas mayores. El cuestionario contenía una batería amplia de preguntas (cuarenta y ocho preguntas) que trataban de dar respuesta a las siguientes cuestiones:

- Características sociodemográficas de la persona entrevistada.
- Valoración de la salud.
- Valoración de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.
- Valoración de la situación relacional.
- Valoración del bienestar emocional.
- Valoración del bienestar material: vivienda y situación económica.
- Conocimiento y relación con los servicios sociales.
- Conocimiento de la Fundación Hurkoa.
- Necesidades de atención a futuro.

Del análisis de los resultados de las encuestas realizadas se determinó la existencia de siete factores explicativos de la fragilidad entre las personas mayores que viven solas en Gipuzkoa: la salud, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, la red de apoyo social, el bienestar emocional, la participación social y comunitaria, el bienestar material y la necesidad de vivienda.

Gráfico 1. Factores de riesgo de la fragilidad



Fuente: Elaboración propia.

De cada uno de los factores se ha recopilado información de una batería muy amplia de indicadores, de los que finalmente se seleccionaron los treinta y dos más relevantes para medir la fragilidad de las personas mayores, pudiendo hacer así una graduación de la fragilidad de cada persona mayor entrevistada. Para cada una de las dimensiones de la fragilidad se han identificado preguntas clave que son consideradas indicadores de una situación de fragilidad.

- Factor 1: salud (cinco indicadores).

- Factor 2: capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (siete indicadores).
- Factor 3: red de apoyo social (cuatro indicadores).
- Factor 4: participación social y comunitaria (tres indicadores).
- Factor 5: bienestar emocional (cuatro indicadores).
- Factor 6: bienestar material (cinco indicadores).
- Factor 7: necesidad de vivienda (cuatro indicadores).

En la Tabla 1 se detallan los indicadores que fueron seleccionados.

Tabla 1. Factores e indicadores de fragilidad

Factor	INDICADOR DE FRAGILIDAD	
1. Salud	Considera que su estado de salud en general es....	Muy malo/Malo
	¿Ha estado hospitalizado?	Sí, en más de una ocasión
	¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo?	Sí
	¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?	Sí
	En su opinión, ¿tiene dificultades para organizar y gestionar los medicamentos que debe tomar?	Sí, alguna dificultad/ Sí, bastante dificultad
2. Capacidad para realizar las actividades de la vida diaria	En general, ¿cómo califica su capacidad para realizar las actividades y labores habituales de la vida diaria?	Muy mala/Mala
	Grado de autonomía: lavarse (bañarse)	Con dificultad (dependiente)
	Grado de autonomía: vestirse y desvestirse	Con dificultad (dependiente)
	Grado de autonomía: moverse dentro de casa (50 metros)	Con dificultad (dependiente)
	Grado de autonomía: moverse fuera de casa (caminar 400 metros sin fatigarse)	Con dificultad (dependiente)
	Grado de autonomía: tareas domésticas (limpieza, comida).	Con dificultad (dependiente)
3. Red de apoyo social	¿Dispone de apoyo familiar suficiente?	No
	¿Necesita que le ayude alguien a menudo?	Sí
	¿Tiene relación con amigos/as?	No tiene ese vínculo/Tiene esa red social, pero no se relaciona con ellos
	¿Conoce los servicios sociales?	No
4. Participación social y comunitaria	Frecuencia para salir de casa	Mensualmente o menos
	Frecuencia para realizar actividades de participación social (hacer recados, ir al bar o a la cafetería, ir al hogar del jubilado).	No voy nunca
	Frecuencia para realizar actividades de participación comunitaria (salir a pasear, hacer deporte, ir a actos deportivos o culturales, cursos de formación, vacaciones o voluntariado).	No voy nunca
5. Bienestar emocional	Percepción de soledad.	Sí, a menudo
	Percepción de inseguridad en la vivienda (miedo a que le roben, etc.).	Sí, a menudo
	Percepción de inseguridad en el entorno (barrio).	Sí, a menudo
	Percepción de maltrato físico o psicológico.	Sí, a menudo/Sí, alguna vez
6. Bienestar material	En los últimos doce meses, ¿ha tenido dificultad para afrontar los gastos generales (alquiler, electricidad, gas, comida, ropa, etc.)?	Mucha dificultad
	Cuál es su nivel de ingresos mensual actual.	Menos de 700 euros al mes
	Régimen de tenencia de la vivienda en la que reside.	Una vivienda propia en proceso de pago/ Una vivienda de alquiler
	¿La vivienda tiene calefacción?	No, no tengo/Sí, tengo calefacción pero no la pongo
	Percepción de abuso económico.	Sí, a menudo/Sí, alguna vez
7. Necesidad de vivienda	El edificio es accesible hasta el portal (sin escaleras, con rampa).	No
	Cuenta con ascensor hasta la planta.	No
	La vivienda es accesible por dentro (tiene el baño adaptado).	No
	¿Actualmente tiene necesidad de cambiar o de reformar la vivienda?	Necesito cambiar de vivienda/Necesito reformar o rehabilitar la vivienda

Fuente: Fundación Hurkoa 2019.

Con los datos recogidos en cada uno de los indicadores y dimensiones de la fragilidad se realiza una clasificación de la población mayor en función de su nivel de fragilidad. Se definen cuatro niveles de fragilidad (la situación no problemática, moderada, grave y muy grave) de acuerdo con las siguientes definiciones:

- No problemática: persona que cuenta con cinco o menos indicadores de riesgo.
- Moderada: persona que tiene entre seis y diez indicadores de riesgo.
- Grave: persona que tiene entre once y catorce indicadores de riesgo.
- Muy grave: persona con quince o más indicadores de riesgo.

Tabla 2. Niveles de fragilidad

Nivel de fragilidad	Indicadores
No problemática	0-5 indicadores
Moderado	6-10 indicadores
Grave	11-14 indicadores
Muy grave	15 o más indicadores

Fuente: Elaboración propia.

También se calcula para cada uno de los factores el grado de riesgo en el que se encuentran las personas mayores, estableciéndose tres niveles: las personas que se encuentran sin riesgo en ese factor, las personas en las que presentan una situación de prefragilidad, dado que cuentan con algún indicador de fragilidad en dicha dimensión, y las personas que ya están experimentando una situación de fragilidad en ese factor (más de dos indicadores de fragilidad). En la Tabla 3 se recogen los criterios establecidos:

Tabla 3. Niveles de fragilidad de cada factor

Factor de fragilidad	Nivel de fragilidad del factor		
	Sin riesgo (0)	Pre-frágil (1-2)	Frágil (>2)
1. Salud	Sin riesgo (0)	Pre-frágil (1-2)	Frágil (>2)
2. Capacidad para realizar las actividades de la vida diaria	Sin riesgo (0)	Pre-frágil (1-2-3)	Frágil (>3)
3. Red de apoyo social	Sin riesgo (0)	Pre-frágil (1-2)	Frágil (>2)
4. Participación social y comunitaria	Sin riesgo (0)	Pre-frágil (1)	Frágil (>1)
5. Bienestar emocional	Sin riesgo (0)	Pre-frágil (1-2)	Frágil (>2)
6. Bienestar material	Sin riesgo (0)	Pre-frágil (1-2)	Frágil (>2)
7. Necesidad de vivienda	Sin riesgo (0)	Pre-frágil (1-2)	Frágil (>2)

Fuente: Elaboración propia.

A continuación se presentan los principales resultados de Gipuzkoa recogidos en el estudio publicado por la Fundación Hurkoa en 2019, *La fragilidad de las personas mayores en Gipuzkoa*.

3. Valoración general de las situaciones de fragilidad en Gipuzkoa

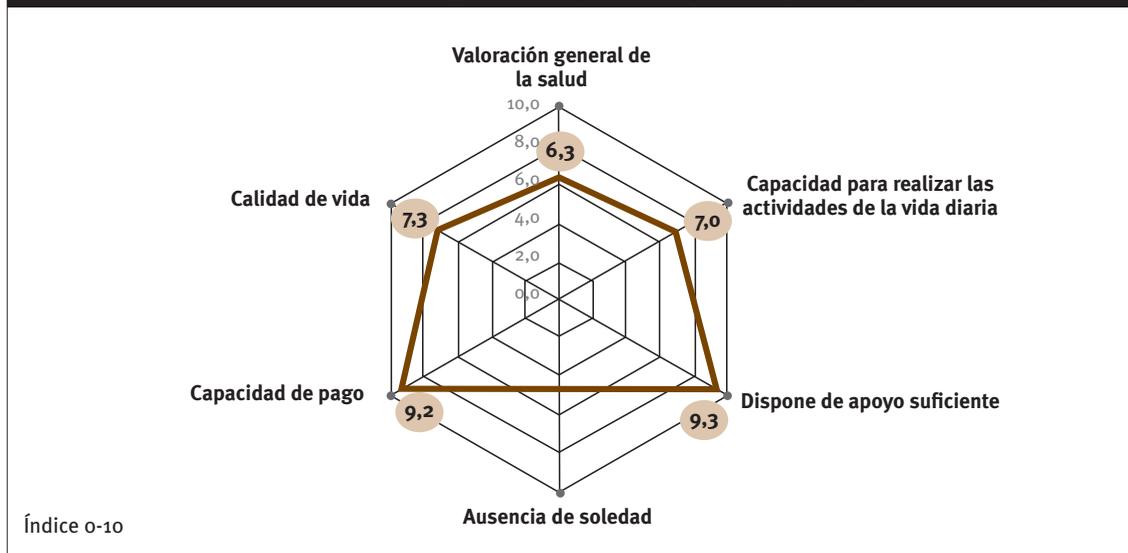
El estudio realizado por la Fundación Hurkoa refleja en general una situación positiva de las personas mayores que viven solas en Gipuzkoa, aunque con algunos aspectos de mejora sobre los que trabajar para frenar o retrasar el proceso que lleva a muchas personas mayores a encontrarse en situaciones de fragilidad.

El aumento de las personas que viven solas está estrechamente relacionado con la alta capacidad que las personas mayores de Gipuzkoa tienen para llevar una vida autónoma e independiente. La gran mayoría de las personas mayores que viven solas confirma que tiene una alta capacidad para desenvolverse adecuadamente tanto en las actividades y labores más básicas de la vida diaria (vestirse, comer, moverse dentro y fuera de casa, etc.), como en las instrumentales (utilizar el teléfono, hacer las tareas domésticas, gestionar el dinero, etc.). En ese sentido, casi tres de cada cuatro personas mayores de Gipuzkoa (el 73 % de las personas que viven solas entrevistadas) creen que su capacidad para realizar las actividades y labores habituales de la vida diaria es buena o muy buena.

Además, estas personas mayores cuentan en general con una buena salud, un adecuado bienestar material (capacidad de pago adecuada y necesidad de vivienda cubierta) y buenos niveles de relación y de participación social y comunitaria. De hecho, siete de cada diez personas mayores de sesenta y cinco años que viven solas entrevistadas en Gipuzkoa confirman que tienen una buena calidad de vida.

Ahora bien, la investigación llevada a cabo por Hurkoa ha permitido identificar situaciones de riesgo y de fragilidad, destacando la debilitada salud de una parte de la población mayor que dificulta la realización de las actividades más básicas de la vida diaria, la percepción de la soledad que limita su participación social en la comunidad, o la residencia en edificios y viviendas con necesidades de adecuación de la accesibilidad para facilitar los movimientos de las personas.

Gráfico 2. Valoración media de indicadores de fragilidad de las personas mayores de 65 años que viven solas en Gipuzkoa



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Principales resultados de la encuesta sobre la fragilidad realizada a población de 65 años que vive sola de Gipuzkoa

Indicador	Estimación Gipuzkoa*	
Salud y capacidad para realizar las actividades de la vida diaria	Valoración general de la salud (índice 0-10)	6,3
	• Dificultades para organizar y gestionar medicamentos (% afirmativo)	2 %
	• Problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo (% afirmativo)	9,6 %
	• Le impide la salud salir a la calle (% afirmativo)	9,3 %
	Capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (índice 0-10)	7
Situación relacional y participación social y comunitaria	Relación con la familia próxima diaria (% afirmativo)	82,1 %
	No tiene relación o no tiene familia próxima (% afirmativo)	6,6 %
	No dispone de apoyo suficiente (% afirmativo)	5,8 %
	Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda (% afirmativo)	2,5 %
	No sale de casa (% afirmativo)	0,8 %
Bienestar emocional	Percepción de soledad (% a menudo)	17,5 %
	Percepción de tristeza (% a menudo)	21,1 %
	Inseguridad en la vivienda (% a menudo)	5,3 %
	Dificultades o ansiedad para realizar algunas gestiones diarias (% a menudo)	2,2 %
Bienestar material: situación de la vivienda y nivel de ingresos	Vivienda de alquiler (%)	3,6 %
	Necesidad de cambiar o de rehabilitar (%)	7,3 %
	El edificio no es accesible (%)	42,8 %
	No se dispone de ascensor hasta planta (%)	34 %
	Dificultad para afrontar los gastos generales (% mucha o alguna dificultad)	12,6 %
	No cuenta con calefacción o no la pone (%)	17,1 %
	Ingresos medios mensuales (euros)	1.005,6
Valoración general de la calidad de vida	Valoración media de la calidad de vida (índice 0-10)	7,3

* Estimación por extrapolación de los resultados del estudio al conjunto de la población mayor de 65 años que vive sola en Gipuzkoa.

Fuente: Fundación Hurkoa, 2019.

Tomando en consideración los 32 indicadores más relevantes de la fragilidad, el estudio ha permitido estimar que el 87% de las personas mayores de 65 años que viven solas en Gipuzkoa no presenta una situación problemática. Por su parte, el 12% de las personas mayores de Gipuzkoa que viven solas tiene un nivel de fragilidad calificado como moderado, dado que han respondido afirmativamente a entre 6 y 10 de los 32 indicadores seleccionados. Y, finalmente, se estima que un 1% de las personas mayores entrevistadas presenta un grado de fragilidad calificado como grave. En el momento de la investigación, no se han identificado personas mayores de 65 años que vivan solas y que presentasen una situación de fragilidad calificada como muy grave, aunque hay que recordar que la participación en el estudio era voluntaria, lo que planteaba por tanto dificultades para detectar situaciones altamente graves.

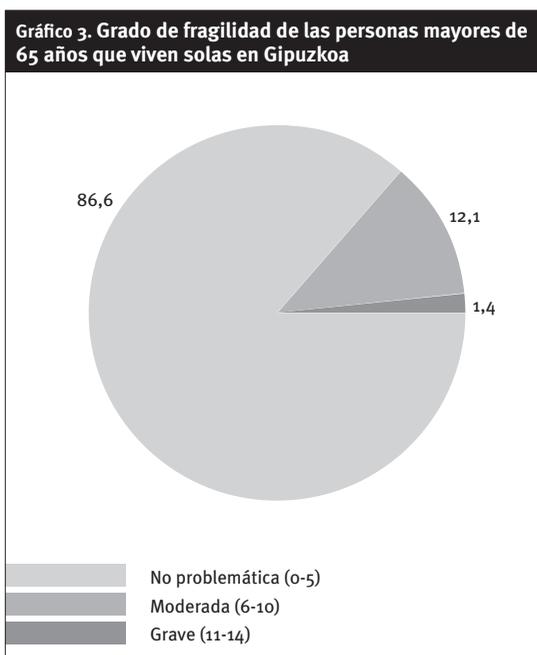
Tomando como referencia la cifra de 35.300 personas mayores de 65 años en Gipuzkoa que conforman un hogar unipersonal y el grado de fragilidad calculado, cabría estimar que hay unas 4.255 personas mayores de Gipuzkoa se encuentran en una situación de fragilidad moderada y otras 484 personas con una fragilidad que puede calificarse como grave (al presentar entre 11 y 14 de los 32 indicadores planteados).

Tabla 5. Grado de fragilidad de las personas mayores de 65 años que viven solas en Gipuzkoa

	Resultado de la encuesta (% vertical)	Estimación Gipuzkoa (N)
No problemática (0-5 indicadores)	86,6	30.561
Moderada (6-10 indicadores)	12,1	4.255
Grave (11-14 indicadores)	1,4	484
Muy grave (más de 14 indicadores)	0	0
Total	100	35.300

* Estimación por extrapolación de los resultados del estudio al conjunto de población mayor de 65 años que vive sola en Gipuzkoa.
Fuente: Fundación Hurkoa, 2019.

Ahondando en la capacidad de reacción de las personas mayores ante posibles situaciones de fragilidad, se recoge también información sobre el



* Estimación por extrapolación de los resultados del estudio al conjunto de población mayor de 65 años que vive sola en Gipuzkoa.
Fuente: Fundación Hurkoa, 2019.

conocimiento que tienen de los servicios sociales. Del estudio se desprende que en general el nivel de conocimiento es relativamente amplio. En concreto, el 87% de las personas mayores que viven solas afirma conocer los servicios sociales, mientras que un 12% declara que no conoce los servicios sociales, un 16% entre los hombres frente a un 11% de las mujeres entrevistadas.

También se recoge la opinión de las personas mayores de Gipuzkoa sobre la necesidad en un futuro cercano de acudir a los servicios sociales. El 61,5% de las personas mayores de 65 entrevistadas que viven solas declara que es muy probable o bastante probable que acuda en un futuro cercano. Un 65% de las mujeres y en menor medida un 49% de los hombres lo ha declarado así.

Pensando en el diseño de estrategias a futuro, la encuesta expone a las personas mayores residentes en Gipuzkoa una batería amplia de servicios de apoyo y les pide que indiquen si les parecen interesantes. En general, ocho de cada diez personas entrevistadas

Tabla 6. Conocimiento de los recursos de atención y demanda a futuro de recursos

Indicador	Estimación Gipuzkoa*	
Conocimiento y uso de los recursos de atención	Conocimiento de los servicios sociales (% afirmativo)	87,1%
	Desconocimiento de los servicios sociales (% no conoce)	12,3%
	Uso de los recursos de atención de los servicios sociales en el último año (%)	15,1%
	Valoración media sobre los servicios sociales (índice 0-10)	8,8 puntos
Demanda a futuro de recursos de atención	Necesidad de los servicios en el futuro cercano (% afirmativo)	61,5%

* Estimación por extrapolación de los resultados del estudio al conjunto de la población mayor de 65 años que vive sola en Gipuzkoa.
Fuente: Fundación Hurkoa, 2019.

indican que por el momento no están interesadas en recibir nuevos recursos de apoyo. Ahora bien, poniendo la mirada en los niveles de interés positivos, hay que destacar que el 20% de las personas que viven solas podrían estar interesadas en recibir apoyos para realizar las tareas básicas, como son las tareas personales y domésticas. Y aproximadamente un 5% considera interesante contar con apoyo para realizar actividades de la vida diaria fuera del hogar (hacer compras, ir a la peluquería, actividades de ocio, etc.) o apoyo psicológico o psicosocial.

4. Los siete factores de la fragilidad

Como ya se indicaba con anterioridad, el estudio ha permitido profundizar en los siete factores de fragilidad de las personas mayores y la investigación ha posibilitado identificar situaciones de riesgo o de vulnerabilidad entre las personas mayores que viven solas en cada uno de los factores de la fragilidad estudiados. Se describe a continuación una síntesis de la situación detectada en cada uno de los factores.

Factor 1. Salud

Comenzando por el factor de la salud, la encuesta solicita a la población mayor de 65 años que vive sola que califique su estado de salud en general y si cree que tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí misma. También se analizan otros indicadores, como haber estado hospitalizado en los últimos doce meses en una o varias ocasiones, no comer caliente más de dos días a la semana o tener dificultades para organizar y gestionar los medicamentos que debe tomar.

La investigación permite concluir que en Gipuzkoa una parte muy relevante de las personas mayores que viven solas considera que cuenta con un estado de salud bueno, con una valoración media de 6,3 puntos sobre 10. Sin embargo, un 5% califica su estado de salud actual como malo o muy malo. Además, un 10% de las personas que viven solas reconocen que tienen problemas de salud que les impiden valerse por sí mismas y aproximadamente un 9% declara que no puede salir a la calle. Un resultado relevante apunta a que entre las personas mayores que viven solas se detecta un 7% que afirma que hay más de dos días a la semana en los que no come caliente.

Son muy pocas las personas que indican que tienen dificultades para gestionar y organizar los medicamentos, ya que solo un 2% de las personas mayores de 65 años de Gipuzkoa que viven solas reconoce tener esa dificultad. Ahora bien, hay que precisar que aproximadamente un 10% señala que no tiene dificultad porque recibe ayuda.

En el factor de salud se ha calificado como persona frágil aquella que presenta más de dos de las siguientes situaciones:

- Considera que su estado de salud en general es malo o muy malo.
- Ha estado hospitalizada en más de una ocasión en el último año.
- Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí misma
- Hay más de dos días a la semana que no come caliente.
- Tiene dificultades para organizar y gestionar los medicamentos que debe tomar.

Del total de las personas mayores de 65 años que viven solas resulta que tienen una situación de fragilidad por motivos de salud el 0,8%. En términos poblacionales, cabe estimar que hay 290 personas mayores que viven solas y que tiene fragilidad por motivos de salud en Gipuzkoa. Por otro lado, del estudio se desprende que un 19% de las personas mayores viven actualmente en una situación de prefragilidad (aproximadamente 6.600 personas), ya que han reconocido una o dos situaciones de las mencionadas anteriormente.

Tabla 7. Salud como factor de riesgo de la fragilidad de las personas mayores de 65 años que viven solas en Gipuzkoa

Salud	Resultados de la encuesta		Estimación Gipuzkoa*
	N	%	N
Sin riesgo	294	80,5	28.433
Prefrágil	68	18,6	6.576
Frágil	3	0,8	290
Total	365	100	35.300

* Estimación por extrapolación de los resultados del estudio al conjunto de población mayor de 65 años que vive sola en Gipuzkoa.

Fuente: Fundación Hurkoa, 2019.

Factor 2. Capacidad para realizar las actividades de la vida diaria

El segundo factor estudiado es la capacidad para realizar las actividades y las labores habituales de la vida diaria. Para ello se le pide a la persona que ofrezca una valoración personal sobre su grado de autonomía en diferentes actividades, como lavarse (bañarse), vestirse y desvestirse, moverse dentro de casa (50 metros) o fuera de casa (caminar 400 metros sin fatigarse). Igualmente se estudia su capacidad para realizar otras actividades calificadas como instrumentales, como son utilizar el teléfono, ir de compras, realizar las tareas domésticas (limpieza, comida) o gestiones económicas o legales.

En este sentido, se estima que el 73% de las personas que viven solas cree que su capacidad para realizar las actividades y labores habituales de la vida diaria es buena o muy buena, frente al 5,5% que considera su capacidad como mala o muy mala.

La falta de capacidad para realizar las actividades de la vida diaria más básicas y las instrumentales se acrecienta entre las personas de 85 años y

más. No obstante, es interesante constatar que la capacidad más limitada se señala en la mayoría de los casos por personas que ya son usuarias de los servicios sociales. Del estudio se desprende que las mujeres manifiestan una capacidad menor para realizar gestiones y compras que los hombres, mientras que los hombres sufren más dificultades para desempeñar tareas domésticas. La encuesta ha identificado un colectivo especialmente frágil, que afecta al 1,4 % de las personas mayores que viven solas, que reconoce tener dificultades para tomar decisiones.

En el factor de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria se califica como persona frágil aquella persona que presenta más de tres de las siguientes situaciones:

- Califica su capacidad para realizar las actividades y labores habituales de la vida diaria como mala o muy mala.
- Declara dificultad para lavarse (bañarse).
- Declara dificultad para vestirse y desvestirse.
- Declara dificultad para moverse dentro de casa (50 metros).
- Declara dificultad para moverse fuera de casa (caminar 400 metros sin fatigarse).
- Declara dificultad para realizar tareas domésticas (limpieza, comida).
- Declara dificultad para realizar gestiones económicas o legales.

Con arreglo a estos criterios, resulta que tienen una situación de fragilidad por tener dificultades para realizar las actividades de la vida diaria el 1,9 % del total de las personas mayores de 65 años que viven solas. En términos poblacionales y teniendo en cuenta los resultados del estudio, cabe estimar que en Gipuzkoa residen 677 personas mayores que viven solas con dificultades para realizar las actividades de la vida diaria. Un 18 % de las personas mayores viven actualmente en una situación de prefragilidad (aproximadamente 6.300 personas en Gipuzkoa), personas que han reconocido tener dificultades entre una y tres actividades de la vida diaria mencionadas anteriormente.

Tabla 8. Capacidad para realizar las actividades de la vida diaria como factor de riesgo de la fragilidad de las personas mayores de 65 años que viven solas en Gipuzkoa

Capacidad para realizar las actividades de la vida diaria	Resultados de la Encuesta		Estimación Gipuzkoa*
	N	%	N
Sin riesgo	293	80,3	28.337
Pre-frágil	65	17,8	6.286
Frágil	7	1,9	677
Total	365	100,0	35.300

* Estimación por extrapolación de los resultados del estudio al conjunto de población mayor de 65 años que vive sola en Gipuzkoa. **Fuente:** La fragilidad de las personas mayores en Gipuzkoa. Fundación Hurkoa, 2019.

Factor 3. Red de apoyo social

El tercer factor se refiere a la red social y los apoyos de otras personas, factor clave para mitigar las situaciones de soledad y evitar la fragilidad. La encuesta recoge información sobre la relación que tienen las personas mayores que viven solas con su familia próxima (hijo/os, hija/as, hermanos/as, nietos/as), con la familia extensa (tíos/tías, primos/as, sobrinos/as), con las amistades y con el vecindario.

La fragilidad es un aspecto muy vinculado a la falta de red social de apoyo de las personas mayores en su día a día. La gran mayoría de las personas mayores de 65 años encuestadas declara tener unas relaciones sociales frecuentes, sobre todo con la familia más próxima: ocho de cada diez personas afirman tener relación a diario con hijos/as, hermanos/as o nietos/as. Ahora bien, un 7 % de las personas que viven solas indica que no tienen relación o no tienen familia próxima y un 6 % expone que no dispone de apoyo familiar suficiente. Hay, además, un 2,5 % que no puede pedir ayuda a nadie si la necesita.

En la dimensión de la red de apoyo social se califica como persona frágil aquella persona que presenta más de dos de las siguientes situaciones:

- No dispone de apoyo familiar suficiente.
- Necesita que le ayude alguien a menudo.
- No tiene relación con las amistades.
- No conoce los servicios sociales.

De acuerdo con este criterio, el 0,3 % de las personas mayores de 65 años que viven solas de Gipuzkoa se encuentra en una situación de fragilidad por falta de red de apoyo social, por lo que en cifras absolutas podríamos estar hablando de aproximadamente 100 personas.

Ahora bien, es importante destacar que un 37 % de las personas mayores que viven solas se encuentran en una situación de prefragilidad por tener una red de apoyo social débil (reconocen vivir una o dos situaciones de las recogidas anteriormente). En términos poblacionales, se estima que algo más de 13.000 personas mayores presentan una situación de prefragilidad por falta de una red de apoyo social.

Tabla 9. Red de apoyo social como factores de riesgo de la fragilidad de las personas mayores de 65 años que viven solas en Gipuzkoa

Red de Apoyo Social	Resultados de la encuesta		Estimación Gipuzkoa*
	N	%	N
Sin riesgo	229	62,0	22.147
Prefrágil	135	37,0	13.056
Frágil	1	0,3	97
Total	365	100,0	35.300

* Estimación por extrapolación de los resultados del estudio al conjunto de población mayor de 65 años que vive sola en Gipuzkoa. **Fuente:** Fundación Hurkoa, 2019.

Factor 4. Participación social y comunitaria

El cuarto factor estudiado alude a la participación social y comunitaria de las personas mayores que viven solas. Se realiza una consulta sobre la frecuencia con la que sale de casa, hace recados (compras, banco, farmacia, etc.), sale a pasear o acude a un bar o a una cafetería o al hogar del jubilado. También se analizan actividades como la práctica deportiva, la asistencia a cursos de formación o la realización de actividades de voluntariado.

El 84,5 % de las personas mayores que viven solas sale de casa todos los días, un 10,5 % lo hace una o varias veces a la semana y un 8 % sale con menor frecuencia (3,3 % una o varias veces al mes y 1,6 % no sale o sale tan solo una o varias veces al año).

La realización de recados como hacer las compras, ir al banco o ir a la farmacia se lleva a cabo todos los días o varias veces a la semana y hay un porcentaje, aunque menor, que las hace una vez al mes. Son muchas las personas mayores que viven solas que salen a pasear todos los días (70 %). Solo el 22 % practica algún deporte y también es reducido el número de personas que acuden a actos deportivos, religiosos o culturales.

Según el factor de la participación social y comunitaria se califica como persona frágil aquella que presenta más de una de las siguientes situaciones:

- En el último año no ha salido de casa.
- No realiza ninguna de las siguientes actividades de participación social: hacer recados, ir al bar o a la cafetería, ir al hogar del jubilado.
- No realiza actividades de participación comunitaria: salir a pasear, hacer deporte, ir a actos deportivos o culturales, cursos de formación, vacaciones o voluntariado.

El resultado es que el 1,9 % de las personas mayores de 65 años que viven solas de Gipuzkoa se encuentra en una situación de fragilidad por su falta de participación social y comunitaria. En términos poblacionales, se estima que hay 677 personas en Gipuzkoa que podrían estar en esta situación.

Si una persona indica alguna de las tres opciones planteadas, se la califica como prefrágil en el ámbito de la participación social y comunitaria. Esta circunstancia afectaría a un 3,6 % de la población mayor que vive sola en Gipuzkoa (aproximadamente 1.300 personas).

Tabla 10. Participación social y comunitaria como factor de riesgo de la fragilidad de las personas mayores de 65 años que viven solas en Gipuzkoa

Participación Social y Comunitaria	Resultados de la encuesta		Estimación Gipuzkoa*
	N	%	N
Sin riesgo	345	94,5	33.366
Prefrágil	13	3,6	1.257
Frágil	7	1,9	677
Total	365	100,0	35.300

* Estimación por extrapolación de los resultados del estudio al conjunto de población mayor de 65 años que vive sola en Gipuzkoa.
Fuente: Fundación Hurkoa, 2019.

Factor 5. Bienestar emocional

El quinto factor corresponde al bienestar emocional. La encuesta indaga sobre la percepción que las personas mayores que viven solas tienen sobre la soledad, la tristeza, la vivencia del miedo a olvidarse de ciertas cosas (fuego, gas, calefacción, grifo..., etc.), la percepción de inseguridad en la vivienda (miedo a que le roben, etc.) o en el entorno (barrio) o la experimentación de dificultades o ansiedad para realizar algunas gestiones diarias (banco, seguros, abogados, etc.) o vivencias de rechazo o discriminación (por la edad) e incluso de abuso económico, maltrato físico o psicológico.

De acuerdo con los datos de la encuesta, la percepción de soledad y de tristeza es bastante acusada entre las personas mayores que viven solas en Gipuzkoa, estimándose que un 17,5 % de las personas que viven solas reconoce que siente a menudo la soledad y un 21 % la tristeza. Cerca de un 2 % asegura haber sufrido en alguna ocasión abuso económico o maltrato físico o psicológico.

En la dimensión de bienestar emocional se califica como persona frágil aquella persona que presenta más de dos de las siguientes situaciones:

- Percepción frecuente de soledad.
- Percepción frecuente de inseguridad en la vivienda (miedo a que le roben, etc.).
- Percepción frecuente de inseguridad en el entorno (barrio).
- Percepción frecuente de maltrato físico o psicológico.

La falta de bienestar emocional es el factor de fragilidad reconocido por el 0,3 % de las personas mayores de 65 años que viven solas de Gipuzkoa. En cifras absolutas, el número estimado es reducido, 97 personas.

Ahora bien, el 20 % de las personas mayores que viven solas plantea una situación de prefragilidad, ya que han indicado una o dos situaciones de fragilidad del bienestar emocional. Se estima, por tanto, que unas 7.000 personas mayores de Gipuzkoa presentan una situación de prefragilidad por debilidad en el bienestar emocional.

Tabla 11. Bienestar emocional como factor de riesgo de la fragilidad de las personas mayores de 65 años que viven solas en Gipuzkoa

Bienestar Emocional	Resultados de la encuesta		Estimación Gipuzkoa*
	N	%	N
Sin riesgo	291	79,7	28.143
Prefrágil	73	20,0	7.060
Frágil	1	0,3	97
Total	365	100,0	35.300

* Estimación por extrapolación de los resultados del estudio al conjunto de población mayor de 65 años que vive sola en Gipuzkoa. Fuente: Fundación Hurkoa, 2019.

Factor 6. Bienestar material

En cuanto al bienestar material, el sexto factor estudiado, la encuesta recoge información sobre la situación económica de las personas mayores que viven solas y se les pregunta si tienen dificultad para afrontar los gastos generales (alquiler, electricidad, gas, comida, ropa, etc.).

Del estudio se desprende que 8 de cada 10 personas mayores que viven solas indican que no tienen dificultades para afrontar los gastos generales de alquiler, electricidad, gas, comida, ropa, etc. No obstante, un 2 % señala que en el último año ha tenido muchas dificultades para hacer frente a los gastos generales y un 10 % considera haber tenido alguna dificultad. Además, existe un 14 % que afirma no tener calefacción y un 3 % que, aunque la tiene, no la enciende. Por su parte, el 21,5 % de las personas mayores encuestadas indica que tiene dificultades o siente ansiedad a la hora de realizar gestiones relacionadas con banca, seguros o aspectos legales.

En el factor del bienestar material se califica como frágiles a aquellas personas que presentan más de dos de las siguientes situaciones:

- En los últimos doce meses, ha tenido dificultad para afrontar los gastos generales (alquiler, electricidad, gas, comida, ropa, etc.).
- El nivel de ingresos mensual actual es inferior a 700 euros.
- La vivienda en la que reside es de alquiler o en propiedad con pagos pendientes.
- La vivienda no tiene calefacción o si la tiene no la pone.
- Percepción de haber sufrido abuso económico.

La aplicación de estos criterios indica que la falta de bienestar material es un factor de fragilidad reconocido por el 1,6 % de las personas mayores de 65 años que viven solas de Gipuzkoa. En cifras absolutas, las personas con ausencia de bienestar material se estiman en 580.

El 30 % de las personas mayores que viven solas plantea una situación de prefragilidad en la dimensión del bienestar material, ya que han

indicado afirmativamente en una o dos situaciones de fragilidad del bienestar material. La extrapolación de estos resultados sitúa en 10.000 la cifra de personas mayores 65 años en Gipuzkoa que se encuentran en situación de prefragilidad por debilidad en su bienestar material.

Tabla 12. Bienestar material como factor de riesgo de la fragilidad de las personas mayores de 65 años que viven solas en Gipuzkoa

Bienestar Material	Resultados de la encuesta		Estimación Gipuzkoa*
	N	%	N
Sin riesgo	251	68,8	24.275
Prefrágil	108	29,6	10.445
Frágil	6	1,6	580
Total	365	100,0	35.300

* Estimación por extrapolación de los resultados del estudio al conjunto de población mayor de 65 años que vive sola en Gipuzkoa. Fuente: Fundación Hurkoa, 2019.

Factor 7. Necesidad de vivienda

El último factor analizado se refiere a la situación en materia de vivienda. Se indaga en aspectos como el régimen de tenencia de la vivienda en la que residen las personas mayores que viven solas, la situación del entorno, del edificio y de la vivienda con relación a la accesibilidad física y la percepción de tener necesidad de cambiar o de rehabilitar su vivienda principal para adecuarse a sus necesidades.

De acuerdo con los resultados obtenidos, prácticamente la totalidad de las personas mayores que conforman un hogar unipersonal de Gipuzkoa cuenta con una vivienda propia y aproximadamente un 7 % necesita reformar o rehabilitar la vivienda. Estas situaciones de necesidad están en muchas ocasiones relacionadas con problemas de accesibilidad del edificio, carencia de ascensor o viviendas no adaptadas a las necesidades de las personas mayores. Cerca de la mitad de las personas entrevistadas confirma que la accesibilidad del edificio en el que viven no es adecuada, y este aspecto incide negativamente en la posibilidad de salir y relacionarse con otras personas.

En el factor de la vivienda, se califica como persona frágil aquella persona que presenta más de dos de las siguientes situaciones:

- El edificio no es accesible hasta el portal (sin escaleras, con rampa).
- El edificio no cuenta con ascensor hasta la planta.
- La vivienda no es accesible por dentro (no tiene el baño adaptado).
- Actualmente tiene necesidad de cambiar o de reformar la vivienda.

La aplicación de estos criterios indica que el 11,5 % de las personas mayores de 65 años que viven solas de

Gipuzkoa se encuentra en una situación de fragilidad por motivos de vivienda. En cifras poblacionales, se estima que unas 4.000 personas mayores cuentan con unas condiciones de vivienda no adecuadas. Además, el 52 % reconoce que tiene una o dos de los indicadores de vivienda recogidos, es decir, se encuentra en una situación de prefragilidad por cuestiones relativas a la vivienda. Extrapolando a cifras absolutas, más de 18.000 personas mayores de 65 años se encuentran en esta situación.

Tabla 13. La vivienda como factor de riesgo de la fragilidad de las personas mayores de 65 años que viven solas en Gipuzkoa

Vivienda	Resultados de la encuesta		Estimación Gipuzkoa*
	N	%	N
Sin riesgo	133	36,4	12.863
Prefrágil	190	52,1	18.375
Frágil	42	11,5	4.062
Total	365	100,0	35.300

* Estimación por extrapolación de los resultados del estudio al conjunto de población mayor de 65 años que vive sola en Gipuzkoa.
Fuente: Fundación Hurkoa, 2019.

Tabla 14. Principales indicadores de la fragilidad de las personas mayores de 65 años de Gipuzkoa

DIMENSIÓN	FACTOR DE FRAGILIDAD	INDICADOR DE FRAGILIDAD		ESTIMACIÓN GIPUZKOA (%)
1. Salud	1	Considera que su estado de salud en general es...	Muy malo/Malo	4,90
	2	¿Ha estado hospitalizado?	Sí, en más de una ocasión	2,50
	3	¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo?	Sí	9,60
	4	¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?	Sí	6,60
	5	En su opinión, ¿tiene dificultades para organizar y gestionar los medicamentos que debe tomar?	Sí, alguna dificultad/ Sí, bastante dificultad	1,90
2. Capacidad para realizar las actividades de la vida diaria	6	En general, ¿cómo califica su capacidad para realizar las actividades y labores habituales, de la vida diaria?	Muy malo/Malo	5,50
	7	Grado de autonomía: lavarse (bañarse)	Con dificultad (dependiente)	1,90
	8	Grado de autonomía: vestirse y desvestirse	Con dificultad (dependiente)	1,10
	9	Grado de autonomía: moverse dentro de casa (50 metros)	Con dificultad (dependiente)	0,80
	10	Grado de autonomía: / moverse fuera de casa (Caminar 400 metros sin fatigarse)	Con dificultad (dependiente)	4,70
	11	Grado de autonomía: tareas domésticas (limpieza, comida)	Con dificultad (dependiente)	10,10
	12	Grado de autonomía: realizar gestiones económicas o legales	Con dificultad (dependiente)	10,70
3. Red de apoyo social	13	¿Dispone de apoyo familiar suficiente?	No	5,80
	14	¿Necesita que le ayude alguien a menudo?	Sí	11,80
	15	¿Tiene relación? Amigos/as	No tiene ese vínculo/ Tiene esa red social, pero no se relaciona con ellos	15,10
	16	Señale si conoce los servicios sociales	No	12,10
4. Participación social y comunitaria	21	Frecuencia: salir de casa	Mensualmente o menos	4,90
	22	Frecuencia: actividades de participación social (hacer recados, ir al bar o a la cafetería, ir al hogar del jubilado)	No voy nunca	1,60
	23	Frecuencia: Actividades de participación comunitaria (Salir a pasear, hacer deporte, ir a actos deportivos o culturales, cursos de formación, vacaciones o voluntariado)	No voy nunca	2,20
5. Bienestar emocional	17	Soledad	Sí, a menudo	17,30
	18	Inseguridad en la vivienda (miedo a que le roben, etc.)	Sí, a menudo	5,20
	19	Inseguridad en el entorno (barrio)	Sí, a menudo	0,80
	20	Maltrato físico o psicológico	Sí, a menudo/Sí, alguna vez	0,80

DIMENSIÓN	FACTOR DE FRAGILIDAD	INDICADOR DE FRAGILIDAD		ESTIMACIÓN GIPUZKOA (%)
6. Bienestar material	24	En los últimos doce meses, ¿ha tenido dificultad para afrontar los gastos generales (alquiler, electricidad, gas, comida, ropa,...)?	Mucha dificultad	2,20
	25	Nos podría indicar cuál es su nivel de ingresos mensual actual	Menos de 700 euros al mes	15,60
	26	La vivienda en la que reside es:	Una vivienda propia en proceso de pago/ Una vivienda de alquiler	4,70
	27	¿La vivienda tiene calefacción?	No, no tengo/Sí, tengo calefacción pero no la pongo	16,70
	28	Abuso económico	Sí, a menudo /Sí, alguna vez	1,10
7. Necesidad de vivienda	29	El edificio es accesible hasta el portal (sin escaleras, con rampa)	No	41,40
	30	Cuenta con ascensor hasta la planta	/No	33,20
	31	La vivienda es accesible por dentro (tiene el baño adaptado)	No	29,30
	32	¿Actualmente tiene necesidad de cambiar o de reformar la vivienda?	Necesito cambiar de vivienda / Necesito reformar o rehabilitar la vivienda	7,10

* Estimación por extrapolación de los resultados del estudio al conjunto de población mayor de 65 años que vive sola en Gipuzkoa.

Fuente: Fundación Hurkoa, 2019.

5. Algunos aspectos a tener en cuenta para concluir

El estudio realizado pone de manifiesto unos niveles de fragilidad que se podrían calificar de moderados entre las personas mayores que viven solas en Gipuzkoa. Los resultados obtenidos en los tres municipios incluidos en la encuesta señalan que solo un 1,4 % de estas personas viven situaciones graves de fragilidad (en torno a 500 personas, en cifras extrapoladas), aunque un 12 % presenta una fragilidad moderada (más de 4.000 personas).

Los factores relacionados con la soledad y el aislamiento social resultan los más problemáticos, seguidos de los relativos a los problemas de salud. En una posición intermedia se encuentran los factores de fragilidad relacionados con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y con la calidad de vida en general, mientras que la mejor situación corresponde a los factores económicos y a la disposición de apoyos.

Estos resultados ponen de relieve que el contexto de fragilidad de las personas mayores requiere del reconocimiento de la convergencia y combinación que surge entre diversos factores, tales como el estado de salud, la capacidad para realizar las actividades diarias, la red de apoyo social, el bienestar emocional, la participación social y comunitaria, el bienestar material y las condiciones y accesibilidad de la vivienda. El abordaje de estas situaciones de fragilidad requiere un enfoque multidimensional, lo que pone en valor la necesaria colaboración entre los y las profesionales del ámbito

social y de la salud, así como la participación del conjunto de agentes de la comunidad.

Si se tienen en cuenta las dimensiones arriba indicadas, es propio concluir que resulta pertinente desarrollar un trabajo desde la proximidad, concepto que hace referencia a la idea de *proximidad activa*, entendida como la práctica de acercarse al lugar donde esté la persona, con una actitud proactiva para conocer al sujeto y su entorno. Este concepto incluye también, la idea de *proximidad construida*, aspecto que subraya la importancia de crear y construir un vínculo de cercanía y enganche entre la persona mayor que está en la situación de fragilidad y el profesional (Aguilar y Llobet, 2013). Por otro lado, la fragilidad requiere del acompañamiento, entendido como método de intervención profesional orientado a atender las necesidades de apoyo social para lograr la participación de la persona en su entorno comunitario y mejorar el grado de satisfacción de las necesidades sociales, instrumentales y relacionales (Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2011).

Ante estas consideraciones, es importante que el modelo de atención de las personas mayores en situación de fragilidad, quede vinculado, por una parte, a la intervención individual (gestión del caso) con el objetivo de cubrir las necesidades y mejorar la calidad de vida de esta; y, por otra, a la intervención comunitaria, haciendo una labor de sensibilización con los agentes sociales, para que apoyen la detección de las situaciones de fragilidad y a su vez faciliten la proximidad de estas personas a los recursos del entorno.

Esta doble dimensión, posibilita a su vez concretar los apoyos que se precisan para el trabajo y desarrollo de intervenciones integrales y coordinadas, atendiendo a las distintas necesidades identificadas en torno a tres cuestiones clave:

- Apoyo instrumental, orientado a la realización de trámites vinculados a los recursos sociales y económicos, organización del cuidado personal, orientación en la adecuación de los hábitos, asesoramiento en diversas gestiones como la lectura de facturas y otros documentos, etc.
- Apoyo social y sentido de pertenencia, que busca facilitar el acceso a los recursos del entorno comunitario, facilitar el vínculo con la red social y comunitaria, etc.
- Apoyo emocional, necesario para fomentar la seguridad y empoderamiento de la persona mayor, facilitando las relaciones significativas.

- AGUILAR, M. y LLOBET, M. (2013): “Servicios sociales: integralidad, acompañamiento, proximidad, incorporación”, *Encuentros de expertos en Inclusión social en Mérida IntegrACTIVA*, Fundación Luis Vives.
- FUNDACIÓN HURKOA (2018): *Informe del Proyecto de Fragilidad*, Vitoria-Gasteiz, Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, <https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/INFORME%20FRAGILIDAD2018_ES_WEB.pdf>.
- (2019): *La fragilidad de las personas mayores en Gipuzkoa*, Fundación Hurkoa, <https://www.hurkoa.eus/sites/default/files/fragilidad_personas_mayores.pdf>https://www.hurkoa.eus/sites/default/files/fragilidad_personas_mayores.pdf.
- JÁUREGUI, J.R. y RUBIN, R. (2012): “Fragilidad en el adulto mayor”, *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, vol. 32, nº 3, pp. 110-115, <https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/12815_110-115_HI3-2_Revision_Jauregui%20Rubin.pdf>.
- RED NAVARRA DE LUCHA CONTRA LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL (2011): *El acompañamiento como método de intervención en los procesos de inclusión: nuevas reflexiones*, Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social.

Algunas pistas para la mejora del sistema de atención a la dependencia en España¹

**SIIS Centro de Documentación y Estudios,
Fundación Eguía-Careaga**

estudios@siis.net

Covid-19ak eragindako epidemiak Espainiako mendekotasun-artarako ereduak aspalditik dituen arazoak—orain artean ez bezala— agenda politikoaren lehen planoan jarri ditu, eta administrazioek sistemaren antolaketaren norabidearen aldaraztea planteatzea derrigortu. Artikulu honetan, Espainiako Estatu osoaren mendekotasun-artarako eredu berrantolatzeko zenbait zantzu azaltzen dira, azken batean, inguruko beste herrialde batzuen mendekotasun-artarako sistemen diseinuan oinarritzen direnak.

GAKO-HITZAK:

Mendekotasuna, adinekoak, ezgaitasuna duten pertsonak, arreta soziosanitarioa, iraupen luzeko zaintzak, ereduak, erreforma.

La epidemia causada por la covid-19 ha colocado en el primer plano de la agenda política —como no había ocurrido hasta ahora— los problemas que desde hace años arrastra el modelo de atención a la dependencia en España, y ha obligado a las administraciones a plantearse un cambio de rumbo en la organización del sistema. Este artículo plantea algunas pistas para reorganizar el modelo de atención a la dependencia en el conjunto del Estado español a partir, fundamentalmente, del diseño de los sistemas de atención a la dependencia de otros países de nuestro entorno.

PALABRAS CLAVE:

Dependencia, personas mayores, personas con discapacidad, atención socio sanitaria, cuidados de larga duración, modelos, reforma.

¹ Una primera versión resumida de este texto se publicó en el blog del SIIS Centro de Documentación y Estudios en septiembre de 2020 (<https://blog.siis.net/2020/09/pistas-para-la-mejora-del-sistema-de-atencion-a-la-dependencia/>).

1. Los cuidados de larga duración, (por fin) en el centro de la agenda política

La crisis provocada por el coronavirus ha tenido graves consecuencias en el ámbito de la atención a las personas con dependencia. Según los datos publicados por el Imsero (2020), entre marzo y junio de 2020 se observa un exceso de mortalidad de 33.057 personas solicitantes de prestaciones de dependencia en España, lo que supone un incremento del 50 % respecto a la mortalidad esperada. Estos fallecimientos representan el 1,74 % del total de solicitantes del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y cerca del 75 % de todo el exceso de fallecimientos registrado hasta la fecha en el Estado español. La irrupción del coronavirus ha puesto además sobre la mesa —como no había ocurrido hasta ahora— los problemas que desde hace años arrastra el modelo de atención a la dependencia, y ha obligado a las administraciones a plantearse un cambio de rumbo en la organización del sistema. Este artículo plantea algunas pistas para la reorganización del modelo de atención a la dependencia en el conjunto del Estado español a partir, fundamentalmente, del diseño de los sistemas de atención a la dependencia de otros países de nuestro entorno.

En primer lugar, el estudio revisa las dificultades que atraviesa el sistema de atención a la dependencia en España, para luego detenerse en las principales áreas de mejora. La puesta en marcha de una nueva arquitectura de los cuidados que impulse fórmulas y dispositivos intermedios entre el hogar y la residencia convencional constituye uno de las reformas de mayor calado que han de emprenderse. Otros desafíos del sistema son aumentar la capacidad de elección de las personas que utilizan servicios residenciales y a la asistencia domiciliaria; repensar el papel de las entidades públicas y privadas en la prestación de cuidados de larga duración; mejorar los ratios, cualificaciones profesionales y condicionales laborales en el sector de los cuidados; y asegurar una adecuada atención médica en los centros residenciales. Resolver los problemas del sistema español de cuidados a la dependencia exige también un replanteamiento de su financiación, así como un impulso decidido de los sistemas de evaluación y gestión del conocimiento, que hoy por hoy resultan claramente insuficientes. El artículo termina señalando de forma concisa otros cambios que deberían introducirse en el sistema y que requerirían, en último término, avanzar hacia modelos atención más individualizados y centrados en las personas.

2. Debilidades del actual modelo de la atención a la dependencia en España

Como explican Zalakain y Davey (2020), con carácter previo a la epidemia se habían puesto de manifiesto problemas relativamente importantes en el modelo

español de cuidados de larga duración. Brevemente, pueden señalarse los siguientes:

- Escaso desarrollo de los servicios de carácter preventivo y de apoyo en el domicilio, debido en parte con la debilidad de los servicios sociales de atención primaria, de competencia municipal. El Servicio de Asistencia Domiciliaria no responde, en líneas generales, a las necesidades de las personas con necesidades de apoyo moderadas o severas que residen en sus domicilios.
- Escasa cobertura e intensidad de los servicios públicos que reciben la mayor parte de las personas con dependencia y persistencia de bolsas importantes de personas con dependencia reconocida que no acceden a ningún servicio (lo que se conoce como “limbo de la dependencia”). El elevado número de personas que se encuentran en lista de espera para recibir las prestaciones sigue siendo un tema de especial preocupación, ya que suponían antes del coronavirus cerca del 20 % de todas las personas con derecho a prestaciones.
- Debilidad de los servicios de apoyo a las personas cuidadoras.
- Diferencias interterritoriales muy acusadas en lo que se refiere a la calidad, la cobertura o la financiación de los servicios, lo que supone la existencia de modelos de atención claramente dispares. No cabe duda de que la compleja y en cierta medida disfuncional estructura competencial y territorial del sistema de servicios sociales ha contribuido a un desarrollo insuficiente y desigual de los cuidados de larga duración.
- Peso excesivo de las prestaciones económicas sobre los servicios de atención directa, si bien en los últimos años su peso se ha ido reduciendo y representan en la actualidad en torno al 40 % de todas las prestaciones.
- El protagonismo de la prestación de cuidados en el entorno familiar ha reforzado la responsabilidad de las familias en la prestación de cuidados y, probablemente, el recurso a los cuidados privados a domicilio, a menudo prestados por mujeres inmigrantes contratadas de forma irregular. La cualificación de estas mujeres no siempre es suficiente y sus condiciones laborales son por lo general muy deficientes.
- Problemas de financiación: el gasto público global destinado a los servicios de larga duración es comparativamente bajo, la financiación del Gobierno central es más reducida de lo inicialmente previsto y los niveles de copago son elevados, especialmente para las personas de rentas medias y altas.
- Ese menor gasto público se relaciona con el escaso nivel retributivo que obtienen los trabajadores/as del sector. De hecho, las malas condiciones laborales caracterizan un sector en el que las mujeres son ampliamente mayoritarias.

Además, las ratios asistenciales varían claramente de unas comunidades a otras y son, en general, insuficientes.

- En un marco de restricciones al gasto público, una parte importante de los servicios públicos son prestados por entidades privadas, con y sin fin de lucro. De acuerdo a los datos del Imserso, solo el 60 % de las plazas residenciales o de centro de día tienen financiación pública. En esos casos, además, la financiación pública es insuficiente, lo que se refleja en niveles de calidad insuficientes.

A partir de ese diagnóstico, ¿qué podemos aprender de la experiencia de países como Suecia, Francia, Alemania, Reino Unido, Canadá o Estados Unidos? Podría pensarse, a primera vista, que poco: en la mayor parte de esos países el coronavirus ha tenido también un impacto extraordinario en el ámbito de la atención a la dependencia y en todos ellos el sector de los cuidados de larga duración se enfrenta a problemas similares a los de España: infrafinanciación, malas condiciones laborales, escaso prestigio social, problemas de coordinación sociosanitaria y dificultades para ofrecer unos servicios verdaderamente adaptados a las necesidades y a las preferencias de las personas que los reciben. La experiencia de esos países —con sus luces y sus sombras— permite sin embargo identificar planteamientos generales y medidas específicas que contribuirían a acometer en mejores condiciones la necesaria refundación del modelo español de atención a la dependencia.

3. Una nueva arquitectura de los cuidados

Uno de los principales cambios estratégicos que requiere el sistema de atención a la dependencia pasa por el desarrollo de un espacio intermedio entre el domicilio y el centro residencial convencional. Más allá de la necesaria potenciación y reorientación del servicio de atención a domicilio —cuestión que requeriría un análisis monográfico—, es imprescindible impulsar un continuo de opciones de alojamiento alternativo para las personas mayores que refuerce específicamente los apartamentos tutelados, las viviendas comunitarias y el resto de las opciones de vivienda asistida o con cuidados ya ampliamente desarrolladas en otros países.

En la línea del *extracare housing* británico², las viviendas seguras suecas³, las viviendas compartidas o de grupo alemanas⁴, o las *résidence autonomie* francesas⁵, estas opciones se caracterizan por

separar con claridad la provisión de la vivienda o el alojamiento —ya sea en compra o en alquiler— de la provisión de los cuidados; la prestación de los cuidados necesarios mediante equipos itinerantes de atención domiciliaria (sin presencia asistencial durante veinticuatro horas); y la organización en torno a estudios o apartamentos con servicios comunes, ya sea en edificios ordinarios o en complejos específicamente destinados a estos equipamientos⁶.

Junto al desarrollo de fórmulas alternativas de vivienda —vivienda colaborativa, *cohousing*, etc.— para personas mayores autónomas, esta nueva arquitectura de los cuidados implica la necesidad de seguir avanzando en la modificación del diseño arquitectónico y ambiental de los centros residenciales convencionales. España se caracteriza por un tamaño relativamente grande de los centros residenciales —el tamaño medio de los centros residenciales españoles es de 70 plazas, frente a 29 en Inglaterra, 45 en Suecia, 68 en Alemania, 70 en Francia y 110 en Estados Unidos—, por la relativa escasez de habitaciones individuales y, sobre todo, por diseños arquitectónicos en los que se combinan habitaciones de pequeño tamaño —diseñadas solo para dormir o estar encamado/a— y zonas comunes de grandes dimensiones, en las que tienen lugar las diferentes actividades de grupo. Frente a ese modelo institucional, es conveniente apostar por unidades más pequeñas, apartamentos o estudios individuales —decorados y amueblados por las personas usuarias— en lugar de habitaciones, y zonas comunes (comedor, sala de estar, etc.) de reducidas dimensiones enfocadas a grupos pequeños.

Junto a ello, es necesario también avanzar en otros elementos relacionados con el diseño arquitectónico de los centros residenciales, como su ubicación en el tejido urbano, el aprovechamiento de la luz y las zonas verdes, y la mezcla de usos, integrando los centros residenciales con (o en) otros equipamientos comunitarios y fomentando el uso intergeneracional de esos equipamientos. Las *green houses* norteamericanas⁷ podrían ser en ese sentido una inspiración de interés, tanto en lo que se refiere a los elementos ambientales y arquitectónicos como a la organización del servicio y la personalización de la atención.

² <<https://www.ageuk.org.uk/information-advice/care/housing-options/assisted-living-and-extra-care-housing/>>.

³ <<https://www.ivo.se/tillstand/sol-och-lss-tillstand/bistands-bedomt-trygghetsboende/>>.

⁴ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_AGP_HWA_Wohngruppen-Studie.pdf>.

⁵ <<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/changer-de-logement/vivre-dans-une-residence-avec-services-pour-seniors/les-residences-autonomie-pour-qui>>.

⁶ La necesidad de desarrollar un parque de viviendas asistidas o apartamentos tutelados para personas mayores frágiles o dependientes obliga, como se señala más adelante, a reflexionar sobre el papel de los servicios de vivienda en la provisión de servicios de alojamiento para las personas mayores, y a la inadaptación del actual parque residencial a las necesidades tanto de las personas mayores como de los jóvenes. En un contexto de escasa movilidad residencial entre las personas mayores, muchas de ellas viven hasta su fallecimiento en viviendas demasiado grandes, poco accesibles y poco adaptadas a sus necesidades —que en general transmiten además de forma casi gratuita tras su muerte a sus herederos/as—, mientras las personas jóvenes se emancipan tardíamente debido, entre otros factores, a las dificultades para acceder a viviendas asequibles.

⁷ <<https://www.thegreenhouseproject.org/>>.

4. El acceso a los servicios y la titularidad de los proveedores

En buena parte de los países de Europa, el acceso a los servicios residenciales o de asistencia domiciliaria se realiza mediante una prestación económica con la que la persona usuaria financia una parte del coste del servicio. Por citar dos ejemplos, Alemania abona mediante el seguro de dependencia entre 770 y 2.005 euros mensuales, dependiendo del nivel de dependencia, a las personas que quieren acceder a un centro residencial, independientemente de su renta; a través de la *allocation personnalisée d'autonomie* (APA), Francia abona hasta un máximo de 1.742 euros mensuales, dependiendo del grado de dependencia y de la renta de las personas usuarias.

Con estas prestaciones, las personas usuarias acceden al centro residencial de su elección, que puede ser de titularidad pública o privada. En estos países prima una lógica “consumista” en la concepción del servicio, basada en la competencia entre proveedores y la libertad de elección de la persona usuaria. La prestación que estas personas reciben, en todo caso, no cubre la totalidad del coste de la plaza y los niveles de copago son importantes. El otro extremo lo representa Suecia, donde —aunque se han abierto en los últimos años fórmulas para facilitar la libertad de elección de las personas usuarias— no existe una prestación económica, y lo que la Administración concede es una plaza en un centro residencial (también con copago, como se verá más adelante). Lo mismo ocurre con el servicio de asistencia domiciliaria.

España combina, con poco éxito, ambas fórmulas: aunque la prestación vinculada al servicio (PEVS) se ha ido abriendo camino y representa el 10 % de todas las prestaciones, la fórmula de acceso a los servicios residenciales y domiciliarios de financiación pública consiste en la asignación por parte de la Administración de una plaza residencial o una cantidad determinada de horas de atención domiciliaria, independientemente de que quien preste esos servicios sea una entidad pública o privada⁸. En ese contexto, la capacidad de elección de la persona usuaria es reducida. En el caso del SAD, esta capacidad de elección es nula: se accede al servicio que ha ganado la licitación para la prestación del servicio municipal, salvo que se acceda —como tan a menudo ocurre— al mercado privado de los cuidados a domicilio.

¿Puede España seguir el modelo sueco? ¿Debe reforzar la vía de las prestaciones, siguiendo el modelo francés o alemán? La cuestión tiene mucho que ver con las cuestiones que se abordan a continuación —la estructura de titularidad de los servicios, la determinación del copago y la

garantía de la calidad del servicio exigida por la administración— pero parece lógico impulsar un modelo en el que se potencie la capacidad de elección de las personas usuarias, ya sea mediante una prestación económica, como en Francia o Alemania, ya sea mediante una mayor posibilidad de elegir el centro o la empresa proveedora, como en Suecia. Aun sin confiar excesivamente en las posibles virtudes de la competencia entre proveedores, la reorientación del modelo de atención a la dependencia debería tender a maximizar las opciones de elección de las personas usuarias y a que sean ellas las que elijan, con opciones y garantías suficientes, en qué centro quieren vivir o qué entidad quieren que les atienda en su casa.

Este modelo de libre elección no es incompatible con la prestación de los servicios por parte de entidades públicas ni, menos aún, con el desarrollo de un sistema de responsabilidad pública. En ese sentido, puede decirse que el debate sobre la titularidad pública o privada de los servicios residenciales y sobre su pretendida privatización está en cierta forma distorsionado en España.

Por una parte, habría que recordar que la prestación de servicios residenciales por entidades públicas no es generalizada en Europa y que existen grandes diferencias al respecto entre los diversos países (el porcentaje de centros residenciales de titularidad privada en España es del 75 %, en Suecia es del 16 %, en Francia del 48 %, en Inglaterra del 91 % y en Alemania del 96 %). Es reseñable en cualquier caso a este respecto la experiencia francesa: el 52 % de las plazas son de titularidad pública, pero se accede a ellas de la misma forma que se accede a los centros privados —mediante la prestación económica que concede la Administración— y es la persona usuaria la que elige la titularidad del centro al que acude (sin obviar, en cualquier caso, las dificultades para una elección real que existen en determinadas zonas y/o para determinados perfiles de usuarios).

También habría que recordar que la irrupción de proveedores privados no necesariamente implica una peor calidad de la atención. La experiencia sueca es interesante en ese sentido. Aunque sigue siendo pequeño, el peso de las residencias de titularidad privada en Suecia ha ido creciendo a lo largo de los últimos años en un proceso políticamente impulsado de mercantilización de los servicios sociales. Desde ese punto de vista, Suecia constituye un laboratorio sobre los efectos de la intervención de las empresas privadas en la gestión de los servicios residenciales, y se han publicado un buen número de artículos de investigación analizando en qué medida la irrupción de gestores privados —en un marco de financiación y responsabilidad pública— implica o no un deterioro de la calidad de la atención. No puede decirse en cualquier caso que los datos al respecto sean concluyentes:

- Uno de los últimos trabajos en relación con esta cuestión (Broms, Dahlström y Nistotskaya, 2020)

⁸ También existe la vía, lógicamente, del acceso privado a los servicios, sin prestación económica ni asignación pública de plaza, para las personas que no tienen valoración de dependencia o para las que, teniéndola, no tienen un servicio o prestación asignada.

señala que la competencia entre proveedores no implica mejoras en los indicadores de resultado (satisfacción de las personas usuarias), ni en los de tipo estructural (ratios o cualificación del personal), pero sí en determinados indicadores de proceso, como la limpieza o la actualización de los planes de intervención.

- Otro de los trabajos más recientes realizados al respecto (Winblad, Blomqvist y Karlsson, 2017) señala que, si bien los centros públicos registran dotaciones de personal más elevadas, no se identifican diferencias sustanciales en la calidad de la atención ente centros públicos y privados, frente a lo que sí parece ocurrir en otros países, como Estados Unidos. De acuerdo con este análisis, los centros públicos obtienen mejores resultados en determinados indicadores estructurales (personal, disponibilidad de cocinas individuales, etc.), mientras que los centros privados obtienen mejores resultados en algunos indicadores de proceso, como la participación de las personas usuarias, la revisión de la medicación o la actualización regular de los planes de atención. No se observan, por otra parte, diferencias en los resultados entre entidades privadas con y sin fin de lucro.
- Un estudio similar (Bergman *et al.*, 2016) analizó la diferencia entre centros públicos y privados en lo que se refiere a las tasas de mortalidad, entendidas como un indicador de la calidad de la atención. Los datos del estudio señalan que la tasa de mortalidad, una vez controladas otras variables como la edad o el estado de salud, era casi un 2 % menor en los centros privados, lo que se acompaña de una reducción en el coste por plaza. El estudio concluye que la competencia entre operadores privados mejora la calidad de la atención mientras reduce el coste por plaza del servicio.

En todo caso, las experiencias sueca y alemana ponen claramente de manifiesto que la prestación de servicios de calidad suficiente por parte de empresas privadas con fin de lucro requiere de un marco de regulación, inspección, evaluación, acreditación, contratación y estandarización de la atención del que, como se explica más adelante, carece el Estado español y la mayor parte de sus comunidades.

Por otra parte, el debate sobre la titularidad de los servicios residenciales no puede obviar los procesos de concentración empresarial que se están produciendo tanto en España como en los demás países de Europa y que van en contra, precisamente, de la capacidad de elección de las personas usuarias. En Suecia, por ejemplo, cerca del 70 % de las plazas privadas —que representan en torno al 15 % de todas las plazas— están gestionadas por cinco grandes empresas. Se trata además en general de empresas multinacionales, como Attendo, que operan en toda Escandinavia y que ofrecen servicios de salud, de atención a personas con discapacidad, adicciones, etc. En Alemania, mientras las cuatro principales

empresas privadas apenas concentran el 10 % de todas las plazas, la red de entidades sociales protestantes (Diakonie) concentra el 17 % de las plazas y Cáritas el 8,9 %. Otra entidad sin fin de lucro —Arbeiterwohlfahrt (AWO)— gestiona un 8,2 % más de plazas. En Inglaterra, las cinco principales empresas privadas presentes en el sector gestionan un total de 879 centros y cerca de 53.000 plazas, lo que representa en torno al 15 % del total de las plazas disponibles.

5. Condiciones laborales, ratios de personal y cualificación

Aunque la situación no es al respecto la misma en los diversos países de Europa, puede decirse que la cuestión de las dotaciones y cualificaciones profesionales, así como las condiciones laborales, constituyen uno de los principales problemas de los servicios de atención residencial en todos los países de nuestro entorno. En ese sentido, el sector de los cuidados de larga duración se caracteriza por ser mayoritariamente femenino, con tasas elevadas de rotación y absentismo, bajos salarios y escaso prestigio social. Las cualificaciones necesarias para acceder al sector son además muy variables, y el peso del personal con formación básica en el sector es en general muy importante.

Si bien existen diferencias importantes entre las diversas comunidades y territorios históricos, la situación en el Estado español en relación con esta cuestión es particularmente deficitaria. En un país con tasas de cobertura residencial relativamente cercanas a las que se registran en otros países de Europa. Eurostat (2017) calcula para España 834 plazas por cada 100.000 habitantes, frente a 1.388 en Suecia, 1.152 en Alemania, 981 en Francia, 821 en Reino Unido o 415 en Italia), la tasa de personas ocupadas en los servicios sociales residenciales por cada persona mayor de 75 años es mucho más baja que la que se registra en cualquiera de los países analizados.

Como se observa en la Tabla 1, España cuenta con 7,2 personas ocupadas en el sector de los servicios sociales residenciales por cada 100 personas mayores de 75 años, frente a 30 en Holanda, 17 en Reino Unido, 13 en Alemania y 11 en Francia⁹.

⁹ Esta estadística tiene en cuenta el conjunto del personal en los centros residenciales de servicios sociales, e incluye también por tanto las residencias para personas con discapacidad, con enfermedades mentales, en situación de exclusión, etc. En la medida en que en todos los países la mayor parte de los servicios residenciales se dirigen a personas mayores, la Tabla 1 permite en todo caso una comparación de las dimensiones de los servicios sociales residenciales, desde el punto de vista del personal, en cada país de la UE.

Tabla 1. Personal en servicios residenciales para personas mayores en Europa

	Personal en residencias	Personal en residencias por cada 100 personas mayores de 75 años
Países Bajos	425.800	30,3
Dinamarca	128.600	26,4
Suecia	214.000	23,2
Malta	7.500	21,2
Finlandia	99.400	19,4
Reino Unido	980.100	17,5
Bélgica	174.700	17,2
Luxemburgo	6.300	15,5
Irlanda	41.200	14,2
Alemania	1.287.800	13,6
Portugal	128.500	11,8
Francia	728.600	11,6
Eslovaquia	38.700	11,6
UE-27	4.384.100	10,1
Austria	77.800	9,3
República Checa	72.900	8,9
Eslovenia	15.500	8,1
Hungría	61.800	7,7
España	322.800	7,2
Lituania	15.700	5,7
Estonia	7.000	5,5
Polonia	126.300	4,7
Croacia	17.400	4,5
Italia	312.000	4,4
Letonia	7.100	3,7
Chipre	1.600	2,7
Rumanía	41.600	2,7
Bulgaria	15.000	2,4
Grecia	8.600	0,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa de Eurostat.

Lamentablemente, no existen datos fiables sobre las ratios de atención directa que existen en las comunidades autónomas españolas, aunque cabe pensar, a partir de los datos que se acaban de señalar, que son comparativamente bajas y, además, muy diferentes en las diversas comunidades autónomas. Según la revisión recientemente elaborada por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2020), las ratios de personal exigidas por las respectivas normativas autonómicas oscilan en las diferentes comunidades autónomas entre 32 y 54 trabajadores/as por cada 100 residentes. Aunque las comparaciones son en este caso difíciles de realizar, se trata en general de ratios más bajas que las que existen en los países de nuestro entorno: Francia registra en sus centros residenciales una ratio de 62 trabajadores/as a dedicación plena equivalente por cada 100 personas usuarias y Suecia una ratio total de 95 trabajadores/as por

cada 100 personas usuarias. En Alemania, las diferentes normativas estatales exigen entre 36 y 42 trabajadores/as por cada 100 personas usuarias.

La escasa remuneración de los/as profesionales de la atención directa es otro de los problemas endémicos del sector. Como se observa en la Tabla 2, España destaca por un salario medio en el sector residencial sustancialmente más bajo que en el resto de los países de la eurozona —1.617 euros en poderes de paridad adquisitiva al mes frente a 2.086 en el conjunto de los países de la eurozona—, y, sobre todo, por la brecha que existe en el salario que se percibe en el sector residencial respecto al que se recibe en los sectores de la industria, los servicios y la construcción. Si en los países de la eurozona el porcentaje es del 81%, en España baja hasta el 63%, solo por encima de Italia, Portugal, Estonia y Letonia, los países en los que el salario en el sector residencial resulta comparativamente más bajo respecto al salario medio.

Tabla 2. Salario mensual medio en el sector de las residencias de servicios sociales en 2016

	Salario en paridad de poder adquisitivo	Porcentaje del salario en residencias respecto al salario en la industria, los servicios y la construcción
Suiza	3.695	82,3
Noruega	3.131	86,4
Bélgica	3.038	88,6
Dinamarca	2.729	77,7
Austria	2.671	79,7
Países Bajos	2.657	77,9
Irlanda	2.530	76,1
Alemania	2.468	73,6
Finlandia	2.200	75,8
Suecia	2.171	72,8
UE-27	2.139	81,1
Eurozona	2.086	75,6
Reino Unido	2.028	67,2
Francia	2.009	74,3
Eslovenia	1.737	72,4
Italia	1.706	62,0
España	1.617	63,6
Grecia	1.533	71,5
Chipre	1.469	65,5
Croacia	1.439	76,2
Polonia	1.368	75,5
Turquía	1.250	67,1
República Checa	1.246	73,0
Portugal	1.134	57,2
Eslovaquia	1.103	69,9
Estonia	1.013	61,9
Hungría	994	64,9
Rumanía	933	70,8
Lituania	920	72,6
Serbia	910	71,1
Letonia	813	61,2
Bulgaria	664	58,8

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Costes Laborales de Eurostat.

6. La medicalización de las residencias

La atención sanitaria que se presta a las personas dependientes, especialmente las que viven en centros residenciales, y la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, constituyen otra de las principales asignaturas pendientes en el ámbito de los cuidados de larga duración. La crisis de la covid-19 ha agravado ese problema, especialmente en algunas comunidades.

Como se señala en el manifiesto “Ante la crisis del COVID19: una oportunidad de un mundo mejor” (2020), las personas que enferman en un centro residencial tienen derecho a la atención sanitaria pública por su condición de ciudadanos/as, tanto en atención primaria de salud como en especializada. No es admisible que sean privados/as de este derecho por su edad avanzada o por tener una gran discapacidad. El conjunto de los poderes públicos y, en particular, las comunidades autónomas, que son quienes tienen la competencia de gestionar, financiar y/o de supervisar estas instituciones, deberán fortalecer los mecanismos de evaluación, supervisión y coordinación de estas para evitar situaciones indeseables como las que se han producido durante la crisis del coronavirus.

No existe en la actualidad un modelo claro de atención sanitaria en los centros residenciales españoles y, según la revisión realizada por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2020), solo algunas comunidades establecen la necesidad de contar con personal médico *in situ*. Puede decirse, además, que no se han desarrollado suficientemente los sistemas de coordinación entre las residencias y los servicios públicos de atención primaria de salud, que, como los servicios sociales de atención primaria, parecen en ocasiones pensar que las personas mayores que acceden a un centro residencial dejan de formar parte de su cartera de casos.

No puede decirse que esta sea una cuestión bien resuelta en los países de nuestro entorno. Sería en cualquier caso conveniente analizar algunas de las fórmulas aplicadas en esos países, como la figura del médico-coordinador¹⁰ existente en Francia, la creación en Inglaterra de los llamados equipos reforzados de salud (Baylis y Perks-Baker, 2017) en residencias, o el marco establecido en Suecia para la coordinación de las altas hospitalarias de personas que requieren servicios residenciales, de cara a plantear desde bases sólidas el proceso de “medicalización” de las residencias de personas mayores.

¹⁰ <<https://www.agevillagepro.com/article-7094-1-Le-metier-de-medecin-coordonateur-en-EHPAD-13-missions.html#:~:text=Le%20m%C3%A9decin%20coordonateur%20assure%20l,sur%20le%20forfait%20%22soins%22.>>

7. ¿Cómo financiar los cuidados de larga duración?

La solución a los problemas del sistema español de cuidados a la dependencia, como ha afirmado Zalakain (2020), requiere fundamentalmente de cambios culturales y de modelo, de un profundo cambio de mentalidad en la organización de los servicios y en su prestación. Pero, como acabamos de ver, también requiere de recursos económicos adicionales: la mera inyección de recursos suplementarios, sin un cambio cultural y de modelo, difícilmente dará respuesta a los problemas que tiene planteados el sistema. Pero es imposible acometer ese cambio cultural sin incrementar los recursos económicos que se destinan al sector y sin modificar las actuales fórmulas de financiación de la dependencia.

Los datos de la Tabla 3 ponen de manifiesto que el gasto en servicios residenciales para personas mayores en España es inferior al que se realiza en la mayor parte de los países de nuestro entorno. Los datos recogidos deben en cualquier caso tomarse con precaución, debido a las diferencias existentes a la hora de computar la información en los diversos países¹¹.

Tabla 3. Gasto en servicios residenciales para personas mayores en Europa (2018)

	Euros por cada mayor de 75 años	Millones de euros
Suecia	7.608	7.021
Países Bajos	4.367	6.147
Finlandia	4.004	2.050
Bélgica	3.425	3.488
Austria	1.933	1.614
Malta	1.619	57
Francia	1.369	8.599
Reino Unido	883	4.946
España	807	3.642
Eslovaquia	568	190
Chequia	522	427
Portugal	283	308
Hungría	275	219
Letonia	228	44
Eslovenia	173	33
Italia	141	996
Croacia	111	43
Estonia	109	14
Lituania	85	24
Rumanía	64	100
Bulgaria	31	19

Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (ESSPROS) de Eurostat.

¹¹ En ese sentido, los datos de Francia que se han utilizado para la elaboración de esta tabla no son los que ofrece Eurostat, sino los que recoge en sus estadísticas el Ministerio de Salud francés.

Una de las razones del escaso gasto en servicios sociales que realiza España —más allá de sus relativamente bajas tasas de cobertura— se relaciona con un coste por plaza inferior al que se registra en otros países, que se relaciona a su vez, como acabamos de ver, a unas remuneraciones salariales también más bajas. Efectivamente, como consecuencia, entre otros elementos, de los reducidos costes laborales que acaban de señalarse, el coste plaza de los servicios residenciales españoles es en general bajo. Según un estudio publicado por la OCDE (Muir, 2017), el coste plaza residencial oscila entre el 100 % y el 150 % del PIB per cápita en países como Inglaterra, Japón, Canadá, Francia, Suecia, Holanda o Bélgica. En España, el coste por plaza, de unos 2.000 euros mensuales, equivale al 90 % del PIB per cápita.

En todo caso, la necesaria mejora de los niveles retributivos debe ser compatible con el incremento de las ratios de atención y el incremento de la oferta de plazas. Cada comunidad autónoma o territorio histórico debería valorar cuál de estos tres parámetros quiere mejorar —cobertura, ratios, remuneraciones—, sabiendo que elevar los tres al mismo tiempo requiere unas disponibilidades presupuestarias incompatibles con el actual marco general de financiación de los servicios sociales. Para cambiar esta situación, deberíamos responder —al menos— a tres preguntas:

- ¿Quién paga el gasto público en dependencia?
- ¿Cómo se define el copago?
- ¿Cómo financiamos el gasto público en dependencia?

7.1. ¿Quién paga el gasto público en dependencia?

Más allá del reparto de las responsabilidades financieras entre la Administración central y las administraciones locales y autonómicas, en España la práctica totalidad del gasto público para el sostenimiento de los servicios residenciales para personas mayores se financia desde el sistema de servicios sociales. Son los servicios sociales los que abonan —con alguna salvedad— los gastos relacionados con la atención a la dependencia, pero también los gastos relativos a la atención sanitaria o los relativos al alojamiento de las personas residentes. En los países de nuestro entorno las responsabilidades respecto a la financiación del gasto residencial se reparten de otra forma: los servicios de salud financian el gasto sanitario que se realiza en las residencias y las personas que carecen de recursos propios para abonar el coste correspondiente a su alojamiento y manutención acceden a prestaciones asistenciales de vivienda o garantía de ingresos para hacer frente a esos gastos. En España, por el contrario, es el sistema de dependencia/servicios sociales el que financia necesidades que deberían estar financiadas por los sistemas de vivienda, salud o garantía de ingresos.

7.2. ¿Cómo se define el copago?

En una línea similar, la forma de determinar el copago que abonan las personas usuarias debería ser modificada en España. Ciertamente, el copago de una parte de los servicios de atención a la dependencia es habitual en Europa, incluso en los países escandinavos¹². La forma de determinar el copago es sin embargo diferente: en Francia, por ejemplo, las personas usuarias abonan el 100 % de los gastos de alojamiento y manutención —siempre que tengan recursos económicos propios—, en torno a un tercio de los gastos derivados de los cuidados a la dependencia, y no abonan cantidad alguna por los gastos sanitarios, que representan en torno a un tercio del coste plaza total. En Suecia, las personas residentes abonan una muy reducida cantidad por los gastos de atención a la dependencia (con un copago mensual máximo de 200 euros mensuales), a lo que se añade el gasto correspondiente al alojamiento y la manutención. Inglaterra establece un sistema selectivo en el que las personas con ingresos superiores a un umbral determinado abonan íntegramente el coste del servicio, salvo que padezcan problemas específicos de salud, en cuyo caso el NHS abona la atención de enfermería recibida en los *nursing homes*.

En España, según el Acuerdo sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), las personas usuarias de un servicio residencial en el marco del sistema de atención a la dependencia pueden abonar hasta un 90 % del precio público del servicio, lo que algunas entidades consideran confiscatorio¹³. Cabe pensar, efectivamente, que en la práctica el copago actúa hoy como regulador de la demanda y erosiona, *de facto*, el derecho subjetivo a los servicios de atención a la dependencia.

Como señaló Zalakain (2018), en relación con esta cuestión cabría avanzar, al menos, en las siguientes vías complementarias.

- En primer lugar, sería conveniente diferenciar los componentes hoteleros y asistenciales y, dentro

¹² En España, de acuerdo a los datos del Imserso, las personas que acceden a un centro residencial concertado abonan por término medio en torno al 40 % del precio de concertación; en Alemania el porcentaje de copago oscila entre el 42 % y el 94 %, en función del nivel de dependencia; En Francia, el copago medio asciende a unos 1.500 euros mensuales, que suponen en torno al 54 % del coste por plaza, mientras que en Suecia el copago medio ronda los 1.000 euros mensuales, que representan en torno al 15 % del coste total de la plaza.

¹³ Las entidades que representan a las personas con discapacidad hace tiempo que vienen señalando que la regulación del copago en el marco de la Ley de Dependencia tiene carácter confiscatorio: se trata a su juicio de “una reglamentación carente de equidad y justicia material, próxima a lo confiscatorio, que más que invitar a ejercer el derecho subjetivo, expulsa a las personas mayores y a las personas con discapacidad destinatarias naturales del sistema, por lo gravoso de sus exacerbados requerimientos en materia de aportación económica”.

de estos últimos, los relacionados con la atención sanitaria y la atención social, de forma que cada uno de estos costes pueda tener un tratamiento diferente a la hora de la determinación de los precios públicos. A diferencia de los costes hoteleros, que deberían ser cubiertos en un 100 % por la persona usuaria —en caso de contar con ingresos suficientes—, los costes asistenciales deberían tender a la gratuidad. Aunque el Artículo 33 de la Ley de Dependencia establece la diferenciación entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros, son pocas las regulaciones autonómicas de la participación económica de las personas usuarias que tienen en cuenta esa diferenciación.

- Además, en la línea de la iniciativa legislativa popular presentada en 2014 por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (Cermi), sería también aconsejable revisar los criterios establecidos para determinar las cantidades mínimas que se reservan en concepto de libre disposición a las personas usuarias de los centros residenciales y, sobre todo, reducir sustancialmente el porcentaje del coste de referencia del servicio que puede ser financiado mediante la participación económica de la persona usuaria, y que en la actualidad la Ley de Dependencia establece entre el 70 % y el 90 %.
- Por último, a la hora de fijar la capacidad económica de las personas usuarias, pudiera ser también conveniente tender a tener en cuenta en la menor medida posible la renta y, especialmente, el patrimonio de las personas usuarias de los servicios, o a establecer topes en su consideración, especialmente en el caso de los servicios domiciliarios. Aunque la no consideración del patrimonio podría resultar en cierta medida contraria al principio de progresividad, evitaría que las personas con patrimonios medios o altos renuncien a la utilización de los servicios sociales públicos debido al elevado copago establecido, especialmente si se tiene en cuenta la posibilidad de acceder a servicios alternativos en el mercado privado, que no tienen en cuenta la renta o el patrimonio de las personas usuarias y que se sitúan a menudo en el marco de la economía sumergida. En ese sentido, cabe pensar un énfasis excesivo en la progresividad del sistema de copago contribuye a minar el principio de universalidad de los servicios sociales públicos, sin cuestionar necesariamente su carácter de derecho subjetivo.

7.3. ¿Cómo financiamos el gasto público en dependencia?

Todas estas cuestiones están estrechamente relacionadas con las opciones adoptadas en cada país en relación a la financiación de la dependencia. Tanto Alemania como Francia —los dos países que,

por muy diversas razones, podríamos considerar como referentes para esta cuestión— establecieron en su momento un sistema de financiación finalista de los servicios de atención a la dependencia, mediante cotizaciones específicas, abonadas tanto por los empresarios como los trabajadores, tras la eliminación de un día festivo en el calendario laboral. En España —y en los territorios forales— la ampliación de derechos que supusieron la Ley de Dependencia y las respectivas leyes de servicios sociales no vinieron acompañadas de impuestos finalistas, cotizaciones ni de ninguna otra forma de financiación adicional.

Los resultados de esa decisión son evidentes y sería por tanto conveniente reflexionar sobre la posible introducción de nuevas fórmulas —como cotizaciones o impuestos finalistas— para la financiación de los servicios de atención a la dependencia. En ese contexto, como ya señalaba Zalakain (2018), resulta de particular interés la que aboga por un incremento del impuesto de sucesiones y su afectación al gasto en dependencia. Los defensores de esta opción (Lloyd, 2011) sostienen que supondría una mayor mutualización del riesgo de dependencia, puesto que, en la práctica, en lugar de gravar vía copago el 100 % del patrimonio de las personas mayores que se ven obligadas a utilizar los servicios de atención domiciliaria o residencial, se pasaría a gravar vía impuestos —con tipos sensiblemente más bajos— el patrimonio que legan todas las personas mayores, hayan utilizado o no esos servicios. El aseguramiento frente al riesgo de dependencia es el mismo, pero la financiación se reparte entre todas las personas expuestas a tal riesgo o, más bien, entre sus herederos. Además, para sus defensores, el cambio tendría también la virtud de gravar en mayor medida las herencias y donaciones que, de acuerdo a algunos análisis (Brun, 2018; Barragué y Martínez, 2016), son el mecanismo más importante de perpetuación de la desigualdad entre generaciones, permiten la acumulación de grandes patrimonios y minan los principios básicos de una sociedad liberal y democrática.

8. Herramientas para la regulación, la inspección y la evaluación de los servicios

Junto a las cuestiones que se han apuntado hasta ahora, el modelo español de atención a la dependencia se diferencia de los establecidos en otros países de nuestro entorno en dos cuestiones fundamentales, estrechamente relacionadas entre sí.

Frente a lo que ocurre en otros países, la principal herramienta para la garantía de la calidad en España es la regulación *ex ante* de los requisitos funcionales, materiales y personales de los servicios¹⁴. Estos

¹⁴ Los sistemas de gestión de la calidad, en el ámbito de la dependencia, pueden *grosso modo* clasificarse en dos grandes grupos: de una parte, los modelos básicamente orientados a la regulación *ex ante*, en los que la normativa detalla de forma exhaustiva los requisitos materiales, físicos y funcionales que deben cumplir los ser-

requisitos se regulan de forma exhaustiva, pero se inspeccionan de forma generalmente rutinaria, centrándose a menudo únicamente en los aspectos formales del servicio y en los indicadores estructurales y de proceso, dejando por lo general de lado los indicadores de resultado más vinculados a la calidad de vida¹⁵. Este modelo de regulación e inspección se combina, por otra parte, con sistemas de acreditación y estandarización que a menudo han funcionado en el ámbito industrial, pero que plantean dificultades de aplicación en el ámbito de los servicios personales. Además, si bien las inspecciones pueden dar lugar a sanciones o incluso cierres, su contenido no es conocido por las personas usuarias o potenciales usuarias de los centros

El modelo de inspección, evaluación y garantía de la calidad establecido en los países de nuestro entorno es notablemente distinto. La normativa es en general —aunque no siempre— más laxa e inespecífica, y la garantía de la calidad de la atención está mucho más orientada a procesos de acreditación y/o de evaluación *ex post*, mediante el uso de indicadores de estructura, de proceso y, cada vez más, de resultados. En ese sentido, países como Alemania, Reino Unido, Estados Unidos o la propia Suecia han desarrollado modelos de inspección y evaluación basados en la publicación de los resultados que cada centro obtiene.

vicios y centros. Esta normativa tiende a centrarse en los aspectos estructurales y de personal (*inputs*) más fácilmente comprobables, y en cierta medida en determinados indicadores de proceso (*outputs*), pero presta poca atención a los indicadores de resultados (*outcomes*) relacionados con el estado de salud y la calidad de vida de las personas usuarias. Los modelos basados en la regulación *ex ante* conceden una gran importancia a la inspección del cumplimiento de esos requisitos, si bien a menudo los equipos inspectores no tienen la capacidad suficiente para inspeccionar todos los aspectos contenidos en la regulación y las inspecciones tienden a centrarse en aspectos estructurales y procedimentales que la norma establece y no en los resultados alcanzados mediante los dispositivos regulados. De otra parte, están los modelos básicamente orientados a la evaluación *ex post* de los procesos de atención y, crecientemente, de sus resultados. Si bien, lógicamente, todos los países establecen una regulación básica sobre el acceso al mercado de los cuidados y permiten una mínima garantía de la calidad en el servicio, los países que aplican esta orientación han desarrollado una normativa inicial relativamente laxa, definiendo los criterios de atención de forma genérica (tanto en lo que se refiere a los requisitos funcionales, como a los materiales o de personal). En estos países, el núcleo de los sistemas de gestión de la calidad está puesto en los procedimientos de inspección y/o evaluación, a través de los cuales se establecen los requisitos que los centros y servicios han de cumplir. En general, estos modelos prestan una mayor atención a la evaluación de los procesos de atención y a la medición de sus resultados, por encima de los elementos estructurales o personales. Se trata, además, de modelos más orientados a las lógicas mercantiles, más orientados al mercado, en la medida en que utilizan la evaluación de la calidad de la atención como una herramienta para atraer a posibles clientes, en un marco en el que la demanda de servicios encuentra ofertas cercanas, variadas y accesibles. Estos modelos basados en la evaluación *ex post* se concretan en muy diversas herramientas, si bien la utilización de escalas de medición de la calidad de vida de las personas usuarias y la publicación de los informes de evaluación de cada centro resultan las más habituales.

¹⁵ Ante esta situación, Leturia *et al.* (2019) han señalado la necesidad de avanzar hacia modelos de evaluación *ex post* que, a partir de un marco normativo previo sólido y coherente, permitan evaluar los procesos de atención y, sobre todo, el impacto de esos procedimientos en la calidad de vida de las personas atendidas. Se trata, en ese sentido, de avanzar en un cambio de paradigma, pasando de la calidad de la atención a la calidad de vida e incorporando a los modelos de regulación y gestión de la calidad el enfoque de la atención centrada en la persona.

En el caso alemán, los representantes de los seguros de dependencia y de las entidades proveedoras pactan un marco de evaluación (mediante las llamadas directrices de calidad y acuerdos de transparencia), concretado en una serie de indicadores relacionados con diversas dimensiones de la atención. A partir de estas dos referencias, todos los servicios y centros de atención son inspeccionados al menos una vez al año, a través de visitas que no son previamente anunciadas, realizada por un equipo de profesionales especializados adscrito a cada consejo médico del seguro de salud regional (MDK). La evaluación del cumplimiento de los criterios se basa en general en el análisis de la situación de una muestra de las personas usuarias del centro o servicio, así como en una encuesta específica realizada a las personas usuarias o a sus familiares. Los criterios que se toman en cuenta no recogen en general las cuestiones estructurales o de personal (ratios, cualificaciones, etc.), sino que se centran en los procesos y resultados de las tareas de atención. La puntuación que se asigna a cada uno de los analizados —enfermería y asistencia médica, tratamiento de los residentes con demencia, cuidado y vida cotidiana, alojamiento, alimentación, limpieza e higiene y encuesta de residentes— se basa en una escala que va de cinco a uno, donde cinco es la peor puntuación y uno la mejor.

A partir de ese análisis se obtiene una puntuación parcial por cada ámbito que se traduce en una calificación global —muy bien, bien, satisfactorio, suficiente, deficiente— y una puntuación general, basada en las mismas calificaciones, que se compara además con la media de todos los centros del Estado en el que se ubica el centro. Los resultados de la evaluación de cada centro se hacen públicos, de forma que las personas interesadas en la elección de un centro —además de cualquier otra persona o entidad, incluyendo las empresas de la competencia, las entidades contratantes, etc.— pueden acceder a los informes de evaluación realizados a cada centro mediante la web del centro o servicio o mediante diversos buscadores regionales y nacionales, que ofrecen además información sobre los servicios adicionales, precios, características o acreditaciones de calidad de las que dispone cada centro, etc.¹⁶

Estas inspecciones se complementan con las que realiza la Administración de cada Estado para comprobar el cumplimiento de las normas establecidas a nivel regional en lo que se refiere a las ratios de personal, los requisitos funcionales y materiales, etc.

En el caso inglés, la Care Quality Commission (CQC)¹⁷ es la entidad responsable de registrar y evaluar regularmente el funcionamiento de cada centro. Cada dos años, aproximadamente, los

¹⁶ Pueden consultarse, por ejemplo, <<https://www.pflegenoten.de>>, <<https://pflegefinder.bkk-dachverband.de/>> o <<https://www.pflege-navigator.de/>>.

¹⁷ <<https://www.cqc.org.uk/>>.

servicios objeto de registro en la CQC reciben una evaluación cuya finalidad es determinar la calidad de los servicios de acuerdo con cinco parámetros: seguridad, efectividad, atención, flexibilidad y gestión. La evaluación realizada da lugar a una nota o calificación para cada centro —de inadecuado a sobresaliente— y el resultado de la evaluación de cada centro se publica en la web de la CQC. Los centros y servicios de atención social están obligados a mostrar en un lugar visible para todas las personas —su página web, folleto informativo, etc.— la clasificación otorgada por la CQC como resultado de la evaluación. Además, la CQC ofrece en su web un directorio de servicios y centros sociales en el que se recoge tanto la nota general del centro como el resultado completo de la evaluación realizada en cada uno de los ámbitos analizados. La publicación de estos informes de evaluación pretende mejorar la información que las personas usuarias tienen a la hora de elegir un centro residencial, así como impulsar la competencia entre proveedores privados primando a aquellos que demuestran prestar un servicio de mayor calidad.

En el caso norteamericano, la evaluación de los servicios se apoya en la implementación obligatoria del denominado *Minimum Data Set* (MDS) de la familia Inter-RAI mediante el cual se monitoriza la situación de las personas atendidas y se evalúa el impacto de la atención prestada. El *Minimum Data Set* es una base de datos de información recopilada a través del *Resident Assessment Instrument* (RAI), diseñado para recopilar unos datos mínimos y para guiar la planificación de la atención mediante la evaluación y monitorización de las personas residentes. Estos datos extraídos a través de la herramienta RAI-MDS se utilizan como indicadores de calidad de la atención.

Como en el caso alemán, el modelo estadounidense está muy orientado a la capacidad de elección de las personas usuarias, de manera que se le otorga una gran importancia a la provisión de información respecto a las características y prestaciones de cada proveedor. Esto se traduce en la publicación de toda la información disponible en un sistema de calificaciones derivadas del cumplimiento de los estándares de calidad establecidos. A nivel federal, el *Centre for Medicaid and Medicare Services*¹⁸ publica la página web *Nursing Home Compare*¹⁹ con información detallada y actualizada de los centros residenciales que reciben financiación de Medicare o Medicaid, así como su calificación, en una escala que va de una a cinco estrellas. Esta página se puso en marcha a finales de 2008 y pone a disposición de toda la ciudadanía la información obtenida de la base de datos de las evaluaciones realizadas por el CMS (que incluye las características de los centros, las deficiencias detectadas en las tres últimas evaluaciones, las quejas de las que ha sido objeto, las sanciones que se le han impuesto), información

sobre las dotaciones y salarios del personal, indicadores de calidad, sanciones impuestas, etc.

En el caso sueco, aunque no existen sistemas de calificación de la calidad de los centros, algunos de los resultados obtenidos en las encuestas que se realizan cada año para conocer la situación de los centros y la opinión de las personas usuarias se publican desagregadas por centro.

Estos procesos de evaluación e inspección funcionan en los países analizados gracias a la existencia de herramientas e instituciones capaces de generar un marco adecuado para la gestión del conocimiento en el ámbito de la dependencia y los servicios sociales. Aquí radica, probablemente, una de las principales carencias del sistema español de servicios sociales.

Efectivamente, como ha argumentado el SIIS Centro de Documentación y Estudios (2018) la principal carencia de los servicios sociales en España —más allá de la escasez de recursos económicos, materiales o profesionales— se relaciona con la ausencia de un modelo compartido de organización y de intervención, con la inexistencia de herramientas, procedimientos, instrumentos y prácticas profesionales comunes y suficientemente consolidadas, con la dificultad para generar y transmitir evidencia significativa y útil, con la precariedad de los sistemas de información, con la inexistencia de indicadores comunes capaces de medir y evaluar el resultado de las intervenciones, con la ausencia —incluso— de un marco terminológico compartido... con la debilidad, en definitiva, de las herramientas de gestión del conocimiento y de I+D+i específicamente orientados al ámbito de los servicios sociales.

En el ámbito específico de la dependencia, los países de nuestro entorno han desarrollado una serie de estructuras o centros tractores que permiten no solo generar conocimiento en el ámbito de la atención a la dependencia, sino llevar a la práctica el modelo de evaluación *ex post* al que antes se ha hecho referencia. En esta línea, debe destacarse especialmente el papel que realizan entidades como la *Care Quality Commission*²⁰, el *NICE*²¹ o el *SCIE*²² en el Reino Unido, la agencia *AVIQ*²³ en Bélgica, el *Socialstyrelsen*²⁴ sueco, la *Alta Autoridad de Salud*²⁵ de Francia, la *Joint Commission*²⁶ y el *Centre for Medicaid and Medicare Services*²⁷ estadounidense, el *Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad (MDS)*²⁸ en Alemania. Las funciones que realizan estas entidades son muy diversas, pero se centran en general en el desarrollo de los

²⁰ <<https://www.cqc.org.uk/>>.

²¹ <<https://www.nice.org.uk/>>.

²² <<https://www.scie.org.uk/>>.

²³ <<https://www.aviq.be/>>.

²⁴ <<https://www.socialstyrelsen.se/en/>>.

²⁵ <<https://www.has-sante.fr/>>.

²⁶ <https://www.jointcommission.org/?_ga=2.108767490.1247176100.1598799349-1375201751.1598799349>.

²⁷ <<https://www.cms.gov/>>.

²⁸ <<https://www.mds-ev.de/>>.

¹⁸ <<https://www.cms.gov/>>.

¹⁹ <<https://www.medicare.gov/nursinghomecompare/search.html>>.

sistemas de evaluación ya señalados, realización de investigaciones específicas, mantenimiento de sistemas de información, elaboración de directrices y estándares de atención, elaboración de revisiones sistemáticas, actividades de formación, documentación y gestión del conocimiento.

Pese a las experiencias de interés que se vienen realizando a este respecto en España por parte de algunas administraciones públicas, universidades y entidades del Tercer Sector, España carece de una red suficientemente articulada de centros tractores de este tipo, capaces de generar evidencia en relación a los servicios de atención a la dependencia y de contribuir a la mejora de la calidad de la atención. En ese contexto, sería necesario aprovechar los fondos europeos previstos en el Plan de Recuperación para Europa para desarrollar una plataforma estable de ámbito estatal que refuerce la I+D+i en materia de envejecimiento y servicios sociales, fomente la cooperación entre la Administración central, las administraciones autonómicas y el Tercer Sector, y desarrolle funciones de investigación, difusión, análisis, generación de buenas prácticas y apoyo a la innovación en este ámbito.

Entre las funciones que esta plataforma podría desarrollar cabe destacar las siguientes:

- gestionar el conocimiento que se genera en materia de envejecimientos y servicios sociales, mediante la elaboración de investigaciones monográficas, análisis de tendencias, elaboración de estadísticas, etc.;
- detectar y difundir la evidencia disponible sobre las intervenciones en materia de envejecimiento y servicios sociales, desde el enfoque de la práctica basada en la evidencia;
- generar guías, estándares y recomendaciones de buenas prácticas que puedan contribuir a mejorar la calidad de la atención en los centros y servicios para personas mayores o desarrollar indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del SAAD, de acuerdo a lo que establece la Ley de Dependencia;
- impulsar la evaluación, la experimentación y la innovación en materia de envejecimiento y servicios sociales; y
- facilitar la coordinación, la cooperación técnica, el trabajo conjunto y el aprendizaje mutuo entre las diferentes comunidades autónomas.

La experiencia de los países analizados indica que la existencia de estos sistemas de evaluación y de estas plataformas de gestión del conocimiento no garantiza *per se* la calidad de la atención. Resultan en cualquier caso indispensables en un marco de provisión de servicios por parte de entidades privadas con y sin fin de lucro, y en la medida en que la libertad de elección de las personas usuarias

se plantee, como antes se ha señalado, como un elemento importante del modelo. Desde ese punto de vista, más allá de la provisión directa de servicios, la función básica de las Administraciones Públicas debería orientarse al desarrollo de unas herramientas de regulación, inspección, evaluación, certificación, estandarización, investigación, innovación y experimentación aún insuficientemente desarrolladas en nuestro entorno.

9. Otras medidas

Es obvio que, junto a las cuestiones señaladas, el modelo de atención a la dependencia requiere otros cambios que por motivos de espacio no se han abordado en este texto. En todo caso, conviene citar aunque sea de forma somera algunos de ellos:

- Refuerzo y reorientación del servicio de asistencia domiciliaria (SAD), e impulso de la prestación económica de asistencia personal (PEAP) que ha obtenido, especialmente en el territorio histórico de Gipuzkoa, resultados de interés.
- Revisión de la complementariedad entre los diversos servicios del catálogo de la Ley de Dependencia y refuerzo de todos aquellos servicios intermedios y/o de carácter preventivo (estancias de respiro, ayudas técnicas, adaptaciones domésticas, centros de día y de noche, servicios de promoción de la autonomía personal, etc.).
- Refuerzo de los servicios de apoyo a las personas cuidadoras y replanteamiento de los apoyos prestados a las personas que perciben la prestación de cuidados en el entorno familiar (PCEF).
- Impulso a los servicios avanzados de teleasistencia y a la introducción de nuevas tecnologías asistenciales, tanto en el entorno residencial como en el entorno domiciliario.

Todo ello requiere, en la línea de lo señalado en la declaración “Ante la crisis del COVID19” (2020), avanzar hacia nuevos modelos de atención más individualizados y centrados en las personas. Las residencias —muchas de ellas— siguen siendo una extraña mezcla de cuartel, hospital y hotel, pero pocas veces se plantean como lo que realmente debieran ser: el hogar de la gente que reside en ellas, un lugar para vivir como en casa. Es por tanto necesario, como señalaba Zalakain (2020), seguir dando pasos para desarrollar modelos que faciliten la personalización de la atención frente al fordismo asistencial, la capacidad de elección y el control por parte de las personas usuarias frente a modelos excesivamente basados en el saber profesional, y, en definitiva, la búsqueda del bienestar y de una vida con sentido como objetivo prioritario frente al énfasis en la estandarización de los procesos y de la atención.

- BAYLIS, A. y PERKS-BAKER, S. (2017): *Enhanced Health in Care Homes. Learning from Experiences so Far*, Londres, The King's Fund, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/530327>>.
- BERGMAN, M.A.; JOHANSSON, P.; LUNDBERG, S. y ESPAGNOLO, G. (2016): "Privatization and quality: Evidence from elderly care in Sweden", *Journal of Health Economics*, vol. 49, pp. 109-119, <<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.06.010>>.
- BROMS, R.; DAHLSTRÖM, C. y NISTOTSKAYA, M. (2020): "Competition and service quality: Evidence from Swedish residential care homes", *Governance*, vol. 33, nº 3, pp. 525-543, <<https://doi.org/10.1111/gove.12436>>.
- BRUN, L. (2018): "Impuesto de sucesiones, una herramienta esencial para combatir la desigualdad", *Agenda Pública*, 4 de febrero, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/531332>>.
- BARRAGUÉ, B. y MARTÍNEZ, C. (2016): *El impuesto sobre sucesiones como medio para conseguir una mayor igualdad de oportunidades*, serie Estudios de Progreso nº 88, Madrid, Fundación Alternativas, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/518418>>.
- EUROSTAT (2017): Healthcare resource statistics – beds, <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_resource_statistics_-_beds#Long-term_care_beds_in_nursing_and_residential_care_facilities>.
- IMSERSO (2020): Sistema de Monitorización de la Mortalidad Mensual (MoMo) en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Datos a 31 de julio de 2020. Madrid, Imserso, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/555558>>.
- LETURIA, M.; ZALAKAIN, J.; MENDIETA, A. y CARCAVILLA, A. (2019): *Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia. Revisión internacional*, Montevideo, Sistema Nacional Integrado de Cuidados, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/546517>>.
- LLOYD, J. (2011): *Inheritance tax: could it be used to fund long term care?*, Londres, The Strategic Society Centre, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/184010>>.
- MUIR, T. (2017): *Measuring social protection for long-term care*, serie Health Working Papers nº 93, París, OCDE, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/526588>>.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2018) "¿Cómo blindar los servicios sociales?", *Blog SIIS.net*, diciembre, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/540808>>.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (2020): Resumen Normativa de Residencias, Rev. 18 mayo 2020, <https://www.segg.es/media/descargas/Cuadro_resumen_SEGG_Normativa_Residencias_Rev.18mayo2020.pdf>.
- VV. AA. (2020): "Ante la crisis de COVID-19: Una oportunidad de un mundo mejor. Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país", <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/549978>>.
- WINBLAD, U.; BLOMQVIST, P. y KARLSSON, A. (2017): "Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden", *BMC Health Services Research*,

vol. 17, art. 487, pp. 1-12, <<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2403-0>>.

- ZALAKAIN, J. (2018): “Costes, copagos y herencias: pistas para reformar la financiación de la dependencia”, *Agenda Pública*, 4 de octubre, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/537010>>.
- (2020): “La urgencia de cambiar el modelo de residencias para mayores”, *Agenda Pública*, 8 de abril, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/549655>>.

— (2020): “Más recursos, otro modelo de residencias”, *El País*, 4 de junio, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/552261>>.

ZALAKAIN, J. y DAVEY, V. (2020): *The COVID-19 on users of long-term care services in Spain*, International LongTerm Care Policy Network, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/551981>>.

Las organizaciones del Tercer Sector Social de Euskadi ante la crisis de la covid-19

Lucía Merino

Observatorio Vasco del Tercer Sector Social

Zuriñe Romeo

Observatorio Vasco del Tercer Sector Social
coordinacion@3seuskadi.org

Euskadiko Hirugarren Sektore Sozialeko (EHSS) erakundeak, berariaz gizarte-kaltebera diren hainbat kolektibo edo komunitateren gizarte-inklusioa eta eskubideak sustatzearen jardura eraginkorra ezaugarri izaten dutenak, covid-19aren krisialdiaren kudeaketarako alarma-egoeraren hasierako asteetan betetzen duten zereginaren balioa nabarmendu zen. Osasun- eta gizarte-larrialdiko testuinguruak bete-betean eragin die bai erakundeen funtzionamenduari bai jardueren xede dituzten zerbitzu-jasotzaileei. Artikulu honetan, lehen aste horietako inpaktuaren ondorioak azaltzen saioa egiten da, alarma-egoeran bai jasotzaile diren pertsonak bai erakundeek aurre eman beharreko problematikak aintzat hartuta (zerbitzuetan, erakundeetako lagunen jardueran eta baliabide-mailan); eta covid-19aren krisialdiak etorkizunean Euskadiko Hirugarren Sektore Sozialean izan dezakeen eragina aztertzeo aukera eskaintzen du.

GAKO-HITZAK:

Hirugarren sektore soziala, covid-19, efektuak, gizarte-zerbitzuak, jasotzaileak, Euskadi.

Las organizaciones del Tercer Sector Social de Euskadi (TSSE), que se caracterizan por promover la inclusión social y el ejercicio efectivo de los derechos de múltiples colectivos o comunidades en especial vulnerabilidad, demostraron durante las primeras semanas del estado de alarma declarado para la gestión de la crisis de la covid-19 el valor del trabajo que realizan. Este contexto de emergencia sanitaria y social ha incidido de lleno en el funcionamiento de las organizaciones y en las personas destinatarias de su actividad. Este artículo trata de conocer cómo ha sido ese impacto, entendiendo las problemáticas que tanto las personas destinatarias como las organizaciones (sus servicios, sus personas y sus recursos) han tenido que afrontar durante las primeras semanas del estado de alarma, permite entender el calado que tuvo entonces y puede tener a futuro el impacto de la crisis de la covid-19 en el Tercer Sector Social de Euskadi.

PALABRAS CLAVE:

Tercer sector social, covid-19, efectos, servicios sociales, personas destinatarias, Euskadi.

1. Introducción

Este texto se basa en una investigación desarrollada en abril de 2020 por el Observatorio Vasco del Tercer Sector Social¹ para conocer el impacto de la crisis de la covid-19 en las organizaciones del Tercer Sector Social de Euskadi (en lo sucesivo, TSSE) y, en especial, en sus personas destinatarias, respondiendo a una iniciativa de la Mesa de Diálogo Civil de Euskadi, el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, y Sareen Sarea².

El 14 de marzo de 2020 se declaró el estado de alarma en todo el estado para la gestión de la situación de crisis sanitaria provocada por el Covid-19. Las organizaciones del Tercer Sector Social de Euskadi, que se caracterizan por promover la inclusión social y el ejercicio efectivo de los derechos de múltiples colectivos o comunidades en especial vulnerabilidad, demostraron entonces y siguen demostrando ahora el valor del trabajo que realizan. Ante un contexto de emergencia social de tal envergadura han sido capaces de articularse y coordinarse, de manera urgente y junto a otras instituciones, para paliar los impactos sobre aquellas personas que más han podido verse afectadas por el cambio de escenario que ha supuesto la crisis de la covid-19 (personas mayores, personas en exclusión, infancia vulnerable, mujeres que sufren violencia, etc.)³.

Este contexto de emergencia ha incidido de lleno en el funcionamiento de las organizaciones y en las personas destinatarias de su actividad. Por eso, conocer cómo ha sido ese impacto, entendiendo las problemáticas que tanto las personas destinatarias como las organizaciones (sus servicios, sus personas y sus recursos) han tenido que afrontar durante las primeras semanas del estado de alarma, permite entender el calado que tuvo entonces y puede tener a futuro el impacto de la crisis de la covid-19 en el TSSE.

2. Planteamiento de la investigación

En la investigación se parte de la definición del Tercer Sector Social que la Ley del Tercer Sector Social de Euskadi recoge y que entiende que forman parte

¹ El Observatorio Vasco del Tercer Sector Social constituye un instrumento técnico de la administración general de la Comunidad Autónoma del País Vasco encargado de la recopilación, sistematización, actualización y generación de información y conocimiento, así como de su difusión, en las esferas relacionadas con el tercer sector social y las organizaciones y redes integradas en él. En el desarrollo de sus atribuciones, el observatorio colaborará estrechamente con las organizaciones y redes.

² El informe completo está disponible en la web del Observatorio Vasco del Tercer Sector Social (https://3seuskadi.eus/wp-content/uploads/Informe_COVID_19.pdf).

³ Desde el Observatorio Vasco del Tercer Sector Social queremos trasladar nuestro reconocimiento a todas las organizaciones del sector por la labor que han realizado, y siguen haciendo, atendiendo a múltiples realidades desde escenarios complejos y cambiantes. Y nuestro agradecimiento a las entidades que contestaron al cuestionario y a las que participaron en las sesiones online.

de él las organizaciones de iniciativa social, con sede y actividad en la Comunidad Autónoma del País Vasco, cuya finalidad principal es promover, a través de actividades de intervención social, la inclusión social, la cooperación al desarrollo y el ejercicio efectivo de los derechos de personas, familias, grupos, colectivos o comunidades que afrontan situaciones de vulnerabilidad o exclusión, desigualdad, desprotección, discapacidad o dependencia. Además, entiende por redes del Tercer Sector Social de Euskadi las organizaciones, de segundo nivel y superiores, representativas de otras, así como las organizaciones de intervención directa del Tercer Sector Social de Euskadi que sean representativas de un determinado colectivo, cuando no exista una red que lo represente en el territorio o ámbito geográfico de actuación de que se trate.

Los objetivos y focos de análisis de la investigación se definieron junto al Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y la comisión de la Mesa de Diálogo Civil constituida para responder en colaboración al impacto de la covid-19 en las personas y familias en situación de riesgo, exclusión o pobreza.

La investigación se realizó durante el mes de abril de 2020 y buscaba ofrecer una instantánea del impacto de la crisis en el momento preciso de la recogida de información, un momento de urgencia acuciante en el que las entidades estaban volcadas de lleno en dar respuesta a las múltiples necesidades que se estaban generando.

En concreto, los objetivos del estudio eran:

1. Medir el impacto de la crisis de la covid-19 en las organizaciones del TSSE, estudiando la afección que estaba teniendo *en ese momento* (abril 2020) la crisis de la covid-19 en las organizaciones, pero también de la *estimación* que hacían las entidades con respecto a cómo prevenían el impacto a corto plazo (a lo largo del 2020).
2. Analizar el impacto de la crisis de la covid-19 en dos dimensiones concretas:
 - En las personas destinatarias de las organizaciones del TSSE, analizando cómo estaba afectando a los proyectos de vida de las personas destinatarias, en qué situación se encontraban, qué problemas estaban afrontando (alojamiento, alimentación, confinamiento, etc.), qué consecuencias pueden acarrear esos problemas en sus vidas, etc.
 - En las organizaciones del TSSE, tanto en sus servicios y actividades (cese o cierre de servicios, cancelación de actividades, modificaciones o creación de nuevos servicios o actividades, etc.), como en las personas voluntarias y remuneradas (problemas de seguridad o sanitarios, cambios en las condiciones laborales, etc.) y en sus recursos económicos (disminución de la financiación, problemas de liquidez, etc.).

3. Conocer la incidencia específica de la crisis de la covid-19 en las organizaciones según su ámbito de actuación o contingencia atendida⁴, tamaño de las organizaciones o territorio histórico en el que se localizan, así como en algunos colectivos concretos de personas destinatarias.

La investigación se sustenta sobre una metodología mixta que combina la recogida de información cuantitativa y cualitativa, a través de diferentes herramientas: cuestionario, grupos de discusión y entrevistas.

El cuestionario tuvo un formato online y estuvo abierto entre el 9 y el 17 de abril de 2020⁵. En el proceso de trabajo se procuró acceder a un número amplio de organizaciones que dieran cuenta de cómo estaban viviendo esta crisis, a la vez que se priorizaba contar con una respuesta rápida para tener información de manera urgente. Dada la premura, se sacrificaron algunos criterios de representatividad de la muestra pero se consiguió llegar a casi 200 organizaciones sociales, de distintos territorios, con actividades diversas, colectivos de personas destinatarias diferentes o distintas según su tamaño, que son muestra de la realidad diversa del TSSE. En total han participado respondiendo al cuestionario 184 organizaciones vascas.

Este estudio debe entenderse como un trabajo de carácter exploratorio, enmarcado en un contexto de urgencia en el que se priorizó ofrecer resultados de manera rápida y ágil. Es importante poner en valor el volumen significativo de respuestas recopiladas en apenas poco más de una semana, que permite realizar un primer acercamiento a la realidad como punto de partida para profundizar posteriormente en el análisis cualitativo. Pese a no atender estrictamente a criterios de representatividad⁶, la

respuesta conjunta de esas 184 organizaciones resulta clave para conocer el impacto que están viviendo tanto las personas destinatarias como las propias entidades⁷.

Con el fin de completar el análisis cuantitativo de datos, interpretarlos e intercambiar distintas situaciones y experiencias ante la crisis de la covid-19, se recurrió a una consulta cualitativa a través de cuatro grupos de discusión⁸ y dos entrevistas⁹ (en formato online debido al contexto de confinamiento) que aportaron información útil para enriquecer el diagnóstico del sector. Un total de 27 organizaciones y redes del TSSE trasladaron de primera mano el impacto que estaba teniendo en las entidades y en las personas destinatarias la crisis de la covid-19¹⁰.

Los resultados que se presentan en este artículo forman parte de un estudio más amplio en el que se detallan más situaciones y problemas que tanto las organizaciones como sus personas destinatarias estaban afrontando en abril de 2020, así como más detalles sobre la incidencia específica que dichas situaciones y problemáticas puedan estar teniendo atendiendo a diferentes variables independientes sobre las organizaciones.

estiman en 3.938 las organizaciones que actualmente forman parte de él. Con todo, los resultados de esta parte del estudio cuentan, a un nivel de confianza del 95%, con un margen de error de +/- 7,05%.

⁷ Los datos han de ser tomados con cierta cautela, en especial cuando se realizan desagregaciones. En este sentido, a través de la motivación de la respuesta al cuestionario durante el trabajo de campo se ha tratado de hacer seguimiento de la distribución de la muestra, procurando tener una representación lo más cercana posible al universo en variables como el territorio histórico, ámbito de actuación y tamaño de la organización, pero no con ello garantizando una muestra controlada. Así, puede decirse que la muestra de este estudio mantiene en lo esencial la heterogeneidad perseguida si bien, para una correcta interpretación de los datos, hay que tener en cuenta que atendiendo al peso del conjunto de las organizaciones vascas:

- Según el ámbito, están algo sobrerrepresentadas las organizaciones de Empleo y Servicios Sociales.
- Según territorio histórico hay una leve infrarrepresentación de las organizaciones de Gipuzkoa y mayor presencia de las de Araba (pese a que hayan contestado más organizaciones de Gipuzkoa que de Araba).
- Según tamaño, están infrarrepresentadas las organizaciones pequeñas y medianas (aquellas con menos de 300.000 euros en volumen de ingresos).
- Según contingencia atendida, hay mayor peso de las que atienden a personas en situación o riesgo de exclusión.

⁸ Concretamente, tres grupos de discusión con organizaciones que atienden a personas en situación de discapacidad, a infancia y familia y a personas mayores y un grupo de discusión con redes y organizaciones que tienen actividad en los tres territorios históricos, con la intención de reflexionar sobre los matices concretos de cada territorio.

⁹ Concretamente, dos entrevistas a informantes clave de organizaciones con conocimiento específico sobre personas migrantes y mujeres que sufren violencia machista.

¹⁰ Tanto en los grupos de discusión como en las entrevistas, la muestra de organizaciones y personas participantes es una muestra no probabilística de tipo opinático (muestra razonada) con la que no se busca la representatividad estadística del conjunto, sino la selección de aquellas personas u organizaciones que por su mayor conocimiento o motivación en el problema a investigar sean consideradas las más idóneas o mejores informantes. Los criterios de selección y composición para esta parte del trabajo de campo cualitativo han sido contrastados con el Departamento de Empleo y Políticas Sociales de Gobierno Vasco y Sareen Sarea atendiendo a principios de priorización por posible nivel de impacto de la crisis de la covid-19 o de necesidad de ampliar la información en relación con algunos colectivos.

⁴ La contingencia diferencia entre organizaciones que atienden a:

- Personas en situación o riesgo de dependencia: organizaciones que atienden a personas mayores en situación de dependencia.
- Personas en situación o riesgo de exclusión: organizaciones que atienden a personas en situación o riesgo de pobreza, que ejercen la prostitución, reclusas y exreclusas, con problemas de adicción o drogodependencias, etc., que están vinculadas a la actividad de los servicios sociales.
- Personas en situación o riesgo de desprotección: organizaciones que atienden a infancia en situación de desprotección, mujeres víctimas de maltrato, abusos, etc.
- Personas con discapacidad: organizaciones que atienden a personas con discapacidad, incluye enfermedad mental y algunas enfermedades crónicas, degenerativas, etc.
- Otros colectivos vulnerables: organizaciones de personas mayores, gitanas, inmigrantes, familias, mujeres asociadas, personas con adicciones, infancia y juventud en general, personas con enfermedades (que no conlleven específicamente dependencia o discapacidad) asociadas, etc.

⁵ La invitación a participar en el estudio cumplimentando el cuestionario fue lanzada tanto desde el Gobierno Vasco-Observatorio Vasco del Tercer Sector Social como desde Sareen Sarea, animando a sus redes y organizaciones a participar.

⁶ Para determinar la fiabilidad y representatividad de la muestra obtenida es preciso tener en cuenta la definición precisa del TSSE ya mencionada y el volumen del universo de organizaciones que lo componen. De acuerdo con los últimos datos publicados sobre el TSSE, se

3. El impacto en las personas destinatarias de las organizaciones del TSSE

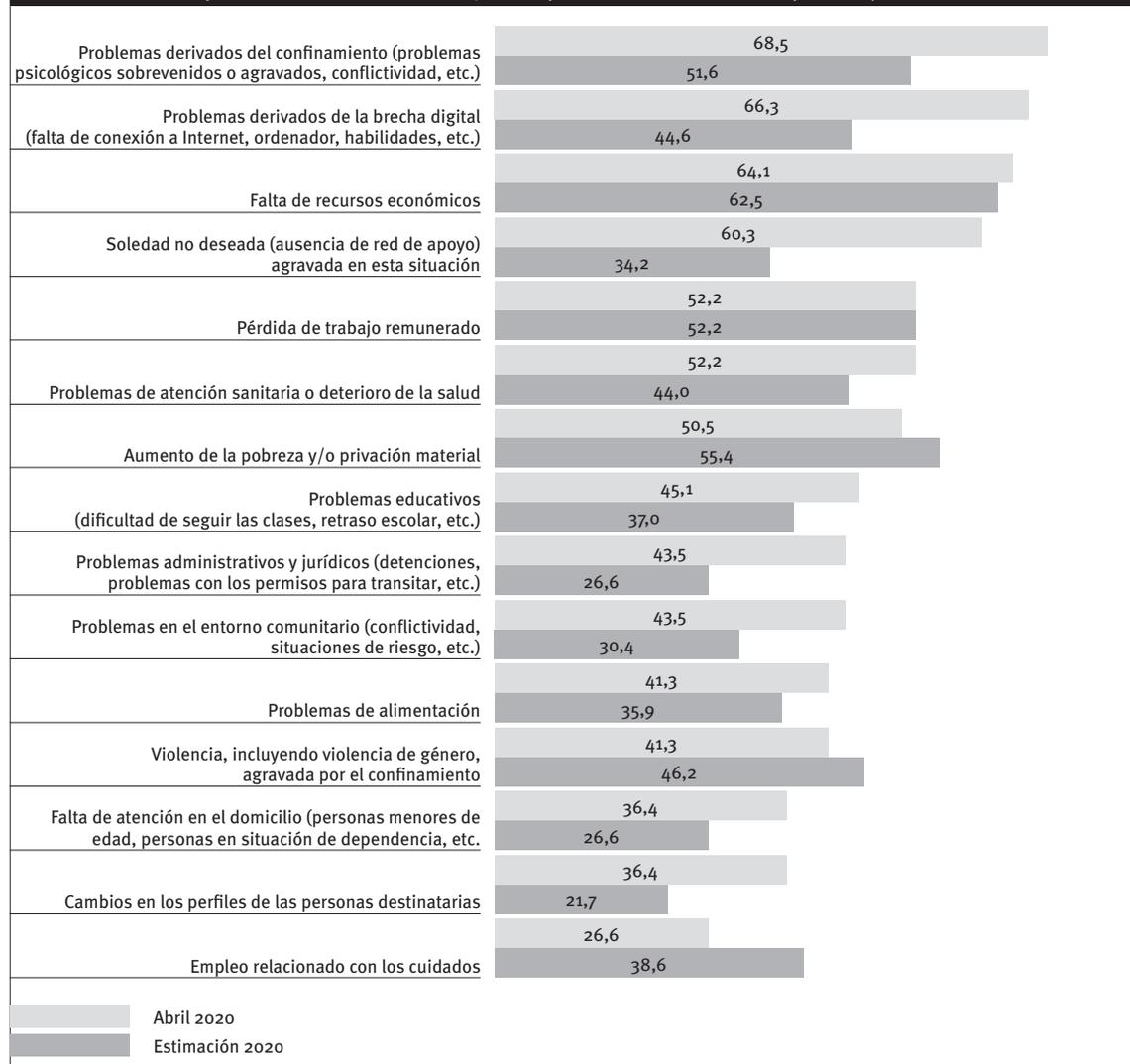
La limitación de circulación de personas impuesta por el Gobierno de España para la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por la covid-19, tras la declaración del estado de alarma el 14 de marzo de 2020, tuvo consecuencias de gran calado en las personas destinatarias de las organizaciones del TSSE.

Un contexto de confinamiento, común para toda la sociedad, en el que la mayoría de las personas tuvieron que vivir semanas cambiando sus rutinas, y se vieron obligadas a permanecer en casa, a cesar su actividad laboral o a limitar las salidas y contactos con otras personas. Contexto que se agrava si se piensa en los impactos que puede generar en personas en mayor situación de vulnerabilidad o exclusión, como personas sin hogar, en riesgo de

pobreza, personas con discapacidad, personas mayores, infancia vulnerable, mujeres que sufren violencia o personas con enfermedad mental, entre otros colectivos, que han tenido que enfrentar muy diversas problemáticas. En ellas, el aislamiento social, la pérdida de empleo, la falta de rutinas y referentes, las limitaciones de los espacios de ocio o el confinamiento en hogares no seguros impactan de manera más grave por la situación de vulnerabilidad de la que parten.

De hecho, los problemas derivados del confinamiento (problemas psicológicos sobrevenidos o agravados, conflictividad, desatención, pérdida de referentes, etc.) junto a los asociados a la brecha digital (falta de conexión a Internet u ordenador, limitado manejo de estas herramientas, desinformación, retraso escolar, etc.), y a la falta de recursos económicos son las situaciones que mayor número de organizaciones identificaban en abril de 2020 en relación con sus personas destinatarias.

Gráfico 1. Problemas y situaciones que afrontaron en abril de 2020 y que preveían afrontar a corto plazo las organizaciones en relación con el impacto de la crisis de la covid-19 en las personas destinatarias (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia.

El 68,5% de organizaciones afirmaba en abril de 2020 que sus personas destinatarias estaban experimentando problemas derivados del confinamiento, como problemas psicológicos sobrevenidos o agravados, conflictividad, desatención, pérdida de referentes, aumento de situaciones de violencia, aumento de situaciones de consumo, desánimo, etc. Estos problemas eran destacados en mayor medida por organizaciones que atienden a personas en situación o riesgo de dependencia y a personas con discapacidad. Además, más de la mitad de las organizaciones preveían entonces que, a corto plazo, sus personas destinatarias seguirían experimentando esos problemas relacionados con el confinamiento.

En torno a dos de cada tres organizaciones (66,3%) percibía en abril de 2020 que sus personas destinatarias estaban experimentando problemas derivados de la brecha digital, por no disponer de ordenador o conexión a Internet, o por no tener habilidades relacionadas con la alfabetización digital. Esos problemas se estaban traduciendo en desinformación, dificultades para la comunicación online (videollamadas, etc.) o dificultades de acceso a formación online, entre otros. De cara a los siguientes meses, el 44,6% de organizaciones apuntaba que sus personas destinatarias padecerían dichos problemas relacionados con la brecha digital. Aunque las organizaciones que atienden a personas en situación o riesgo de dependencia o desprotección señalaban en mayor medida la incidencia de los problemas derivados de la brecha digital en sus personas destinatarias, son numerosos los colectivos de personas destinatarias que experimentaban estos problemas derivados de la brecha digital: personas con discapacidad física e intelectual, personas mayores, personas en situación o riesgo de pobreza, personas migrantes, etc. En algunos casos se trataba de una cuestión de alfabetización digital (falta de conocimiento o habilidades para manejarse en entornos digitales) y en otros se trataba de falta de acceso a dispositivos tecnológicos o de conexión a Internet, principalmente por falta o escasez de recursos económicos.

La soledad no deseada o la falta de una red de apoyo agravada por la situación de confinamiento es una situación que el 60,3% de las organizaciones percibía en relación con sus personas destinatarias. Esta cuestión era destacada en mayor proporción por organizaciones que atienden a personas en situación o riesgo de dependencia. De cara a los siguientes meses, la proporción de organizaciones que señalaba esta cuestión descendía notablemente, aunque el 34,2% de las organizaciones sostenía que esa soledad no deseada seguiría estando presente entre sus personas destinatarias.

El 64,1% de las organizaciones indicaba en abril de 2020 que sus personas destinatarias se estaban enfrentando a la falta de recursos económicos y, de cara a los siguientes meses, un porcentaje similar preveía que seguirían en esa misma situación. Se

identificaban situaciones diversas relacionadas con la pérdida de empleo, con familias que antes de la crisis ya se encontraban en situación de precariedad y pobreza que habían visto agravada su situación, o con la falta de recursos para hacer frente al pago de medicinas. De hecho, son las organizaciones que atienden a personas en situación o riesgo de exclusión las que en mayor medida identificaban la falta de recursos económicos entre sus personas destinatarias, así como las que atienden a personas en situación o riesgo de desprotección.

El 52,2% de las organizaciones indicaba que en ese momento sus personas destinatarias estaban afrontando la pérdida del trabajo remunerado. Se ve más señalada esta situación por organizaciones que atienden a personas en situación o riesgo de exclusión y desprotección; lo llamativo de la estimación para los siguientes meses es que el mismo porcentaje de organizaciones sostenía que en el corto plazo sus personas destinatarias seguirían afrontando dicha pérdida de trabajo remunerado.

El 50,5% de las organizaciones indicaba que sus personas destinatarias estaban afrontando un aumento de la pobreza y/o privación material. Este es un problema, señalado en más proporción por organizaciones que atienden a personas en situación o riesgo de exclusión, que lejos de mejorar, parece que empeora en la previsión que las organizaciones hacían para los meses siguiente, ya que el porcentaje de organizaciones que preveían que sus personas destinatarias afrontarían aumento de pobreza y/o privación material sube un 5%.

Otras cuestiones que una amplia proporción de organizaciones identificaba en sus personas destinatarias eran problemas de atención sanitaria, educativos, administrativos y jurídicos, en entorno comunitario, de alimentación y de alojamiento. En concreto, el 52,2% de las organizaciones apuntaba que sus personas destinatarias estaban en abril de 2020 padeciendo problemas de atención sanitaria o deterioro de la salud. El 45,1% de organizaciones indicaba que sus personas destinatarias estaban afrontando problemas educativos tales como retraso escolar, dificultades para seguir las clases, pérdida de itinerarios educativos, etc. Esta cuestión era especialmente destacada por organizaciones que atienden a personas en situación o riesgo de desprotección. El 43,5% de organizaciones sostenía que durante esas semanas del estado de alarma, sus personas destinatarias están enfrentando problemas administrativos y jurídicos, como detenciones o problemas con los permisos para transitar cuando es justificado. También un 43,5% de organizaciones indicaba que sus personas destinatarias estaban experimentando problemas en el entorno comunitario, como problemas de conflictividad o situaciones de riesgo. El 41,3% de organizaciones señalaba que sus personas destinatarias estaban afrontando problemas de alimentación y el 35,9% indicaba que, en el corto plazo, sus personas destinatarias seguirán teniendo ese problema.

También un 41,3 % de organizaciones indicaba que sus personas destinatarias estaban experimentando actualmente problemas de alojamiento, vivienda o exclusión residencial.

Por otro lado, el 26,6 % de organizaciones ha registrado cambios en los perfiles de sus personas destinatarias y, de cara a los siguientes meses; aún más organizaciones preveían cambios en los perfiles, como indicaba el 38,6 % de organizaciones. Esta diversificación de perfiles parece derivarse, entre otros factores, del aumento de personas atendidas. Por ejemplo, organizaciones de salud mental destacaban que había habido un aumento del número de personas que se dirigen a la organización que no tenían ninguna vinculación previa con ella, además de las personas que son habitualmente atendidas.

Además, un 20,7 % de las organizaciones ha indicado que sus personas destinatarias están afrontando otro tipo de problemas que apuntan principalmente a: falta de apoyos profesionales y/o terapéuticos en la vida diaria; reorganizaciones familiares para poder atender a personas en situación de dependencia; ralentización de actividades vitales para la mejora de la calidad de vida de las personas; toma de medidas especiales de confinamiento para determinados perfiles de personas (en alta exclusión, sin hogar, con enfermedad mental, etc.); procesos psicoterapéuticos y psicoeducativos suspendidos; dificultades de ofrecer un recogimiento emocional adecuado al no darse atención directa; impactos aún no previstos en personas destinatarias en países del sur; imposibilidad de asistir a grupos de ayuda mutua; e, incluso, ruptura con las dinámicas de interacción grupales generando en algunos casos gran impacto en la salud mental y emocional de las personas destinatarias.

4. El impacto en las organizaciones del TSSE

El impacto que las primeras semanas de la crisis de la covid-19 tuvo en las organizaciones del TSSE afectó tanto a la actividad externa que realizan como a la vida interna de las propias organizaciones. En la primera fase del estado de alarma, las organizaciones del TSSE vivieron momentos de mucha complejidad por el obligado cierre o reorientación de actividades, por el aumento de la atención directa en algunos servicios o por el impacto económico en la financiación de su actividad.

4.1. Servicios y actividades

Con el advenimiento de la crisis de la covid-19, numerosos servicios y actividades que prestan y desarrollan las organizaciones del TSSE enfocadas a las personas destinatarias se vieron afectadas. La modificación o reorientación de servicios o actividades y la suspensión o cancelación de

actividades concretas fueron en abril de 2020 los problemas más extendidos entre las organizaciones.

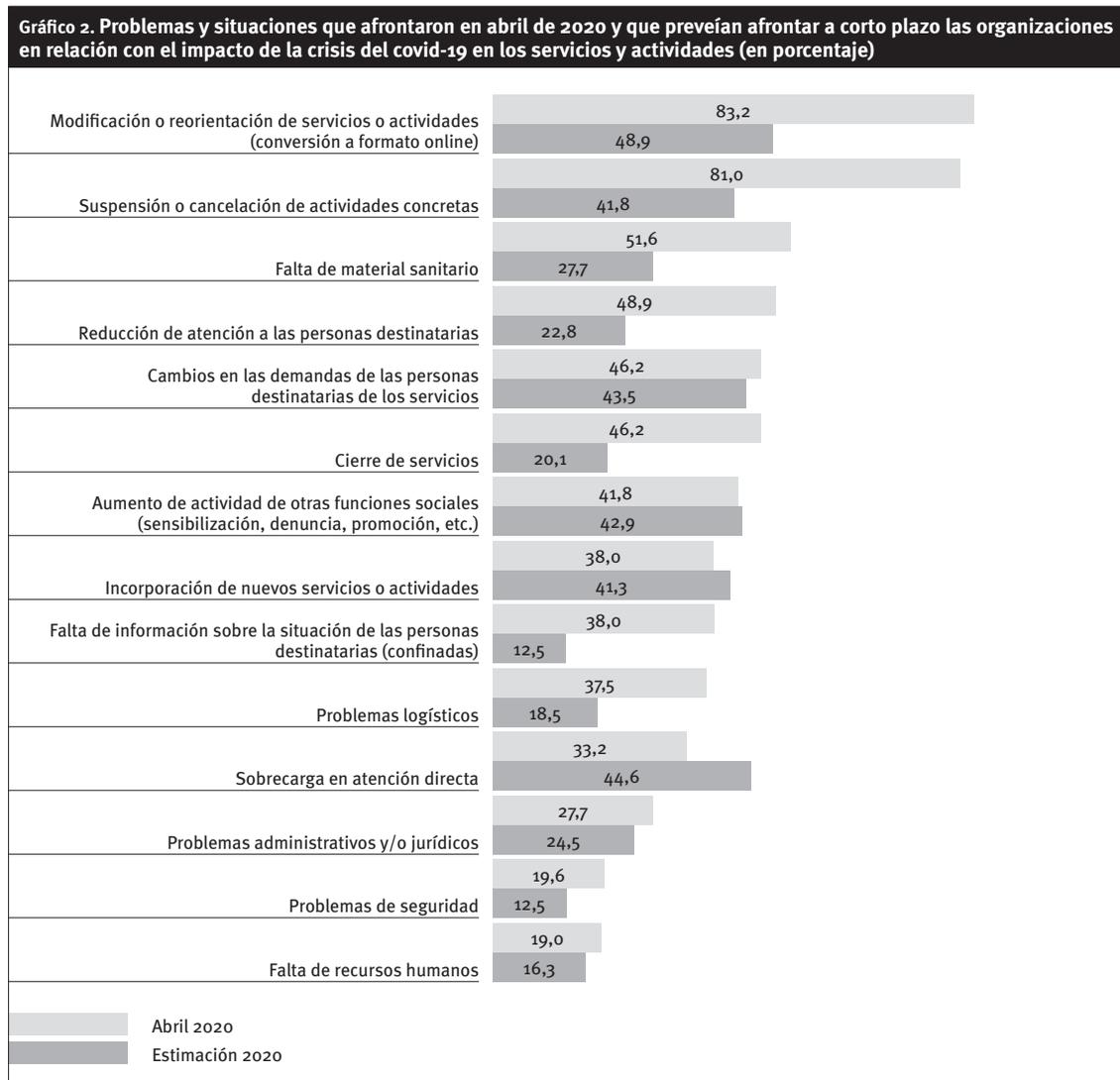
En concreto, un 83,2 % de organizaciones indicaban que estaban enfrentado una modificación o reorientación de servicios o actividades, por ejemplo, convirtiendo actividades a formato online o realizando acompañamiento telefónico. De cara a los meses siguientes, un 48,9 % de ellas preveía que esa modificación o reorientación de servicios o actividades se mantendría.

En abril de 2020, un 81 % de organizaciones había visto alguna de sus actividades canceladas o suspendidas, como actividades presenciales formativas y de integración social, excursiones para personas con discapacidad, campamentos para infancia, refuerzo escolar en infancia vulnerable, clases de castellano necesarias para la integración social de personas migradas, talleres grupales en pisos con personas con enfermedad mental, etc. En la previsión para los siguientes meses, era el 41,8 % el porcentaje de las organizaciones que preveían tener actividades suspendidas.

Un 48,9 % de organizaciones había tenido que reducir la atención a personas destinatarias (disminución de consultas, cese de intervenciones, etc.) y un 22,8 % preveía que esa reducción de atención se iba a mantener en los próximos meses. Por otro lado, el 33,2 % de organizaciones estaba en abril de 2020 enfrentando una sobrecarga en la atención directa (apoyo a personas sin hogar, residencias de personas mayores o personas con discapacidad, servicios residenciales para mujeres que sufren violencia, etc.). Ese porcentaje subía en la estimación para los siguientes meses de 2020, ya que un 44,6 % de organizaciones preveía que tendría situaciones de sobrecarga en la atención en el corto plazo.

Un 46,2 % de organizaciones había tenido que cerrar algún servicio (centros de día, centros de ocupación, cierre de servicios de ocio, de respiro, servicios de venta al público, ludotecas, empresas de inserción, etc.). En concreto, entre quienes habían visto cerrar alguno de sus servicios, casi tres de cada diez consideraba que dichos servicios corrían el riesgo de no poder volver a abrirse por cuestiones relacionadas con la incertidumbre en los recursos económicos (principalmente de la financiación pública) o las condiciones de distanciamiento social. Se trataba principalmente servicios de hostelería, *catering*, venta y limpieza, actividades grupales (acciones de encuentro, etc.), actividades de respiro y centros de día o talleres o actividades vinculadas con infancia y juventud: actividades de ocio y gestión de recursos como ludotecas o colonias de verano, servicios vinculados a los centros educativos (apoyo, etc.), programas de atención a adolescentes en acogimiento residencial, proyectos dirigidos a jóvenes inscritos en el sistema de garantía juvenil, etc.

Por otro lado, el 38 % de organizaciones había incorporado nuevos servicios o actividades como



Fuente: Elaboración propia.

la apertura de servicios para atender situaciones urgentes, servicios en respuesta a las nuevas necesidades derivadas de la emergencia o servicios de atención a perfiles de personas destinatarias hasta ahora ocultos. La incorporación de nuevos servicios y actividades se produjo en mayor medida en organizaciones orientadas a personas en situación o riesgo de dependencia y en organizaciones grandes.

El 51,6% de organizaciones indicaba que enfrentaba problemas por la falta de material sanitario en los servicios, especialmente de atención directa (escasez de EPI, falta de espacios de aislamiento, test para actividades no sujetas al estado de alarma, etc.). El dato en la previsión para los siguientes meses descendía hasta el 27,7% de organizaciones. Los problemas de falta de material sanitario se produjeron sobre todo entre organizaciones que atienden a personas en situación o riesgo de dependencia o a personas con discapacidad y en organizaciones grandes.

El 46,2% de organizaciones indicaba cambios en las demandas de las personas destinatarias a los servicios, tales como ayuda para realizar trámites online, ayudas económicas para cubrir necesidades básicas (alimentación, alquiler, etc.), mayor información sanitaria sobre la covid-19 y sobre el acceso a recursos, apoyo telefónico (psicológico, para regular la relación con hijos e hijas, etc.), demandas de atención y escucha y de comunicación online, petición de actividades online para evitar la soledad o demandas de apoyo educativo.

El 41,8% de organizaciones había aumentado en abril de 2020 su actividad vinculada a la incidencia, la sensibilización, la denuncia o la promoción de derechos. Ese porcentaje sube ligeramente en relación con la previsión para los siguientes meses, ya que el 42,9% de organizaciones indicaba que preveía aumentar dicha actividad.

Las organizaciones también tuvieron que enfrentar, aunque en menor proporción, otros problemas

como falta de información sobre la situación de las personas destinatarias confinadas, problemas logísticos, problemas administrativos o jurídicos, problemas de seguridad o falta de recursos humanos. Asimismo, algunas organizaciones destacaban dificultades relacionadas con las gestiones de las ayudas para mantener actividades y servicios, la coordinación con las Administraciones Públicas (en ocasiones satisfactoria y otras veces dificultosa) y los cambios continuos de protocolo durante aquellas semanas del estado de alarma.

4.2. Personas y recursos económicos de las organizaciones

La situación de las personas voluntarias y las personas remuneradas que forman los equipos de trabajo de las organizaciones del TSSE se vio afectada desde el comienzo de la crisis de la covid-19 de diversas maneras, y las organizaciones tuvieron que afrontar diversos problemas en relación con la gestión de los equipos de trabajo. Los más extendidos fueron las dificultades de gestión de la actividad por el cambio sustancial en las condiciones laborales (teletrabajo, conciliación, etc.), los riesgos psicosociales (situaciones de estrés, desgaste emocional, etc.) y los cambios en las condiciones de contratación.

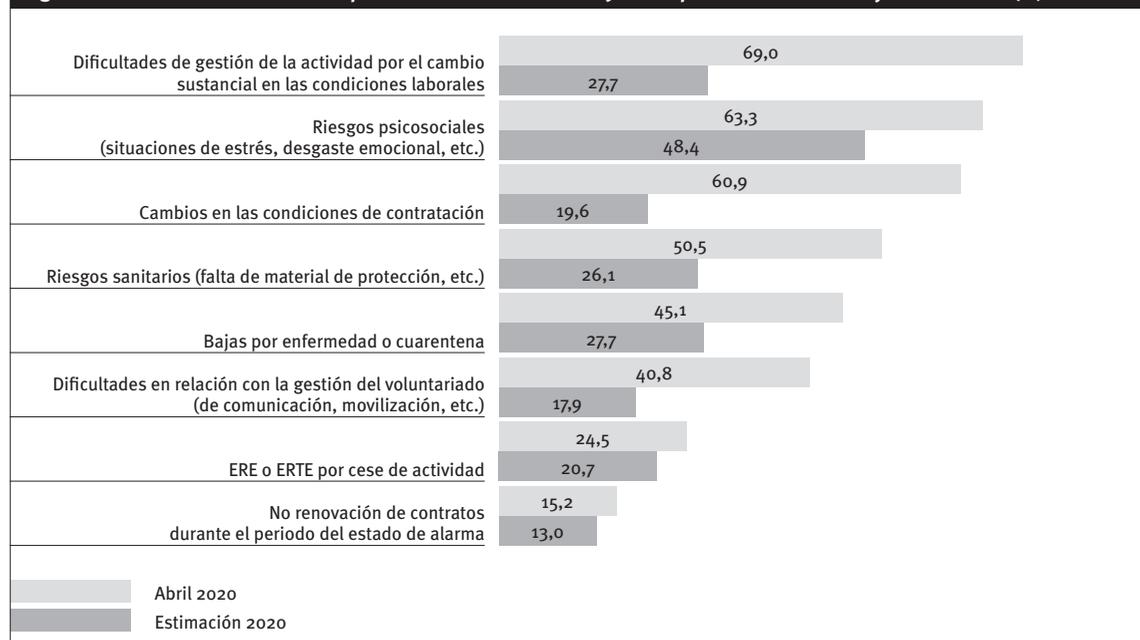
En concreto, en abril de 2020 un 69 % de organizaciones apuntaba que estaba teniendo dificultades de gestión de la actividad por el cambio sustancial en las condiciones laborales. Se trataba de situaciones vinculadas con la conciliación, la modificación de horarios de parte de la plantilla,

el cambio al teletrabajo, la falta de competencias digitales que dificultaban la comunicación o la falta de práctica en teletrabajo, la falta de equipos y otras herramientas telemáticas, etc. Esta es una cuestión que destaca especialmente entre organizaciones que atienden a personas en situación o riesgo de desprotección.

Un 63,6 % de organizaciones apuntaba que sus personas voluntarias y remuneradas estaban enfrentando riesgos psicosociales (estrés, desgaste emocional, ansiedad, gran dedicación, etc.). Esta cuestión destacaba en mayor medida en organizaciones que atienden a personas en situación o riesgo de dependencia y en organizaciones grandes. Sobre todo, destacaba la sobrecarga que esta situación estaba provocando en los equipos de atención directa, sumada a la tensión del confinamiento o equipos de intervención que no contaban con suficientes herramientas para gestionar una situación de tal envergadura. Es el caso de personas profesionales que tuvieron que atender a personas afectadas por la covid-19, realizar atención de llamadas telefónicas de personas usuarias para el desahogo, hacer seguimiento de menores en familias desestructuradas en situación de confinamiento, o profesionales bajo situación de estrés en los equipos de los centros residenciales. En la previsión a corto plazo, un 48,4 % de organizaciones preveía que sus personas voluntarias y remuneradas enfrentarían riesgos psicosociales.

Un 60,9 % de organizaciones estaba afrontando cambios en las condiciones de contratación. Se trataba de cambios relacionados con la imposibilidad de garantizar la continuidad de algunos contratos,

Gráfico 3. Problemas y situaciones que afrontaron en abril de 2020 y que preveían afrontar a corto plazo (2020) las organizaciones en relación con el impacto de la crisis del covid-19 en las personas voluntarias y remuneradas (%)



Fuente: Elaboración propia.

cambios en las tareas, contratos que no iban a poder ser renovados, disminución de horas en los contratos, personas autónomas con las que trabajaban las entidades y que no podían facturar ni acceder a ayudas, suspensión de las personas en prácticas, etc. Estos cambios en las condiciones de contratación afectaron en mayor proporción a organizaciones que atienden a personas en situación o riesgo de dependencia y a personas con discapacidad.

En relación con dichos cambios en las condiciones de contratación, concretamente, el 47,8 % de organizaciones había tenido que realizar cambios o ajustes en las tareas y un 41,8 % cambios en la jornada laboral por ajustes de la actividad.

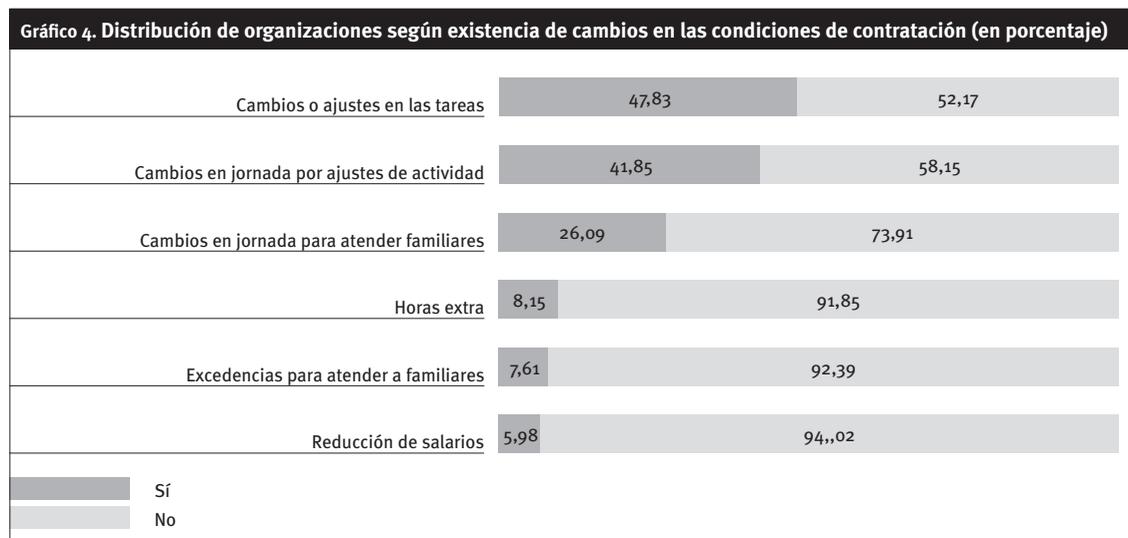
Asimismo, un 26,1 % de organizaciones había enfrentado cambios en la jornada laboral de sus personas remuneradas para atender a familiares y un 7,6 % indicaba tener excedencias para atender a familiares. Un 8,1 % de organizaciones indicaba tener que estar realizando horas extra y un 6 % había enfrentado reducción de salarios.

En torno a la mitad de las organizaciones (50,5 %) indicaba estar afrontando en abril de 2020 riesgos sanitarios vinculados al personal (falta de material

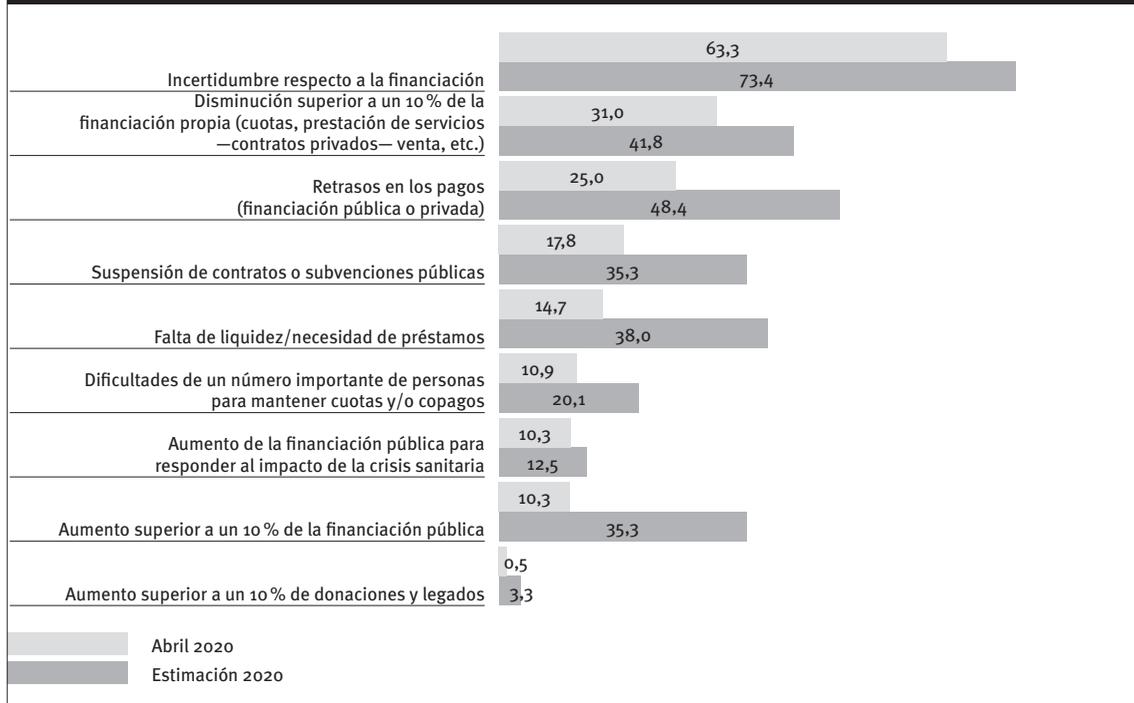
de protección, test, etc.). Además, un 45,1 % de organizaciones identifica bajas por enfermedad o cuarentena entre sus personas remuneradas.

Un 40,8 % de organizaciones estaba afrontando actualmente dificultades en la gestión del voluntariado, como dificultades de comunicación, movilización, falta de criterios claros de actuación, necesidad de ofrecer formación adaptada al nuevo marco, incremento del voluntariado online, adaptación de horarios y tareas, cancelación de la actividad voluntaria, pérdida de relación con el voluntariado, cese de actividad de voluntariado de más edad por riesgo al contagio, etc. De cara a los siguientes meses, un 17,9 % de organizaciones estimaba afrontar dichas dificultades en relación a la gestión del voluntariado. No obstante, frente a la adversidad las entidades también han visto un mayor compromiso de las personas voluntarias, una implicación mayor si cabe para realizar las tareas que se precisaran.

En menor proporción, las organizaciones del TSSE también enfrentaron ERE o ERTE (24,5 %) y la no renovación de contratos durante el estado de alarma (15,2 %). En ambos casos, la previsión para los siguientes meses apuntaba a unos porcentajes ligeramente menores.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 5. Problemas y situaciones que afrontaron en abril de 2020 y que preveían afrontar a corto plazo las organizaciones en relación con el impacto de la crisis de la covid-19 en los recursos económicos (en porcentaje)

Fuente: Elaboración propia.

La situación económica de las organizaciones se ha visto fuertemente afectada por la situación generada a partir del estado de alarma. Además de problemas concretos que ya estaban afrontando, la incertidumbre sobre cómo se vería afectada la financiación era grande. De hecho, la incertidumbre respecto a la financiación era en abril de 2020 y en la previsión a corto plazo el problema más extendido entre las organizaciones. También son destacables la disminución superior a un 10% de la financiación propia en abril de 2020 y la previsión de retrasos en los pagos públicos o privados. A diferencia de lo que ocurre con los problemas o situaciones vinculadas a las personas destinatarias, los servicios o el personal remunerado, donde parece que la previsión en los próximos meses es de mejora, la previsión sobre todos los problemas relativos a los recursos económicos es que se vean agravados a lo largo de 2020.

En concreto, un 63,6% de organizaciones indicaba estar viviendo incertidumbre respecto a la financiación y un 73,4% estimaba que la viviría a corto plazo. Aunque es una tendencia generalizada entre las organizaciones, esta preocupación es algo superior en organizaciones que atienden a personas en situación o riesgo de dependencia y a personas con discapacidad. Esta era, sin duda, una de las cuestiones que más preocupaba a las organizaciones ya que pone en tela de juicio su supervivencia. Eran generalizadas las dudas sobre cuándo se resolverían las ayudas y subvenciones y si habría una merma en las cuantías de subvenciones o convenios futuros. Se ponía también sobre la

mesa el incremento de la carga de trabajo pese a haberse suspendido actividades, el acceso a líneas de financiación vinculadas a la emergencia sanitaria, las repercusiones de la pérdida producida en la financiación privada, el posible reembolso de los gastos generados por la emergencia social, la imposibilidad de hacer frente a subidas salariales ya pactadas o a gastos estructurales (alquiler, suministros, seguros, etc.).

En relación con la financiación propia (cuotas, prestación de servicios, eventos, venta de productos, campañas, etc.), un 31% de organizaciones estaba en abril de 2020 afrontando una disminución superior a un 10% en ella. En la estimación para los siguientes meses, un 41,8% de organizaciones indicaba que preveía dicha disminución en su financiación propia.

El 25% de organizaciones estaba afrontando en aquellas semanas retrasos en los pagos, de origen público o privado y, a corto plazo, un 48,4% de organizaciones preveía enfrentarlos. Dichos retrasos afectaban en mayor proporción a organizaciones que atienden a personas en situación o riesgo de exclusión y a organizaciones grandes. Además, un 17,8% de organizaciones estaba enfrentando suspensión de contratos o subvenciones públicas, lo cual ponía en riesgo la continuidad de algunos proyectos e implicaba despidos; en la previsión a corto plazo, el porcentaje se elevaba a un 35,3%.

Un 14,7% de organizaciones estaba en abril de 2020 teniendo problemas de liquidez o necesidad de préstamos. De cara a los próximos meses, un 38%

de organizaciones preveía tener falta de liquidez o necesidad de préstamos. Este contexto genera gran incertidumbre con respecto a la imposibilidad de pagar salarios y de ofrecer servicios nucleares.

Casi el 11 % de organizaciones indicaba dificultades de un gran número de personas para mantener cuotas y/o copagos (reducción de cuotas de personas socias, impago de copagos, etc.). En la previsión a corto plazo, un 20,1 % de organizaciones estimaba que tendría dichas dificultades.

Por otro lado, el 10,3 % de organizaciones había visto aumentar su financiación pública para responder al impacto de la crisis sanitaria y un 12,5 % preveía que su financiación pública aumentará por dicho motivo. También en torno al 10 % estaba afrontando una disminución superior al 10 % de su financiación pública. Para 2020, el 35,3 % de organizaciones así lo preveía.

Además, un 13 % de organizaciones indicaba estar afrontando otros problemas en relación con los recursos económicos, que sobre todo tenía que ver con bajadas en los pedidos de venta de productos, ajustes futuros a las subidas salariales previstas en convenio, servicios que habían dejado de ofrecerse pero que generaban un gasto incluso estando inactivos, requisitos exhaustivos de las administraciones públicas para justificar la actividad que se estaba realizando, adelanto de gasto o gasto imprevisto no presupuestado.

5. Algunas reflexiones finales

Los datos del estudio ofrecen una fotografía de la situación que las organizaciones del TSSE y sus personas destinatarias estaban viviendo durante la primera etapa del confinamiento (abril 2020), unas semanas de gran complejidad en la gestión y articulación de los servicios y actividades de las organizaciones y de grandes dificultades para muchas personas destinatarias. Esa fotografía permite entender las primeras respuestas de las organizaciones ante la crisis y la realidad inicial que el confinamiento supuso para las personas destinatarias. Evidentemente, algunas de las problemáticas han cambiado según ha ido avanzando la desescalada y la previsión de las propias organizaciones apuntaba a que el peso de las distintas problemáticas iba a ir variando con el paso de las semanas, pero la significatividad del impacto inicial permite comprender el alcance que la crisis pueda tener tanto en el TSSE como en las personas destinatarias.

A diferencia de lo que ocurre con los problemas o situaciones vinculadas con las personas destinatarias, los servicios o el personal remunerado, donde parece que la previsión los siguientes meses de 2020 mejora, la previsión sobre todos los problemas relativos a los recursos económicos es que se vean agravados a lo largo de 2020.

Las organizaciones ya indicaban que parte de los problemas y situaciones que estaban afrontando en abril de 2020 sus personas destinatarias iban posiblemente a minimizarse una vez superada la fase crítica de esta crisis social. Sin embargo, de cara a los siguientes meses, las organizaciones apuntaban que la falta de recursos económicos, el aumento de la pobreza y/o privación material y la pérdida de trabajo remunerado iban a ser los problemas más extendidos entre sus personas destinatarias (más de lo que ya lo estaban siendo), lo cual resulta alarmante si tenemos en cuenta que los perfiles de personas atendidas por muchas de las entidades sociales se caracterizan ya por ser personas en riesgo o situación de exclusión. De cara a la labor de las organizaciones destaca también el cambio de perfiles en las personas atendidas que se preveía para los meses restantes de 2020.

Algunas cuestiones que preocupaban especialmente a las organizaciones en relación a las personas destinatarias tienen que ver con la invisibilización y, en algunos casos, la estigmatización que algunos colectivos han vivido, y con la importancia de las redes naturales de apoyo durante el confinamiento.

Durante las primeras semanas del estado de alarma, era llamativo que en el discurso público muchas de las personas destinatarias de las organizaciones del TSSE estaban siendo invisibilizadas. Salvo algunas excepciones, la opinión pública, los medios de comunicación o las redes sociales no estaban recogiendo la situación específica que personas con discapacidad, mujeres o infancia podían estar viviendo (al menos en los inicios). Esa invisibilidad preocupaba a las organizaciones porque no ponía ningún foco, social o mediático, sobre ellas.

Ante la emergencia sanitaria, la prioridad se focalizó en generar una respuesta institucional especialmente dirigida hacia algunos colectivos prioritarios. Sin embargo, con el transcurso de las semanas, no se fueron incorporando al foco social otros colectivos vulnerables cuya situación estaba siendo también especialmente grave. Si ya de por sí muchas personas destinatarias de las organizaciones del TSSE viven invisibilizadas socialmente, la crisis de la covid-19 no parece haberlas hecho más visibles.

En paralelo, algunos colectivos de personas destinatarias, que sí estaban recibiendo atención mediática, fueron señalados e incluso estigmatizados, como fue el caso de personas migrantes o personas mayores. En relación con las primeras, el impacto mediático que estaban teniendo algunas actuaciones concretas o los bulos que circulaban en torno a la inmigración generaron una afectación a nivel de imagen y estigmatización. En relación con las personas mayores, su estigmatización como colectivo de riesgo generó una afectación en su estado anímico y en su rol social. El miedo y la preocupación que vivieron durante las semanas de confinamiento siguen actualmente siendo palpables, sobre todo en lo relacionado con

su esfera social y relacional, con el espacio social y simbólico que les va a dejar la sociedad cuando la crisis de la covid-19 se supere.

Por otro lado, el papel de las familias y las redes naturales de apoyo de las personas destinatarias fue fundamental durante el confinamiento, de gran valor para las propias destinatarias y para las organizaciones del TSSE. Especialmente en el caso de algunos colectivos de personas destinatarias se erigieron en pilar fundamental, reorganizándose para ver cómo podían dar mejores apoyos dentro del domicilio, modificando incluso la convivencia. Fue, por ejemplo, el caso de personas con problemas de salud mental que vivían solas y que se trasladaron a vivir con sus padres antes de que se decretase el estado de alarma. O el de las personas con discapacidad intelectual, cuyas familias mantuvieron estoicamente la convivencia sin momentos de respiro. El valor de esos cuidados proporcionados por las familias fue especialmente importante en el caso de personas muy dependientes. Asimismo, en términos generales, las familias con niños y niñas también asumieron un papel fundamental, apoyando a sus hijas e hijos a nivel educativo, pero también a nivel emocional durante el confinamiento.

En la estimación a corto plazo, un amplio porcentaje de organizaciones preveía que se mantendría la modificación o reorientación de servicios o actividades como problema y que se incrementaría la sobrecarga en la atención directa, la incorporación de nuevos servicios o actividad y el aumento de la actividad vinculada a otras funciones sociales (detección de necesidades, acogida, sensibilización y denuncia, etc.). Con vistas al futuro, las organizaciones preveían distintas situaciones en relación con sus servicios y con la actividad que realizan: reestructuración de actividad, replanificación de servicios y tareas, ajuste de servicios a los presupuestos, posible cobro de servicios que venían siendo gratuitos, imposibilidad de realizar las horas de servicio pactadas o los criterios establecidos con los organismos públicos financiadores, dificultades de algunas personas destinatarias para reincorporarse a los servicios, refuerzo de programas psicoterapéuticos y psicoeducativos que se han visto interrumpidos y que han mermado la intervención con adolescentes con problemas de conducta, incremento del número de plazas para la atención a situaciones de exclusión, adaptación de actividades a nuevas respuestas, mayor coordinación entre el ámbito sanitario y el social, incertidumbre ante los protocolos de seguridad una vez superada la etapa actual, dificultades de activar actividades de tiempo libre socioeducativo (campamentos, colonias, etc.).

En relación con las personas voluntarias y remuneradas, más allá de las dificultades de gestión que se estaban encontrando las organizaciones por los cambios en las condiciones laborales o de contratación, la estimación para el corto plazo apuntaba a que los riesgos psicosociales son el

problema que mayor porcentaje de organizaciones preveía que sus personas voluntarias y remuneradas tendrían que afrontar.

Es destacable que si bien el alcance de muchas de las situaciones que las personas destinatarias y los servicios y actividades de las organizaciones han vivido en los inicios del confinamiento ha sido especialmente grave, la previsión para los próximos meses que las organizaciones realizan pone el peso en los recursos económicos. Cualquiera de las problemáticas analizadas se observa más generalizada en la previsión para el resto del 2020 que en abril de 2020. La incertidumbre en la financiación y los retrasos en los pagos se apuntan como los problemas más acuciantes para los siguientes meses.

Algunas cuestiones que preocupaban especialmente a las organizaciones en relación a sus servicios y recursos tienen que ver con la necesaria adaptación de los servicios, así como la incertidumbre sobre los mismos y sobre los recursos económicos. El cierre de servicios durante el estado de alarma, como servicios de atención diurna o centros de días y servicios de tiempo libre para infancia o personas con discapacidad, ya preocupaba en abril de 2020 por el impacto en la sostenibilidad de las organizaciones.

A pesar de la incertidumbre y la urgencia vivida durante las primeras semanas del estado de alarma, las organizaciones del TSSE buscaron estrategias para adaptarse al contexto y seguir ofreciendo respuestas a sus personas destinatarias. Esa adaptación va más allá de la modificación de la manera en que se ofrecen servicios y actividades. La reconversión hacia el teletrabajo en los servicios de apoyo por ejemplo ha sido una innovación forzada que quizás en algunos casos se pueda incluso mantener pasado el confinamiento por los buenos resultados que está dando. Se están, en este sentido, descubriendo formas distintas, forzadas por el contexto, de ofrecer servicios y actividades.

Las organizaciones manifestaban en abril de 2020 una preocupante incertidumbre principalmente vinculada con la financiación de las organizaciones: existía una gran preocupación por la viabilidad de actividades y servicios. La incertidumbre sobre lo que iba a pasar con la financiación pública se focaliza en el temor a que las mayores partidas económicas vayan destinadas al ámbito sanitario y no haya una apuesta específica por lo social. A ello se une la carga económica que para muchas organizaciones estaba suponiendo hacer frente al contexto de estado de alarma con recursos propios. Con todo, el contexto dibujaba una situación poco sostenible en el tiempo.

Ante esta incertidumbre, algunas organizaciones temen por su supervivencia, especialmente las pequeñas y medianas y las que cuentan con mayoría de personas voluntarias en sus equipos de trabajo, cuya financiación depende principalmente de subvenciones públicas.

Parece importante seguir analizando el impacto que van a vivir las organizaciones sociales y sus personas destinatarias a corto y medio plazo, y es que las previsiones no apuntan al optimismo. En este sentido visibilizar y seguir apoyando la

insustituible labor que realizan estas entidades resulta clave, ya que representan el sostén de colectivos que se enfrentan a múltiples situaciones de vulnerabilidad que se magnifican en contextos de crisis como el actual.

Referencias bibliográficas

GOBIERNO VASCO (2016): Ley 6/2016, de 12 de mayo, del Tercer Sector Social de Euskadi, *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 94, 19 de mayo, <<http://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2016/05/1602096a.pdf>>.

OBSERVATORIO VASCO DEL TERCER SECTOR SOCIAL (2020): *El Tercer Sector Social de Euskadi ante la situación de estado de alarma provocada por el Covid19*, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco, <https://3seuskadi.eus/wp-content/uploads/Informe_COVID_19.pdf>.

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 5.000 hitz eta gehienez 12.000, eta hor zenbatuko dira taulak, grafikoak eta bibliografia. Mesedez, ezinbesteko jotzen diren taulak eta grafikoak bakarrik igorri.
 - Lehenengo orrialdean jasoko dira artikulua titulua, egilearen edo egileen izenak, eta, baita ere, haietako bakoitzaren harremanerako posta-helbidea, telefonoa eta lankide gisa jardundako erakundeak. Artikuluaren laburpena erantsi beharko zaio (gehienez 120 hitz), eta hautatuko dira testuaren edukia deskribatuko dituen bost giltza hitz.
 - Aipua edo oharrak joango dira orri-oinean.
 - Artikuluaren erreferentzia bibliografikoak 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 telefonoa:

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 5.000 y 12.000 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, así como la dirección postal, el teléfono de contacto y la adscripción institucional de cada uno de ellos. Se añadirá también un breve resumen o sumario del artículo (máximo 120 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



ZERBITZUAN

72

IRAILA·SEPTIEMBRE
2020

Las políticas sociales de lucha
contra el sinhogarismo en
la Unión Europea y España:
alcance, efectividad y principales
limitaciones y prioridades

Atrapadas en una espiral
de precariedad y exclusión:
trayectorias de mujeres
inmigrantes en programas
residenciales para mujeres con
menores a cargo

Nosotras sufrimos, vosotras sufrís
y ellas sufren más violencias: las
usuarias de los Centros Mujer de
la Comunidad Valenciana

Envejecimiento activo, objetivos
y principios: retos para el trabajo
social

La fragilidad de las personas
mayores de Gipuzkoa

Algunas pistas para la mejora
del sistema de atención a la
dependencia en España

Las organizaciones del Tercer
Sector Social de Euskadi ante la
crisis de la covid-19



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

BERDINTASUN, JUSTIZIA
ETA GIZARTE POLITIKETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE IGUALDAD,
JUSTICIA Y POLÍTICAS SOCIALES