

ZERBITZUAN

74

5 DISEÑO E IMPACTO DE LAS PRESTACIONES POR HIJOS A CARGO EN LOS PAÍSES DE LA OCDE **33** PRESTACIONES PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR: UNA REVISIÓN DE SU DISEÑO E IMPACTO EN LOS PAÍSES DE LA OCDE **55** PARENTALIDAD POSITIVA: UN EJE PARA LA INTERVENCIÓN SOCIAL CON MENORES **65** ANALIZANDO LA FUNCIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL SISTEMA DE ORGANIZACIÓN SOCIAL DE LOS CUIDADOS EN EUSKADI **83** CAPACITISMO, COVID-19 Y DIGNIDAD: DERECHO A LA SALUD E INCLUSIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA **99** EL ASISTENTE PERSONAL COMO TRABAJADOR/A: SU IMPLANTACIÓN EN ESPAÑA **115** ENVEJECIMIENTO Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LOS TERRITORIOS DE EUSKAL HERRIA **133** ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA EN TRANSFORMACIÓN Y SUS EFECTOS EN LOS PROFESIONALES: ESTUDIO CUALITATIVO EN EL PROGRAMA PRIMER LA LLAR EN BARCELONA (HOUSING FIRST) **149** “KALEAK SUNTSITZEN DU”: BAKARRIK DAUDEN ADINGABE ATZERRITARRAK, BAKARRIK DAUDEN GAZTE ATZERRITARRAK IZATERA HELTZEN DIRENEAN, PAIRATZEN DITUZTEN BEHARRIZANAK PROFESIOALEN IKUSPUNTUTIK **163** MODELO INTEGRA/ERANTSI DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL PARA PERSONAS EN PROCESOS DE INTEGRACIÓN SOCIAL



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

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

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES
MAIATZA · MAYO 2021

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

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

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

EKOIZLEA • PRODUCE

SIIS Servicio de Información e Investigación Social
SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua
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 Saila
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
Printek, S.A.L.

Lege Gordailua / Depósito Legal: SS 101-1986
ISSN: 1134-7147
Internet: <https://doi.org/10.5569/1134-7147.74>

© Eguía-Careaga Fundazioaren
SIIS Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua
SIIS Servicio de Información e Investigación Social
de la Fundación Eguía-Careaga

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

Aldizkaria honako datu-baseetan zerrendatuta dago:
Esta revista está incluida en las siguientes bases de datos:

- CIRC, Dialnet, Dulcinea, Ebsco, Inguma, ÍNDICES CSIC, Journal Scholar Metrics, MIAR, RESH, Ulrich's.

Aurkibidea

Índice

5

Diseño e impacto de las prestaciones por hijos a cargo en los países de la OCDE
Joseba Zalakain

33

Prestaciones para la conciliación de la vida laboral y familiar: una revisión de su diseño e impacto en los países de la OCDE
Peru Domínguez-Olabide

55

Parentalidad positiva: un eje para la intervención social con menores
Elisa Esteban-Carbonell
Enrique Carnicero-Hernández
Nuria del Olmo-Vicén

65

Analizando la función de la comunidad en el sistema de organización social de los cuidados en Euskadi
Martín Zuñiga Ruiz de Loizaga
Felix Arrieta Frutos

83

Capacitismo, covid-19 y dignidad: derecho a la salud e inclusión en tiempos de pandemia
Manuel Aparicio Payá
Mario Toboso Martín

99

El asistente personal como trabajador/a: su implantación en España
Tomasa Bãñez
Dolors Comas d'Argemir

115

Envejecimiento y atención a la dependencia en los territorios de Euskal Herria
Arrate Arin
Maia Berasategui
Lucía Martínez Virto
Laurent Melito
Ángel Toña
Joseba Zalakain

133

Análisis de la práctica en transformación y sus efectos en los profesionales: estudio cualitativo en el programa Primer la Llar en Barcelona (Housing First)
Susana Batle Cladera
Marta Llobet Estany
Joan Uribe Vilarrodona
Jezabel Cartoixà García

149

“Kaleak suntsitzen du”: bakarrik dauden adingabe atzerritarrak, bakarrik dauden gazte atzerritarrak izatera heltzen direnean, pairatzen dituzten beharrianak profesionalen ikuspuntutik
Aitziber Castaños Mihi
Iraia Aguayo Portillo
Janire Fonseca Peso

163

Modelo Integra/Erantsi de acompañamiento psicosocial para personas en procesos de integración social
Carmen Vicioso Etxebarria
Daimel Castillo-González

Diseño e impacto de las prestaciones por hijos a cargo en los países de la OCDE

Joseba Zalakain

SIIS Servicio de Información e Investigación Social
jzalakain@siis.net

Artikulu honetan, SIIS Informazio eta Ikerketa Sozialeko Zerbitzuak Eusko Jaurlaritzako Justizia, Berdintasun eta Gizarte Politiketako Saileko Familia Politikako Zuzendaritzarentzat egindako azterlan batzuen emaitzak jasotzen dira. Lehendabizi, artikuluak ELGAko hogeita hiru herrialdetan seme-alabak ardurapean dituzten biztanleek jasotako prestazioen ezaugarri nagusiak aztertzen ditu, eta ondoko gaien inguruan argitaratu izan den literatura berrikusi: haur-pobreziaren murrizketa, familien bizi-baldintzen eta osasunaren —eta ongizatearen— hobetzea, onuradun diren familien ugalkortasuna eta enplegu-lorpenaren maila, eta, berariaz, ama direnek duten enplegu-lorpenaren maila.

GAKO-HITZAK:

Familia-politika, prestazio ekonomikoak, zerbitzu-ebaluazioa, nazioarteko ikuspegia.

Este artículo recoge los resultados de estudios realizados por el SIIS Servicio de Información e Investigación Social para la Dirección de Política Familiar del Departamento de Justicia, Igualdad y Políticas Sociales del Gobierno Vasco. El artículo analiza en primer lugar las principales características de las prestaciones por hijo/a a cargo de veintitrés países de la OCDE y, posteriormente, revisa la literatura publicada sobre su impacto en cuanto a la reducción de la pobreza infantil, la mejora de las condiciones de vida y de salud —y del bienestar— de las familias, la fecundidad y el acceso al empleo de las familias beneficiarias, con especial atención al acceso al empleo de las madres.

PALABRAS CLAVE:

Política familiar, prestaciones económicas, evaluación de servicios, panorama internacional.

1. Introducción

La práctica totalidad de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) cuentan con asignaciones familiares por hijo/a a cargo orientadas a compensar los gastos generales que supone la crianza. Junto con el resto de los subsidios y prestaciones familiares —las prestaciones por maternidad y paternidad abonadas por la Seguridad Social para el mantenimiento de rentas durante los primeros meses de vida de los hijos/as o las prestaciones orientadas a compensar los gastos derivados del cuidado infantil¹—, estas ayudas tienen un impacto relevante desde muy diversos puntos de vista y suponen un importante esfuerzo económico: en el conjunto de la Unión Europea, el gasto destinado a estas ayudas supera los 163.000 millones de euros, lo que representa casi el 1% del PIB de la Unión y en torno al 3,8% del gasto en protección social.

La literatura relativa al impacto de estas prestaciones pone de manifiesto que contribuyen al sostenimiento del pacto intergeneracional en el que se basa el Estado del Bienestar, contribuyen a la redistribución vertical y horizontal de la renta, reducen la pobreza infantil, mejoran la situación de los niños/as y de sus familias —incluso a medio y largo plazo— desde el punto de vista educativo y de salud, y tienen un efecto positivo (aunque reducido) en el incremento de la fecundidad. Estas prestaciones son, sin duda, parte fundamental del enfoque de inversión social auspiciado por las instituciones europeas y forman parte del pilar europeo de derechos sociales, según el cual los niños tienen derecho a la protección contra la pobreza y los niños procedentes de entornos desfavorecidos tienen derecho a medidas específicas destinadas a promover la igualdad de oportunidades.

La literatura publicada en relación con el diseño de estas prestaciones permite también afirmar que existe una relación positiva entre el carácter universal de estas prestaciones y su capacidad para la reducción de la pobreza, y que las prestaciones universales presentan, frente a las selectivas o focalizadas, más ventajas que inconvenientes. La evidencia disponible apunta en cualquier caso a la necesidad de avanzar hacia un universalismo focalizado (*targeting within universalism*), en la medida en que las estrategias que han tenido más éxito para abordar la pobreza infantil han demostrado ser las sustentadas en políticas destinadas a mejorar el bienestar de todos los niños y niñas, teniendo especialmente en cuenta, al mismo tiempo, a los niños y a las niñas que se encuentran en situaciones particularmente vulnerables (Comisión Europea, 2013).

El impulso de estas prestaciones está en la base de los programas de reactivación económica impulsados por diversos países para hacer frente a las consecuencias de la covid-19: Italia acaba de aprobar una prestación universal de hasta 250 euros por hijo/a a cargo, que reduce la fragmentación del modelo actual y que, como en el caso alemán, se basa en la idea de integrar prestaciones sociales y deducciones fiscales, de forma que las familias podrán percibir la ayuda bien como prestación o bien como deducción. En los Estados Unidos, la Administración Biden ha modificado sustancialmente el Child Care Credit anteriormente existente, ampliando su cuantía y mejorando su alcance. Al menos durante 2021, la deducción será de un máximo de 3.600 dólares anuales, podrá cobrarse íntegramente como prestación neta y no estará limitada a los progenitores con empleo.

Este artículo recoge los resultados de estudios realizados por el SIIS Servicio de Información e Investigación Social para la Dirección de Política Familiar del Departamento de Justicia, Igualdad y Políticas Sociales del Gobierno Vasco², así como el impacto de las prestaciones para la conciliación existentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). El artículo analiza en primer lugar las principales características de las prestaciones por hijo/a a cargo de veintitrés países de la OCDE y, posteriormente, revisa la literatura publicada sobre su impacto en cuanto a la reducción de la pobreza infantil, la mejora de las condiciones de vida y de salud —y del bienestar— de las familias, la fecundidad y el acceso al empleo de las familias beneficiarias, con especial atención al acceso al empleo de las madres.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio se basa en los siguientes aspectos:

- Se han tenido en cuenta las prestaciones por hijo/a a cargo que ofrecen las distintas Administraciones a las familias con hijos/as para contribuir a su crianza. No se tienen en cuenta, por tanto, ni las prestaciones que en el ámbito de la familia dan respuesta a la pérdida de ingresos por nacimiento y/o para el cuidado de hijos/as (bajas o permisos de paternidad, ayudas a la conciliación, etc.), ni las prestaciones que se dirigen al conjunto de la población, aunque incluyan la presencia de hijos/as en el hogar (como subsidios por desempleo, prestaciones de garantía de ingresos, etc.). Tampoco se contemplan otras ayudas, como becas o similares.
- Las prestaciones analizadas se dividen en tres grandes ámbitos: prestaciones directas de carácter universal (orientadas a todas las familias, independientemente de sus ingresos, aunque las cuantías puedan estar moduladas en función de la renta); prestaciones directas focalizadas o selectivas (orientadas a las

¹ En esta categoría se incluyen las prestaciones orientadas a compensar la disminución de ingresos derivada de la reducción o la suspensión de la actividad laboral de alguno de los progenitores mediante excedencias o reducciones de jornada, así como las orientadas a cofinanciar la contratación de servicios de cuidado infantil.

² Uno de ellos, recogido también en este mismo número, en el artículo de Domínguez-Olabide (págs. 33-54).

familias con ingresos inferiores a un umbral determinado); y beneficios fiscales —exenciones, desgravaciones, deducciones, etc.—, que pueden ser reembolsables o no.

- Se han tenido en cuenta también las modalidades y complementos que contemplan estas prestaciones, especialmente en lo que se refiere a las familias numerosas, monoparentales o que tienen hijos/as con discapacidad. También se han tenido en cuenta otras prestaciones menores, como algunas prestaciones por nacimiento, pagos orientados a cubrir los gastos extraordinarios de escolarización, etc.
- Se han analizado los sistemas existentes en la mayor parte de los países de la OCDE, dejando de lado únicamente aquellos países que aun perteneciendo a esta organización son económica, política o culturalmente muy distintos de la CAPV. En general, la información que se ofrece se refiere al conjunto de cada país. Sin embargo, en los países más descentralizados —Canadá, Bélgica, España o Estados Unidos, por ejemplo— el análisis se centra en una provincia o estado concreto, para recoger la aplicación real de las políticas familiares en ese tipo de países. En el caso del Estado español, se recoge la situación de la Comunidad de Madrid —la que la OCDE utiliza como base a la hora de describir el caso español— y la de Euskadi, a partir de la información publicada por las instituciones vascas.
- La mayor parte de la información se ha obtenido de los informes nacionales publicados por la OCDE en su sitio web sobre políticas familiares. La información de la OCDE, en cualquier caso, se ha complementado con otros datos recogidos de las webs de las entidades que gestionan estas ayudas, así como de otras fuentes.
- La descripción de las diferentes prestaciones se centra en las existentes en el año 2020, por lo que no se incluyen los cambios producidos —por ejemplo, en Estados Unidos o Italia— en 2021.

La comparación realizada permite establecer elementos como los siguientes:

- Los modelos de prestaciones de apoyo a las familias que existen en la OCDE, sus características y los países que se integran en cada modelo, especialmente desde el punto de vista de la universalidad / focalización de las prestaciones económicas.
- La combinación que en cada uno de esos modelos se da entre deducciones fiscales reembolsables, deducciones fiscales no reembolsables, prestaciones focalizadas, prestaciones universales moduladas por renta y prestaciones universales no moduladas por renta.
- Los requisitos de acceso a las prestaciones en cuanto a edad, tipología familiar, compatibilidad con otras prestaciones, duración de las ayudas, etc.

- Los sistemas establecidos para el cálculo de las cuantías (escalas de equivalencia, sistemas de estandarización de la renta, consideración de las edades y/o el orden de nacimiento de los hijos/as, etc.).
- Los complementos y modalidades adicionales, especialmente en lo que se refiere a las familias numerosas o monoparentales y en lo que se refiere a situaciones específicas de necesidad (discapacidad, reincorporación escolar, nacimiento, incumplimiento de la obligación de abonar la pensión de alimentos, etc.).

2. Principales características de las prestaciones por hijo/a a cargo en los países analizados

2.1. La articulación del sistema de prestaciones por hijo/a a cargo en los países de la OCDE

Aunque la práctica totalidad de los países de la OCDE ofrecen algún tipo de prestación económica a las familias con hijos/as para compensar los gastos generales que genera la crianza, los mecanismos utilizados para la provisión de esos apoyos pueden ser muy diferentes. Como se ha señalado en otros trabajos (Bárcena-Martín, Blanco-Arana y Pérez-Moreno, 2015), los diferentes mecanismos destinados a ofrecer apoyo económico a las familias con hijos para compensar los gastos derivados de la crianza pueden ser clasificados en cinco grandes categorías:

- Deducciones fiscales reembolsables, que reducen la cuota tributaria de los progenitores y, además, pueden en su caso ser percibidas como una prestación neta si la deducción supera la deuda tributaria inicial. La percepción de esas cantidades puede ser mensual o anual, mediante un pago único una vez realizada la declaración de la renta.
- Deducciones fiscales no reembolsables, que reducen la tributaria de los progenitores pero no pueden ser utilizadas como una prestación neta si la deducción supera la deuda tributaria inicial.
- Prestaciones directas selectivas o focalizadas, orientadas únicamente a familias con ingresos inferiores a un umbral determinado.
- Prestaciones universales —orientadas al conjunto de las familias con hijos/as— con cuantías moduladas en función de la renta de los progenitores.
- Prestaciones universales no moduladas en función de la renta, orientadas por tanto al conjunto de los progenitores y cuya cuantía no se ve modificada por la renta familiar (aunque sí, en algunos casos, por otros elementos como el número de hijos/as, la edad, etc.).

En relación con esta clasificación, es necesario señalar cuatro aspectos importantes:

- Las deducciones fiscales (reembolsables o no reembolsables) no son la única herramienta fiscal orientada a las familias con hijos/as. Son también numerosos los países que recurren a otras figuras, como las desgravaciones en la base imponible, los mínimos exentos, la exención de determinadas prestaciones sociales de la base imponible o los coeficientes utilizados para la estandarización de la renta familiar de acuerdo a su tamaño y composición. Este tipo de herramientas no se han tenido en cuenta, en líneas generales, en este análisis en la medida en que solo en contadas ocasiones tienen carácter reembolsable.
- La diferencia entre focalización y universalidad no es siempre nítida. De hecho, algunos modelos selectivos se consideran casi universales, ya que tienen elementos muy tenues de selectividad (es decir, permiten el acceso a la prestación teóricamente selectiva a familias de renta relativamente alta).
- No se tienen en cuenta en este esquema otras prestaciones familiares (como las ayudas a la conciliación por reducción de jornada o excedencia, o los permisos parentales) ni, en general, otras prestaciones de garantía de ingresos que, aunque puedan estar moduladas en función de la presencia de menores de edad en la unidad familiar, no están específicamente orientadas a las familias con hijos/as.
- Por último, el hecho de que un tipo de mecanismo —como las deducciones fiscales reembolsables o las prestaciones directas focalizadas— forme parte de un sistema determinado no implica que juegue un papel importante en ese modelo. En ese sentido, algunas de las prestaciones señaladas juegan un papel residual, ya sea por su cobertura o por las cuantías contempladas, y resultan secundarias frente a otras prestaciones de mayor alcance.

El Cuadro 1 recoge un resumen del tipo de herramienta existente en cada uno de los veintitrés territorios analizados.

		Deducciones fiscales reembolsables	Deducciones fiscales no reembolsables	Prestaciones focalizadas ³	Prestaciones universales (con renta)	Prestaciones universales (sin renta)
Centro de Europa	Francia	–	√ ⁴	√	√	–
	Alemania	√ ⁵	–	√	–	√
	Austria	–	√ ⁶	√	–	√
	Países Bajos	√	–	√	–	√
	Bélgica (Valonia)	–	√ ⁷	–	√	–
	Suiza (Ginebra)	–	√ ⁸	–	–	√
Países anglosajones	Reino Unido	√	–	√	–	√
	Irlanda	√	–	√	–	√
Sur de Europa	Italia	√	√	√	√	–
	Portugal	√	–	√	–	–
	Grecia	–	√	√	–	–
	España (Madrid)	√	√	√ ⁹	–	–
	España (Euskadi)	–	√	–	√	–
Norte de Europa	Noruega	–	√ ¹⁰	√	–	√
	Suecia	–	–	–	–	√
	Dinamarca	–	√ ¹¹	√	√	–
	Finlandia	–	–	–	–	√
Este de Europa	Polonia	√	–	√	–	√
	Rep. Checa	√	–	√	–	–
Otros	Canadá (Quebec)	–	–	–	√	–
	Japón	–	√	–	√	–
	Nueva Zelanda	√	–	–	–	–
	Estados Unidos (Michigan)	√	√	√	–	–

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes nacionales de la OCDE.

³ En ocasiones se consideran en esta categoría complementos específicos de las prestaciones universales destinadas a familias con ingresos inferiores a un umbral determinado.

⁴ Se trata de una reducción de la base imponible.

⁵ Incompatible con la prestación directa.

⁶ Desde 2019.

⁷ Se trata de una reducción de la base imponible.

⁸ Se aplica una reducción de la base imponible y posteriormente una deducción en la cuota.

⁹ Hasta 2020, con la integración de la prestación por hijo a cargo (PFHC) de la Seguridad Social en el ingreso mínimo vital.

¹⁰ Se trata de una reducción de la base imponible.

¹¹ Se trata de una reducción de la base imponible.

La primera de las cuestiones que se observa en el cuadro es la diversidad en cuanto al número de herramientas aplicadas en cada país y, en ese sentido, a la mayor o menor complejidad del modelo vigente en cada uno de ellos: en efecto, hay países, como Finlandia o Suecia, que cuentan con un solo tipo de prestación (universal sin criterio de renta, en ambos casos); en el otro extremo, Italia¹² o España combinan hasta cuatro tipos de prestaciones diferentes. Sin llegar a tales extremos, parece claro que algunos modelos han desarrollado modelos más integrales o unificados, mientras que otros han apostado, en general por razones históricas, por una mayor fragmentación o categorización.

En todo caso, los datos de la tabla indican los siguientes elementos de interés:

- 17 de los 23 países o regiones analizados disponen de prestaciones universales o casi universales. En estos sistemas, la prestación puede ser percibida por todas las familias independientemente de su nivel de ingresos, aunque la cuantía concreta de la prestación sí pueda estar modulada en función de la renta.
- En 10 de esos 17 casos, además, se trata de prestaciones universales no moduladas en función del nivel de renta (Alemania, Austria, Países Bajos, Suiza, Reino Unido, Irlanda, Noruega, Suecia, Finlandia y Polonia). Es decir, las familias no solo acceden a la prestación independientemente de su nivel de renta, sino que la prestación es además de la misma cuantía para todas las familias y su renta no se tiene en cuenta para determinar el importe de la prestación. En los otros siete casos —Francia, Bélgica, Italia, Euskadi, Dinamarca, Quebec y Japón— la prestación es universal, pero se modula en función de la renta familiar, aplicándose en algunos casos un sistema de estandarización o equivalencia.
- 15 de los 23 países analizados disponen de prestaciones selectivas, orientadas únicamente a las familias con ingresos inferiores a un umbral determinado. En diez de esos dieciséis casos —Alemania, Austria, Canadá (Quebec), Francia, Países Bajos, Irlanda, Italia, Japón, Noruega y Polonia—, la prestación focalizada convive con una prestación universal. En cinco casos —Madrid, Grecia, Estados Unidos, Portugal y Chequia— la prestación focalizada es la única prestación directa existente.
- 20 de los 23 países analizados cuentan con deducciones fiscales o desgravaciones de algún tipo para las familias con hijos/as. Los países o regiones que no cuentan con figuras de este tipo son Quebec (Canadá), Finlandia y Suecia.

¹² Como se ha señalado previamente, Italia está en vías de modificar su sistema, reduciendo la actual fragmentación mediante la creación de una prestación única de carácter universal.

- De los 20 países que contemplan deducciones fiscales de apoyo a las familias con hijos/as, once han recurrido a las deducciones reembolsables, de forma que si la deuda tributaria es inferior a la deducción, la diferencia se abona como prestación neta a los/as contribuyentes, siempre que cumplan el resto de los requisitos de acceso. En los nueve casos restantes las deducciones fiscales no son de carácter reembolsable, con lo que no se benefician de ellas las familias con menor renta.
- Son pocos los países que basan su modelo de apoyo a las familias únicamente en las deducciones fiscales. Cabría señalar en ese sentido el modelo norteamericano y el alemán, donde la deducción fiscal y la prestación universal son alternativas (ha de optarse solo por una de ellas), así como el neozelandés.

Esta clasificación permite agrupar los países analizados en los siguientes grupos:

- Sistemas básicamente articulados en torno a una sola prestación de carácter universal, modulada o no en función de la renta: Finlandia, Suecia, Noruega y Reino Unido (tras la derogación de los créditos fiscales para familias y para trabajadores/as pobres).
- Sistemas que combinan deducciones fiscales y prestaciones universales: Bélgica (Valonia), Dinamarca y Suiza.
- Sistemas que combinan prestaciones universales y selectivas, sin deducciones: Japón y Quebec (Canadá).
- Sistemas que combinan deducciones fiscales, prestaciones selectivas y prestaciones universales: Alemania, Austria, Euskadi, Francia, Países Bajos, Irlanda, Italia y Polonia.
- Sistemas que combinan deducciones fiscales —en general no reembolsables— y prestaciones selectivas: Madrid (España), Grecia, Portugal, Chequia y Estados Unidos.
- Sistemas que solo contemplan deducciones fiscales: Nueva Zelanda.

Puede decirse, por tanto, que los países del norte de Europa, con sistemas de protección social más desarrollados, tienden en general a basarse únicamente en prestaciones universales. Los países del centro tienden por el contrario a combinar un mayor número de prestaciones —deducciones fiscales, prestaciones focalizadas y universales—, mientras que los del sur se apoyan en una combinación de deducciones fiscales teóricamente universales —pero que no son reembolsables y no llegan a las familias de menor renta— y prestaciones focalizadas orientadas a las familias de bajos o muy bajos ingresos.

También se observan casos relativamente singulares (como Japón, Estados Unidos o Nueva Zelanda) y casos de países que, como Italia, se sitúan

en un grupo en el que no suelen habitualmente ser ubicados cuando se realizan este tipo de clasificaciones en materia de protección social.

2.2. Otros elementos vinculados al diseño de las prestaciones

Junto con la articulación general del paquete de prestaciones orientado a las familias con hijos/as, es conveniente también repasar, aunque sea de forma somera, otros elementos relacionados con el diseño de las prestaciones —ya sean directas o provistas mediante el sistema tributario— en lo que se refiere a los criterios de acceso, la determinación de las cuantías, la existencia de complementos y modalidades, la compatibilidad con otras prestaciones, los mecanismos de condicionalidad diferentes a del nivel de ingresos y la consideración de las cuestiones relacionadas con la diversidad de las composiciones familiares.

a. Criterios de acceso

Los criterios de acceso que se establece en el caso de las prestaciones analizadas en este capítulo tienen que ver fundamentalmente con el número y la edad de los hijos/as, aunque también se establecen algunos requisitos de acceso o percepción de estas prestaciones vinculadas a otros aspectos, como la escolarización de los hijos/as o la participación en el mercado de trabajo, en el marco de las políticas de activación.

En lo que se refiere al número de hijos/as, la mayor parte de las prestaciones se ofrecen a todas las familias con hijos/as que cumplan los requisitos de renta, en el caso de las prestaciones focalizadas o moduladas en función de la renta. Destaca en este caso la excepción francesa, que no incluye en sus principales prestaciones a las familias con un solo hijo/a.

En lo que se refiere a la edad, la mayoría de las prestaciones analizadas cubren a los hijos/as menores de edad, así como a los que aun siendo mayores de 18 años no tienen ingresos propios, viven en el domicilio familiar y/o cursan estudios reglados.

b. Determinación de las cuantías

La determinación de las cuantías es uno de los elementos más característicos de cada sistema, y en los que existen mayores diferencias. Los modelos que existen son, básicamente, los siguientes:

- Cuantías uniformes por todos los hijos/as, independientemente de su edad o número de orden.
 - En Irlanda la prestación no tiene en cuenta los ingresos de la unidad familiar ni la edad de los hijos/as, y crecen de forma proporcional en

función del número de hijos, a partir de una cuantía básica de 140 euros mensuales. De esta forma, las familias con dos hijos/as perciben 280 euros, las familias con tres hijos/as, 420, y así sucesivamente.

- En Noruega, la cuantía de la prestación es de 84 euros, independientemente de la edad, el número de hermanos/as o la renta familiar.
- En Polonia, la cuantía de la prestación asciende a 109 euros mensuales y es independiente tanto del número de hijos/as, como de su edad y de la renta familiar.
- Cuantías diferentes en función de la edad. Cabe distinguir dos opciones:
 - Incremento de las cuantías a medida que crece la edad del hijo/a. En Alemania, Austria o Países Bajos, por ejemplo, las cuantías crecen según se pasa de un tramo de edad a otro. En Francia se aplica un complemento a los mayores de 14 años.
 - Decremento de las cuantías a medida que crece la edad del hijo/a. En Portugal o Dinamarca las cuantías se reducen según crece la edad de los hijos/as.
- Cuantías diferentes en función del número de orden y/o el número de hijos. Aquí también cabe distinguir dos casos:
 - Incremento de las cuantías por hijos/as a medida que crece su número. En el caso austriaco, además de aumentar con la edad, la cuantía de la prestación es más elevada a medida que se avanza en el número de hijos/as¹³. En el caso alemán, se conceden 204 euros al mes para el primer y segundo hijo/a, 210 euros al mes para el tercer hijo/a y 235 euros al mes para el cuarto y siguientes. Lo mismo ocurre en el caso de Finlandia, Países Bajos¹⁴ o Euskadi, donde la deducción fiscal pasa de 603 euros por el primer hijo/a a 1.946 por el quinto. En Grecia, la cuantía para el tercer hijo/a crece considerablemente en relación con la correspondiente a los dos primeros. En el caso de Ginebra (Suiza), la cuantía asciende a 284 euros mensuales para los dos primeros hijos/as y a 378 en el caso de los siguientes.
 - Decremento de las cuantías a medida que crece el número de hijos/as. En el caso británico, por ejemplo, la prestación por el primer hijo/a es de 89 euros, mientras que para los demás la cuantía es de 54 euros. En el caso italiano, aunque los cambios no son lineales, la cuantía de cada hijo/a adicional se va reduciendo progresivamente, mientras que en Portugal la del primer hijo/a es sustancialmente más elevada que las de los demás. El caso sueco es

¹³ Así, un hijo/a solo/a de 0 a 3 años recibe por ejemplo 115 euros, mientras que tres hijos/as mayores de 19 años recibirían, cada uno/a, 182,5 euros.

¹⁴ Es significativo en cualquier caso que en Holanda la cuantía por hijo/a de la prestación universal crece con el número de hijos/as, mientras que en el caso de la prestación selectiva se reduce.

peculiar, ya que la cuantía de las prestaciones tiene forma de U: la prestación para un solo hijo/a asciende a 113 euros mensuales (15.000 coronas suecas anuales); a partir de esa cantidad, la cuantía adicional para el segundo hijo/a es de 13 euros mensuales para el segundo hijo/a, 52 para el tercero, 91 para el cuarto y 113 para el quinto y siguientes.

A esas diferencias se suman otras relacionadas con los ingresos de la familia, lo que añade un plus de complejidad a algunos de los sistemas analizados. Por citar los casos más extremos, en Estados Unidos o Italia la cuantía se reduce progresivamente en función de los ingresos, mientras que Euskadi, Portugal o Japón contemplan más de media docena de cuantías diferentes (en función de la renta, la edad y el número de hijos/as). En sentido contrario, como se ha dicho, en Polonia, Irlanda o Noruega la cuantía es la misma independientemente de la edad, el número de hijos/as o la renta familiar.

c. Existencia de complementos y modalidades

Los sistemas de prestaciones analizados contemplan, tanto en sus modalidades universales como selectivas —y tanto en las prestaciones directas como en las deducciones fiscales—, muy diversas modalidades o complementos dirigidos a dar respuesta a situaciones específicas de necesidad. En algunos casos se trata de prestaciones o modalidades diferentes, mientras que en otros se trata de complementos a las cuantías previamente determinadas. Las situaciones contempladas son las siguientes¹⁵:

- Discapacidad. Al margen de las prestaciones que puedan corresponder en el marco de los sistemas de atención a la dependencia, algunos países contemplan complementos o modalidades en sus prestaciones familiares orientadas a compensar los gastos extraordinarios que implica la discapacidad.
 - En Valonia, en el caso de las familias con algún progenitor con discapacidad, se conceden 10 euros adicionales por hijo/a en caso de ingresos brutos inferiores a 30.984 euros.
 - En Polonia, la prestación selectiva por hijo/a a cargo se extiende hasta los 24 años, frente a los 18 habituales, en el caso de los hijos/a con discapacidad. En el caso de la prestación selectiva, esta se incrementa entre 17 y 34 euros adicionales si alguno de los miembros de la familia tiene una discapacidad.
 - El modelo de *tax credits* británico, en proceso de derogación, contemplaba una serie de complementos específicos para los hijos/as a cargo con discapacidad.

¹⁵ Dos de las necesidades más habitualmente contempladas —el tamaño de la familia, especialmente en el caso de las familias numerosas, y la renta, especialmente en el caso de las familias de rentas bajas— no se recogen en este epígrafe, pues se ha hecho referencia a ellas en los anteriores.

- En Canadá, en el caso de que alguno de los menores a cargo tenga una discapacidad, se abona un suplemento adicional de 110 euros mensuales.
- En España, la prestación por hijo/a a cargo está destinada a familias con hijos/as menores de 18 años, así como mayores de edad —siempre que convivan en el domicilio familiar— con discapacidad. Además, existe en el impuesto sobre la renta una deducción por persona con discapacidad a cargo que asciende a 1.200 euros anuales por cada descendiente o ascendiente con discapacidad.
- En Euskadi, en el supuesto de que el hijo o la hija que origina la ayuda tenga reconocida una discapacidad de porcentaje igual o superior al 33 % o una situación de dependencia, las cuantías previstas por la prestación universal se multiplican por dos.
- Monoparentalidad. La monoparentalidad es una de las situaciones específicas que con más frecuencia se contempla.
 - En el caso de Francia la llamada Allocation de soutien familiale, orientada a las familias monoparentales y a las familias acogedoras con hijos/as menores de 20 años, contempla una cuantía por hijo/a de 115 euros.
 - En Países Bajos, las familias monoparentales que acceden a la prestación selectiva por hijo/a a cargo reciben un complemento adicional de 3.139 euros anuales.
 - En Valonia, Bélgica, se aplica a las familias monoparentales un complemento de entre de entre 10 y 20 euros adicionales por hijo/a, en función de los tramos de ingresos.
 - Irlanda cuenta con el denominado One-parent family payment, que se dirige a todas las personas solas menores de 66 con al menos un menor de siete años a cargo, y con otra prestación para familias monoparentales en situación de desempleo e hijos/as de siete a trece años de edad (*jobseekers transitional payment*) que asciende a 800 euros y una cantidad adicional de 125 por cada hijo/a. Contempla también deducciones fiscales para familias monoparentales y para personas viudas con hijos/as.
 - En Noruega, en el caso de las familias monoparentales al número real de hijos/as se le añade otro adicional, por lo que la cuantía de la prestación se incrementa en cualquier caso en 84 euros. Además, Noruega dispone de una prestación selectiva y de carácter contributivo, sujeta a tributación y orientada a las familias monoparentales, denominada Overgangsstonad. Es necesario haber cotizado a la Seguridad Social durante al menos un período previo de tres años. La prestación solo puede percibirse durante un máximo de tres años y se dirige a familias monoparentales con hijos/as menores de ocho años, salvo excepciones. Por otra parte, la percepción de la prestación exige la participación en

- determinadas actividades de formación y orientación laboral a partir de que el hijo/a más pequeño cumpla un año de edad.
- Dinamarca concede un subsidio, denominado *Bornetiskuld*, destinado a los progenitores solos con hijos/as menores de 18 años. Tiene una cuantía básica de 62 euros mensuales por hijo/a, complementada con otros 63 euros anuales para el conjunto de la familia.
 - En Finlandia, en el caso de las familias monoparentales, se añade a la prestación universal por hijo/a una cantidad adicional de 63,3 euros por cada hijo/a.
 - La prestación selectiva polaca contempla un complemento de monoparentalidad de 42 euros mensuales por hijo/a, con un máximo de 85 euros por familia.
 - En Canadá, las cuantías correspondientes a la prestación básica se multiplican en el caso de las familias monoparentales por entre 1,1 y 1,4 dependiendo del número de hijos/as y de la renta familiar.
 - En Euskadi, la monoparentalidad se tiene en cuenta tanto a la hora de calcular la renta estandarizada que determina la cuantía de las prestaciones universales como a la hora de establecer una desgravación adicional en el caso de realizar la declaración de la renta en su modalidad conjunta.
- Nacimiento. Una decena de países contemplan una prima o prestación específica por nacimiento.
 - En Francia, la *Prime à la naissance* ou à l'adoption de la *Prestation d'Accueil pour jeune enfant* (PAJE) es una prestación selectiva, condicionada al nivel de ingresos, por nacimiento o adopción. La prestación se abona durante los tres primeros años de vida y oscila entre 85 y 171 euros en función de los ingresos familiares, el número de hijos/as con derecho a la ayuda y el número de personas adultas perceptoras de ingresos.
 - En Inglaterra y Gales existe una prestación denominada *Sure Start Maternity Grant* dirigida a cubrir los gastos derivados del nacimiento para familias que ya perciben otras prestaciones sociales, y que no se beneficien del permiso de maternidad de la Seguridad Social. Se trata de un solo pago de 541 euros (500 libras esterlinas).
 - Valonia contempla una prima de nacimiento o adopción de 1.122 euros por hijo/a.
 - Italia cuenta con una prestación selectiva por nacimiento —*bonus bebé* o *assegno di natalità*— que se paga de forma mensual durante los doce primeros meses de vida del niño/a, con cuantías diferentes en función de la renta.
 - En algunos cantones suizos se establecen prestaciones específicas por nacimiento, que oscilan entre 950 y 2.840 euros, dependiendo del número de hijos/as y del cantón de residencia. En el caso del cantón de Ginebra, la prestación asciende a 1.894 euros.
 - La prestación selectiva polaca contempla un complemento extraordinario de 218 euros con motivo de cada nacimiento.
 - Adelanto de pensiones de alimentos. Muchos de los países analizados, especialmente los nórdicos, contemplan prestaciones específicas para adelantar las pensiones de alimentos de los cónyuges que no satisfacen esas obligaciones.
 - Noruega cuenta con otra prestación selectiva para familias monoparentales orientada a adelantar la pensión de alimentos que no es abonada por el otro cónyuge. El pago de la prestación se calcula en función de tres tramos, a partir de la renta de la unidad familiar: 69,8 euros en el caso de la cuantía reducida, 104 en el caso de la cuantía estándar y 139,6 en el caso de la cuantía máxima. La cuantía máxima se abona a familias con ingresos inferiores a 23.588 euros y el derecho a la prestación se pierde a partir de ingresos superiores a 44.700 euros, aunque los límites pueden variar si la persona que percibe la prestación convive con otra persona diferente del otro progenitor.
 - Suecia cuenta con una prestación orientada a compensar a los padres o madres solos que no reciben una pensión de alimentos por parte del otro progenitor. La prestación se abona a los progenitores solos con hijos/as de hasta 16 años (o hasta 20, en caso de que estén escolarizados).
 - En Dinamarca, los progenitores solos reciben de la Administración una cuantía anual de 2.163 euros por hijo/a, que se reclaman posteriormente al otro progenitor/a.
 - Finlandia dispone de una prestación —también no contributiva y universal— destinada a compensar a los cónyuges solos que no reciben la pensión de alimentos que corresponde pagar al otro cónyuge.
 - Japón dispone de una prestación selectiva orientada a las familias monoparentales en las que el cónyuge a cargo de los menores no recibe la pensión de alimentos por parte del otro cónyuge. La cuantía básica de la prestación es de 361 euros. En el caso de un segundo hijo/a, la cuantía se incrementa en 88,4 euros y a partir del tercero en 51,7. Como se ha señalado, la prestación es selectiva: si, dependiendo del número de hijos/as, la familia se sitúa por debajo de un primer umbral, se percibe la cuantía íntegra. Si se sitúan entre se umbral y el siguiente, se percibe una prestación reducida en función de los ingresos, y si, finalmente, los ingresos se sitúan por encima del segundo umbral, desaparece el derecho a percibir la prestación.
 - Gastos extraordinarios de escolarización. Diversos países disponen de prestaciones vinculadas al inicio del año escolar.
 - Francia cuenta, por ejemplo, con la llamada *allocation rentrée scolaire* para familias con

hijos/as de 6 a 16 años de edad que cumplen los requisitos de acceso a las prestaciones familiares universales.

- En Austria, las familias con hijos/as de 6 a 15 años de edad reciben cada año (en septiembre) una prestación de 100 euros por hijo/a para sufragar los gastos derivados del inicio del curso escolar.
- Valonia contempla primas específicas con motivo de la reanudación del curso escolar de entre 20 y 80 euros según la edad del menor.
- En Portugal, las familias con menores ingresos de todas las que acceden a la prestación selectiva reciben además una prestación mensual extraordinaria en el mes de septiembre para dar respuesta a los gastos extraordinarios de escolarización.
- La prestación selectiva polaca concede 21,8 euros adicionales por hijo/a en edad de escolarización obligatoria al inicio del curso escolar.
- En Canadá, se concede un complemento de 68 euros en el mes de septiembre por cada beneficiario de la prestación básica de entre 4 y 16 años con motivo del inicio del curso escolar.

d. Organismos encargados de la gestión, niveles de descentralización y sistemas de financiación

Los organismos encargados de la gestión y los niveles de la Administración que financian y gestionan estas prestaciones dependen en gran medida del diseño del conjunto del sistema institucional de cada país. En todo caso, en la mayor parte de los países analizados las prestaciones son financiadas y abonadas por el sistema de la Seguridad Social, si bien la diferencia entre la Seguridad Social y el resto de los organismos que intervienen en el campo de la protección social no es siempre muy clara. Frente a la gestión por parte de la Seguridad Social, algunos países han atribuido la gestión de estas prestaciones a organismos que combinan la función recaudatoria con la gestión de prestaciones directas.

Se resumen a continuación los sistemas de gestión que se han considerado más significativos:

- En Francia, las prestaciones familiares son financiadas y gestionada por las *Caisse d'Allocations Familiales*, de ámbito departamental, encargadas también de la gestión de otras prestaciones económicas de garantía de ingresos y de vivienda.
- En Alemania, las prestaciones son gestionadas por las *Famillienkasse*, dependientes del Ministerio de Empleo, desplegadas a nivel estatal y que gestionan también otras prestaciones y servicios de apoyo en el ámbito de la juventud, el desempleo, etc.
- En Italia, el *Assegno per il Nucleo Familiare* (ANF) depende de la Seguridad Social (Istituto

Nazionale della Previdenza Sociale), que gestiona también las pensiones y las prestaciones por desempleo.

- En Portugal, el Abono de família para crianças e jovens es gestionado por la Seguridad Social, responsable del pago de las principales prestaciones económicas portuguesas.
- En Finlandia, la gestión de la prestación corresponde a Kela, el instituto finlandés de la Seguridad Social que gestiona también las pensiones, los subsidios por desempleo, las ayudas a la vivienda y las prestaciones de garantía de ingresos.
- En Bélgica, la gestión de estas prestaciones está delegada en una serie de cajas públicas y privadas de prestaciones familiares, de tal forma que las personas usuarias pueden elegir entre más de una opción para la gestión de sus ayudas. Actualmente, por ejemplo en la región de Valonia, existen cinco cajas privadas y una caja pública encargadas de gestionar únicamente las prestaciones familiares.
- En Suiza, cada rama de la Seguridad Social está gestionada por una entidad diferente. La gestión de las prestaciones por hijo/a a cargo corresponde a las cajas cantonales de familia.
- En Países Bajos, la gestión de estas prestaciones corresponde a la *Sociale Verzekeringsbank* (SVB), que gestiona también las pensiones y las prestaciones por dependencia.
- En el Reino Unido, la gestión corresponde al Departamento de Hacienda (*Her Majesty's Revenue and Customs*), que se encarga tanto de la recaudación de determinados impuestos y de las cotizaciones a la seguridad social como del pago de ciertas prestaciones económicas.
- En Estados Unidos y Nueva Zelanda, la gestión corresponde al sistema fiscal. En el caso estadounidense, aunque existen también deducciones fiscales estatales, el EITC y el CTC se gestionan desde el *Internal Revenue Service* (IRS). En el caso neozelandés, la gestión de estas ayudas corresponde al *Inland Revenue*, responsable tanto de la recaudación de impuestos como de la gestión de determinadas prestaciones económicas.

En lo que se refiere a la financiación del sistema, el modelo más singular es el suizo, ya que las prestaciones se basan en un sistema de cotizaciones salariales y empresariales.

En cuanto al grado de descentralización, se trata en general de prestaciones de carácter estatal, con la salvedad de Bélgica, Suiza, España y Canadá. Francia y Alemania basan por su parte sus sistemas en cajas familiares desplegadas a nivel de cada departamento (en Francia) o *land* (en Alemania). En el Estado español —dejando de lado el caso atípico de Euskadi y Navarra— las prestaciones señaladas son de competencia estatal, si bien las comunidades autónomas desarrollaron en su momento

prestaciones por hijo/a a cargo que fueron en general derogadas tras la crisis.

e. Otras cuestiones: compatibilidad con otras prestaciones, condicionalidad y diversidad familiar

Existen al menos otros tres elementos de interés en relación con el diseño de estas ayudas. El primero de ellos tiene que ver con la compatibilidad entre las prestaciones infantiles señaladas y otras prestaciones selectivas, como los subsidios por desempleo, las prestaciones de vivienda o las prestaciones de garantía de ingresos. El análisis realizado no se ha centrado en esta cuestión, ya que las fuentes consultadas no recogen siempre en detalle información al respecto. En todo caso, puede decirse que en la mayor parte de los ocasiones las prestaciones universales señaladas no son incompatibles con la percepción de ese tipo de prestaciones, que a menudo incluyen complementos o cuantías adicionales derivadas de la presencia de menores a cargo. En el caso de las prestaciones selectivas por hijo/a, su compatibilidad con las prestaciones selectivas más genéricas (por desempleo o de garantía de ingresos) es menos habitual, pero no infrecuente.

En todo caso, algunos países establecen figuras como el *benefit cap* británico, mediante el cual se establece un límite a la cuantía total que una familia puede obtener a través de las diversas prestaciones económicas públicas.

El segundo elemento de interés tiene que ver con la condicionalidad de las prestaciones: a diferencia de lo que ocurre en el caso de las prestaciones por desempleo o de garantía de ingresos, la mayor parte de estas prestaciones no imponen condiciones de conducta o comportamiento, más allá de las condiciones de acceso (edad, renta, etc.). Hay, sin embargo, tres excepciones a esa regla general:

- En muchos países, la extensión de la prestación más allá de los 18 años (o, incluso, 16 en algunos países) se condiciona a la realización de estudios reglados por parte de esos hijos/as.
- En otros casos, menos frecuentes, la percepción de la prestación se vincula al desempeño de una actividad laboral por parte de algunos de los progenitores, en la lógica de la activación y de los llamados *in work benefits*¹⁶. Existen prestaciones de este tipo en Nueva Zelanda, Dinamarca, Estados Unidos, Irlanda o Italia. El caso más extremo sería el de Estados Unidos, donde los progenitores que no trabajan no pueden beneficiarse de la mayor parte de las prestaciones por hijo/a a cargo (Bitler *et al.*, 2018).

¹⁶ Estas prestaciones están orientadas a las personas que trabajan, y por lo general buscan estimular el acceso al empleo de las personas receptoras de prestaciones de garantía de ingresos, reducir la llamada trampa de la pobreza y/o proteger a los trabajadores de bajos salarios.

Cabe señalar por último que, aunque no es una cuestión que se haya analizado en detalle, las prestaciones por hijo/a a cargo se conceden en general con independencia del tipo de unión familiar establecida (matrimonio, pareja de hecho, ausencia de vínculos legales, etc.) o del sexo de los progenitores. Se han identificado, con todo, algunos casos¹⁷ en los que se da un tratamiento diferente a las personas viudas —frente a otras formas de monoparentalidad— y otros en lo que la figura materna tiene, frente a la paterna, un tratamiento específico¹⁸.

3. El impacto de las prestaciones familiares

Como se ha señalado en la introducción, el objetivo de este apartado es repasar la evidencia disponible sobre el impacto de las prestaciones por hijo/a a cargo, cuyo diseño y funcionamiento se ha analizado en el apartado anterior. Para ello, se han analizado los estudios y revisiones de la literatura que han intentado determinar qué impacto tienen este tipo de prestaciones en cuatro aspectos específicos: la fecundidad, el acceso de los padres y las madres al mercado de trabajo, el bienestar infantil (en relación con aspectos como la salud o el rendimiento académico), y la reducción de las tasas de pobreza infantil, teniendo también en cuenta el impacto de las carencias económicas sobre el desarrollo infantil. Se analizan además algunos trabajos en los que se han investigado cuestiones más relacionadas con el diseño de estas prestaciones, especialmente en lo que se refiere a dos aspectos: por una parte, la provisión de estos apoyos mediante ayudas directas o mediante herramientas fiscales y, por otra, el grado de universalidad o focalización de las ayudas.

La revisión que se ha realizado no tiene carácter exhaustivo y pretende fundamentalmente contextualizar el análisis que se lleva a cabo en las páginas siguientes. A la hora de interpretar los resultados, se debe tener en cuenta además que la literatura revisada no siempre se centra exclusivamente en el impacto de las prestaciones que se analizan en este estudio: por una parte, algunos de los estudios revisados analizan el impacto del conjunto de las políticas familiares sobre las variables consideradas, aunque en esta revisión se ha intentado extraer la información relativa a las prestaciones económicas por hijo/a a cargo, dejando de lado otros servicios o prestaciones (prestaciones para la conciliación, permisos parentales, atención infantil, etc.). Por otra parte, algunos de los estudios revisados analizan el impacto del conjunto de las prestaciones económicas a las que tienen acceso las familias, incluyendo las de garantía de ingresos,

¹⁷ Por ejemplo en Irlanda o Francia.

¹⁸ Por ejemplo, Canadá, Irlanda o Dinamarca abonan sus prestaciones, en principio, a las madres. En algunos casos, como la deducción fiscal establecida en España, las destinatarias solo pueden ser las madres trabajadoras. En sentido contrario, una de las condiciones para la percepción del Assegno dei comuni italiano es que la madre no realice un trabajo remunerado.

desempleo, etc., y no solo las prestaciones por hijo/a a cargo. En este caso, estas prestaciones no se tienen en cuenta porque el objetivo del estudio es analizar el impacto de las prestaciones familiares y no el del conjunto de las prestaciones sociales.

Es también necesario tener en cuenta que la literatura revisada analiza prestaciones por hijo/a a cargo con características muy diferentes (en algunos casos, universales y, en otros, focalizadas; a veces concebidas como ayudas directas y otras como deducciones fiscales; en ocasiones de cuantía importante y en otros casos de cuantía más reducida, etc.). Esa variabilidad hace que sea difícil extraer conclusiones universalmente válidas de esta revisión, si bien, como se señala en el apartado de conclusiones, sí es posible extraer del análisis realizado algunas conclusiones claras y generalizables sobre el impacto de estas prestaciones sobre los elementos analizados.

3.1. Impacto de las prestaciones económicas sobre la pobreza y el bienestar infantil

Antes de hacer referencia al impacto de las prestaciones económicas infantiles sobre la reducción de la pobreza infantil y la mejora del bienestar de niños y niñas, cabe hacer en primer lugar referencia al impacto a corto, medio y largo plazo de las carencias económicas sobre el desarrollo infantil. Desde ese punto de vista, existe suficiente evidencia disponible que apunta a la idea de que “el dinero importa”, es decir, que el nivel de recursos económicos de las familias tiene un impacto directo en el desarrollo de los niños/as en el corto, medio y largo plazo.

Tal y como explican Gennetian *et al.* (2010), hasta la fecha la relación entre ingresos y desarrollo infantil se ha interpretado de dos maneras: por una parte, se tiende a pensar que la carencia de ingresos incrementa el estrés parental, lo que perjudica el desarrollo infantil; por otra parte, desde una óptica más basada en la inversión educativa, se tiende a pensar que la disponibilidad de ingresos permite a las familias proveer a sus hijos e hijas de cuidados de mayor calidad y de una mayor inversión en su educación. Si en un caso el énfasis se pone en la reducción de las habilidades parentales que representa la carencia de ingresos, en el otro se hace hincapié en la carencia de medios materiales para procurar un desarrollo adecuado. Para estos autores la evidencia científica disponible no permite aclarar cuál de estos enfoques resulta el más adecuado y, de hecho, no se puede asegurar si los peores resultados cosechados por los niños pobres en su vida adulta —sobre lo cual sí hay consenso— se relacionan causalmente con la carencia de ingresos o, por el contrario, con otros factores concomitantes, como la monoparentalidad o los bajos niveles educativos. En cualquier caso, la mayor parte de la evidencia disponible apunta a que, al menos en las familias que han vivido situaciones persistentes de pobreza,

la mejora de los ingresos familiares se relaciona de forma clara con unos resultados más positivos en la edad adulta.

En ese sentido, uno de los principales expertos españoles en la materia, Pau Marí-Klose (2019), señala que “las situaciones de privación material en la infancia entrañan pocas veces experiencias extremas, pero acarrearán desventajas relativas que pueden ser muy profundas y tener importantes implicaciones. Desventajas para participar en su sociedad en condiciones elementales que aseguren una vida adecuada conforme a los parámetros considerado normales por la inmensa mayoría de la población, así como para garantizar que estos niños y niñas puedan desarrollar sus facultades, talentos y capacidades libres de hándicaps que se lo impidan [...]”. “La experiencia de la adversidad en la infancia”, concluye Marí-Klose, “no es una forma de malestar como cualquier otra. Es una experiencia crítica que influye sobre procesos nucleares de la vida de las personas: su educación, su salud, su predisposición a desarrollar hábitos perjudiciales, su inserción laboral, etc.”.

En sentido parecido, una reciente revisión sobre el impacto de la situación económica familiar en el bienestar infantil (Cooper y Stewart, 2017) pone de manifiesto que las carencias económicas durante la infancia tienen impactos claros en cuanto a las capacidades cognitivas, el estado de salud, el desarrollo socioemocional y el rendimiento académico de los niños y niñas que crecen en familias pobres. Las conclusiones de la revisión ponen de manifiesto que las carencias económicas son la causa directa de los peores resultados que los niños/as pobres registran en estos ámbitos en relación con los niños/as que han crecido en situaciones económicas más favorecidas, y, por tanto, que una mejora en sus niveles de ingresos reduciría en buena medida las diferencias entre los niños/as pobres y el resto. La revisión confirma, por otra parte, la existencia de dos mecanismos que operan para explicar estos impactos: por una parte, las mayores dificultades de los progenitores para invertir en servicios y productos que contribuyan al desarrollo de sus hijos/as y para garantizarles unas condiciones de vida adecuadas; por otra, el impacto de la carencia de recursos sobre el estrés y el funcionamiento familiar y sobre las capacidades parentales.

En todo caso, es importante destacar que el impacto de la ausencia de medios económicos en la infancia no se refiere únicamente a las consecuencias de la pobreza en el largo plazo. Para Strelitz y Lister —editoras de un libro titulado, precisamente, *Por qué el dinero importa* (2008)—, la cuestión relevante no radica tanto en las oportunidades vitales futuras, o en el impacto de la pobreza infantil sobre la igualdad de oportunidades, como en el impacto que la experiencia cotidiana de la pobreza tiene sobre la calidad de vida de los niños y niñas pobres y sobre su derecho a un nivel de vida decente. En el marco

del paradigma del Estado social inversor, la pobreza infantil se ve fundamentalmente como un atentado a la meritocracia y a la igualdad de oportunidades y, por tanto, como un fenómeno no solo injusto sino también ineficiente, y cuyas implicaciones se manifiestan sobre todo a largo plazo. Para estas autoras, sin embargo, la cuestión crucial radica en el efecto que la pobreza tiene en la salud, la vivienda, la educación y el bienestar de las familias, es decir, en el impacto que la insuficiencia permanente de recursos tiene *durante* la infancia.

Más allá del impacto de la pobreza sobre y durante la infancia, ¿cuál es el que tienen las prestaciones familiares en cuanto a la prevención y la reducción de la pobreza infantil? En lo que se refiere al impacto de las prestaciones económicas familiares sobre el bienestar infantil y, específicamente, sobre la prevención de la pobreza infantil, podemos encontrar dos grandes tipos de aproximaciones o enfoques. La primera tiene un enfoque macroeconómico y la segunda un enfoque microeconómico, como veremos a continuación.

a. La reducción de la pobreza infantil en perspectiva agregada

Numerosos trabajos analizan esta cuestión desde una perspectiva agregada y relacionan los niveles totales de gasto y de cobertura de las prestaciones infantiles con las tasas generales de pobreza infantil en diferentes países. Desde ese punto, la conclusión parece clara: hay una amplia evidencia que apunta a que un apoyo público generoso a las familias con hijos/as está significativamente correlacionado con menores tasas de pobreza en los países en los que esas políticas se han desarrollado (Bárcena-Martín, Blanco-Arana y Pérez-Moreno, 2015; Engster, 2012). Como señalan Marí-Klose *et al.* (2019), existe una clara relación entre la inversión pública en políticas dirigidas a infancia y familia y la tasa de pobreza infantil y se observa que a mayor proporción de gasto del PIB en políticas orientadas a la familia e infancia, menor es la tasa de riesgo de pobreza infantil. En ese marco, señalan estos autores, la prestación por hijo a cargo es la política que en la mayoría de los países europeos tiene mayor capacidad para reducir la pobreza infantil.

En esa línea, Bárcena-Martín *et al.* (2015) demuestran que sí se distingue el impacto correspondiente a las características sociodemográficas de la infancia y el correspondiente a las características de las políticas públicas destinadas a las familias con hijos/as en las tasas generales de pobreza infantil de cada país, se observa que las tasas de pobreza infantil son significativamente más bajas en aquellos países con prestaciones infantiles más generosas y más eficientes. Los paquetes de prestaciones económicas orientados a las familias con hijos/as, concluyen estos autores, parecen explicar en gran medida — más allá del funcionamiento del mercado de trabajo o de las características particulares de las familias con

hijos/as— las tasas generales de pobreza infantil de cada país, lo que, cabe añadir, convierte la cuestión de la pobreza infantil, en gran medida, en una opción política y social.

En un sentido parecido, Föster y Verbist (2014) demuestran tras comparar la situación en veintitrés países de Europa que las transferencias monetarias a los niños pequeños reducen los niveles generales de desigualdad y de pobreza. La magnitud del efecto depende de la cuantía de las prestaciones, así como de las características del sistema (por ejemplo, si se trata de prestaciones universales o no, o de si varían en función de la edad de los hijos y su número) y de la posición de las familias con hijos pequeños en la distribución general de ingresos. En todo caso, a juicio de estos autores, la aportación de las prestaciones infantiles a la reducción de la desigualdad es relativamente pequeña y, allí donde son más generosas, por cada punto del PIB dedicado a estas prestaciones se alcanza una reducción de la desigualdad cercana al 0,1%.

En la misma línea, Gornick y Nell (2017) señalan que las prestaciones familiares —incluyendo en este caso los permisos de paternidad y maternidad— reducen la pobreza infantil en los países ricos de la OCDE en un 25 %, pasando del 24 % al 18 %. La reducción total de la pobreza que se consigue mediante el conjunto de las transferencias sociales es de casi el 50 % (del 24,1 % al 13,8 %), con lo que las prestaciones familiares provocan en torno al 45 % de la reducción de la pobreza infantil correspondiente al conjunto de las prestaciones sociales, siendo ese porcentaje mayor en los países del Este y menor en los escandinavos. Los datos de Gornick y Nell también dejan claro que, a mayor gasto en políticas familiares, mayor es la reducción de la pobreza infantil. Claramente, concluyen estos autores, las prestaciones familiares tienen un impacto destacado en la reducción de la pobreza infantil, si bien el resto de las prestaciones no ligadas a la infancia tienen un impacto similar.

Un reciente informe de la OCDE (Thévenon, Manfredi, Govind y Klauzner, 2018) apunta sin embargo a resultados diferentes y señala que las prestaciones que se vinculan en mayor medida con la reducción de la pobreza infantil son las prestaciones de vivienda, de asistencia social o garantía de ingresos y las pensiones, debido al elevado peso de las familias multigeneracionales en las familias pobres. El informe de la OCDE señala también, sin embargo, que la cuantía de las prestaciones familiares sí está relacionada con la reducción de la pobreza infantil, de forma que cada punto de incremento en la proporción que la prestación representa respecto al salario medio provoca una reducción de la pobreza infantil de un punto porcentual.

Un informe previo de la OCDE (Whiteford y Adema, 2007) había analizado en qué medida la reducción de la pobreza infantil puede ser alcanzada más fácilmente mediante una estrategia basada en la

inserción laboral de sus padres y madres o por medio de una estrategia basada en las prestaciones económicas. En primera instancia, los autores del estudio indican que las prestaciones familiares juegan un papel importante en la reducción de la pobreza infantil en la mayor parte de los países de la OCDE, reduciendo un 40 % las tasas de pobreza en el conjunto de los países analizados (con niveles que oscilan entre el 80 % de Dinamarca y el 2,8 % de Portugal). Si todos los países fueran tan eficaces como los nórdicos a la hora de reducir la pobreza infantil, señala el informe, el número de niños/as pobres se reduciría a la mitad en todos los países de la OCDE. Inicialmente, por tanto, la estrategia prioritaria debería ser el refuerzo de estas prestaciones, incluso por delante del acceso de sus progenitores al mercado de trabajo, indica el informe.

La realidad es sin embargo más compleja, advierten los autores del estudio, en la medida en que, dada su situación de partida, algunos países deberían invertir cantidades muy superiores a las de los países nórdicos para alcanzar mediante transferencias económicas los mismos niveles de reducción de la pobreza que alcanzan los países del Norte de Europa. Por ello, los investigadores de la OCDE abogan por una estrategia que combine la mejora de las prestaciones familiares y la inserción laboral de sus progenitores. De hecho, concluyen, una política que incentive el acceso al empleo de estas personas es un pre-requisito para que las políticas redistributivas tengan mayor apoyo político y social.

Las prestaciones por hijo/a a cargo, en cualquier caso, no se aplican de forma aislada y forman parte de un régimen o modelo más amplio de prestaciones familiares. Engster y Stensöta (2011) analizan el impacto de los tres regímenes o modelos actualmente existentes en relación con la definición de las políticas familiares y demuestran que el modelo de doble perceptor de ingresos (*dual earner model*), muy basado en los servicios de atención infantil y los permisos de paternidad y maternidad, con prestaciones familiares de nivel medio o bajo, se relaciona con menores tasas de pobreza infantil, así como con una tasa de mortalidad infantil más baja y mejores índices de rendimiento académico. Desde ese punto de vista, las medidas de apoyo a la conciliación jugarían un papel más importante que las prestaciones por hijo/a a cargo a la hora de mejorar las condiciones de vida de la infancia.

Junto con las comparaciones internacionales, las comparaciones regionales ofrecen también datos de interés a este respecto. Un trabajo realizado por Cantó *et al.* en 2012 señala, con datos relativos al conjunto de las comunidades autónomas españolas en el año 2008, que las prestaciones infantiles de la Administración central (deducciones fiscales, prestación por hijo/a a cargo y cheque bebé, vigente en aquella época) reducen la pobreza infantil un 4 %, mientras que las políticas autonómicas lo hacen, en el mejor de los casos, un 1 %. En el caso de los niños/as recién nacidos, dado el diseño de la mayoría de

las prestaciones, la reducción es mayor y llega hasta el 11 % en Extremadura. El estudio cifra en un 2 % la reducción de la pobreza entre los niños/as recién nacidos en Euskadi, si bien, al no tenerse en cuenta las deducciones fiscales de los territorios forales (y sí en cambio las deducciones fiscales de otros territorios), los resultados no son comparables. De hecho, como explican Marí-Klose *et al.* (2019), el impacto de las prestaciones familiares en la reducción de la pobreza en España es muy reducido, debido a su escaso alcance, de tal forma que la pobreza de las familias con hijos/as se reduce en mayor medida mediante otras políticas, como las pensiones, que mediante estas prestaciones.

No es por tanto de extrañar el elevado impacto que una prestación por hijo/a a cargo —incluso de carácter universal— tendría de cara a la reducción de la pobreza infantil en España. En ese sentido, Ayala *et al.* (2020) han puesto de manifiesto el impacto que la puesta en marcha de una prestación universal podría tener a la hora de reducir las elevadas tasas de pobreza infantil en España. De acuerdo a sus trabajos, una prestación universal de ese tipo tendría un gran potencial para reducir la tasa de pobreza: un 18 % la infantil y un 7 % la adulta. En 2014 esto hubiera supuesto que la tasa de pobreza infantil española se redujese cinco puntos porcentuales y llegase a su nivel más bajo desde el 2004 y, en términos absolutos, que más de 450.000 niños y 550.000 adultos hubieran salido de la pobreza. Además, la prestación reduciría significativamente la tasa de pobreza de los hogares monoparentales y de las familias numerosas, y limitaría la desigualdad de rentas entre menores, rebajando en diez puntos porcentuales la distancia entre la renta disponible de los que tienen renta más alta y los que la tienen más baja⁴⁹.

b. El impacto de las prestaciones familiares en las condiciones de vida de la infancia

El segundo enfoque utilizado en la literatura sobre prestaciones familiares y pobreza infantil se orienta a la medición del impacto que determinadas prestaciones han tenido en las tasas de pobreza y en las condiciones de vida de las familias beneficiarias en los países en los que estas medidas se han desarrollado.

Buena parte de la literatura al respecto proviene de las evaluaciones del modelo estadounidense de deducciones fiscales reembolsables, cuya capacidad para la reducción de la pobreza infantil parece suficientemente acreditada. De acuerdo a una revisión del impacto de las deducciones fiscales reembolsables sobre la reducción de la pobreza realizada recientemente por el SIIS Servicio de Información e Investigación Social (Zalakain, 2019), el impacto del Earned Income Tax Credit (EITC) norteamericano en la reducción de las tasas de

⁴⁹ No se han realizado simulaciones de este tipo para Euskadi.

pobreza infantil y en la mejora de la situación de los niños/as de los hogares que perciben esta deducción parece fuera de toda duda.

En ese sentido, las evaluaciones del EITC en lo que se refiere a la reducción de la pobreza infantil ponen de manifiesto que esta desgravación reduce la pobreza en la infancia en torno a un 25% (Nichols y Rothstein, 2015). En una de las revisiones más amplias y recientes realizadas en relación con el EITC, estos autores señalan que millones de niños/a salen de la pobreza en Estados Unidos gracias a esta prestación y que su impacto positivo en términos de salud y educación tiene implicaciones significativas en lo que se refiere a la prevención de la transmisión intergeneracional de la pobreza. En el caso británico, Gregg *et al.* (2012) apuntan a un cierto éxito del sistema de deducciones fiscales en lo que se refiere a la reducción de las tasas de pobreza, con una relación clara entre el incremento en el gasto destinado a estas prestaciones —y al conjunto de las prestaciones familiares— y la reducción de las tasas de pobreza, especialmente entre la población infantil.

Especialmente en el entorno estadounidense, se ha identificado también un muy notable impacto del EITC sobre la salud, la alimentación o el rendimiento escolar de la población infantil. Un estudio reciente (Averett y Wang, 2016) pone de manifiesto el carácter multidimensional de los impactos del EITC sobre el bienestar infantil en la medida en que parece acreditado su efecto positivo en lo que se refiere a la salud, la calidad del entorno doméstico o las habilidades no cognitivas de los niños/as que residen en las familias que perciben la prestación, probablemente a través de la mejora de los ingresos familiares, los niveles inclusión laboral maternos y la mejora de su estado de salud física y mental. En una línea similar, Milligan y Stabile (2011) señalan que la extensión de las prestaciones infantiles en Canadá provocó efectos significativamente positivos en los resultados académicos de los niños/as beneficiarios, la salud de las madres y la salud mental de los niños/as. Los datos de este estudio señalan también que las mejoras educativas y de salud física afectan en mayor medida a los chicos, mientras que los beneficios relacionados con la salud mental afectan especialmente a las chicas.

Existe también una evidencia creciente en relación con el impacto del EITC en la salud de las mujeres que lo perciben y de sus hijos/as. Así, de acuerdo a Hoynes *et al.* (2012), los hijos/as de las mujeres que se beneficiaron en mayor medida de la expansión del EITC registraron mejoras significativamente mayores en diversos indicadores de salud infantil (bajo peso al nacer, nacimientos prematuros, etc.). Además, las madres que en mayor medida se beneficiaron del EITC recibieron una mayor atención prenatal y mantuvieron conductas, en relación por ejemplo el consumo de tabaco y alcohol, más saludables que el grupo de control. Del mismo modo, Evans y Garthwaite (2014) demostraron que la expansión del EITC tuvo como consecuencia una mejora en el

estado de salud física y mental de mujeres a cargo de familias numerosas. En sentido parecido, Hoynes, Miller y Simon (2015) demostraron que un incremento de mil dólares en la percepción de la prestación se asocia con un reducción de entre el 1,6% y el 2,9% en las tasas de bajo peso al nacer, con reducciones aún más elevadas entre los hijos/as de madres de origen afroamericano.

Por otro lado, también parece estar demostrado el impacto de estas prestaciones sobre el rendimiento educativo de los niños/as que las reciben y puede decirse que existen conclusiones robustas en la literatura sobre este positivo impacto, con consecuencias significativas a largo plazo sobre diversos indicadores de bienestar en la edad adulta (Nichols y Rothstein, 2015). Dahl y Lochner (2009), a partir de una muestra de más de cinco mil niños/as, hallaron que un incremento de mil dólares en la prestación recibida por cada familia incrementaba un 6% los resultados en matemáticas y lectura, produciéndose las mejoras más importantes en los grupos menos favorecidos y en los niños/as de menor edad. Se trata, señalan los autores, de un efecto modesto aunque esperanzador. En el mismo sentido, a partir de una revisión de los estudios realizados en este ámbito, Duncan *et al.* (2011) han estimado que por cada tres mil euros adicionales de ingresos recibidos por la familia durante los primeros años del ciclo educativo, la mejora en el rendimiento escolar equivale a dos meses adicionales de escolarización.

Además de incidir en los resultados académicos, la percepción del EITC también parece afectar a la continuidad de los estudios. En ese sentido, se ha demostrado que un incremento en la cuantía máxima del EITC se asocia con incrementos en los niveles de escolarización a la edad de 19 años (Maxfield, 2013). En el mismo sentido, se ha demostrado que un incremento de la cuantía percibida de cien euros se asocia con un incremento de la matriculación en el último curso de educación secundaria de 0,3 puntos porcentuales (Manoli y Turner, 2018). Otros estudios han demostrado que por cada mil dólares percibidos vía EITC, la posibilidad de finalizar la educación secundaria se incrementa un 1,3%, la de finalizar la universidad, un 4,2%, la de acceder a un empleo en la época adulta, un 1% y los ingresos, un 2,2% (Bastian y Michelmore, 2018).

El impacto positivo de este programa se asocia también con mejoras en el desarrollo infantil, cuando se analiza mediante técnicas longitudinales. Según Hamad y Rehkopf (2016), la percepción de la prestación se relaciona con una reducción en la prevalencia de trastornos conductuales en la población juvenil, con una reducción de entre el 2% y el 5% por cada incremento de mil dólares en las cantidades percibidas. Los autores señalan que estas mejoras pueden estar relacionadas con la mejora en el estado de salud física y mental de las madres puesta de manifiesto por otros estudios y que se mantienen, al menos en parte, en el medio y largo plazo.

En definitiva, como señalan Bitler *et al.* (2018), la creciente evidencia de que “el dinero importa” pone de manifiesto que es posible mejorar las oportunidades de los niños y niñas en situación de pobreza incrementando la cobertura y la cuantía de las prestaciones familiares. Se trata además de una inversión económicamente sensata, afirman estos autores, si se tienen en cuenta los beneficios que la mejora de la situación económica de estos niños/as tendrá a medio y largo plazo en términos de empleo, salud o prevención de las conductas disfuncionales, y la posibilidad que las prestaciones en efectivo dan a las familias para acceder a los bienes y servicios que realmente necesitan. De acuerdo a los autores, el impacto de las prestaciones de apoyo a las familias se deriva tanto de la reducción del estrés parental asociado a la pobreza como de la posibilidad de invertir mayores recursos en el bienestar de sus hijo/as y en su educación²⁰.

3.2. Impacto sobre la fecundidad

Un segundo ámbito de análisis en relación con el impacto de las políticas familiares —y, más concretamente, de las prestaciones por hijo/a a cargo— se refiere a sus efectos en cuanto a la fecundidad. Si bien se trata de una cuestión compleja, que depende en gran medida de otras políticas y determinantes sociales, la literatura revisada parece poner de manifiesto que existe una relación positiva, aunque pequeña, entre el desarrollo de estas prestaciones y el incremento de las tasas de fecundidad.

Los estudios y revisiones clásicos realizados fundamentalmente por Thévenon y Gauthier en la primera década de este siglo (Gauthier, 2007; Luci y Thevenon, 2011; Thévenon y Gauthier, 2011; Thévenon y Luci, 2012) ponen de manifiesto que las prestaciones económicas familiares tienen un impacto significativo sobre la fecundidad, si bien este impacto no es siempre fácil de observar y puede variar en función del resto de las políticas familiares adoptadas —entendidas como un paquete global— y en función de los indicadores o patrones de fecundidad que quieran analizarse (paso del primer hijo/a al segundo/a, adelanto de la edad de procreación, incremento de la fecundidad de determinados perfiles de mujeres, etc.). En ese contexto, las principales cuestiones objeto de análisis se refieren al tipo de mujeres o parejas sobre las que este tipo de políticas tienen mayor impacto,

a las variables sobre las que impacta —básicamente, cuándo tener hijos o cuántos hijos tener— y las características de las prestaciones que en mayor medida se relacionan con esos impactos.

En ese sentido, Gauthier (2007) señala que existe una cierta evidencia del impacto de las políticas familiares sobre la fecundidad, si bien este impacto tiende a ser pequeño y depende del tipo de datos utilizados y de las políticas analizadas. En lo que se refiere a las prestaciones económicas, cuando se analizan con datos macro, se observa una relación positiva entre la cuantía y el gasto en este tipo de políticas y las tasas de fecundidad: las prestaciones infantiles y las deducciones fiscales por hijo/a, señala Gauthier, parecen tener un impacto positivo en los índices agregados de fertilidad, si bien este impacto tiende a ser pequeño. Por otra parte, el impacto de estas prestaciones parece concentrarse más en un adelanto de los nacimientos que en el número de nacimientos propiamente dichos. Los estudios con datos micro ofrecen conclusiones aún menos categóricas, señala esta autora, aunque apuntan en la misma dirección: un impacto significativo, aunque pequeño.

En esa misma línea, Thévenon y Gauthier (2011) señalan que las prestaciones familiares tienen un innegable impacto en el *timing* de los nacimientos, si bien su impacto sobre la fecundidad del conjunto de una cohorte es más incierto. Para estos autores, la dificultad de identificar un impacto más consistente puede deberse en parte al hecho de que estos impactos solo se materializan a largo plazo y/o al hecho de que las familias destinan las prestaciones que reciben a mejorar la calidad de vida de los hijos/as que tienen, sin dar el paso a tener más descendencia. Ese efecto puede deberse a su vez, añaden, a las escasas cuantías que en general tienen estas prestaciones, lo que permite pensar que solo tienen efecto a partir de un cierto umbral. La generosidad de estas prestaciones se plantea en ese caso como crucial a la hora de marcar un cierto impacto en términos de natalidad.

Una revisión algo más reciente (Mathieu, 2013) confirma las conclusiones anteriores —las prestaciones familiares tienen un impacto positivo aunque reducido sobre la fecundidad— y aporta datos de interés acerca del impacto de las distintas políticas familiares sobre dos de las principales variables relacionadas con la fecundidad: el adelanto de la procreación y el incremento del número de hijos/as. Para la autora, las prestaciones periódicas (ya sea en forma de ayuda directa o de deducción fiscal) tienen un cierto efecto sobre el número de hijos (“efecto cuánto”), mientras que las ayudas o primas por nacimiento tienen impacto sobre el momento de tener descendencia (“efecto cuándo”). Para la autora, en cualquier caso, el concepto que más claramente se vincula a una mayor fecundidad es la “desmaternalización”, que define como el margen de libertad de las mujeres frente a la obligación de prestar cuidados.

²⁰ Diferentes estudios han analizado el uso que las familias dan al dinero obtenido a través de estas prestaciones. Un análisis realizado por Jones *et al.* (Jones, Milligan y Stabile, 2015) muestra que los familias de menores recursos destinan el dinero obtenido mediante estas ayudas a financiar gastos educativos, así como otros bienes y servicios (comida, vivienda, transporte, etc.) que mejoran las condiciones de vida de la familia. La investigación añade que la percepción de estas ayudas contribuye a la reorganización del presupuesto familiar y a la reducción de los gastos en tabaco, alcohol u hostelería. Estos datos, afirman los autores, coinciden con otras investigaciones que apuntan a que la seguridad económica que las prestaciones ofrecen se traduce en una reducción de determinadas conductas de riesgo.

Los estudios desarrollados con posterioridad a estas revisiones apuntan a resultados parecidos. En el caso alemán, Riphahan y Wync (2017) detectaron un impacto positivo de la mejora de las prestaciones familiares únicamente en familias de ingresos altos y en lo que se refiere al paso del primer/a al segundo/a hijo/a, lo que podría apuntar a un mayor efecto de estas prestaciones a medida que crece el tamaño familiar debido a las economías de escala que se generan. Otros resultados, también para Alemania (Rainer *et al.*, 2014), indican un resultado parecido, pero de signo contrario: la fecundidad solo crece en las parejas con al menos un miembro con bajo nivel de estudios.

En una línea muy similar, Laroque y Salanie identificaron también un impacto significativo, si bien de pequeña magnitud, de los incentivos financieros dirigidos a las familias con hijos/as en Francia mediante deducciones fiscales y ayudas directas (Laroque y Salanié, 2008). De acuerdo a sus datos, un incremento de 150 euros mensuales en la prestación incondicional por hijos/a a cargo, con un coste equivalente al 0,3 % del PIB, provocaría un incremento de la tasa de natalidad de la muestra analizada del 3,3 puntos porcentuales, con un incremento especialmente marcado en el caso de los terceros/hijos.

Los resultados de los estudios realizados en relación con las políticas familiares en España apuntan sin embargo a resultados más categóricos. En una serie de estudios sobre el impacto del cheque bebé introducido en España en 2004 sobre las concepciones y los abortos, González y Trommelová (2020) hallan que la introducción del cheque bebé incrementó un 3 % las tasas de natalidad, debido tanto al incremento de las concepciones como a la reducción de los abortos. De acuerdo a los datos de estas autoras, la medida provocó en torno a 70.000 nacimientos adicionales, que equivalen a dos meses adicionales de nacimientos en un periodo de tres años.

El anuncio del establecimiento de esta prestación provocó un incremento del 4 % en las tasas de natalidad debido a una notable reducción de las interrupciones de los embarazos, mientras que su cancelación trajo consigo una reducción del 6 % en los nacimientos. Los datos de este estudio ponen de manifiesto, además, que mientras los efectos positivos (incremento de los nacimientos o reducción de los abortos) relacionados con el anuncio y puesta en marcha de la prestación se asocian a las mujeres de cualificación media o alta, los efectos negativos derivados de su supresión se vinculan a las mujeres de menor cualificación y/o menos vinculadas al mercado de trabajo. Los datos del estudio también sugieren que esta prestación afectó tanto al “cuándo” de los nacimientos, adelantándolos cuando se puso en marcha la prestación, como al “cuánto”, incrementando el número de hijos/as que en circunstancias normales algunas mujeres hubieran tenido.

Más allá de la fecundidad, el cheque bebé español también parece haber contribuido a la estabilidad familiar, al menos a corto plazo. En ese sentido, un estudio sobre los efectos de esta prestación (González, 2011) indica que tuvo efectos positivos en términos de estabilidad familiar: las madres beneficiarias tenían un año después entre un 2 % y un 5 % menos de probabilidades de haberse separado al año del nacimiento, aunque no a los dos años, lo que quizá se relacione, señala la autora, con el carácter de pago único de la prestación.

Azmat y González analizaron también el impacto de otro de los grandes cambios en las políticas familiares españolas —la introducción en 2003 de un impuesto negativo para las mujeres trabajadoras con hijos de cero a tres años y el incremento de las deducciones para el conjunto de los contribuyentes mediante el mínimo vital— desde el punto de vista de la fertilidad, con resultados también positivos (Azmat y González, 2010). De acuerdo a sus datos, la combinación de ambas medidas provocó un incremento de la fecundidad de casi el 5 %.

Estos positivos resultados son semejantes a los identificados en un estudio previo para el caso británico a partir de los primeros incrementos de las prestaciones infantiles impulsadas por los gobiernos laboristas (Brewer, Ratcliffe y Smith, 2008). De acuerdo a este análisis, se produjo tras el desarrollo de estas políticas un incremento del 15 % en las tasas de fecundidad de las mujeres directamente afectadas por las reformas (básicamente, mujeres de baja renta y/o niveles bajos de cualificación), debido en parte una reducción en el número de interrupciones del embarazo.

También en el caso de Canadá se identificaron efectos positivos del incremento de las prestaciones familiares sobre la fecundidad, de magnitud incluso mayor. De acuerdo a Milligan (2002), el incremento en las deducciones fiscales realizadas en el país provocó un incremento de la fecundidad de los grupos que podían acceder a la cuantía máxima de la prestación de un 25 %. El estudio señala además que, por cada mil dólares de incremento de la prestación, la probabilidad de tener un hijo/a se incrementa en un 16,9 %.

El caso de Australia ha sido objeto también de numerosas investigaciones. Los datos de una de las más recientes (Sinclair, Boymal y de Silva, 2015) confirman el impacto de la prestación universal por nacimiento establecida en aquel país en el año 2004. De acuerdo a sus datos, la introducción de aquella prestación no solo contribuyó a adelantar los nacimientos —una tendencia que en cualquier caso ya se estaba dando anteriormente en aquel país en plena fase de expansión económica—, sino también a incrementar las tasas globales de fertilidad. Otros estudios sobre la reforma australiana identificaron impactos en esa misma dirección, aunque de pequeña magnitud (Drago, Sawyer, Shreffler, Warren y Wooden, 2011; Parr y Guest, 2011).

Algunos estudios realizados en relación con el caso italiano apuntan también a un incremento de la fertilidad como consecuencia de la aplicación del cheque bebé, especialmente en lo que se refiere a las mujeres de menor cualificación que ya tenían al menos un hijo/a (Bocuzzo, Caltabiano, Zuanna y Loghi, 2008).

Cabe citar, por último, otro reciente estudio que analiza las pautas de fecundidad de veinte países europeos entre 1960 y 2010 (Sánchez-Barricarte, 2017). Los resultados son de gran interés y apuntan a que el incremento en las prestaciones familiares se relaciona de forma estadísticamente significativa con un incremento de la fecundidad, mientras que el aumento del gasto en pensiones también tiene una relación estadísticamente significativa con la fecundidad, aunque de signo negativo. Estos datos probablemente indican, señala el autor, que lo que realmente disuade a las parejas de tener hijos/as no es tanto el Estado del Bienestar como su desequilibrio y su orientación hacia el cuidado de las personas mayores en detrimento del apoyo a las familias jóvenes para afrontar los gastos de la crianza.

El incremento de la fecundidad puede, sin embargo, tener consecuencias inesperadas en términos de capital humano o desigualdad. Un reciente estudio basado en técnicas de modelización estadística (Petit, 2019) pone de manifiesto el elevado impacto de las deducciones fiscales estadounidenses en términos de fecundidad, con un incremento de hasta el 16 %, que se traduce en un aumento del número de hijos/as por hogar de 2,1 a 2,3. Ese incremento es, además, particularmente elevado entre las mujeres con niveles de cualificación más bajos (19 %, frente al 9 % de las mujeres de cualificación más elevada). Los modelos utilizados prevén sin embargo que este incremento de la fecundidad se relacione con una menor inversión en capital humano, que resulta aún menor entre las familias de menor renta, lo que trae consigo un incremento de la desigualdad. Frente a este riesgo, los autores proponen sustituir las prestaciones directas por subsidios directos a la inversión en capital humano que, siempre según los modelos estadísticos aplicados, incrementan en la misma medida la fecundidad sin reducir la inversión en capital humano ni incrementar la desigualdad y la reproducción intergeneracional de la desventaja educativa.

3.3. Impacto sobre el empleo

Junto con los efectos de estas prestaciones sobre la pobreza y el bienestar infantil y sobre la fecundidad, también se ha analizado con gran detalle su impacto sobre la participación laboral, especialmente de las mujeres. Las dificultades para el análisis son similares a las anteriores —no siempre se distinguen suficientemente las prestaciones familiares por hijo/a a cargo de otras prestaciones como las destinadas a la conciliación y a la atención infantil—

y también en este caso los impactos pueden hacer referencia tanto al margen intensivo (cuántas horas trabajan o dejan de trabajar las personas que reciben estas prestaciones), como al margen extensivo (cuántas personas dejan de trabajar, o se incorporan a un empleo, por el hecho de recibir estas prestaciones). A diferencia de lo que ocurría en el caso de la fecundidad, los resultados de las evaluaciones analizadas son poco coincidentes: en algunos países parece que estas prestaciones tienen un impacto significativo sobre la participación laboral de las mujeres —en el sentido de que reducen su actividad laboral a consecuencia de la percepción de estas ayudas—, mientras que en otros el efecto es positivo.

Los resultados, en cualquier caso, dependen en gran medida tanto del perfil de las mujeres —de su cualificación y estatus marital, fundamentalmente— como del tipo de prestación analizada (especialmente su condicionalidad respecto al empleo) o del entorno socioeconómico en el que se implantan. Lo que la literatura sí parece demostrar es el mayor impacto de estas medidas sobre las mujeres y, particularmente, sobre las mujeres de renta y/o cualificación más baja, cuya oferta de trabajo es más elástica y está en mayor medida condicionada por variables externas.

Por una parte, un buen número de los trabajos analizados destacan el positivo efecto de este tipo de prestaciones, en términos de acceso al empleo, en los países con niveles reducidos de empleo femenino. En el caso de España, por ejemplo, Hernández Alemán *et al.* (2017) señalan que la introducción del cheque bebé en 2007 tuvo un efecto positivo en la oferta de trabajo femenino, al tiempo que redujo los costes que suponen un nuevo hijo/a, con un incremento medio de dos horas semanales de trabajo para las madres que se beneficiaron de esta ayuda. Este tipo de prestaciones universales, señalan las autoras, facilitan la participación de las madres en el mercado de trabajo y contribuyen a superar los obstáculos económicos que retrasan o impiden la maternidad.

Trabajos similares han encontrado, sin embargo, efectos contrarios para esa misma reforma. Según González (2013), las madres perceptoras de la prestación tenían al año siguiente entre un 4 % y un 6 % menos de posibilidades de seguir trabajando que las mujeres sin acceso a esta prestación. Analizando datos de la Seguridad Social, la autora observa que la percepción de la prestación redujo el acceso al empleo de estas mujeres entre una y dos semanas, por término medio, con una reducción de los ingresos salariales de setecientos euros. Para la autora, las madres habrían optado por comprar tiempo mediante la prestación, con la cual habrían financiado una semana adicional de permiso laboral.

Otros trabajos, también centrados en España, han analizado el impacto específico de las prestaciones familiares vinculadas a la participación laboral, como

el impuesto negativo a las madres trabajadoras con hijos/as de cero a tres años introducida en España en 2003. Uno de los estudios (Azmat y González, 2010) que analizan esta prestación desde el punto de vista de la participación laboral femenina indica que —además de incrementar, como antes se ha dicho, la fertilidad un 5 %— esta reforma incremento la participación laboral de las mujeres un 2 %, con un impacto más pronunciado entre las mujeres con menor cualificación. La autora añade que el efecto incentivador del empleo es en cualquier caso mayor —cerca del 5 %— si se tiene en cuenta que la deducción por hijo/a a cargo introducida cuatro años antes mediante el mínimo vital había reducido la participación laboral femenina un 3 %. Se trata para la autora de un impacto particularmente alto, a la luz de los resultados de otras políticas similares realizadas en otros países, lo que quizá se explica por tratarse de una cuantía de relativa importancia (cien euros mensuales) que puede destinarse al pago de servicios de atención infantil.

Más recientemente, Oliver y Spadaro (2017) han analizado esta misma prestación mediante técnicas de microsimulación, planteando diversos escenarios en relación con su diseño y su cuantía. De acuerdo a sus datos, un incremento en la edad de los hijos/as que dan derecho a esa prestación tendría como consecuencia un incremento de la participación laboral femenina, si bien el coste fiscal de la medida sería también elevado. Los resultados de estos dos estudios coinciden con los obtenidos por Sánchez-Mangas y Sánchez-Marcos (2008), de acuerdo a cuyos datos la medida provocó un incremento de la actividad laboral de las mujeres beneficiarias de estas prestaciones del 1,7 %, con un impacto más marcado entre las mujeres con menor cualificación.

En otros países, sin embargo, también con tasas de participación laboral bajas, el impacto derivado de la introducción de este tipo de prestaciones parece haber sido negativo. En el caso de Polonia, por ejemplo, diversos estudios (Magda, Kiełczewska y Brandt, 2018) han puesto de manifiesto que la introducción de una prestación familiar de carácter casi universal ha tenido como consecuencia una reducción de la participación laboral femenina de entre el 2 % y el 3 %, especialmente entre mujeres con niveles de cualificación bajos que residen en zonas rurales. Otros estudios realizados en relación con esta misma reforma señalan, sin embargo, que si en su primera versión —focalizada en familias de escasos ingresos— esta prestación sí redujo la participación laboral femenina, su universalización eliminó ese efecto (Myck y Trzciński, 2019).

En el caso canadiense, los resultados tampoco parecen haber sido positivos. Uno de los estudios más recientes en relación con la introducción de una prestación universal en aquel país (Schirle, 2015) pone de manifiesto una reducción relativamente importante de la participación laboral femenina, especialmente entre las madres en pareja con menor cualificación, cuya oferta de empleo resulta más

elástica, es decir, se adapta con más facilidad a factores contextuales, como una fuente adicional de ingresos. En este caso, la posibilidad de estar ocupada se reduce para las madres con pareja de cualificación media o baja un 2,4 % y un 1 % en el caso de las madres con mayor cualificación. El impacto sobre los padres es, por el contrario, prácticamente nulo. Otro estudio similar, también para Canadá (Koebel y Schirle, 2015), confirma el impacto de estas prestaciones en términos de reducción de la participación laboral femenina, si bien en este caso el impacto negativo solo se refiere a las mujeres con pareja, mientras que en el caso de las mujeres a cargo de familias monoparentales el impacto de esta prestación habría sido positivo. Para Schirle, autora de ambos estudios, los resultados demuestran que en lugar de comprar bienes y servicios para sus hijos/as gracias a estas prestaciones, lo que estas madres estarían comprando es tiempo para su cuidado o, en otros términos, una extensión de los permisos o excedencias disponibles para su cuidado. Esta compra de tiempo sería, a su juicio, más fácil y necesaria en el caso de las madres solas.

3.4. Evidencia sobre el diseño de las prestaciones

Para terminar este repaso de la literatura sobre el impacto de estas prestaciones, se analizan brevemente dos cuestiones relacionadas con el diseño de las prestaciones familiares: por una parte, el carácter universal o focalizado de estas prestaciones y, por otra, la opción entre las prestaciones directas y los beneficios fiscales, en forma de desgravación, exención o deducción fiscal.

a. La fiscalización de las políticas familiares

Como se ha visto en el análisis realizado en las páginas precedentes, una de las cuestiones esenciales en relación con el diseño de las prestaciones familiares se refiere a la opción entre las prestaciones directas o las herramientas fiscales (desgravaciones, exenciones, deducciones, etc.) y, dentro de estas, a su carácter reembolsable. Se trata de una cuestión relevante tanto por las consecuencias de utilizar estas herramientas en términos de redistribución y progresividad del sistema fiscal como por la creciente extensión de estos mecanismos fiscales de apoyo a las familias y, como se verá después, por su destacado peso tanto en el Estado español como en los territorios históricos vascos.

De acuerdo a Ferrarini, Nelson y Höög (2012: 7), “los Estados del Bienestar están siendo objeto de una sutil y en ocasiones inadvertida transformación: la fiscalización de las prestaciones sociales. Este cambio es especialmente notable en el ámbito de las políticas familiares, donde en los últimos años se han introducido una serie de créditos o deducciones fiscales infantiles que han modificado

tanto el nivel como la composición de las políticas familiares²¹. De acuerdo a estos autores, si en 1960 este tipo de herramientas se usaban en un solo país (Dinamarca), en 2005 se utilizan en trece. De hecho, es la expansión de este tipo de deducciones, a partir sobre todo de mediados de los años noventa, lo que explica el incremento en la cobertura de las prestaciones familiares que, en su ausencia, habrían ido reduciendo su capacidad de protección.

¿Qué impacto tiene esta fiscalización de las políticas familiares? Para Daly y Ferragina (2017), su extensión se vincula a un cierto retroceso de las ayudas directas. De hecho, si bien el valor del conjunto de las prestaciones familiares ha crecido en los países de la OCDE a lo largo de los últimos cincuenta años, pasando del 7,2 % del salario medio al 12,1 %, en el caso de una familia biparental con dos hijos/as, el incremento se debe a la mayor suficiencia de las deducciones fiscales, que pasaron del 1,6 % al 5,2 % del salario medio, mientras que en el caso de las ayudas directas su capacidad se redujo del 5,7 % al 4,8 % entre 1990 y 2010.

De acuerdo a Ferrarini *et al.* (2012), no todos los países han optado sin embargo por este modelo de fiscalización. Mientras los países nórdicos han mantenido una trayectoria universalista mediante la utilización de prestaciones familiares universales, el recurso a las herramientas fiscales se ha utilizado fundamentalmente en Australia, Canadá, Alemania, Nueva Zelanda y Estados Unidos. El resto de los países analizados en su estudio —Austria, Bélgica, Francia, Italia, Japón, Países Bajos, Suiza y Reino Unido— habrían seguido una trayectoria mixta, en la que se combinan ambos tipos de enfoque²¹. Para estos autores, en cualquier caso, la utilización de estas herramientas fiscales comporta, en función de su diseño, ciertos riesgos.

A su juicio, el creciente recurso a los *tax credits* implica por una parte una erosión de las políticas universales, en la medida en que, en la mayor parte de los casos, estas deducciones están condicionadas al nivel de renta familiar, con lo que se contribuye a la generación de modelos más selectivos. También implican una reducción de las cuantías recibidas por las familias, dado que, en general, las cantidades de los créditos fiscales —salvo en Australia y Alemania— son más bajas que las correspondientes a las ayudas directas. Desde ese punto de vista, los autores señalan que los países que han seguido una trayectoria mixta tienden a ofrecer a las familias un nivel de protección mayor que aquellos que han apostado únicamente por las herramientas fiscales. A su juicio, por tanto, el recurso a los sistemas fiscales facilita el proceso de focalización de las prestaciones familiares señalado por Daly.

Dentro de este proceso de fiscalización coexisten, en cualquier caso, dos tipos de enfoques diferentes, que parten de lógicas en cierto modo contrapuestas. Las deducciones tradicionales —no reembolsables— se limitan a reducir la deuda tributaria de los contribuyentes, y se basan por tanto en una lógica de reducción de la presión fiscal para los contribuyentes de ingresos medios o bajos. Por definición, no benefician —o lo hacen en muy escasa medida— a los contribuyentes de muy bajos ingresos, con responsabilidades tributarias demasiado pequeñas para beneficiarse de una rebaja de impuestos, o quienes carecen de ingresos. Por el contrario, las deducciones reembolsables benefician a todas las personas potencialmente beneficiarias, ya que si el montante de la deducción es superior a la deuda tributaria, la diferencia se abona a las personas contribuyentes como una prestación neta (Zalakain, 2019).

Resulta, por tanto, del máximo interés analizar los efectos de las deducciones fiscales reembolsables frente a las deducciones convencionales. En ese sentido, un reciente artículo de Avram (2017) analiza el efecto redistributivo de las deducciones fiscales y las desgravaciones o reducciones de la base imponible desarrolladas en seis países de Europa. De acuerdo a su análisis, las desgravaciones o reducciones en la base son por lo general regresivas, mientras que las deducciones en la cuota son neutrales o moderadamente progresivas²². En todo caso, advierte la autora, el impacto de estas herramientas desde el punto de vista redistributivo es poco claro y difícil de prever, en la medida en que está estrechamente relacionado con el resto de las características del sistema impositivo (tipos, posibilidades de declaración conjunta e individual, bases exentas, etc.), lo que desaconseja su utilización como herramienta redistributiva.

Avram destaca sin embargo que la naturaleza reembolsable de algunas de estas deducciones supone un cambio radical en la capacidad redistributiva de estas deducciones. Para la autora, “ni las desgravaciones ni las deducciones son herramientas particularmente efectivas desde el punto de vista redistributivo. Sin embargo, hay una excepción: los créditos fiscales reembolsables dirigidos a hogares de bajos ingresos. Si bien la muestra utilizada en este análisis contiene muy pocos ejemplos de tales instrumentos para justificar una conclusión sólida, encontramos que los créditos fiscales reembolsables son fuertemente progresivos, independientemente del entorno en el que operen” (Avram, 2017: 284).

²¹ De acuerdo al análisis realizado en las páginas anteriores, 17 de los 23 países analizados cuentan con herramientas fiscales de apoyo a las familias; de ellos, siete son deducciones reembolsables y diez no reembolsables.

²² El argumento de Avram coincide con el de Van Lancker y Van Mechelen (2015), que señalan que las deducciones fiscales convencionales contribuyen a la focalización de las políticas familiares aunque en sentido inverso al habitual, ya que se benefician de ellas principalmente las familias de renta media y alta. Este efecto, de acuerdo a estos autores, es particularmente evidente en países como España.

Existe poca evidencia respecto a la fiscalización de las prestaciones familiares en el Estado español —y apenas ninguna en Euskadi— pese a la importancia que las herramientas tributarias tienen en ambos territorios. Cantó *et al.* (2012) ponen de manifiesto el elevado gasto medio del Gobierno central en estas prestaciones (en torno a setecientos euros por niño/a en 2008), frente a apenas doscientos en prestaciones directas (aún en el momento en el que estaba vigente el cheque bebé). En cuanto a su efectividad, Ayala y Cantó (2009) señalan que las reducciones impositivas provocan en general una pérdida de la capacidad redistributiva del Estado hacia las rentas más bajas, ya que estas no se benefician de las reducciones de la fiscalidad y se ven penalizadas por el recorte que, a medio o largo plazo, la menor capacidad económica pública provoca en los servicios y prestaciones públicas. En relación con la pobreza infantil, estos autores señalan que “las desgravaciones y deducciones fiscales encaminadas a apoyar a las familias trabajadoras con niños suelen tener efectos nulos o pequeños sobre los ingresos de los hogares con rentas muy bajas que, en general, no están obligados al pago de impuestos sobre la renta, por lo que es importante que las deducciones fiscales sean reembolsables como subsidios para los que no tributan. Si así fuera, estas políticas pueden tener efectos positivos en la reducción de la pobreza infantil” (Ayala y Cantó, 2009: 36).

Más recientemente, Marí-Klose *et al.* (2019) han analizado el sistema de prestaciones y deducciones orientadas a la familia y la infancia en España, destacando la escasa capacidad redistributiva tanto del sistema prestacional como del fiscal. En lo que se refiere a las herramientas fiscales, los autores señalan que este tipo de políticas fiscales no pueden llegar a tener un efecto excesivamente relevante en la reducción de la pobreza, ya que una parte importante de los hogares que se sitúan por debajo del umbral de la pobreza están exentos de tributar por IRPF. Dejando de lado el mínimo vital, los autores señalan que las deducciones por hijos/as —tanto del tramo estatal como del autonómico— apenas llegan al 14 % de las familias con hijos/as que realizan la declaración de la renta, con una cuantía media cercana a los dos mil euros. Se trata además de un mecanismo regresivo, en la medida en que es en el quintil de renta inferior donde el porcentaje de beneficiarios de estas deducciones es menor, pese a que en tal quintil la proporción de familias con hijos/as sea mayor. Los datos muestran, según los autores, que las familias más empobrecidas son las que, en número, menos se benefician de las deducciones en conceptos de infancia. En cambio, la cuantía media global deducida (de los que han deducido algún concepto relacionado con la infancia) no varía mucho entre los distintos quintiles.

El *spending review* publicado en julio de 2020 por la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (Airef) ofrece sin embargo conclusiones más positivas: el informe analiza el conjunto de los beneficios fiscales existentes en el marco del sistema

tributario español y, dentro de ellas, las deducciones por maternidad, discapacidad y familia numerosa, que incluyen un componente de reembolsabilidad y se definen por la propia Agencia Tributaria como “impuestos negativos”.

En lo que se refiere a las deducciones sociales, el informe de la Airef cuantifica su gasto en 1.718 millones de euros anuales, de los que el 44 % corresponden a la deducción por maternidad, el 36 % a la deducción por familia numerosa y el 20 % a la deducción por persona con discapacidad a cargo. El informe señala que la deducción tiene un impacto positivo pequeño, pero significativo, tanto en lo que se refiere a la participación laboral de las mujeres con hijos/as menores de tres años como a la natalidad. En lo que se refiere al componente de reembolsabilidad de estas deducciones, indica que “al configurarse como un impuesto negativo, estas deducciones tienen una naturaleza progresiva que reduce la desigualdad” (Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, 2020: 144).

b. El debate entre universalidad y focalización

Una de las principales variables que definen las prestaciones por hijo/a a cargo radica en su universalidad, es decir, en el hecho de que el acceso a estas prestaciones esté o no determinado por el nivel de ingresos de las familias. Como se ha explicado anteriormente, 17 de los 23 países analizados en este estudio disponen de prestaciones universales o casi universales, de tal forma que la prestación puede ser percibida por todas las familias independientemente de su nivel de renta, aunque la cuantía sí pueda estar modulada en función de los ingresos.

El debate sobre los efectos de la universalidad de las políticas sociales y, específicamente, de las prestaciones económicas, ha estado dominado desde finales de los años noventa por el trabajo de Korpi y Palme (1998) en el que se defendía la mayor capacidad redistributiva de las políticas universales frente a las selectivas o focalizadas, orientadas a las personas con ingresos inferiores a un umbral determinado, debido fundamentalmente al mayor apoyo que cosechan entre las clases medias. La focalización, por el contrario, dificultaría la articulación de las coaliciones necesarias para garantizar el respaldo social y presupuestario a estas medidas, lo que a su vez comprometería su tamaño y efectividad. Veinte años después de la publicación del aquel artículo, algunos trabajos han venido a cuestionar aquellas conclusiones y han defendido que —debido, entre otros elementos, a la activación²³ de muchas prestaciones— el apoyo público a las políticas focalizadas es hoy día mayor y no puede

²³ El paradigma de la activación se materializa en una mayor condicionalidad de las prestaciones y una mayor vinculación entre el derecho a la prestación económica y el derecho, o la obligación, a participar en actividades de inclusión social y laboral.

decirse que reduzcan en menor medida la pobreza debido a su menor tamaño (Marx, Salanauskaite y Verbist, 2013). Otros análisis han puesto de manifiesto que si bien la reducción de la pobreza se relaciona con una mayor universalidad, las políticas universales no se asocian ya a mayores apoyos a favor de la redistribución (Brady y Bostic, 2015). Tampoco se encuentra ya una correlación, según estos estudios, entre universalidad y mayor gasto social, lo que invalidaría la tesis básica de Korpi y Palme.

En sentido parecido, una reciente revisión realizada por Gugushvili y Laenen (2019) cuestiona las conclusiones de Korpi y Palme y concluye que, si bien es cierto que un mayor gasto público se asocia a menores tasas de pobreza y desigualdad, un menor gasto público puede ser compensado con una mayor focalización en las familias de menores ingresos, aportando mayor efectividad. Estos autores refutan la teoría de las coaliciones de apoyo a la redistribución, que a su juicio está más basada en razonamientos teóricos que en datos empíricos.

Otros trabajos recientes defienden sin embargo que se mantiene en la actualidad la paradoja señalada por Korpi y Palme y que las prestaciones universales siguen teniendo, pese a su menor focalización, una mayor capacidad redistributiva. En ese sentido, Jaques y Noël (2018) han revisado recientemente la hipótesis anterior utilizando datos actualizados, operativizando de forma diferente los conceptos de universalidad y focalización, y diferenciando el efecto que en determinadas políticas pueden tener las características sociodemográficas de sus beneficiarios²⁴. De acuerdo a sus datos, las políticas universales se relacionan con una mayor capacidad redistributiva, una mayor capacidad de reducción de la pobreza y menores niveles de desigualdad. La universalidad también se relaciona con un mayor gasto público y este, a su vez, con una mayor capacidad redistributiva. También se observa una relación clara entre universalidad de las prestaciones y mayor apoyo público a la redistribución. La universalidad se configura, de acuerdo a este análisis, como un significativo predictor del gasto público, los niveles de desigualdad, redistribución y reducción de la pobreza, incluso cuando se tienen en cuenta otras variables como el PIB per cápita, el desempleo o las tasas de dependencia.

En un sentido parecido, McKnight (2015), tras analizar los datos para Reino Unido, Italia, Suecia y Francia entre 1974 y 2010, rechaza la hipótesis de que una mayor focalización se relacione con una mayor capacidad redistributiva o de reducción de la pobreza, e indica que en los momentos en los que dentro de un país se ha optado por políticas

más focalizadas, la reducción de la desigualdad y de la incidencia de la pobreza ha resultado menor. Las tesis de Korpi y Palme se verían de esta forma confirmadas.

Más allá de estos debates generales, en el ámbito de las políticas familiares o de infancia parece claro que se ha dado en los últimos años un incremento de las políticas focalizadas en detrimento de los enfoques universales. En una reciente revisión de este tipo de políticas, Daly y Ferragina (2017) señalan efectivamente que en los últimos años se ha producido un retroceso en el alcance de las políticas universales, acompañado de un mayor recurso a las herramientas fiscales, que se analizan en el siguiente epígrafe.

En todo caso, los argumentos a favor de la universalidad de las prestaciones familiares son abundantes en la literatura revisada. De acuerdo a Bradshaw (2011), las prestaciones familiares universales fomentan la equidad horizontal —es decir, el objetivo de garantizar un nivel similar de ingresos a personas con responsabilidades familiares diferentes—, incrementan la fecundidad, reducen la pobreza —de acuerdo a este autor, casi tanto como las prestaciones focalizadas— y mejoran el bienestar infantil. Tienen menos problemas de no acceso o *non take up* que las prestaciones focalizadas, resultan más fáciles y baratas de gestionar, tienen mayor apoyo social y evitan las trampas de la pobreza asociadas a las prestaciones condicionadas a la participación laboral. Por el contrario, las prestaciones familiares focalizadas tienden a ser de reducida cuantía debido precisamente a su selectividad y a la falta de apoyo social, en la línea de lo defendido por Palme y Korpi, tienden a estar excesivamente focalizadas —dejando al margen no solo a las familias con recursos suficientes, sino a muchas con recursos insuficientes—, y presentan problemas de *non take up* y otros problemas administrativos, como los pagos indebidos. Todo ello, afirma, provoca que estas prestaciones tengan una menor capacidad de reducción de la pobreza infantil que las prestaciones universales. También Townsend abogó con claridad ya en los primeros años setenta a favor de la universalidad de las prestaciones infantiles, tanto en los países ricos como en los países en vías de desarrollo (Walker, Sinfield y Walker, 2011).

Desde una visión más orientada a los argumentos económicos, Atkinson (2011) ha defendido también la idoneidad del enfoque universalista frente a las aproximaciones focalizadas. A su juicio, la focalización de las prestaciones supone en la práctica el incremento del tipo de imposición marginal del impuesto sobre la renta, en la medida en que grava el incremento de ingresos propios de las familias en una cantidad muy superior a los tipos marginales que se aplican a la mayor parte de los contribuyentes. Frente a esa estrategia, Atkinson se muestra favorable a mantener la universalidad de las prestaciones familiares incrementando los tipos

²⁴ Los autores parten de la idea de que una política universal puede tener efectos focalizados en función de quiénes sean en la práctica sus principales destinatarios: la gratuidad universal de las matrículas universitarias, por ejemplo, se focaliza en la práctica hacia las familias de renta media y alta, que son las que acceden con mayor frecuencia a la universidad.

que se aplican a las rentas más altas y haciendo tributables esas prestaciones. Otra de las ventajas que se asocia a las prestaciones universales, a juicio de Atkinson, se refiere a que no presenta los problemas de *non take up* que se asocian a las prestaciones selectivas o focalizadas, que se derivan tanto de la complejidad del proceso de solicitud como del estigma que a menudo se le asocia.

En todo caso, la cuestión de la focalización puede plantearse desde dos perspectivas: la primera se centra en la focalización en las familias pobres, independientemente de la edad de sus miembros. La segunda se centra en la focalización en la población infantil, independientemente de su renta²⁵. En ese sentido, un reciente artículo de Bárcena-Martin *et al.* (2018) defiende que, para la reducción de la pobreza infantil, las prestaciones universales focalizadas en la infancia —es decir, las prestaciones familiares universales (*pro-child targeting*)— resultan más efectiva que las prestaciones focalizadas en las personas pobres (*pro-poor targeting*). A partir de un análisis de la efectividad de los sistemas de impuestos y prestaciones de los países de la Unión Europea, estos autores ponen de manifiesto, por una parte, que las tasas de pobreza infantil de los diversos países se relacionan más con el diseño institucional del Estado del Bienestar que con las características sociodemográficas de la población infantil. Además, la investigación muestra que la reducción de la pobreza infantil se vincula más a la focalización sobre la infancia que a la focalización sobre la pobreza.

Más concretamente, la investigación revela que si bien la focalización en los pobres reduce las tasas de pobreza infantil, sobre todo si esa focalización viene acompañada de un gasto elevado, la focalización en las familias con hijos resulta aún más efectiva. Ambas formas de focalización son efectivas, concluyen los autores, si bien la focalización en la infancia resulta más efectiva que la focalización en las familias pobres. La razón de este efecto estriba en la posición de las familias con hijos en la escala de ingresos, en la medida en que buena parte de las familias con hijos se concentran en los estratos de menor renta, aunque en esos estratos el número de familias sin hijos/as es también muy elevado.

De esta manera, las prestaciones focalizadas en el conjunto de la infancia resultarían más adecuadas tanto en términos de equidad vertical —en la medida en que reducen la pobreza infantil— como en términos de equidad horizontal, en la medida en que contribuyen a compensar los costes de la crianza de todas las familias con hijos/as y a equilibrar las condiciones de vida de las personas con y sin hijos/as. Efectivamente, las prestaciones por hijo/a a cargo pueden tener un objetivo de mejorar los niveles de equidad vertical (entre ricos y pobres), pero también

horizontal (entre personas con hijos y sin hijos, al objeto de compensar los gastos de la crianza).

Para analizar la compatibilidad o incompatibilidad entre ambos enfoques, Verbist y Van Lancker (2016) plantean una metodología para medir al mismo tiempo la equidad vertical y la equidad horizontal de diversos modelos de prestaciones infantiles, teniendo en cuenta, por una parte, cuánto reducen la pobreza y, por otra, qué porcentaje del coste de la crianza cubren, así como el carácter (selectivo o universal) y el tamaño (en términos de gasto público) del modelo. De acuerdo a este análisis, ambas dimensiones —equidad vertical y equidad horizontal— están estrechamente relacionadas: los países que compensan en mayor medida los costes de la crianza para el conjunto de las familias con hijos/as son los que en mayor medida reducen la intensidad de la pobreza de las familias con hijos/as. Debido, como también apuntaban Bárcena-Martín *et al.*, a la distribución sociodemográfica de la población infantil, no hay dilema entre equidad vertical y equidad horizontal: aunque un país destine sus prestaciones infantiles al conjunto de las familias con hijos/as independientemente de su renta, la ubicación de las familias con hijos/as en la escala socioeconómica hace que esas prestaciones tengan, por defecto, un impacto relevante desde el punto de vista de la equidad vertical, es decir, desde el punto de vista de la reducción de la pobreza infantil.

En todo caso, los resultados de Verbist y Van Lancker ponen también de manifiesto —junto con la importancia de las características sociodemográficas de la infancia para explicar el impacto de las diversas orientaciones que se plantean—, la importancia del *tamaño* del sistema de prestaciones, es decir, de las cuantías de esas prestaciones y del gasto público resultante. En ese sentido, el debate entre focalización y universalidad no puede dejar de tener en cuenta la cuestión del tamaño. El análisis del sistema ruso de prestaciones familiares (Notten y Gassmann, 2008) pone de manifiesto que una prestación universal resultaría más efectiva que una prestación selectiva a la hora de la reducción de la pobreza infantil, debido fundamentalmente a la inclusión de muchas familias pobres con hijos/as que no acceden a la prestación debido a problemas administrativos y de gestión. En todo caso, señalan, solo con un incremento sustancial de la cuantía de las prestaciones puede alcanzarse una reducción sustancial de la pobreza infantil.

La cuestión del tamaño resulta particularmente importante en el marco del Estado español, en la medida en que las prestaciones por hijo/a cargo existentes son de muy escasa cuantía. En ese sentido, como explica Cantó (2018), para medir la capacidad redistributiva de cualquier sistema es necesario fijarse en dos elementos clave: la progresividad y la dimensión tanto de los impuestos directos como de las prestaciones monetarias para los más necesitados. Ambos son importantes y por separado no consiguen, en ninguna parte del mundo,

²⁵ Obviamente, una tercera vía consiste en focalizarse en las familias pobres con hijos/as.

que los efectos redistributivos de una política pública sean potentes²⁶. En la práctica, los datos apuntan a que los países que han aumentado el efecto redistributivo de alguna de sus políticas lo han hecho porque han incrementado la dimensión de la política y no su progresividad.

Frente a la defensa de la universalidad de las prestaciones infantiles, otros autores han puesto de manifiesto las ventajas de una aproximación selectiva y, más concretamente, la necesidad de combinar ambos enfoques desde una perspectiva que cabe llamar universalismo focalizado, en la línea de los planteamientos defendidos por Skocpol en 1991 (Skocpol, 1991). En ese sentido, Van Lancker y Van Mechelen (2015) cuestionan los postulados de Korpi y Palme desde la perspectiva de las prestaciones familiares y señalan que la focalización en las familias pobres obtiene mejores resultados en términos de reducción de la intensidad de la pobreza. Si bien los sistemas universales siguen siendo los que destinan un mayor gasto público a estas políticas, lo que refuerza la idea del apoyo de las clases medias a las políticas universales, la cuantía de las prestaciones tiende a ser mayor en los modelos selectivos, lo que provoca una mayor capacidad de reducción de la pobreza. Sin embargo, algunos modelos selectivos resultan incapaces de reducir sustancialmente la pobreza, en parte debido a que —al basarse en desgravaciones y deducciones fiscales no reembolsables— se focalizan hacia las rentas medias y altas, y no hacia las bajas. Por ello, a juicio de estos autores, la estrategia más adecuada pasa por un universalismo focalizado (*targeting within universalism*) que combina niveles elevados de gasto público y prestaciones universales con prestaciones selectivas de elevada cuantía orientadas a las familias de menor renta.

En un sentido parecido, Bárcena-Martín *et al.* (2015) defienden que los países que aplican ese enfoque de universalismo focalizado obtienen resultados más positivos en cuanto a la reducción de la pobreza. De acuerdo a estos autores, los programas focalizados en los niños/as de renta baja que refuerzan estrategias generosas de transferencias universales son la mejor opción para el diseño de las prestaciones familiares desde el punto de vista de la reducción de la pobreza infantil. En la misma línea, aunque en relación con las familias monoparentales, Morissens (2018) señala que los países que combinan unas prestaciones universales generosas con prestaciones adicionales para las familias monoparentales son las que obtienen mejores resultados a la hora de reducir la pobreza

²⁶ Cantó ilustra el argumento con el siguiente ejemplo. Imaginemos una sociedad con dos individuos, uno rico y uno pobre, y en la que hay un impuesto progresivo. El primer individuo (rico) gana 10.000 euros y paga 500 de impuesto, un 5% de tipo medio efectivo sobre su renta bruta. El segundo, el pobre, gana 1.000 y paga 10 euros, solo un 1%. Con este diseño el impuesto no consigue ser muy redistributivo porque, aunque es muy progresivo y el rico paga cinco veces más que el pobre por cada euro que gana, su peso sobre la renta bruta es realmente pequeño y ambos ciudadanos pagan poco en proporción a lo que ingresan.

infantil y ofrecer a estas familias unas condiciones decentes de vida.

Este debate apunta a la importancia de calibrar adecuadamente el grado de focalización y universalidad de cualquier sistema de prestaciones familiares. Es en ese marco donde adquiere sentido el recurso a los beneficios fiscales reembolsables. Efectivamente, tal y como señala la Fundación Foessa en su informe sobre la reorientación del sistema de garantía de ingresos en España, “las prestaciones familiares deben tender a tener un carácter lo más universal posible, y beneficiar al conjunto de las familias con hijos/a a cargo. Ello no impide reconocer la necesidad de prestar un apoyo económico específico, más intenso, a las familias con mayores necesidades. Pero no tiene sentido seguir manteniendo un sistema dual, en el que la mayor parte de las familias obtengan beneficios fiscales —no completamente universales— y que las familias más pobres accedan a un sistema selectivo e insuficiente” (Fernández, 2015: 90).

El informe de la Fundación Foessa añade que “dado que se está haciendo ya un esfuerzo económico importante (estimado en unos 4.500 millones de euros anuales) en políticas fiscales de apoyo a las familias con hijos/as, podría ser interesante avanzar en la vía de la integración de las prestaciones sociales y las políticas fiscales, tal y como han hecho muchos países de nuestro entorno. La vía más adecuada sería la extensión, con carácter gradual, de las actuales deducciones reembolsables a todas las familias con hijo/a a cargo. La potenciación de la vía fiscal nos parece especialmente interesante en la medida que abre a la protección social formatos ya consolidados de organización administrativa. Sin embargo, habrá que poner un especial esfuerzo en que, si se utilizan las herramientas fiscales, aquellas personas que no hacen habitualmente declaración de la renta por estar exentas, pueden quedar de nuevo al margen de estos beneficios” (Fernández, 2015: 90).

En un sentido parecido, Noguera (2019) plantea, entre otras opciones, la posibilidad de integrar las prestaciones familiares por hijo a cargo con la fiscalidad. Para Noguera, “convertir el mínimo por descendientes del IRPF en prestación por hijos a cargo tendría un efecto relativamente modesto sobre la renta disponible de los contribuyentes, pero visibilizaría ese gasto como prestación (ahora está *oculto* en el impuesto) y legitimaría políticamente su extensión a todas las familias con bajos ingresos y/o que no declaran por IRPF. No cabe descartar, asimismo, que señalarlo como prestación directa ligada a los menores de edad tuviese efectos en la conducta de muchos padres a la hora de destinar dinero en mayor proporción a finalidades relacionadas con el bienestar de sus hijos. Además, y no menos importante, el efecto de dicha medida sería netamente progresivo, pues en la actualidad la ‘prestación oculta’ que reciben todos los contribuyentes del IRPF con hijos a cargo a través del mínimo por descendientes es más alta que

la prestación por hijos de la Seguridad Social que reciben los hogares con más bajos ingresos, muchos de los cuales ni siquiera presentan la declaración por estar exentos de ello”.

4. Conclusiones

La revisión de la literatura publicada en relación con el funcionamiento y el impacto de las prestaciones por hijo/a a cargo permite extraer varias conclusiones de interés: de forma resumida, puede decirse que hay evidencia suficiente para afirmar que las prestaciones familiares, infantiles o por hijo/a cargo reducen la pobreza infantil; mejoran la situación de los niños/as y de sus familias, incluso a medio y largo plazo, desde el punto de vista educativo y de salud; y tienen un efecto positivo (aunque reducido) en el incremento de la fecundidad. Estas prestaciones parecen inducir también una reducción de la vinculación de las mujeres al mercado laboral, que podrían destinar estas prestaciones a comprar “tiempo” para el cuidado, alargando sus permisos laborales.

La revisión realizada permite afirmar también que se mantiene una positiva relación entre el carácter universal de estas prestaciones y su capacidad para la reducción de la pobreza, y que las prestaciones universales presentan, frente a las selectivas o focalizadas, más ventajas que inconvenientes. Los trabajos analizados apuntan en cualquier caso a la necesidad de avanzar hacia un universalismo focalizado (*targeting within universalism*). Efectivamente, las estrategias que han tenido más éxito para abordar la pobreza infantil han demostrado ser las sustentadas en políticas destinadas a mejorar el bienestar de todos los niños y niñas, teniendo especialmente en cuenta, al mismo tiempo a los niños, y a las niñas que se encuentran en situaciones particularmente vulnerables.

Impulsar un paquete amplio de políticas familiares de corte universal permitiría, por otro lado, reequilibrar —al menos en cierta medida— el sesgo que nuestro Estado del Bienestar tiene hacia las personas mayores, reconstruir el maltrecho contrato intergeneracional y, al mismo tiempo, sentar las bases para garantizar la sostenibilidad de ese Estado del Bienestar.

Efectivamente, la abundante literatura relacionada con la contabilidad intergeneracional que se ha ido produciendo en los últimos años —basada en la metodología de las Cuentas Nacionales de Transferencias— pone de manifiesto en qué medida los Estados del Bienestar están orientados hacia el gasto en las personas mayores. Para Solé *et al.* (2020: 4) “la redistribución intergeneracional es en todos los países claramente asimétrica en favor de las personas mayores, mientras que las necesidades de los niños/as son básicamente cubiertas por sus familias”. De acuerdo a Abío *et al.* (2019: 130), “el sesgo hacia una mayor protección

de las personas de más edad es una característica prácticamente universal de los Estados del Bienestar. Cabe preguntarse por qué los diferentes países, a medida que desarrollaban sus programas de gasto social han ido dando prioridad a aquellos dirigidos a la población mayor, dejando la financiación de los niños/as de manera casi exclusiva en la familia. Si uno de los objetivos del Estado del Bienestar es socializar (repartir entre toda la sociedad para reducir desigualdades) el gasto de mantener a los dependientes, es difícilmente justificable que solo deba ser así en el caso de los mayores, y no en el de los niños [...]. Como consecuencia de este sesgo de las políticas públicas, las familias asumen la mayor parte del coste monetario de los niños, al que hay que añadir el coste en términos de tiempo” que requiere la crianza de los hijos/as.

Los trabajos basados en las Cuentas Nacionales de Transferencias también ponen de manifiesto en qué medida la sostenibilidad del aumento del gasto social que requiere el envejecimiento depende, paradójicamente, de la inversión que se haga en medidas dirigidas a la inversión en capital humano —es decir, en políticas de infancia, de familia y educativas—, puesto que se ha demostrado que la mejora del capital educativo de las cohortes jóvenes tiene un impacto superior al resto de los cambios sociodemográficos en lo que se refiere a la sostenibilidad fiscal del Estado del Bienestar²⁷.

En efecto, la capacidad de financiación del gasto social público depende tanto del crecimiento de la productividad y de la creación de riqueza como del propio incremento del gasto a financiar. El crecimiento económico, a su vez, depende de la actual capacidad de invertir en las políticas educativas, de juventud, de infancia, de natalidad y de apoyo a las familias: la mejor manera de garantizar la sostenibilidad de los cuidados de quienes serán dependientes dentro de 50 años es invertir ahora en su educación y en sus condiciones de vida, fomentar la movilidad social y evitar la reproducción intergeneracional de la pobreza.

²⁷ Para Hammer *et al.* (2019), aunque la importancia de la inversión en el capital educativo de las cohortes más jóvenes en el funcionamiento del contrato intergeneracional es esencial, no ha sido suficientemente tenida en cuenta a la hora de evaluar la sostenibilidad económica de los modelos de protección social desde el punto de vista intergeneracional. El contrato intergeneracional es, fundamentalmente, una cuestión de inversión a largo plazo, que debe resultar suficiente para obtener los resultados esperados en el futuro: las actuales generaciones adultas invierten en el capital humano de sus hijos/as y reciben en el futuro los retornos de esa inversión en forma de pensiones, cuidados de salud y servicios de atención a la dependencia. Así pues, una orientación excesivamente marcada del actual gasto social hacia las personas mayores compromete, paradójicamente, la posibilidad de financiar el gasto de las personas mayores del futuro, que son, también paradójicamente, las personas adultas que están financiando el actual gasto en personas mayores.

- ABÍO, G. *et al.* (2019): “Las cuentas nacionales de transferencias: aplicaciones y resultados para España”, *Papeles de Economía Española*, nº 161, págs. 114-137.
- ATKINSON, A. (2011): “The case for universal child benefit”, en WALKER, A.; SINFIELD, A. y WALKER, C. (eds.), *Fighting Poverty, Inequality and Injustice. A Manifesto Inspired by Peter Townsend*, Bristol, Policy Press, pp. 79-90.
- AUTORIDAD INDEPENDIENTE DE RESPONSABILIDAD FISCAL (2020): *Evolución del gasto público 2019*. Estudio. Beneficios Fiscales, Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal.
- AVERETT, S. y WANG, Y. (2016): “Effects of higher EITC payments on children’s health, quality of home environment, and noncognitive skills”, *Public Finance Review*, vol. 46, nº 4.
- AVRAM, S. (2017): “Who benefits from the ‘hidden welfare state’? The distributional effects of personal income tax expenditure in six countries”, *Journal of European Social Policy*, vol. 28, nº 3, pp. 271-293, <<https://doi.org/10.1177/0958928717735061>>.
- AYALA, L. y CANTÓ, O. (2009): “Políticas económicas y pobreza infantil”, en VV. AA., *Análisis y propuestas sobre pobreza infantil en España*, Madrid, Unicef-Comité Español, pp. 10-40.
- AYALA, L.; CANTÓ, O.; MARTÍNEZ LÓPEZ, R.; NAVARRO RUIZ, C. y ROMAGUERA DE LA CRUZ, M. (2020): *Análisis de las necesidades sociales de la infancia*, serie Informes, Observatorio Social La Caixa, <<https://observatoriosocialla Caixa.org/informe-necesidades-sociales-infancia/>>.
- AZMAT, G. y GONZÁLEZ, L. (2010): “Targeting fertility and female participation through the income tax”, *Labour Economics*, vol. 17, nº 3, pp. 487-502, <<https://doi.org/10.1016/j.labeco.2009.09.006>>.
- BÁRCENA-MARTÍN, E.; BLANCO-ARANA, M.C. y PÉREZ-MORENO, S. (2015): “Assessing the impact of social transfer income packages on child poverty. A European cross-national perspective”, *ECINEQ Working Papers*, nº 410.
- (2018): “Social transfers and child poverty in European countries: Pro-poor targeting or pro-child targeting?”, *Journal of Social Policy*, vol. 47, nº 4, pp. 739-758.
- BASTIAN, J. y MICHELMORE, K. (2018): “The long-term impact of the earned income tax credit on children’s education and employment outcomes”, *Journal of Labor Economics*, vol. 36, nº 4, pp. 1.127-1.163, <<https://doi.org/10.1086/697477>>.
- BITLER, M.P. *et al.* (2018): “Cash for kids”, *The Russell Sage Foundation Journal of the Social Sciences*, vol. 4, nº 4, pp. 43-47.
- BOCCUZZO, G., CALTABIANO, M.; ZUANNA, G.D. y LOGHI, M. (2008): “The impact of the bonus at birth on reproductive behaviour in a lowest-low fertility context: Friuli-Venezia Giulia (Italy), 1989-2005”, *Vienna Yearbook of Population Research*, vol. 6, pp. 125-147.
- BRADSHAW, J. (2011): “The case for family benefits”, *Children and Youth Services Review*, vol. 34, nº 3, pp. 590-596.
- BRADY, D. y BOSTIC, A. (2015): “Paradoxes of social policy: Welfare transfers, relative poverty, and redistribution preferences”, *American Sociological Review*, vol. 80, nº 2, pp. 268-298, <<https://doi.org/10.1177/0003122415573049>>.
- BREWER, M.; RATCLIFFE, A. y SMITH, S. (2008): “Does welfare reform affect fertility? Evidence from

- UK”, *Working Papers*, nº 08/09, The Institute for Fiscal Studies, <<https://www.ifs.org.uk/wps/wpo809.pdf>>.
- CANTÓ, O. (2018): “El tamaño de las políticas públicas importa... y mucho”, *Agenda Pública*, 30 de enero, <<https://agendapublica.es/tamano-las-politicas-publicas-importa-mucho/>>.
- CANTÓ, O.; ADIEGO, M.; LEVY, H. y PANIAGUA, M. (2012): “Going regional. The effectiveness of different tax-benefit policies in combating child poverty in Spain”, *Euromod Working Papers*, nº 2/2012, <<https://www.iser.essex.ac.uk/research/publications/working-papers/euromod/em2-12.pdf>>.
- COMISIÓN EUROPEA (2013): “Recomendación de la Comisión, de 20 de febrero de 2013, Invertir en la infancia: romper el ciclo de las desventajas”, *Diario Oficial de la Comisión Europea*, 2-3-2013.
- COOPER, K. y STEWART, K. (2017): “Does money affect children’s outcomes? An update”, *CASEpapers*, nº 203.
- DAHL, G. y LOCHNER, L. (2009): “The impact of family income on child achievement: Evidence from the earned income tax credit”, *Discussions Papers*, nº 1.361-09, Institute for Research on Poverty, <<https://www.irl.wisc.edu/publications/dps/pdfs/dp136109.pdf>>.
- DALY, M. y FERRAGINA, E. (2017): “Family policy in high-income countries: Five decades of development”, *Journal of European Social Policy*, vol. 28, nº 3, pp. 255-270.
- DOMÍNGUEZ-OLABIDE, P. (2021): “Prestaciones para la conciliación de la vida laboral y familiar: una revisión de su diseño e impacto en los países de la OCDE”, *Zerbitzuan*, nº 74, págs. ##-##, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.74.##>>.
- DRAGO, R.; SAWYER, K.; SHREFFLER, K.M.; WARREN, D. y WOODEN, M. (2011): “Did Australia’s Baby Bonus increase fertility intentions and births?”, *Population Research and Policy Review*, vol. 30, nº 3, pp. 381-397.
- DUNCAN, G.J.; MORRIS, P.A. y RODRIGUES, C. (2011): “Does money really matter? Estimating impacts of family income on young children’s achievement with data from random-assignment experiments”, *Developmental Psychology*, vol. 47, nº 5, pp. 1.263-1.279, <<https://doi.org/10.1037/a0023875>>.
- ENGSTER, D. (2012): “Child poverty and family policies across eighteen wealthy Western democracies”, *Journal of Children and Poverty*, vol. 18, nº 2, pp. 1-19, <<https://doi.org/10.1080/10796126.2012.710481>>.
- ENGSTER, D. y STENSÖTA, H. (2011): “Do family policy regimes matter for children’s well-being?”, *Social Politics*, vol. 18, nº 1, pp. 82-124, <<https://doi.org/10.1093/sp/jxr006>>.
- EVANS, W.N. y GARTHWAITE, C.L. (2014): “Giving mom a break: The impact of higher EITC payments on maternal health”, *American Economic Journal: Economic Policy*, vol. 6, nº 2, pp. 258-290, <<https://doi.org/10.1257/pol.6.2.258>>.
- FERNÁNDEZ, G. (coord.) (2015): *Hacia un sistema más inclusivo de garantía de rentas en España: diferentes alternativas de desarrollo*, Madrid, Fundación Foessa.
- FERRARINI, T; NELSON, K. y HÖÖG, H. (2012): “The fiscalization of child benefits in OECD countries”, *Gini Discussion Papers*, nº 49.
- FORSTER, M. y VERBIST, G. (2014): “Prestaciones familiares, distribución de la renta y pobreza: el impacto de las transferencias para niños pequeños en 23 países europeos”, *Panorama Social*, nº 20, pp. 105-119.
- GAUTHIER, A.H. (2007): “The impact of family policies on fertility in industrialized countries: A review of the literature”, *Population Research and Policy Review*, vol. 26, pp. 323-346.
- GENNETIAN, L.; CASTELLS, N. y MORRIS, P. (2010): “Meeting the basic needs of children: Does income matter?”, *Children and Youth Services Review*, vol. 32, nº 9, pp. 1.138-1.148.
- GONZÁLEZ, L. (2011): “The effects of a universal child benefit”, *Barcelona GSE Working Papers Series*, nº 574, <<https://www.oecd.org/els/emp/49115482.pdf>>.
- (2013): “The effects of a universal child benefit on conceptions, abortions and early maternal supply”, *American Economic Journal: Economic Policy*, vol. 5, nº 3, pp. 160-188.
- GONZÁLEZ, L. y TROMMLEROVA, S. (2020): “Cash transfers and fertility: How the introduction and cancellation of a child benefit affected births and abortions”, *Economics Working Paper Series*, nº 1.697, Universitat Pompeu Fabra.
- GORNICK, J.C. y NELL, E. (2017): “Children, poverty, and public policy: A cross-national perspective”, *LIS Working Paper Series*, nº 701.
- GREGG, P.; HURRELL, A. y WHITTAKER, M. (2012): *Creditworthy. Assessing the Impact of Tax Credits in the Last Decade and Considering What This Means for Universal Credit*, Londres, Resolution Foundation.
- GUGUSHVILI, D. y LAENEN, T. (2019) “Twenty years after Korpi and Palme’s paradox of redistribution: What have we learned so far, and where should we take it from here?”, *SPSW Working Papers*, nº 5, <<https://lirias.kuleuven.be/2790635>>.
- HAMAD, R. y REHKOPF, D.H. (2016): “Poverty and child development: A longitudinal study of the impact of the Earned Income Tax Credit”, *American Journal of Epidemiology*, vol. 183, nº 9, pp. 775-784 <<https://doi.org/10.1093/aje/kwv317>>.
- HAMMER, B.; PRSKAWETZ, A.; GÁL, R.I.; VARGHA, L. y IŠTENIĆ, T. (2019): “Human capital investment and the sustainability of public transfer systems across Europe: An evaluation based on national transfer accounts”, *Journal of Population Ageing*, vol. 12, nº 4, pp. 427-452, <<https://doi.org/10.1007/s12062-018-9224-8>>.
- HERNÁNDEZ ALEMÁN, A.; LEÓN, C.J. y MÁRQUEZ-RAMOS, L. (2017): “The effect of the Universal Child Care cash benefit on female labour supply in Spain”, *Estudios de Economía Aplicada*, vol. 35, nº 3, <<https://doi.org/10.25115/eea.v35i3.2508>>.
- HOYNES, H.; MILLER, D. y SIMON, D. (2015): “Income, the Earned Income Tax Credit, and infant health”, *American Economic Journal: Economic Policy*, vol. 7, nº 1, pp. 172-211, <<https://doi.org/10.1257/pol.20120179>>.

- HOYNES, H.; SIMON, D. y MILLER, D. (2012): "The EITC: Linking income to real health outcomes", *Center for Poverty Research Policy Briefs*, https://poverty.ucdavis.edu/sites/main/files/file-attachments/policy_brief_hoyes_eitc_o.pdf.
- JACQUES, O. y NOËL, A. (2018): "The case for welfare state universalism, or the lasting relevance of the paradox of redistribution", *Journal of European Social Policy*, vol. 28, nº 1, pp. 70-85, <https://doi.org/10.1177/0958928717700564>.
- JONES, L.E.; MILLIGAN, K.S. y STABILE, M. (2015): "Child cash benefits and family expenditures: Evidence from the National Child Benefit", *NBER Working Paper Series*, nº 21.101, <https://doi.org/10.3386/w21101>.
- KOEBEL, K. y SCHIRLE, T. (2015): "The differential impact of universal child benefits on the labor supply of married and single mothers", *LCERPA Working Papers*, nº 2015-11, http://www.lcerpa.org/public/papers/LCERPA_2015_11.pdf.
- KORPI, W. y PALME, J. (1998): "The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare state institutions, inequality, and poverty in the Western Countries", *American Sociological Review*, vol. 63, nº 5, pp. 661-687, <https://doi.org/10.2307/2657333>.
- LAROQUE, G. y SALANIÉ, B. (2008): "Does fertility respond to financial incentives?", *IZA Discussion Papers*, nº 3.575, <http://ftp.iza.org/dp3575.pdf>.
- LUCI, A. y THEVENON, O. (2011): "The impact of family policy packages on fertility trends in developed countries", *Documents du Travail*, nº 174, París, Institut National d'Etudes Démographiques, http://hdl.handle.net/20.500.12204/AW2NCdb1yeV5GL_3jekM.
- MAGDA, I.; KIEŁCZEWSKA, A. y BRANDT, N. (2018): "The effects of large universal child benefits on female labour supply", *IZA Discussion Papers*, nº 11652, <http://ftp.iza.org/dp11652.pdf>.
- MANOLI, D. y TURNER, N. (2018): "Cash-on-hand and college enrollment: Evidence from population tax data and the Earned Income Tax Credit", *American Economic Journal: Economic Policy*, vol. 10, nº 2, pp. 242-71, <https://doi.org/10.1257/pol.20160298>.
- MARÍ-KLOSE, P. (2019): *La infancia que queremos. Una agenda para erradicar la pobreza infantil*, Madrid, Los Libros de la Catarata.
- MARÍ-KLOSE, M.; JULIÁ, A. y REDONDO, P. (2019): "El sistema de prestaciones y deducciones orientadas a la familia e infancia", *Documentos de Trabajo del VIII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España*, nº 4.11, Madrid, Fundación Foessa.
- MARX, I.; SALANAUSKAITE, L. y VERBIST, G. (2013): "The paradox of redistribution revisited: And that it may rest in peace?", *IZA Discussion Papers*, nº 7.414, <http://ftp.iza.org/dp7414.pdf>.
- MATHIEU, S. (2013): "Entre l'effet tempo et l'effet quantum: une analyse de l'effet des politiques familiales sur la fécondité dans les pays avancés", *Sociologie et Sociétés*, vol. 45, nº 1.
- MAXFIELD, M. (2013): "The effects of the Earned Income Tax Credit on child achievement and long-term educational attainment", *Mich. State Univ. Job Mark. Pap.*, <https://ippsr.msu.edu/research/effects-earned-income-tax-credit-child-achievement-and-long-term-educational-attainment>.
- MCKNIGHT, A. (2015): "A fresh look at an old question: Is pro-poor targeting of cash transfers more effective than universal systems at reducing inequality and poverty?", *ImPROvE Working Papers*, nº 15/14, <https://EconPapers.repec.org/RePEc:hdl:improv:1514>.
- MILLIGAN, K. (2002): "Subsidizing the stork: New evidence on tax incentives and fertility", *NBER Working Paper Series*, nº 8.845, <https://www.nber.org/papers/w8845.pdf>.
- MILLIGAN, K. y STABILE, M. (2011): "Do child tax benefits affect the wellbeing of children? Evidence from Canadian Child Benefit expansions", *American Economic Journal: Economic Policy*, vol. 3, nº 11.
- MORISSENS, A. (2018): "The role of universal and targeted family benefits in reducing poverty in single-parent families in different employment situations", en NIEUWENHUIS, R. y MALDONADO, L.C., *The Triple Bind of Single-Parent Families*, Bristol University Press; Policy Press, pp. 359-382.
- MYCK, M. y TRZCIŃSKI, K. (2019): "From partial to full universality: The Family 500+ Programme in Poland and its labor supply implications", *IFO DICE Reports*, nº 3.
- NICHOLS, A. y ROTHSTEIN, J. (2015): "The Earned Income Tax Credit (EITC)", *NBER Working Paper Series*, nº 21211, <https://www.nber.org/papers/w21211.pdf>.
- NOGUERA, J.A. (2019): "Pobreza infantil y presupuestos: una auténtica prioridad", *Agenda Pública*, 24 de enero, <https://agendapublica.es/pobreza-infantil-y-presupuestos-una-autentica-prioridad/>.
- NOTTEN, G. y GASSMANN, F. (2008): "Size matters: Targeting efficiency and poverty reduction effects of means-tested and universal child benefits in Russia", *Journal of European Social Policy*, vol. 18, nº 3, pp. 260-274, <https://doi.org/10.1177/0958928708091059>.
- OLIVER, X. y SPADARO, A. (2017): "Active welfare state policies and labour supply in Spain", *Hacienda Pública Española*, vol. 222, nº 3, pp. 9-41.
- PARR, N. y GUEST, R. (2011): "The contribution of increases in family benefits to Australia's early 21st-century fertility increase: An empirical analysis", *Demographic Research*, vol. 25, pp. 215-244, <https://doi.org/10.4054/DemRes.2011.25.6>.
- PETIT, B. (2019): "Intergenerational effects of child-related tax benefits in the US", https://borjapetit.github.io/files/papers/petit_childtax.pdf.
- RAINER, H.; BAUERNSCHUSTER, S.; DANZER, N.; FICHTL, A.; HENER, T.; HOLZNER, C. y REINKOWSKI, J. (2014): "Child benefit and child allowances in Germany: Their impact on family policy goal", *CESifo DICE Reports*, nº 1/2014, <https://www.ifo.de/DocDL/dicereport114-rm1.pdf>.
- RIPHAHAN, R.T. y WIYNCK, F. (2017): "Fertility effects of child benefits", *IZA Discussion Papers*, nº 10757, <http://ftp.iza.org/dp10757.pdf>.

- SÁNCHEZ-BARRICARTE, J.J. (2017): "The long-term determinants of marital fertility in the developed world (19th and 20th centuries): The role of welfare policies", *Demographic Research*, vol. 36, nº 42, pp. 1.255-1.298.
- SÁNCHEZ-MANGAS, R. y SÁNCHEZ-MARCOS, V. (2008): "Balancing family and work: The effect of cash benefits for working mothers", *Labour Economics*, vol. 15, nº 6, pp. 1.127-1.142.
- SCHIRLE, T. (2015): "The effect of universal child benefits on labour supply", *Canadian Journal of Economics*, vol. 48, nº 2, pp. 437-463.
- SINCLAIR, R.; BOYMAL, J. y DE SILVA, A. (2015): "A heterogeneous fertility response to a cash transfer policy: The Australian experience", [disponible en el SSRN] <<https://doi.org/10.2139/ssrn.2722977>>.
- SKOCPOL, T. (1991): "Targeting within universalism: Politically viable policies to combat poverty in the United States", en JENCKS, C. y PETERSON, P.E. (eds.), *The Urban Underclass*, Washington D.C., The Brookings Institution, pp. 411-436.
- SOLÉ, M.; SOUTO, G.; RENTERIA, E.; PAPADOMICHELAKIS, G. y PATXOT, C. (2020): "Protecting the elderly and children in times of crisis: An analysis based on National Transfer Accounts", *The Journal of the Economics of Ageing*, vol. 15, p. 100208, <<https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2019.100208>>.
- STRELITZ, J. y LISTER, R. (2008): *Why Money Matters: Family Income, Poverty and Children's Lives*, Londres, Save The Children.
- THÉVENON, O. y GAUTHIER, A.H. (2011): "Family policies in developed countries: A 'fertility-booster' with side-effects", *Community, Work & Family*, vol. 14, nº 2, pp. 197-216, <<https://doi.org/10.1080/13668803.2011.571400>>.
- THÉVENON, O. y LUCI, A. (2012): "Reconciling work, family and child outcomes: What Implications for family support policies?", *Population Research and Policy Review*, vol. 31, nº 6, pp. 855-882, <<https://doi.org/10.1007/s11113-012-9254-5>>.
- THÉVENON, O.; MANFREDI, T.; GOVIND, Y. y KLAUZNER, I. (2018): "Child poverty in the OECD", *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, nº 218, <<https://doi.org/10.1787/c69de229-en>>.
- VAN LANCKER, W. y VAN MECHELEN, N. (2015): "Universalism under siege? Exploring the association between targeting, child benefits and child poverty across 26 countries", *Social Science Research*, vol. 50, pp. 60-75.
- VERBIST, G. y VAN LANCKER, W. (2016): "Horizontal and vertical equity objectives of child benefit systems: An empirical assessment for European countries", *Social Indicators Research*, vol. 128, nº 3.
- WALKER, A.; SINFIELD, A. y WALKER, C. (eds.) (2011): *Fighting Poverty, Inequality and Injustice. A Manifesto Inspired by Peter Townsend*, Bristol, Policy Press.
- WHITEFORD, P. y ADEMA, W. (2007): "What works best in reducing child poverty", *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, nº 51, <<https://doi.org/10.1787/233310267230>>.
- ZALAKAIN, J. (2019): "La fiscalización de las políticas sociales: funcionamiento e impacto de las deducciones fiscales reembolsables", *Zerbitzuan*, nº 68, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.68.08>>.

Prestaciones para la conciliación de la vida laboral y familiar: una revisión de su diseño e impacto en los países de la OCDE

Peru Domínguez-Olabide

SIIS Servicio de Información e Investigación Social

pdominguez@siis.net

Familia-politikak gizarte-babeserako sistema gizarte-inbertsioaren paradigmarako egokitzeko funtsezkoak dira. Politika horien esparruan, kontziliatorako prestazioak funtsezko osagai gisa aintzatetsi daitezke. Familia-bizitzan eta lan-merkatuan emakumeen eta gizonen arteko partaidetza orekatua sustatzera bideratzen diren heinean, enpleguan ematen den aukera-berdintasun ezari aurre egiteko, genero-rol eta -estereotipo tradizionalak hausteko, eta haurren arreta- eta zaintza-beharrak asetzeko tresna gisa aurkezten dira. Lan honek prestazio horiekiko lehen hurbilketa bat proposatzen du. Ariketa honetan, lehenik eta behin, literatura akademikoa berrikusi da, hizpide diren prestazioak dimentsio ezberdinetan dituzten eraginak ezagutzeko asmotan. Ondoren, prestazio horiek egituratzeko nazioartean leudekeen modu ezberdinak deskribatzen dira.

GAKO-HITZAK:

Familia-politika, genero-berdintasuna, prestazio ekonomikoak, zerbitzu-ebaluazioa, nazioarteko ikuspegia.

Las políticas de apoyo a las familias con hijos/as resultan fundamentales para la adecuación del sistema de protección social al paradigma de la inversión social. En el marco de estas políticas, las prestaciones de apoyo a la conciliación se constituyen como uno de los pilares fundamentales. Orientadas a impulsar una participación equilibrada entre mujeres y hombres en la vida familiar y en el mercado de trabajo, estas prestaciones se posicionan como herramienta para avanzar en la igualdad de oportunidades en el empleo, romper con los roles y estereotipos tradicionales de género, y cubrir las necesidades de atención y cuidado de los niños/as. Este trabajo realiza una aproximación exploratoria a estas prestaciones. Primero, se realiza una revisión de la literatura académica, presentando las principales evidencias acerca de los impactos de estas prestaciones sobre distintas dimensiones. Seguidamente, se describen las principales formas de estructuración de estas prestaciones en el ámbito internacional.

PALABRAS CLAVE:

Política familiar, conciliación, igualdad de género, prestaciones económicas, evaluación de servicios, panorama internacional.

1. Introducción

El presente artículo pretende ofrecer algunas nociones acerca del estado de la cuestión en cuanto a las prestaciones de apoyo a la conciliación familiar, facilitando a las personas interesadas en la materia una aproximación que combina la perspectiva teórico-académica, con un enfoque comparativo a nivel internacional. El artículo recoge los resultados de un trabajo más amplio realizado por el SIISS Servicio de Información e Investigación Social, para la Dirección de Política Familiar del Departamento de Justicia, Igualdad y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, en el que se han analizado también las prestaciones por hijo/a a cargo en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE¹, así como el impacto de las prestaciones para la conciliación existentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

En el marco de este trabajo, la concepción considerada del concepto de conciliación estaría en línea con la siguiente definición propuesta por Emakunde (Emakunde, 1996):

La participación equilibrada entre mujeres y hombres en la vida familiar y en el mercado de trabajo, conseguida a través de la reestructuración y reorganización de los sistemas, laboral, educativo y de recursos sociales, con el fin de introducir la igualdad de oportunidades en el empleo, variar los roles y estereotipos tradicionales, y cubrir las necesidades de atención y cuidado a personas dependientes.

El primer punto que cabe matizar en lo relativo a las prestaciones analizadas es el que concierne a las “personas dependientes”. En este sentido, se han considerado únicamente aquellas ayudas destinadas a facilitar la atención y el cuidado de los hijos/as. El concepto de atención y cuidado de los hijos/as engloba un sinnúmero de casuísticas que van más allá de la dependencia que presentan por el hecho de ser niños/as, ya que también engloba las necesidades “extraordinarias” de cuidado, como, por ejemplo, las surgidas por algún tipo de discapacidad o por enfermedades graves. A este respecto, las prestaciones orientadas a las necesidades de atención y cuidados extraordinarios se han dejado de lado.

La familia es una institución que puede presentar multitud de formas. Así, por ejemplo, puede estar compuesta por uno o dos progenitores, que pueden ser o no del mismo sexo. Además, los hijos/as pueden ser biológicos o adoptados, y en algunos casos uno de los progenitores será el padre o la madre biológica, y el otro o la otra, no. En definitiva, dependiendo del contexto sociocultural en cuestión, las familias pueden adoptar infinidad de formas y, en algunos casos, esta diversidad tiene su reflejo en las disposiciones de las prestaciones de apoyo a la

conciliación familiar. Considerando que el presente trabajo pretende más bien ofrecer una radiografía general, se ha decidido utilizar la familia biparental de hijos/as biológicos como eje del análisis.

El artículo se estructura en dos apartados principales. El primero presenta una breve revisión de la evidencia disponible sobre el impacto de las prestaciones de apoyo a la conciliación familiar en determinados aspectos relacionados con el bienestar infantil, el funcionamiento familiar y la inclusión laboral de los progenitores y, particularmente, de las madres. Para ello, se han analizado estudios y revisiones de la literatura que han intentado determinar las implicaciones que tienen este tipo de prestaciones. En un ejercicio de síntesis, además de dar cuenta de los impactos de las prestaciones de conciliación en las citadas dimensiones, se proporcionan unas pinceladas sobre las principales dinámicas, procesos e interacciones que puedan estar detrás de estos impactos.

El segundo de los apartados presenta algunas conclusiones acerca de los elementos fundamentales de las prestaciones de apoyo a la conciliación familiar vigentes en los países de la OCDE. El análisis se articula de acuerdo a los tres grupos de prestaciones identificadas —prestaciones por maternidad y paternidad, prestaciones por excedencia y prestaciones para la contratación externa de cuidados—, y para cada una de ellas se examinan las principales formas y características que adoptan a nivel internacional.

2. Evidencia disponible sobre el funcionamiento e impacto de las prestaciones de apoyo a la conciliación familiar

Bajo el nombre de prestaciones para la conciliación se engloba una amplia diversidad de prestaciones relativamente heterogéneas. Ante la tarea de sistematizar, recopilar y resumir las principales implicaciones para cada tipo de prestación, por un lado, así como la diferencia en el recorrido histórico y en el tratamiento recibido por los distintos tipos de prestación en la literatura especializada, se ha optado por centrar esta revisión en torno a dos categorías de prestación: las prestaciones correspondientes a los permisos que pretenden compensar la reducción en la dedicación laboral de madres o padres (permisos de maternidad, paternidad y excedencias, fundamentalmente) y las prestaciones orientadas a facilitar para la contratación de cuidados externos, bien en centros de atención infantil, bien por parte de profesionales o cuidadores/as a domicilio². Esta categorización de las prestaciones en “prestaciones para la

¹ Véase en este mismo número el artículo de Zalakain (págs. 5-32).

² Respecto a esta última categoría, se ha decidido no hacer mención de los beneficios fiscales debido a la falta de un *corpus* analítico comparable con las demás prestaciones con las que comparte categoría.

contratación de cuidados” y “permisos” resulta conveniente, ya que en la literatura especializada se identifican efectos muy dispares para cada una de estas categorías de prestación.

La variedad de prestaciones, contextos y metodologías que se tienen en cuenta en los estudios analizados hace que sea complicado extraer conclusiones universalmente válidas de este apartado. En la literatura revisada se analizan prestaciones con características muy diferentes y que operan en entornos también muy diferentes, por lo que las enseñanzas que de ellas se desprenden pueden estar condicionadas por pequeños matices presentes en su configuración, sin olvidar la importancia del contexto socioeconómico, cultural e institucional en el que se aplican. No obstante, la revisión realizada permite poner de manifiesto algunas conclusiones de carácter generalizable y que pueden contribuir a la reorientación de las políticas de conciliación familiar en otros contextos.

2.1. La participación de los padres y, especialmente, las madres en el mercado laboral

Si bien se ha observado un progreso importante en los últimos años, la convergencia entre las tasas de empleo masculinas y las femeninas está lejos de materializarse. En este sentido, puede decirse que, entre otros fines, las prestaciones para la contratación de cuidados y los distintos permisos (maternidad, paternidad o excedencia) pretenden fomentar la participación de la mujer en el mercado laboral.

Antes de proceder a analizar de forma separada los efectos de estas prestaciones en los niveles de empleo de las mujeres, cabe detenerse en las implicaciones que estas prestaciones pueden tener en la demanda laboral por parte de los empleadores. Estas prestaciones incidirían en la demanda de empleo femenino por dos vías principales (Olivetti y Petrongolo, 2017). Por un lado, en la medida en que una parte de los costes de las prestaciones repercute directa o indirectamente en las empresas empleadoras, la demanda de trabajo femenino (especialmente de las mujeres en edad de tener hijos/as) podría verse afectada de forma negativa. Por otro lado, si las medidas facilitan de forma efectiva la continuidad en el empleo y una mayor vinculación femenina al mercado laboral, podrían dar pie a un menor alcance de la *discriminación estadística* contra la mujer, impulsando por consiguiente la demanda de empleo femenino.

2.1.1. Prestaciones para la contratación de cuidados

Las prestaciones dirigidas a apoyar a las familias en la contratación de servicios de cuidado para sus hijos/as tienen por objeto proporcionar sustitutos directos al cuidado parental, facilitando así la participación de los progenitores en el mercado

laboral. Si bien es cierto que estas prestaciones no se dirigen específicamente a las madres, el hecho de que sean ellas las que en mayor medida interrumpen su carrera laboral para dedicarse a las labores de cuidado hace que, en gran medida, estas prestaciones puedan entenderse como una herramienta de promoción de la actividad laboral femenina.

La evidencia empírica señala que la posibilidad de acceder a servicios de cuidado en centros de atención infantil es la prestación de apoyo a la conciliación más efectiva para impulsar la incorporación al empleo de las madres. Cabe matizar al respecto, sin embargo, que el aumento en las tasas de participación laboral se produce bajo el requisito de una alta cobertura y disponibilidad, y precios subvencionados (Datta Gupta, Smith y Verner, 2008). La participación pública, ya sea a través de la provisión directa o mediante distintos subsidios y ayudas, es una condición necesaria para el impulso de la participación laboral de la mujer. En caso contrario, confiar exclusivamente en el mercado sería equivalente a un impuesto adicional, y de carácter regresivo, sobre la oferta laboral de las mujeres (Esping-Andersen, 2009). En la medida en que los servicios privados de cuidado infantil de alta calidad estarían fuera del alcance de un gran número de familias, dicho sistema comportaría un fuerte sesgo social, obligando a las madres de renta más baja dejar de lado el empleo para dedicarse a tareas de cuidados (Leitner, 2003). Constatando lo anterior, diversos estudios llevados a cabo a nivel internacional concluyen que mientras el acceso no restringido (en cuanto a precio) a las guarderías conlleva un aumento considerable del empleo femenino, los aumentos de precios tienen un efecto significativamente contrario y conducen a una reducción de la oferta laboral femenina (Simonsen, 2006).

En lo que se refiere a la magnitud del efecto de este tipo de prestaciones en la participación laboral de las mujeres en términos cuantitativos, algunos análisis realizados a nivel de la OCDE apuntan a que, de media, un aumento de medio punto porcentual del gasto en servicios de cuidado infantil (en porcentaje del PIB), se asociaría con un aumento del 1,8% en el empleo femenino (Olivetti y Petrongolo, 2017).

Sin contradecir estas conclusiones, otros trabajos advierten de que el aumento de la participación laboral se concentra en determinados segmentos de la población femenina. En concreto, diversos estudios apuntan a que las principales beneficiarias de estas prestaciones resultan las madres de menor nivel educativo (Cascio y Whitmore Schanzenbach, 2013; Lefevbre, Merrigan y Verstraete, 2009) y los hogares encabezados por mujeres solas (Gelbach, 2002). Cabe apuntar que estas evidencias provienen de investigaciones realizadas sobre la implantación de distintos programas de expansión gratuita de servicios de cuidado infantil en Canadá y Estados Unidos, y no son necesariamente generalizables a

otros contextos. Tradicionalmente, ambos países han confiado la provisión de este tipo de prestación al mercado, por lo que las conclusiones resultan consistentes con la existencia del “impuesto regresivo” citado anteriormente. En otras palabras, en dichos contextos la expansión de los servicios de cuidado habría posibilitado a las familias de menor renta poder permitirse económicamente hacer uso de estos recursos, pudiendo reducir su dedicación a las tareas de cuidado e incorporarse en mayor medida al mercado de trabajo.

2.1.2. *Permisos para el cuidado de hijos e hijas*

Las distintas modalidades de los permisos para el cuidado pretenden permitir a los progenitores permanecer vinculados al mercado de trabajo durante las interrupciones temporales de empleo, ayudándoles a conservar el capital humano específico a la empresa o la ocupación. En contraposición a las prestaciones orientadas a la contratación externa de servicios de cuidado, no existe consenso en la literatura especializada acerca del impacto que las prestaciones para la cobertura de permisos y excedencias tienen en el largo plazo sobre la inclusión laboral de las personas con hijos/as.

En conjunto, los distintos autores/as que han analizado las consecuencias económicas de los permisos para el cuidado a nivel internacional señalan que los periodos breves de permiso no imponen grandes costes a los empleadores, y al mismo tiempo confieren beneficios sustanciales a las trabajadoras, lo que se traduciría en un aumento de las tasas de empleo femenino (Olivetti y Petrongolo, 2017; Ruhm, 1998; Thévenon y Solaz, 2013). De esta forma, los periodos breves de permiso permiten a las empresas reasignar temporalmente a personas para que cumplan con las responsabilidades de las empleadas ausentes. Por su parte, las trabajadoras, al facilitárseles el regreso al antiguo puesto tras el nacimiento, tienen mayor capacidad de retener el capital humano acumulado. El permiso facilita el mantenimiento de un vínculo formal con el trabajo y el empleador, por lo que se evita tener que empezar “desde cero” al volver al mercado laboral después del nacimiento o periodos de cuidado.

Sin embargo, los periodos más largos de permisos pueden llegar a provocar efectos negativos en el empleo. La literatura apunta mayoritariamente a que la relación entre el periodo de permiso y el empleo sería “curvilínea” (Boeckmann, Misra y Budig, 2015): los efectos positivos se concentrarían durante los primeros meses, manteniéndose hasta alrededor de los doce meses (Olivetti y Petrongolo, 2017); a partir de esa cota, los efectos empezarían a ser negativos. Por un lado, cuanto más extenso es el periodo de permiso, los costes en los que deberá incurrir el empleador serán mayores. La asignación de los trabajadores de reemplazo puede resultar mucho más difícil, por ejemplo, a causa de una mayor incertidumbre sobre el periodo total de permiso y

la posibilidad de que el individuo elija en última instancia no volver al mismo trabajo. Dificultades que pueden verse agravadas, en algunos casos, por las reglamentaciones nacionales sobre el trabajo temporal (Ruhm, 1998; Thévenon y Solaz, 2013). En la otra cara de la moneda, los largos periodos de ausencia laboral pueden generar un deterioro del capital humano y de las habilidades específicas relacionadas con el empleo para las trabajadoras, reduciéndose así su empleabilidad y provocando una tasa inferior de participación laboral (Keck y Saraceno, 2013). Esta dinámica se vería agravada en el caso de las mujeres que tienen hijos/as de forma sucesiva.

De lo anterior puede concluirse que los permisos de una duración moderada (hasta doce meses) están asociados con unos niveles más elevados de empleo femenino, mientras que en el caso de los permisos de larga duración los efectos resultan perniciosos. Si se atiende a la composición de los colectivos beneficiarios de estas prestaciones, la literatura señala que los beneficios sobre el empleo se deben a una mayor participación laboral del segmento de mujeres con menor nivel educativo, teniendo efectos perjudiciales para aquellas mujeres que cuentan con mayor nivel de cualificación (Olivetti y Petrongolo, 2017; Kluge y Schmitz, 2014). Para este último grupo, la importancia de la experiencia laboral y de las habilidades específicas es posiblemente mayor que para las menos cualificadas y, por consiguiente, tienen una mayor penalización, ya que perderían oportunidades de ascenso profesional.

Otro de los elementos que incide en la interacción entre los permisos y la participación laboral femenina es la cuantía monetaria que habitualmente va aparejada a estas prestaciones. Cuanto más generosas son las cuantías, existen mayores incentivos para tomar periodos de permiso más largos, un hecho que, como se ha señalado, parece reducir la participación femenina en el mercado laboral (Cukrowska-Torzewska, 2017). Las tasas de empleo femenino disminuirían con el periodo total del permiso que es remunerado y la tasa media de sustitución asociada a esos permisos (Olivetti y Petrongolo, 2017). Las investigaciones realizadas acerca de las extensiones del periodo de estos permisos, por su parte, señalan que las ampliaciones en el periodo remunerado, en lugar de desplazar al periodo no remunerado, han supuesto un aumento en el tiempo de utilización de los permisos y, por consiguiente, menores niveles de participación en el empleo (Dahl, Løken, Mogstad y Salvanes, 2016).

Algunos autores/as han venido a destacar que cuanto más exigentes resultan los criterios de acceso, al ser menor el número de mujeres que tienen acceso a este tipo de prestaciones, menor es la discriminación estadística que padecen y, por tanto, darían pie a unos niveles mayores de participación en el mercado laboral (Datta Gupta, Smith y Verner, 2008). En cualquier caso, las prestaciones que cubren los permisos y excedencias

no se dirigen únicamente a las mujeres y su uso por parte de los hombres tiene también efecto sobre la participación laboral de las mujeres. En ese sentido, resulta evidente que en un contexto en el que se haga uso de los permisos de forma una más igualitaria, las posibilidades de la mujer para participar en el mercado laboral aumentan. Una de las herramientas que posibilitan un uso más igualitario de los permisos son las “cuotas paternales”. Articuladas de distinta forma dependiendo del contexto, estos mecanismos “castigan” el compromiso desigual de los progenitores en cuanto al cuidado de hijo/a (Datta Gupta, Smith y Verner, 2008; Leitner, 2003). En cambio, la posibilidad de transferir el derecho al permiso entre ambos progenitores sería contraproducente para una mayor utilización de los permisos por parte de los padres. Varios autores/as han venido a interpretar estas evidencias como un problema de “efecto de señal”. Esto es, en contextos en los que muy pocos hombres acceden a este tipo de prestaciones, hacer uso de los permisos puede comportar una “señal negativa” y suponer una penalización en su itinerario laboral (Datta Gupta, Smith y Verner, 2008).

2.1.3. Interacción entre los permisos y las prestaciones para la contratación de cuidados

La literatura apunta que la interacción entre las categorías de prestación anteriores resulta decisiva a la hora de determinar la efectividad de estas medidas en las tasas de participación laboral femenina. En otras palabras, la composición concreta del paquete de medidas de conciliación que se establece en un país determina la amplitud de sus efectos positivos y negativos en el empleo femenino. En ese sentido, una de las interrelaciones más significativas sería la diferencia de la respuesta del empleo femenino a los permisos en función de la disponibilidad de prestaciones para la contratación de cuidados. Se ha constatado al respecto que los efectos positivos en el empleo femenino de los permisos por maternidad se ven atenuados en los países donde las prestaciones para la contratación de servicios de cuidado infantil son limitadas (Olivetti y Petrongolo, 2017; Cukrowska-Torzewska, 2017; Washbrook, Ruhm, Waldfogel y Han, 2011). Estas evidencias sugieren la existencia de sinergias entre ambas categorías de prestación que resultan beneficiosas en términos de una mayor participación laboral femenina.

Sin embargo, a excepción de los países escandinavos, en el contexto de la OCDE los países optan por fundamentar su política en materia de conciliación en una de las dos categorías de prestación (Datta Gupta, 2018). Las categorías de prestación bajo análisis se pueden caracterizar de acuerdo a su naturaleza “familiarista” (Leitner, 2003). Brevemente, las políticas familiaristas tendrían por objeto fortalecer la función de cuidado de la familia, mientras que las políticas no-familiaristas se caracterizarían por la socialización o mercantilización de la función de cuidado de la familia mediante

servicios públicos o la provisión de cuidados con base en el mercado (Leitner, 2003). De esta suerte, los permisos se englobarían dentro de las políticas familiaristas, mientras que las prestaciones para la contratación externa de cuidados se englobarían dentro del grupo de las políticas no-familiaristas. Las primeras obstaculizarían la incorporación de la mujer al mercado laboral, ya que el fortalecimiento de la función cuidadora de la familia conlleva de forma implícita a la reproducción del *statu quo* de las relaciones de género en la provisión de cuidados (Leitner, 2003). Las segundas, por el contrario, ayudarían a debilitar el modelo familiar beckeriano³, representando una condición estructural necesaria para una participación más equitativa en el mercado laboral.

A modo de cierre, cabe advertir que los impactos beneficiosos de las políticas de conciliación sobre el empleo podrían estar siendo sobreestimados. La dirección de la causalidad puede ser opuesta y, por tanto, puede que las políticas familiares sean una respuesta a los cambios en las normas sociales respecto al género o la creciente participación laboral de la mujer en el mercado de trabajo (fruto de otros factores externos), y no a la inversa (Olivetti y Petrongolo, 2017).

2.2. Impacto sobre la brecha salarial entre hombres y mujeres

Entendida como la diferencia existente entre la remuneración media de los hombres y de las mujeres, la brecha salarial ha sido otra de las cuestiones extensamente analizadas por la literatura en materia de políticas de conciliación. Partiendo desde un punto de vista teórico, puede decirse que se identifican tres dinámicas de carácter económico que afectan a los salarios de las mujeres y que en mayor o menor medida son producto de las medidas de conciliación:

- En primer lugar, en vista de que las políticas de conciliación comportan una serie de costes para las empresas (costes de búsqueda y reemplazo, por ejemplo), se ha sugerido que esos costes adicionales se traducen en una penalización salarial para las mujeres —en la medida en que son ellas las destinatarias o principales beneficiarias de una gran parte de las medidas de conciliación—, debido a que los empleadores les trasladarían dichos costes en forma de salarios relativamente más bajos.
- En segundo lugar, los salarios de las mujeres pueden verse afectados negativamente por la denominada “discriminación estadística”. La disponibilidad de medidas de conciliación puede llevar a los empleadores a creer que las madres

³ En sus investigaciones sobre el comportamiento de las familias, Becker tomaba como referencia un modelo familiar en el que uno de los integrantes realiza una actividad laboral y el otro se dedica exclusivamente a las tareas de cuidado (Becker, 1981).

pueden resultar menos productivas, menos fiables y más costosas que otros empleados (Cukrowska-Torzewska, 2017), reduciéndose consecuentemente las retribuciones que están dispuestos a otorgarles.

- En tercer y último lugar, cabe detenerse en los efectos sobre el capital humano. Las prestaciones de conciliación tales como los permisos de larga duración podrían generar un deterioro del capital humano de las beneficiarias, produciéndose una reducción en la experiencia laboral y un deterioro de las habilidades vinculadas al puesto de trabajo, empeorando por consiguiente su posición relativa en el mercado laboral, y afectando finalmente de forma negativa a su nivel retributivo (Keck y Saraceno, 2013)2013.

Estos efectos dependen, en cualquier caso, de la cualificación de las mujeres que se benefician de las prestaciones analizadas. Los efectos negativos en el salario pueden reducirse e incluso invertirse en el caso de que la vinculación al mercado de trabajo y la experiencia laboral sean de gran valor. Según apuntan algunos autores/as, esta casuística es más probable que se produzca en sectores y/o puestos de trabajo donde los costes de búsqueda y reemplazo son importantes, y donde la experiencia laboral es altamente valorada (Olivetti y Petrongolo, 2017). Reforzando esta hipótesis, la evidencia empírica concluye que las madres que regresan a la misma empresa después del periodo de permiso experimentan un crecimiento salarial más rápido que aquellas que cambian de empleador (Waldfoegel, 1998). Así, la permanencia en el empleo resultaría clave para que los permisos para la conciliación no penalicen los salarios de las mujeres, lo cual implica que el mantenimiento del capital humano específico a la empresa reduciría los impactos negativos de las prestaciones para la conciliación en los salarios.

Las conclusiones que se extraen de la literatura especializada difieren dependiendo de si se trata de prestaciones para la contratación de cuidados o de las distintas modalidades de permisos para el cuidado, y, en el seno de estas últimas, dependerían también de la duración de los permisos. A este respecto, los análisis empíricos apuntan a que los permisos de duración corta y moderada (de hasta seis meses) no generan efectos negativos sobre los salarios. En cambio, los permisos de duración más larga se asocian con efectos significativamente negativos en los salarios, provocando una reducción salarial del orden de entre un 1,5 % y un 3 % (Datta Gupta, Smith y Verner, 2008; Ruhm, 1998; Thévenon y Solaz, 2013).

En lo que respecta a las prestaciones para la contratación de cuidados, la literatura es clara al respecto. Unos mayores niveles de disponibilidad de servicios de cuidado tienden a aumentar la participación laboral de las mujeres, lo que facilita la retención de capital humano específico y se traduce, en último término, en una menor penalización salarial para las madres (ADO2 Investigación y Coaching, 2014; Esping-Andersen, 2009; Datta

Gupta, Smith, y Verner, 2008). En definitiva, podría decirse que cuanto mayor es la capacidad de una prestación para incrementar la participación laboral, menor es el efecto negativo que genera en los salarios. De ahí que, en lo que respecta a la composición, de nuevo sean las mujeres con menores niveles de cualificación las que se ven menos penalizadas en sus salarios, siendo, por tanto, las mujeres de mayor nivel educativo las que ven incrementada su brecha salarial.

Vinculada a la brecha salarial estaría la hipotética profundización en la feminización de sectores que provocarían las prestaciones de ayuda a la conciliación familiar. Según Leitner (2003), la paulatina des-familiarización de los cuidados y el aumento de las tasas de empleo femenino al que han contribuido las prestaciones para la conciliación, en muchos casos, no habrían logrado romper con las relaciones de género que imperan en el ámbito de los cuidados. En realidad, el cuidado formal estaría mayoritariamente provisto por mujeres y las relaciones de género en la provisión de cuidados se verían reforzadas. A este respecto, algunos autores/as han venido a subrayar que, siendo el principal proveedor de servicios de cuidado, el sector público es el único empleador potencial para una gran fracción de la fuerza de trabajo femenina. Este hecho otorga al sector público una posición de monopsonio a la hora de establecer los salarios. Además, las preferencias sindicales en estos sectores se centrarían más en las mejoras de las condiciones para la conciliación (por ejemplo, permisos más extensos) a expensas de los incrementos salariales. La conjunción de los factores anteriores induciría a unos niveles salariales más modestos en el sector público y, al ser un sector altamente feminizado, ahondaría en la brecha salarial existente (Datta Gupta, Smith y Verner, 2008).

2.3. Impacto sobre la fecundidad

De acuerdo con el trabajo seminal sobre la familia de Becker (1981), los factores económicos que determinan la “demanda” de hijos/as en una familia dependen de la renta y los efectos de sustitución. Así, en aquellos contextos en los que se carezca de medidas de política familiar, debido a que los costes de tener un hijo/a aumentarían con el potencial de ingresos de la madre, cabe esperar una correlación negativa entre la oferta laboral femenina y la tasa de fecundidad. Las políticas familiares ayudarían a atenuar esta disyuntiva. En el caso de las prestaciones para la conciliación, los permisos para el cuidado reducen la pérdida inmediata de ingresos por tener un hijo/a, y en la medida en que facilitan una mayor vinculación con el mercado laboral, reducen las posibles penalizaciones en el salario a largo plazo (Datta Gupta, Smith y Verner, 2008). Igualmente, las prestaciones para la contratación de cuidados implicarían una reducción en el coste del cuidado de los hijos/as.

La irrupción de las políticas de conciliación ha supuesto un cuestionamiento del modelo beckeriano clásico, y la relación entre la oferta laboral femenina y la tasa de fecundidad, otrora negativa, se ha visto invertida (Ahn y Mira, 2002). El nuevo contexto que se ha originado a partir de la implantación generalizada de políticas de ayuda a la conciliación ha facilitado a las mujeres compaginar un empleo con el cuidado de sus hijos/as, y este hecho parece ser favorable para las tasas de fecundidad.

Por un lado, en lo que respecta a las prestaciones para la contratación de cuidados, los resultados apuntan a que el gasto en estas prestaciones tiene una correlación significativamente positiva con la tasa de fecundidad (Datta Gupta, 2018). A nivel de la OCDE, se estima que un punto porcentual adicional de gasto en relación al PIB está asociado con 0,2 hijos/as adicionales por mujer (Shim, 2014). Por otro lado, en cuanto a los distintos permisos para el cuidado, la evidencia arroja resultados inesperados. Los datos disponibles indican que la relación entre las tasas de fecundidad y la duración de los permisos es significativa, estando ambas positivamente correlacionadas (Ahn y Mira, 2002; Shim, 2014).

De esta suerte, considerando las prestaciones de forma agregada, la literatura apunta a que las ayudas de apoyo a la conciliación familiar tienen efectos positivos sobre la fecundidad (Shim, 2014; Lalive, 2009; Adema, Ali y Thévenon, 2014; Raute, 2019; Thévenon y Gauthier, 2011). En este punto cabe hacer una mención al proceso de “desmaternalización” al que hacen referencia algunos autores/as. Concretamente, concierne a la autonomía de las madres con respecto a la obligación de atender a las personas dependientes (Mathieu, 2013). Mediante ello, se subraya que lo importante no es solo la transferencia de cuidado fuera de la unidad familiar (“des-familiarización”), sino más bien aligerar la carga de cuidados que descansa de forma específica sobre las madres. Incluso cuando el trabajo de cuidado está muy familiarizado, puede “desmaternalizarse” si es ejecutado por alguien que no sea la madre. El concepto de “desmaternalización” puede ofrecer algunas pistas acerca de la relación positiva entre algunas prestaciones para la conciliación y las tasas de fecundidad. En ese sentido, las prestaciones por paternidad y las prestaciones para la contratación de cuidados permiten transferir las tareas de cuidado de la madre a otra instancia, ya sea al padre o al personal de los distintos servicios de cuidado. La asociación positiva existente entre el uso de la prestación por paternidad y el aumento de segundos y terceros nacimientos constatado en algunas investigaciones vendría a fortalecer la hipótesis anterior (Mathieu, 2013).

Otra condición necesaria para que las políticas de conciliación puedan tener un efecto positivo en las tasas de fecundidad tiene que ver con la aceptación social de la des-familiarización y des-maternalización de los cuidados. En algunos contextos, las actitudes

desfavorables hacia el cuidado en el exterior del ámbito familiar reducirían la capacidad de influencia de estas prestaciones en las tasas de fecundidad (Mathieu, 2013). Asimismo, en ciertos casos, el efecto de las políticas familiares sobre la fecundidad podría ser únicamente temporal. Es decir, produciría un adelanto del momento en el que los progenitores deciden tener un hijo/a, en la línea de lo que sucede con determinadas prestaciones por hijo/a a cargo. Cuando las familias sospechan que las prestaciones solo estarán disponibles por un periodo limitado de tiempo, el efecto temporal puede llegar a ser particularmente importante (Lattimore y Pobke, 2008).

2.4. Impacto sobre la salud y bienestar infantil

Son cada vez más numerosos y concluyentes los estudios que ligan los primeros años de vida y la intervención precoz con el potencial de desarrollo a lo largo de toda la vida, bajo un paradigma común que cabe englobar en el concepto genérico de los “años fundamentales” (*foundation years*), en el sentido de que se trata de la fase en la que se colocan los fundamentos de toda la trayectoria vital posterior.

Este énfasis en los años fundamentales se basa tanto en los avances de la sociología y de la pedagogía como, sobre todo, en los resultados que arrojan los estudios neurológicos. Los avances en la investigación neurocientífica están poniendo de manifiesto que las interacciones tempranas del niño con otras personas, máxime con la familia y los cuidadores, establecen las pautas de las conexiones neuronales y los equilibrios químicos que influyen profundamente en lo que nos convertiremos, en lo que seremos capaces de hacer y en cómo reaccionaremos ante el mundo que nos rodea. Todos los aspectos del capital humano adulto, desde las aptitudes de la fuerza de trabajo hasta una conducta lícita y cooperativa, se basan en las capacidades que se desarrollan durante la infancia, empezando por el nacimiento (Adamson, 2008). Así, unas relaciones afectuosas, estables, seguras, estimulantes y gratificantes con la familia y los cuidadores durante los primeros meses y años de vida son esenciales para casi todos los aspectos del desarrollo de un niño.

En relación con lo anterior, como explica Heckman (Heckman, 2006), a la hora de diseñar políticas sociales sólidas dirigidas a la primera infancia habría que prestar especial atención sobre cuatro nociones básicas. Primero, que la arquitectura del cerebro y el proceso de formación de aptitudes se ven influidos por la interacción entre la genética y la experiencia individual. Segundo, que el dominio de aptitudes esenciales para el éxito económico y el desarrollo de sus vías neuronales subyacentes siguen unas normas jerárquicas. Los logros posteriores se sustentan en bases que se establecen con anterioridad. Tercero, que las competencias cognitivas, lingüísticas,

sociales y emocionales son interdependientes; todas se ven poderosamente influidas por las experiencias del niño en desarrollo y todas contribuyen al éxito en la sociedad en su conjunto. Y cuarto, que pese a la adaptación continua a lo largo de la vida, las capacidades humanas se forman en una secuencia previsible de periodos sensibles, durante los cuales el desarrollo de circuitos neuronales específicos y las conductas que median son fundamentalmente plásticas y, por tanto, receptivas al máximo a las influencias del entorno.

Se podría decir que la neurociencia y la psicología experimental han demostrado que los primeros años de edad son críticos para el aprendizaje, tanto desde el punto de vista cognitivo como no cognitivo. El aprendizaje sería un proceso dinámico en el que los aprendizajes precoces refuerzan los aprendizajes posteriores, de ahí que algunos autores consideren que las intervenciones resultan tanto más rentables o eficientes (en cuanto a coste) cuanto antes se desarrollen. De acuerdo con un artículo ampliamente citado del propio Heckman (Heckman, Grunewald y Reynolds, 2006), mientras que los programas desarrollados durante la etapa preescolar obtienen una ratio de retorno superior a uno (el beneficio es superior al gasto), los programas aplicados en la escuela y en la formación profesional no alcanzan ese nivel. De ello se desprende que la compensación tardía de un contexto familiar adverso resulta muy costosa.

Por tanto, el periodo prenatal y el posterior al nacimiento son de suma importancia para el desarrollo cerebral del hijo/a. La evidencia científica señala que el desarrollo del cerebro es muy vulnerable a la influencia del entorno y que dicha influencia tiene efectos a largo plazo. Los riesgos son manifiestos: un entorno adverso puede comprometer la función cerebral y el desarrollo general de un niño/a pequeño, exponiéndolo a un mayor riesgo de desarrollar una variedad de dificultades cognitivas, de comportamiento y físicas. En la literatura se identifican los siguientes factores de riesgo como condicionantes negativos para el desarrollo temprano: atención prenatal inadecuada y progenitores aislados (hogares monoparentales, reducción de apoyo familiar, etc.), así como servicios de atención infantil deficientes o de mala calidad, pobreza o atención parental insuficiente, entre otros (Carnegie Task Force on Meeting The Needs of Young Children, 1994).

Ahora bien, dejando de lado los riesgos, las oportunidades también resultan notorias: un entorno favorecedor y estimulante tiene una gran potencialidad para promover el aprendizaje y evitar todo tipo de daños. Los expertos apuntan a la existencia de una serie de “factores de protección” que ayudarían a crear un entorno favorecedor para el niño/a, entre los que se encontrarían las prácticas de cuidado y atención positivas y adecuadas (Carnegie Task Force on Meeting The Needs of Young Children, 1994).

Esta reflexión se relaciona de forma directa con la importancia de los cuidados prestados en la infancia, y especialmente en la primera infancia, y en las fórmulas y mecanismos utilizados para hacer posible la conciliación de la vida familiar y laboral. Las medidas dirigidas a la conciliación familiar favorecen el bienestar infantil a través de distintas vías (Datta Gupta, Smith y Verner, 2008). Por ejemplo, al facilitar el itinerario laboral de las mujeres, contribuyen a que estas sean económicamente más independientes, reduciendo así los niveles de pobreza infantil. Otra de las cuestiones que se plantean en este sentido es la oportunidad que algunas medidas (por ejemplo, la prestación por excedencia o la prestación por paternidad) otorgan a los padres para ser cuidadores activos y adoptar nuevas funciones dentro de la familia.

En función de las distintas etapas de la infancia, las prestaciones de apoyo a la conciliación incidirían de la siguiente forma:

- Durante los meses iniciales después del nacimiento, las prestaciones por maternidad y paternidad son considerados altamente beneficiosos para la salud y bienestar de los niños/as (Datta Gupta, Smith y Verner, 2008; Ruhm, 2000; Waldfogel, 2004). Mediante este tipo de prestaciones, se facilita una atención parental suficiente durante este periodo, crucial para la lactancia materna y para crear lazos de por vida entre los progenitores y el hijo/a. Asimismo, gran parte de la evidencia disponible parece apuntar a que el trabajo de las madres fuera de casa es perjudicial para el desarrollo cognitivo de sus hijos/as durante este primer periodo (Ruhm, 2004; Ermisch y Francesconi, 2001; Shonkoff y Phillips, 2000; National Research Council e Institute of Medicine, 2003). Sin embargo, dependiendo del tipo y la calidad de los servicios sustitutivos de cuidado (Waldfogel, 2004), los efectos perniciosos de la incorporación temprana al mercado laboral podrían verse atenuados.
- Cuando los niños/as tienen entre uno y dos años de edad, las conclusiones anteriores varían de forma considerable. La literatura revisada sugiere que el empleo maternal no conlleva efectos adversos para el desarrollo cognitivo de los hijos/as en este periodo, siempre y cuando los servicios sustitutivos de cuidado sean de calidad suficiente. El recurso a estos servicios puede generar efectos adversos en el comportamiento infantil en caso de que la calidad resulte deficiente (Brooks-Gunn, Han y Waldfogel, 2002). La cuestión de la calidad es esencial. De la misma forma que unos servicios de calidad durante los primeros doce meses pueden neutralizar los efectos negativos de una incorporación precoz de los padres al mercado de trabajo, unos servicios de escasa calidad durante la etapa posterior pueden neutralizar o incluso revertir las ventajas que se atribuyen a la participación, a partir del primer año, en centros de atención

infantil. La recepción de cuidados infantiles en estas edades se relaciona positivamente con unos mejores resultados, sobre todo entre los niños de entornos socioeconómicos menos favorecidos (Esping-Andersen, 2009) y siempre y cuando los servicios ofrecidos sean de calidad.

- En tercer y último lugar, cuando los niños/as tienen entre tres y cinco años, las conclusiones respecto al empleo maternal se mantienen. A saber: el uso de servicios de atención infantil de calidad no causa efectos perniciosos para el desarrollo cognitivo, sino todo lo contrario, pero sí efectos adversos en el comportamiento y en el rendimiento académico en caso de hacer uso de servicios de cuidado de calidad deficiente (Brooks-Gunn, Han y Waldfogel, 2002). Adicionalmente, el uso de servicios de cuidado como sustituto del cuidado familiar reduciría los episodios de disciplina física y violencia doméstica (Waldfogel, 2004).

En resumen, el cuidado por parte de los progenitores resulta importante, especialmente durante el primer año de vida, pero la calidad de los servicios externos de cuidado lo es aún más. Por consiguiente, la mejora de la calidad del cuidado no familiar se presenta como una forma efectiva de avanzar hacia unos mayores niveles de bienestar infantil.

2.5. Impacto sobre el desarrollo infantil, el desempeño educativo, la movilidad social y la igualdad de oportunidades en la infancia

Se ha argumentado que las etapas iniciales en la vida del niño/a resultan decisivas para su desarrollo cognitivo, por lo que estos primeros años pueden condicionar, en mayor o menor medida, su desempeño educativo y su conducta en los años venideros. En una primera aproximación, cabe subrayar el impacto directo y significativo que tiene el nivel de recursos económicos de las familias en el desarrollo de los niños/as en el corto, medio y largo plazo. Para explicar dicha interacción, en la literatura se proponen dos hipótesis principales: por un lado, se tiende a pensar que la carencia de ingresos incrementa el estrés parental, perjudicando el desarrollo de los hijos/as; por otro lado, desde una posición que toma como referencia la inversión educativa, se tiende a pensar que la disponibilidad de ingresos permite a las familias proveer a sus hijos e hijas de cuidados de mayor calidad y de una mayor inversión en su educación (Gennetian, Castells y Morris, 2010).

Ya sea a través de los distintos permisos (que permiten mantener la vinculación con el mercado laboral, contribuyendo en algunos casos a la mejora en el nivel de ingresos futuro) o las prestaciones para la contratación de cuidados (que reducen los costes de cuidado de los hijos/as), las prestaciones de ayuda a la conciliación inciden de forma indirecta en el nivel de recursos disponibles de las familias. Sin embargo, más allá de los efectos de renta positivos

que puedan generar, estas prestaciones tienen efectos tangibles en lo que se refiere al desempeño educativo y a la conducta futura de los hijos/as.

De acuerdo con la literatura consultada, el impacto de los permisos y excedencias sobre el desempeño educativo infantil es nulo (Datta Gupta, 2018). Para intentar explicar la ausencia de efectos positivos, entre otros argumentos, destaca la importancia de la presencia de servicios de cuidado infantil de alta calidad que sustituyan a la atención parental (Carneiro, Løken y Salvanes, 2015). Otra de las dinámicas que pueden limitar el efecto de las prestaciones por permiso es el hecho de que los progenitores realicen inversiones compensatorias. Es decir, pese a llevar a cabo una actividad laboral, pueden dedicar más tiempo (reduciendo, por ejemplo, el tiempo de ocio) o mayores recursos a los hijos/as, sacrificando otro tipo de actividades (Dustmann y Schönberg, 2012). De forma sintética, siempre y cuando los servicios de cuidado alternativos sean de calidad, las prestaciones por permisos no conllevan beneficios significativos en el ámbito de la educación. Además, los progenitores que optan por participar en el mercado laboral acabarían dedicando un tiempo similar al cuidado de los hijos/as en comparación a aquellas que disfrutaban de alguna modalidad de permiso.

Continuando en el ámbito educativo, y centrando el foco sobre las prestaciones para la contratación de cuidados —y en concreto en los servicios de cuidado en centros de atención infantil—, cabe señalar que, en teoría, deberían producir beneficios sustanciales a largo plazo: en primer lugar, porque la receptividad del cerebro es máxima durante la infancia y, en segundo lugar, porque se ha demostrado que la adquisición de habilidades es un proceso acumulativo (Datta Gupta, 2018). No obstante, los beneficios se concentrarían en segmentos concretos de la población. La evidencia apunta a que, sobre todo, la disponibilidad de servicios de cuidado de alta calidad produciría beneficios cognitivos sustanciales para aquellos niños/as pertenecientes a los segmentos de menores ingresos de la población (Love, Eliason Kisker, Ross *et al.*, 2002; Meyers, 2003).

De hecho, la evidencia acerca de la implantación universal de sistemas de atención infantil no arroja resultados tan rotundos. Una gran parte de los trabajos que analizan las expansiones del sistema público de centros de atención infantil reporta efectos positivos en el ámbito de la educación y en la subsiguiente vida laboral, pero estos efectos estarían principalmente guiados por los beneficios adquiridos por los niños/as procedentes de familias con menor nivel de renta (Simonsen, 2006; Cornelissen, Dustmann, Raute y Schoenberg; Herbst, 2017). No obstante, pese a que los efectos positivos más importantes en materia de desempeño escolar se concentran en los niños/as de origen socioeconómico más humilde, los de niveles socioeconómicos más altos también se benefician

de acudir a estos centros en lugar de hacer uso de acceder a acuerdos de cuidado más informales. En consecuencia, para los niños/as procedentes de estratos socioeconómicos más altos, la evidencia apunta a que cuando el cuidado en centros de atención infantil sustituye a acuerdos informales, los efectos en materia educativa son positivos. En cambio, si antes de la universalización de los centros estos hacían uso de arreglos de cuidado formales (entre otros, los centros de atención infantil privados) los efectos son imperceptibles (Datta Gupta y Simonsen, 2016). Si bien la disponibilidad universal de centros de atención infantil podría implicar un subsidio innecesario para las familias de renta media y alta, las externalidades positivas que pueden generarse de la mezcla de niños/as de diferentes orígenes socioeconómicos, y el mayor apoyo popular de este sistema en comparación con la provisión focalizada, reforzarían la deseabilidad de la universalidad (Datta Gupta, 2018).

En cuanto a los efectos en la conducta de los niños/as tanto a corto como a largo plazo, la conclusión de mayor relevancia sería que la disponibilidad de centros de atención infantil de alta calidad para los niños/as procedentes de familias de bajos ingresos comporta una mejora en las conductas a largo plazo. Ayudarían a mejorar su motivación y sus habilidades sociales, y lo que es más importante, ayudan a reducir los comportamientos futuros relacionados con el crimen, la delincuencia y las adicciones (Heckman, Moon, Pinto, Savelyev y Yavitz, 2010; Heckman y Carneiro, 2003). De nuevo, se pone en evidencia el elevado retorno social implícito en estos programas.

Por último, en consideración de las conclusiones previas, puede deducirse que las políticas de conciliación entrañan elementos que facilitan la movilidad social. En concreto, como se ha podido observar, la provisión de servicios de cuidado de alta calidad en centros de atención infantil favorece fundamentalmente a los niños/as de las familias con menor nivel de renta, en el ámbito educativo y en su posterior vida laboral, y también alejándolos de comportamientos perjudiciales. Por consiguiente, la provisión de servicios de cuidado de calidad se postula como una herramienta efectiva dentro de la política familiar para facilitar la movilidad social de los niños/as de familias con menor nivel de renta y ayudar a construir una sociedad donde se refuerce el derecho a la igualdad de oportunidades (Esping-Andersen, 2004).

3. La estructuración de las prestaciones de apoyo a la conciliación de los países de la OCDE

Como se ha señalado en el apartado introductorio, en este epígrafe se describen las principales características de las prestaciones de apoyo a la conciliación familiar en los países de la Organización

para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Dada la disponibilidad de datos, el análisis se ha reducido a 34 países de los 37 que conforman la organización⁴.

Siguiendo en buena medida el esquema del apartado anterior, para la realización del análisis las prestaciones para la conciliación familiar se han dividido en tres grandes categorías, cuyos límites son en cierto modo arbitrarios⁵:

- Prestaciones por maternidad y/o paternidad, directamente vinculadas al nacimiento. La prestación por maternidad hace referencia al periodo de descanso remunerado que se les concede a las madres ocupadas en el mercado de trabajo en el periodo posterior y/o anterior al nacimiento. Mediante ella, a las mujeres embarazadas, que han dado a luz recientemente o que están en periodo de lactancia, se les garantiza mantener un nivel adecuado de ingresos. La prestación por paternidad es la prestación equivalente dirigida al padre, pareja o cónyuge, concediéndole el derecho a tomar un periodo de descanso inmediatamente después del nacimiento de un hijo/a, asociado con la provisión de ayuda y apoyo a la madre. En general, aunque no siempre, estas prestaciones se dirigen a las personas que están ocupadas en el mercado de trabajo cuando se produce el embarazo y/o el parto.
- Prestaciones parentales por excedencia para el cuidado de los hijos/as. Las prestaciones que se incluyen en este grupo otorgan el derecho a periodos de cese temporal en el empleo y/o reducción de jornada por cuestiones relacionadas con la atención y el cuidado de los hijos/as, una vez finalizado el periodo anterior de permiso por paternidad / maternidad. Se trata de facilitar un periodo de excedencia laboral —total o parcial, y en cualquier caso temporal— que permite a los progenitores que realizan alguna actividad laboral reducir su jornada laboral para cuidar de sus hijos/as durante un cierto tiempo (normalmente, hasta que los hijos/as alcanzan una edad determinada), dándoles cierto grado de seguridad con respecto al empleo. Como se podrá observar en las descripciones para cada país, se distinguen principalmente dos modalidades para esta prestación:
 - Por un lado, están las prestaciones por excedencia que no llevan aparejada ningún tipo de remuneración monetaria, es decir, únicamente reconocen el derecho de ausencia temporal del puesto de trabajo.
 - Por otro lado, están las prestaciones que más

⁴ Se ha prescindido de Turquía, Colombia y México.

⁵ De hecho, en algunos países no resulta posible diferenciar entre los permisos por maternidad y paternidad y las excedencias, si bien en la mayor parte de los países la diferenciación es clara si se atiende a criterios tales como la edad de los niños/as, la duración y cuantía de la prestación, las condiciones de transferibilidad, los requisitos de acceso, etc.

allá de reconocer el derecho a la ausencia temporal, incluyen una ayuda económica para una parte o la totalidad del periodo de excedencia.

- Prestaciones para la contratación de cuidados y sistemas de acceso a los servicios de atención infantil. En este grupo se incluyen todo tipo de ayudas públicas dirigidas a financiar el acceso o la contratación de servicios de cuidado por parte de las familias con hijos/as. En función de su naturaleza, estas prestaciones para la contratación de cuidados se han clasificado en tres subgrupos distintos: acceso a los sistemas públicos de atención infantil, prestaciones económicas para la contratación de servicios de cuidado infantil (en centro o a domicilio) y beneficios fiscales para estos mismos fines.

3.1. Prestación por maternidad y paternidad

Antes de proceder, debe señalarse que algunos países —Australia, Dinamarca, Noruega o Suecia— no cuentan con una prestación por maternidad/paternidad en sentido estricto. Disponen de un mecanismo que estaría a caballo entre las prestaciones por excedencia y la prestación por maternidad/paternidad. Por tanto, en algunos países existirían límites difusos entre la prestación por maternidad/paternidad y la prestación parental o por excedencia, lo cual implica que su consideración aislada en una de las dos categorías pueda ofrecer una imagen relativamente distorsionada de las prestaciones.

Otra de las cuestiones previas que cabe destacar se refiere a la consideración del género de las personas

Tabla 1. Paquete de prestaciones para la conciliación familiar articulado en cada país*

	Prestaciones maternidad	Prestaciones paternidad	Prestaciones excedencia	Limitaciones en el coste de los servicios de cuidados	Prestaciones directas contratación de servicios	Beneficios fiscales para contratación de servicios
Corea del Sur						
Francia						
Eslovenia						
Finlandia						
Bélgica						
Chequia						
Estonia						
Irlanda						
Noruega						
Reino Unido						
Italia						
Luxemburgo						
Lituania						
Países Bajos						
Alemania						
Austria						
Canadá						
Eslovaquia						
España						
Hungría						
Letonia						
Nueva Zelanda						
Portugal						
Chile						
Dinamarca						
Grecia						
Islandia						
Israel						
Japón						
Polonia						
Suecia						
Australia						
Suiza						
Estados Unidos						

* Los permisos por excedencia no remunerados que se compaginan con prestaciones que permiten percibir ingresos durante el periodo de excedencia se consideran en este grupo (Eslovaquia, Estonia, Francia, Letonia).

Fuente: Elaboración propia.

perceptoras. Algunos países —Islandia, Nueva Zelanda o Israel, por ejemplo— no realizan distinción alguna entre la prestación por maternidad y la prestación por paternidad y conciben, a grandes rasgos, una única prestación por parentalidad dirigida a ambos progenitores. En ese marco, se establecen unas semanas obligatorias de prestación para la madre en el periodo posterior al nacimiento por motivos de salud, y en lo restante se otorga libertad absoluta a los progenitores para dividir ese periodo

3.1.1. Las prestaciones por maternidad

A. CRITERIOS DE ACCESO

En una primera aproximación, puede decirse que se distinguen dos grupos de países en función de las condicionalidades de acceso a la prestación:

- Países que establecen la exigencia de tener vigente un contrato laboral y/o haber trabajado, y por ende cotizado, por un tiempo determinado dentro de un periodo predefinido —mayoría de países—. Se exige la participación previa en el mercado laboral como condición para la percepción de la prestación y se aplica, en general, un principio de contributividad en la medida en que la cuantía de la prestación depende de la cuantía de las cotizaciones previamente realizadas.
- Países que reconocen la universalidad de la prestación, en el sentido de que conceden una prestación de este tipo a todas las madres, independientemente de su participación previa en el mercado laboral o de su afiliación al correspondiente sistema de seguridad social —Alemania, Austria y Finlandia—.

En cuanto al primer grupo de países, si bien en algunos no se exigen periodos previos de cotización —Eslovenia, Estonia, Italia, Países Bajos y Polonia—, lo habitual suele ser el establecimiento de estos, aunque las exigencias resultan variables. Por ejemplo, en Corea del Sur se exige haber cotizado en los seis meses anteriores a la solicitud de la prestación. En España, por el contrario, el requisito se limita a seis meses en los últimos siete años. Adicionalmente, algunos países establecen requisitos en cuanto a las cuantías cotizadas —Francia, Reino Unido— o de permanencia previa en la misma empresa —Japón, Reino Unido—.

Otra exigencia habitual es la vigencia de un contrato laboral. En este sentido, el derecho a percibir la prestación por parte de las madres en situación de desempleo varía considerablemente entre países. Pueden distinguirse países que permiten acceder a la prestación a las madres en situación de desempleo, siempre y cuando cumplan con los criterios de cotización establecidos, y otros países que niegan la percepción de la prestación a las madres no ocupadas, aunque cumplan el resto de las condiciones de acceso. Asimismo, algunos países no

reconocen como beneficiarias a las trabajadoras por cuenta propia.

B. DETERMINACIÓN DE LAS CUANTÍAS

La práctica totalidad de los países analizados establece un porcentaje de compensación o tasas de remplazo en función del salario y/o cotización anterior al inicio del periodo de prestación⁶. Irlanda representa la excepción, ya que establece una prestación de cuantía fija. Más allá del establecimiento de distintos porcentajes de compensación, la diversidad de mecanismos para el cálculo de la cuantía de la prestación es notable. Por ejemplo, en países como Bélgica y Finlandia el porcentaje de compensación varía dependiendo de la semana de prestación correspondiente (el porcentaje aplicable está sujeto asimismo al nivel de ingresos anuales del hogar en Finlandia). En todo caso, las cuantías se determinan por lo general en función de los periodos previos de cotización, combinándose habitualmente el principio de universalidad y el de contributividad. En 14 de los 25 países analizados las prestaciones cubren el total del salario anterior.

La mayoría de países establecen límites máximos y/o mínimos a la hora de determinar la cuantía de la prestación. Los criterios aplicados en este ámbito son muy heterogéneos: se suceden los países que no establecen ningún tipo de límite para las cuantías con aquellos que únicamente establecen un umbral superior, un umbral inferior y ambos umbrales.

En cuanto al nivel de esos límites, se observan situaciones muy dispares. Países como Reino Unido imponen umbrales máximos relativamente bajos si se comparan con los salarios medios del país —28,05%—; por el contrario, España, Luxemburgo o Países Bajos establecen cotas máximas que equivalen aproximadamente al doble del salario medio. De forma paralela, para los umbrales mínimos también se repiten los mismos patrones de divergencia.

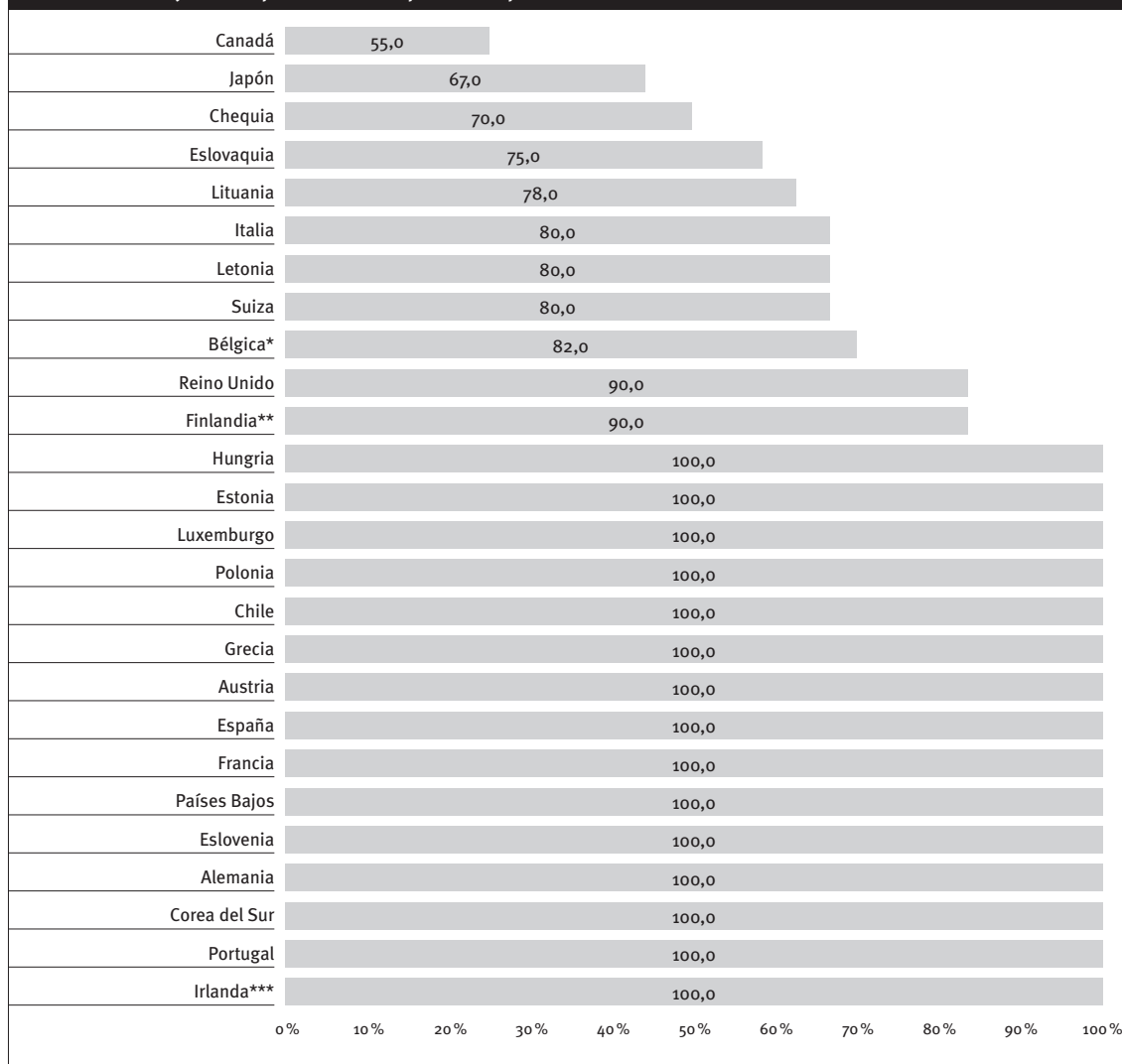
C. PERIODOS DE PRESTACIÓN

En términos de duración, el promedio se sitúa en 19,26 semanas. Esta media está en todo caso considerablemente distorsionada por el dato del Reino Unido, que concede 52 semanas de prestación. Asimismo, solamente seis países cubren un periodo superior a las 20 semanas.

Una de las cuestiones centrales sería la distribución del periodo de cobro entre el periodo prenatal y postnatal. Pese a que, por lo general, los países conceden prestaciones que cubren ambos periodos, existen algunas excepciones. Algunos —Suiza, Islandia— no contemplan el periodo prenatal, y otros —España, Corea del Sur— dejan en manos de las

⁶ Existen infinidad de fórmulas para determinar la base del salario al que posteriormente se aplicará el porcentaje.

Gráfico 1. Porcentaje de compensación de la prestación por maternidad en función del salario anterior



* En Bélgica, a partir de la quinta semana el porcentaje de compensación se reduce al 75 %.

** En Finlandia, a partir de la novena semana el porcentaje de compensación se reduce al 70 %, porcentaje correspondiente al tramo de renta que va de los 10.088,50 euros a los 41.124,11 euros.

*** En Irlanda se otorga una prestación de cuantía fija.

Fuente: Elaboración propia a partir de las fuentes indicadas.

beneficiarias la decisión de si perciben la prestación en dicho periodo. Por lo general el grueso del periodo se reserva para el periodo postnatal.

En aras de una mayor protección de la madre en el periodo de embarazo y lactancia, algunos países establecen periodos de percepción obligatorios⁷. En un extremo, se sitúan los países que imponen la percepción obligatoria de la prestación para todo el periodo —Alemania, Austria, Grecia, Italia, Luxemburgo—, y, en el otro, aquellos que decretan la voluntariedad de la totalidad del periodo —Lituania y Canadá—. La mayoría de países, sin embargo, combinan periodos voluntarios y obligatorios.

⁷ La obligatoriedad, en este caso, se refiere más bien a la obligatoriedad de respetar el periodo de permiso y no incorporarse a la actividad laboral, lo que va acompañado de la percepción de la prestación.

Algunos países incluyen la posibilidad de “transferir” una parte de la prestación por maternidad a la pareja de la madre. Entre los países que contemplan la posibilidad de ceder el título de beneficiario de la prestación al otro progenitor una vez transcurridas algunas semanas de prestación, se observan diferencias sustanciales en cuanto al número de semanas transferibles. El Reino Unido, por su parte, no introduce una “cláusula” para la transmisión del derecho, sino que contempla una prestación separada (*shared parental leave*), que permite compartir los beneficios de la prestación por maternidad entre ambos progenitores.

3.1.2. Las prestaciones por paternidad

De los países analizados, seis de los que disponen de una prestación por maternidad no cuentan

con una prestación por paternidad —Alemania, Canadá, Chequia, Eslovaquia, Japón y Suiza—. Por el contrario, entre los países que se han dejado de lado en el análisis de la prestación por maternidad por concebir una única prestación por parentalidad para ambos progenitores, Israel y Nueva Zelanda incorporan una prestación separada por paternidad. Ambos se incluyen en este apartado.

A. CRITERIOS DE ACCESO

En contraste con la prestación por maternidad, solo dos países —Finlandia y Portugal— no establecen un vínculo entre participación laboral y prestación por paternidad. El resto sigue manteniendo también en el caso de los padres requisitos de acceso ligados al mercado de trabajo, principalmente en forma de exigencia de periodos de cotización previos o de vigencia de los contratos laborales.

La principal diferencia de este segundo grupo de países en comparación con la prestación por maternidad es que el número de países que no impone a los padres un periodo mínimo de cotización se extiende de forma considerable. Pese a haberse reducido la muestra de 26 a 22 países, el número de ellos que no impone ningún tipo de exigencia de cotización para el acceso a la prestación aumenta de 8 a 13. A la inversa, si se examina el número de países que conceden el derecho de acceder a la prestación a personas desempleadas y a los trabajadores por cuenta propia, se advierte un drástico descenso. Aparte de reducirse considerablemente el número de países que conceden acceso a estos colectivos, otros lo dificultan con el establecimiento de condiciones más restrictivas para el acceso en comparación con las personas empleadas por cuenta ajena —Francia—.

B. DETERMINACIÓN DE LAS CUANTÍAS

La práctica totalidad de los países establece un porcentaje de compensación en función del salario anterior al inicio del periodo de prestación —existen infinidad de fórmulas para determinar la base del salario al que posteriormente se aplicará el porcentaje—. La excepción la conforman Austria e Irlanda, en los que se concede prestación fija. Nuevamente, la diversidad de los mecanismos de remuneración es considerable. A modo de ejemplo, en Bélgica el porcentaje de compensación respecto al salario varía dependiendo del día de prestación correspondiente. En Israel, dependiendo del día de prestación, se suceden días remunerados y no remunerados. En Finlandia, el porcentaje de compensación aplicable está sujeto al nivel de ingresos anuales del hogar. Con todo, en 12 de los 22 países analizados las prestaciones cubren el total del salario anterior.

Una de las particularidades que presentan las prestaciones por paternidad en algunos países es

la responsabilidad de la empresa como agente que otorga las prestaciones. En algunos países —Chile, Corea del Sur, Grecia y Reino Unido⁸— las empresas están obligadas a otorgarlas de forma exclusiva, y en otros de forma conjunta con los organismos gubernamentales —Bélgica, Luxemburgo, Países Bajos—. En estos últimos, la empresa se encarga de abonar las cantidades durante los primeros días de prestación, mientras que los organismos públicos cogen el testigo durante las semanas siguientes, normalmente por un periodo más largo.

Se establecen, asimismo, límites mínimos y máximos a la hora de determinar las cuantías de la prestación. De nuevo, se entremezclan países que no imponen ningún tipo de límite con otros que únicamente contemplan un umbral superior, inferior, o los que contemplan ambos. Como ocurría con la prestación por maternidad, en relación con el salario medio de cada país las diferencias en el nivel fijado por los límites son considerables.

C. PERIODOS DE PRESTACIÓN

El promedio de días de prestación se sitúa en 18,4 días. Se trata de una duración media muy inferior a la establecida para las prestaciones por maternidad. Además, existe una asimetría considerable entre países, mayor probablemente que en el caso de las prestaciones por maternidad. España y Finlandia, con generosos periodos de prestación en términos comparativos —de 16 y casi 8 semanas, respectivamente—, contrastan con otros países que establecen periodos relativamente cortos de unos pocos días —Chile, Grecia, Hungría, Israel, Italia—.

En cuanto al reparto entre el periodo prenatal y postnatal, la prestación se circunscribe en general al periodo postnatal. Algunos países —Grecia, Israel, Lituania y Luxemburgo— establecen que la percepción ha de realizarse en los días inmediatamente posteriores al nacimiento. El resto establece un periodo límite para el disfrute, que va desde las cuatro semanas —Chile y Corea del Sur—, hasta el sexto cumpleaños del hijo/a —Eslovenia—.

Otra línea divisoria entre países se encuentra entre aquellos que obligan a tomar los días correspondientes de forma consecutiva y aquellos permiten dividir la prestación en distintos subperiodos. Entre estos últimos, algunos contemplan la posibilidad de disfrutar de la prestación a tiempo parcial —Eslovenia y España—. Otros establecen ciertos criterios que limitan dichos subperiodos. Por ejemplo, España y Países Bajos establecen que los periodos de prestación habrán de tener una duración mínima de una semana. Finlandia, por su parte, establece un máximo de cuatro bloques para dividir el periodo de prestación.

⁸ Pese a ser remunerada directamente por el empleador, posteriormente se les compensa con una rebaja de las cotizaciones sociales.

Por último, pese a ser mayoritariamente voluntaria, cabe señalar que en algunos países se establece la obligatoriedad de percepción. En algunos casos, la obligatoriedad concierne a todo el periodo de prestación —Italia, Chile—, mientras que en otros casos corresponde a una parte del periodo —España, Portugal—.

3.2. Prestaciones por excedencia

A excepción de Chile y Suiza, todos los países de la muestra cuentan con una prestación por excedencia o, al menos, reconocen el derecho a la excedencia de las madres y, en algunos, los padres, para el cuidado de los hijos/as. En todo caso, conviene recordar algunos elementos respecto al diseño de estas prestaciones al objeto de poder interpretar adecuadamente la información que se ofrece en este apartado:

- Hay que tener en cuenta que la cobertura de estas situaciones implica en realidad dos derechos: el derecho a abandonar temporal y/o parcialmente el puesto de trabajo y de poder volver a él al terminar el periodo de permiso o excedencia, y el derecho a percibir por parte de la administración una prestación económica para cubrir la pérdida de ingresos derivada de tales permisos o excedencias. Algunos países no reconocen ninguno de estos derechos, otros reconocen únicamente el derecho a la excedencia durante un periodo determinado y otros, además, garantizan una prestación económica durante ese periodo.
- Los límites entre estas prestaciones y las prestaciones por nacimiento o por maternidad y paternidad no siempre tienen un límite claro. En ese sentido, en este epígrafe se incluyen algunos países que cuentan con una prestación que presenta límites difusos entre la prestación por maternidad/paternidad y la prestación por excedencia, y que no han sido por tanto incluidos en el análisis realizado en el apartado anterior.

3.2.1. Criterios de acceso

A pesar de que por definición se trata de un periodo de excedencia laboral, no todos los países vinculan esta prestación económica a la interrupción de la actividad laboral, en la medida en que también reconocen el derecho a la prestación a aquellas familias que no realizan ningún tipo de actividad laboral. De esta suerte, algunos países —Alemania, Austria, Chequia, Eslovaquia, Eslovenia, Finlandia, Portugal y Suecia— extienden el derecho a la prestación por excedencia a personas que en el momento de solicitarla no están ocupadas en el mercado laboral. Cabe señalar que todos estos países otorgan cuantías económicas por la prestación por excedencia, de manera que más allá de una excedencia para el cuidado, en estos países las

prestaciones se pueden concebir como una ayuda adicional para la atención y el cuidado de los hijos/as.

El resto de países, ateniéndose en mayor medida a la definición de la prestación, establecen criterios de acceso relacionados con la participación en el mercado laboral. Algunos determinan únicamente la necesidad de tener vigente un contrato laboral, sin establecer ningún otro tipo de exigencia en materia de periodos previos de cotización o trabajo y limitando la percepción de la prestación a las personas ocupadas. El resto establece requisitos de cotización o de tiempo de trabajo previos en la empresa actual. En este sentido, los países considerados podrían agruparse en tres grandes grupos:

- Países que únicamente exigen un contrato laboral vigente y no conceden acceso a las personas desempleadas —España, Estonia, Italia, Letonia, Países Bajos y Polonia—.
- Países que establecen periodos mínimos de cotización y no conceden acceso a las personas desempleadas —Australia, Canadá, Corea del Sur, Islandia, Lituania, Luxemburgo, Noruega, Nueva Zelanda—.
- Países que establecen periodos mínimos de cotización y conceden acceso a las personas desempleadas —Dinamarca y Hungría—.
- Países que establecen tiempos de trabajo mínimo en la empresa actual —Bélgica, Estados Unidos, Francia, Grecia, Irlanda, Israel, Japón, Reino Unido—.

Otra característica central corresponde a la titularidad de la prestación. Puede ser de dos tipos:

- Familiar, cuando la elegibilidad se vincula a la situación de ambos progenitores, estableciéndose un periodo concreto para ambos, en el que solo uno puede disfrutar de la excedencia.
- Individual, si a cada uno se le asigna un periodo y tienen la posibilidad de disfrutarlo de forma simultánea.

La muestra de países se encuentra dividida en este aspecto: la mitad de los países analizados consideran la titularidad de la prestación en términos individuales y la otra mitad lo hace en términos familiares.

En relación con la posibilidad de percibir la prestación de forma simultánea por parte de ambos progenitores, por una parte, en algunos países donde la titularidad es familiar, existe la posibilidad de que ambos progenitores perciban la prestación de forma simultánea. No es que solamente exista dicha posibilidad, sino que además puede comportar mayores beneficios tanto en términos monetarios —Alemania, Austria— como en términos de extensión del periodo de prestación —Portugal—. Por el

contrario, también se observan países en los que se establece la titularidad individual pero que limitan el disfrute conjunto de la prestación. Por ejemplo, Suecia limita el número de días conjuntos elegibles a treinta, acotando su derecho al primer año después del nacimiento del hijo/a. Israel, por su parte, no permite la percepción conjunta.

En lo que se refiere al género de las personas que pueden acogerse a la prestación, ninguno de los países analizados limita el derecho a beneficiarse de esta prestación a los hombres o a las mujeres, pudiendo ambos progenitores, en todos los casos analizados, acceder a la ayuda en las condiciones señaladas previamente. Tampoco se han encontrado casos de países en los que el derecho de acceder a las prestaciones por excedencia esté vinculado a niveles determinados de renta.

3.2.2. Determinación de las cuantías

La primera distinción puede realizarse entre los países que ofrecen algún tipo de prestación monetaria y los que no ofrecen ninguna, y se limitan a garantizar el derecho a la excedencia y el posterior retorno al puesto de trabajo.

En cuanto a los segundos, puede decirse que únicamente otorgan el derecho a un cese protegido de la actividad laboral. Sin embargo, desde una perspectiva más amplia, se constata que algunos países —Francia, Estonia y Letonia— tienen vigentes prestaciones complementarias que permiten a las familias obtener ingresos adicionales durante el periodo en el que se acogen al permiso por excedencia. En otros términos, la prestación por excedencia se articularía con otras prestaciones monetarias permitiendo percibir ingresos adicionales durante el periodo de cese de la actividad laboral.

En cuanto a los países que remuneran el periodo de excedencia, una de las distinciones que de entrada resulta posible realizar concierne a la forma de remuneración. La muestra de países se divide entre aquellos que determinan la cuantía sobre la base de un porcentaje fijo de compensación sobre su salario anterior, y aquellos países que establecen una cuantía fija, siendo este último grupo el minoritario —Australia, Bélgica, Chequia, Eslovaquia—. En cuanto a los países que remuneran la excedencia en función del salario anterior, algunos establecen límites máximos para las cuantías, otros umbrales mínimos, y otros establecerían ambos.

En este punto, cabe referirse a la posibilidad de modular la cuantía de la prestación y su duración de acuerdo a la preferencia de las personas beneficiarias de la prestación en algunos países. En ese sentido, se pondría a elección de las familias el poder acceder a otra variedad de prestación, consistente en un periodo más extenso y con unas remuneraciones inferiores —Alemania, Austria, Canadá, Lituania y Noruega—.

3.2.3. Periodos de prestación

El primer elemento de divergencia de la muestra se encontraría en la edad de los hijos/as hasta la que se puede continuar con la percepción de la prestación. En una primera observación pueden distinguirse tres grupos de países:

- Países que establecen que el periodo de excedencia ha de tomarse en el primer año de vida del hijo/a. En la práctica, la prestación parental se concebiría como una herramienta que permite extender los periodos de maternidad y paternidad y que se vincula, de forma extensa, al nacimiento y los primeros meses de vida del niño/a —Alemania, Australia, Austria, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, Israel, Japón, Noruega, Nueva Zelanda, Portugal—.
- Países que establecen que el periodo de prestación ha de realizarse entre el segundo y el cuarto año de edad del hijo/a. Podría decirse que en estos casos la prestación parental se erige como una ayuda para facilitar las necesidades de atención y cuidado de los niños/as en la etapa de la primera infancia —Chequia, Eslovaquia, España, Estonia, Francia, Hungría, Lituania, Polonia—.
- Países en los que el periodo de prestación se extiende considerablemente en el tiempo (más de cuatro años). La prestación por excedencia se entendería en estos países como un derecho de excedencia ante cualquier contingencia durante una gran parte de la infancia e, incluso, la adolescencia —Corea del Sur, Eslovenia, Grecia, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Luxemburgo, Países Bajos, Reino Unido, Suecia—.

La duración de los periodos de excedencia remunerada oscila entre los 48 —Chequia— y los cinco meses —Australia—, siendo el promedio ligeramente superior a 14 meses. En lo que respecta a las excedencias no remuneradas, oscila entre los 36 —España, Francia, Estonia— y los tres meses —Estados Unidos—, con una duración media de alrededor de siete meses y medio. Ambos promedios, en cualquier caso, están muy determinados por las diferentes duraciones de los países analizados.

En último lugar, resulta interesante comentar que en un número considerable de países existe la posibilidad de percibir la prestación a tiempo parcial. Así, las excedencias pueden cubrir tanto el cese total de la actividad laboral como, en algunos casos, la reducción de la jornada laboral durante el periodo establecido —Alemania, Austria, Bélgica, Eslovenia, España, Finlandia, Luxemburgo, Suecia—. Cabe señalar, además, que en algunos países —Bélgica, Luxemburgo, Suecia—, la modalidad a tiempo parcial va aparejada a una extensión proporcional del periodo de prestación.

3.3. Prestaciones para la contratación de cuidados

3.3.1. Acceso a los sistemas públicos de atención infantil

El sistema público de atención infantil conforma un complejo sistema en el que, dependiendo del contexto, pueden llegar a confluir instituciones tan diversas como el mercado, la familia, las políticas de educación y las políticas sociales. Por tanto, en vista de las configuraciones institucionales tan dispares que presentan los países analizados, la realización de un análisis comparativo resulta complejo. El análisis se vuelve más complicado si se tiene en consideración que en una parte significativa de los países incluidos en la muestra las competencias relativas a los centros públicos de atención infantil recaen sobre unidades territoriales subestatales. En ese contexto, el análisis que se incluye a continuación se limitará únicamente a ofrecer algunas pinceladas sobre el contenido de las políticas públicas implementadas en los países de la muestra que buscan ayudar a las familias en el acceso a centros de atención infantil.

El primer elemento de interés se vincula con el tramo etario de los hijos/as para el acceso al sistema. La gran mayoría de países establece como periodo de finalización del derecho de acceso el momento en el los niños/as alcanzan la edad de inicio correspondiente a la educación primaria obligatoria, el cual varía de forma notable entre los países analizados. En cuanto a la edad mínima de acceso, existen diferencias notorias:

- Países en los que el periodo contemplado de acceso comienza una vez pasado un breve periodo de tiempo —de entre 6 y 18 meses— desde el nacimiento —Estonia, Letonia, Irlanda, Dinamarca—.
- Países en los que la edad mínima de acceso se establece a los tres años. Normalmente, las ayudas se materializan mediante la disposición de una red pública de centros para la primera infancia, previendo para el periodo anterior el cuidado en el hogar (mediante la prestación por excedencia) o a través del mercado —Eslovaquia, España, Nueva Zelanda—.

Un segundo elemento de relevancia concierne a la gratuidad de los centros de atención infantil y la determinación del copago que deben asumir las familias. Chile y Letonia son los dos únicos países que desde una edad temprana establecen la gratuidad total en el acceso. En lo que respecta a Letonia, en caso de no haber plazas suficientes en la red pública, deberá garantizarse el acceso a un centro privado de forma gratuita. De forma más limitada, otro grupo de países también contempla la gratuidad de los centros de atención infantil, pero restringiéndolo a los beneficiarios que alcanzan una edad mínima —Chequia, Eslovaquia, España, Israel, Nueva Zelanda, Suecia—. Por otro lado, pese a no decretar la gratuidad de los centros, en la práctica,

para las familias que cumplen con una serie de criterios (principalmente, nivel de renta y número de hijos/as) se posibilita el acceso gratuito a los servicios de cuidado en centros de atención infantil en algunos países —Dinamarca, Eslovenia, Finlandia o Japón—.

Los países que no ofrecen una provisión gratuita (o para los tramos de edad para los que no se contempla) existen diversos mecanismos para limitar el gasto realizado por las familias. Por un lado, algunos países establecen un umbral de gasto máximo para las familias. Pueden adoptar la forma de una cuantía fija, una cuantía variable en función de un porcentaje sobre el nivel de ingresos, o combinar ambos criterios. Por otro lado, hay países que contemplan la subvención de un porcentaje determinado de los gastos de los centros de atención infantil. Este porcentaje varía principalmente en función del nivel de renta de los progenitores.

3.3.2. Prestaciones para la contratación de servicios de cuidado infantil

Consisten en la percepción de prestaciones económicas para el pago de servicios de cuidado en centros de atención infantil o a domicilio por parte de cuidadores/as profesionales. Pueden percibirse tanto de forma directa, mediante la recepción de ayudas económicas por parte de las familias, como indirecta, mediante disposiciones para regular el coste de estos servicios para las familias.

Antes de iniciar la descripción de estas medidas, conviene señalar que la no disponibilidad de prestaciones para la contratación de cuidados no conlleva necesariamente una posición de desventaja en el ámbito de la conciliación. De hecho, entre los países carentes de estas prestaciones se encuentran algunos con sistemas públicos de atención infantil muy desarrollados, como es el caso de Suecia, por lo que antes de extraer ninguna conclusión conviene adoptar un enfoque más estructural, contemplando la articulación de estas prestaciones con los sistemas públicos de atención infantil. En algunos casos, las prestaciones para la contratación de cuidados pueden también convertirse en una de las piedras angulares del sistema público de atención infantil, ya que, entre otros, pueden garantizar el acceso a servicios de cuidado fuera del ámbito familiar a grandes segmentos de la población. El *kinderopvangtoeslag* neerlandés resulta un ejemplo paradigmático de lo anterior.

Se puede plantear una primera clasificación en función de si las prestaciones se orientan a la contratación de servicios de cuidado en centros o en el hogar.

3.3.2.1. Prestaciones para la contratación de cuidados en centros

A. CRITERIOS DE ACCESO

- Diferencias en las edades máximas de los hijos/as. Por un lado, se observan países que contemplan la prestación para distintas etapas de la infancia, pudiéndose acceder a la misma hasta cumplir 11-15 años —Australia, Canadá, Irlanda, Reino Unido, Países Bajos—. Otro grupo de países reservan estas prestaciones para la primera infancia, justamente hasta que los hijos/as cumplan los 3-5 años —Corea del Sur, Eslovaquia, Italia, Nueva Zelanda—.
- Obligatoriedad de realizar algún tipo de actividad laboral o formativa. Pese a la existencia de excepciones, sería la norma general.
- Nivel de ingresos de las familias. Algunos países aplican criterios selectivos a estas ayudas y establecen un umbral de renta a partir del cual no se conceden las prestaciones —Australia, Irlanda, Nueva Zelanda y Noruega—.
- Características sociodemográficas. En algunos países las ayudas se circunscriben a familias que presentan características socioeconómicas concretas, como, por ejemplo, hogares monoparentales o personas jóvenes —Noruega, Nueva Zelanda—.

B. DETERMINACIÓN DE LAS AYUDAS

- La cuantía de las prestaciones en la práctica totalidad de los países varía en función de una serie de características familiares. Las variables más habituales serían el nivel de ingresos, la edad de los hijos/as y el número de hijos/as. Igualmente, pero de forma más minoritaria, también se toman en consideración el número de horas dedicadas a la actividad laboral o formativa, el número de horas de cuidado (tiempo completo-parcial) de los que hacen uso las familias, o la titularidad (público-privada) de los centros en los que se pretenden contratar los servicios de cuidado.
- Puede decirse que existen dos formas principales para la articulación de las cuantías:
 - Países en los que la prestación se otorga en función de un porcentaje sobre los gastos totales de cuidado. Dentro de este grupo, se distinguen algunos países que optan por establecer la gratuidad de los servicios de cuidado para segmentos concretos de la población (en función del nivel de renta), sujeto a algunos límites de utilización.
 - Países que establecen montantes económicos predeterminados dirigidos a financiar los servicios de cuidado. Las variaciones en las cuantías mensuales máximas entre estos países son considerables.

3.3.2.2. Prestaciones para la contratación de cuidados en el hogar

A. CRITERIOS DE ACCESO

- La edad máxima de los hijos/as para la elegibilidad de la prestación se reduce considerablemente en comparación con las prestaciones para la contratación de cuidados en centros. Salvo el caso de Luxemburgo —13 años—, el rango máximo de edad para la prestación que establecen la totalidad de países oscila entre los 2-3 y 6 años.
- Aunque por lo general las prestaciones se destinen a la financiación de cuidados en el propio hogar de la persona beneficiaria, existen algunas excepciones. Islandia y Luxemburgo, por ejemplo, disponen de ayudas para el cuidado de los hijos/as en los hogares de familias de terceros.
- Existen diferencias notables en cuanto a los requisitos de acceso más allá de la edad. Mientras que algunos países no imponen ningún requerimiento adicional, la realización de algún tipo de actividad laboral o formativa, los periodos mínimos de residencia en el país, los periodos mínimos de afiliación al sistema de seguridad social o la no recepción de otras prestaciones y ayudas públicas son los principales requerimientos adicionales observados.

DETERMINACIÓN DE LAS AYUDAS

- Se observa que las cuantías de la prestación varían en función de una serie de características familiares. Sin embargo, el número de características que se toman en consideración son mínimas comparativamente, llegando en algunos casos a establecerse una cuantía fija independientemente de las características familiares. Las principales variables utilizadas son la edad de los hijos/as, el número de hijos/as, el nivel de renta, las horas totales de cuidado y la utilización de cuidados nocturnos o en días festivos.
- La forma principal para la articulación de estas prestaciones es la dotación de un importe monetario, que oscila significativamente dependiendo del país en cuestión.

3.3.3. Los beneficios fiscales para la contratación de servicios de cuidado infantil

El uso de herramientas fiscales para dar apoyo a las familias en la atención y el cuidado de los hijos/as no sería una herramienta muy extendida. En cuanto al tipo de beneficio fiscal aplicado, adoptan principalmente la forma de desgravaciones fiscales o créditos fiscales. De forma sucinta, mediante las primeras se puede beneficiar de una reducción en la base imponible del impuesto, mientras que a través

de la segunda se permite reducir el montante de la deuda fiscal correspondiente al contribuyente.

Un primer elemento relevante corresponde al tipo de gasto al que se le puede aplicar el beneficio fiscal:

- Beneficios fiscales para el cuidado en el ámbito domiciliario —Lituania, Suecia, Irlanda—.
- Beneficios fiscales para el cuidado en centros de atención infantil —Corea del Sur, Estonia, Portugal—.
- Beneficios fiscales para el cuidado en el ámbito domiciliario y en centros de atención infantil —Alemania, Bélgica, Canadá, Chequia, Estados Unidos, España, Francia, Italia—.

Además de los gastos referidos, algunos países permiten también la aplicación de beneficios fiscales con relación a los gastos realizados en actividades de ocio y tiempo libre —Canadá, Chequia—.

La franja de edad contemplada para la aplicación de los beneficios difiere sustancialmente de un país a otro. Por ejemplo, en España el límite se establece en los tres años, en Francia en los seis, y en Irlanda y Canadá en los dieciséis.

Asimismo, a pesar de que la tendencia general es no imponer condiciones de acceso a las familias

(más allá de la edad de elegibilidad de los hijos/as), algunos países establecen una serie de restricciones tales como la obligación de realizar una actividad laboral (incluida la búsqueda activa de empleo) o formativa —Canadá, Estados Unidos—.

Otra importante constatación corresponde a la escasa presencia de criterios de renta a la hora de determinar el acceso y/o de definir el nivel de beneficio para las familias. Para definir dicho nivel de beneficios, una de las prácticas habituales es el establecimiento de un porcentaje sobre los gastos de cuidado, pese a que en algunos países se aplique a la totalidad. Además, todos los países imponen límites anuales, aunque estos pueden variar considerablemente.

Poniendo el foco sobre el crédito fiscal, una de las cuestiones centrales se refiere a su carácter reembolsable. Las deducciones fiscales reembolsables se diferencian de las deducciones tradicionales en la medida en que, si la deducción es superior a la deuda tributaria, la diferencia se abona a la persona contribuyente como prestación neta, como tramo negativo del impuesto. En todo caso, a diferencia de lo que ocurre en el caso de las prestaciones por hijo/a cargo, el uso de estas deducciones reembolsables es muy reducido en este tipo de prestaciones y únicamente Irlanda y Corea del Sur utilizan mecanismos de este tipo.

Referencias bibliográficas

- ADAMSON, P. (2008): “El cuidado infantil en los países industrializados: transición y cambio. Una tabla clasificatoria de la educación y los cuidados durante la primera infancia en los países económicamente avanzados”, *Innocenti Report Card*, nº 8, <<https://www.unicef-irc.org/publications/514-el-cuidado-infantil-en-los-pa%C3%ADses-industrializados-transici%C3%B3n-y-cambio-una-tabla.html>>.
- ADEMA, W.; ALI, N. y THÉVENON, O. (2014): “Changes in family policies and outcomes: Is there convergence?”, *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, nº 157, <<https://doi.org/10.1787/5jz13wllxgzt-en>>.
- ADO2, CONSULTORÍA, INVESTIGACIÓN Y COACHING (2014): *Políticas de apoyo a las familias en Euskadi: análisis y propuestas*, Vitoria-Gasteiz, Ararteko.
- AHN, N. y MIRA, P. (2002): “A note on the changing relationship between fertility and female employment rates in developed countries”, *Journal of Population Economics*, vol. 15, nº 4, pp. 667-682, <<https://doi.org/10.1007/s001480100078>>.
- BECKER, G. (1981): *A Treatise on the Family*, National Bureau of Economic Research.
- BOECKMANN, I.; MISRA, J. y BUDIG, M.J. (2015): “Cultural and institutional factors shaping mothers’ employment and working hours in postindustrial countries”, *Social Forces*, vol. 93, nº 4, pp. 1.301-1.333, <<https://doi.org/10.1093/sf/sou119>>.
- BROOKS-GUNN, J.; HAN, W.J. y WALDFOGEL, J. (2002): “Maternal employment and child cognitive outcomes in the first three years of life: The NICHD Study of Early Child Care”, *Child Development*, vol. 73, nº 4, pp. 1.052-1.072.
- CARNEGIE TASK FORCE ON MEETING THE NEEDS OF YOUNG CHILDREN (1994): *Starting Points: Meeting the Needs of Our Youngest Children*, Carnegie Corporation New York.
- CARNEIRO, P.; LØKEN, K. y SALVANES, K.G. (2015): “A flying start? Maternity leave benefits and long-run outcomes of children”, *Journal of Political Economy*, vol. 123, nº 2, pp. 365-412.
- CASCIO, E.U. y WHITMORE SCHANZENBACH, D. (2013): “The impacts of expanding access to high-quality preschool education”, *Brookings Papers on Economic Activity*, fall, pp. 127-178, <<https://doi.org/10.1353/eca.2013.0012>>.
- CORNELISSEN, T.; DUSTMANN, C.; RAUTE, A. y SCHOENBERG, U. (2018): “Who benefits from universal child care? Estimating marginal returns to early child care attendance”, *European Economics eJournal*, vol. 126, nº 6, pp. 2.356-2.409.
- CUKROWSKA-TORZEWSKA, E. (2017): “Cross-country evidence on motherhood employment and wage gaps: The role of work–family policies and their interaction”, *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, nº 24, pp. 178-220, <<https://doi.org/10.1093/sp/jxx004>>.
- DAHL, G.B.; LØKEN, K.V.; MOGSTAD, M. y SALVANES, K.V. (2016): “What is the case for paid maternity leave?”, *The Review of Economics and Statistics*, vol. 98, nº 4, pp. 655-670, <https://doi.org/10.1162/REST_a_00602>.
- DATTA GUPTA, N. (2018): “Maternity leave versus early childcare — What are the long-term consequences for children?”, *IZA World of Labor*.
- DATTA GUPTA, N. y SIMONSEN, M. (2016): “Academic performance and type of early childhood care”,

- Economics of Education Review*, vol. 53, C, pp. 217-229.
- DATTA GUPTA, N.; SMITH, N. y VERNER, M. (2008): "The impact of Nordic countries' family friendly policies on employment, wages, and children", *Review of Economics of the Household*, nº 6, pp. 65-89.
- DUSTMANN, C. y SCHÖNBERG, U. (2012): "Expansions in maternity leave coverage and children's long-term outcomes", *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 4, nº 3, pp. 190-224, <<https://doi.org/10.1257/app.4.3.190>>.
- EMAKUNDE (1996): *Guía de desarrollo de acciones positivas*, Vitoria-Gasteiz, Emakunde.
- ERMISCH, J.F. y FRANCESCONI, M. (2001): "Family structure and children's achievements", *Journal of Population Economics*, vol. 14, nº 2, pp. 249-270.
- ESPING-ANDERSEN, G. (2004): "Untying the gordian knot of social inheritance", *Research in Social Stratification and Mobility*, nº 21, pp. 115-138.
- (2009): *Incomplete Revolution: Adapting Welfare States to Women's New Roles*, Cambridge, Policy Press.
- GELBACH, J. (2002): "Public schooling for young children and maternal labor supply", *American Economic Review*, nº 92, pp. 307-322.
- GENNETIAN, L.A.; CASTELLS, N. y MORRIS, P. (2010): "Meeting the basic needs of children: Does income matter?", *Children and Youth Services Review*, vol. 32, nº 9, pp. 1.138-1.148, <<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2010.03.004>>.
- HECKMAN, J.J. (2006): "Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children", *Science*, vol. 312, nº 5.782, pp. 1.900-1.902, <<https://doi.org/10.1126/science.1128898>>.
- HECKMAN, J. y CARNEIRO, P. (2003): "Human Capital Policy", *NBER Working Paper Series*, <<https://EconPapers.repec.org/RePEc:nbr:nberwo:9495>>.
- HECKMAN, J.; GRUNEWALD, R. y REYNOLDS, A. (2006): "The dollars and cents of investing early: Cost-benefit analysis in early care and education", *Zero to Three*, nº 26, pp. 10-17.
- HECKMAN, J.; MOON, S.H.; PINTO, R.; SAVELYEV, P. y YAVITZ, A. (2010): "The rate of return to the HighScope Perry Preschool Program", *Journal of Public Economics*, vol. 94, nº 1-2, pp. 114-128.
- HERBST, C.M. (2017): "Universal child care, maternal employment, and children's long-run outcomes: Evidence from the US Lanham Act of 1940", *Journal of Labor Economics*, vol. 35, nº 2, pp. 519-564.
- KECK, W. y SARACENO, C. (2013): "The impact of different social-policy frameworks on social inequalities among women in the European Union: The labour-market participation of mothers", *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, vol. 20, nº 3, pp. 297-328, <<https://doi.org/10.1093/sp/jxt005>>.
- KLUVE, J. y SCHMITZ, S. (2014): "Social norms and mothers' labor market attachment – The medium-run effects of parental benefits", *Ruhr Economic Papers*, <<https://doi.org/10.4419/86788545>>.
- LALIVE, R. (2009): "How does parental leave affect fertility and return to work? Evidence from two natural experiments", *The Quarterly Journal of Economics*, nº 124, pp. 1.363-1.402.
- LATTIMORE, R. y POBKE, C. (2008): "Recent trends in Australian fertility", *Productivity Commission Staff Working Papers*.
- LEFEVRE, P.; MERRIGAN, P. y VERSTRAETE, M. (2009): "Dynamic labour supply effects of childcare subsidies: Evidence from a Canadian natural experiment on low-fee universal child care", *Labour Economics*, nº 16, pp. 490-502.
- LEITNER, S. (2003): "Varieties of familism: The caring function of the family in comparative perspective", *European Societies*, nº 5, pp. 353-375.
- LOVE, J.; ELIASON KISKER, E.; ROSS, C.; SCHOCHET, P.Z.; BROOKS-GUNN, J.; PAULSELL, D.; BOLLER, K.; CONSTANTINE, J.; VOGEL, C.; SIDLE FULIGNI, A. y BRAD, C. (2002): *Making a Difference in the Lives of Infants and Toddlers and Their Families: The Impacts of Early Head Start. Volume I: Final Technical Report*, Washington D.C., U.S. Department of Health and Human Services.
- MATHIEU, S. (2013): "Entre l'effet tempo et l'effet quantum: une analyse de l'effet des politiques familiales sur la fécondité dans les pays avancés", *Sociologie et Sociétés*, vol. 45, nº 1, pp. 255-276, <<https://doi.org/10.7202/1016403ar>>.
- MEYERS, M.K. (2003): *Inequality in Early Childhood Education and Care: What Do We Know*, Russell Sage Foundation.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL e INSTITUTE OF MEDICINE (2003): *Working Families and Growing Kids: Caring for Children and Adolescents*, Washington D.C., The National Academies Press, <<https://doi.org/10.17226/10669>>.
- OLIVETTI, C. y PETRONGOLO, B. (2017): "The economic consequences of family policies: Lessons from a century of legislation in high-income countries", *Journal of Economic Perspectives*, nº 31, pp. 205-230.
- RAUTE, A. (2019): "Can financial incentives reduce the baby gap? Evidence from a reform in maternity leave benefits", *Journal of Public Economics*, vol. 169, 2019, pp. 203-222, <<https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2018.07.010>>.
- RUHM, C.J. (2000): "Parental leave and child health", *Journal of Health Economics*, vol. 19, nº 6, pp. 931-960, <[https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(00\)00047-3](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(00)00047-3)>.
- (2004): "Parental employment and child cognitive development", *The Journal of Human Resources*, vol. 39, nº 1, pp. 155-192, <<https://doi.org/10.2307/3559009>>.
- (1998): "The economic consequences of parental leave mandates: Lessons from Europe", *The Quarterly Journal of Economics*, nº 113, pp. 285-317.
- SHIM, J. (2014): "Family leave policy and fertility rates in OECD countries including East Asia", en VV.AA., *Population Association of America 2014 Annual Meeting*, Population Association of America, <<https://paa2014.princeton.edu/abstracts/140973>>.

- SHONKOFF, J.P. y PHILLIPS, D.A. (eds.) (2000): *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*, Washington D.C., National Academies Press, <<https://doi.org/10.17226/9824>>.
- SIMONSEN, M. (2006): "Availability and price of high quality day care and female employment", *Aarhus University Economics Papers*.
- THÉVENON, O. y GAUTHIER, A.H. (2011): "Family policies in developed countries: A 'fertility-booster' with side-effects", *Community, Work & Family*, vol. 14, nº 2, pp. 197-216, <<https://doi.org/10.1080/13668803.2011.571400>>.
- THÉVENON, O. y SOLAZ, A. (2013): "Labour market effects of parental leave policies in OECD countries", *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, <<https://doi.org/10.1787/1815199X>>.
- WALDFOGEL, J. (1998): "Understanding the 'family gap' in pay for women with children", *Journal of Economic Perspectives*, vol. 12, nº1, pp. 137-156, <<https://doi.org/10.1257/jep.12.1.137>>.
- (2004): "Social mobility, life chances, and the early years", *CASE Papers*, nº 88.
- WASHBROOK, E.; RUHM, C.J.; WALDFOGEL, J. y HAN, W.J. (2011): "Public policies, women's employment after childbearing, and child well-being", *Be Journal of Economic Analysis and Policy*, <<https://doi.org/10.2202/1935-1682.2938>>.
- ZALAKAIN, J. (2021): "Diseño e impacto de las prestaciones por hijos a cargo en los países de la OCDE", *Zerbitzuan*, nº 74, págs. ##-##, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.74.##>>.

Parentalidad positiva: un eje para la intervención social con menores

Elisa Esteban-Carbonell

Universidad de Zaragoza
estecar@unizar.es

Enrique Carnicero-Hernández

Universidad de Zaragoza
kikecar@gmail.com

Nuria del Olmo-Vicén

Universidad de Zaragoza
nolmov@unizar.es

Familien errealitatean gertatzen diren aldatetek, besteak beste, guraso-funtzioak betetzean gero eta zailtasun handiagoa dakarte. Arlo horretan, gurasotasun positiboko programak seme-alaben premiei aurre egiteko tresnak eta abileziak eskaintzen dituen baliabide gertatzen dira. Aitzitik, programa horiek ugari eta askotarikoak direnez, sakon aztertu eta sailkatzea premiazkoa da. Artikulu honetan, gurasotasun positiboaren ikuspegia berriz aztertzen da, gai honetako gizarte-ikertzaileentzako ikerketaren hastapenerako. Horretarako, lehenengo atal batean, gurasotasun positiboa osatzen duten elementuak azaltzen dira. Bigarren atal batean, Europar Batasunak gurasotasun positiboari buruz erabili dituen tresnak aurkezten dira. Azkenik, gurasotasun positiboko programa eta ekintzek jarraitzen dituzten funtsezko elementuak berriz aztertzen dira, eta kalitate handiena dutenak ebidentzian oinarrituta bereizi.

GAKO-HITZAK:

Gurasotasun positiboa, esku-hartzea, familiak, guraso-programak, adingabeak.

Los cambios en la realidad familiar traen consigo, entre otras cuestiones, una dificultad cada vez más creciente en el desempeño de las funciones parentales. En este ámbito, los programas de parentalidad positiva se erigen como un recurso que aporta herramientas y habilidades para hacer frente a las necesidades de los hijos e hijas. Sin embargo, la abundancia y variedad de estos programas hacen necesaria una profunda revisión y clasificación. En este artículo se proporciona una revisión de la perspectiva de la parentalidad positiva con el objetivo de aportar una exploración inicial para los investigadores y las investigadoras sociales de esta materia de estudio. Para ello, en un primer apartado, se exponen los elementos constitutivos de la parentalidad positiva. Un segundo apartado presenta las diferentes herramientas que la Unión Europea ha desplegado respecto a la parentalidad positiva. Finalmente, se revisan los elementos clave que siguen los programas y acciones de parentalidad positiva, distinguiendo por su mayor calidad a aquellos que están basados en la evidencia.

PALABRAS CLAVE:

Parentalidad positiva, intervención, familias, programas parentales, menores.

1. Introducción

El modelo patriarcal de parentalidad ha sido sustituido hoy en día por la coexistencia de una gran diversidad de formas familiares donde la autoridad parental ya no recae únicamente en el padre cabeza de familia (Rodrigo, Máiquez, Martín, y Rodríguez, 2015). Ser madres y padres no es solo conseguir que las hijas y los hijos acepten las normas y les obedezcan, sino “promover comportamientos prosociales, la capacidad de pensar y entender el mundo que les rodea y el despliegue de una creciente autonomía personal y social” (Rodrigo *et al.*, 2015: 28). Las madres y los padres sienten que, respecto a generaciones anteriores, han perdido influencia, lo que conduce a un deterioro de las responsabilidades parentales o a una parentalidad rígida y coercitiva.

Al mismo tiempo, las familias reciben pocos apoyos (económicos y psicoeducativos) (Rodrigo *et al.*, 2015). Los programas de parentalidad positiva constituyen un nuevo modo de responder a las necesidades actuales de las familias. Apoyar la parentalidad es una prioridad de los Estados miembros de la Unión Europea y en ese sentido, el Consejo de Europa ha promovido la Recomendación 19/2006 sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva, donde se concreta el tipo de apoyos, porque la obligación de prestar los recursos necesarios viene ya recogida en la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (CNUDN) adoptada en 1989¹. Asimismo, la Convención ha redefinido el papel de las niñas y los niños en las familias y en la sociedad, así como la relación de las madres y los padres con sus hijas e hijos. Ahora son portadores de derechos que deben ser garantizados por los Estados parte (Daly, 2007).

Por todo ello, el objetivo principal de este artículo es proporcionar una revisión de la intervención familiar con el fin de aportar una exploración inicial para los investigadores sociales de esta materia de estudio. Con este objetivo, en la primera parte se hace una aproximación al término “parentalidad positiva”, incidiendo en sus elementos constituyentes. En la segunda parte, se presenta una revisión de las medidas de apoyo parental elaboradas desde la Unión Europea, incidiendo tanto en los organismos creados ad hoc como en las disposiciones normativas aprobadas. En la tercera parte, se ofrece algunas características sobre los programas de parentalidad positiva, haciendo una mención especial a los programas basados en la evidencia.

2. Parentalidad positiva

Antes de ahondar sobre el concepto de parentalidad positiva y sus elementos diferenciadores, es oportuno definir la parentalidad. Aunque existen

múltiples definiciones, la aportada por el Comité de Ministros es la más extendida a nivel europeo. En este sentido, “la parentalidad designa el conjunto actual de relaciones y actividades en las que los padres [y madres] están implicados para cuidar y educar a sus hijos [e hijas]” (Daly, 2007: 17). Es decir, la parentalidad implica una serie de tareas (cuidados físicos, establecimiento de límites, entre otras), de actitudes (afecto, mirada positiva, etc.), y de cualidades de relación (seguridad y apego positivo) (Quinton, 2004). Y, aunque no existe un acuerdo universal sobre el conjunto de tareas a desempeñar por las madres y los padres, Peænik (2012: 25), a partir de las aportaciones de Campion hace una síntesis importante donde recoge los derechos y responsabilidades de la parentalidad:

- Aportar los cuidados de base, proteger y educar al niño [y niña] hasta una edad adecuada;
- Garantizar la seguridad del niño [y niña];
- Orientarlo y fijarle límites;
- Asegurarle la estabilidad;
- Asegurar las condiciones del desarrollo intelectual, afectivo y social del niño [y niña], en especial la transmisión de ciertas competencias aceptadas y el modelado de los comportamientos deseados;
- Respetar la ley y contribuir a la seguridad de la sociedad;
- Contribuir a la prosperidad económica de la nación.

A pesar de la no existencia de un acuerdo sobre el término, la CNUDN señala que la parentalidad se compone de cuatro elementos: a) educación (que responde a la necesidad del niño y de la niña de afecto, seguridad, pertenencia y unión segura); b) estructura (establecimiento de normas de comportamiento y modelos de rol ofrecidos por las madres y los padres); c) reconocimiento (necesidad de la niña y del niño de ser aceptado); y d) capacitación (combinación del sentido del control personal con la capacidad para afectar el comportamiento del otro) (Peænik, 2012).

Dicho de otro modo, “la parentalidad o marentalidad es una forma semántica de referirse a las capacidades prácticas que tienen las madres y los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos [e hijas], y asegurarles un desarrollo suficientemente sano” (Barudy y Dantagnan, 2010: 34).

En este sentido, existe una extensa literatura en torno al concepto de parentalidad y sus tipos; por ejemplo se pueden identificar investigaciones relativas a la parentalidad biológica y parentalidad social (Barudy y Dantagnan, 2010), parentalidad mínima, parentalidad parcial, parentalidad disfuncional y parentalidad tóxica (Barudy, 2007), adecuación parental insuficiente, adecuación parental mínima, adecuación parental óptima (Rodrigo, Máiquez, Martín y Rodríguez, 2015).

¹ Ratificado por todos los Estados excepto dos (Somalia y Estados Unidos).

Aterrizando en el concepto de parentalidad positiva, la Recomendación 19/2006 del Comité de Ministros del Consejo de Europa (página 3) la define como:

[...] el comportamiento de [las madres y] los padres fundamentado en el interés superior [de la niña y] del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación, que incluye el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo [de la niña y] del niño.

En este sentido, se asiste a un cambio en la concepción de la infancia en el sentido que esta ya no es objeto de protección por parte de la figura parental, sino que pasa a ser un “sujeto activo de derechos que las figuras parentales deben promover, respetar y proteger” (Rodrigo *et al.*, 2015: 12).

Por otra parte, existen diferentes perspectivas que permiten explicar en qué medida madres y padres deben promover determinados aspectos a sus hijos e hijas. En primer lugar, perspectivas unidireccionales que se apoyan entre otras en la teoría del apego (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; Bowlby, 1998, 1999), la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977, 1990) y la teoría de los estilos parentales (Baumrind, 1971) que identifican únicamente una influencia de padres y madres sobre sus hijos e hijas respecto a la parentalidad. Por otro lado, las teorías de bidireccionalidad parental (Kuczynski, 2003), que consideran que tanto los factores de las madres y los padres influyen en las niñas y los niños como al revés. En este sentido, los/as hijos/as al ejercer una influencia sobre las madres y los padres no son vistos como receptores de las conductas beneficiosas o perjudiciales de la parentalidad, sino que son sujetos activos en las relaciones paterno-filiales (relaciones de las madres y los padres con sus hijos/as). Y, por último, las teorías multifactoriales permiten explicar la parentalidad añadiendo el componente contextual. Belsky (1984) identifica tres determinantes que influyen en la parentalidad: los recursos psicológicos y personales de las madres y los padres, las características de la niña o del niño y las fuentes estresoras y/o de apoyo del contexto.

Por tanto, siguiendo la perspectiva multifactorial, son tres elementos los que influyen en la calidad de la parentalidad y que por tanto constituyen los elementos de la parentalidad positiva: a) el contexto psicosocial; b) las necesidades evolutivo-educativas de las niñas y de los niños; y c) las competencias parentales (Barudy y Dantagnan, 2007; Rodrigo *et al.*, 2008; Rodrigo *et al.*, 2010; Sallés y Ger, 2011).

El contexto psicosocial hace referencia a condiciones beneficiosas o protectoras o, por el contrario, perjudiciales o de riesgo que pueden influir en el funcionamiento familiar. Mientras que los factores de riesgo aumentan las probabilidades de la aparición de determinadas conductas que perjudique a los/as menores, los factores de protección modifican de

forma beneficiosa la aparición de ese riesgo. Estos factores de protección y de riesgo pueden aparecer en la familia, el grupo de iguales, la escuela y la comunidad.

Las necesidades evolutivo-educativas de los niños y niñas incluyen aspectos tales como complicaciones en el nacimiento, retraso del desarrollo, presencia de enfermedades crónicas y/o discapacidades, entre otras situaciones. Estas necesidades pueden agruparse en cuatro tipos, siguiendo las aportaciones de López (2008): a) de carácter físico-biológico; b) mentales y culturales; c) emocionales y afectivas; y d) de participación social.

Y, por último, están las competencias parentales que, basándonos en la clasificación conceptual de Sallés y Ger (2011) se dividen en “capacidades fundamentales” y “habilidades” parentales. Las primeras refieren a “los recursos emotivos, cognitivos y conductuales de los que los progenitores disponen y que les permiten vincularse correctamente a sus hijos”, mientras que las segundas conciernen la “plasticidad [de los padres que] les permite dar respuestas adecuadas y, al mismo tiempo, adaptar estas respuestas a las diferentes etapas de desarrollo” (Sallés y Ger, 201: 48-49).

Se constata, por tanto, una amplia literatura sobre la parentalidad y, específicamente, sobre la parentalidad positiva, siendo clave el papel jugado por la Unión Europea, quien define el concepto e identifica la necesidad de procurar medios y recursos para apoyar a las familias al desarrollo óptimo de sus hijos/as. Hasta llegar a la Recomendación 19/2006 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, es necesario conocer la evolución de las diferentes acciones promovidas en la Unión Europea que incorporan una nueva perspectiva sobre la que intervenir con la infancia.

3. El apoyo a la familia desde la Unión Europea

A lo largo de las últimas décadas han aparecido numerosas acciones europeas que inciden y/o promueven una parentalidad positiva. En 2002, los Gobiernos europeos redactaron los objetivos de Barcelona para eliminar los frenos de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo y crear estructuras de acogida para al menos el 90% de los/as niños/as entre tres años y la edad de escolaridad obligatoria, y para al menos el 33% de los niños/as de menos de tres años. En 2010 se adoptó una declaración ministerial apelando a la creación de servicios para la primera infancia mejor desarrollados y de mejor calidad (Daly y Martin, 2013).

Por otra parte, entre los principales medios utilizados por la Unión Europea, las plataformas permiten el debate y la difusión sobre aspectos concretos. En 1989, se puso en marcha un Observatorio Europeo

de Políticas Familiares Nacionales, rebautizado Observatorio Europeo de Asuntos Sociales y, más recientemente, Observatorio Europeo de la Situación Social, la Demografía y la Familia. En la misma línea se encuentra la Alianza Europea para las Familias, establecida en marzo de 2007, y que proporciona un espacio de debate e intercambio de información e iniciativas en el campo de la protección a la familia. También Eurochild, como red europea que agrupa a las ONG que trabajan en la promoción del bienestar en la infancia.

En 2007 el Consejo de Europa publica un informe donde propone una concepción de la parentalidad llamada “positiva” (positive parenting). Se concibe inicialmente en el marco de una reflexión para reducir la violencia sufrida por la infancia, interesándose sobre las condiciones sociales necesarias para que la función parental respete el interés superior de la infancia (Daly y Martin, 2013). Asimismo, en 2011 se llevó a cabo una estrategia coordinada en Europa sobre parentalidad positiva cuyo resultado fue la publicación de un informe que reúne iniciativas de diferentes países concluyendo en la necesidad de alinear esfuerzos en el campo de la parentalidad positiva con la estrategia Europa 2020 (Arranz y Rodrigo, 2018). Dicha estrategia confiere un papel relevante al apoyo parental, integrándose en dos de las diez directrices: reducción del abandono escolar (directriz 9) y reducción de los que viven bajo el umbral de pobreza en 20 millones para 2020 y promover la inclusión social (directriz 10).

Por su parte, la recomendación del Consejo de Europa refuerza esa nueva visión del proceso de socialización primaria donde tanto madres y padres como hijas e hijos tienen un papel activo en la conformación de la conducta a partir de la adquisición compartida de creencias, valores y normas (Peænik, 2012). La socialización ya no es responsabilidad única de la familia puesto que, de ser así, no se producirían procesos de cambio en los valores, en las creencias y en las normas. Este nuevo enfoque otorga “la máxima importancia a la contribución progresiva que tienen los hijos y las hijas al proceso de socialización, así como a la dialéctica de construcción y colaboración mutua que se va creando entre unos y otros” (Martín, Cabrera, León y Rodrigo, 2013: 79). El objetivo es reconocer oficialmente la responsabilidad parental y la necesidad de contar con apoyos en el desempeño parental (Consejo de Europa, 2006). Asumir la importancia de la parentalidad implica desarrollar una política familiar a través de: a) medidas de política generales, b) parentalidad positiva, c) servicios de apoyo a [las madres y a] los padres, d) servicios para [madres y] padres en riesgo de exclusión social y e) principios de orientación a los/as profesionales.

A pesar de estas líneas comunes sobre la parentalidad positiva y las acciones o estrategias de apoyo parental, cada país ha destinado sus esfuerzos y recursos de distinta forma. En este sentido, resulta

especialmente interesante el trabajo de Daly (2011), quien describe las políticas y experiencias de Francia, Bélgica, Bulgaria, Croacia, República Checa, Dinamarca, Alemania, Estonia e Italia.

Si bien el Consejo de Europa ya avanza tipos de programas o intervenciones destinadas a madres y a padres en función de distintos criterios (momento evolutivo, situación económica, presencia de diversidad funcional, etc.), no concreta contenidos y/o metodologías de intervención. No hay que olvidar, en este sentido, que los Estados son una más de las partes determinantes de la “comunidad”, tal y como afirma Daly (2007). Esta autora señala que la parentalidad requiere medios y “capital”, así como derechos y obligaciones para lograr tales medios. Estos derechos y obligaciones implican a diversas partes de la “comunidad” entre las que se encuentran los Estados, pero también las madres y los padres, las niñas y los niños y los proveedores de servicios locales y nacionales. Cada una de estas partes tiene su responsabilidad respecto a la parentalidad y debe contar con los medios necesarios para llevarla a cabo (Daly, 2007).

Se puede concluir que, a pesar de la falta explícita de concreción por parte del Consejo de Europa, sí se evidencia el interés en fomentar medidas que contribuyan a desarrollar políticas familiares cuyo eje principal establezca principios de parentalidad positiva; en este sentido en el siguiente apartado se revisan los elementos clave que siguen los programas y acciones de parentalidad positiva para ser considerados de calidad, haciendo mención especial a los procesos de evaluación, distinguiendo por su mayor calidad a aquellos que están basados en la evidencia.

4. Algunos elementos clave de la calidad de los programas y acciones basados en la parentalidad positiva

En este contexto, el concepto de programas de parentalidad positiva “se entenderá como el referido a un conjunto de actividades o servicios regulares y estructurados, dirigidos a familias con niños menores o durante la perinatalidad, con el fin de brindar apoyo y contribuir al desarrollo de competencias y habilidades parentales varias” (Esteban y Firbank, 2019: 100).

Nuevamente, nos encontramos ante un ámbito de investigación extenso que se ha esforzado por definir los diferentes tipos de programas y sus rasgos diferenciadores (Consejo de Europa, 2011; Martín, 2005; Martín-Quintana *et al.*, 2009; Sandbaek, 2007; Vila, 1998), así como por describir la evolución temporal de estos (Máiquez *et al.*, 2000; Martín, 2005; Martín-Quintana *et al.*, 2009; Vila, 1998). Entre todos ellos, es interesante destacar las aportaciones de Arranz y Rodrigo (2018), quienes agrupan los programas en tres categorías. Por un lado, programas

basados en evidencia científica, que generalmente usan una metodología constructivista e incluyen procesos de evaluación sistemática y procedimientos para incorporar mejoras. Por otro lado, acciones y programas individuales para familias dirigidos tanto a familias “en riesgo” como en “no riesgo”, que han sido referidos por los servicios sociales, educativos o de salud. Algunos permiten una evaluación exhaustiva y otros tienen como objetivo difundir información y/o proporcionar orientación a las familias de acuerdo con los principios básicos de la parentalidad positiva. Y, por último, recursos para dar apoyo al trabajo de los profesionales con las familias, que incluyen formación online y presencial a través de cursos sobre diseño de programas, estrategias de evaluación, etc.

Por tanto, encontramos diversas experiencias sobre programas de parentalidad positiva y de ello dan cuenta las numerosas revisiones sistemáticas y estudios realizados al respecto (Altafim y Linhares, 2016; Capano-Bosch, González-Tornaría, Navarrete y Mels, 2018; Morrison, Pikhart, Ruiz y Goldblatt, 2014; Rodrigo, 2016; Rubio, Trillo y Jiménez, 2020; Vaquero, Suárez, Fernández, Rodrigo y Balsells, 2019). Sin embargo, no todos los programas o acciones son prácticas basadas en la evidencia, dado que, o no han sido sometidas a una evaluación científica, o sus resultados no han sido los adecuados (Rodrigo, Almeida, Spiel y Koops, 2012).

Mostrar la evidencia científica y, por consiguiente, la efectividad de los programas es un punto clave para dotar de validez y fiabilidad a este tipo de intervenciones, al mismo tiempo que contribuyen al desarrollo de un sector específico de políticas sociales. En esta línea, las investigaciones recientes tratan de definir los criterios que deben seguir los programas para ser considerados de calidad (Jiménez e Hidalgo, 2016). Molinuevo (2013), entre otros, señala que cualquier programa debe incluir un diagnóstico del contexto (necesidades y recursos, entre otros), un marco teórico o modelo explicativo (Hidalgo *et al.*, 2012), y un sistema de evaluación que permita valorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de las intervenciones (Máiquez *et al.*, 2015).

La eficacia comprueba si el programa ha producido los cambios esperados en relación con objetivos, metodología y contenidos, en condiciones ideales de implementación. Para la efectividad se evalúan los aspectos anteriores, junto al nivel de abandono del programa en condiciones de la vida real. Y la eficiencia de un programa sirve para identificar si es posible generalizar resultados y optimizar ciertos aspectos con el fin de mejorar el programa y su aplicabilidad (Máiquez *et al.*, 2015). Junto a estos tres tipos de evaluación, es necesario responder a cómo se evalúa, qué se evalúa y quién evalúa. Por su parte, Jiménez e Hidalgo (2016) muestran tres tipos de evaluación (de eficacia, de eficiencia y de diseminación) que constituyen niveles diferenciados dentro de un todo, por lo que para que un tipo

de evaluación se lleve a cabo deben haberse completado la anterior.

La evaluación es un aspecto crucial y muestra de ello es el extenso repertorio de evaluaciones de programas (Marinho y Ferreira, 2000; Martín, Máiquez, Rodrigo, Correa y Rodríguez, 2004; Gómez, Cifuentes y Ortún, 2012; Amorós, Balsells, Buisan, Byrne, y Fuentes-Peláez, 2013; Álvarez, Padilla, Byrne, Máiquez y Rodrigo, 2015; Hidalgo *et al.*, 2015; Martínez, Pérez, Álvarez, Rodríguez y Becedóniz, 2015; Mendes, Mattar y Almeida, 2015; Muñoz y Gómez, 2015; Rodríguez, Martín y Rodrigo, 2015; Tenorio, Garavito, Sánchez y Burbano, 2015; Torres *et al.*, 2015; Ramos, Vázquez, Pasarín y Artazcoz, 2016; Torío, Fernández e Inda, 2016); sin embargo, todavía hay escasos estudios sobre la implementación y evaluación en la primera infancia (Ferrer y Riera, 2014).

Paralelamente, conviene señalar que existen diferentes posiciones respecto a los procedimientos para llevar a cabo la evaluación. Inicialmente se ha utilizado la perspectiva de corte experimental con grupos de control de asignación. Posteriormente, otra corriente que apuesta por una visión más global de la evaluación, donde la metodología importa, pero también la utilidad, la viabilidad y el rigor ético (Jiménez e Hidalgo, 2016).

En cualquier caso, a pesar de que se cuente con evidencias de que un programa es eficaz, puede tener resultados negativos a la hora de implementarse por la influencia en el éxito o en el fracaso de la intervención de ciertos aspectos, como el apoyo institucional, la formación de los y las profesionales, la flexibilidad y la fidelidad del programa (Jiménez e Hidalgo, 2016). El apoyo institucional es fundamental, pero también se deben garantizar unos recursos apropiados, lo que implica una formación específica de los y las profesionales. Por otra parte, es preciso encontrar el equilibrio entre la fidelidad al programa original (hay un mayor éxito cuanto más se asemeja a la esencia del programa), y la flexibilidad en su adaptación a otros contextos sin desvirtuar el programa. Hay que conocer qué aspectos son susceptibles de ser modificados y cuáles son inamovibles (Jiménez e Hidalgo, 2016).

Por todo ello, una buena práctica es aquella experiencia con principios, objetivos y procedimientos adecuados, que ha tenido resultados positivos, probando su eficacia y utilidad en un contexto determinado. Se distinguen tres niveles de buenas prácticas (Rodrigo *et al.*, 2015):

1. Práctica profesional individualizada: basada en la propia experiencia profesional u observación directa de las prácticas de otros/as profesionales. Un saber subjetivo que no se difunde.
2. Práctica profesional consensuada: el saber se comparte entre profesionales y se llega al consenso sobre las “buenas prácticas”, las cuales identifican, describen y difunden para convertirse en un conocimiento compartido.

3. Práctica basada en evidencias: los resultados de la investigación se difunden y divulgan para que constituyan una práctica informada.

Por último, este tipo de programas cuenta con una descripción detallada de la intervención y de la evaluación para facilitar ser replicado. El manual debe incluir la población objetivo, los mecanismos por los cuales la intervención debería funcionar, una descripción detallada de su contenido y organización, procedimientos de intervención, materiales, pautas de evaluación, etc. (Jiménez, Antolín-Suárez, Lorence e Hidalgo, 2018).

5. Conclusiones

A través de estas páginas se ha reflexionado sobre la parentalidad positiva y, específicamente, sobre los programas que incorporan dicha perspectiva. La proliferación de acciones y programas destinados a las familias cuyo objetivo es la mejora de las prácticas parentales de crianza de niños/as tiene un largo recorrido, en el que las instituciones europeas

han jugado un papel clave gracias a las distintas medidas adoptadas. A partir de ellas, la infancia se sitúa en una posición destacada, donde su voz cuenta.

La conceptualización de la parentalidad positiva permite conocer mejor sus rasgos diferenciadores para identificar sobre qué aspectos se puede trabajar desde el ámbito de la intervención. Las teorías multifactoriales a través de las cuales se explica la parentalidad permiten conocer qué aspectos influyen en ella. Es decir, el contexto se erige como un elemento que influye en la parentalidad. Al mismo tiempo, se han mostrado los aspectos teóricos que permiten identificar a los programas basados en la evidencia como programas de calidad, diferenciándolos de las buenas prácticas. Un buen programa debe contar con un buen diseño que incorpore todos los elementos necesarios para implementarse, pero también para poder ser evaluado. Los programas basados en la evidencia tienen que poder ser replicados en otros contextos, guardando la esencia del programa, aunque adaptándolo al contexto concreto, lo cual garantiza unos criterios de calidad o éxito del programa.

- AINSWORTH, M.D.S.; BLEHAR, M.C.; WATERS, E. y WALL, S. (1978): *Patterns of Attachment*, Hillsdale, Erlbaum.
- ALTAFIM, E.R.P. y LINHARES, M.B.M. (2016): “Universal violence and child maltreatment prevention programs for parents: A systematic review”, *Psychosocial Intervention*, vol. 25, nº 1, pp. 27-38, <<https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.10.003>>.
- ÁLVAREZ, M.; PADILLA, S.; BYRNE, S.; MÁIQUEZ, M.L. y RODRIGO, M.J. (2015): “Crecer felices en familia: un programa de apoyo parental para el desarrollo infantil”, En M. RODRIGO, M. MÁIQUEZ, J. MARTÍN, S. BYRNE, y B. RODRÍGUEZ, *Manual práctico de parentalidad positiva*, Madrid, Síntesis, pp. 91-110.
- AMORÓS, P.; BALSELLS, M.; BUISAN, M.; BYRNE, S. y FUENTES-PELÁEZ, N. (2013): “Implementation and evaluation of the ‘Learning together, growing in family programme’: The impact on the families”, *Revista de cercetare si interventie sociala*, nº 42, pp. 120-144.
- ARRANZ, E. y RODRIGO, M. (2018): “Positive parenting in Spain: introduction to the special issue”, *Early child development and care*, vol. 188, nº 11, pp. 1503-1513, <<https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1501565>>.
- BANDURA, A. (1977): *Social Learning Theory*, Nueva York, General Learning Press.
- (1990): *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*, Madrid, Alianza.
- BARUDY, J. (2007): “Familiaridad y competencias: el desafío de ser padres”, en BARUDY, J. y DANTAGNAN, M., *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*, Barcelona, Gedisa, págs. 77-125.
- BARUDY, J. y DANTAGNAN, M. (2007): *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*, Barcelona, Gedisa.
- (2010): *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*, Barcelona, Gedisa.
- BAUMRIND, D. (1971): “Current patterns of parental authority”, *Developmental Psychology*, vol. 4, nº 1, págs. 1-103.
- BOWLBY, J. (1998): *El apego y la pérdida*. Vol. 1. *El apego*, Barcelona, Paidós.
- (1999): *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*, Madrid, Morata.
- BELSKY, J. (1984): “The determinants of parenting: A process model”, *Child Development*, vol. 55, nº 1, págs. 83-96.
- CAPANO-BOSCH, A.; GONZÁLEZ-TORNARÍA, M.L.; NAVARRETE, I. y MELS, C. (2018): “Del castigo físico a la parentalidad positiva. Revisión de programas de apoyo parental”, *Revista de Psicología*, vol. 14, nº 27, pp. 125-138, recuperado de: <<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=Revistas&d=castigo-fisico-parentalidadpositiva>>.
- CONSEJO DE EUROPA (2006): *Recommendation Rec (2006)19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting*.
- (2011): *Recommendation Rec (2011)12 of the Committee of Ministers to member states on children’s rights and social services friendly to children and families*.
- DALY, M. (2007): *La parentalidad en la Europa contemporánea: un enfoque positivo*. Consejo de Europa.

- (2011): Building a coordinated strategy for parenting support, European Commission Employment, Social Affairs and Inclusion.
- DALY, M. y MARTIN, C. (2013): “Le soutien à la parentalité”, *Informations sociales*, vol. 175, nº 1, pp. 120-128, <<https://doi.org/10.3917/ins0.175.0120>>.
- ESTEBAN, E. y FIRBANK, O. (2019): “Parentalidad positiva, riesgo e intervención: un análisis de los dispositivos de apoyo vigentes en Québec”, *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 32, nº 1, pp. 99-111, <<https://doi.org/10.5209/CUTS.56715>>.
- FERRER, M. y RIERA, M. (2014): “Observación y evaluación de los profesionales en los programas de apoyo a la parentalidad en la primera infancia: proceso de elaboración de un instrumento”, *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 27, nº 2, pp. 405-415, <https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2014.v27.n2.44510>.
- GÓMEZ E.; CIFUENTES, B. y ORTÚN, C. (2012): “Padres Competentes, Hijos Protegidos: Evaluación de Resultados del Programa ‘Viviendo en Familia’”, *Psychosocial Intervention*, Vol. 21, nº 3, pp. 259-271.
- HIDALGO, M.V.; MENÉNDEZ, S.; LÓPEZ-VERDUGO, I.; SÁNCHEZ, J.; LORENCE, B. y JIMÉNEZ, L. (2015): “Programa de formación y apoyo familiar”, en M. RODRIGO, M. MÁIQUEZ, J. MARTÍN, S. BYRNE, y B. RODRÍGUEZ, *Manual práctico de parentalidad positiva*, Madrid, Síntesis, pp. 169-188.
- HIDALGO, M.V.; OLIVA, A.; JIMÉNEZ, L.; ANTOLÍN-SUÁREZ, L.; MENÉNDEZ, S. y LORENCE, B. (2012): Proyecto de Apoyo Integral a las Familias (PAIF), Sevilla, Universidad de Sevilla y Gobierno de Cantabria.
- JIMÉNEZ, L. e HIDALGO, M.V. (2016): “La incorporación de prácticas basadas en evidencias en el trabajo con familias: los programas de promoción de parentalidad positiva”, *Apuntes de Psicología*, vol. 34, nº 2-3, pp. 91-100.
- JIMÉNEZ, L.; ANTOLÍN-SUÁREZ, L.; LORENCE, B. e HIDALGO, V. (2018): “Family education and support for families at psychosocial risk in Europe: Evidence from a survey of international experts”, *Health & Social Care in the Community*, vol. 27, nº 2, pp. 1-10, <<https://doi.org/10.1111/hsc.12665>>.
- KUCZYNSKI, L. (2003): “Beyond bidirectionality: Bilateral conceptual frameworks for understanding dynamics in parent-child relations”, en KUCZYNSKI, L. (ed.), *Handbook of Dynamics in Parent-Child Relations*, Thousand Oaks, Sage, págs. 1-24.
- MÁIQUEZ, M.; RODRIGO, M. y BYRNE, S. (2015): “El proceso de apoyo en la promoción de la parentalidad positiva”, en M. RODRIGO, M. MÁIQUEZ, J. MARTÍN, S. BYRNE, y B. RODRÍGUEZ: *Manual práctico de parentalidad positiva*, pp. 67-87, Madrid, Síntesis.
- MÁIQUEZ, M.; RODRIGO, M.; CAPOTE, C. y VERMAES, I. (2000): *Aprender en la vida cotidiana. Un programa experiencial para padres*, Madrid, Visor.
- MARINHO, M. y FERREIRA, E. (2000): “Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo”, *Psicología Conductual*, vol. 8, nº 2, pp. 299-318.
- MARTÍN, J.C. (2005): “Evaluación del programa de apoyo personal y familiar para familias en situación de riesgo psicosocial” [tesis doctoral], Universidad de La Laguna.
- MARTÍN, J., CABRERA, E., LEÓN, J., y RODRIGO, M. (2013): “La Escala de Competencia y Resiliencia Parental para madres y padres en contextos de riesgo psicosocial”, *Anales de Psicología*, vol. 29, nº 3, pp. 886-896.
- MARTÍN, J.C.; MÁIQUEZ, M.L.; RODRIGO, M.J.; CORREA, A.D. y RODRÍGUEZ, G. (2004): “Evaluación del programa ‘Apoyo personal y familiar’ para madres y padres en situación de riesgo psicosocial”, *Infancia y Aprendizaje*, vol. 27, nº 4, pp. 437-445.
- MARTÍN-QUINTANA, J.C.; BYRNE, S.; MÁIQUEZ, M.L.; RODRÍGUEZ, B.; RODRIGO, M. J. y RODRÍGUEZ, G. (2009): “Programas de Educación Parental”, *Intervención Psicosocial*, vol. 18, nº 2, pp. 121-133.
- MARTÍNEZ, R.A.; PÉREZ, M.H.; ÁLVAREZ, L.; RODRÍGUEZ, B. y BECEDÓNIZ, C. (2015): “Programa basado en evidencias para fomentar la parentalidad positiva en Asturias (España)”, en M. RODRIGO LÓPEZ, M. MÁIQUEZ CHAVES, J. MARTÍN QUINTANA, S. BYRNE, y B. RODRÍGUEZ RUÍZ, *Manual práctico de parentalidad positiva*, Madrid, Síntesis, pp. 151-168.
- MENDES, N.; MATTAR, M.A. y ALMEIDA, A.T. (2015): “Educación parental en familias en situación de pobreza en el contexto brasileño”, en M. RODRIGO, M. MÁIQUEZ, J. MARTÍN, S. BYRNE, y B. RODRÍGUEZ, *Manual práctico de parentalidad positiva*, Madrid, Síntesis, pp. 223-244.
- MOLINUEVO, D. (2013): *Parenting support in Europe*, Dublín, Eurofound.
- MORRISON, J.; PIKHART, H.; RUIZ, M. y GOLDBLATT, P. (2014): “Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children’s health and development”, *BMC. Public Health*, vol. 14, pp. 1-13, recuperado de: <<https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1040>>.
- MUÑOZ, M.M. y GÓMEZ, E.A. (2015): “Crecer en familia: un servicio para promover la parentalidad positiva en Chile”, en M. RODRIGO, M. MÁIQUEZ, J. MARTÍN, S. BYRNE, y B. RODRÍGUEZ, *Manual práctico de parentalidad positiva*, Madrid, Síntesis, pp. 189-204.
- PEÆNIK, N. (2012): “Hacia una visión de la parentalidad en el interés superior del niño”, en M. DALY, *La parentalidad en la Europa contemporánea: un enfoque positivo*, Consejo de Europa, pp. 21-46.
- QUINTON, D. (2004): *Supporting parents. Messages from research*, London, Jessica Kingsley.
- RAMOS, P.; VÁZQUEZ, N.; PASARÍN, M. y ARTAZCOZ, L. (2016): “Evaluación de un programa piloto promotor de habilidades parentales desde una perspectiva de salud pública”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 30, nº 1, pp. 37-42, <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.008>>.
- RODRIGO, M.J. (2016): “Quality of implementation in evidence-based positive parenting programs in Spain: Introduction to the special issue”,

- Psychosocial Intervention, vol. 25, nº 2, pp. 63-68, <<https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.02.004>>.
- RODRIGO, M.J.; ALMEIDA, A.; SPIEL, C. y KOOPS, W. (2012): "Introduction: Evidence-based parent education programmes to promote positive parenting", *European Journal of Developmental Psychology*, vol. 9, nº 1, pp. 2-10, <<https://doi.org/10.1080/17405629.2011.631282>>.
- RODRIGO, M.; MÁIQUEZ, M.; MARTÍN, J. y BYRNE, S. (2008): *Preservación familiar: un enfoque positivo para la intervención con familias*, Madrid, Pirámide.
- RODRIGO, M.; MÁIQUEZ, M.; MARTÍN, J. y RODRÍGUEZ, B. (2015): "La parentalidad positiva desde la prevención y la promoción", en M. RODRIGO, M. MÁIQUEZ, J. MARTÍN, S. BYRNE, y B. RODRÍGUEZ, *Manual práctico de parentalidad positiva*, Madrid, Síntesis, pp. 25-43.
- RODRÍGUEZ, E.; MARTÍN, J.C. y RODRIGO, M.J. (2015): "Vivir la adolescencia en familia. Un programa de apoyo parental en la adolescencia", en M. RODRIGO, M. MÁIQUEZ, J. MARTÍN, S. BYRNE, y B. RODRÍGUEZ, *Manual práctico de parentalidad positiva*, Madrid, Síntesis, pp. 131-150.
- SALLÉS, C. y GER, S. (2011): "Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación", *Educación Social*, vol. 49, págs. 25-47.
- SANDBAEK, M. (2007): "Servicios de apoyo a una parentalidad positiva", En M. DALY, *La parentalidad en la Europa contemporánea: un enfoque positivo*, Consejo de Europa, pp. 71-102.
- TENORIO, M.C.; GARAVITO, J.; SÁNCHEZ, J.E. y BURBANO, M.H. (2015): "Familia y escuela educamos juntos", en M. RODRIGO, M. MÁIQUEZ, J. MARTÍN, S. BYRNE, y B. RODRÍGUEZ, *Manual práctico de parentalidad positiva*, Madrid, Síntesis, pp. 205-222.
- TORÍO, S.; FERNÁNDEZ, C.M. e INDA, M.M. (2016): "Evaluación de un programa experiencial de educación parental: la perspectiva de los educadores como agentes de cambio", *Aula Abierta*, vol. 44, pp.31-37, <<https://doi.org/10.1016/j.aula.2015.05.001>>.
- TORRES, A.; SUÁREZ, A.; ÁLVAREZ, M.; PADILLA, S.; RODRÍGUEZ, E. y RODRIGO, M.J. (2015): "Apoyo parental 'online'", en M. RODRIGO, M. MÁIQUEZ, J. MARTÍN, S. BYRNE, y B. RODRÍGUEZ, *Manual práctico de parentalidad positiva*, Madrid, Síntesis, pp. 245-263.
- VAQUERO, E.; SUÁREZ, A.; FERNÁNDEZ, L.; RODRIGO, M.J. y BALSELLS, M.A. (2019): "E-parenting: una revisión sistemática de la literatura", *EDUTEC. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, vol. 68, pp. 30-41, <<https://doi.org/10.21556/edutec.2019.68.1313>>.
- VILA, I. (1998): "Intervención psicopedagógica en el contexto familiar", en M. RODRIGO, y J. PALACIOS, *Familia y desarrollo humano*, Madrid, Alianza Editorial, pp. 501-519.

Agradecimientos

Parte de este trabajo se ha realizado con la colaboración del Departamento de Innovación, Investigación y Universidad del Gobierno de Aragón.

Analizando la función de la comunidad en el sistema de organización social de los cuidados en Euskadi

Martin Zuñiga Ruiz de Loizaga

Universidad de Deusto
martin.zuni@deusto.es

Felix Arrieta Frutos

Universidad de Deusto
felix.arrieta@deusto.es

Europako ongizate-sistemek, batik bat meditarrenean eremukoek, errealitate demografiko eta sozial berriak eragiten dituen zaintza-eskariei behar bezala erantzuteko zailtasun nabarmenak dituzte. Euskal gizarteak, zahartze-tasa altua eta tradizio familiarista nabarmena izanda, egoera horri posizio konplexu batetik aurre egiten dio. Gaur egungo zainketen gizarte-antolaketaren eredu ordaindu gabeko emakumeen lanean oinarritzen da, gizarte-zerbitzuek partaidetza urria dutena, eta etxeko enplegu-privatizazioa gero eta nabarmenagoa; azken batean, eredu horrek egoera zaila irudikatzen du. Publikoaren eta pribatuaren, Estatuaren eta merkatuaren arteko logikak, diskurtsoaren eta iruditeria kolektiboaren hegemonia dakar, baina komunitatea, arlo komunitarioa, ongizatea eta zaintza emateko hirugarren bide gisara azaleratzen da. Premisa hori oinarri hartuta, artikulu honen helburua Euskadiko pertsona adinduen zaintzaren gizarte-antolamenduko sistemetan komunitateak zein funtzio betetzen duen aztertzea da.

GAKO-HITZAK:

Zaintzak, komunitatea, zahartzea, gizarte-zerbitzuak, gizarte-langintza.

Los sistemas de bienestar europeos, y especialmente los de carácter mediterráneo, vienen mostrando claras dificultades para responder adecuadamente a la demanda de cuidados que la nueva realidad demográfica y social está generando. La sociedad vasca, con una alta tasa de envejecimiento y una marcada tradición familiarista, afronta esta situación desde una posición compleja. El modelo de organización social de los cuidados actual, basado en el trabajo no remunerado de las mujeres, con una escasa participación de los servicios sociales y una creciente privatización del empleo en el hogar, dibujan un escenario complicado. La lógica entre lo público y lo privado, el Estado y el mercado, hegemoniza el discurso y el imaginario colectivo, pero la comunidad, lo comunitario, emerge como una tercera vía para la provisión de bienestar y cuidados. Bajo esta premisa, este artículo tiene como objetivo analizar la función que cumple la comunidad en los sistemas de organización social del cuidado de las personas mayores en Euskadi.

PALABRAS CLAVE:

Cuidados, comunidad, envejecimiento, servicios sociales, trabajo social.

1. Introducción

Los cuidados son hoy un tema de capital importancia en el debate público y político. Es evidente que la crisis de la covid-19 ha hecho emerger con toda la crudeza la necesidad de repensar el cuidado y los sistemas de organización vinculados a él. Esta realidad, no obstante, venía siendo constatada a nivel teórico desde hace al menos dos décadas, ya que los sistemas de bienestar europeos, y especialmente los de carácter mediterráneo, vienen enfrentándose a un déficit de cuidados (Tronto, 2013). Además, a esto hay que añadir el hecho de que los sistemas europeos manifiestan profundos desequilibrios demográficos, con poblaciones cada vez más envejecidas, cambios en los valores normativos de género y en la organización de las familias, y un mercado laboral cada vez más complicado que está imposibilitando que grandes grupos de personas tengan la posibilidad de cuidar y/o de ser cuidados.

Las sociedades europeas, entre ellas la vasca, afrontan esta situación desde una posición compleja. El modelo actual, basado en el trabajo no remunerado de las mujeres, con escasa participación de los servicios sociales y creciente privatización en el empleo del hogar, plantean serias dificultades para la sostenibilidad de la vida. Si a lo anterior añadimos una concepción de los cuidados como algo perteneciente al ámbito privado, a algo que las familias deben resolver con sus propios recursos, ya sea de manera directa o recurriendo al mercado, apoyado en todo o en parte con apoyos y prestaciones públicas (Moreno-Colom, 2019), tenemos el marco completo de la dificultad actual. En otras palabras, no está asumido socialmente ni institucionalmente que el cuidado deba ser algo resuelto democráticamente.

Ante esta situación, los sistemas de bienestar y de organización social de los cuidados demandan una reestructuración que permita dar respuesta a las necesidades emergentes, y así está ocurriendo a nivel europeo. Bajo esta premisa, crece el interés por la búsqueda de fórmulas que permitan reorganizar los esquemas de bienestar y cuidados, optimizando la función que las diferentes esferas (Estado, mercado, familia, comunidad, Tercer Sector) que participan en la provisión de bienestar y cuidados cumplen. Y, entre estas, la esfera comunitaria se erige precisamente como una de las que mayor contribución pueden hacer al respecto.

Su articulación con los sistemas de bienestar es un reto emergente, sobre el que existe un creciente interés político y académico, pero escaso desarrollo. El presente artículo expone parte de los resultados de una tesis doctoral que trata de realizar un aporte en esta dirección, poniendo el foco tanto en la función que la comunidad tiene en la provisión de cuidados, como en analizar el espacio que ocupa actualmente en el sistema de organización social de los cuidados en Euskadi.

2. Crisis y democratización de los cuidados

Tal y como hemos introducido, la creciente demanda de cuidados, así como el proceso de reforma institucional con tintes neoliberales y comunitaristas que se está produciendo en los sistemas de bienestar europeos, están motivando la búsqueda de nuevas formas de organizar los esquemas de bienestar y cuidado, aumentando y optimizando la función que las diferentes esferas participantes cumplen, a fin de tratar de dar una mejor respuesta a los retos que los cambios demográficos, políticos y económicos plantean. Deseados o no, estos cambios están abriendo una ventana de oportunidad para introducir una lógica progresista, democrática y comunitaria en la reforma. Si bien la lógica entre lo público y lo privado, el Estado y el mercado, hegemoniza el discurso y el imaginario colectivo, la comunidad, lo comunitario, emerge como una tercera vía para la provisión de bienestar y cuidados, lo cual rompe la lógica dicotómica arriba mencionada, proporcionando al mismo tiempo un nuevo paradigma desde el que entender la organización social, en este caso, de los cuidados.

Y pese a las dificultades a la hora de delinear qué constituye la comunidad y como lo comunitario participa en el cuidado, la coyuntura social y política está propiciando una activación de iniciativas y acciones de base ciudadana y comunitaria. Siguiendo a Moreno-Colom (2018), la comunidad emerge como un actor imprescindible ante las necesidades crecientes y el fracaso de los sistemas de bienestar actuales, y parece hacerlo, sobre todo, en los países de Europa del sur, donde la familia asume buena parte de la responsabilidad de los cuidados. En la misma línea, Durán (2017) afirma que la crisis financiera y la contracción presupuestaria de los servicios públicos han sido procesos simultáneos a la visibilización de la necesidad de organizar socialmente los cuidados. Si atendemos a la literatura especializada en los sistemas de organización del cuidado, en las últimas décadas se viene produciendo un desplazamiento desde el Estado como proveedor principal hacia el resto de esferas (Daly y Lewis, 2000), materializándose en dos grandes procesos, como son la desinstitucionalización y la privatización (Deusdad, Pace y Anttonen, 2016). El contexto de crisis económica ha hecho, en opinión de Durán (2017), más necesaria la reflexión sobre los recursos no monetizados disponibles y su potencial utilización.

La comunidad y lo comunitario resurgen con fuerza en el contexto actual, al menos a nivel discursivo, pero su articulación resulta una tarea compleja. Comas-d'Argemir (2019) destaca que están surgiendo nuevas formas de redes de cuidados en contextos educativos, vecinales o locales, o entidades que con ayuda pública hacen posible incorporar voluntariado a las actividades de cuidado, aunque, pasar de la teoría a la práctica se plantea como todo un reto. El debate sobre la función y el espacio que cada esfera debe o puede tener en la provisión de cuidado es siempre complicado en

términos técnicos, políticos e ideológicos, pero mucho más, cuando nos centramos en la esfera comunitaria. Más allá de la esfera familiar, cuando el cuidado se realiza desde la esfera pública, o desde el mercado, solemos hablar de servicios de atención. Cuando se hace desde entidades del Tercer Sector, igualmente hablamos de servicios o proyectos, pero cuando se produce en entornos sociales abiertos, sus contornos se difuminan (Vega, Martínez-Buján y Paredes, 2018). Por otra parte, sabemos que lo comunitario tiene su peso, y que el sostenimiento diario depende en mayor o menor medida de redes, vínculos y espacios en los que se cuida más allá de la familia nuclear o el entorno doméstico (Vega-Solís y Martínez-Buján, 2017). Sin embargo, no parece claro cuál es su función y cuáles son sus límites o sus confines cuando se contempla en relación a los sistemas de cuidado. Por otra parte, sus características intrínsecas —véase la espontaneidad, la informalidad, su carácter cotidiano, etc.—, hacen difícil su articulación en un marco más amplio e institucionalizado.

Además, pese al tiempo que ha transcurrido ya desde su formulación, experiencias estatales de activación comunitaria como la Big Society británica o la Sociedad Participativa en Holanda, nos han alertado de uno de los claros riesgos que entrañan las estrategias y políticas de corte comunitario. El peligro reside en que, pese a que estas fueron propuestas como estrategias de devolución de poder hacia las comunidades y los entornos locales, en la práctica, devinieron en la refamiliarización de determinados riesgos (Fine y Glendinning, 2005), y fueron cuestionadas por servir de pantalla o como eufemismo para introducir recortes y desplazamiento de responsabilidades desde la esfera pública hacia la privada (Fantova, 2014). Esto aviva el debate en torno a cuál debe ser la fórmula más correcta o efectiva para el desarrollo de estrategias comunitarias de cuidado, sin que suponga en definitiva una descarga de responsabilidades hacia las familias.

La tarea que aguarda en el momento actual es precisamente la “desfamiliarización” (Esping-Andersen y Palier, 2011) de los cuidados, por lo que, además de marcar una clara diferencia entre ambas esferas, cuestión que parece simple, se deberán buscar fórmulas para hacer efectiva esta democratización, socialización o comunitarización de los cuidados. Esta tarea, no obstante, parece tener frente a sí una gran cantidad de obstáculos, algunos de los cuales son analizados en el apartado de resultados de este artículo.

Tal y como Vega, Martínez-Buján y Paredes (2018) o Moreno-Colom (2019) acertadamente recogen, con frecuencia el cuidado remite a la casa y a lo privado. Daatland (2009) nos ofrece un ejemplo de ello al afirmar que en España las responsabilidades filiales hacia el cuidado de sus progenitores son más fuertes que en el caso de un país nórdico como Noruega. Esta percepción del cuidado como una cuestión familiar y privada puede ser, como venimos sugiriendo, un elemento que genere resistencias o actúe como un

obstáculo para la puesta en marcha de dinámicas de cuidado comunitarias.

En esta línea, Torns (2013) reconoce que la organización social y colectiva de los cuidados cotidianos en España debería tomar en consideración las posibles dificultades y resistencias culturales que las propuestas de socialización o comunitarización de los cuidados debieran afrontar. En este sentido, Brenner y Haaken (2000) alertan de que en el contexto socio-político actual el entorno familiar parece el único lugar en el que los individuos pueden encontrar unas relaciones no mercantilizadas y un apoyo incondicional. Esta situación puede estar produciendo una espiral descendente en la que, cuanto más se confía en la familia, más se vuelca el individuo en maximizar sus beneficios en favor de su núcleo familiar, a la vez que deja de apoyar otras personas y familias, y, en definitiva, a la comunidad.

Por otra parte, no debemos tampoco olvidar que además de resistencias culturales o de valores, existen también una serie de resistencias u obstáculos que podríamos definir como sistémicos, y que se han tratado de dejar de manifiesto al tratar la crisis de los cuidados. Nos referimos a cuestiones relacionadas con las características del mercado laboral actual, como la precarización del trabajo, la movilidad, la dificultad para la conciliación, etc. Estas características reducen el tiempo disponible para el cuidado (propio y del otro) y también para la participación social y comunitaria. En muchos casos, no es que no exista la voluntad de cuidar, sino que, como Tobío *et al.* (2011) enfatizan, no es que no se quiera, sino que no se puede. De hecho, dos de las principales características de los sistemas de cuidados en las sociedades occidentales, especialmente si hablamos de la prestación de cuidados, es que se trata de un tipo de actividad no valorada socialmente y profundamente feminizada. Esto no es ninguna casualidad, ya que ambas características están interrelacionadas y han sido fundamentales para el desarrollo de un sistema productivo/reproductivo basado, hasta hace escasas décadas (y se podría argumentar que todavía hoy sigue siendo así), en la división sexual del trabajo. Este sistema solo ha sido posible gracias a una enorme “trastienda” (Prieto y Serrano, 2013), que no es otra que la del mundo de los cuidados. Tal y como recoge Rendueles (2014), nuestro sistema económico y político está enteramente construido de espaldas a la persistente realidad del cuidado mutuo. Igualmente, Herrero (2013) afirma que el sistema económico capitalista y todo el armazón cultural que le acompaña se han desarrollado en contradicción con las dependencias materiales que permiten la vida, y no solo ignoran la existencia de límites físicos en el planeta, sino que además ocultan y minusvaloran los tiempos necesarios para la reproducción social cotidiana.

No olvidemos, por tanto, como señala Zubero (2018), que para poder abordar en clave de políticas públicas la cuestión de los cuidados es imprescindible

combatir las distintas estrategias por las que en el marco del capitalismo patriarcal se produce la invisibilización del cuidado. Esto indudablemente no será fácil, ya que, como el propio autor indica, hay intereses en juego (Zubero, 2018), y habrá personas que ganen y que pierdan según cual sea la evolución de esta lucha. Nos referimos al hecho de que cambiar el sistema de cuidados, si se hace de forma profunda, supone subvertir el *statu quo*. Y esto, evidentemente, encontrará resistencias desde posicionamientos ideológicos y económicos que consideran la situación actual, con sus carencias, como la más deseable.

En resumen, lo comunitario en el cuidado y su articulación con los sistemas de bienestar es un reto emergente, sobre el que existe un creciente interés político y académico, pero escaso desarrollo. En todo caso, tal y como Díaz Gorfinkel y Pérez Orozco (2011) indican, cabe señalar que en los casos en que la comunidad juega un rol, es un agente desatendido por la política pública. De manera que, aun cuando existe, su papel no se reconoce ni apoya. En línea con el pensamiento de Brenner y Haaken (2000), en lugar de centrar las políticas de cuidado en las familias, se debería hacer una apuesta por apoyar o reconstruir las comunidades e invertir en instituciones de carácter local y democráticas para la provisión de cuidados. Esto supone abordar el tema de la provisión de cuidados desde una perspectiva imaginativa, pensando en propuestas novedosas, como instituciones comunales que recojan esta expresión y visión de comunidades amigables, compasivas y democráticas.

3. La comunidad en los sistemas de cuidados: clarificando conceptos fundamentales

Antes de comenzar a reflexionar acerca de la función de la comunidad en los sistemas de cuidados, creemos conveniente definir o proponer una serie de planteamientos teóricos que nos sirvan como base. Concretamente, nos centraremos en dos: el primero de ellos será precisamente la conceptualización del concepto mismo de comunidad, entendido como un concepto operativo que sea de utilidad práctica; y el segundo, la estructura o esquema de los sistemas de cuidados, ofreciendo un marco interpretativo de estos.

3.1. Un marco interpretativo para el concepto de comunidad

Con referencia al concepto de comunidad, en un trabajo previo (Zuñiga, 2020) esbozábamos una definición de comunidad, a partir de los elementos que se destacan tras el análisis de diferentes autores. Estos fueron: el territorio o espacio; los tipos de interacción; el grupo de personas o la población; el componente psicológico; y, la participación en actividades comunes. Con ellos hemos tratado de formular una definición provisional, operativa que pueda ser de utilidad. Así, una comunidad podría

ser: “Un proceso (o varios) de participación que se desarrolla en un espacio físico determinado en el que las personas y grupos que interactúan en el mismo desarrollan un componente psicológico de pertenencia/reciprocidad”.

El concepto clave de esta definición es, por tanto, la participación, una participación liminal y limitada. Se propone entender la comunidad como una realidad que requiere necesariamente participación en uno o varios procesos, y que, como resultado de ella, las personas y grupos participantes van generando elementos o componentes psicológicos identitarios o de pertenencia. Esto implica que solo serán parte de la comunidad las personas que participan en ella, lo que no quiere decir que la participación tenga que ser siempre de una intensidad o forma determinada, sino que se puede dar con muy diferentes niveles de implicación o compromiso, y ser cambiante o fluctuante a lo largo del tiempo.

La comunidad no será, por tanto, una estructura estable o inmutable; todo lo contrario, debemos pensarla como relaciones sociales que se hacen y se deshacen. La comunidad es, desde nuestro punto de vista, un proceso relacional dinámico, en constante transformación, que cuenta con unas coordenadas espacio-temporales concretas. En otras palabras, la comunidad estará formada por todas las personas que se encuentren, en un espacio y momento dados, comprometidas en la misma tarea. Estas personas están vinculadas por relaciones de amistad y vecindad que se desarrollan en sus entornos de vida habituales y se rigen por la lógica de la reciprocidad. De esta forma, no podemos equiparar comunidad a pueblo, barrio, o cualquier otra delimitación espacial, sino que en cada una de estas pueden existir varias, una o ninguna comunidad.

3.2. La estructura de los sistemas de cuidados

Respecto al segundo punto que quisiéramos clarificar, en primer lugar debemos señalar que los cuidados pueden abordarse desde dos planos complementarios. Daly y Lewis (2000) nos muestran cómo bajo el concepto de cuidado se esconde una realidad compleja que puede abordarse desde dos planos complementarios: el relativo al desempeño individual del rol involucrado; y el social, es decir, desde su relación con los sistemas y servicios provisionados por las diferentes instancias de la sociedad. En consecuencia, es esencial destacar que la noción de cuidado que se utiliza en este artículo va desde el ámbito micro, en el que se desarrollan prácticas sociales realizadas por personas concretas, hasta el ámbito macro, compuesto de instituciones y agentes sociales (Tobío *et al.*, 2010). Es decir, la acción o actividad concreta de cuidado, es provista como parte o integrada en un complejo sistema.

Hasta el momento actual, el cuidado y el bienestar han sido analizados como ámbitos separados en la mayoría de estudios. La realidad es que ambos

son provistos por medio de complejos sistemas o esquemas en los que intervienen diversos agentes, actores o instituciones, en lo que ha venido a ser designado como *welfare mix*. Ciertamente, el uso de este concepto es más habitual en el estudio de los sistemas de bienestar, pero como desarrollaremos a continuación, las esferas que participan en la provisión de bienestar y cuidados son exactamente las mismas. Podemos, por tanto, partir del concepto de *welfare mix* para señalar cuáles son las esferas que participan en la provisión de cuidados, ya que, en resumen, vienen a hacer referencia a una misma realidad.

Un breve repaso a la extensa literatura existente acerca de los sistemas de bienestar, así como a las diferentes políticas puestas en marcha, parece mostrar fehacientemente que no existe consenso en torno a cuáles son las esferas que conforman el concepto de *welfare mix*, que a pesar del énfasis, no deja de ser un *cul de sac* donde cada autor establece un orden y unas preferencias acordes con su punto de vista. Así, encontramos propuestas que suelen integrar tres o cuatro esferas, siendo estas designadas de diferente manera, incluso quedando unas excluidas frente a otras. Lo que queda claro es que en esta delimitación de las esferas que intervienen, la comunidad apenas es reconocida como esfera diferenciada o, cuando es identificada, suele ser agrupada como parte de otras esferas.

Actualmente, la amplia mayoría de los estudios reconocen la existencia de cuatro grandes esferas que vendrían a dibujar un diamante, pero estas varían ligeramente de un planteamiento a otro. En el análisis de la provisión de bienestar y cuidados, tanto la esfera pública, representada por el Estado, como la esfera privada, representada por el mercado, tienen prevalencia. El resto, o bien no son identificadas, o, cuando lo son, no se les atribuye el mismo rol. Existe por tanto un menor consenso en torno a la forma de designar y definir al resto de esferas, que en algunos casos no va más allá del plano semántico, pero que, en otros, puede implicar diferencias de mayor relevancia. Si atendemos a la literatura especializada en la materia, encontramos dos grandes grupos de esquemas, entre los que también se dan algunas divergencias. Estos dos grandes grupos son, a grandes rasgos, aquellos esquemas que no integran a la familia como una esfera en sí misma (véase, entre otros, Del Pino y Rubio, 2016; Fantova, 2014; Herrera, 2001; Llena, Parcerisa y Úcar, 2009; Maino, 2015; Oosterlynck *et al.*, 2013; Pastor, 2001; Pestoff, 1998), y aquellos que sí lo hacen (como Daly y Lewis, 2000; Esping-Andersen, 1990; Lee, Chae y Lim, 2016; Longo, Notarnicola y Tasseli, 2015; Mažeikienė, Naujanienė y Ruškus, 2014; Razavi, 2007; Rodríguez-Cabrero y Marbán, 2016). Los primeros han sido utilizados para el análisis de los sistemas de bienestar y los segundos, para el estudio de los sistemas de organización social de los cuidados.

La existencia de estos dos grandes grupos, con sus diferencias, reside por tanto en la naturaleza u orientación analítica de los esquemas. Por lo tanto, en función del objeto de estudio, puede interesar o no aislar o reconocer a la familia como un actor separado, o puede resultar más conveniente integrarla dentro de la esfera comunitaria, o el sector informal. Por ejemplo, debido al papel central de la familia en ámbitos como el cuidado, muchos estudios centrados en esta materia utilizan esquemas en los que se reconoce a la familia como una esfera diferenciada. No así en otra serie de conceptualizaciones, en las que la familia forma parte de un conglomerado más amplio.

Desde la perspectiva de este trabajo, se considera que ninguno de los esquemas propuestos capta con exactitud un esquema preciso y adecuado para analizar los sistemas de organización social del cuidado. Creemos necesario, por tanto, integrar las dos grandes corrientes y construir un esquema propio que ponga en valor el espacio de todas las esferas. De esta forma, planteamos que un pentágono puede ejemplificar mejor la forma en la que se articulan las diferentes esferas, ya que deberán ser cinco: el Estado, el mercado, el Tercer Sector, la comunidad y la familia.

El reparto de roles entre las diferentes esferas, es decir, el peso que cada una de ellas tenga frente a las demás en la provisión de cuidados, dará lugar a un modelo determinado de cuidados. En el contexto que nos ocupa, partimos de un escenario en el que, como en el resto de países que se reconocen como parte del régimen mediterráneo, las familias ocupan un espacio central y un alto nivel de concertación público-privada, en el que el Tercer Sector tiene también un papel importante. Sin embargo, como hemos introducido y tratamos de analizar en este trabajo, la comunidad y lo común emergen como una tercera vía para la provisión de bienestar y cuidados que rompe la lógica dicotómica, presentando un nuevo paradigma desde el que entender la existencia y la organización social, en este caso, de los cuidados. Además, el marco normativo vigente en Euskadi reconoce el enfoque comunitario de atención como enfoque de referencia para el sistema de servicios sociales, lo que establece un punto de partida favorable, aunque solo sea sobre el papel, ante la propuesta de integrar en mayor medida a las comunidades en los sistemas de cuidados.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, la tarea que aguarda en el momento actual es avanzar en la democratización, socialización o comunitarización de los cuidados, así como de las instituciones y administraciones que participan en la provisión y organización de estos. Esta tarea, no obstante, parece tener frente a sí una gran cantidad de obstáculos, algunos de los cuales analizaremos a continuación, así como trataremos de identificar cuáles son las fortalezas y el valor que lo comunitario aporta al cuidado, en este caso, de las personas mayores.

4. Metodología

La investigación en la que se basa este artículo persigue dar respuesta a dos grandes preguntas que están, además, estrechamente relacionadas. La primera de ellas es: ¿cuál es la función que cumple la comunidad en el cuidado? Es decir, ¿qué tipo de cuidados provee? ¿Cómo los provee? ¿Con qué intensidad? Y, en segundo lugar, ¿qué espacio ocupa la comunidad en los sistemas de organización social del cuidado? Es decir, ¿qué función le otorgan la sociedad en general y los sistemas públicos de bienestar en particular? ¿Cómo se relaciona con el resto de esferas que participan en los sistemas de organización social del cuidado? Y, en especial ¿cómo se relaciona la esfera pública con la comunitaria?

4.1. Fases y muestreo

La investigación que se presenta en este artículo, de carácter emergente, ha contado con tres fases diferenciadas, que han sido desarrolladas cronológicamente en el orden en que a continuación se presentan. La primera de ellas, referente al proceso de cocreación, ha sido desarrollada a lo largo de un curso académico (2017-2018), mientras que el resto han sido desarrolladas a lo largo de los años 2018 y 2019 de forma menos intensiva.

Tabla 1. Fases de la investigación

FASE I	FASE II	FASE III
Proceso de cocreación (n = 117)	Grupos de discusión <ul style="list-style-type: none"> • Grupo 1 (n = 5) • Grupo 2 (n = 7) 	Entrevistas en profundidad (n = 29)

Fuente: Elaboración propia.

La primera fase esta investigación comprende la realización de un proceso de cocreación comunitaria, llamado Lkaleak, desarrollado en barrio de Egia de la ciudad de Donostia/San Sebastián. En este proceso, personas mayores del barrio, junto con diferentes instituciones (del sector público, del Tercer Sector, y la propia Universidad de Deusto) han asumido el protagonismo y han participado en un proceso de reflexión que tiene como objetivo último orientar las políticas de participación y envejecimiento del Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián. Es, por tanto, un proyecto de carácter interinstitucional e interprofesional, diseñado por tres entidades: el Ayuntamiento de Donostia/San Sebastián, la Asociación para la Promoción de la Tecnología Social (Aptes) y la Universidad de Deusto.

La segunda fase del apartado empírico de este trabajo ha sido la realización de dos grupos de discusión con personas participantes en el proceso de cocreación que se acaba de describir. Como se puede ver en la Tabla 2, el primero de ellos estuvo conformado por algunas de las personas mayores

que ejercieron un papel más activo en el proceso participando como coinvestigadores/as, y el segundo grupo está conformado por las personas que participaron en el diseño y el desarrollo del proyecto desde una posición profesional.

Tabla 2. Códigos y descripción de los participantes de los grupos de discusión

	Código	Descripción
Grupo 1	G1M1	Mujer, 70+
	G1M2	Mujer, 70+
	G1H1	Hombre, 70+
	G1H2	Hombre, 70+
	G1M3	Mujer, 70+
	Código	Descripción
Grupo 2	G2M1	Mujer, Tercer Sector
	G2H1	Hombre, Tercer Sector
	G2M2	Mujer, Administración Pública
	G2M3	Mujer, Administración Pública
	G2M4	Mujer, Tercer Sector
	G2H2	Hombre, Universidad
	G2M5	Mujer, Tercer Sector

Fuente: Elaboración propia.

Para la tercera fase de la investigación, se ha realizado un muestreo intencional o no probabilístico, ya que los sujetos de la muestra no han sido elegidos siguiendo leyes del azar, sino de forma consciente e intencional (Ruiz de Olabuénaga, 2012). Siguiendo esta lógica, se han llevado a cabo un total de 29 entrevistas en profundidad (ver Tabla 3), a personas de tres perfiles: por un lado, personas con cargos de gestión relevantes designados políticamente; por otro, gestores de alta relevancia en diferentes instituciones públicas; y, finalmente, expertos y académicos, todos ellos con amplio conocimiento acerca del objeto de estudio. Además, se han tenido en cuenta los criterios de género, siendo 19 mujeres y 10 los hombres entrevistados, así como un número parecido de profesionales públicos (13) y expertos/as (16), y cierta representatividad de los tres territorios en lo que a profesionales de las instituciones públicas de los tres territorios de la Comunidad Autónoma de Euskadi respecta (cuatro en Bizkaia, cuatro en Gipuzkoa y cinco en Araba). Respecto al nivel institucional, han sido entrevistados profesionales de los tres ámbitos institucionales (Gobierno Vasco, diputaciones y ayuntamientos), siendo los ayuntamientos la institución de la que más profesionales se han entrevistado, por su más estrecha relación con el ámbito comunitario y los servicios sociales de atención primaria (en el anexo se puede consultar la lista completa).

Tabla 3. Muestreo de los y las participantes en las entrevistas en profundidad

	Bizkaia	Gipuzkoa	Araba
Participantes (n)	n = 13	n = 11	n = 5
Muestreo	Cargo político (n = 2)	Cargo político (n = 1)	Cargo político (n = 1)
	Gestor público (n = 2)	Gestor público (n = 3)	Gestor público (n = 4)
	Experto (n = 9)	Experto (n = 7)	

Fuente: Elaboración propia.

4.2. Análisis

La información procesada en este análisis ha sido obtenida mediante las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión, que ha sido transcrita y analizada por medio del software Atlas.ti8. Se trata de un análisis de carácter temático, tanto por la lógica seguida para el análisis como por la forma de presentar los resultados. Inspirada por la propuesta de Kurckartz (2014), ha comprendido cinco fases diferenciadas: 1) lectura y subrayado de pasajes importantes: en este punto se identifican unidades conceptuales (o reducibles a ellas), y se realiza un proceso de “descontextualización” (Escalante, 2009) que consiste en sacar de su contexto un extracto de texto con la finalidad de hacerlo semánticamente independiente; 2) codificación inicial o abierta (lógica inductiva): a cada uno de estos pasajes o conceptos se les ha asignado un código o se ha creado un código *in-vivo* o emergente desde una lógica inductiva, cuando se ha considerado que representaba un tema relevante que el marco analítico deductivo no ha considerado. En total, se han identificado un total de 133 códigos inductivos; 3) clasificación de los códigos y codificación temática (lógica deductiva): estos códigos han sido posteriormente clasificados como parte de categorías superiores ya existentes que representan los grandes temas que aborda la investigación (comunidad, cuidados, contexto social y envejecimiento, sistema de servicios sociales y trabajo comunitario); 4) jerarquización y recodificación (lógica abductiva): a continuación, se ha realizado el análisis de los códigos y las categorías por cada uno de los grandes temas, agrupando la información y estableciendo relaciones y jerarquías entre los conceptos (*i.e.*, asociaciones de personas mayores < participantes clave < claves proceso < trabajo comunitario). En esta fase, se ha reparado también a la *groundedness* (fundamentación) y *density* (densidad) de los códigos para identificar aquellos temas que adquieren una mayor relevancia, reiteración o fuerza en los discursos de las personas entrevistadas, así como su conexión con otra serie de códigos. En este punto interviene un análisis “cuantitativo” de los elementos identificados: frecuencia de aparición, variación según los hablantes, según los

contextos, interdependencia entre los elementos, etc. (Escalante, 2009); 5) interpretación, abstracción y resultados: finalmente, los resultados son presentados siguiendo la lógica del análisis por temas o categorías previamente realizado. Las conclusiones, por su parte, son construidas no solo por medio del análisis, sino también, tal y como enfatiza Chowdhury (2015), teniendo en cuenta el contexto y el momento en el que se desarrolla la investigación.

5. Resultados

Tanto la cantidad de información analizada como los resultados obtenidos en la investigación que se presenta exceden notablemente el espacio que un artículo de estas características puede abarcar, por lo que nos limitaremos a exponer, de manera sintética, algunas de las principales ideas, organizadas en torno a los siguientes temas: la función de la comunidad como fuentes de provisión de cuidados; el espacio de la comunidad en los sistemas de organización social de los cuidados; y la comunidad en la configuración actual del sistema de servicios sociales en Euskadi. Los extractos que se presentan son los obtenidos por medio de los grupos de discusión y las entrevistas en profundidad.

5.1. La función de la comunidad como fuente de provisión de cuidados

Como se ha identificado a lo largo de esta investigación, el cuidado comunitario se compone de “microrelaciones”, que se dan en el día a día, en la cotidianeidad. La función que la comunidad tiene en el cuidado se circunscribe al ámbito social y relacional, y a pequeños apoyos de carácter instrumental. Gardner (2011) se refiere a estas relaciones como “natural neighborhood network”, que podemos traducir como la “red vecinal natural”, que es aquella red de relaciones e interacciones informales que pueden mejorar el bienestar y que en ocasiones representa la práctica totalidad de la vida social de muchas personas mayores. Las personas entrevistadas señalan que lo que las personas mayores esperan recibir de la comunidad son cuestiones que pueden definirse como simples o sencillas. Se trata de pequeños gestos, como el saludo, una mirada cómplice, una conversación, etc., o guardar las llaves de casa, subir la compra, el periódico, etc.

A mí me parece que son microrelaciones. Porque la gente lo que pide es una mirada, un achuchón, microacciones que hacen que te sientas parte de. Los testimonios han sido muy valiosos porque la gente no pide grandes cosas. (Grupo discusión profesionales, G2M4)

Pudiera parecer que muchas de estas interacciones carecen de valor por su superficialidad, pero, tal y como Sennet (2019) afirma, en este caso la

superficialidad no sería un defecto. En opinión del autor, pese a que pueda no existir un verdadero interés en saber cómo se encuentra un vecino/a, el hecho de preguntar supone una señal de reconocimiento. Esos pequeños gestos de cortesía, que pueden ser más o menos impersonales, pueden servir para ir restableciendo una conexión social. A partir de aquí, claro está, la intensidad y cercanía deberán ir desarrollándose, dando lugar a relaciones más significativas.

Si bien estas peticiones no implican un gran esfuerzo ni movilización de recursos, se señala que pueden suponer un cambio y un apoyo importante en la vida de las personas mayores. La función de la comunidad, en especial en su dimensión relacional, se ha definido como *esencial* para el bienestar y la salud de las personas mayores. Tal y como sugieren nuestros resultados, esta podría tener un efecto preventivo y protector que permite que las personas sigan viviendo en su entorno de vida habitual de forma segura durante más tiempo.

Entonces le pide que le traiga el pan a no sé quién, o si van con la bolsa de la compra pues la deja en el portal y se la va a subir algún vecino cuando pase por allí. O sea, ese tipo de cosas que se hacen pues por la amistad y por la relación vecinal, pues permite que la gente siga en su entorno mucho más tiempo que si eso no funcionara. Entonces, el papel es esencial. (Experto/a-académico/a, MEB₁)

De hecho, se ha mencionado que, en algunos casos, la comunidad puede ser la única alternativa (cargo político, MPOG₁) para poder residir en el entorno de vida habitual de forma segura. En este sentido, se ha destacado también la función de *antena* que estas relaciones pueden tener, al servir como detectores de situaciones de cierto riesgo o vulnerabilidad. Esta “vigilancia”, en su sentido más positivo, puede realizarse entre amigos/as o vecinos/as, pero también tiene un gran potencial de coordinación con la esfera mercantil (pensemos por ejemplo en kioscos o panaderías que conocen los hábitos de sus clientes y pueden detectar un cambio en sus patrones), y especialmente con las instituciones públicas, entre los que destacarían los servicios sociales, por su responsabilidad en este ámbito.

Uno de los elementos centrales de la función de la comunidad en el cuidado es el *apoyo* vinculado a cuestiones de carácter relacional e inmaterial, más que a otros apoyos de carácter material, que también pueden darse por medio de estas relaciones. Así, lo material suele estar cubierto en la mayoría de los casos, mientras que lo inmaterial, lo intangible, es aquello de lo que más carecen ciertas personas mayores (aunque podríamos extenderlo a cualquier persona), y donde más efectivas son las relaciones comunitarias. Este elemento ha ido emergiendo a lo largo del análisis junto a otros códigos como *amistad, cariño y amor*.

La comunidad tiene por tanto un papel esencial en satisfacer necesidades emocionales, y brinda un apoyo y un acompañamiento afectivo y/o psicológico. El valor de lo comunitario es mayormente intangible, y a menudo invisible, pero su efecto a nivel emocional puede ser más determinante de lo que se podría suponer, especialmente para personas con una red social escasa. Pese a que pudieran parecer contactos o relaciones triviales, de escasa profundidad, lo cierto es que este tipo de contactos cotidianos pueden suponer los únicos contactos y relaciones diarias de muchas personas.

Al respecto de la naturaleza de las relaciones comunitarias de *tiempo social y acompañamiento*, que pueden ser un importante *apoyo*, es necesario señalar que, tal y como nuestros resultados confirman, difícilmente podrán ser sustituidas por relaciones, servicios o apoyos que provengan del resto de esferas que participan en la provisión de bienestar y cuidados (al menos si lo que se buscan son relaciones significativas, en las que se construye un vínculo mediado exclusivamente por una lógica de reciprocidad).

Creo que, en general, lo que veo es que por mucho que la institución pongamos recursos, nunca vamos a llegar por nosotros solas a cubrir esos espacios de acompañamiento, el aspecto relacional que puede cubrir la comunidad. (Profesional-gestor público, FPMA₂)

En conclusión, podríamos cerrar este apartado destacando que la comunidad tiene una función claramente definida en el cuidado, circunscrita al ámbito social y relacional, dando respuesta a necesidades psicológicas y emocionales, además de pequeños apoyos de carácter material. Así, la principal forma en la que este cuidado es provisto es a través de interacciones y relaciones que se establecen con diferentes grados de estabilidad e intensidad. Podemos agrupar aquí desde gestos (aparentemente) superficiales entre vecinos/as, hasta relaciones de amistad o vecindad de años de duración. A medida que las relaciones son más estables e intensas, y, en definitiva, más significativas, su potencial cuidador aumenta, lo que no es óbice para no reconocer el valor que las pequeñas interacciones, pese a su sencillez, también parecen tener. El concepto clave a este respecto es el de *participación* en la vida social y comunitaria, ya que es a través de esta participación que se posibilita que se den las interacciones y se establecen las relaciones.

5.2. Definiendo el espacio de la esfera comunitaria en el sistema de organización social del cuidado

En este artículo se ha definido la comunidad como un proceso, en contraposición a una estructura o agente con una morfología determinada y una entidad estable. A diferencia del resto de esferas, que son estructuras o instituciones fácilmente identificables, podría parecer que la definición de su espacio en

los sistemas de cuidado es una tarea más compleja. Sin embargo, nuestro planteamiento es claro y meridiano, el espacio de la comunidad en el cuidado es aquel que ocupan relaciones primarias que van más allá del vínculo de parentesco, y son por tanto de amistad y/o vecindad. Esta relación, además, estará motivada por la lógica de la reciprocidad. En consecuencia, el espacio de la comunidad en los sistemas de organización social del cuidado es ocupado o representado por personas que, a título individual y motivadas por la lógica de la reciprocidad, realizan ciertas acciones de cuidado o ejercen una función social/relacional significativa para el bienestar emocional de otras personas.

Si bien es patente la indefinición que acompaña al concepto de comunidad y su carácter difuso en los sistemas de bienestar y cuidado, de forma generalizada, las personas entrevistadas han identificado con claridad el apoyo provisto por vecinos/as y amigos/as como aquel que forma parte de la comunidad. Atendiendo a los resultados, se evidencia que el cuidado es provisto mayoritariamente por las familias, además de los servicios públicos o privados en su caso. A partir de aquí se mencionan también las *amistades*, los *vecinos* o la *comunidad*, pero se reconoce que su función es mucho más residual, especialmente en el caso del vecindario. En el orden de prioridad a la hora de solicitar apoyo o cuidados, encontramos los familiares en primer lugar, los amigos en segundo lugar, servicios públicos o privados en tercer lugar, y los vecinos en cuarto lugar. Díaz Gorfinkel y Pérez Orozco (2011) han señalado también que en España las y los vecinos apenas son señalados dentro de las alternativas de posibles cuidadores, en función de las concepciones de familia e intimidad imperantes y, por tanto, la presencia de la comunidad en la asignación de las actividades de cuidado es bastante escasa, realizándose de forma puntual y bajo la rúbrica de favor personal. Tobío *et al.* (2011) coinciden igualmente con este planteamiento al afirmar que es limitado el cuidado que se ofrece desde las redes no profesionales extrafamiliares.

Antes se daba de una forma muy fácil entre vecinos y vecinas, y ahora tú no esperas que tu vecino te escuche ni se te ocurre contarle nada. (Experto/a-profesional Tercer Sector, FEG2)

Pero, ahora mismo, ahora mismo, yo no veo que a las personas mayores les cuide la comunidad, les cuida su familia, que yo creo que es distinto. Les cuida su familia y les cuidan pues los servicios, bien públicos o bien privados, pero los servicios. Pero luego la comunidad como tal yo creo que no esta interviniendo apenas. (Experto/a-académico/a, MEG1)

Queda patente que el cuidado es una cuestión familiar, tanto *de facto* como *de iure*, y que a este se le reconoce una centralidad incuestionable. Los servicios (públicos o privados) por su parte, tienen también un espacio claramente reconocido, mientras

que las amistades se reconocen como importantes fuentes de apoyo. El vecindario, sin embargo, es señalado más como una posibilidad que como una fuente habitual de cuidados. Es, tal y como se ha señalado, una esfera a la que se puede recurrir, pero a la que no siempre se recurre.

Pues la familia aparece evidentemente como fundamental, pero siguen apareciendo ahí los amigos, los vecinos. La mayoría de la gente expresa que sí tienen a alguien a quien recurrir ¿no? (Experto/a-académico/a, MEB1)

Las personas que han participado en el proceso de cocreación arriba descrito apuntan a que las relaciones de cuidado entre vecinos o comunitarias podrían definirse como “escasas”, especialmente cuando son comparadas con la realidad que vivieron algunas de las personas participantes cuando eran jóvenes. Podríamos pensar, sin embargo, que esta manifestación puede estar motivada por la nostalgia y cuestionarnos esta idea. Por otra parte, si bien se identifica que las relaciones de cuidado a nivel vecinal no son muy intensas, las personas mayores se muestran en general “satisfechas” con el nivel de relaciones que mantienen con sus vecinos en la actualidad. Se constata por tanto cierta complacencia con lo existente. Los tiempos pasados fueron más amigables y comunitarios, pero tampoco señalan una necesidad imperante de cambiar la realidad.

Ahora en un entorno más urbano eso no se da, no se da de forma tan espontánea como se daba antes. Porque se entiende que hay que tener respeto a la privacidad, no tienes por qué preguntar ni saber con quien estás. Entonces, mantienes una interacción muy pequeña con quienes son tus vecinos o vecinas. Y eso se ha asumido y es un cambio muy rotundo en comparación con lo que podía ocurrir en los años setenta-ochenta. De ahí, se ha ido disminuyendo, aunque hay vecindades que mantienen esa conexión ¿no? (Experto/a profesional tercer sector, FEG2)

Dicho lo cual, y pese a su invisibilización y escasa incidencia, la comunidad parece tener un espacio definido en los sistemas de cuidado, llegando a “muchas cosas de las que la familia no va a llegar, [...] la Administración tampoco va a llegar, ni el mercado tampoco va a llegar” (experto/a académico/a, MEG1). Sabemos, por tanto, que su lugar está allí donde ninguna otra esfera parece llegar (a excepción de la familia, con sus diferencias). Por norma general, se reconoce su espacio en el sistema mayormente relacionado con elementos de cuidado de “baja intensidad”, circunscrito a necesidades dentro del ámbito social y relacional, cumpliendo una función “preventiva”. Recuperando la idea expuesta previamente, uno de los espacios que la comunidad puede ocupar en relación al conjunto del sistema es el de “antena”, que necesariamente implica una relación con el resto de esferas. En el contexto en el que se desarrolla esta investigación, la mayor

parte de esfuerzos políticos o institucionales están orientados precisamente en esta dirección, pero está lejos aún de ser una realidad.

El cuidado informal, a ver, yo creo que mucho está en la prevención, en el facilitar la vida, en el acompañar... Porque, claro, cuando ya entras en problemas de dependencia, los problemas son de otra índole. Yo creo que esta más en el previo, en el “jo, somos todo comunidad, vamos a ayudar, nos vamos a hacer la vida fácil, ¿no?”. (Cargo político, FPOA₁)

A este respecto, surge una de las principales ideas que debemos destacar acerca de la comunidad en el sistema de organización social de los cuidados. Esta es la lógica de la “complementariedad” entre la función que las diferentes esferas cumplen, y en especial en lo referente a la comunidad. Atendiendo a esta lógica, las diferentes esferas que participan en la provisión de cuidados cumplen funciones que debieran estar bien diferenciadas, y que difícilmente pueden ser sustituidas. Y se entiende que la función de la comunidad es especialmente “insustituible”. Tal y como se ha señalado en esta investigación, si es el sector público o el mercado el que suple una necesidad material, pese a que pudiera tener otra serie de consideraciones, el tipo de apoyo que se da no sufriría una gran variación. Sin embargo, tal y como se ha manifestado en este artículo, “la amistad no se puede comprar”. La esfera comunitaria opera precisamente en ese nivel o plano social, en el que introducir la lógica del mercado, o la del derecho, sería una clara anomalía. Indudablemente, una persona que esté siendo atendida por un/a profesional, estará acompañada y puede que se establezca una relación significativa, pero no deja de ser una relación mediada por un contrato y, por ende, con unos tiempos predeterminados y un marco normativo que lo regula. Esto no implica que un cuidado u otro sea ni mejor ni peor, ni más ni menos deseable, sino que a cada uno le corresponde un lugar determinado.

Pero yo no me sonrojo cuando creo que hay que promover todo ese apoyo comunitario. Porque me parece que puede ayudar, pero en ningún caso sustituir ¿no? Y, sobre todo, puede ayudar a las personas a mejorar su calidad de vida, que al final debe ser lo más importante. (Cargo político, MPOG₁)

Y en este debate debemos incluir y abordar la cuestión de si la comunidad es un elemento universalizable en los sistemas de cuidado, así como su consideración o no como derecho. Es decir, ¿es la comunidad un recurso disponible y accesible para todas las personas? Más cuando hablamos de promover lo comunitario y de integrarlo en los sistemas de forma que sean un pilar de estos, debemos tener en cuenta que no pueden ser reivindicados en base al derecho, como los servicios públicos, ni comprados en el mercado. Su existencia y la posibilidad de ser integrados en el sistema dependerá de condiciones particulares de cada

contexto, y de estrategias y proyectos que requieren un compromiso a largo plazo. Esta cuestión nos lleva a incorporar un segundo elemento, que será el del establecimiento de mecanismos que aseguren un estándar de seguridad y calidad mínima en la provisión, así como la generación de espacios para la relación entre las esferas que participan en la provisión de cuidados y bienestar, que posibiliten lo anteriormente citado.

Y unido al debate de la universalización de la comunidad, tampoco debemos olvidar que la comunidad implica participación, y que no todas las personas están interesadas o tienen la capacidad para hacerlo. Partiendo de la base de que, efectivamente, no todas las personas, y menos aún las personas mayores (especialmente aquellas que se encuentran en situación de fragilidad), tienen la oportunidad, la capacidad o el interés por participar en dinámicas comunitarias, se refuerza la idea de que la comunidad puede tener un espacio bien definido en los sistemas de cuidado, pero debe ser siempre propuesta como complemento, y se deben de reconocer sus límites.

Esto nos lleva a tener que definir una líneas claras de hasta dónde puede o debe llegar cada una de las esferas, especialmente relevante en el caso de la comunidad. De lo contrario, podemos correr el riesgo de que bajo el pretexto de socializar, comunalizar o democratizar ciertas áreas del cuidado, estemos promoviendo en la práctica la privatización o refamiliarización del cuidado. Determinar por tanto qué cuestiones pueden ser resueltas (y cuáles no deberían) en familia, cuáles en la comunidad, y cuántas otras por medio del resto de esferas es un ejercicio necesario. Un ejercicio que desde la academia o las Administraciones Públicas se puede ir fomentando y acompañando, pero que debe ser realizado implicando al conjunto de la sociedad. Establecer los límites y optimizar cada función es un proceso paralelo a su articulación con el resto de esferas, y es una cuestión en la que todas ellas están implicadas.

5.3. La comunidad en la configuración actual del sistema de servicios sociales en Euskadi

La reorganización de los esquemas de bienestar y optimizar la función que cumplen las diferentes esferas se ha convertido en un hecho imperativo para dar una respuesta efectiva a las necesidades sociales emergentes. Los riesgos sociales actuales, algunos de ellos de escala planetaria, no pueden ser enfrentados desde una lógica individual ni comunitaria, pero tampoco las instituciones públicas podrán, por sí solas, contener estos riesgos y dar respuesta a las necesidades generadas. Se evidencia la necesidad de trabajar de forma articulada, ubicando en cada nivel las responsabilidades que correspondan.

Cada vez hay más evidencia de que los servicios públicos que tenemos diseñados no son capaces de responder ante los problemas complejos. O sea, este es el gran debate hoy en día en el sector público. O sea, la evidencia es total. El diseño de servicios públicos que tenemos hoy en día no es capaz de responder a las necesidades y demandas que plantean los problemas complejos. (Experto/a-académico/a, MEB4)

Yo sí que pienso que frente a las dinámicas de la globalización y de la fragmentación del territorio y de la segmentación espacial solo las comunidades no pueden hacer nada, solo las decisiones individuales no pueden hacer nada, tienes que funcionar con una política pública. (Experto/a-académico/a, MEB2)

Los servicios sociales, que son el principal representante de la esfera pública en los sistemas de organización social de los cuidados, se presentan como uno de los principales (si no el principal), agentes en la transición hacia un modelo comunitario y democratizado de cuidados. Las comunidades por sí mismas podrán, efectivamente, poner en marcha dinámicas muy efectivas, pero su alcance será limitado si no se ponen en diálogo con el resto de esferas, y especialmente con las instituciones públicas, teóricas garantes del bienestar de todo individuo. Y es por ello que el sector público adquiere una gran relevancia en este trabajo, a saber, por su responsabilidad y su capacidad para transitar hacia otro modelo. De las instituciones públicas depende, en gran medida, determinar la configuración de los sistemas de organización social del cuidado y contribuir a avanzar en la desfamiliarización y la desmercantilización de los cuidados, promoviendo la consecución de un sistema más justo e igualitario.

El análisis constata la existencia de una voluntad política y un interés profesional y académico respecto a la posibilidad de integrar en mayor medida a la esfera comunitaria en los sistemas de cuidado. Se constata, por tanto, la necesidad de transitar hacia un modelo de cuidado de enfoque comunitario (ya explicitada en la ley 12/2008 de Servicios Sociales de Euskadi), en el que las relaciones comunitarias pudieran tener una función más relevante de la que actualmente tienen. La realidad actual, sin embargo, sigue siendo la de un sistema que no se relaciona ni integra lo comunitario y que plantea serias dificultades para hacerlo. Esto implica que las Administraciones Públicas, y en especial el sistema de servicios sociales, deberían iniciar un proceso de reconfiguración y reestructuración que posibilite esta transición y transformación del sistema de cuidado.

No sé qué creo que has planteado que es, yo creo que sí que hay interés por recuperarlo. Alguna vez hablando con X que sí que hay, lo que no sé es cómo se puede ni orientar ni organizar ni promover, quiero decir desde el Gobierno. Porque tiene que ser de mas cerca y en comunidades pequeñas evidentemente, porque sí no... (Profesional-gestor público, FPMA1)

La situación actual del sistema de servicios sociales dibuja un panorama muy complejo en lo referente a su perspectiva comunitaria. Se destacan las dificultades a nivel de los servicios sociales de base (SSB), que son los encargados de la atención primaria y comunitaria, y por tanto asumen una mayor parte de las referencias en el discurso de las personas entrevistadas, pero cabe recordar, que se trata de una pieza del conjunto del sistema, y que, por tanto, deberemos cuestionar el funcionamiento del conjunto del sistema, y no únicamente en de los SSB. De los tres niveles competenciales existentes en Euskadi, el único desde el que se reconoce cierta labor comunitaria es el municipal, pero los resultados muestran que se encuentran en una situación muy compleja para integrar la perspectiva y el enfoque, así como el trabajo comunitario en el sistema. Pese a diferencias y particularidades que se puedan dar a nivel local, el análisis muestra una realidad muy homogénea en cuanto al nivel de integración de la esfera comunitaria en los sistemas de bienestar y cuidado. Tal y como se ha manifestado previamente, la realidad es que la relación de las Administraciones con la esfera comunitaria, así como su integración en los sistemas, es prácticamente nula. Y son varias las razones que se han identificado como determinantes de esta situación. La primera de las cuestiones que se pueden destacar es la orientación individual y asistencialista del sistema, y la sobrecarga de este.

Entonces es verdad que, dentro de las obligaciones, funciones, prestaciones y servicios que ofrecemos desde la Diputación no tenemos ninguna relación con la comunidad. Porque todos nuestros servicios y nuestras obligaciones ya están centrados en personas con dependencia, con discapacidad, en riesgo de exclusión o en riesgo. (Cargo político, MPOG1)

Respecto a lo comunitario, en nuestro país no hay intervención comunitaria. Cuando hablamos de servicios sociales como receptor de demandas y soltador de cosas, no genera mirada de comunidad. [...] No hay trabajo comunitario y no tiene pinta de que vaya a haberlo. No será rescatando lo que había anteriormente, porque eso ya no tiene rescate, sino actualizando al siglo XXI dinámicas de acompañamiento mutuo, de relaciones que han desaparecido. (experto/a-académico/a, MEB5)

Se sabe qué habría que hacer, pero no se esta haciendo nada. (profesional-gestor público, FMPB1)

La gestión de casos y la atención individualizada absorben el tiempo y los recursos disponibles, dejando poco o nada de espacio para el trabajo comunitario. Pese a que la voluntad profesional pueda existir, si no se liberan espacios o se aumentan los recursos disponibles, hoy por hoy, el trabajo comunitario desde los servicios sociales de base se plantea imposible.

En muchos casos no es falta de voluntad, es que el trabajo que tenemos que hacer nos come y

no tenemos espacios, tiempos para construir. El trabajo nos come. (Experto/a-académico/a, FEG5)

En este momento los servicios sociales en general están muy dirigidos a solventar problemas graves de dependencia, conseguir recursos sobre todo a nivel de dinero y servicios, y no están haciendo ese papel. (Experto/a-profesional Tercer Sector, FEG2)

A nivel práctico qué sucede, que la demanda de atención individual satura todo el tiempo. Entonces tiene que responder a la necesidad urgente, y queda en un segundo plano la intervención comunitaria. Ese es el dilema que tenemos ahora. (Profesional-gestor público, FPMA4)

Quiero decir que, al final, el día a día es brutal. Es decir, la demanda, dar respuesta la demanda es muy complicado. Entonces, al final sí haces intervención, pero haces muy poca. (Cargo político, MPOB2)

Al contrario de lo que en ocasiones parece haberse planteado, integrar a la esfera comunitaria en los sistemas de cuidado no supondrá un ahorro directo para el sistema. No al menos en una fase inicial, en la que las Administraciones deben aumentar los recursos destinados a ello, y poner en marcha todo un conjunto de estrategias para engrasar las relaciones entre la Administración y la esfera comunitaria, así como el desarrollo de diversos planes, programas o proyectos. Cabe debatir si el ahorro generado podría ser de carácter indirecto, especialmente hacia el sistema de salud, en razón de menor número de consultas ambulatorias, y un mayor y mejor control de la salud (mental y física) de las personas mayores, etc.

En este momento necesitaría más recursos, es una inversión. Porque a largo plazo algunos cuidados los proveerá la comunidad. Pero esto no es fácil, tenemos que acertar en cómo construimos relaciones significativas nuevas. (Cargo político, MPOB1)

Asimismo, se plantea que la burocratización del sistema es un claro escollo para trabajar a nivel comunitario. Las normativas, los protocolos, procedimientos, estandarización, etc., que caracterizan la acción de las instituciones públicas, aunque necesarias, pueden impedir u obstaculizar el diálogo con la comunidad. La atención y el cuidado que proviene de la esfera pública requieren una profilaxis que contrasta con la realidad comunitaria. La comunidad es, precisamente, lo contrario a la inmunidad que reproduce la profesionalidad. Como la profesionalidad requiere deslindar el plano personal del profesional, el trato que se reproduce debe ser lo más “aséptico” y regulado posible, lo que colisiona con la naturaleza de las relaciones cercanas y personales que se reproducen a nivel comunitario.

La dificultad que yo veo es en poderlo poner en práctica, en tener el tiempo suficiente para

llevarlo a cabo. Y creo que es mas fácil responder al modelo de despacho, en el que viene una persona, esta todo reglado... Seguimos con un sistema de prestaciones y los profesionales pueden acomodarse. Es mas fácil, te plantean un problema y les das la respuesta. (profesional-gestor público, FPMA4)

Así, las relaciones dentro de la esfera pública se caracterizan por la rigidez, la imposibilidad de improvisación, y de salirse de los límites marcados por el marco normativo. De hecho, contravenir estas normas y procedimientos pueden ser considerados mala praxis. Con esto no queremos decir que esto no sea deseable ni apropiado, y menos aún en determinadas circunstancias y profesiones, sino que supone una dificultad para el trabajo y la acción comunitaria. Y, si bien un cambio de cultura institucional puede resultar utópico, sí se plantea la necesidad de incorporar espacios y fórmulas de mayor flexibilidad.

Otro de los grandes temas es la existencia de reticencias por parte de los profesionales del ámbito social hacia la idea de integrar a la esfera comunitaria en los sistemas. Cabe aclarar que no todas estas reticencias están fundamentadas en una escasez de recursos, o falta de tiempo, sino que en ocasiones se instalan en un plano ideológico. Tal y como se ha constatado a lo largo de este análisis, aunque no generalizada, existe una corriente de pensamiento que cuestiona el postulado fundamental de este trabajo. Es decir, cuestiona que la Administración Pública tenga que interactuar e integrar a la esfera comunitaria.

En segundo o tercero o último lugar está la importancia de la acción voluntaria, que para mí es esencial cuando hablamos comunidad. Sin embargo, aquí yo veo que hay una cierta reticencia desde los empleados públicos, por decirlo así, a incorporar la acción voluntaria como acción complementaria a la acción pública ¿no? Que yo creo que es una cosa tan fácil de entender, pero a la hora de la practica aquí en muchos sitios yo me encuentro que no se cree en eso. (experto/a-profesional Tercer Sector, FEG1)

Bueno, te decía que aparentemente no debería tener problemas. Pero es verdad que cuando hemos empezado a intentar impulsarlo desde la Administración, pues hemos visto que no todo el mundo está de acuerdo. [...] Sobre todo por parte de los trabajadores sociales municipales, pues no se acaba de ver, no se entiende o se ve con recelo que, en un plan individualizado, donde la Administración forma parte y donde de alguna manera hay que garantizar que se está prestando un servicio, de repente metamos al vecino del primero. (Cargo político, MPOG1)

Además, un debate que no se puede obviar es que el concepto de comunidad es utilizado desde diversos postulados ideológicos, y su lugar en los sistemas de

bienestar está sujeto a fuertes controversias. Se ha constatado la existencia de cierto miedo o recelo ante la posibilidad de que el discurso de la comunidad sea en definitiva un eufemismo para ocultar recortes o la refamiliarización de determinados riesgos, como puede ser el cuidado. Es indispensable, por tanto, aclarar y delimitar cuál es el espacio que se le desea otorgar a la comunidad en los sistemas de bienestar y cuidado, si lo que se pretende es una expansión de este y no una reducción o recorte. De hecho, un discurso ambiguo y poco elaborado en torno a esta cuestión puede generar fricciones y limitar las adhesiones que la transformación del sistema requiere. Es relevante destacar que estos miedos, lejos de ser infundados, se sostienen en experiencias previas planteadas en países como el Reino Unido o Países Bajos.

Con esas interpretaciones interesadas ante el desmantelamiento de derechos hay que tener mucho cuidado. Es que este trabajo, porque te encuentras con los rojos y “epa chaval, a dónde vas”, y les sale la vena ¿no? Que todo lo comunitario...”. (Experto/a-consultor/a, MEB3)

Entonces, ahí sí que puede haber el considerar la comunidad como un agente activo en la prestación, en la atención o en el cuidado de las personas... pues igual para un modelo público en el que todo esta prestado por funcionarios, pues igual le choca más que a un modelo más liberal político socioeconómico en el que se entiende que es una parte más de la comunidad. [...] el otro recelo que suele haber es que si la Administración promueve lo comunitario es para ahorrarse el dinero. Ese es un recelo habitual. (Cargo político, MPOG1)

El énfasis en el carácter complementario de la función de cada una de las esferas y especialmente en la de la comunidad, reside en el convencimiento de que el tipo de apoyo es sustancialmente diferente, pero también en la existencia de cierta preocupación ante la posibilidad de que el reverdecimiento del interés sobre las dinámicas comunitarias no suponga una refamiliarización de los cuidados y una descarga de las responsabilidades de las Administraciones.

Tiene un rol (la comunidad), pero es un rol, digamos, que siempre va a ser complementario a la prestación de servicios [...] y eso tiene que estar medianamente claro. Y yo eso aquí, te confieso que veo un problema que me está empezando a preocupar. (Experto/a-profesional Tercer Sector, FEG1)

La Administración no puede, por tanto, sustituir la labor de la comunidad. Yo creo que no puede, ni debe. (Profesional-gestor público, FPMA4)

Esta reticencia, por tanto, puede deberse por un lado a una visión *estatalista* de la provisión de bienestar, según la cual toda necesidad social debe ser cubierta con medios públicos. Puede ser

igualmente consecuencia de una posición de cautela hacia los riesgos anteriormente citados que puede conllevar el discurso de lo comunitario desde las políticas sociales. Pero puede ser también, tal y como evidencian los resultados, que no se deba a ninguna posición ideológica conscientemente adoptada, sino a una falta de conocimiento y corpus teórico-práctico comunitario. Es decir que, no exista una *cultura comunitaria* en los servicios sociales, y que se perciba lo comunitario como algo extraño a su quehacer.

Yo creo que no tenemos mucha tradición comunitaria, ni cultura participativa (en los servicios sociales). (Experto/a-académico/a, FEG5)

Porque ya hemos visto que desde los servicios sociales estamos perdidos, por eso queremos impulsar lo que te decía ¿no? Vamos a poner un trabajador social para comunitario. Pero ya nos han dicho las propias trabajadoras sociales, y ¿qué va a hacer? Y ¿cómo va a empezar? O sea... (Cargo político, MPOB2)

Y luego sobre todo porque no entendemos el concepto. Lo comunitario lo vemos algo muy global y muy abstracto. No tenemos, no sabemos qué es lo que implica. (Profesional-gestor público, FPMA3)

Es destacable cómo la función de la comunidad en el cuidado es infravalorada e invisibilizada desde un plano social, pero también lo es a nivel profesional y sistémico, siendo un elemento residual en el sistema de cuidados en Euskadi y prácticamente inexistente en los servicios sociales o la sanidad. El estatus que tiene es de categoría teórica, que se reconoce como necesaria en muchos casos, pero difícilmente aplicable, y siempre como complementaria o subsidiaria de los encargos o responsabilidades actualmente vigentes.

Porque no se lo creen (desde las instituciones), no sé cómo decirlo, es como: ¡qué bonito es! Pero que no es bonito, que este proyecto es un reto, un reto social. (Profesional-gestor público, FPMG2)

Yo creo que está ahí en gran.... Es la “maría” de los servicios sociales... (Cargo político, MPOB2)

Esto nos lleva a un debate esencial para los servicios sociales, que es, ni más ni menos, definir cuál es su objeto. Está meridianamente claro que el objeto del sistema sanitario es la salud y que el del sistema educativo es la educación, pero, ¿cuál es el objeto de los servicios sociales? Sin ahondar ahora en este debate, que daría pie a un análisis mucho más exhaustivo del que aquí se precisa, sí es destacable que parece no existir un consenso claro. Lo comunitario es considerado como algo que forma parte del quehacer de los servicios sociales y la práctica del Trabajo Social, pero parece estar instalado en un plano teórico. Es decir, si reparamos

a la realidad de la práctica en la actualidad, lo comunitario es, cuanto menos, escaso. A la luz de nuestros resultados, esta realidad puede estar contribuyendo a “alejarse” ambas esferas, y generando dudas dentro de las propias instituciones y cuerpos profesionales, sobre si realmente debe formar parte o no de su trabajo.

Lo que pasa es que esto es un desiderátum por mi parte. Seguramente si entrevistaras a la inmensa mayoría de las trabajadoras o los trabajadores de esta ciudad, muy pocos tendrían claro que esa es su misión, su encargo. (Experto/a-académico/a, MEB2)

Entender lo comunitario como algo implícito al trabajo social creo que es la esencia en estos momentos y la esencia no es la tramitación, es el acompañamiento de la gente. Y si eso no cambia, el trabajo social va a morir por sí mismo. O sea, va a dejar de existir. Porque para ser meros tramitadores de prestaciones... (Profesional-gestor público, FPMA3)

El problema es que ahí no tenemos muy claro cuál es el papel de los servicios sociales y lo que tiene que hacer, una cosa o las dos. (Experto/a-académico/a, MEG1)

Por el lado opuesto, respecto a la percepción que tiene la ciudadanía acerca de los servicios sociales, se ha señalado la existencia de dos elementos socialmente extendidos: En primer lugar, el desconocimiento, y en segundo lugar, un cierto estigma. Tal y como se ha señalado a lo largo de la investigación, gran parte de la población desconoce la labor de los servicios sociales, su ubicación, los derechos que les corresponderían, así como el beneficio o la utilidad que podría tener para ellos, entre otras cuestiones. Y, a la vez, se relaciona el sistema mayoritariamente con situaciones de exclusión con las que muchas personas no se reconocen. Esto genera un desapego de determinadas capas sociales, que lo convierte en un sistema *para una parte* de la población, y no en algo universalmente reconocido como la sanidad o la educación.

Mira, el trabajo social ahora mismo tiene un hándicap también a nivel comunitario. Y es que todo lo que se organiza desde el servicio social de base, ah no, para los pobres no... Porque no hay una trayectoria, porque no hay un recorrido. (Profesional-gestor público, FMPB1)

Yo creo en general si miro el sistema de servicios sociales, creo que se tiene en cuenta un poco lo comunitario en que sean servicios de proximidad. En lo que es el modelo teórico de la ley de servicios sociales sí se hace hincapié, pero luego el desarrollo y la práctica, en general, venimos de un modelo muy asistencialista, y hay que ir transitando hacia otro modelo. (Profesional-gestor público, FPMA2)

La consecuencia de esta realidad es que un proceso promovido desde un departamento de acción social o servicios sociales puede tener dificultades para generar adhesiones. Hablamos, en definitiva, de la crisis de legitimidad que enfrentan muchas instituciones públicas en el contexto actual, que es especialmente visible cuando estas se aproximan a los entornos locales y al diálogo con la ciudadanía. Ante este escenario se propone que la reconfiguración no solo de los servicios sociales y de la práctica del trabajo social, sino también de las formas de gobernanza en conjunto, hacia fórmulas más comunitarias y democráticas podría tener un efecto positivo.

6. Conclusión

Nuestros resultados muestran que, si bien el interés y la necesidad por transitar hacia un modelo más comunitario y democrático de cuidados existen, el camino por recorrer es largo y son muchos los obstáculos que deberemos salvar. Debido a la naturaleza difusa del propio concepto, tanto su propia definición como su espacio en los sistemas de cuidado son elementos difíciles de delimitar teóricamente. Asimismo, tanto su función como su espacio en los sistemas de organización social del cuidado pueden definirse a día de hoy como “escasos”. En términos generales, su incidencia es muy reducida, y ocupa un espacio periférico en el conjunto del sistema. Esto supone que, si bien su función y su espacio son reconocidos e identificados como positivos, el impacto que tienen las comunidades en el cuidado es limitado. Existe, además, escaso desarrollo e implementación de estrategias y políticas orientadas al aumento de esta función, y la relación de las Administraciones Públicas con la esfera comunitaria, así como su integración en los sistemas, es prácticamente nula.

Además, resulta determinante resaltar que la forma en la que se entiende y provee el cuidado en Euskadi está profundamente influenciada por un sistema de valores que lo remite al ámbito privado y familiar. Según este ideal, la responsabilidad del cuidado o de dar respuesta a situaciones de dependencia y fragilidad corresponde a las familias, y la oferta de ayuda puede llegar a ser entendida como una intromisión en sus responsabilidades, al ponerse en cuestión su capacidad para cuidar. Además, estas creencias y valores se traducen también en que las propias personas mayores no reconocen de forma abierta su fragilidad y sus necesidades, siendo solo visibles desde la intimidad.

Y, por otro lado, debemos reconocer que existe también una serie de condicionantes estructurales o sistémicos, relacionados con el modelo productivo imperante. Nos referimos a cuestiones como las características del mercado laboral, la precarización del trabajo, la movilidad, la dificultad para la conciliación, etc., que reducen el tiempo disponible para el cuidado (propio y del otro) y también para la

participación social y comunitaria. En muchos casos, no es que no exista la voluntad de cuidar, sino que no se dan las condiciones materiales para ello.

La “pinza” que ejercen los elementos culturales y estructurales limita el crecimiento del cuidado comunitario, pero entendemos que esto puede revertirse haciendo el trabajo necesario. A este respecto, surge uno de los debates más esenciales en torno a la función y el espacio de la comunidad en los sistemas de organización social del cuidado. Este no es otro que la consideración o no de la comunidad como derecho, y, por tanto, si podemos entender la comunidad como un elemento universalizable.

A día de hoy, la respuesta es que esto está lejos de ser una realidad. Debemos entender la comunidad como un elemento muy valioso para los sistemas de cuidado, pero siempre complementario, cambiante y local. La comunidad podrá ser integrada en los sistemas de cuidado en la medida de lo posible, atendiendo a la casuística específica de cada entorno concreto. Esto no implica que, a través de generalizar el trabajo comunitario y la integración de la esfera comunitaria en los sistemas, no podamos plantear el derecho a la comunidad como un futuro. Podríamos, de hecho, reivindicarlo en la actualidad como una declaración de intenciones, pero la realidad actual nos obliga a ser aún cautelosos.

Sin embargo, la situación se está volviendo insostenible para grandes grupos de personas, y la pandemia de la covid-19 ha venido a poner de manifiesto con toda la crudeza la idea central que venimos desarrollando a lo largo de este trabajo: las familias no pueden (ni deben) responder de forma aislada a las demandas de cuidados que se puedan producir en su seno, de la misma forma que las instituciones públicas no podrán (ni deberán), en su caso, dar respuestas individualizadas a las necesidades que las familias puedan tener. Es necesario por tanto seguir profundizando en el camino hacia la democratización y socialización de

los cuidados y en su comprensión como un elemento central de nuestra existencia.

Esto implica repensar cómo queremos vivir, y entender el rol de cada uno/a en la sociedad desde una lógica de derechos, pero también de responsabilidades. Esto supone un cambio de paradigma, mirar el mundo desde otra óptica, como el feminismo viene promoviendo. Hablamos por tanto de una revolución. Añadamos que la revolución no significa sangre, sudor y lágrimas, sino acelerar, intensificar y colectivizar la acción consciente de cambiar ciertas instituciones centrales, a través de lo que Laval y Dardot (2015) denominan “praxis instituyente”. La tarea que nos aguarda es precisamente esta, poner en marcha y apoyar iniciativas, proyectos, investigaciones, etc., que exploren formas y fórmulas para democratizar los cuidados y vayan abriendo y ensanchando el camino.

En este sentido, la principal interpelación política e institucional que de aquí se desprende es que, efectivamente, debemos transformar los servicios y la forma en la que actualmente están organizados los sistemas de bienestar y cuidados. Pero no se trata de recuperar un discurso idealizado del Estado que se limite a la defensa de los servicios públicos, sino de modificarlos, abriendo espacios para la participación, deliberación y decisión no solo de los propios profesionales, sino también de los destinatarios de esos servicios y de la ciudadanía en general. La cuestión entonces es saber cómo transformar servicios públicos para hacer de ellos instituciones abiertas, participativas, orientadas a la gestión de lo común y gobernadas democráticamente. De la misma forma, el trabajo social y otras profesiones afines deberían pensarse también desde esta lógica, alejándose de la simplificación teórica y la burocratización de la praxis, y acercándose a la complejidad y creatividad que requiere construir un sistema de bienestar y cuidados acorde con la realidad y las necesidades del siglo XXI.

Referencias bibliográficas

- BRENNER, J. y HAAKEN, J. (2000): "Utopian thought: Revisioning gender, family, and community", *Community, Work & Family*, 3:3, 333-347, <<https://doi.org/10.1080/13668800020006839>>.
- CHOWDHURY, M.F. (2015): "Coding, sorting and sifting of qualitative data analysis: debates and discussion", *Qual Quant*, 49, 1.135-1.143, <<https://doi.org/10.1007/s11135-014-0039-2>>.
- COMAS-D'ARGEMIR, D. (2019): "Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los Cuidados", *Cuadernos de Antropología Social*, 49, 13-29, <<https://doi.org/10.34096/cas.149.6190>>.
- DAATLAND, S. (2009): "How to balance generations: solidarity dilemmas in a European perspective", en Edmondson, R. y Von Kondratowitz, H. (Eds.). (2009): *Valuing older people: A humanist approach to ageing*, 123-138, Bristol, <www.jstor.org/stable/j.ctt9qgk9r>.
- DALY, M. y LEWIS, J (2000): "The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States", *The British Journal of Sociology*, 51 (2), 281-298.
- DEL PINO y RUBIO (eds.) (2016): *Los estados de bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*, Madrid, Tecnos.
- DEUSDAD, B.; Pace, C. y ANTONEN, A. (2016): "Introduction. Facing the challenges in the development of Long-term Care for older people in Europe in an economic crisis context", *Journal of Social Service Research*, 42 (2), 144-150.
- DÍAZ GORFINKIEL, M. y PÉREZ-OROZCO, A. (2011): *La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en España*, ONU mujeres, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. Santo Domingo.
- DURAN, M. (2017): "Ciudades que cuidan", en Nieves, M. y Segovia, O. (eds.), ¿Quién cuida en la ciudad? Aportes para políticas urbanas de igualdad, 91-116, Santiago de Chile, CEPAL.
- ESCALANTE, E. (2009): "Perspectivas en el análisis cualitativo", *Theoria*, vol. 18 (2), 55-67.
- ESPING-ANDERSEN, G. y PALIER, B. (2011): *Los tres grandes retos del Estado de bienestar*, Barcelona, Ariel.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990): *The three worlds of Welfare capitalism*, New Jersey, Princeton University Press.
- FANTOVA, F. (2014): *Diseño de políticas sociales*, Madrid, CCS.
- FINE, M. y GLENDINNING, C. (2005): "Dependence, independence or interdependence? Revisiting the concepts of 'care' and 'dependency'", *Ageing & Society*, 25 (4), 601-621.
- GARDNER, P. (2011): "Natural neighborhood networks — Important social networks in the lives of older adults aging in place", *Journal of Aging Studies*, vol. 25, 3, 263-271, <<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2011.03.007>>.
- HERRERA, M. (2001): "Las políticas sociales en el Welfare Mix", *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 96, 71-94.
- HERRERO, Y. (2013): "Miradas ecofeministas para transitar a un mundo justo y sostenible", *Revista de economía crítica*, 16, 278-307.
- KUCKARTZ, U. (2014): *Qualitative text analysis: A guide to methods, practice & using software*, SAGE Publications, <<https://www.doi.org/10.4135/9781446288719>>.
- LAVAL, C. y DARDOT, P. (2015): *Común. Ensayo sobre la revolución en el siglo XXI*, Barcelona, Gerdisa.

- LEE, J.; CHAE, J. y LIM, S. (2016): "Governing a Welfare Mix: Operation of Long-Term Care Policies in England and South Korea", *Korea Observer*, vol. 47, 1, 167-197.
- LLENA, A.; PARCERISA, A. y Ucar, X. (2009): *10 ideas clave: La acción comunitaria*. Barcelona, Graó.
- LONGO, F.; NOTARNICOLA, E. y TASSELLI, S. (2015): "A framework to assess welfare mix and service provision models in health care and social welfare: case studies of two prominent Italian regions", *BMC Health Services Research*, 15, 152 < <https://www.doi.org/10.1186/s12913-015-0800-9> >.
- MAINO, F. (2015): "El segundo welfare entre innovación e inversión social: ¿cuáles son las respuestas a la crisis del Estado social?", en BRONZO, Z. y REPPETO, F., *Coordinación de políticas sociales: desafíos para la gestión pública*, Eurososial, nº 18, 105-134.
- MORENO-COLOM, S. (2018): "La acción comunitaria y los cuidados a domicilio", en VEGA-SOLÍS, C., MARTÍNEZ-BUJÁN, R. y PAREDES, M., (eds.): *Cuidado, comunidad y común. Experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida*, 147-166, Traficantes de Sueños, Madrid.
- (2019): *El desafío de género en los cuidados de la vejez*, VIII Informe Foessa, documento de trabajo 2.7.
- MAŽEIKIEN, N.; NAUJANIEN, R. y RUŠKUS, J. (2014): "What is mixed in welfare mix? Welfare ideologies at stake in the Lithuanian case of social service delivery", *European Journal of Social Work*, 17, 5, 641-655, < <https://www.doi.org/10.1080/13691457.2014.930732> >.
- OOSTERLYNCK, S.; KAZEPOV, Y.; NOVY, A.; COOLS, P.; WUKOVITSCH, F.; SARIUS, T. y LEUBOLT, B. (2013): "Exploring the multi-level governance of welfare provision and social innovation: welfare mix, welfare models and rescaling", *ImPROvE Discussion Papers*, (13/12), 1-44, <http://ideas.repec.org/p/hdl/improv/1312.html>.
- PASTOR, E. (2001): "Iniciativa social y trabajo social comunitario", *Alternativas, Cuadernos de Trabajo Social*, 9, 169-191.
- PESTOFF, V. (1998): *Beyond the market and state: Social enterprises and civil democracy in a welfare society*, Aldershot, Ashgate.
- PRIETO, C. y SERRANO, A. (2013): "Los cuidados entre el trabajo y la vida", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 31, núm. 1, 11-16.
- RAZAVI, S. (2007): *The political and social economy of care in a development context conceptual issues, research questions and policy options*, Ginebra, Gender and development programme paper, 3, United Nations Research Institute for Social Development.
- RENDUELES, C. (2014): "Emancipación, cuidado y codependencia", *ISEGORÍA, Revista de Filosofía Moral y Política*, 50, 167-187, < <https://www.doi.org/10.3989/isegoria.2014.050.09> >.
- RODRÍGUEZ-CABRERO, G. y MARBÁN, V. (2016): "La atención a la dependencia en una perspectiva europea: de la asistencialización a la cuasi-universalización", en DEL PINO, E. y RUBIO, M. (eds.), *Los estados de bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*, 317-338, Madrid, Tecnos.
- RUIZ OLABUÉNAGA, J. (2012): *Metodología de la Investigación Cualitativa*, Bilbao, Universidad de Deusto.
- SENNET, R. (2019): *Construir y habitar*, Barcelona, Anagrama.
- TOBÍO, C.; AGULLÓ, M.; GÓMEZ, M. y MARTÍN, M. (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Barcelona, Fundación La Caixa.
- TORNS, T. (2013): "Los cuidados y la vida cotidiana", en Gilligan, C. (ed.): *La ética del cuidado*, 86-96, Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- TRONTO, J. (2013): *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*, New York, London, NYU Press, < <http://www.jstor.org/stable/j.ctt9qgfvp> >.
- VEGA-SOLÍS, C. y MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2017): "Explorando el lugar de lo comunitario en los estudios de género sobre sostenibilidad, reproducción y cuidados", *QUADERNS-E*, 22 (2), 65-81.
- VEGA-SOLÍS, C.; MARTÍNEZ-BUJÁN, R. y PAREDES, M. (2018): *Cuidado, comunidad y común. Experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida*, Traficantes de Sueños, Madrid.
- ZUBERO, I. (2018): "Envejecimiento activo y participación política", *Aula Abierta*, 47, 1, 21-28, <https://doi.org/10.17811/rife.47.1.2018.21-28>.
- ZUÑIGA, M. (2020): "La comunidad del Siglo XXI. Un marco interpretativo desde el Trabajo Social", *Cuadernos de Trabajo Social*, 33 (2), 197-207.
- ZUÑIGA, M.; SALABERRIA, E. y ARRIETA, F. (2020): "An analysis of the role of communities in care systems co-created with older people", *Public Management Review*, 22, 12, 1.799-1.818, < <https://www.doi.org/10.1080/14719037.2019.1648699> >.

ANEXO**Perfiles y códigos de las personas entrevistadas**

Cargo-posición	Sexo	Territorio	Código
Cargo político	M	Bizkaia	MPOB1
Cargo político	F	Araba	FPOA1
Cargo político	M	Bizkaia	MPOB2
Cargo político	M	Gipuzkoa	MPOG1
Experto/a- Académico	M	Gipuzkoa	MEG1
Experto/a- Académico	M	Bizkaia	MEB1
Experto/a- Académico	M	Bizkaia	MEB4
Experto/a- Académico	F	Gipuzkoa	FEG5
Experto/a- Académico	M	Bizkaia	MEB5
Experto/a- Consultor	M	Bizkaia	MEB2
Experto/a- Consultor	M	Bizkaia	MEB3
Experto/a- Profesional Tercer Sector	F	Bizkaia	FEB1
Experto/a- Profesional Tercer Sector	F	Bizkaia	FEB2
Experto/a- Profesional Tercer Sector	F	Gipuzkoa	FEG2
Experto/a- Profesional Tercer Sector	M	Gipuzkoa	MEG2
Experto/a- Profesional Tercer Sector	F	Gipuzkoa	FEG3
Experto/a- Profesional Tercer Sector	F	Bizkaia	FEB3
Experto/a- Profesional Tercer Sector	F	Gipuzkoa	FEG4
Experto/a- Profesional Tercer Sector	F	Gipuzkoa	FEG1
Experto/a- Profesional Tercer Sector	F	Gipuzkoa	FEG5
Gestor público	F	Gipuzkoa	FPMG1
Gestor público	F	Gipuzkoa	FPMG2
Gestor público	F	Bizkaia	FMPB1
Gestor público	F	Araba	FPMA1
Gestor público	F	Bizkaia	FMPB2
Gestor público	F	Araba	FPMA2
Gestor público	F	Gipuzkoa	FPMG3
Gestor público	F	Araba	FPMA3
Gestor público	F	Araba	FPMA4

Capacitismo, covid-19 y dignidad: derecho a la salud e inclusión en tiempos de pandemia¹

Manuel Aparicio Payá

Facultad de Filosofía, Universidad de Murcia
manuel.aparicio@um.es

Mario Toboso Martín

Instituto de Filosofía, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC
mario.toboso@csic.es

Covid-19k eragindako pandemiak eragindako osasun publikoko krisia giza eskubideen krisi bihurtu da, eta bidegabeki eragin die dibertsitate funtzionala duten pertsonen eta adineko pertsonen. Lan honetan uste dugu azken krisi honen azpian aurreiritzi kapazitistaren eta aurreiritzi adinaren arteko elkargunea aurkitzen dugula. Lehenengo zatian, kapazitismoa definitu ondoren, gizarte-talde horien osasun-laguntzaren *ex ante* bazterketaren kritika arauemailea egiten dugu. Duintasunaren ideien azpian dagoen berdintasunezko unibertsaltasunaren ikuspuntua aldeztu dugu, giza eskubideen oinarria eta horietan oinarritutako bioetika. Azkenik, pandemiaren aurrean jarrera inklusiboa lantzen dugu, bai osasun-praktikaren justiziaren ikuspegitik, bai gizarte-justiziaren ikuspuntu zabalenetik.

GAKO-HITZAK:

Kapazitismoa, pandemia, aniztasun funtzionala duten pertsonak, duintasuna, giza eskubideak, osasunerako eskubidea.

La crisis de salud pública provocada por la pandemia causada por la covid-19 se ha convertido en una crisis de derechos humanos que ha afectado injustamente a personas con diversidad funcional y a personas ancianas. En este trabajo consideramos que en el subsuelo de esta última crisis encontramos la intersección entre el prejuicio capacitista y el prejuicio edadista. En una primera parte, después de definir el capacitismo, realizamos una crítica normativa de la exclusión *ex ante* de la asistencia sanitaria de estos grupos sociales. Defendemos el punto de vista del universalismo igualitario subyacente en la idea de dignidad, fundamento de los derechos humanos y de una bioética centrada en ellos. Finalmente, abordamos el proceder inclusivo frente a la pandemia, tanto desde el punto de vista de la justicia de la práctica sanitaria como desde el punto de vista, más amplio, de la justicia social.

PALABRAS CLAVE:

Capacitismo, pandemia, personas con diversidad funcional, dignidad, derechos humanos, derecho a la salud

¹ Este trabajo se enmarca dentro del proyecto de investigación “Capacitismo” (FFI2017-88787-R), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España.

1. Introducción

La crisis sanitaria que está azotando actualmente al mundo, producida por la explosiva expansión del coronavirus SARS-CoV-2, ha derivado en una crisis humana y social de ámbito global (ONU, 2020a). Una ramificación de esta que ha emergido con crudeza ha sido el trato discriminatorio sufrido por las personas con diversidad funcional en las respuestas dadas para hacerles frente (ONU, 2020c). A pesar de la protección jurídica vinculante que tiene este grupo social, en virtud de la vigencia de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948 y de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), aprobada por la ONU en 2006, diversas organizaciones han denunciado el trato injusto hacia tales personas en relación al conjunto de sus derechos, en particular al igual derecho a la protección de su salud². En ese sentido, la Alta Comisionada de la ONU para los Derechos Humanos, Michelle Bachelet, mostró su inquietud por “determinados informes que indican que durante esta pandemia las vidas de las personas con discapacidad han sido menos valoradas que las de otros pacientes” (ONU, 2020d). En nuestro ámbito geográfico, el Parlamento Europeo, reconoció que “durante la crisis de la covid-19, las personas con discapacidad han experimentado graves problemas y violaciones de derechos, como perturbaciones en los servicios de asistencia, atención y apoyo personales, un acceso desigual o nulo a la información relativa a la salud y a la atención sanitaria” (Parlamento Europeo, 2020: consideración Y).

También la voz de las personas con diversidad funcional se ha alzado para mostrar la enorme desproporción con que la pandemia las ha golpeado. En una opinión coincidente, esta voz revela no solo una catástrofe sanitaria, sino también una “catástrofe de derechos humanos” en España y a nivel internacional (CERMI, 2020³). Todas estas manifestaciones ponen de relieve la grave problemática moral y jurídico-política que enfrenta el mundo provocada por la catástrofe sanitaria y sus consecuencias, que acentúa la realidad cotidiana vivida por buena parte de las personas con diversidad funcional. Lo que ahora sale a la

superficie con más intensidad y es visibilizado a través de numerosos informes institucionales y denuncias de medios de comunicación, es el trato desigual y excluyente dado en numerosas ocasiones a dichas personas, a pesar de los avances sociales de las últimas décadas. La injusticia moral y jurídico-política, que se ha manifestado ahora palmariamente en forma de una más restringida inclusión social y una grave discriminación en el ejercicio igualitario del derecho a la salud, es una de las caras de las crisis que están haciendo resquebrajarse las bases sobre las que se erigen las sociedades (ONU, 2020a). Desde la perspectiva de lo *correcto*, esta situación exige reparación y cambios institucionales hacia el futuro. En este trabajo sostenemos que dicha problemática puede conceptuarse relacionándola con un viejo prejuicio naturalizado, a través de raíces histórico-culturales, en las estructuras sociales⁴: el prejuicio capacitista. La dimensión natural de la covid-19 parece concordar con un naturalizado capacitismo instalado en el imaginario social, ignorando o eludiendo la responsabilidad de las estructuras sociales y de las iniciativas personales en ponerles freno⁵. La valoración cultural desigual de las diferentes capacidades que tienen los seres humanos, en claro detrimento de los considerados “menos capaces”, viene a coincidir con la restricción a su igualitaria inclusión social y con la discriminación en su derecho a la salud en la negación del valor fundamental de la igual dignidad humana⁶. Este valor, puesto de relieve en la DUDH y en la CDPD, en su doble cara de valor moral y valor jurídico-político (Habermas, 2012), exige el cuestionamiento del capacitismo.

⁴ “La exclusión [...] puede estar insertada en la cultura y las estructuras sociales dominantes, que la ‘naturalizan’” (Etxeberria, 2018: 282).

⁵ La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, en el informe acerca de la toma de conciencia impulsada en el artículo 8 de la CDPD (ONU, 2019b: párr. 15), señala que, al igual que sucede con el racismo, el sexismo y el edadismo, el “capacitismo” se conforma mediante un sistema de creencias que origina las actitudes y estereotipos negativos, así como el estigma, que devalúan a las personas con discapacidad basándose en sus deficiencias. Es clave comprender que para el capacitismo “las personas con discapacidad merecen menos respeto y consideración, son menos capaces de contribuir y participar, y tienen un valor inherente inferior al de las demás personas. Arraigado en las instituciones, los sistemas y la cultura general de la sociedad, coarta las posibilidades de las personas con discapacidad y menoscaba su inclusión en la vida de la comunidad”.

⁶ En el informe sobre el derecho a la salud, la relatora especial, Catalina Devandas, denuncia que en muchos países se discrimina a las personas con discapacidad en el acceso a tratamientos médicos, por motivo de su discapacidad. Aunque las justificaciones dadas para ello van desde la falta de accesibilidad hasta una cobertura insuficiente de seguro médico, se trata de prácticas discriminatorias basadas en la premisa de que las personas con discapacidad tienen menos valor que las demás personas o disfrutan de una calidad de vida menor. “A muchos niños y adultos con discapacidad no se les ofrece o se les niega el tratamiento, incluso cuando se trata de tratamientos que podrían salvar o prolongar la vida, ya que se considera que son intervenciones sin sentido e ineficaces” (ONU, 2018: párr. 38). El estudio de Gerhart *et al.* (1994), mencionado por la relatora especial, reveló que muchos proveedores sanitarios no apoyan intervenciones estándar de emergencia, como toracotomías, en pacientes con lesiones recientes de la médula espinal. “No garantizar el acceso a tratamiento y medicación vitales para aliviar el dolor y el sufrimiento representa una amenaza para los derechos a la vida, a la salud y a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes”.

² La relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas, es igualmente clara al respecto, al afirmar que “las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de salud que las demás personas, entre otras, la promoción de la salud, la atención preventiva, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. También pueden tener otras necesidades de salud ocasionadas por sus deficiencias y otros determinantes subyacentes de la salud, como la pobreza, la discriminación, la violencia y la exclusión social” (ONU, 2018: párr. 4). En lo que sigue se destaca el agravamiento de enfermedades debido a un entorno social inadecuado, circunstancia que estimamos relevante en el contexto de la crisis sanitaria de la covid-19: “Si bien algunas deficiencias evolucionan de forma inevitable con el tiempo, un entorno físico y social inadecuado puede agravar las enfermedades primarias o exacerbar las consecuencias secundarias de dichas enfermedades”.

³ CERMI es voz representativa de este grupo social y tiene un papel en la reivindicación ético-política de los derechos humanos, al ser reconocida en 2011 por el Estado español como mecanismo independiente y de seguimiento de la aplicación de la CDPD.

En este artículo nos centramos, en primer lugar, en un análisis conceptual del prejuicio capacitista, señalando la repercusión que tiene en las personas con discapacidad. En segundo lugar, realizamos un análisis general de la exclusión de las personas con diversidad funcional en la respuesta a la pandemia, considerando un doble marco teórico: el enfoque ético-político de Derechos Humanos y el ámbito de la reflexión bioética. Apoyándonos en el planteamiento universalista igualitario que subyace en el pensamiento jurídico-político, de base normativa, de Habermas, defendemos una perspectiva inclusiva en la respuesta a la pandemia, fundada en la idea moral-jurídica de *dignidad*, común a ambos marcos teóricos. La inclusión igualitaria de todos los ciudadanos, fundada en dicha normatividad moral, constituye la base legítima de una comunidad política erigida jurídicamente sobre los derechos humanos. La pertinencia de un universalismo igualitario abierto a la diferencia (Habermas, 2008b) se sostiene sobre la denuncia de que la crisis sanitaria constituye también una crisis de derechos humanos. Por tanto, una crisis jurídico-política del sistema democrático. A su vez, el valor de la dignidad humana y el derecho a la salud derivado de ella juegan un papel relevante en los debates bioéticos sobre la problemática del tratamiento médico de los pacientes con coronavirus. Recurriendo a ambos marcos teóricos, sostenemos que la idea de dignidad proporciona una potente base para la crítica normativa que cuestiona, por injusto, el trato discriminatorio hacia las personas con diversidad funcional y las personas ancianas ocurrido durante la actual pandemia.

En tercer lugar, exploramos el debate sobre los criterios de triaje médico en la situación de catástrofe sanitaria, cuestionando desde consideraciones epistémicas y normativas el capacitismo subyacente en algunos planteamientos. Justificamos que el valor de igual dignidad en la diferencia, incluido en la CDPD, debe seguir vigente en la atención sanitaria durante la pandemia. También exploramos la cuestión de los determinantes sociales de salud (DSS) puestos de relieve desde la epidemiología social, en la medida en que han de ser tenidos en cuenta en la corrección de desigualdades que puedan incidir en futuras pandemias.

2. El prejuicio capacitista

El capacitismo (“ableism”) denota un discurso social y cultural dominado por una actitud que devalúa la discapacidad, frente a la valoración de la integridad corporal, que es equiparada a una supuesta condición esencial humana de normalidad. Puede definirse como un conjunto de creencias, procesos, representaciones y prácticas basado en el favoritismo y el privilegio de ciertas capacidades, que produce una interpretación particular de uno mismo, del propio cuerpo, de la relación con los demás y con el medio ambiente (Wolbring, 2008b: 252). La clase particular de sujeto y de cuerpo que se proyecta normativamente como lo deseable y

típico de la especie y, por lo tanto, como lo que es esencial y plenamente humano, produce que la discapacidad sea considerada como una condición devaluada y devaluante del ser humano (Campbell, 2001: 44). El capacitismo se basa, pues, en el prejuicio de que las personas con discapacidad son inferiores a las personas sin discapacidad (Linton, 1998: 9), se relaciona con la categorización médica de las personas con discapacidad como deficientes y minusválidas, y conduce al objetivo de rehabilitarlas o, incluso, de prevenir su nacimiento (Wolbring, 2008b), al asumir la creencia de que la discapacidad, de cualquier tipo que sea, es inherentemente rechazable (Campbell, 2008).

En la mayoría de las ocasiones, el capacitismo es un discurso implícito pero que actúa de manera muy efectiva, puesto que impregna gran parte del pensamiento y de los ámbitos de la sociedad, entre ellos, de especial importancia, el actitudinal, generando barreras que son señaladas claramente en el apartado “e” del preámbulo de la CDPD: “Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

El capacitismo favorece actitudes sociales negativas hacia las personas con discapacidad, que son objeto de bajas expectativas, de estigmatización, de estereotipos y prejuicios. Ello conduce a la discriminación, al uso de un lenguaje peyorativo y a prácticas nocivas y violentas. La CDPD incluye en su artículo 8 una disposición transversal sobre la toma de conciencia en relación con las habilidades, las aportaciones a la sociedad y los derechos de las personas con discapacidad. Esta toma de conciencia es fundamental para superar la concepción desfasada de la discapacidad todavía presente en la legislación y en la práctica, como en los modelos médico y caritativo (ONU, 2019b: párr. 72-73).

En tanto discurso social y cultural, el capacitismo tiene raíces en teorías y enfoques filosóficos, sociológicos, éticos, antropológicos, jurídicos, científicos y de otro tipo, en relación con nociones como la autonomía personal, la capacidad, la salud, la individualidad, la subjetividad, la agencia, etc. Estas nociones, que están del lado de los privilegios, correlacionan con otras que caen del lado de la discriminación, como son la minusvalía, la dependencia, la discapacidad, la enfermedad, la incapacidad y otras, que se han venido planteando a lo largo del tiempo, en paralelo con el desarrollo de las teorías y enfoques correspondientes.

Atendiendo a estándares normativos y estrictos de apariencia, funcionamiento y comportamiento, el pensamiento capacitista considera desgraciada la experiencia de la discapacidad como una tragedia que conlleva sufrimientos y desventajas y que, de forma inapelable, resta valor a la vida humana. Como

consecuencia de ello, se establece la creencia de que la calidad de vida de las personas con discapacidad es ínfima, que esas personas no tienen ningún futuro y que nunca se sentirán realizadas y ni felices (ONU, 2019c: párr. 9).

En los últimos cincuenta años, el movimiento de defensa de los derechos de las personas con discapacidad ha tratado de luchar contra estas percepciones negativas profundamente arraigadas, señalando la raíz del problema en el hecho de que la sociedad no elimine las barreras, que no preste el apoyo necesario y no se acepte la discapacidad como parte de la diversidad humana, de acuerdo con el artículo 3, que enuncia los principios generales de la CDPD. Las narraciones de las personas con discapacidad se consideran subjetivas e inadecuadas para orientar la adopción de decisiones objetivas, y el desequilibrio de poder subyacente invalida su experiencia real de vida. Se hacen oídos sordos a sus reivindicaciones para que se reconozcan sus derechos, y no se les proporcionan espacios de comunicación ni de debate para que se tengan en cuenta o para poner en tela de juicio el capacitismo (ONU, 2019c: párr. 15).

La idea de capacitismo evolucionó a partir de los movimientos por los derechos civiles de las personas con discapacidad en los Estados Unidos y el Reino Unido, durante las décadas de 1960 y 1970 (Wolbring y Guzmán, 2010). Impulsado como un concepto de uso análogo a los de sexismo y racismo, pretendía evidenciar y combatir los prejuicios y la discriminación hacia las personas con discapacidad, cuyos cuerpos y capacidades se señalaban como “deficientes”. Tanto el discurso acerca de los derechos de las personas con discapacidad como los estudios sobre la discapacidad en el ámbito académico cuestionaron el favoritismo hacia las capacidades de un supuesto cuerpo normativo, base del capacitismo, que considera esencialmente valiosas ciertas capacidades que se deben poseer, conservar o adquirir.

El favoritismo y privilegio hacia unas capacidades esenciales, por encima de otras, se ha utilizado a lo largo del tiempo para justificar también la discriminación hacia grupos sociales distintos de las personas con discapacidad, que exhiben diferencias reales o percibidas de tales capacidades, y ha conducido a la justificación de otros “ismos”, como el racismo o el sexismo (Wolbring, 2008a). Si bien el racismo y el sexismo pueden carecer de legitimidad social en el mundo actual supuestamente “civilizado”, los preceptos que regulan la civilidad moderna continúan, por el contrario, permitiendo una orientación marcadamente capacitista (Cherney, 2011).

El capacitismo es uno de los “ismos” más arraigados y aceptados socialmente (Wolbring y Guzmán, 2010). Los juicios de valor sobre las capacidades están tan presentes en la sociedad que sus efectos excluyentes apenas son percibidos ni cuestionados.

Incluso quienes son marginados por el capacitismo, caen, paradójicamente, en el mismo discurso para defenderse o exigir cambios en su situación: “nosotros somos tan capaces como vosotros [...] con los apoyos necesarios, podemos ser tan capaces como cualquiera” (Wolbring, 2008b).

El capacitismo impregna el pensamiento actual y opera como un discurso de poder y de dominación transmitido a través de dispositivos retóricos como el lenguaje, las imágenes y todos los sistemas de representación. Está tan presente que llega a parecer natural, inevitable y, en última instancia, moralmente aceptable y necesario para el funcionamiento normal de la sociedad (Cherney, 2011). Vivimos en un mundo capacitista que asume la ausencia de discapacidad como el estado “natural” del ser humano y considera, además, este estado como altamente deseable, acompañado de todo tipo de privilegios e institucionalmente recompensado (McRuer, 2016: 140).

A pesar de su amplísima presencia, el capacitismo, en tanto discurso social y cultural, permanece oculto, en una especie de omnipresente invisibilidad. La opinión pública cuestiona cada vez más los discursos discriminatorios, pero el capacitismo sigue legitimando la retórica que da lugar a distintas formas de discriminación (ONU, 2019b: párr. 15). Las posturas capacitistas dominan importantes debates que afectan a los derechos de las personas con discapacidad. Ideas normativas y desfasadas sobre la normalidad se siguen imponiendo en deliberaciones médicas, jurídicas y filosóficas, incluyendo las que conciernen a prácticas científicas y médicas tan delicadas como el cribado prenatal, la edición génica, la permisividad de intervenciones invasivas, dolorosas o irreversibles, la denegación o retirada de intervenciones terapéuticas de soporte vital y la muerte asistida. Con frecuencia, tales deliberaciones tienen lugar principalmente en el ámbito de la bioética (ONU, 2019c: párr. 16).

3. Derechos humanos y bioética: crítica normativa de la discriminación sanitaria en la crisis pandémica

La experiencia de injusticia sufrida por el grupo social de personas con diversidad funcional y por personas ancianas⁷ en el contexto de la crisis pandémica muestra la distancia existente entre las bases normativas igualitarias proclamadas por

⁷ El 46 % de las personas con 60 años o más tiene algún tipo de impedimento (ONU, 2020b). Por otra parte, como ejemplo de microdatos de la confluencia entre impedimento y edad, un estudio (Suárez, Matías y Comas, 2020) estima, en ausencia de datos desagregados completos, que entre el 61 % y el 76 % de personas que viven en residencias de ancianos en España tienen demencia, considerando que existe evidencia científica emergente de una mayor vulnerabilidad a la covid-19 en dichas personas. Tampoco existen datos desagregados completos por parte del movimiento asociativo (CERMI, 2020) en relación con personas con diversidad funcional en residencias, en sus casas o en hospitales (CERMI, 2020).

la sociedad y la realidad efectivamente vivida. No obstante, las organizaciones que han denunciado el desajuste no renuncian a seguir ahondando en dicha normatividad, entendiendo que la corrección de tal falla únicamente será posible a partir de la orientación que aquella proporciona. Las argumentaciones prácticas, éticas y jurídicas, reflejadas en los diferentes informes sobre la repercusión de la covid-19 en dicho grupo social provienen fundamentalmente de dos fuentes: por un lado, la puesta de relieve de los derechos humanos que les asisten, modulados en la CDPD⁸; por otro, la reflexión procedente del ámbito de la bioética. El terreno ético común que entrelaza ambos marcos teóricos permite encontrar en el valor de la dignidad un doble aspecto de crítica normativa, ya que, desde una perspectiva kantiana, el respeto a la igual dignidad de la persona constituye el fin limitativo de las acciones que la menoscaben, así como el fin positivo que debe ser perseguido para protegerla (Cortina, 2009a). Se abre, pues, una doble perspectiva de crítica normativa: por un lado, el menoscabo de la dignidad que supone la denegación del derecho a la salud; por otro, el menoscabo de la dignidad producido al no haberse creado iguales condiciones de acceso a la salud.

3.1. Crítica de la discriminación desde los derechos humanos

Hay que tener en cuenta que los derechos humanos, formulados históricamente con pretensión de universalidad a partir de la DUDH de 1948, se reafirman en dicha universalidad al extenderse a este marginado grupo social en la CDPD. El discurso axiológico-normativo subyacente en este documento asume definitivamente una nueva concepción de la discapacidad: sin negar la experiencia del impedimento, concibe a las personas con alguno de sus tipos como sujetos de iguales derechos, señalando la responsabilidad de la sociedad en su inclusión, a través de una clara hoja de ruta para las políticas públicas (Palacios, 2008; Degener, 2016). Lo que ha hecho aguas ahora, y es necesario taponar para avanzar en una respuesta inclusiva frente a la covid-19 (ONU, 2020b), es el traslado al imaginario social de esta nueva concepción:

Las sociedades avanzadas, occidentales y con democracias consolidadas, como la española, siguen viendo a las personas con discapacidad desde la óptica de la prescindencia o desde el modelo médico rehabilitador y poco o nada ha calado el enfoque de derechos, basado en la dignidad y la autodeterminación de las propias personas que propugna la Convención. (CERMI, 2020)

⁸ La CDPD no implica el establecimiento de nuevos derechos humanos; más bien constituye una modulación de estos a las diversas características fácticas diferenciales que presentan las personas con diversidad funcional (Palacios, 2008; Degener, 2016).

Los derechos humanos no se agotan en su dimensión jurídica al ser incorporados al ámbito legislativo interno de un Estado. Sin detrimento de que, por su traducción jurídica, pueda apelarse a ellos para denunciar posibles injusticias tomando como base el derecho de los grupos minoritarios a la inclusión (Habermas, 2008a: 270)⁹, su naturaleza moral (Sen, 2010; Cortina, 2009a) permite dejar también un espacio a la argumentación ética (Sen, 2010: 419-420) que surge ante la indignación al percibir que son violados. Es esta dimensión moral, que introduce la perspectiva de *inclusión igualitaria* de todos los seres humanos, la que proporciona fundamento a los derechos humanos (Habermas, 2008a: 54). En el discurso de la CDPD se ahonda en ese fundamento moral, al proclamar que los derechos humanos corresponden también a personas con características corporales o mentales diversas. Por este carácter inclusivo, su reconocimiento está desligado de la posesión de una determinada condición corporal o mental (Degener, 2016). En el preámbulo de la CDPD se introduce la perspectiva inclusiva universal al recordar la igual dignidad inherente y los iguales derechos de “todos los miembros de la familia humana”, y al establecer como valores fundamentales el “respeto a la dignidad” de las personas con diversidad funcional y el “respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas” (artículo 3, a y d).

En estos principios fundamentales de la CDPD aparece entrelazado el hecho de la diversidad que encierra la condición corporal/mental humana con el valor de la intrínseca dignidad de todos los miembros de la familia humana. Tal hecho no anula, sino que es inseparable del valor de la dignidad de la persona con dicha diversidad: la conjugación de ambos requiere de la actitud moral de respeto hacia la dignidad de la persona en la diversidad que manifiesta. El reconocimiento de la igual dignidad de toda persona —tenga o no algún tipo de impedimento— es el fundamento moral del reconocimiento de iguales derechos humanos (Habermas 2012; Cortina, 2009a)¹⁰.

También en la Constitución Española (CE) se hace referencia a este fundamento moral cuando se proclama la voluntad de “proteger a todos los españoles en el ejercicio de los derechos humanos” (preámbulo). En el artículo 10.1 se hace referencia a la “dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes” como parte del “fundamento

⁹ En el artículo 12.1 de la CDPD se establece que los Estados parte “reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica”, lo cual justifica el derecho a la inclusión en la comunidad política.

¹⁰ A pesar de los importantes avances en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad, como pueda serlo la CDPD, las percepciones negativas profundamente arraigadas sobre el menor valor de la vida de estas personas siguen siendo un obstáculo en todas las sociedades: “Esas percepciones surgen del capacitismo, en cuanto sistema de valores que considera que determinadas características típicas del cuerpo y la mente son fundamentales para vivir una vida que merezca la pena ser vivida” (ONU, 2019c: párr. 9).

del orden político”. Y en el artículo 10.2 se indica que las “normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España”. Por tanto, los derechos fundamentales reconocidos a los ciudadanos han de ser interpretados en conformidad con la CDPD (ratificada en 2008 por España y que, en virtud del artículo 96 de la Constitución, es de obligado cumplimiento en el ordenamiento jurídico interno; igualmente porque fue ratificada por la Unión Europea, a cuya legislación también está sujeta). De lo cual puede colegirse que tales derechos fundamentales se extienden sin ningún tipo de excepción a los ciudadanos con diversidad funcional. Los contenidos expresados en la CE, además de tener una dimensión jurídica, remiten al fundamento moral latente en la DUDH y en la CDPD, mostrando también el carácter moral de los derechos fundamentales reconocidos constitucionalmente. El Comité de Bioética de España recuerda, en su informe sobre las implicaciones éticas para las personas con diversidad funcional en el contexto de la pandemia por la covid-19 (2020), que, en situación de extrema escasez de recursos:

[...] ya no se trata de fijar cuál es el mejor criterio científico-médico o cuál es la *lex artis* de la actuación individual de cada profesional, sino, mucho más allá, de limitar el derecho a la protección de la salud de algunos individuos por la escasez de recursos, la decisión solo puede corresponder única y exclusivamente a la autoridad pública, la única facultada constitucionalmente para limitar y suspender derechos.

Tal decisión de la autoridad pública está sujeta, como pone de manifiesto dicho comité, también en términos jurídico-políticos, al ordenamiento vigente. Es decir, en último término, a la CE y la CDPD. En tal sentido, el límite jurídico-político de tal decisión, inseparable de su límite moral, lo constituye la prohibición expresa de toda forma de discriminación negativa, incluida la discriminación por discapacidad, según el artículo 2 de la DUDH y el artículo 14 de la CE.

El valor moral y jurídico de la igual dignidad de las personas con diversidad funcional abre la puerta a la lucha contra la discriminación. En el artículo 3 de la CDPD se define la discriminación por discapacidad como:

Cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo.

El rechazo a la discriminación constituye un aspecto nuclear de la CDPD (Degener, 2016). Hay un doble modo de entenderlo: en un sentido pasivo, que consiste en abstenerse de “distinguir, excluir o restringir” el igual ejercicio efectivo de los derechos humanos en las personas con impedimentos; y en un sentido activo, requiere de acciones del Estado dirigidas a la potenciación de medidas positivas (por ejemplo, la accesibilidad universal) para transformar la sociedad, creando iguales condiciones para el ejercicio efectivo de los derechos humanos (Degener, 2016). En relación a la salud, el artículo 25 de la CDPD también recoge esta doble dimensión, al indicar que los Estados parte “reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados parte adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud”¹¹. Este doble sentido impregna el enfoque inclusivo propugnado por la ONU para dar una respuesta inclusiva en el contexto de la covid-19. Dicha respuesta —no únicamente por razones de justicia, también por razones de eficacia sanitaria— exige, por un lado, que todas las acciones realizadas “deben prohibir cualquier forma de discriminación basada en la discapacidad” y, por otro, que se sitúen las personas con diversidad funcional en “el centro de la respuesta y que participen como agentes de planificación y ejecución” (ONU, 2020b)¹².

Desde un punto de vista crítico-normativo, el incumplimiento palmario del derecho a la salud sufrido por las personas con diversidad funcional en dicho contexto encierra, pues, una doble discriminación: no solo se les ha excluido al denegar su igual derecho a la salud; también se les ha discriminado al no haber creado iguales condiciones de acceso para lograr la igual efectividad de este derecho en la crisis vivida¹³. Dicho incumplimiento tiene a la base el prejuicio capacitista y el prejuicio

¹¹ El informe (ONU, 2018: párr. 72) es igualmente claro al señalar que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación. Sin embargo, en la práctica sus condiciones en materia de salud son peores que las de la población general, a causa de factores estructurales, como barreras para acceder a la atención primaria y secundaria, la disponibilidad limitada de servicios y programas específicos para la discapacidad, legislaciones y políticas discriminatorias, los estereotipos negativos, el estigma, la exclusión social y la pobreza.

¹² En el artículo 11 de la CDPD se indica la obligación de los Estados parte de tomar “todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales”.

¹³ Se ha denunciado, en este primer sentido de discriminación, que la “pandemia ha aflorado un cuestionamiento de los derechos humanos, materializado en situaciones de denegación de UCIS o denegación a un traslado a un hospital por razón de edad o de discapacidad o a la generación de tentativas de no asignar estos recursos sobre la base de salvar el sistema sanitario” (CERMI, 2020). También ha quedado de manifiesto este segundo sentido de la discriminación: “Si la información sobre salud pública, el entorno construido, las comunicaciones y tecnologías y los bienes y servicios no son accesibles, las personas con discapacidad no pueden tomar las decisiones necesarias, vivir de forma independiente y aislarse o ponerse en cuarentena de forma segura, ni acceder a los servicios públicos y de salud en igualdad de condiciones con los demás” (ONU, 2020b).

edadista¹⁴ (Cortina, 2020), que juzga a las personas con diversidad funcional y a los ancianos como seres cuyas vidas resultan menos útiles, no solo porque se considera que tienen menos que aportar a la sociedad, sino también porque suponen una carga económica para ella¹⁵. Tales prejuicios, reafirmados en el contexto de las crisis provocadas por la pandemia, tienen su base en el rechazo a la condición humana que se revela en su constitutiva vulnerabilidad (Nussbaum, 2006; Cortina, 2017; 2020)¹⁶.

La CDPD, documento de promoción de las personas con diversidad funcional como sujetos de iguales derechos humanos (Palacios, 2008; Degener, 2016), abre varias rutas de acción para avanzar en una efectiva inclusión (Sen, 2010; Cortina, 2009b: 228): la ruta legislativa, concretada en la transformación de las normas jurídicas internas de los Estados parte; la ruta ética del reconocimiento, con importante recorrido en la educación y las expresiones culturales, bases para avanzar en una moral inclusiva; y la ruta del activismo, propia de las organizaciones cívicas, ocupadas en la denuncia de las injusticias en el impulso de debates públicos. Tales acciones siguen siendo necesarias, a través de las mencionadas rutas, para una respuesta inclusiva a la covid-19 y a la recuperación posterior (ONU, 2020b).

3.2. Crítica de la discriminación desde la bioética clínica

Otra fuente relevante de crítica normativa del mencionado trato injusto es la que proviene del debate existente en la bioética médica. Esta

rama de la bioética se ha entendido desde sus comienzos, en el último tercio del siglo XX, como una ética profesional de principios para guiar la relación médico-paciente en el seno del sistema sanitario, tanto en la investigación como en la asistencia (Gracia, 1989; González, 2016)¹⁷. Esta lectura restringida del papel de la bioética médica ha sufrido una transformación a comienzos del siglo XXI, cuando se produce un acercamiento de la bioética a los Derechos humanos (Tealdi, 2008). En un camino que comienza con el establecimiento de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Unesco, 2005), la bioética toma como referencia el valor universal de la dignidad del ser humano y su vinculación al reconocimiento y realización de los diferentes tipos de derechos humanos surgidos históricamente.

En virtud de esta ampliación, la bioética se puede concebir como una ética de la vida digna. Es decir, como una ética de las condiciones sociales para una vida que merece ser vivida, de acuerdo con las distintas generaciones de Derechos Humanos (González, 2016). En consecuencia, los principios de la bioética médica han de ser interpretados teniendo como referente último el valor incondicionado de la dignidad humana. Desde esta visión de la bioética, el igual respeto, también en tiempos de pandemia, al derecho humano a la salud de las personas con diversidad funcional y personas ancianas queda fundado en su igual dignidad, y constituye una obligación de justicia que debe ser realizada. Si se entiende dicho derecho humano como una de las condiciones morales de inclusión en la comunidad política (Habermas, 2012), excluir *ex ante* a dichas personas de la asistencia sanitaria resulta inaceptable porque implica también su exclusión como iguales miembros de la comunidad moral y política (Ministerio de Sanidad, 2020). En la práctica médica enmarcada en el sistema sanitario, esta falta de respeto moral y jurídico-político se traduce en su exclusión como *pacientes* que merecen ser tratados dignamente. Lo cual implica desprestigiar e ignorar la información sobre su estado clínico real y sus expectativas objetivas de supervivencia. Siendo este criterio el que debe aplicarse a cualquier persona que necesite ser tratada de la enfermedad pandémica (Auriemma *et al.*, 2020; Cortina, 2020; Ministerio de Sanidad, 2020; Comité de Bioética de España, 2020), entonces esa exclusión clínica irrespetuosa es contraria a los principios de beneficencia y de no maleficencia (González, 2016: 233). Por un lado, se les discrimina en la obtención de los beneficios terapéuticos que pudiera ofrecer el uso de los recursos sanitarios, sean éstos curativos o paliativos, aplicados por personal sanitario especializado (principio de beneficencia). Por otro, se les expone discriminatoriamente al daño que pudiera producir

¹⁴ Existe una clara interseccionalidad entre ambos tipos de prejuicio. El informe (ONU, 2019a: párr. 8) señala que la intersección entre vejez y discapacidad produce formas agravadas de discriminación y violaciones específicas de los derechos humanos de las personas de edad con discapacidad. Las personas de edad con discapacidad están sometidas en mayor medida a la pérdida de poder, la denegación de la autonomía, la marginación y la devaluación. Dado que son percibidas como una "carga" o "menos dignas", a las personas de edad con discapacidad se les concede una prioridad inferior en la política y reciben, si es que los reciben, servicios de menor calidad, especialmente en situaciones de escasez de recursos.

¹⁵ Un ejemplo paradigmático son las declaraciones de Dan Patrick, vicegobernador de Texas (Estados Unidos), cuando afirmó, en los comienzos de la crisis pandémica que: "hay abuelos, como él, dispuestos a sacrificar sus vidas para salvar la economía de Estados Unidos" (<https://www.elmundo.es/internacional/2020/03/24/5e79d80afc6c83ea708b4579.html>).

¹⁶ El edadismo y el capacitismo comparten raíces y consecuencias comunes, pero la desigualdad en la vejez no es simplemente el resultado de prejuicios capacitistas (ONU, 2019a: párr. 7): el edadismo, considerado como la fijación de estereotipos y prejuicios discriminatorios sobre las personas de edad y la vejez, es una forma específica de opresión que afecta particularmente a las personas de edad, con o sin discapacidad, las cuales suelen ser frecuentemente percibidas como una carga, como dependientes, improductivas, indignas y vulnerables. De acuerdo con el modelo social, la discapacidad se interpreta como una construcción social, pero de manera muy diferente las desigualdades derivadas de la vejez son mayoritariamente consideradas como "naturales" o "inevitables". Por lo tanto, las personas de edad con discapacidad se ven discriminadas no solo por su discapacidad, sino también a causa de los estereotipos negativos y estigmatizantes sobre las personas de edad.

¹⁷ La pandemia provocada por la covid-19 es, al menos en su origen, una crisis de salud pública que afecta de diferentes formas al conjunto de la población. No obstante, tiene repercusiones clínicas en los individuos. Es en lo que atañe a una práctica clínica excepcional desarrollada en catástrofes (Gracia, 2016), desde la que consideramos aquí la crítica normativa.

la enfermedad o, al menos, al daño psicológico de una espera incierta y sus consecuencias (principio de no-maleficencia).

También se ha puesto de manifiesto la falta de condiciones de accesibilidad a la información, a las instalaciones, a los servicios y a los programas de respuesta a la covid-19 (ONU, 2020b), lo que entraña una limitación en el ejercicio de una plena e igual libertad en la toma de decisiones de los pacientes para protegerse de la enfermedad (principio de autonomía). Por otra parte, la dignidad del paciente también puede entenderse en el sentido de ser considerado un interlocutor válido, que ejerce su autonomía dialógicamente (Cortina, 1997). Los pacientes, ciudadanos usuarios del sistema sanitario, deben ser escuchados respecto a las normas regulatorias de planificación y asignación de los recursos sanitarios para combatir la pandemia, al estar afectados por ellas¹⁸. Dichas normas han de ser públicas, sometidas al procedimiento de la argumentación y han de poder ser aceptadas por todos en un consenso racional. El ocultamiento a la opinión pública de la exclusión *ex ante* de personas con diversidad funcional y personas ancianas, desvelado por la prensa y por las organizaciones representativas de dichas personas¹⁹ fue otro síntoma de un retroceso desde el modelo social de la discapacidad al modelo de prescindencia (Palacios, 2008; Asís, 2020), no solo en el sentido de que las vidas de las personas con diversidad funcional y de las personas ancianas se consideraron prescindibles, también porque se prescindió de sus voces autónomas.

Por último, se produce una falla clara en el principio de justicia, que atañe al nivel institucional que envuelve la práctica médica. Aunque existen diferentes modos de concebir la justicia sanitaria (Gracia, 1989), hay un cierto consenso en considerar que, en un contexto de pandemia, con gran escasez de recursos sanitarios (incluso de soporte vital), debe aplicarse al menos, aunque no necesariamente como criterio único, el principio de equidad (Ministerio de Sanidad, 2020; Comité de Bioética de España, 2020; Patrão, 2020; Michalowski *et al.*, 2020). Dado el carácter igualitario de la justicia como equidad defendida por Rawls (1979)²⁰, la aplicación de

este principio implica el rechazo de toda forma de discriminación, al ser esta contraria a la igualdad de oportunidades. Excluir *ex ante* a ciertos grupos sociales del reparto equitativo de recursos sanitarios resulta contrario al trato equitativo que todo paciente merece en justicia.

Siendo la salud un bien primario que requiere distribución equitativa, la discriminación de las personas con diversidad funcional y personas ancianas en el acceso a la asistencia sanitaria supone un trato irrespetuoso al excluirlas como pacientes con igual dignidad²¹, y produce una quiebra de los principios normativos de la profesión médica. De este modo se acentúa la discriminación social con que ya contaban estos grupos sociales; se exacerban los prejuicios capacitista y edadista ya existentes, lo que contribuye al aumento de la división social; puede agrietarse la confianza de las personas con discapacidad y ancianos en la relación médico-paciente, y se puede causar daño psicológico a los profesionales sanitarios que perciban la injusticia de dicha medida (Auriemma *et al.*, 2020)²². Una bioética fundada en los derechos humanos debe ser también una bioética consciente de la discapacidad (ONU, 2019c). Como tal, constituye una fuente fundamental de crítica normativa de criterios excluyentes que han afectado a las personas con diversidad funcional durante la pandemia²³. De ahí la importancia de que dichas personas estén representadas tanto en los comités de bioética institucionales como en los comités de ética asistencial de los hospitales, que deben asesorar a los profesionales sanitarios en momentos complicados y con gran incertidumbre (Comité de Bioética de España, 2020; Ministerio de Sanidad, 2020), de forma que sus argumentos puedan ser escuchados (ONU, 2019c).

parcial de la justicia social de Nussbaum extiende igualmente a las personas con diversidad funcional los mínimos de justicia en las capacidades u oportunidades reales de salud y mantenimiento de la vida (Nussbaum, 2007).

²¹ El capacitismo y el edadismo están profundamente arraigados en el pensamiento social, en las políticas, las leyes, las instituciones, las actitudes y las creencias (ONU, 2018: párr. 38; 2019a: párr. 19). Las afecciones y los síntomas médicos de las personas con discapacidad suelen ser vistas como parte de su deficiencia, lo que a menudo conlleva la falta de tratamiento, o la estimación de que estas personas no merecen tratamiento. Por otra parte, en las personas de edad sus deficiencias se consideran como una consecuencia natural del envejecimiento, por lo que las barreras que les afectan en los ámbitos de su participación social no se perciben como una construcción social susceptible de eliminarse, sino como un hecho natural de su condición actual de vida.

²² Hasta ahora gran parte de la labor realizada en el campo de la bioética se ha basado en un entendimiento insuficiente e inexacto de la diversidad y la complejidad social de la discapacidad, y los trabajos bioéticos sobre la discapacidad se redactan en su mayoría desde el punto de vista de las personas sin discapacidad (ONU, 2019c: párr. 20). Las creencias capacitistas, como que las personas con discapacidad tienen menos valor que las demás, o que sus vidas no merecen la pena ser vividas, protagonizan la mayoría de las deliberaciones bioéticas, de manera que no tienen en cuenta las cuestiones bioéticas que realmente preocupan a las personas con discapacidad.

²³ Tanto el informe bioético del Ministerio de Sanidad (2020) como el informe del Comité de Bioética de España (2020) se han pronunciado críticamente sobre la discriminación de las personas con diversidad funcional y de las personas ancianas, apelando a un planteamiento de universalismo moral.

¹⁸ Una de las recomendaciones de la ONU para una respuesta inclusiva a la pandemia indica que deben celebrarse “consultas sustantivas con las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan y asegurar su participación activa en todas las fases de la respuesta a la COVID-19 y la recuperación posterior” (ONU, 2020b: 3).

¹⁹ El informe CERMI (2020) indica que “se han considerado las consultas y quejas recibidas en el propio CERMI vinculadas a la pandemia, las acciones emprendidas como consecuencia del trabajo genuino de la entidad, las denuncias de personas y entidades colaboradoras, tanto del movimiento asociativo como pertenecientes a distintos ámbitos jurídicos, las noticias publicadas en prensa o difundidas en redes sociales”. El principio de publicidad de las normas jurídicas, ya formulado por Kant en *La paz perpetua* (1785: 61-62), exige transparencia en las normas de priorización de pacientes pues, en caso contrario, no serían validadas bioéticamente (Patrão, 2020; Ministerio de Sanidad, 2020).

²⁰ El enfoque de las capacidades desarrollado por A. Sen (2010) y por M. Nussbaum aborda el problema de la justicia con las personas con diversidad funcional, cuestión no tratada por J. Rawls. La teoría

4. Una respuesta inclusiva a la pandemia

Una bioética de derechos humanos que cuestione el capacitismo y el edadismo en la respuesta a la covid-19 ha de considerar, en un sentido crítico-positivo, dos cuestiones relevantes para la protección normativa de la dignidad personal: la cuestión de las normas *ex post* de priorización de pacientes en contextos de catástrofe sanitaria y la cuestión de los determinantes sociales de salud como prevención de la salud pública. Aunque el foco de la mayoría de las reflexiones bioéticas se ha centrado en la primera cuestión, también es necesario tener presente la segunda.

4.1. Priorización sanitaria y dignidad humana

La priorización de pacientes, o triaje, forma parte de la práctica clínica ordinaria. Ahora bien, en una situación de catástrofe sanitaria, el triaje no se reduce a llevar a cabo una mera clasificación de pacientes, como ocurre en aquella. En una situación excepcional, cuando la catástrofe sanitaria conlleva escasez extrema de recursos y, como consecuencia, se han de tomar decisiones trágicas, el triaje consiste en la selección de pacientes a los que aplicar los recursos limitados existentes (Gracia, 2016: 80)²⁴. Desde nuestro punto de vista, las normas que se establezcan para esa situación excepcional deberán evitar discriminaciones negativas y cargas clínicas desproporcionadas sobre categorías de personas, consiguiendo una protección inclusiva de la dignidad humana.

El análisis de la priorización, a partir de la reciente literatura sobre el tema, lleva a considerar la imbricación de cuestiones epistémicas y normativas. Una primera cuestión que se plantea tiene que ver con su ámbito de origen. Aunque su establecimiento corresponda al terreno político-administrativo, teniendo en cuenta orientaciones procedentes del ámbito tecno-científico de salud pública, resulta inadecuado adoptar un punto de vista positivista. Dichas normas no deberían establecerse remitiéndose en exclusiva a puros hechos a los que haya que atender en la gestión sanitaria de la pandemia (recursos disponibles, coste económico, aplicación ante mayor vulnerabilidad física, etc.). No se trata de meras normas pragmáticas (Habermas, 2000: 111), que únicamente hagan referencia a los medios escasos disponibles para alcanzar la finalidad de un uso eficaz de ellos. En la medida en que esta eficacia está intrínsecamente conectada a salvar vidas humanas amenazadas por la pandemia, responden a un conflicto de intereses que se resume en la pregunta: ¿qué vidas deben salvarse? (Michalowski *et al.*, 2020). Por tanto, al afectar a vidas humanas y repercutir en el derecho

a la salud pública, no están desligadas de valores morales, ya que los hechos que deben ser atendidos se entremezclan con valores como la justicia en el ámbito de instituciones sanitarias (Conill, 2005), remitiendo, en último término, a la igual dignidad de cada uno de los pacientes.

Las normas de asignación de recursos sanitarios no son, pues, normas puramente científico-técnicas, sino que, aun dependiendo del conocimiento de los hechos, son normas morales (Patrão, 2020). Implican una elección que ha de resultar correcta armonizando la salud de la población con la igual dignidad y el igual derecho a la salud de los individuos. Han de ser justas en un reparto equitativo de beneficios y cargas clínicas compatible con el igual interés de todos en conservar la salud. En consecuencia, aunque la decisión sobre las normas justas de asignación de recursos corresponda a los responsables político-administrativos, es insuficiente contar con el conocimiento de los expertos científicos. Todos los usuarios del sistema sanitario, incluyendo a las personas con diversidad funcional y las personas ancianas, en tanto que afectados por ellas, han de poder realizar sus aportaciones en el previo proceso deliberativo²⁵. Su validez dependerá, de acuerdo con la ética del discurso, de que todos los usuarios del sistema sanitario, en tanto que interlocutores válidos, pudieran dar su consentimiento (Habermas, 2000: 36; Cortina, 1997: 236-240).

El carácter problemático de la aplicación de las normas que regulan dicha situación radica en la imposibilidad fáctica de salvar la vida de todos los pacientes. En tal circunstancia, el deber de intentar salvar la vida de todos los pacientes graves no puede ser realizado. En esta excepcional circunstancia se requiere que el enfoque deontológico sea combinado con un enfoque utilitarista: existe el deber de salvar el mayor número posible de vidas humanas, aunque bajo la condición de respetar la igual dignidad de los pacientes (Auriemma *et al.*, 2020; Bagenstos, 2020; Solomon *et al.*, 2020; Patrão, 2020; Michalowski *et al.*, 2020; Mello, Govind y White, 2020). La justicia de las normas de exclusión de casos individuales en el citado contexto, con el objetivo de maximizar las vidas de la población, estriba en que se pudiera producir una justificación y aplicación imparcial de estas, de modo que se atendiera a los intereses de todos en la misma medida (Habermas, 2011: 292). En este caso, la condición de imparcialidad radica, además de en el reparto equitativo de los beneficios y las cargas clínicas, en que todos los pacientes tengan una atención singularizada, considerando únicamente su estado clínico y sus expectativas objetivas de vida, basadas en la evidencia (Ministerio de Sanidad, 2020; Romeo y Urruela, 2020). El igual

²⁴ Tal es el caso, por ejemplo, de la limitación de acceso a las UCI o del uso racionado de respiradores en pacientes con una covid-19 agravada, lo que obligó a seleccionar pacientes a los que aplicar estos recursos de soporte vital.

²⁵ En tal sentido, Patrão (2020) afirma que “la justicia social [en la asignación de recursos] debe ser vista como un proceso deliberativo, plural, inclusivo y permanentemente abierto”. Por su parte, Romeo y Urruela (2020) consideran que, idealmente, dichas normas deberían ser diseñadas “de antemano al advenimiento de una pandemia permitiendo la participación abierta y el debate experto en el diseño de las pautas de priorización”.

respeto a la dignidad de los pacientes tendrá que mantenerse, exclusivamente en función del resultado de dicho examen clínico, con la decisión posterior sobre el uso de medios de soporte vital o, cuando esto no sea posible y el paciente no sea considerado prioritario, con el uso de medios paliativos de acompañamiento (Romeo y Urruela, 2020).

El establecimiento de normas de priorización de pacientes y la decisión médica de su aplicación no debería recurrir al uso de características personales (edad, impedimento, etc.) no directamente relacionadas con la situación clínica de los pacientes, si bien algunos expertos consideran que pueden usarse como criterios secundarios complementarios en caso de desempate (Auriemma *et al.*, 2020; Solomon *et al.*, 2020, Patrão, 2020). Además de que puedan resultar irrelevantes respecto a los conocimientos derivados del examen clínico, resulta inaceptable su uso normativo *prima facie*, puesto que la apelación a la igual dignidad personal resulta independiente de toda característica fáctica individual. En este sentido, Patrão (2020) contraponen dos modos diferentes de entender la priorización de los medios sanitarios: el “racionamiento”, que limita los medios en función de las características personales, y la “racionalización” u optimización de los recursos sanitarios para maximizar los beneficios que obtendrán los pacientes a partir de su situación clínica, sin considerar sus características personales. Solo este segundo proceder hace compatible el enfoque utilitarista con el igual respeto a la dignidad de los pacientes.

Por último, en la valoración clínica de los pacientes son importantes algunas cuestiones epistémicas referidas al cálculo en la maximización de los beneficios clínicos. Se ha considerado que resulta más aceptable el uso de la probabilidad de supervivencia a corto plazo o de la probabilidad inmediata de sobrevivir a la enfermedad, frente a la aplicación de años de vida o de años de vida de calidad (Auriemma, 2020; Solomonn *et al.*, 2020; Mello, Govind y White, 2020). El uso de dicho criterio resulta más coherente con una atención clínica singularizada abstraída de consideraciones externas, evitando así que en los juicios clínicos se deslice subrepticamente el prejuicio capacitista o edadista. El uso de criterios pretendidamente objetivos para la asignación de recursos puede estar contaminado con sesgos subjetivos acerca de la menor calidad de vida de las personas con diversidad funcional (Auriemma *et al.*, 2020; Bagenstos, 2020). Además del carácter erróneo de este sesgo subjetivo, que puede estar presente en orientaciones bioéticas o en la economía de la salud (Amundson, 2010), no tiene en cuenta que lo “que determina la calidad de vida de las personas con discapacidad no es la deficiencia en sí, sino las mismas cosas que determinan la calidad de vida de las personas sin discapacidad” (ONU, 2019c). Es decir, no tiene en cuenta cómo la vida de las personas con deficiencia puede resultar adecuadamente acogida por los arreglos sociales (Sen, 2002a: 58).

En una atención clínica singularizada, que considere exclusivamente las posibilidades de supervivencia a la enfermedad a corto plazo, la base cognitiva del juicio médico viene a concordar, por medio de la obligación deontológica a que se sujeta dicho juicio²⁶, con la apreciación normativa del respeto a la igual dignidad de cada paciente. La racionalización de recursos (Patrão, 2020) en provecho de quienes, en tal situación de extrema escasez, podrán beneficiarse más de los tratamientos frente a la pandemia, hace compatible la búsqueda de la maximización de vidas de la población con el respeto a la igual dignidad de cada persona. Teniendo en cuenta lo anterior, en una situación extraordinaria de pandemia, puede resultar moralmente aceptable la exclusión *ex post* de una persona con diversidad funcional o una persona anciana. Lo será únicamente cuando no pueda beneficiarse del tratamiento, bien porque su impedimento interfiera con el tratamiento o porque, aunque éste pueda tener éxito, su impedimento o su comorbilidad pueda producir su muerte en un plazo cercano (Bagentos, 2020).

4.2. Determinantes sociales de salud

Una visión bioética centrada en los derechos humanos que adopte un punto de vista prospectivo e inclusivo de respuesta a la pandemia no debe focalizarse en exclusiva en la cuestión de la priorización de los pacientes. Yendo más allá de la vertiente clínica, este enfoque panorámico ha de incidir en la conexión entre la salud de la población y los factores institucionales y de práctica social que repercuten en ella.

Aunque es un hecho que la suma de múltiples factores que afectan a las personas con diversidad funcional y ancianas (comorbilidad, condición de dependencia, mayores necesidades asistenciales, etc.) ha aumentado el riesgo de afectación de la enfermedad pandémica, no se trata de un hecho inmutable. En él se produce una interacción, sin discontinuidad, entre causas naturales y decisiones sociales previas. La existencia de esta doble causalidad entremezclada conlleva que, aunque la pandemia pueda interpretarse como vulnerabilidad natural, detrás de su desigual distribución aflora una injusta vulnerabilidad social, que requiere corregirse, tanto por razones de justicia como por la eficacia de las medidas de control de la pandemia. En este sentido, la epidemiología social pone al descubierto los denominados determinantes sociales de la salud²⁷, cuestión bioética que trasciende

²⁶ “El carácter deontológico del juicio, que orienta la práctica médica, está confirmado por la obligación de todos los miembros del cuerpo médico, en general, de proporcionar ayuda no solo a sus pacientes, sino a toda persona enferma o herida que se encuentre en situación de peligro” (Ricoeur, 2008). En una situación sanitaria excepcional, las limitaciones de curación debida a la insuficiencia de los recursos sanitarios no anulan la obligación del cuidado médico, sino que la redirigen, en función de los juicios clínicos singularizados y de los recursos disponibles, hacia la maximización de vidas de la población.

²⁷ La OMS publicó en 2008 el famoso Informe de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, liderado por M. Marmot.

la perspectiva clínica para abrirse al ámbito de la justicia social (Puyol, 2016). Dada la conexión entre la salud y la justicia social (Sen, 2002b), las injustas condiciones sociales previas son las que han contribuido a una afectación desproporcionada de la covid-19 en las personas con diversidad funcional y ancianas.

El enfoque de las capacidades de Sen y Nussbaum constituye una concepción de la justicia que subraya la importancia de los arreglos sociales en la calidad de vida de las personas con diversidad funcional (Sen, 2010; Nussbaum, 2007). Para este enfoque, la justicia se concibe en términos de capacidades u oportunidades reales para elaborar libremente planes de vida que una persona tiene razones para valorar. En las capacidades confluyen tanto las características personales como las aportaciones de las instituciones sociales. Sen pone un ejemplo epidemiológico oportuno al tema que nos ocupa: la capacidad o libertad de disfrutar una vida libre de paludismo. En este ejemplo muestra Sen que la libertad de vivir como una persona quiere no depende exclusivamente de la elección personal, sino que “es fortalecida por la política pública que transforma a los ambientes epidemiológicos y social” (Sen, 2002a: 72). Las políticas públicas que contribuyan a aportar un trato más justo con los ancianos y las personas con diversidad funcional generarán mejores condiciones sociales para ellos que, a su vez, reforzarán la salud pública de dichos grupos sociales. Dichas políticas públicas habrán de incidir en aquellas condiciones sociales que han agravado la salud pública de estos grupos sociales en la pandemia. Sin ánimo de exhaustividad, apuntamos los siguientes aspectos:

a. Uno de los factores que han contribuido a la propagación de la pandemia en los grupos de personas con diversidad funcional y personas ancianas ha sido la institucionalización en residencias. Por un lado, la concentración de personas en este tipo de entorno físico se ha traducido en un factor de riesgo para la transmisión de la enfermedad. Por otra parte, las insuficiencias estructurales de las residencias respecto a un buen cuidado saludable han actuado como multiplicadores de este riesgo (Médicos sin fronteras, 2020; CERMI, 2020; Guidry-Grimes *et al.*, 2020), lo que ha conllevado que un alto porcentaje de la mortalidad total se concentre en miembros institucionalizados de estos grupos sociales. Las políticas públicas no solo han de incidir en la transformación estructural de las residencias para prevenir pandemias, sino que también han de favorecer la vida independiente en iguales condiciones, de acuerdo con el artículo 19 de la CDPD. En este sentido, Nussbaum relaciona la capacidad de salud física con el disponer de un lugar adecuado para vivir (Nussbaum, 2007: 88), lo que exige contar con alternativas que permitan sortear las preferencias adaptativas, es decir, que las personas renuncien a otras alternativas mejores y

se queden con aquellas únicas que se les ofrecen (Nussbaum, 2007: 193).

- b. Las insuficiencias en el desarrollo del derecho a la accesibilidad universal (artículo 9 de la CDPD) también han sido destacadas como factor social (CERMI, 2020; Guidry-Grimes *et al.*, 2020) que ha influido negativamente en la prevención de la enfermedad en estos grupos sociales. Aquí se incluyen no solo las características de los entornos físicos, de los medios de comunicación o de los mensajes emitidos, sino también las personas encargadas de la asistencia. La concepción integral de la asistencia defendida por Nussbaum (2007) incluye la asistencia en las diferentes capacidades. La capacidad de vivir y de contar con buena salud requiere disponer, cuando resulte imprescindible, de asistencia adecuada y formada para poder protegerse de la pandemia. Previamente, el diseño de entornos físicos, de comunicación o cognitivos accesibles contribuye a favorecer en muchos casos la autonomía en la adopción de medidas de autoprotección.
- c. La pobreza constituye un factor social que condiciona la salud general en diferentes grupos sociales. El mayor diferencial de desempleo y de pobreza que tienen las personas con diversidad funcional respecto al resto de ciudadanos, además de incidir en una mayor comorbilidad, conlleva falta de recursos destinados a medidas higiénicas frente a la pandemia. El artículo 28 de la CDPD compromete a los Estados parte a realizar políticas de reducción de la pobreza para facilitar un nivel de vida adecuado.
- d. La subrepresentación política de las personas con diversidad funcional en la toma de decisiones que les afectan para el freno de la expansión de la pandemia se traduce en que sus intereses pueden quedar marginados. El artículo 4 de la CDPD obliga a los Estados parte a que en todas las políticas desarrolladas se tengan en cuenta los derechos de las personas con diversidad funcional. Las políticas de salud pública no son una excepción. Por otra parte, en el preámbulo, apartado o, se considera que deben participar activamente en las decisiones sobre políticas que les afecten directamente. El ejercicio de esta autonomía pública (directamente, con asistencia o mediante representación) resulta crucial para una salida inclusiva de la pandemia (ONU, 2020b).

5. Epílogo

Las dramáticas circunstancias de salud pública vividas durante la primera etapa de la pandemia de la covid-19 encerraron en su seno, como se ha puesto de manifiesto desde organismos internacionales y organizaciones civiles, una no menos dramática crisis de civilización. En el seno de sociedades con fuerte dosis de individualismo, afloró con crudeza el prejuicio capacitista y el prejuicio edadista. El universalismo moral y político que toma como

fundamento la igual dignidad de toda persona y que exige el reconocimiento de sus iguales derechos confronta el trato recibido por personas ancianas y con diversidad funcional con la perspectiva de la justicia, tanto en el ámbito sanitario como en el ámbito social. La fuerza moral subyacente en la positivización de los derechos de la DUDH y de la CDPD, que impregna también una reflexión bioética centrada en ellos, genera rutas de reivindicación de una plena inclusión social de dichas personas en la respuesta a la pandemia. La normatividad bioética orientadora de la práctica clínica exige, a la luz del universalismo, la complementación del enfoque maximizador de la salud de la población con el deontologismo igualitario que rechaza la

exclusión o relegación de personas de grupos sociales estigmatizados. Por su parte, la existencia contrastada de bases sociales de la salud apunta a la necesidad de políticas sociales justas que reestructuren las condiciones sociales de vida de las personas que forman parte de estos grupos sociales, como modo de proteger integralmente su salud.

Únicamente el reconocimiento efectivo de los derechos humanos podrá posibilitar la reducción del capacitismo y el edadismo. A su vez, solo la extensión de la conciencia de la igual dignidad en la diferencia impulsará una sociedad estructuralmente más justa. Ambas condiciones constituyen requisitos para una respuesta inclusiva a la pandemia.

- AMUNDSON, R. (2010): "Quality of life, disability, and hedonic psychology", *Journal for the Theory of Social Behaviour*, pp. 374-392.
- ARBOLEDA, J. (2000): "Equidad y asignación de recursos: donde la ética y la justicia social se interceptan", en Lolas, F. (edit.), *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*, Santiago de Chile, Programa Regional de Bioética OPS/OMS, pp. 53-67.
- ASÍS, R. (2020): "La prescindencia está aquí", <<https://pasocero24305203.com/>>.
- AURIEMMA, C. et al. (2020): "Eliminating Categorical Exclusion Criteria in Crisis Standards of Care Frameworks", *The American Journal of Bioethics*, 20: 7, pp.28-36.
- BAGENSTOS, S. (2020): May hospitals withhold ventilators from covid-19 patients with pre-existing disabilities? Notes on the law and ethics of disability-based medical rationing, *Yale Law Journal Forum* (2020, forthcoming).
- CAMPBELL, F.K. (2001): "Inciting Legal Fictions: Disability's Date with Ontology and the Ableist Body of the Law", *Griffith Law Review*, 10, pp. 42-62.
- (2008): "Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism", *M/C Journal*, 11(3).
- CERMI (2020): *El impacto de la pandemia del coronavirus en los derechos humanos de las personas con discapacidad en España*, Madrid, Cinca.
- CHERNEY, J.L. (2011): "The Rhetoric of Ableism", *Disability Studies Quarterly*, 31(3).
- COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA (2020): *Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus*, <<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>>.
- CONILL, J. (2005): "Justicia sanitaria", en GÓMEZ-HERAS, J.M. y VELAYOS, C. (edit.), *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*, Madrid, Tecnos.
- CORTINA, A. (2009a): *Las fronteras de la persona*, Madrid, Taurus.
- (2009b): *Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*, Oviedo, Ediciones Nobel.
- (2017): *Aporofobia, el rechazo al pobre. Un desafío para la democracia*, Barcelona, Paidós.
- (2020): "Desenmascarar la Gerontofobia", *El país*, 22-7-2020.
- DEGENER, T. (2016): "Disability in a Human Rights Context", *Laws*, 5, 35, <doi: <https://doi.org/10.3390/laws5030035>>.
- GONZÁLEZ, G. (2016): *Bioética: un nuevo paradigma. De la ética aplicada a la ética de la vida digna*, Madrid, Tecnos.
- GRACIA, D. (1989): *Fundamentos de bioética*, Madrid, Eudema.
- (2016): "La ética en las situaciones trágicas: urgencias, emergencias y catástrofes", *Eidon*, 46, pp. 70-82, <doi: <https://doi.org/10.13184/eidon.46.2016.70-82>>.
- GUIDRY-GRIMES, L. et al. (2020): "Disability Rights as a Necessary Framework for Crisis Standards of Care and the Future of Health Care.", *Hastings Center Report*, 50, 3: pp. 28-32.
- HABERMAS, J. (2000): *Aclaraciones a la ética del discurso*, Madrid, Trotta.

- (2008a): *Entre naturalismo y religión*, Barcelona, Paidós.
- (2008b): *La inclusión del otro*, Barcelona, Paidós.
- (2011): *Verdad y justificación*, Madrid, Trotta.
- (2012): “El concepto de dignidad humana y la utopía realista de los derechos humanos”, en *La constitución de Europa*, Madrid, Trotta.
- KANT, I. (1985): *La paz perpetua*, Madrid, Tecnos.
- LINTON, S. (1998): *Claiming Disability: Knowledge and Identity*, New York, New York University Press.
- MCRUER, R. (2016): “Lo Queer y lo Crip, como formas de re-apropiación de la dignidad disidente. Una conversación con Robert McRuer”, *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 20, pp. 137-144.
- MÉDICOS SIN FRONTERAS (2020): *Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España*, http://static.msf.es/web/archivos/cov-19/AAFF-MSF-Informe-COVID19-Residencias-BAJA.pdf?_ga=2.140416691.1834597249.1597654518-2136340315.1553527222&_gac=1.79696997.1597214225.joKCQJwg8n5BRCdARIsALxKb96ox39jqD7V1zUZKIFEZSOvT5_vRkYbwwAw3RsZ7-zNkbQUVeFwJsaAinzEALw_wcB.
- MELLO, M.; GOVIND J.D. y WHITE D. (2020): “Respecting Disability Rights Toward Improved Crisis Standards of Care”, *The New England Journal of Medicine*, <https://doi.org/10.1056/NEJMp2011997>.
- MICHALOWSKI, S. et al. (2020): “Triage in the COVID-19 Pandemic: Bioethical and Human Rights Considerations”, *Joint Technical Report of the Essex Autonomy Project and the Ethics of Powerlessness Project*, <http://repository.essex.ac.uk/27292>.
- MINISTERIO DE SANIDAD (2020): *Informe sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2, 2*. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200403-INFORME_PANDEMIA-FINAL-MAQUETADO.pdf.
- NUSSBAUM, M. (2007): *Las fronteras de la justicia*, Barcelona, Paidós.
- ONU (2018): *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (A/73/161). El derecho a la salud*, <https://undocs.org/es/A/73/161>.
- (2019a): *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (A/74/186). La intersección entre envejecimiento y discapacidad*, <https://undocs.org/es/A/74/186>.
- (2019b): *La toma de conciencia a tenor del artículo 8 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (A/HRC/43/27), <https://undocs.org/es/A/HRC/43/27>.
- (2019c): *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (A/HRC/43/41). Los efectos del capacitismo en la práctica médica y científica*, <https://undocs.org/es/A/HRC/43/41>.
- (2020a): *Shared responsibility, global solidarity: Responding to the socio-economic impacts of COVID-19*, Nueva York <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-03/SG-Report-Socio-Economic-Impact-of-Covid19.pdf>.
- (2020b): *Policy Brief: A Disability-Inclusive Response to COVID-19*, Nueva York, <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-A-Disability-Inclusive-Response-to-COVID-19.pdf>.
- (2020c): *Covid-19 y los derechos de las personas con discapacidad: directrices*, https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities_SP.pdf.
- (2020d): “COVID-19: Bachelet insta a los Estados a que adopten medidas adicionales para incluir a las personas con discapacidad”, <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25847&LangID=S>.
- PARLAMENTO EUROPEO (2020): Resolución de 18 de junio de 2020, sobre la Estrategia Europea sobre Discapacidad posterior a 2020 (2019/2975(RSP)), https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-0156_ES.html.
- PATRÃO, M.C. (2020): “Ethical health resources allocation: Why the distinction between ‘rationing’ and ‘rationalization’ matters”, *Revista de Bioética y Derecho*, 50, pp. 63-79.
- PUYOL, Á. (2016): “Ética y epidemiología social”, en PUYOL, Á. y ESTANY, A. (Ed.) (2016): *Filosofía de la epidemiología social*, Madrid, Plaza y Valdés.
- RAWLS, J. (1979): *Teoría de la justicia*, Madrid, F.C.E.
- RICOEUR, P. (2008): *Lo justo 2*, Madrid, Trotta.
- ROMEO, C.M. y URRUELA, A. (2020): “La gestión de soportes vitales escasos en contextos de pandemia. Reflexiones acerca de la aplicación de triajes en el marco de la COVID-19”, *Revista de Bioética y Derecho*, 50, pp. 99-112.
- SEN, A. (2002a): “Capacidad y bienestar”, en NUSSBAUM, M. y SEN, A. (comp.): *La calidad de vida*, México D.F., FCE.
- (2002b): “Why health equity?”, *Health Economics*, 11, pp. 659-666.
- (2010): *La idea de la justicia*, Madrid, Taurus.
- SOLOMON, M. et al. (2020): “Covid-19 Crisis Triage — Optimizing Health Outcomes and Disability Rights”, *The New England Journal of Medicine*, 2020, <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008300>.
- SUÁREZ, A.; MATÍAS, J. y COMAS, A. (2020): *Impact and mortality of the first wave of COVID-19 on people living with dementia in Spain*, International Long Term Care Policy Network.
- TEALDI, J.C. (2010): “Bioética de los Derechos Humanos” (voz), en TEALDI, J. C. (dir.): *Diccionario latinoamericano de bioética*, Bogotá, UNESCO/ Universidad Nacional de Colombia.
- UNESCO (2005): *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos*, <http://portal.unesco.org>.

org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.

WOLBRING, G. (2008a): “Is There an End to Out-Able? Is There an End to the Rat Race for Abilities?”, *M/C Journal*, 11(3).

– (2008b): “The Politics of Ableism”, *Development*, 51, pp. 252–258.

WOLBRING, G. y GUZMÁN, P. (2010): “Human Enhancement Through the Ableism Lens (an e-mail interview made by Francisco Guzmán)”, *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 3, pp. 1-13.

El asistente personal como trabajador/a: su implantación en España¹

Tomasa Báñez

Universidad de Barcelona
tomasabanez@ub.edu

Dolors Comas d'Argemir

Universitat Rovira i Virgili
dolors.comasdargemir@urv.cat

Artikuluak laguntza pertsonalaren ezarpena aztertzen du Espainian. Metodologia kualitatibo baten bidez, eguneroko jardunetan sortutako kontraesanak ikertzen ditu, egitura-mailan eragiten duten bi dimentsiotan: batetik, aniztasun funtzionala duten pertsonen erabakitzeko eskubidearen eta laguntzaile pertsonalen lan-eskubideen arteko tentsioak, eta bestetik, horien profesionalizazioari buruzko eztabaidak. Gure aurkikuntzek erakusten dute zaintzera bideratutako gizarte-politiken ahultasunak eta finantzaketa eskasak ezaugarritzen duela tentsio horien testuingurua, eta oztopoa direla laguntzaile pertsonalak zein langileen eskubideak bermatzeko. Artikulu honen berritasuna eta ekarpena da Laguntza pertsonala, erabiltzaileen eta zerbitzu-kudeatzaileen ikuspegiak eta esperientziak maila berean kokatzea. Laguntza pertsonala lanaren espezifikotasuna eta figura profesional hori sendotzeko beharra hobeto ulertzeak Aniztasun funtzionala duten pertsonak ongizatean eragiten du, bizimodu independentea ahalbidetze aldera.

GAKO-HITZAK:

Desgaitasuna, aniztasun funtzionala, laguntzaile pertsonalak, zaintzaren profesionalizazioa.

Este artículo analiza la implantación de la asistencia personal en España. Mediante una metodología cualitativa, se analizan las contradicciones surgidas en las prácticas cotidianas en dos dimensiones que actúan a nivel estructural: las tensiones entre el derecho a decidir de las personas con diversidad funcional y los derechos laborales de los y las asistentes personales, así como controversias respecto a su profesionalización. El análisis muestra que la debilidad y escasa financiación de las políticas sociales orientadas al cuidado contextualizan estas tensiones y constituyen un obstáculo para garantizar los derechos de las personas con diversidad funcional y los de las trabajadoras/es. La novedad y aporte de este artículo es situar en un mismo nivel las perspectivas y experiencias de asistentes personales, usuarios/as y gestores de servicios. Entender mejor la especificidad del trabajo de los asistentes personales y la necesidad de consolidar esta figura profesional redundan en beneficio de las personas con diversidad funcional para hacer posible una vida independiente.

PALABRAS CLAVE:

Discapacidad, diversidad funcional, asistentes personales, profesionalización del cuidado.

¹ Este artículo se enmarca en tres investigaciones más amplias. La primera es "Hombres cuidadores. Retos y oportunidades para reducir las desigualdades de género y afrontar las nuevas necesidades de cuidados", de RecerCaixa, programa impulsado por la Obra Social "la Caixa" con la colaboración de la Asociación Catalana de Universidades Públicas. La segunda es "El compromiso de los hombres con los cuidados de larga duración. Género, generaciones y culturas del cuidado", proyecto I+D+i del Ministerio de Economía y Competitividad. Hay que añadir finalmente "El cuidado importa. Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19", del Fondo Supera COVID-19 Santander-CRUE-Universidades Españolas. En todos los casos la investigadora principal es Dolors Comas d'Argemir.

1. Introducción

La figura del asistente personal se reconoce en España a partir de la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (LAPAD)² en el año 2006, veinte después de haberse instaurado en diversos países europeos y treinta después de hacerlo en Estados Unidos. Nace asociada al Movimiento de Vida Independiente, que rechaza el modelo médico en que se basa la idea de minusvalía o de discapacidad y aboga por un modelo social que facilite la vida independiente de las personas con diversidad funcional. Catorce años después de la implantación (todavía débil) en España, constatamos visiones controvertidas respecto a su profesionalización, tanto por parte de los usuarios/as del servicio como de los propios trabajadores/as, entidades prestadoras de servicio y Administraciones Públicas.

En este artículo analizamos las contradicciones surgidas en las prácticas de la vida cotidiana en relación a los asistentes personales como trabajadores, que básicamente centramos en dos dimensiones: tensiones entre el derecho a decidir de los usuarios y los derechos laborales de los asistentes personales, y controversias respecto a la profesionalización de esta figura asistencial. Consideramos que estas tensiones y controversias son fruto de una situación estructural, derivada de la debilidad de las políticas de cuidado y apoyo de la escasa financiación de la asistencia personal, lo que repercute en una cobertura insuficiente de la asistencia requerida por las personas con diversidad funcional y en una precarización de los trabajadores/as (cosa que comparten con otras ocupaciones de cuidados). A partir de este contexto tratamos de entender desde las lógicas de la cotidianeidad cómo se negocian las situaciones de tensión y de derechos confrontados y hasta qué punto el modelo que subyace a la figura del asistente personal (la filosofía del Movimiento de Vida Independiente) encaja con el modelo predominante de organizar la asistencia y los cuidados en España, fundamentado en la familia y complementado con prestaciones y servicios.

Es importante tener en cuenta que el análisis se centra en el contexto español, donde la implantación de la asistencia personal es reciente y donde la filosofía del Movimiento de Vida Independiente no está universalmente extendida entre las personas con discapacidad ni tampoco entre los propios asistentes personales. Tal como subraya Carbonell (2017), el asistente personal es una figura en construcción. En este contexto, la figura del asistente personal se resignifica, generando controversias e interpretaciones diversas respecto a sus funciones, derechos laborales y profesionalización.

2. La figura del asistente personal en las políticas de cuidado y apoyo

Para quienes estudiamos la organización social de los cuidados, resulta especialmente interesante constatar cómo las políticas de cuidado se configuran a partir de las demandas de los colectivos afectados. La articulación entre las demandas, el reconocimiento de las necesidades de un determinado colectivo y los resultados de dichas políticas se concretan en contextos nacionales e históricos diferenciados. Dichas políticas están impregnadas de tensiones y contradicciones que emanan de los intereses contrapuestos de los distintos agentes implicados (Williams, 2010). Así sucede en el caso de las políticas de atención a la discapacidad y en la figura del asistente personal en concreto.

El Movimiento de Vida Independiente ha rechazado vigorosamente que las personas con diversidad funcional requieran cuidados e insisten en que su situación no debe confundirse con la de personas dependientes. Afirman que las personas con discapacidad devienen dependientes si no cuentan con las ayudas técnicas y sociales que faciliten su independencia. Por esto prefieren hablar de diversidad funcional y no de discapacidad (Allué, 2003; Dejong, 1979; Cayuela, 2017; Endara, 2019; Ferreira, 2010; Moscoso, 2012). No se resignan a depender de sus familiares, ni a ser institucionalizados, ni tampoco a acogerse a medidas concebidas para proteger personas con pocas opciones vitales, porque reclaman la normalización de su situación en la sociedad y ser tratadas a partir de los derechos de ciudadanía y no como personas enfermas. Por esto rechazan el término de cuidado y prefieren el de asistencia personal, ayuda o apoyo. Reivindican también poder elegir a la persona asistente, y por ello prefieren una prestación económica y no un servicio prestado por la Administración (Blanco *et al.*, 2009; Prieto Lobato *et al.*, 2019; Ratzka, 2007; Rodríguez-Picavea, 2007, 2010; Wadensten y Ahlström, 2009b).

Probablemente las organizaciones de personas con discapacidad son quienes han realizado una crítica más profunda a la manera en que se organiza el cuidado social. Por ello también, las investigaciones sobre cuidados inspiradas en el feminismo académico y las investigaciones sobre discapacidad han ido inicialmente por caminos diferenciados, e incluso con críticas radicales entre unas y otras, especialmente en los países sajones. Mientras la literatura feminista ha insistido en la opresión de las mujeres como cuidadoras y en la precarización de los trabajos de cuidados, la literatura sobre discapacidad identifica el cuidado como el concepto opresivo por el que se quita agencia a mayores y dependientes y se asocia al confinamiento institucional, la ciudadanía parcial y la exclusión. No profundizaremos sobre los contenidos de esta polémica, pues ello nos desviaría de nuestro objetivo y, además, algunas de las críticas se basan

² <<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>>.

en aspectos que están hoy ya superados³. Los puntos de confluencia entre el feminismo y el movimiento de la discapacidad se hallan en las desventajas sociales que sufren ambos colectivos y en la reivindicación de la emancipación (Beckett, 2007; Kröger, 2009; López González, 2007; McLaughlin, 2020). Desde esta perspectiva, resulta enriquecedor tener en cuenta las demandas realizadas desde la justicia social para que el cuidado y la asistencia se perciban como un derecho civil y humano y el valor de controlar la propia vida asociado al valor de la interdependencia.

La asistencia personal como profesión sufre las desventajas de las ocupaciones de cuidado social. Se trata de trabajos que dan apoyo a personas que por motivos derivados de la edad, la enfermedad o la discapacidad, necesitan de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria. La vinculación de los cuidados con la familia y con las mujeres naturaliza el componente femenino de la actividad y eso se proyecta en el ámbito laboral, resta valor a los empleos y obstaculiza su profesionalización (Recio *et al.*, 2015). La asistencia personal tiene, sin embargo, una especificidad derivada de sus funciones. El o la asistente personal ayuda a realizar las actividades de la vida diaria, acceder al transporte, al trabajo, a la educación, al ocio y a la participación social, a fin de que la persona pueda llevar a cabo su proyecto de vida independiente. Del asistente personal se valoran tanto sus capacidades técnicas como sus cualidades relacionales y está sujeto a las necesidades e indicaciones de la persona con diversidad funcional. Supone una inversión de las relaciones de poder respecto al cuidado familiar o al cuidado institucional, puesto que es la persona usuaria quien elige la persona que le asistirá y quien decide las actividades que ha de realizar (López Pérez y Ruiz Seisdedos, 2018: 113). El asistente personal es el empleado/a, mientras que el usuario/a es el empleador/a. Se trata, por tanto, de una relación laboral.

Esta configuración de las relaciones de poder (empleador *versus* empleado) se refleja en la literatura académica, que se focaliza en las personas usuarias, en tanto que los asistentes personales no tienen voz⁴. Muchas de las publicaciones valoran la satisfacción de los usuarios/as respecto a la asistencia personal (Ahlström y Wadensten, 2011; Beatty *et al.*, 1998; Mitchell y Kemp, 1999; Nosek, Fuhrer y Potter, 1995; Wadensten y Ahlström, 2009b). Cuando se trata específicamente la figura del asistente personal, se hace a partir de las

demandas y necesidades de las personas con diversidad funcional que son las que condicionan las funciones que debe ejercer (Arroyo y Cruz, 2015; Nosek y Howland, 1993; Rodríguez-Picavea, 2011; Ruiz *et al.*, 2019; Williams *et al.*, 2009). Consideramos que la novedad y aporte de este artículo es situar en un mismo nivel las perspectivas y experiencias de asistentes personales, usuarios y gestores de servicios. Tener en cuenta la voz de los y las asistentes personales permite entender mejor su trabajo. Consideramos también que la consolidación de la figura del o la asistente personal y de sus derechos laborales redundan en beneficio de los usuarios/as.

3. Contexto: la implantación de la asistencia personal en España

Cuando empezaron a conocerse los primeros borradores de la LAPAD, las personas con discapacidad se pusieron en alerta. Las principales organizaciones se movilizaron, como es el caso del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE), de la Federación de Organizaciones en favor de Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS), de la Federación de Entidades Colaboradoras con el Minusválido (ECOM) y de muchas otras organizaciones. Sus preocupaciones se centraban en que la ley integrara la especificidad de la atención que requerían las personas con discapacidad. Pero como entidades proveedoras de servicios, querían asegurar también su presencia en el sistema (Comas-d'Argemir, 2014).

También se movilizaron los activistas del Movimiento de Vida Independiente, que en España se habían constituido en organización en el año 2001, con el nombre Foro de Vida Independiente y Diversidad (FVID) (Carbonell Aparici, 2019). Fue en el 2005 cuando empezaron a utilizar el concepto “mujeres y hombres con diversidad funcional” para contrarrestar la dimensión negativa que comportan los términos “discapacidad”, “minusvalía”, “invalides”, “parálisis” o “retraso” (Romañach y Lobato, 2005), aunque no consiguieron sustituir del todo el modelo médico hegemónico respecto a la normalidad del cuerpo humano (Rodríguez y Ferreira, 2010: 153). El FVID estaba muy descontento con el contenido del proyecto de ley; tanto es así que el 12 de septiembre de 2006 un grupo de personas con diversidad funcional, acompañados por sus asistentes personales, se encerraron en la sede del Imsero en Madrid. Consiguieron que el título de la ley incluyera la promoción de la autonomía personal y que se introdujera la asistencia personal en el catálogo de prestaciones económicas, que era su principal demanda (Rodríguez-Picavea y Romañach, 2006).

En aquellos años, únicamente el FVID reivindicaba la figura del asistente personal. Una de las autoras de este artículo era diputada del Parlament de Catalunya y formó parte de la ponencia del proyecto

³ Por ejemplo, el rechazo del Movimiento de Vida Independiente a depender de la familia es compartido por la perspectiva feminista de los cuidados, que defiende una mayor implicación del Estado y de la comunidad. Además, en las investigaciones sobre cuidados, hoy también se tienen en cuenta la agencia de las personas cuidadas (Báñez, 2019; Ezquerro y Mansilla, 2018; Winker, 2015).

⁴ En los materiales de intervención social (guías prácticas y documentos audiovisuales para usuarios/as y para profesionales), en cambio, sí aparecen asistentes personales, y hablan de sus funciones, con un discurso que asume la perspectiva del Movimiento de Vida Independiente.

de ley de servicios sociales que se aprobaría en el año 2007⁵. Es significativo, por ejemplo, que en las comparencias que hubo a propósito de la ley, únicamente los representantes del Fòrum de Vida Independent, Núria Gómez y Antonio Centeno, explicaron la filosofía del Movimiento de Vida Independiente, reivindicaron la asistencia personal y advirtieron de que en el proyecto de ley catalana no estaba incorporada la prestación económica directa para hacerla posible⁶.

En el año 2008, la Fundación ECOM⁷ inició un proyecto piloto para implantar la asistencia personal (ECOM, 2008) y actualmente desde la entidad se valora que el éxito del asistente personal y su diferencia con un cuidador/a depende sobre todo de que los usuarios/as hayan incorporado la filosofía de la autogestión y del control de sus vidas (comunicación personal a las dos autoras). Otras entidades prestadoras de servicios sociales incorporaron también la figura del asistente personal. El FVID, por su parte, creó las Oficinas de Vida Independiente (OVI), que a día de hoy son más bien testimoniales, atienden a un número reducido de usuarios y dependen de los programas institucionales para recibir ayudas (Carbonell, 2019: 207). Son también quienes tienen una visión más crítica respecto a la implantación de los asistentes personales (OVI Barcelona, 2016).

Actualmente en España existen dos vías de acceso a la asistencia personal. La primera es la prestación económica de asistencia personal (PEAP) prevista en la LAPAD. Según datos del Imsero⁸ a fecha de abril de 2020, la PEAP representa el 0,56 % (7971 personas beneficiarias) de todas las prestaciones de atención a la dependencia. En algunas Comunidades Autónomas (CCAA), las entidades de personas con diversidad funcional gestionan servicios de asistencia personal a los que se accede a través de esta prestación, como hacen la Plataforma Representativa Estatal de Personas con Discapacidad Física (PREDIF) en Andalucía⁹, Murcia¹⁰, Castilla y León¹¹ y Galicia¹², la Confederación Galega de Persoas con Discapacidade¹³ (COGAMI) y la OVI Vigalicia¹⁴ en Galicia. Destaca el País Vasco, donde la PEAP supone el 7,02 % (6.346 personas beneficiarias) de las prestaciones, es decir, el 79,61 % de todas las del Estado. Ello se debe a la aplicación de la PEAP como un servicio de ayuda a domicilio ampliado para personas dependientes

⁵ <https://dibaaps.diba.cat/vnis/temp/CIDO_dogc_2007_10_20_071018_DOGC_20071018_022_073.pdf>; <<https://www.parlament.cat/document/dspcc/54865.pdf>>.

⁶ <<https://www.parlament.cat/document/dspcc/54865.pdf>>.

⁷ <<https://www.ecom.cat>>.

⁸ <<https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/document/binario/estsisaad20200430.pdf>>.

⁹ <<https://www.codisa.org/proyectos/servicio-de-asistencia-personal/>>.

¹⁰ <<https://www.predifmurcia.org/que-hacemos/asistencia-personal-y-vida-independiente>>.

¹¹ <<https://www.predifcyl.org>>.

¹² <<https://www.predifgalicia.org>>.

¹³ <http://www.cogami.gal/es_ES/servicios/particulares/asistencia-personal/>.

¹⁴ <<https://vigalicia.org>>.

(Benedicto, 2013: 75). Un planteamiento criticado por el Movimiento de Vida Independiente, pues considera que esto desvirtúa la figura de los asistentes personales, que deben ser facilitadores y no cuidadores. En Cataluña, la cobertura de la PEAP es de 79 personas, que representan solo el 0,04 % de todas las prestaciones de la ley.

La segunda vía de acceso a la asistencia personal son las prestaciones que reciben los usuarios/as por parte de algunas Administraciones locales y Comunidades Autónomas y que, por decisión de las personas beneficiarias, son gestionadas por entidades de personas con diversidad funcional que ofrecen servicios de asistencia personal. Es el caso de Asturias, Madrid, Andalucía, País Vasco y Cataluña. PREDIF Rodias¹⁵, con financiación de Ayuntamiento de Oviedo y de la Consejería de Servicios y Derechos Sociales, en diciembre de 2018 atendía a 14 usuarios. La Asociación de Parapléjicos y Personas con Gran Discapacidad Física de la Comunidad de Madrid (ASPAYM)¹⁶, con financiación de la Comunidad de Madrid y el Fondo Social Europeo, atendía en el 2019 a 75 usuarios con un total de 180 asistentes personales. VIAndalucía¹⁷ gestiona desde 2015 el proyecto piloto Programa Vida Independiente con una subvención de la Junta de Andalucía y atiende anualmente a siete personas con diversidad funcional. La Diputación Foral de Gipuzkoa financia el Programa Etxean, que da continuidad a la primera experiencia piloto de vida independiente¹⁸ a nivel estatal, iniciada en 2004 y que en 2007 tenía 29 beneficiarios (Urmeneta, 2007: 92). También en el País Vasco y con financiación de la Diputación Foral de Gipuzkoa, el Instituto Matia ha presentado los resultados del programa Etxean Bizi¹⁹ en el que han participado 182 personas mayores de 65 años con un grado de dependencia II, de los municipios de Elgoibar, Pasaia y Errenteria, quienes han contado con asistencia personal, desde un planteamiento de atención centrada en la persona y con una metodología de gestión de casos desde el ámbito social. Esta experiencia sería un ejemplo de cómo la asistencia personal se ha incorporado a las políticas públicas de cuidado, dirigida a sectores más amplios de la población.

En Cataluña tienen prestación de asistencia personal la Generalitat de Catalunya y el Ayuntamiento de Barcelona, y algunos consejos comarcales que están pendientes de su implementación. La prestación que reciben de la Generalitat los usuarios está cogestionada por ECOM y la del Ayuntamiento de Barcelona por seis entidades y empresas acreditadas²⁰. ECOM es, por tanto, la

¹⁵ <<https://www.predif-asturias.org>>.

¹⁶ <<https://www.aspaymmadrid.org/oficina-de-vida-independiente-ovi/>>.

¹⁷ <<https://federacionvi.org/miembros/viandalucia/>>.

¹⁸ Cuya financiación regulaba el ya derogado Decreto Foral 11/2004 (<<https://sid.usal.es/6144/3-2-2>>).

¹⁹ Un modelo de atención que se ha validado a partir de los resultados positivos de esta experiencia (<<https://www.matiainstituto.net/es/proyectos-de-investigacion/proyectos/etxean-bizi/>>).

²⁰ En 2017 estas entidades atendían 52 personas: dos por la Aso-

principal entidad cogestora de asistencia personal en Cataluña, con un total de 71 usuarios/as²¹ y 106 asistentes personales (74 mujeres y 32 hombres) en mayo de 2020.

El hecho de que la figura de la asistencia personal se haya incluido en las políticas públicas de cuidado, a través de la PEAP ha contribuido a diversificar los actores y discursos y se han evidenciado algunas de las controversias surgidas en las prácticas de la vida cotidiana en relación con los asistentes personales como trabajadores, en especial en lo que se refiere a su formación y a las relaciones laborales, dos cuestiones, esenciales para la profesionalización de la asistencia personal, que están pendientes de definir y regular a nivel estatal. Esta falta de regulación explicaría según la Federación Vida Independiente²² (FEVI) “el carácter residual de la asistencia personal en España en comparación con otros países europeos”.

Respecto a la formación, desde la aprobación de la LAPAD en 2006, se han publicado diferentes normativas de ámbito estatal²³ en las que se exige la cualificación profesional de atención sociosanitaria a personas en el domicilio a quienes realicen las funciones de asistencia personal. Tras la segunda de esas regulaciones en noviembre de 2015, la FEVI publicó un manifiesto²⁴ en contra de esta exigencia y reclamando la formación de los asistentes personales como derecho de las personas con diversidad funcional. En la última regulación sobre esta cuestión publicada en 2017²⁵, se especifica por primera vez que la exigencia de cualificación profesional de los asistentes personales se adaptará a lo que acuerde el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Un consejo que en su reunión de octubre de 2019²⁶ debatió sobre la definición, objeto, requisitos y formación de la asistencia personal, sin llegar a ningún acuerdo. En esta reunión el CERMI presentó una propuesta conjunta²⁷ de todas las entidades del mundo de la diversidad funcional²⁸ en la que se planteaba la necesidad de regular la asistencia personal, de acuerdo con la Convención

Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y situándola fuera del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. En esta misma propuesta se incluye una formación²⁹ para los asistentes personales de 50 horas de duración sobre la vida independiente, la figura del asistente personal, productos y herramientas de apoyo, interacción social, relación profesional, aspectos jurídicos y éticos y primeros auxilios, cuyo contenido ya se recogía en el Manual de formación de PREDIF³⁰. Estos contenidos difieren sustancialmente de los que se imparten en el ciclo de atención sociosanitaria a personas en el domicilio³¹, que incluyen higiene y atención sanitaria, apoyo y alimentación familiar, y atención y apoyo psicosocial. Según Carmen Molina (2015: 144), Cataluña es la única Comunidad Autónoma que cuenta con una regulación específica de la asistencia personal. En esta regulación³² se habla de idoneidad de los/as trabajadores/as valorada según la experiencia y la formación previa y las necesidades de la persona, y no de cualificación profesional. No obstante, se menciona que se tendrá en cuenta la formación que acuerde el consejo territorial.

Respecto a las dimensiones laborales, la legislación española abre diversas posibilidades para articular la relación entre la persona con diversidad funcional y el o la asistente personal, aunque ninguna de ellas resulta plenamente satisfactoria. Cabonell Aparici (2017) señala que uno de los problemas principales es la temporalidad, ya que la necesidad de asistencia puede ser más intensa en días y horas diversas. Subraya también que en los convenios laborales la asistencia personal queda reducida a un bajo nivel de cualificación, con bajas retribuciones³³. Además, es frecuente que muchos asistentes personales hagan su actividad en el plano de la economía sumergida, ya sea por falta de acceso a la PEAP, o por la dificultad de sufragar los costes de la contratación legal, lo que va en detrimento de los derechos e intereses de las dos partes implicadas (persona con diversidad funcional y asistente personal). Tal como hemos indicado, los y las asistentes personales tienen condiciones laborales similares a otras figuras asistenciales del sector de los cuidados, siendo un nicho para trabajadores/as migrantes, precarizado y poco valorado socialmente (Recio *et al.*, 2015).

ciación Catalana pro Personas con Sordoceguera (APSOCECAT), diez por la OVI de Barcelona, 33 por la Fundación ECOM, cuatro por la Fundación Pere Mitjans, dos por Dependència. Ayuda a domicilio y una por la Associació Assistència Qualificada Barcelona (AQB).

²¹ De los que 35 cuentan con financiación de la Generalitat, 32 del Ayuntamiento de Barcelona y cuatro son usuarios privados.

²² <<https://federacionvi.org/contenido/asistencia-personal/>>.

²³ <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-20451>>; <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-12394>.

²⁴ <<https://federacionvi.org/manifiesto-contra-el-proyecto-de-cualificacion-profesional-de-la-figura-del-asistente-personal/>>.

²⁵ <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2017-15896>>.

²⁶ <https://www.imserso.es/imserso_01/actualidad/2019/octubre/IM_127664>.

²⁷ <<https://www.cermi.es/es/actualidad/noticias/el-cermi-pide-una-regulacion-especifica-para-que-las-personas-con-discapacidad>>.

²⁸ Grupo de trabajo sobre asistencia personal liderado por PREDIF y con la participación de COCEMFE, Plena Inclusión (discapacidad intelectual), Autismo España, la ONCE y asociaciones de personas sordas, entre otros colectivos.

²⁹ Propuesta de formación para asistentes personales elaborado por el CERMI. Documento de trabajo no publicado facilitado a las autoras por parte de la responsable del área de autonomía personal y vida independiente de la Fundación ECOM.

³⁰ <<https://www.asistenciapersonal.org/content/manual-de-formacion-c3%B3n-para-asistentes-personales>>.

³¹ <http://incual.mecd.es/documents/20195/94271/SSCo89_2+-+Q_Documento+publicado/b1669b4f-a1c4-49c4-ab5c-12a0e-311cfd1>.

³² <<https://diario-oficial-generalitat-catalunya.vlex.es/vid/regulan-prestaciones-profesionales-222695535>>.

³³ <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-9974>.

Los datos que hemos presentado ilustran de hecho la falta de compromiso de la Administración con la discapacidad. Las prestaciones previstas en la Ley de Dependencia son limitadas y de escasa cuantía, y solo algunas comunidades autónomas y municipios aportan recursos adicionales. Esta insuficiente financiación limita los derechos de las personas con diversidad funcional al no cubrir sus necesidades y provoca también la precariedad laboral de los trabajadores/as. Esto condiciona también el margen de acción de las entidades gestoras, que han de hacer verdaderos equilibrios para proveer el servicio en condiciones adecuadas.

4. Metodología

Este artículo forma parte de tres investigaciones más amplias realizadas en Cataluña. Las dos primeras sobre la implicación de los hombres en los cuidados de larga duración y la tercera sobre el impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19. El trabajo de campo, iniciado en 2015, continúa en la actualidad y ha implicado la realización de estudios de casos y entrevistas. En este texto nos centramos específicamente en la observación etnográfica de dos situaciones de cuidado con servicio de asistencia personal y en 19 entrevistas. En el Cuadro 1 hay una relación de los participantes entrevistados: usuarios y activista de la OVI de Barcelona (3), cogestores del Servicio de asistencia personal de ECOM (1), usuarios del Servicio de asistencia personal de ECOM (2), asistentes personales de ECOM (11), asistente personal privado (1) y presidente de la Asociación de Profesionales de la Asistencia Personal (ASAP). Hemos contado con la colaboración de la OVI de Barcelona³⁴ y de la Fundación ECOM, quienes nos han facilitado información sobre el servicio de asistencia personal y contactos para hacer la observación y las entrevistas. Hemos cambiado los nombres, excepto de quienes tienen cargos en instituciones. Esta metodología cualitativa nos ha permitido confrontar las visiones de los diferentes actores implicados en la asistencia personal a través de sus discursos recogidos en las entrevistas, pero sobre todo a través de la observación de las prácticas de vida cotidiana, poniendo en evidencia las controversias entre el derecho a decidir de los usuarios y los derechos laborales de los asistentes personales y las controversias respecto a la profesionalización de esta figura asistencial.

Además de las entrevistas, hemos analizado dos situaciones de cuidado a cuyos protagonistas hemos acompañado. Son las siguientes:

- **Situación de Antonio:** Antonio tiene 60 años. Tiene una pensión por una gran invalidez. Está casado y tiene dos hijas. Vive con su mujer y una de sus hijas. Tiene una esclerosis múltiple

avanzada que le diagnosticaron en el año 2004. Actualmente necesita ayuda permanente para las actividades básicas de la vida diaria, además de fisioterapia, estimulación cognitiva y transporte adaptado.

- **Situación de Mercè:** Mercè, tiene 67 años. Está jubilada, después de 35 años trabajando como funcionaria en la seguridad social. Está viuda y tiene un hijo que vive fuera de Cataluña. Vive con su pareja. Tiene poliomielitis diagnosticada desde los dos años edad. Siempre ha tenido una vida autónoma, hasta que sus necesidades de ayuda se incrementaron en el 2015 por una rotura de la cadera derecha por un accidente con la silla de ruedas. Actualmente necesita ayuda permanente para las actividades básicas de la vida diaria y transporte adaptado.

5. Análisis de resultados

5.1. Conjugar los derechos de las personas con diversidad funcional con los derechos de los asistentes personales como trabajadores desde una lógica de justicia social

5.1.1. La asistencia personal permite ejercer el derecho a una vida digna

La asistencia personal facilita a las personas que lo necesitan el apoyo para la realización de las actividades básicas de la vida diaria en su entorno, así como su inclusión y participación social, liberando a sus familias de la obligación de hacerlo, y permitiéndoles ejercer su derecho a una vida digna. Esto es lo que expresa Agustín, de 43 años, quien comenzó a necesitar ayuda a los 13 años, por una paraplejía consecuencia de un accidente. Agustín cuenta con una atención diaria por parte de tres trabajadores y comenta:

Los asistentes personales me ayudan con todas las tareas personales, de higiene, de vestir, de transferencias, de movilidad, las tareas domésticas como limpiar, hacer la compra, la comida [...]. Y después, si tengo que hacer cosas como reuniones o conferencias o algún tipo de gestión fuera de casa, pues me acompaña en estas actividades. Esto me permite hacer una vida mucho más satisfactoria [...] y sobre todo tener una vida propia, que mi madre sea mi madre, mis amigos sean mis amigos, mis parejas sean mis parejas y no otras cosas. Esto es muy saludable.

Reconoce que contar con una financiación adecuada facilita poder tener una vida independiente. En su caso, la financiación del servicio por parte del Ayuntamiento de Barcelona le permite cubrir todas sus necesidades de apoyo, ya que fueron ellos, los miembros de la OVI, los que hicieron el presupuesto que necesitaban para financiar tanto las horas de atención como la gestión administrativa, y “cada uno de nosotros hizo el cálculo de las horas que necesitaba en función de sus proyectos de vida”.

³⁴ <<https://ovibcn.org/category/ovi/>>.

Cuadro 1. Información sobre las personas entrevistadas						
Gestora						
María José Moya		Responsable del área de autonomía personal y vida independiente de la Fundación ECOM				
Asociación de Profesionales de la Asistencia Personal						
Iñaki Martínez		Presidente				
Usuarios						
Nombre	Edad	Motivo por el que necesita ayuda	Asistentes personales	Servicio de Asistencia personal		
Antonio	60	Esclerosis múltiple avanzada	1	De la Generalitat de Catalunya, gestionado por la Fundación ECOM		
Mercè	67	Poliomielitis y accidente con la silla de ruedas	2	Del Ayuntamiento de Barcelona, gestionado por la Fundación ECOM		
Agustín	43	Paraplejía consecuencia de un accidente	3	Del Ayuntamiento de Barcelona, gestionado por la OVI de Barcelona		
Caetà	55	Distrofia muscular progresiva	3	Del Ayuntamiento de Barcelona, gestionado por la OVI de Barcelona		
Oscar	38	Parálisis cerebral	3	Del Ayuntamiento de Barcelona, gestionado por la OVI de Barcelona		
Asistentes personales						
Nombre	Edad	Lugar de origen	Ocupación anterior	Formación	Jornada laboral	Servicio de asistencia personal
Alexis	37	Grecia	Asistente sexual	Auxiliar de fisioterapia	Tiempo completo	Fundación ECOM
Borja	24	Barcelona	Monitor apoyo actividades tiempo libre ECOM	Técnico sociosanitario en domicilios	Tiempo completo	Fundación ECOM
Emilio	36	Benín	Monitor apoyo actividades tiempo libre ECOM	Secundaria	Tiempo completo	Fundación ECOM
Gerard	62	Barcelona	Prejubilado de banca	Diplomado en empresariales	Tiempo completo	Fundación ECOM
Maurici	39	Barcelona	Cuidador centro de día	Técnico sociosanitario en domicilios	Tiempo completo	Fundación ECOM
Michel	64	Chile	Administrativo	Auxiliar administrativo	Tiempo completo	Fundación ECOM
Pau	54	Barcelona	Jardinero	Técnico sociosanitario en domicilios	Tiempo completo	Fundación ECOM
Vicenç	53	Barcelona	Técnico de sonido	Técnico sociosanitario en domicilios	Media jornada	Fundación ECOM
Daniel	38	Honduras	Cuidador en residencias y domicilios	Primaria	Tiempo completo	Fundación ECOM
Pere	38	Barcelona	Educador social	Grado superior de integración social y Grado universitario en Educación social	Media jornada (sustituciones)	Fundación ECOM
Karla	28	Honduras	Dependiente	Primaria	Tiempo completo	Fundación ECOM
Alexander	30	El Salvador	Ayudante de cocina	Primaria	Media jornada	Privado

Fuente: Elaboración propia.

Esta situación es excepcional, ya que tanto el resto de los usuarios del servicio de asistencia personal del Ayuntamiento de Barcelona como los del de la Generalitat cuentan con un número de horas semanales de atención limitado, que según los datos facilitados a las autoras por la ECOM es de 55 en el caso del servicio de la Generalitat y de 46 en el del Ayuntamiento de Barcelona.

En muchos casos las personas con diversidad funcional necesitan una ayuda permanente, que actualmente no queda garantizada por los servicios de asistencia personal disponibles. Esto supone requerir el apoyo de sus parejas y de su familia, o recurrir a trabajadores sin contratación laboral por las dificultades de costearlos; y, en ausencia de

esta ayuda, tienen que vivir experiencias dolorosas e indignas. Esta necesidad de ayuda permanente, la complejidad de su gestión y las dificultades para tenerla se ponen en evidencia en la situación de Antonio, quien, como consecuencia de la esclerosis múltiple avanzada, la necesita, además de fisioterapia y estimulación cognitiva. Antonio tiene desde el año 2007 servicio de asistencia personal financiado por la Generalitat y gestionado por ECOM, con una dedicación de 37 horas semanales de lunes a viernes. Vive con su esposa y una de sus hijas: “ellas tienen su vida laboral y personal, yo no quiero que tengan que renunciar a ella, ni tampoco quiero irme a una residencia para ser un ‘mueble’”. Dadas sus necesidades de apoyo, Antonio cuenta con dos personas más que no tienen contrato

laboral, para ayudarle por las tardes y por la noche y los sábados: “Con mis ingresos no puedo asumir el pago de la cotización de la seguridad social de estas dos personas y pagarles las horas de apoyo que necesito”. Estos apoyos son imprescindibles: “poder tomar mis propias decisiones es lo que me permite vivir, sin la asistencia personal solo sobreviviría”. En una situación puntal, como fue un ingreso hospitalario por una infección de orina, y no pudo estar acompañado por los protocolos sanitarios de la covid-19, Antonio comenta: “fueron solo unos momentos, pero llegué a pensar que, si tenía que sufrir de esta manera, mi vida no era digna de ser vivida”.

El derecho a una vida digna requiere situar el poder de decisión en la persona que necesita el apoyo, y no en su familia o en una institución, lo que se materializa en el establecimiento de una relación laboral en que el usuario es el empleador y el asistente personal el empleado. Este proceso requiere, entre otras cosas, motivación, voluntad, disponibilidad y capacidades por parte de las personas con diversidad funcional para gestionar las cuestiones administrativas y la complejidad de un vínculo laboral que debe basarse en la confianza y en la relación interpersonal. Esto explicaría, entre otras razones, el escaso número de PEAP a nivel del Estado (Gómez *et al.*, 2015: 147; Carbonell Aparici, 2017: 201) y la mayor presencia de la asistencia personal en territorios donde los servicios son gestionados por entidades de la iniciativa social y, en menor medida, por empresas. Así, tanto la OVI de Barcelona como la Fundación ECOM promueven la cogestión del servicio con los usuarios/as, así como la coproducción de conocimientos y la ayuda mutua. Algunas personas con diversidad funcional se implican activamente en la gestión, no tanto por activismo, sino sobre todo por cuestiones prácticas. Este es el caso de Mercè, que tiene 46 horas semanales de lunes a viernes de asistencia personal, con dos trabajadores, financiada por el Ayuntamiento de Barcelona desde el año 2015: “Yo tengo un calendario en el que controlo las horas que recibo y cada semana me reservo unas horas por si tengo algún imprevisto o servicio extra. Es como si tuviera una pequeña empresa”.

Es interesante analizar el proceso vivido por algunas personas con diversidad funcional en relación con la toma de conciencia y la expresión de su deseo de tener una vida independiente. Un deseo que no se habían planteado por haber asumido el discurso social dominante sobre el cuidado, que enfatiza la dependencia y no el apoyo a la autonomía personal (Torns, 2008: 68). Ilustra este proceso la experiencia de Caetà, de 55 años, con distrofia muscular progresiva, que vive con su pareja y cuenta con una atención diaria de tres asistentes personales. Tomó conciencia de su falta de autonomía “cuando se casó mi hermana, mi cuñado se hizo dueño del mando del televisor en casa de mis padres y me di cuenta de que yo no podía decidir ni siquiera qué programas ver en la tele”. Y tuvo que afrontar, además de los miedos y las inseguridades de cualquier decisión, la

negativa de su madre a que se independizara: “Me decía ‘si me quieres no te irás’ o ‘quién te crees que te va a aguantar todo lo que nosotros aguantamos’”. Explica cómo su esposa vive mal el hecho de que los asistentes personal entren en su intimidad, tanto personal como de pareja: “Pero yo le digo ‘de esta forma tú también puedes tener una vida propia y no tener que estar pendiente de mí’”. Caetà comenta que la asistencia personal le ha permitido realizarse como persona, pero entiende que haya personas con diversidad funcional que no quieran asumir la responsabilidad de gestionar este servicio y prefieran un “cuidador en el sentido antiguo de la palabra”. Conscientes de estas dificultades, ECOM realizó la campaña³⁵ “Da el paso” con el objetivo de estimular a las personas con diversidad funcional a tomar conciencia de sí mismas como personas con plena autonomía.

5.1.2. Derechos laborales de los asistentes personales como trabajadores

Una organización social de los cuidados con criterios de justicia social requiere garantizar tanto el derecho a decidir de las personas que necesitan ayuda como los derechos laborales y salariales de los/as trabajadores/as. Así se recoge en diferentes documentos de entidades y de la Administración. Elena Ortega, en una de las publicaciones de PREDIF, habla de la “incompatibilidad que existe entre la necesidad de la persona de cubrir los 365 días al año, 24 horas al día, y los derechos relativos al descanso de los trabajadores” (2015: 156). Esta complejidad la hemos constatado también en nuestra investigación. Testimonios de usuarios, como, por ejemplo, Mercè, que comenta que “los asistentes personales son trabajadores, no esclavos que están a tu disposición a cualquier hora”. Ella misma explica que si necesita un servicio fuera del horario de trabajo de su asistente personal y que este no puede hacer “prefiero quedarme sin el servicio que tener el servicio por parte de otra persona, porque sería una persona nueva y tendría que enseñarle, y no me compensa”. En este mismo sentido se expresa Antonio, cuando explica las dificultades que tiene que afrontar cuando su asistente personal tiene vacaciones “tengo que enseñar y adaptarme a una persona diferente y que cuando lo hayamos conseguido ya tendrá que marchar”. Pero también hay testimonios de asistentes personales, como Michel, quien se queja de que “algunos usuarios dicen ‘ya te llamaré’ y tienes que estar a su disposición, no piensan que nosotros también tenemos una vida propia”. Iñaki Martínez, presidente de la Asociación de Profesionales de la Asistencia Personal (ASAP), va más allá, cuando plantea que no se trata solo de reconocer que los trabajadores tienen su vida, cree que “hay que darles derechos, como trabajadores que son”. Reconoce que es una cuestión muy compleja, ya que “la lucha por mis derechos como trabajador entra en conflicto con los derechos humanos de otras personas [...]. Nadie

³⁵<https://www.youtube.com/watch?v=1dHGjxL3WGw&t=208s>.

quiere entrar ahí”. Pero considera que es necesario “llegar a puntos de encuentro, de equilibrio entre los derechos de las personas con diversidad funcional y los de los trabajadores”. Plantea la necesidad de “un convenio colectivo específico, que se ajuste a las peculiaridades de esta profesión y que incluya cuestiones como los viajes o los motivos de despido”. La ASAP nace para dar voz a los asistentes personales, a pesar de lo complicado que es organizarse para personas que trabajan de manera individual y en el espacio privado: “sin la oportunidad de encontrarnos cada día, como sí que ocurre con los trabajadores de una fábrica, por ejemplo”.

Es interesante señalar que en una reunión de usuarios realizada en noviembre de 2018, en la que una de las autoras tuvo la oportunidad de participar como observadora, los técnicos de ECOM tenían que insistir en la obligatoriedad de que los trabajadores disfrutaran de sus vacaciones anuales, ya que hasta ese momento muchos de los asistentes personales no lo hacían de común acuerdo con los usuarios. Según el documento del Ayuntamiento de Barcelona elaborado con la participación de entidades de personas con diversidad funcional, es urgente una regulación laboral de la asistencia personal “que tenga en cuenta sus características específicas y garantizando unas condiciones de trabajo dignas” (2019: 58). En esta misma línea, Carmen Molina y Juan Antonio Maldonado reclaman fórmulas legales para poder rescindir la relación contractual “como despido procedente y de manera inmediata, cuando se pierda o se deteriore la confianza, evitando situaciones tensas e insostenibles” (2015: 35).

Lo importante es que, además de una regulación adecuada, haya una financiación suficiente por parte de la Administración. También sería necesario formar a los usuarios y a los asistentes personales en la perspectiva de vida independiente, así como en los derechos laborales de los trabajadores; y hacer mediación cuando se producen incidencias relacionadas con estas cuestiones, nos indican desde ECOM. La mayoría de las incidencias en el servicio tienen que ver con que alguna de las partes implicadas en la relación (usuario y asistente personal), o las dos, no tienen clara la figura del asistente personal. Como consecuencia se producen situaciones como, por ejemplo, confusión de la figura de asistente personal con la de una empleada de hogar, falta de previsión por parte del usuario de sus necesidades de apoyo, interferencias del asistente personal en la toma de decisiones de la persona usuaria o confusión en los límites de la relación personal y laboral (ECOM, 2008: 56-57). La complejidad de estas situaciones requiere la mediación, y aproximadamente la mitad de las incidencias se pueden resolver satisfactoriamente. Esta mediación se valora de forma muy positiva por parte de los usuarios y de los asistentes personales. Así lo manifiesta Mercè cuando afirma que “los técnicos de ECOM están siempre disponibles para lo que necesitemos, tanto por teléfono como en

las reuniones de usuarios” y Michel, asistente personal, “la gente de ECOM es muy amables, gente preocupada por la gente. Cuando tú tienes un problema, ellos se hacen cargo de la situación”. Un trabajo, el realizado por ECOM, que facilita afrontar la complejidad de la asistencia personal que estamos analizando y que vale la pena resaltar como forma de actuación.

5.2. Profesionalización de la asistencia personal

5.2.1. Competencias y perfil profesional

Los discursos de los diferentes actores implicados, así como las prácticas cotidianas de la asistencia personal, ponen en evidencia la importancia de contar con profesionales competentes. Coinciden los activistas del Movimiento de Vida Independiente, usuarios/as, entidades gestoras y asistentes personales —asociados y no asociados— en que las competencias actitudinales y relacionales son fundamentales. Se destaca la sensibilidad, la escucha activa, la capacidad de adaptarse al usuario, la empatía y la afinidad personal, ya que la asistencia personal se basa en el vínculo y la relación de confianza y se realiza en el espacio privado y en la intimidad de la persona. Vicenç comenta que “la escucha activa y la comunicación son las dos características más importantes para que un cuidador³⁶ pueda desarrollar su trabajo de manera adecuada”. Destaca también como competencias profesionales “la empatía, la paciencia, el autocontrol, el saber estar, y la capacidad de adaptación”. Agustín, activista y usuario del servicio de asistencia personal de la OVI de Barcelona, señala la importancia de “la intimidad y de sentirse cómodo con alguien que está accediendo a tu cuerpo, a tu intimidad”. En términos similares se expresa Mercè: “Es muy importante la relación interpersonal y la implicación [...]. Lo que más valoro es la relación de confianza, ya que esta persona accede a mi intimidad física y personal”. Es precisamente este acceso a la intimidad el que justifica que algunas personas prefieran asistentes personales del mismo sexo, como en el caso de Agustín: “estamos socializados de manera que es más fácil estar desnudo delante de alguna persona de tu mismo sexo”. No obstante, mayoritariamente se valoran las competencias relacionales y no el sexo de la persona, sobre todo cuando ya se han tenido experiencias de ser ayudados por hombres, tal como manifiesta la responsable del área de autonomía personal y vida independiente de ECOM: “cuando la persona no había tenido ninguna experiencia de cuidado, por pudor o por socialización, se pedían mujeres sobre todo para los cuidados básicos, pero ahora eso ha cambiado”.

³⁶ Aunque en la entrevista y en la observación del trabajo de este asistente personal está muy presente el planteamiento de vida independiente, en ocasiones, como ocurre en este testimonio, se utilizan términos que reflejan el discurso y modelo dominante de cuidado de las personas en situación de dependencia.

Este perfil profesional, basado en las competencias actitudinales y relacionales, responde a una determinada conceptualizaci3n de la asistencia personal, la del Movimiento de Vida Independiente, en la que se define la asistencia personal como “una ‘herramienta humana’ para proporcionar una mayor igualdad de oportunidades a las personas con diversidad funcional” (Arroyo y Cruz, 2015: 15). Cuya funci3n principal sería “proporcionar el apoyo que el beneficiario considere necesario en aquellos ámbitos y actividades que conforman su proyecto de vida independiente, para llevar a cabo este proyecto con la máxima autonomía y responsabilidad”. Y con acciones que incluyen “atenci3n personal, ayuda a domicilio, acompañamiento y apoyo a actividades dentro de y fuera del hogar y otras que formen parte del proyecto de vida independiente” (ECOM, 2008: 142-143).

5.2.2. Dificultades para la profesionalizaci3n

A pesar de la insistencia por parte de estas entidades de personas con diversidad funcional en diferenciar la asistencia personal del cuidado, la figura del asistente personal comparte las dificultades de profesionalizaci3n de los trabajos de cuidado por su vinculaci3n a los imaginarios del trabajo doméstico y familiar, pues hace muy difícil dotar de valor una actividad que socialmente se asocia a la privacidad, a la domesticidad y a la servidumbre (Recio *et al.*, 2015: 183). Así sucede, por ejemplo, con las trabajadoras del Servicio de Ayuda a Domicilio y otras ocupaciones de cuidado en el hogar. La persistencia de esta vinculaci3n explicaría la mayoritaria presencia de mujeres, a fecha de mayo de 2020, entre los asistentes personales en el servicio de ECOM³⁷: 74 mujeres y 32 hombres (proporci3n muy superior en todo caso a la del Servicio de Ayuda a Domicilio, en que la presencia de hombres es solo de un 3%). De esta situaci3n son conscientes algunos usuarios del servicio, como Antonio, quien comenta que “la falta de candidatos a asistentes personales se debe a que esta actividad no tiene la consideraci3n social de un empleo, especialmente para los hombres”. Hay que señalar, además, que el hecho de que la asistencia personal se cubra desde una prestaci3n monetaria individualiza la atenci3n, dificulta la consideraci3n de la asistencia personal como trabajo, conlleva una menor implicaci3n del Estado y dificulta la profesionalizaci3n.

Estas dificultades para su profesionalizaci3n se manifiestan en las prácticas cotidianas de la asistencia personal que hemos podido observar y en la falta de personas candidatas para trabajar como asistente personal, así como en las condiciones laborales y salariales de estos trabajadores. La falta de asistentes personales se produce especialmente cuando se trata de hacer sustituciones temporales por vacaciones o bajas laborales. Esto se puso de manifiesto en una reuni3n realizada en noviembre

de 2018, en la que una de las autoras tuvo la oportunidad de participar como observadora y en la que varios usuarios y técnicos de ECOM manifestaron sus dificultades e incluso la imposibilidad de encontrar asistentes personales, así como la angustia y el malestar que eso provocaba. Malestar que también está presente en los usuarios del servicio de asistencia personal en otros territorios, como Guipúzcoa (Urmeneta, 2007: 92). Esta situaci3n hace que los técnicos de ECOM sean muy activos en las diferentes plataformas *online* de ofertas de empleo y que utilicen las diversas vías de colaboraci3n que tienen con entidades sociales³⁸ y con centros formativos de secundaria y universitarios, para difundir su bolsa de trabajo de asistentes personales.

Así sucede también entre los propios usuarios/a, que est n siempre atentos para poder encontrar personas interesadas en trabajar como asistentes personales. Por ejemplo, Antonio, aunque en ese momento no necesitaba a nadie, se acerc3 a la cuidadora de una vecina para comentarle si conocía a alguna persona que pudiera estar interesada en este trabajo. Como consecuencia de este contacto informal, Antonio conoci3 a su asistente personal actual. Esta situaci3n exige una actitud muy proactiva por parte de los usuarios, que en algunos casos responde más a la necesidad que al activismo, como sucede con Mercè, quien comenta que “debería ser ECOM quién me facilitara mis asistentes personales, ya que yo tengo un servicio que ellos gestionan, pero entiendo que es muy difícil por la falta de candidatos”. Estas dos situaciones muestran la diferencia que algunas personas establecen entre activistas y usuarios en cuanto a su implicaci3n en la asistencia personal.

Otra de las dificultades para la profesionalizaci3n es la precariedad laboral, que reconocen tanto los asistentes personales como los usuarios. Daniel, asistente personal, comenta: “mejorar el salario sería bueno para el trabajador y para el usuario. Con mejores salarios las personas verían la asistencia personal como un empleo viable”. Caet  explica: “No tengo la impresi3n de que est n bien pagados, bien remunerados. Por eso también hay cierta sensaci3n de provisionalidad”. Michel considera que “la gente de aquí no se ha interesado en el servicio, la prueba es que la mayoría somos extranjeros”.

Algunos usuarios/as y asistentes personales coinciden en la importancia de su profesionalizaci3n para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores, pero también para la calidad de la atenci3n. Sin embargo, los activistas del Movimiento de Vida Independiente consideran que la falta de regulaci3n de la asistencia personal es positiva para poder ejercer el derecho a decidir de los usuarios y temen que se pierda este derecho si se produce esta regulaci3n. Así lo manifiesta Caet : “A mí me puede dar miedo alguien que te venga con mucha formaci3n y que venga con la idea de que ella sabe lo que te conviene. Vamos a chocar”. Agustín,

³⁷ Documento de trabajo no publicado de ECOM facilitado a las autoras por parte de M. José Moya.

³⁸ <<https://www.casaldelsinfants.org/es>>.

por su parte, reivindica que lo adecuado es que “el conocimiento venga de la propia experiencia y en horizontal, no en vertical de algún experto que habla de conocimientos teóricos, pero no desde la propia experiencia”. Un temor del que también es consciente el presidente de la ASAP, cuando afirma que las personas con diversidad funcional “tienen mucho miedo a perder el control si la profesión se regulariza”.

El reto, por tanto, es cómo avanzar en la profesionalización de la asistencia personal a la vez que se garantiza el derecho a decidir de los usuarios. Es decir, la profesionalización de los trabajos de cuidado se debe construir sobre la base del conocimiento experto, pero sin que vaya en detrimento del derecho de las personas a decidir cómo quieren ser atendidas. En este sentido, el presidente de la ASAP plantea que situar la asistencia personal en el ámbito de la inclusión social y no en el de la atención a la dependencia ayudaría a su reconocimiento y valoración social, ya que “yo estoy aquí para que tu estés incluido o incluida en el mundo, eso es lo que importa, y no si para conseguirlo lo que tengo que hacer es levantarte de la cama o acompañarte a ir a un cajero”.

5.2.3. Formación y acreditación de competencias profesionales

La acreditación de las habilidades y competencias facilitaría la profesionalización, pero no sería suficiente para garantizar el derecho a decidir de los usuarios. No obstante, la formación tiene un papel fundamental en este proceso y, según nuestros resultados, es una cuestión que condiciona las interacciones entre los diferentes actores. En todo caso, es un tema no resuelto y, aunque genera controversias, sí hay cierto acuerdo actualmente en una formación mínima que se inscriba en la filosofía de la vida independiente. Recordemos que el CERMI propuso una formación de 50 horas, aunque no ha estado reconocido todavía por el consejo territorial y cuyo contenido ya se recogía en el manual de formación de PREDIF, como hemos mencionado anteriormente. Ante esta falta de concreción, ECOM está animando y acompañando a los asistentes personales que carecen de acreditación para que obtengan el certificado de profesionalidad como técnicos sociosanitarios.

Los usuarios/as valoran positivamente tener profesionales que garanticen la calidad del servicio y destacan las competencias relacionales y actitudinales, así como la importancia de la experiencia individualizada con los propios usuarios como fuente de capacitación. Antonio comenta que Daniela, su asistente personal, no tiene formación específica en atención a la dependencia, pero “su sensibilidad, diligencia y atención permanente no dejan de sorprenderme; por ejemplo, no me corta las uñas, me las lima”. Durante unos días que Daniela ha estado de baja, Antonio ha tenido como asistente personal a Pere, que tiene formación en integración

social y en educación social y del que comenta “hoy es el cuarto día que trabaja conmigo y no acaba de hacer las cosas como yo quiero, le falta sensibilidad e iniciativa”.

Algunos activistas de vida independiente ven la formación de los asistentes personales como una amenaza de la capacidad de decisión de las personas con diversidad funcional, por lo que consideran que la formación no debería ser un requisito de entrada a la profesión, sino un derecho de los usuarios y de los profesionales, y que debería realizarse de manera individualizada a cargo de los usuarios y con los conocimientos que ellos mismos han elaborado a partir de su experiencia. Esto es lo que manifiesta Agustín: “El apoyo mutuo de personas con diversidad funcional genera el saber que se necesita para gestionar la asistencia personal como servicio y para formar a los asistentes personales”. También considera que “es más importante la afinidad personal, que no se puede construir tan fácil. Además, la formación es poderosa, pero tiene sus límites y está muy mitificada”. En esta misma línea se sitúa el Movimiento de Vida Independiente³⁹.

Los asistentes personales que han participado en nuestra investigación consideran que la formación se adquiere con la experiencia de trabajo con los usuarios y con las propias experiencias personales. Es lo que comenta Alexis: “La formación no es esencial como tal [...]. Más importante es lo que yo llamo calidad humana, entender claramente cuál es el papel de un asistente, que no es un cuidador”. Una formación que se realiza con el usuario/a, según sus necesidades, tal como expresa Emilio: “Las cualidades necesarias para este trabajo creo que las vamos formando con nuestras experiencias y lo que vamos aprendiendo de la persona usuaria”. Borja hace esta misma afirmación y añade que le ayudaron “mis experiencias personales en el CAU⁴⁰ y mis vivencias educativas”.

El presidente de ASAP considera que la formación es un requisito para la profesionalidad: “En situaciones en las que muchas veces, no sabemos hacia dónde tirar y las solventamos cada uno como buenamente puede”. Critica que la formación sea individualizada y a cargo del usuario: “Ahora mismo estamos a merced de la persona con la que nos toque trabajar... Que a lo mejor no sabe ni gestionarse su propia vida. Que no hay ningún problema en que viva como quiera. Pero claro... si tu depositas la responsabilidad de la formación en esa persona que no sabe...”. Explica que este es un tema en el que hay diversos posicionamientos e intereses: “Nosotros entramos en conflicto con otros agentes por este tema en concreto [...]. Nosotros lo que queremos es que se regule la profesión de manera justa, no favorecer a un lado ni al otro, y en eso juega un papel muy importante la formación”. Es consciente de que las personas con

³⁹ <<https://federacionvi.org/manifiesto-contra-el-proyecto-de-cu-afiliacion-profesional-de-la-figura-del-asistente-personal/>>.

⁴⁰ Moviment Escolta o Scout.

diversidad funcional pueden vivir la formación como una amenaza para su derecho a decidir, por lo que plantea que el asistente personal se forme cuando empiece a trabajar. La ASAP tiene una propuesta de formación con un contenido muy similar a la del CERMI, que incluye “habilidades instrumentales como primeros auxilios, filosofía de vida independiente, competencias emocionales y relacionales, conocimiento ético y legal y perspectiva de género”.

6. Conclusiones

En el presente artículo hemos analizado la implantación de la figura del asistente personal en España, surgida desde las demandas del Movimiento de Vida Independiente y reconocida en la Ley de Dependencia. A partir de una metodología de trabajo cualitativa hemos podido mostrar que no es suficiente que las políticas públicas reconozcan esta figura asistencial, ya que esta implantación se vincula a toda una serie de condicionantes que la limitan o dificultan.

El primero es de carácter cultural, e implica reconocer la función de la asistencia personal como facilitadora de la vida independiente, lo que le otorga un perfil diferente del de las empleadas de hogar, cuidadoras familiares o asistencia domiciliaria. Esto supone que las propias personas con diversidad funcional asuman lo que implica gestionar su propia vida con la ayuda de un o una asistente personal. En un contexto como el español, en que ha predominado durante muchos años una perspectiva de la discapacidad vinculada a la enfermedad y no a la ciudadanía, no resulta fácil ejercer la autonomía personal.

En segundo condicionante y factor limitante es el problema de la financiación de este servicio, que actualmente es totalmente insuficiente. Solo donde se han implicado instituciones de ámbito local o autonómico se ha hecho posible una mayor implantación de la asistencia personal, insuficientemente dotada desde la Ley de Dependencia. Hemos de tener en cuenta que una persona con diversidad funcional puede requerir diversos asistentes personales para conseguir tener autonomía. Si ello no es posible, continúa dependiendo de la familia o de las instituciones para poder sobrevivir. O se ve obligada a buscar fórmulas fuera de la legalidad para solucionar la asistencia. La falta de un mayor compromiso público impide garantizar los derechos de las personas con diversidad funcional a tener una vida independiente y los derechos de los y las asistentes personales.

En tercer lugar, hay que mencionar las características de los y las asistentes personales como trabajadoras/es. Hemos de insistir en que comparten

los problemas laborales que sufren las trabajadoras/es del cuidado y que la debilidad de las políticas sociales, sumada a la reciente implantación de la asistencia personal, genera las ambigüedades y controversias en torno a ella, centradas especialmente en las condiciones laborales y en los requisitos de formación. Aunque las entidades que proporcionan el servicio de asistencia personal hacen esfuerzos para resolver de la mejor manera posible estas situaciones, hay todavía un problema no resuelto en la profesionalización y reconocimiento de esta figura asistencial.

En conclusión: los problemas y controversias que hemos indicado en este artículo son reflejo de una falta de regulación específica de la figura de la asistencia personal y de un problema importante de financiación y los hemos señalado para contribuir a que la asistencia personal pueda efectuarse en términos de justicia social. Y es que, parafraseando a Carbonell Aparici (2017: 189), la ausencia de regulación perjudica tanto a los usuarios/as, que no siempre ven satisfechas sus necesidades, como a los trabajadores/as, que ven su trabajo desvalorizado, o derivado hacia la economía sumergida. Las políticas públicas deberían favorecer las condiciones para que la asistencia personal pueda realizarse con financiación suficiente y las personas con diversidad funcional puedan llevar adelante una vida independiente.

Hemos de mencionar finalmente que la figura de la asistencia personal ha de entenderse desde dos niveles de análisis, tanto desde el punto de vista político como académico. Desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional, el o la asistente personal es un facilitador, alguien que ayuda o da apoyo, no que cuida. Por ello tiene sentido reivindicar su especificidad, tanto en sus funciones, su relación con las personas con diversidad funcional y los requisitos de su formación. Desde una perspectiva más amplia, se trata de una figura asistencial que se enmarca en las políticas del cuidado social y ambas dimensiones son compatibles. La línea que separa el cuidado del apoyo es tan sutil que cuesta diferenciar una cosa de otra. En el caso de España en que la asistencia personal es reciente, cuando las personas con diversidad funcional lleguen a la vejez y requieran de mayores apoyos será muy difícil diferenciar qué es la asistencia y qué es el cuidado. Porque el cuidado a mayores y dependientes debería prodigarse desde la atención centrada en la persona, en sus deseos y necesidades, tal como demandan las personas con diversidad funcional. Y, a su vez, debería reconocerse que la vida independiente está necesariamente vinculada a la interdependencia, un valor esencial del cuidado. Porque, finalmente, el cuidado es el fundamento y la base de la vida. Todas las personas lo necesitamos.

- AHLSTRÖM, G. y WADENSTEN, B. (2011): "Family members' experiences of personal assistance given to a relative with disabilities", *Health & Social Care in the Community*, 19(6), 645-652, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01006.x>.
- AJUNTAMENT DE BARCELONA (2019): *Model del Servei d'assistència personal de Barcelona (SAP-BCN)*, <https://ajuntament.barcelona.cat/dretsocials/sites/default/files/arxius-documents/model-servei-assistencia-personal-barcelona.pdf>.
- ALLUÉ, M. (2003): *Discapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia*, Barcelona, Bellaterra.
- ARROYO, J. y CRUZ, E. (2015): "La asistencia personal", en E. Ortega Alonso (coord.): *Situación de la Asistencia Personal en España*, 11-17, Madrid, PREDIF, <https://www.asistenciapersonal.org/informe.pdf>.
- BÁÑEZ, T. (2019): "Preferencias de los receptores de cuidados profesionales de larga duración sobre el sexo de la persona cuidadora", *Cuadernos de Trabajo Social*, 32 (1), 49-60. <https://doi.org/10.5209/CUTS.56440>.
- BEATTY, P.W.; RICHMOND, G.W.; TEPPER, S. y DEJONG, G. (1998): "Personal assistance for people with physical disabilities: Consumer-direction and satisfaction with services", *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 79 (6), 674-677, <https://doi.org/10.1016/S0003-9993(98)90043-0>.
- BECKETT, C. (2007): "Women, disability, care: Good neighbours or uneasy fellows?", *Critical Social Policy*, 27(3), 360-380, <https://doi.org/10.1177/0261018307078847>.
- BENEDICTO, Z. (2013): "La prestación económica de asistencia personal en el territorio histórico de Gipuzkoa", *Zerbitzuan*, 54, 67-84, <https://doi.org/10.5569/1134-7147.54.04>.
- BLANCO, M.; CENTENO, A.; FERNÁNDEZ, L.; RODRIGUEZ-PICAVEA, A. y ROMANACH, J. (2009): "Asistencia personal: una inversión en derechos, una inversión eficiente en empleo", en *I Congreso Anual Red Española de Políticas Sociales (REPS)*, Universidad de Oviedo, <http://www.valldignaaccessible.org/wp-content/uploads/2009/05/090513_asistencia_personal_empleo_derecho_preval.doc> [consulta 2 de febrero de 2020].
- CARBONELL APARICI, G.J. (2017): "El asistente personal para una vida independiente: una figura en construcción", *Revista de Derecho UNED*, 21, 187-216, <https://doi.org/10.5944/rduned.21.2017.21180>.
- (2019): "El movimiento de vida independiente en España", *Revista Española de Discapacidad*, 7 (2), 201-214.
- CAYUELA, S. (2017): "Hacia una biopolítica de las discapacidades. La cristalización de un dispositivo en el seno de la gubernamentalidad neoliberal", *Eikasia: revista de filosofía* 75: 111-137.
- COMAS D'ARGEMIR, D. (2015): "Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar", *Revista de Antropología Social*, 24, 375-404, <https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2015.v24.50663>.
- DEJONG, G. (1979): "Independent living: from social movement to analytic paradigm", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60, 435-446.
- ECOM (2008): *Projecte pilot d'assistent personal. Memòria tècnica*, Barcelona, Fundació ECOM, documento no publicado.

- ENDARA, J. (2019): *La construcción jurídica de la discapacidad*, Barcelona, Editorial UOC.
- EZQUERRA, S. y MANSILLA, E. (2018): *Economía de les cures i política municipal: cap a una democratització de la cura a la ciutat de Barcelona*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona, Universitat de Vic, La Ciutat Invisible Coop., <https://www.barcelona.cat/ciutatcuidadora/sites/default/files/economia_i_politica_13.pdf>.
- FERREIRA, M.A.V. (2019): “De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico”, *Política y Sociedad*, 47(1), 45-65.
- GÓMEZ, N.; MOYA, M. J. y SÁNCHEZ, F. (2015): “Financiación y rentabilidad socioeconómica”, en Ortega, E. (coord.), *Situación de la asistencia personal en España (145-147)*, Madrid, PREDIF, <https://www.asistenciapersonal.org/informe.pdf>.
- KRÖGER, T. (2009): “Care research and disability studies: Nothing in common?”, *Critical Social Policy*, 29 (3), 398-420, <https://doi.org/10.1177/0261018309105177>.
- LÓPEZ GONZÁLEZ, M. (2007): “Discapacidad y género. Estudio etnográfico sobre mujeres discapacitadas”, *Educación y Diversidad. Revista Interuniversitaria de Investigación sobre Discapacidad e Interculturalidad*, 1, 137-172.
- LÓPEZ PÉREZ, M. y RUIZ SEISDEDOS, S. (2018): “Asistencia personal: equiparación de derechos y oportunidades. Comparativa entre Suecia y España”, *Revista Española de Discapacidad*, 6, 103-130, <https://doi.org/10.5569/2340-5104.06.02.06>.
- MCLAUGHLIN, J. (2020): “Valuing Care and Support in an Era of Celebrating Independence: Disabled Young People’s Reflections on Their Meaning and Role in Their Lives”, *Sociology*, 54 (2), 397-413, <https://doi.org/10.1177/0038038519868630>.
- MITCHELL, J. M. y KEMP, B. J. (1999): “Satisfaction ratings and problems experienced with paid personal attendant care: Ethnic comparisons”, *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 14 (4), 53-67.
- MOLINA FERNANDEZ, C. (2015): “Análisis jurídico sobre el acceso a la figura del asistente personal en las distintas Comunidades Autónomas”, en Ortega, E. (coord.), *Situación de la asistencia personal en España*, 44-142, Madrid, PREDIF, <https://www.asistenciapersonal.org/informe.pdf>.
- MOLINA FERNANDEZ, C. y MALDONADO MOLINA, J.A. (2015): “Normativa”, En Ortega, E. (coord.): *Situación de la asistencia personal en España*, 44-142, Madrid, PREDIF, <https://www.asistenciapersonal.org/informe.pdf>.
- MOSCOSO, M. (2012): “La discapacidad como diversidad funcional: los límites del paradigma etnocultural como modelo de justicia social”, *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 3 (7), 77-92.
- NOSEK, M.A. y HOWLAND, C.A. (1993): “Personal assistance services: The hub of the policy wheel for community integration of people with severe physical disabilities”, *Policy Studies Journal*, 21 (4), 789-800, <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.1993.tb02175.x>.
- NOSEK, M.A., FUHRER, J. y POTTER, C. (1995): “Life satisfaction of people with physical disabilities: Relationship to personal assistance, disability status, and handicap”, *Rehabilitation Psychology*, 40 (3), 191-202, <https://doi.org/10.1037/0090-5550.40.3.191>.
- ORTEGA ALONSO, E. (2015): “Conclusiones”. En Ortega, E. (coord.), *Situación de la asistencia personal en España*, 145-147, Madrid, PREDIF, <https://www.asistenciapersonal.org/informe.pdf>.
- OVI BARCELONA (2016): *Análisis de la Ley de Servicios Sociales y de la Ley de Autonomía Personal desde la perspectiva del Movimiento de Vida Independiente y de los Derechos Humanos*, <https://ovibcn.org/wp-content/uploads/2016/05/Analisis-de-la-Ley-de-Servicios-Sociales-y-de-la-Ley-de-Autonomia-Personal.pdf>.
- PRIETO LOBATO, J.M.; DE LA ROSA GIMENO, P. e IZQUIETA ETULAIN, J.L. (2019): “Asistencia personal y discapacidad intelectual: un servicio para la inclusión social”, *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 7 (2), 7-27, <https://doi.org/10.5569/2340-5104.07.02.01>.
- RATZKA, A. (2007): “Independent Living for people with disabilities: from patient to citizen and customer”, <https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1426&context=gladnetcollect> [consulta 2 de febrero de 2020].
- RECIO, C.; MORENO, S.; BORRÁS, V. y TORNS, T. (2015): “La profesionalización del sector de los cuidados”, *Zerbitzuan*, 60, 179-193, <https://doi.org/10.5569/1134-7147.60.12>.
- RODRÍGUEZ, S. y FERREIRA, M.A.V. (2010): “Diversidad funcional: sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la discapacidad”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 28(1), 64-83.
- RODRÍGUEZ-PICAVEA, A. (2010): “Vida independiente: dignidad y derechos de la diversidad funcional”, *Actas del IX Congreso de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 7(6), 78-101.
- (2011): “Reflexiones en torno a la figura del asistente personal para la vida independiente y la promoción de la autonomía de las personas con diversidad funcional (discapacidad)”, *Zerbitzuan*, 41, 115-127.
- RODRÍGUEZ-PICAVEA, A y ROMANACH, J. (2006): *Consideraciones sobre la figura del Asistente Personal en el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, Foro de Vida Independiente, <https://www.asistenciapersonal.org/sites/default/files/publicaciones/10-consideraciones_sobre_ap_en_proyecto_lapad.pdf>.
- ROMANACH, J. y LOBATO, M. (2005): “Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano”, Foro de Vida Independiente <http://forovidaindependiente.org/diversidad-funcional-nuevo-termino-para-la-lucha-por-la-dignidad-en-la-diversidad-del-ser-humano/>.
- RUIZ AMBIT, S.; RODRÍGUEZ HERRERO, P. e IZUZQUIZA GASSET, D. (2019): “Personal assistants in the

- promotion of independent living for persons with intellectual disability: A basic and applied investigation”, *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 50(2), 19-38, <<https://doi.org/10.14201/scero20195021938>>.
- TORNS T. (2008): “El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género”, *Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales*, 15, 53-73, <<https://doi.org/10.5944/empiria.15.2008.1199>>.
- URMENETA, X. (2007): “La vida independiente en Gipuzkoa: una alternativa para las personas con discapacidad y dependencia”, *Zerbitzuan*, 42, 87-92.
- WADENSTEN, B. y AHLSTRÖM, G. (2009): “Ethical values in personal assistance: narratives of people with disabilities”, *Nursing Ethics*, 16(6), 759-774, <<https://doi.org/10.1177/0969733009341913>>.
- WILLIAMS, F. (2010): “Claiming and framing in the making of care policies”, *The recognition and redistribution of care. UNRISD Gender and Development Programme Paper*, 13, <[https://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/\(httpPublications\)/F0924AD817FE8620C125780F004E9BCD](https://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/(httpPublications)/F0924AD817FE8620C125780F004E9BCD)>.
- WILLIAMS, V.; PONTING, L.; FORD, K. y RUDGE, P. (2009): “Skills for support: personal assistants and people with learning disabilities”, *British Journal of Learning Disabilities*, 38, 59-67, <<https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2009.00570.x>>.
- WINKER, G. (2015): *Care revolution: Schritte in eine solidarische Gesellschaft*, Transcript Verlag.

Envejecimiento y atención a la dependencia en los territorios de Euskal Herria

Arrate Arin

Eusko Ikaskuntza
arrate.arin@eusko-ikaskuntza.eus

Maia Berasategui

Etcharry Formation Développement

Lucía Martínez Virto

Universidad Pública de Navarra

Laurent Melito

Etcharry Formation Développement

Ángel Toña

Eusko Ikaskuntza

Joseba Zalakain

SIIS Servicio de Información e Investigación Social

Artikulu honek Gipuzkoako Foru Aldundiko Gizarte Politikako Departamentuak Euskal Autonomia Erkidegoan, Nafarroako Foru Erkidegoan eta Ipar Euskal Herrian mendekotasun-egoeran dauden pertsona adinduei ematen zaien artaren inguruan finantzatutako txosten bat laburbiltzen du. Lan honen helburua hirukoitza da. Alde batetik, lurralde bakoitzeko pertsona adinduen edo mendekotasun-egoeran dauden pertsonentzako gizarte-zerbitzuen sistemaren oinarritzko funtzionamendua deskribatzea. Bestetik, politika horiek lurralde bakoitzean duten irismen-dimentsioa neurtu eta erlazionatzea ahalbidetuko duten datuak eta adierazleak aurkeztea; artatutako pertsonen kopuruaren, eskainitako zerbitzuen, okupatutako langileen edo egindako gastuaren ikuspegitik. Azkenik, hiru lurraldeen artean dauden antzekotasun eta desadostasun nagusiak identifikatzea; erroka komunak identifikatzea –baita lurralde bakoitzeko berariazko errokkak ere–; eta, lortutako ikaskuntzetatik abiatuta, aztergai hartutako hiru lurraldeen zerbitzuak hobetzeko zenbait gomendio proposatu.

GAKO-HITZAK:

Pertsona adinduak, mendekotasuna, gizarte-zerbitzuak, datu estatistikoak, gomendioak, Euskal Herria.

Este artículo resume un informe financiado por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa sobre la atención a las personas mayores dependientes en la Comunidad Autónoma Vasca, la Comunidad Foral Navarra e Ipar Euskal Herria. El objetivo del trabajo es triple. Por una parte, describir el funcionamiento básico del sistema de servicios sociales para personas mayores o dependientes en cada territorio. Por otra, ofrecer datos e indicadores que permitan dimensionar y poner en relación el alcance de esas políticas en cada territorio, desde el punto de vista del número de personas atendidas, los servicios ofrecidos, el personal ocupado o el gasto realizado. Por último, identificar las principales similitudes y divergencias que existen entre los tres territorios, identificar los retos comunes –así como los específicos de cada territorio– y plantear algunas recomendaciones para la mejora de los servicios en los tres territorios analizados, a partir de los aprendizajes extraídos.

PALABRAS CLAVE:

Personas mayores, dependencia, servicios sociales, datos estadísticos, recomendaciones, Euskal Herria.

1. Introducción

En el espacio geográfico conformado por la Comunidad Autónoma Vasca (CAV), la Comunidad Foral Navarra e Ipar Euskal Herria encontramos tres modelos muy diferentes de bienestar social, con diferentes concepciones políticas y niveles competenciales. Aunque las necesidades y riesgos sociales son similares, la respuesta que tradicionalmente se ha dado a esas necesidades ha sido muy diferente en cada una de las tres áreas. El territorio transfronterizo constituye en ese sentido un espacio de reflexión estratégico y un laboratorio del cual pueden extraerse análisis, aprendizajes e innovaciones de gran interés para la mejora de las políticas de intervención social.

Este artículo resume un informe financiado por el Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa sobre la atención a las personas mayores dependientes en la Comunidad Autónoma Vasca, la Comunidad Foral Navarra e Ipar Euskal Herria. El informe se enmarca en un proyecto más amplio de Eusko Ikaskuntza que tiene como objetivo crear un laboratorio de análisis y de innovación social en relación con el modelo de bienestar y a las políticas públicas que se desarrollan en el ámbito de los Servicios Sociales en los diferentes territorios de Euskal Herria: CAV, Navarra e Ipar Euskal Herria.

Aunque este laboratorio tiene como objetivo analizar el conjunto de las políticas que tienen que ver con el bienestar social —políticas de garantía de ingresos, de empleo, de apoyo a las familias, de inclusión social, de prevención y abordaje de la exclusión residencial, etc.— el primero de los informes realizados en el marco de este programa se refiere al envejecimiento y la atención a la dependencia, dada la importancia de los cuidados a las personas mayores y dependientes en el marco de los servicios sociales y su relevancia en lo que se refiere a la calidad de vida y a la cohesión social de toda la población.

En efecto, no cabe duda de que el ámbito de los cuidados ha tomado un papel protagonista en la agenda pública pues, sin cuidados sociales y sanitarios, difícilmente podemos ser una sociedad que resista a las crisis emergentes. El modelo de atención a los cuidados en nuestro territorio ha sido, y es, espacio de debate. Y no solo es debido a un crecimiento de la presión de los actores o la demanda por una cuestión meramente demográfica. Han surgido también cambios y nuevas necesidades derivadas de procesos de envejecimiento, donde las personas reclaman un mayor protagonismo en relación a cómo quieren ser cuidadas, evidenciando los límites del actual sistema.

El modelo de Atención Centrada en la Persona es un horizonte reclamado por proveedores y beneficiarios de recursos. Su implementación se exige tanto en los espacios de atención residencial como de cuidado domiciliario, y avanza hacia un modelo más adecuado a la diversidad de necesidades, con un

mayor respeto a los derechos y voluntades de las personas mayores. La crisis de la covid-19 ha puesto de manifiesto la importancia del modelo de cuidados en la garantía de la supervivencia, un modelo con las debilidades de un sistema precarizado, con escasos medios humanos y materiales, y con un tejido profesional de gran valor técnico y humano. Desde este momento, cualquier debate sobre el modelo social y de bienestar de nuestras sociedades no podrá obviar la necesidad de poner en el centro de la discusión el modelo de cuidados que nuestra sociedad necesita. Ese debate sobre el modelo de cuidados puede sin duda enriquecerse a partir del análisis comparado de los modelos de servicios sociales que existen en Euskadi, en Navarra y en Ipar Euskal Herria, y del aprendizaje mutuo que se puede derivar de esas comparaciones.

A partir de esa reflexión, el trabajo realizado describe y compara el sistema de servicios sociales que existe en los tres ámbitos administrativos que conforman Euskal Herria para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores dependientes. En ese sentido, el objetivo del trabajo es triple:

- Por una parte, describir el funcionamiento básico del sistema de servicios sociales para personas mayores o dependientes en cada territorio, de forma que puede ser conocido por las personas que no lo conocen en detalle.
- Por otra, ofrecer datos e indicadores que permitan dimensionar y poner en relación el alcance de esas políticas en cada territorio, desde el punto de vista del número de personas atendidas, los servicios ofrecidos, el personal ocupado o el gasto realizado.
- Por último, identificar las principales similitudes y divergencias que existen entre los tres territorios, identificar los retos comunes, así como los específicos de cada territorio, y plantear algunas recomendaciones para la mejora de los servicios en los tres territorios analizados, a partir de los aprendizajes extraídos.

2. Metodología y estructura

Desde el punto de vista metodológico, el informe realizado no se basa en una investigación específica, sino que pretende recoger la información y los datos disponibles a partir de muy diversas fuentes estadísticas y administrativas.

Esa necesidad de comparar datos de fuentes muy variadas ha planteado algunas dificultades de cara a la realización de este trabajo, ya que no siempre los indicadores disponibles para cada territorio son los mismos o se calculan de la misma forma. La propia definición del perímetro de las políticas analizadas y de las personas destinatarias es diferente en cada territorio, lo que dificulta la comparación entre las tres realidades administrativas que conforman Euskal Herria. En ese sentido, una de las primeras

conclusiones del trabajo hace referencia a la dificultad para disponer de datos suficientemente homogéneos y comparables sobre el alcance de los servicios sociales en la CAV, Navarra e Ipar Euskal Herria e incluso a la dificultad para determinar cuáles son las políticas, los servicios y las prestaciones que deben tenerse en cuenta en cada uno de los territorios para un análisis homogéneo de modelo de cuidados y apoyos que existe en ellos.

Para poder dar respuesta a estas dificultades, las opciones metodológicas que se han tomado son las siguientes:

- La mayor parte de la información relacionada con Ipar Euskal Herria hace referencia, en realidad, al conjunto del departamento de Pirineos Atlánticos, ya que la información básica sobre el sistema de servicios sociales se ofrece en el Estado francés —en general— a nivel de departamento. La competencia del Consejo del Departamento en materia de acción social y la desagregación de los datos que se realiza habitualmente en el Estado francés en el ámbito estadístico hacen prácticamente imposible disponer de datos relativos únicamente a los territorios de Lapurdi, Behe Nafarroa y Zuberoa.
- En el caso de la CAV, pese a las notables diferencias que existen en cuanto al despliegue y el funcionamiento de los servicios sociales en cada uno de los tres territorios históricos, se ha optado en la mayor parte de los casos por ofrecer los datos para el conjunto de la comunidad, y solo en algunos casos los datos se han desagregado por territorio histórico.
- Los datos analizados y los servicios descritos se refieren fundamentalmente a las personas mayores en situación de dependencia. En algunos casos, sin embargo, la información disponible hace referencia al conjunto de las personas con dependencia, lo que incluye a menores y a personas adultas con discapacidad. No obstante, el informe no se centra en las políticas de atención a la discapacidad, que requerirían, en todo caso, un informe específico.
- Del mismo modo, algunos de los datos que se ofrecen hacen referencia al conjunto de los servicios sociales, y no solo a los servicios sociales de atención a las personas con dependencia, puesto que, en ocasiones, la información relativa a los servicios sociales no diferencia la edad o la problemática de las personas atendidas.
- En algunos casos existen fuentes diversas para la obtención de los mismos o similares datos. En tales casos, especialmente a la hora de realizar comparaciones entre los territorios, se ha dado prioridad a las fuentes comunes o de ámbito superior, es decir, a las fuentes que ofrecen datos para al menos dos de los ámbitos territoriales analizados. Aunque en ocasiones esos datos no coincidan con los datos de las instituciones locales, se ha pensado que estas fuentes resultan

más fiables a la hora de realizar comparaciones, ya que se basan en una metodología común y armonizada.

- Los datos no siempre hacen referencia a los mismos años. Se ha intentado en cualquier caso utilizar para cada tabla o gráfico los datos más recientes disponibles, que en general se refieren a los años 2017, 2018 y 2019, en función de la disponibilidad de datos de cada una de las fuentes utilizadas.
- Este es uno de los pocos estudios, que sepamos, en los que se analizan en detalle y se comparan los datos relativos a la oferta, la dotación de personal o el gasto de servicios sociales que se realiza en la CAV, Navarra y los Pirineos Atlánticos. El interés del trabajo no radica en cualquier caso en los datos tomados de forma aislada, sino en identificar las similitudes y las diferencias que existen en cada territorio y en extraer conclusiones globales que contribuyan al aprendizaje común.

Como se señalado previamente, este artículo resume un informe realizado por Eusko Ikaskuntza. A partir de los contenidos de ese informe, la estructura del artículo es la siguiente:

- El tercer apartado recoge una descripción básica de la articulación del sistema de atención a la dependencia en cada uno de los tres territorios analizados.
- El cuarto apartado algunos datos muy básicos sobre la estructura demográfica, las necesidades sociales y la demanda de servicios en la CAV, Navarra e Ipar Euskal Herria.
- De forma transversal, el siguiente apartado recoge las diferencias y similitudes que existen entre los tres modelos analizados.
- El apartado final recoge los retos, límites y potencialidades de cada modelo, diferenciando los que corresponden a las políticas estatales y los que corresponden a las medidas adoptadas en cada uno de los tres territorios estudiados.

3. La atención a la dependencia en los territorios de Euskal Herria: elementos básicos

3.1. La atención a la dependencia en Ipar Euskal Herria

En el caso de Ipar Euskal Herria y del departamento de Pirineos Atlánticos, el sistema de atención a la dependencia se articula fundamentalmente en torno a una prestación económica —la Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)— que se concede a las personas mayores de sesenta años que acreditan una situación de dependencia mediante un baremo de ámbito estatal y con las que se establece un plan individualizado de atención. Se trata de

una prestación universal, aunque su cuantía se modula en función del nivel de renta y del grado de dependencia, y con ella se financia tanto el acceso a los servicios de apoyo en el domicilio como el acceso a los centros residenciales.

Desde el punto de vista competencial, si bien el Estado central regula las características básicas del sistema, las principales competencias en cuanto a la financiación y la prestación de los servicios de atención a la dependencia recaen en los Consejos Generales de los departamentos, que asumen el liderazgo del sistema a nivel del territorio. La administración regional juega también un papel importante en lo que se refiere a la financiación y la articulación de los servicios de salud, así como en relación a los servicios sociales y sociosanitarios. Por su parte, los ayuntamientos desempeñan un papel secundario, si bien pueden desarrollar diversos servicios y prestaciones de forma discrecional, y pueden también ser titulares de servicios y centros de atención directa, como las residencias medicalizadas para personas mayores (EHPAD) o los servicios de acompañamiento y atención a domicilio (SAAD). En ese contexto, juega un papel de creciente importancia en Ipar Euskal Herria la Mancomunidad de Municipios de la Aglomeración del País Vasco, que presta de forma mancomunada diferentes servicios a escala local.

Desde el punto de vista de la provisión de los servicios, y en aplicación del principio de libre elección, las personas usuarias pueden acceder —mediante la APA— a los servicios y centros de su elección, que pueden estar gestionados bien por entidades públicas (dependientes de ayuntamientos o de hospitales), o bien por entidades privadas con o sin fin de lucro.

Como se explica en las páginas siguientes, el sistema francés de atención a la dependencia destaca también por la estrecha coordinación entre el ámbito social, el sanitario y el sociosanitario, por la existencia de un sistema de triple tarificación para la determinación de la participación económica de las personas usuarias en la financiación de las residencias y por la existencia de un sistema de cotización sobre los salarios que abonan las empresas y mediante la cual se cofinancian los gastos de atención a la dependencia. Con relación a Euskadi y Navarra, el sistema de atención a la dependencia se caracteriza en Ipar Euskal Herria por el escaso impulso que desde la Administración se da al trabajo en red de los diversos agentes, y el menor protagonismo de las dinámicas de participación y coordinación entre los agentes públicos y la sociedad civil.

3.2. La atención a la dependencia en la Comunidad Foral de Navarra

En el caso de la Comunidad Foral Navarra, el sistema de atención a la dependencia se enmarca tanto en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), de ámbito estatal, como en el sistema navarro de servicios sociales, de ámbito autonómico

(foral). Si bien la regulación general, y una parte de la financiación, se establecen a nivel estatal, los servicios se prestan en el marco de los servicios sociales, regulados por la Ley de Servicios Sociales de Navarra de 2006. En ese marco, la mayor parte de los servicios son prestados por la Agencia Navarra de Autonomía y Atención a la Dependencia, dependiente del Gobierno de Navarra, si bien los ayuntamientos están también obligados a prestar desde los servicios sociales de base un programa de promoción de la autonomía y atención a la dependencia que incluye el Servicio de Asistencia Domiciliaria (SAD).

En aplicación tanto de la Ley de Dependencia estatal como de la Ley de Servicios Sociales de Navarra, la mayor parte de los servicios de atención a las personas con dependencia tienen carácter garantizado, es decir, deben ser ofrecidos a las personas que cumplen los requisitos de acceso, y no tienen por tanto carácter discrecional.

En lo que se refiere a la oferta de servicios, la cartera se divide en prestaciones económicas y servicios de atención directa; al igual que en la CAV, la principal prestación contemplada por el sistema es la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF), a la que acceden casi la mitad de las personas usuarias de servicios de atención a la dependencia. Le siguen en orden de importancia los servicios residenciales y el servicio de teleasistencia.

En cuanto a la provisión de los servicios, pueden ser o bien directamente prestados por las Administraciones Públicas o bien prestados —mediante contrato, convenio o concierto— por entidades privadas con o sin fin de lucro. También existe un número relativamente importante de plazas privadas, sin financiación pública alguna, a las que acceden las personas que no están en una situación de dependencia o que están en lista de espera para acceder a una plaza de responsabilidad pública.

3.3. La atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma Vasca

El modelo de la CAV coincide en buena medida con el existente en la Comunidad Foral Navarra, debido en parte a que en ambos territorios se aplica la Ley de Dependencia estatal. En ese sentido, el catálogo de servicios y centros es similar, y también en la CAV tiene un papel protagonista la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF), que compensa los cuidados prestados por las personas cuidadoras informales. Le siguen en importancia, también como en Navarra, los centros residenciales y la teleasistencia. Tanto la Ley de Dependencia como la Ley vasca de Servicios Sociales de 2008 garantizan el derecho subjetivo a los servicios de atención a todas las personas que acrediten cumplir los requisitos de acceso, independientemente de su renta, de acuerdo al principio de universalidad que ambas leyes consagran. Para ello, la Ley de Servicios Sociales vasca establece un amplio catálogo de

servicios, centros y prestaciones, que deben obligatoriamente ser ofertados a las personas que cumplen los requisitos de acceso.

Como en el conjunto del Estado, y como también ocurre en Navarra, los proveedores de los servicios sociales de atención a la dependencia pueden ser en la CAV tanto entidades públicas como entidades privadas, con o sin fin de lucro. En ese sentido, la Ley de Servicios Sociales vasca prevé la posibilidad de que la gestión de los centros pueda encomendarse a entidades de cualquier titularidad, si bien establece que, a los efectos de establecimiento de conciertos, las Administraciones Públicas darán prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, a las entidades dedicadas a la prestación de servicios sociales que tengan carácter no lucrativo. A diferencia de lo señalado para Ipar Euskal Herria, y como ocurre en Navarra, no puede decirse que la libertad de elección sea un principio relevante a la hora de diseñar el acceso de las personas dependientes a los servicios que les corresponden. En ese sentido, es la propia Administración la que concierta o contrata los servicios a los proveedores externos, o la que los presta de forma directa, y sólo en casos muy concretos se plantea el acceso directo de los usuarios a los servicios y centros de su elección a través de una prestación económica, como ocurre en el Estado francés.

La estructura competencial de los servicios sociales vascos se caracteriza por su alto grado de descentralización: como en Navarra, los servicios se diferencian en dos niveles de atención —primaria y secundaria—, correspondiendo la gestión y la financiación de los servicios sociales de atención primaria a los municipios —independientemente de su tamaño— y la gestión de los servicios sociales de atención secundaria, así como la mayor parte de las prestaciones económicas a las diputaciones forales de Álava, Gipuzkoa y Bizkaia. El Gobierno Vasco asume las funciones de regulación y planificación, así como la prestación de algunos servicios de atención directa (fundamentalmente, el servicio de teleasistencia).

Tabla 2. Indicadores sociodemográficos comparados

	Comunidad Autónoma Vasca	Navarra	Pirineos Atlánticos*
Tamaño medio de los hogares	2,4	2,5	2,1
Tasa de fecundidad	35,1	37,9	43,4
Índice de envejecimiento de la población	154,0	121,5	120,5
% mayores de 65	22,6	19,8	24,2
% mayores de 75	11,3	9,9	11,9
% mujeres entre mayores de 75	61,6	59,9	61,4
% mayores de 65 que viven solos	22,7	25,4	33,9
Esperanza de vida a los 65 años (hombres)**	19	20	24
Esperanza de vida mujeres a los 65 años (mujeres)**	23	24	28
% pensiones de jubilación inferiores a 600 euros	15,4	14,7	10,1

* Los datos se refieren a 2017.

** En el caso de Pirineos Atlánticos se recoge la esperanza de vida a los 60.

Fuente: Elaboración propia a partir de EUSTAT, INE, INSEYE, SAAD y Observatorio de la Realidad Social del Gobierno de Navarra.

4. Estructura demográfica, necesidades sociales y demanda de servicios

La población que reside en los tres territorios analizados en este informe asciende a 3,5 millones de personas, de las que el 62% reside en la CAV, el 18% en la Comunidad Foral de Navarra y el 19% en el Departamento de Pirineos Atlánticos. La densidad de población es muy superior en la CAV con respecto a los otros dos territorios, así como el tamaño medio de los municipios: los municipios de la CAV tienen un tamaño medio de 8.764 habitantes, frente a 2.405 en Navarra y 1.240 en Pirineos Atlánticos, donde el número de ayuntamientos supera el medio millar.

En lo que se refiere al PIB por habitante, con datos para 2016 en el caso de Pirineos Atlánticos, 2017 en el caso de Navarra y 2018 en el caso de la CAV, de acuerdo a Eurostat, oscila entre 27.300 euros en el Departamento de Pirineos Atlánticos y 36.300 euros en el caso de la CAV.

Tabla 1. Indicadores geográficos comparados

	Comunidad Autónoma Vasca	Navarra	Pirineos Atlánticos
Población total	2.199.711	654.214	677.309
Nº de municipios	251	272	546
Tamaño medio de los municipios	8.764	2.405	1.240
Densidad de población*	303	63	84
PIB per cápita (en PPA)**	36.300	33.700	27.300

* Habitantes por kilómetro cuadrado.

** PPA: paridad de poder adquisitivo.

Fuente: Elaboración propia a partir de NASTAT, EUSTAT, INSEE y Eurostat.

Aunque el porcentaje que representan las personas mayores de sesenta y cinco años con relación al

conjunto de la población es similar en los tres territorios (oscila entre el 19,8% de Navarra y el 24,2% de Pirineos Atlánticos), el peso de la población mayor de 65 años con relación a la población menor de dieciséis —es decir, el índice de envejecimiento— es muy superior en la CAV, debido a sus reducidas tasas de natalidad y al escaso peso de la población menor de edad en su estructura poblacional. El peso de la población mayor de setenta y cinco años oscila entre el 9,9% de Navarra y el 11,9% de la CAV, en la línea del 9,7% que se registra en la UE-27. En torno al 60% de las personas mayores, en los tres territorios, son mujeres. El porcentaje de mayores de sesenta y cinco años que viven solos es mayor en Pirineos Atlánticos —33,9%— que en los dos territorios peninsulares. La esperanza de vida a los sesenta y cinco años ronda en los tres territorios los 20 años.

5. La atención a la dependencia en los territorios de Euskal Herria: principales diferencias y similitudes

El análisis realizado en el informe del que se deriva este artículo permite identificar diferencias y similitudes importantes entre los tres territorios de Euskal Herria en relación al sistema de atención a las personas mayores dependientes.

Entre las principales similitudes, cabe destacar las siguientes:

- Más allá de su carácter sociosanitario, el sistema de atención a la dependencia y/o de servicios sociales tiene en los tres territorios un contorno peor definido, un perímetro más borroso, que en el caso de otros sistemas de bienestar, como el de la salud o el de la educación. La confusión entre los servicios sociales, los servicios sociosanitarios y los de atención a la dependencia, la constante invocación a un cuarto —o quinto— riesgo o pilar del Estado de Bienestar y la dificultad para delimitar adecuadamente tanto las necesidades cubiertas como los servicios y prestaciones incluidas, así como las personas atendidas y los mecanismos de financiación, ilustran en qué medida el grado de madurez de estos servicios es muy inferior al de los sistemas de bienestar clásicos (educación, sanidad, etc.). La situación es a este respecto similar en los tres territorios analizados.
- La crisis de los cuidados —es decir, la dificultad para dar una respuesta a los cuidados que precisa una población mayor cada vez más longeva y abundante, en un marco determinado por la reducción de la capacidad de apoyo de las redes informales debido, entre otros factores, a la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo— afecta de la misma forma a los tres territorios. El número de personas mayores con necesidades de atención es cada vez mayor tanto en la CAV como en Navarra e Ipar Euskal Herria —

que se cuentan entre las regiones más envejecidas de Europa—, mientras se reducen las posibilidades de las redes informales para dar una atención adecuada a las personas mayores dependientes, y crece la demanda sobre los servicios profesionales, ya sean públicos o privados.

- En ese marco, y al menos en el aspecto teórico, las instituciones de los tres territorios apuestan por el domicilio y por el entorno comunitario —frente a la institucionalización en grandes centros— como forma prioritaria de atención a las personas dependientes. El mantenimiento de las personas mayores en su domicilio (*ageing in place*) orienta el diseño de las políticas sociales y sociosanitarias de atención a la dependencia tanto en la CAV como en Navarra y en Ipar Euskal Herria.
- También en los tres territorios puede hablarse de una tendencia hacia el refuerzo de las redes y las iniciativas de autoorganización comunitaria, que permitan combinar los servicios formales de responsabilidad pública con recursos vecinales, asociativos y de proximidad.
- En una línea similar, puede decirse que se observa en los tres territorios una cierta tendencia al desarrollo de fórmulas de alojamiento alternativo —*residences autonomie*— en Ipar Euskal Herria, viviendas comunitarias y apartamentos tutelados en Navarra y la CAV— que ocupan un espacio intermedio entre el domicilio y los centros residenciales convencionales, así como al desarrollo de unidades residenciales de menor tamaño y de ambiente más hogareño.
- También existen grandes similitudes en los tres territorios en lo que se refiere al diseño de un modelo mixto en cuanto a la provisión de servicios, en un marco de responsabilidad pública. En ese sentido, los tres territorios cuentan con un sistema garantizado y universal de acceso a los servicios, cuya provisión se encomienda —mediante diversas fórmulas— tanto a entidades de titularidad pública como a entidades de titularidad privada con o sin fin de lucro. Aunque algunos sectores, al menos en algunos de los territorios analizados, han criticado lo que consideran una privatización de los servicios y han apostado por su publicación, el modelo mixto de provisión de servicios de responsabilidad pública no parece estar en cuestión en ninguno de los territorios analizados.
- En los tres territorios puede hablarse además de un derecho subjetivo y universal ante el riesgo de dependencia, de forma que todas las personas que acreditan un nivel determinado de necesidad tienen un derecho garantizado a recibir unos servicios o prestaciones determinadas. En los tres territorios, además, ese derecho se desvincula de la situación económica, si bien el nivel de renta, así como el grado de dependencia, sí se tiene en cuenta a la hora de determinar la participación económica de las personas usuarias en la financiación de los servicios y/o en el montante de las ayudas percibidas.

- Aunque el modelo de financiación de los servicios sociales es muy diferente en los tres territorios, los principales servicios están sujetos a copago tanto en la CAV, como en Navarra y en Ipar Euskal Herria. El diseño del copago es, sin embargo, diferente: el sistema francés resulta teóricamente más transparente y racional, aunque impone al mismo tiempo mayores cargas económicas a las personas usuarias, debido, en cualquier caso, al mayor coste de las plazas residenciales, ya que el porcentaje de copago respecto al coste total es similar en los tres territorios. El Estado francés cuenta además con una serie de beneficios fiscales que reducen en la práctica el importe del copago.
- Aunque la cuestión de las condiciones laborales no ha podido ser analizada en detalle en este trabajo —debido, entre otras razones, a la dificultad para disponer de datos comparables—, puede decirse que en los tres territorios existen problemas importantes en lo que se refiere al reclutamiento, la cualificación, la dotación y las condiciones laborales del personal, que se traducen, entre otras consecuencias, en una conflictividad laboral elevada. Estas carencias en lo que se refiere a la formación, la dotación y las condiciones de trabajo de las personas profesionales tienen, además, una incidencia importante en la calidad de la atención y en la calidad de vida de las personas atendidas.
- En los tres territorios cabe hablar, por otra parte, de un sistema de atención muy determinado por los roles sociales de género, en la medida en que la mayor parte de las personas atendidas, de las personas cuidadoras y de las personas profesionales son mujeres.
- También cabe hablar, aunque esta cuestión apenas se ha analizado en el informe, del incremento en la edad media de las personas atendidas y de la concentración en los centros residenciales de personas con niveles de dependencia cada vez más severos.
- Finalmente, cabe destacar que los datos obtenidos en este trabajo permiten hablar de una cierta similitud en lo que se refiere a la proporción de personas atendidas en los tres territorios, con tasas de cobertura equiparables en la CAV, Navarra y el Departamento de Pirineos Atlánticos en lo que se refiere a los servicios de atención directa.

En sentido contrario, las principales diferencias identificadas¹ son las siguientes:

- Una de las principales diferencias se refiere al papel de las prestaciones económicas y, en ese sentido, a la idea de libertad de elección de los servicios y centros a los que las personas acuden.

¹ Aunque la mayor parte de las diferencias se dan entre el Estado francés y el español, también cabe hablar de diferencias importantes entre la CAV y la Comunidad Foral Navarra y, dentro de estas, entre los diferentes territorios, comarcas o municipios.

En ese sentido, siguiendo la tónica general en otros países de Europa —el caso alemán es al respecto paradigmático²— el modelo establecido en el Estado francés se basa en la concesión de una prestación económica mediante la cual las personas usuarias financian una parte del coste de los servicios que reciben. Teóricamente al menos, las personas receptoras de la prestación pueden acceder a centros o servicios de diversa titularidad —pública, privada mercantil o privada sin fin de lucro— en función de su preferencia y siempre, lógicamente, que exista una oferta suficiente de servicios en su territorio. En ese marco, los servicios de titularidad pública compiten con los de titularidad privada en un marco determinado por la oferta y la demanda. El modelo existente al sur de la *muga* es diferente: aunque se han ido extendiendo este tipo de prestaciones, es en general la Administración la que contrata o concierne los servicios, y la capacidad de elección de las personas usuarias se ve restringida por la relativa rigidez de los sistemas de acceso a los servicios.

- Otra de las diferencias relevantes entre los territorios pertenecientes al Estado español e Ipar Euskal Herria se refiere a la composición y la amplitud de la cartera de servicios disponibles. En ese sentido, tanto Navarra como la CAV disponen de catálogos y carteras muy amplias, con servicios y prestaciones de muy diverso tipo. En el Estado francés, la oferta es por el contrario menos exuberante, más limitada y en cierto sentido más genérica. Las personas acceden a un número determinado de servicios o prestaciones mediante la APA, pero la definición legal del catálogo de servicios es, por decirlo de alguna forma, más abierta que en las carteras de servicios de la CAV y de Navarra. En estos territorios, sin embargo, la detallada definición que en los textos legales se hace de los servicios teóricamente disponibles no garantiza su despliegue efectivo ni su disponibilidad —especialmente en lo que se refiere a los servicios de atención primaria— para el conjunto de las personas que pudieran requerirlos.
- En ese marco, el estudio realizado ha puesto de manifiesto que las coberturas de atención directa son relativamente similares en los tres territorios, y que en ambos la extensión de los centros

² Una de las principales características del modelo alemán de atención a la dependencia se refiere al papel que en el marco de este sistema se da a la competencia entre diferentes proveedores y a la capacidad de elección de las personas usuarias. En ese marco, las barreras de acceso de los operadores al mercado son mínimas y la apertura de centros o servicios de atención se permite siempre que se cumpla una serie de requisitos mínimos (estructurales, ratios y cualificaciones de personal, etc.). La capacidad de elección de los consumidores se pretende facilitar o garantizar mediante el impulso a la transparencia, lo que implica el énfasis en la realización obligatoria, con carácter anual, de visitas de inspección y la publicación de sus resultados en Internet. La lógica que subyace al sistema es la de que los centros estarán interesados en garantizar una buena calidad de la atención, en la medida en que ello se reflejará en sus calificaciones y, a su vez, en una mayor demanda por parte de posibles usuarios (Leturia, Zalakain, Mendieta y Carcavilla, 2019).

- residenciales y de los servicios de asistencia domiciliaria son parecidos (si bien, cabe pensar, la intensidad de la asistencia domiciliaria es mayor en el Departamento de Pirineos Atlánticos). La principal diferencia se debe en cualquier caso al papel que en los territorios peninsulares juegan la teleasistencia y, sobre todo, la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF). Aunque su extensión no es la misma en los cuatro territorios peninsulares, la PECEF, ausente en Ipar Euskal Herria, es la principal respuesta que el sistema de servicios sociales ofrece a las personas mayores en Navarra y en la CAV. La opción —tanto política como social— por una prestación destinada a compensar el cuidado informal frente a los servicios de atención directa profesional, tiene implicaciones decisivas en la configuración del sistema de atención a la dependencia en el conjunto del Estado español y también, lógicamente, en Navarra y en la CAV.
- La distribución competencial y la arquitectura institucional del sistema es muy diferente en los tres territorios analizados.
 - En Ipar Euskal Herria, el protagonismo corresponde claramente al Consejo Departamental, que ejerce el liderazgo en relación a la acción social, si bien el Estado y los ayuntamientos mantienen algunas competencias y funciones.
 - En Navarra, aunque los servicios sociales de atención primaria —y, dentro de ellos, los servicios de asistencia domiciliaria— corresponden a los ayuntamientos, es el Gobierno de Navarra el que tiene un mayor protagonismo, tanto desde el punto de vista de la regulación, la planificación y la financiación como desde el punto de vista de la prestación de los servicios sociales especializados.
 - El modelo más descentralizado y, por tanto, complejo es el correspondiente a la CAV. El Gobierno autonómico tiene encomendadas las competencias de regulación y de planificación —así como las correspondientes a la alta inspección—, mientras que los servicios de atención secundaria son prestados por las diputaciones forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa. Los ayuntamientos —independientemente de su tamaño— son responsables de articular una cartera de servicios sociales de atención primaria mucho más amplia que la correspondiente a los ayuntamientos de Ipar Euskal Herria e incluso de Navarra. En ese marco, el riesgo de fragmentación es alto, las diferencias territoriales son importantes y la gobernanza del sistema —encomendada a un órgano interinstitucional paritario— compleja.
 - En lo que se refiere a la coordinación entre los diversos agentes, como antes se ha señalado, en relación al menos con lo que ocurre en Euskadi y Navarra, el sistema de atención a la dependencia se caracteriza en Ipar Euskal Herria por el escaso impulso que desde la Administración se da al trabajo en red de los diversos agentes y el menor protagonismo de las dinámicas de participación y coordinación entre los agentes públicos y la sociedad civil.
 - La respuesta que se da a las necesidades sanitarias de las personas usuarias de los centros residenciales es también muy diferente. En ese sentido, el carácter medicalizado de los EHPAD contrasta con un modelo de atención sanitaria en las residencias escasamente articulado en la CAV y en Navarra.
 - Una de las principales diferencias identificadas en el estudio se refiere a la dotación del personal que existe en los servicios sociales del Departamento de Pirineos Atlánticos en relación con la dotación profesional en la CAV y en Navarra. Si bien las diferencias entre la CAV y Navarra son relativamente pequeñas —el empleo en el ámbito de los servicios sociales en la CAV representa el 3,9 % de la afiliación y en Navarra el 3,3 %—, las diferencias entre Ipar Euskal Herria y los territorios pertenecientes al Estado francés son muy notables, ya que las personas ocupadas en este sector representan el 9,2 % de todas las personas ocupadas, con 37 trabajadores/as por cada mil habitantes, frente a 17 en la CAV y 14 en Navarra. Las razones de estas diferencias no están claras y pueden deberse a una mayor dotación en otros ámbitos de la acción social en Ipar Euskal Herria, a unas ratios o intensidades de atención más elevadas o al papel que juegan, en Navarra y en la CAV, las personas que trabajan en el servicio doméstico a la hora de la provisión de cuidados a las personas dependientes.
 - Existen, finalmente, diferencias muy significativas en cuanto a la financiación de los servicios, especialmente entre los territorios de Ipar Euskal Herria y los que pertenecen al Estado español. Las diferencias son tres:
 - En el Estado francés, a diferencia de lo que ocurre en la CAV y en Navarra, la administración sanitaria financia de forma estructural una parte importante de los servicios residenciales.
 - El sistema de copago se articula en función de un sistema de triple tarificación; el coste relativo al funcionamiento de los centros se divide en tres categorías diferentes, con fuentes de financiación y formas de determinación de las tarifas también diferentes: la tarifa de dependencia cubre el coste de la atención a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia y de los apoyos necesarios para la realización de las actividades de la vida diaria y se abona fundamentalmente a través de la APA; la tarifa de alojamiento cubre los costes hoteleros y de manutención, así como otros costes relacionados con la limpieza y la lavandería, las actividades recreativas y de animación, la administración general del centro, etc. Esta

tarifa es íntegramente abonada por la persona usuaria, salvo que carezca de recursos económicos suficientes, en cuyo caso se accede a las prestaciones de asistencia social correspondiente; la tarifa sanitaria cubre los costes derivados de la atención sanitaria y es financiada por el seguro de salud.

- Una parte de los servicios de atención a la dependencia son financiados mediante una cotización específica que abonan las empresas. Esta cotización equivale al 0,3 % de la masa salarial y para su introducción se eliminó un día festivo en el calendario laboral³.

6. Retos y limitaciones

6.1. Retos y limitaciones de los modelos estatales

a. El caso español

Tras casi 15 años de Ley de Dependencia, la atención a los cuidados en España mantiene un sistema de gestión y provisión fragmentado entre Administraciones, con modelos de atención desconectados entre los servicios de atención en el entorno como el SAD o la atención residencial, con fuertes limitaciones para dotar de intensidad de cuidados suficientes a personas que por sus bajos ingresos no pueden optar a la complementariedad de recursos privados y el mantenimiento de un modelo de atención más asistencial que incluso con el entorno y las necesidades de la persona. La ley implicó la promoción de un modelo de cuidados de larga duración en España que apostó por avanzar hacia un sistema universal, sin revisar el modelo de gestión fragmentado y descentralizado existente, que se vio más acuciado por la falta de criterios claros en torno a las responsabilidades entre los distintos niveles de gestión (Aguilar-Hendrickson, 2020).

A estas inconsistencias en la definición del modelo se suman limitaciones en términos de inversión. España se encuentra lejos de los países del entorno, su inversión se sitúa por debajo de la media europea, y el modelo se ha caracterizado históricamente por priorizar la atención residencial de carácter privado y mercantil, a pesar de que la preferencia de la población mayor es la de residir en sus propios hogares y recibir atención a domicilio (Díaz Veiga y Sancho, 2013), y del potencial preventivo de estos cuidados contra la aparición de situaciones de dependencia.

Es por ello que el desarrollo del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) a partir de 2006 ha ido consolidando

un modelo de protección que mantiene, al menos en ciertas comunidades autónomas, características asistenciales. En ese contexto, los servicios de atención directa están en la práctica preferentemente orientados a personas dependientes con bajos ingresos, mientras que la población con ingresos medios y altos sigue recurriendo, en mayor medida, a la provisión privada. Esto último, fundamentalmente, por dos cuestiones: la preeminencia de las prestaciones económicas frente a servicios personales que ha caracterizado al sistema no ha hecho sino reforzar el papel de las familias en la atención de las personas dependientes —especialmente entre los hogares con menos ingresos—, dificultando los procesos de inclusión laboral femeninos; además, ha sido habitual la adquisición de cuidados en el mercado informal, generando un espacio socioeconómico —principalmente ocupado por población femenina extranjera— fuertemente caracterizado por la exclusión y la precariedad. Aunque la situación en las diferentes comunidades autónomas es muy distinta, la definición del copago —muy condicionada por la renta— también se relaciona con esta tendencia a la focalización en las personas con rentas más bajas y/o necesidades de atención muy intensas.

Con estas limitaciones propias del modelo de provisión de cuidados actual, se identifican algunos obstáculos que reducen su capacidad de atención. Distintos análisis que revisan el modelo de provisión público, residencial u otras necesidades vinculadas con la soledad, por ejemplo, coinciden en proponer un modelo de gestión más ágil que derive hacia un enfoque más conectado con el entorno o la comunidad, que promueva una acción preventiva más integrar y que intervenga desde el modelo de atención centrado en la persona (Martínez, Díaz-Veiga, Sancho y Rodríguez, 2014; Zalakain, 2017; Martínez-Virto y Hermoso, 2020).

En un sentido más específico, trabajos anteriores (SIIS, 2020) han puesto de manifiesto las siguientes limitaciones en el caso del sistema español de atención a la dependencia:

- 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 siguen siendo un tema de especial preocupación, ya que suponían antes del coronavirus cerca

³ En la CAV y en Navarra, por el contrario, los servicios de atención a la dependencia se financian mediante impuestos ordinarios, sin que —registrando ambos territorios niveles de presión fiscal comparativamente bajos— se haya planteado la necesidad de diseñar fuentes de financiación finalistas que contribuyan a la sostenibilidad de los servicios sociales.

- 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 en 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 o sin fin de lucro. De acuerdo a los datos del Imsero, 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.

Los análisis realizados en relación al sistema de cuidados de larga duración en España —y, más concretamente, en relación al modelo de atención residencial— han puesto también de manifiesto la necesidad de reflexionar sobre el modelo de atención y sobre los recursos que se le destinan. Es necesario en ese sentido replantearse el diseño y la organización de las residencias y tender hacia fórmulas más pequeñas, más hogareñas, más personalizadas y

mejor conectadas a la comunidad. Son necesarios más recursos —más profesionales, más formación, mejores salarios, etc.—, pero el mero incremento de los recursos tendrá escaso impacto si no se avanza paralelamente hacia nuevos modelos residenciales y de atención en la comunidad (Zalakain, 2020)⁴.

La epidemia de la covid-19 ha puesto finalmente de manifiesto, en el caso español, la necesidad de reflexionar sobre la medicalización de las residencias y sobre la coordinación entre los servicios sociales y los servicios de salud. Más allá del retraso en la aplicación de medidas de aislamiento, las dificultades para mantener las dotaciones de personal o las limitaciones en el acceso a pruebas diagnósticas y material de protección, una de las claves que explica el impacto de la covid-19 en las residencias se refiere a la atención sanitaria que sus usuarios reciben. La pandemia ha reavivado el debate sobre la muy desigual asistencia sanitaria que se presta en estos centros y sobre la necesidad de avanzar hacia una mayor integración sociosanitaria. Las residencias, en cualquier caso, no deben medicalizarse ni convertirse en hospitales de media estancia. Las residencias son —han de ser— lugares para vivir, el hogar de las personas que allí residen. Y es responsabilidad de la administración sanitaria ofrecer a estas personas, como al conjunto de la población, la atención que precisan, en el momento y en el lugar en el que la precisan.

b. El caso francés

El envejecimiento de la población francesa y el aumento de las situaciones de dependencia física y psíquica constituyen un fenómeno complejo que todas las proyecciones demográficas confirman. La sociedad francesa, como la mayoría de las sociedades occidentales, se verá afectada de forma duradera por esta situación. Se trata de un desafío médico, social y financiero que sigue estando muy subestimado y que sólo una política cuidadosamente preparada y construida puede ayudar a afrontar. La crisis sanitaria provocada por el coronavirus y las numerosas muertes en residencias han reforzado la convicción de que es necesario mejorar la atención a las personas mayores dependientes. En Francia, esta cuestión se plantea tanto más cuanto que se estima hoy en día que el 25 % de las personas de las generaciones del *baby boom* la tendrán que sufrir. En 2030, 21 millones de personas mayores de sesenta años vivirán en Francia, de las cuales tres millones perderán su autonomía, según las últimas proyecciones de la DREES y del INSEE (Larbi

⁴ La falta de recursos es patente, especialmente en algunas comunidades. Sin embargo, la principal carencia de los centros residenciales no tiene tanto que ver con los recursos sino con la orientación general del modelo. 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. El problema no se limita pues a mejorar las condiciones de la plantilla y las ratios, ni a revertir la privatización. Es el propio modelo el que debe ser revisado completamente.

y Roy, 2019), basadas en una definición amplia de la pérdida de autonomía.

En 2050, los mayores de sesenta años serán 25 millones, de los cuales cuatro millones perderán su autonomía; la población de sesenta años o más reside mayoritariamente en tres tipos de residencia: viviendas personales (población denominada “en hogares ordinarios”), hábitats intermedios, como residencias autónomas, y centros de acogida para personas mayores dependientes y asimiladas (residencias, unidades de cuidados de larga duración, establecimiento de alojamientos para personas mayores no EHPAD). La elección del lugar de residencia depende en gran medida del nivel de autonomía de la persona, pero también de las plazas disponibles en los establecimientos de acogida.

Los límites del modelo francés son de cinco órdenes: estructural, económico, estratégico formativo y operativo.

En el plano estructural, la falta de flexibilidad del sistema (en cuanto a la congruencia de sus mecanismos afectados por los límites de la descentralización) genera un déficit de transversalidad, de complementariedad en la perspectiva de acompañar la evolución de las situaciones (el paso del domicilio a la institución tropieza, por ejemplo, con la complejidad y la lentitud de los procedimientos).

En el plano financiero, el aumento del número de personas afectadas desborda los medios asignados, tanto desde el punto de vista de las disposiciones legales facilitadoras (con respecto a una consideración lo más cercana posible a las necesidades de las personas y de sus familias) como del número de profesionales asignados a su acompañamiento (algunos estudios señalan también el déficit de competencias relativas a determinadas problemáticas).

Desde el punto de vista estratégico, es difícil dar prioridad a un escenario director (capaz de dirigir las proyecciones para los próximos años). Se corre el riesgo de perpetuar un modelo que solo responde parcialmente a las necesidades emergentes. Las prácticas actuales de internamiento en instituciones de las personas de edad en situación de pérdida de autonomía supondrían duplicar el ritmo de apertura de plazas observado desde 2012, con el fin de acoger a 108.000 residentes suplementarios en residencias (establecimientos de alojamiento para personas mayores dependientes o EHPAD) entre 2019 y 2030, y a 211.000 más entre 2030 y 2050, que se añadirían a los 611.000 residentes en las plazas existentes.

Sin embargo, el hecho de favorecer la permanencia en el hogar y limitar las plazas en residencias, como promueven las políticas actuales, podría implicar el aplazamiento de una parte de los mayores hacia formas de hábitat intermedias entre las viviendas ordinarias y las residencias, como las residencias

autónomas. El número de residentes autónomos, que actualmente asciende a algo más de 100.000, debería entonces multiplicarse por 1,5-2,5 en 2030 con relación a hoy, según las hipótesis de evolución del número de plazas en residencias elegidas. Las residencias se concentrarían entonces en la acogida de los mayores más dependientes. En una hipótesis más optimista, en la que la esperanza de vida sin pérdida de autonomía aumentaría tantos años como la esperanza de vida global, el mantenimiento del ritmo de apertura de nuevas plazas en residencias observado desde 2012 bastaría para mantener las prácticas actuales de entrada en institución de las personas mayores en pérdida de autonomía entre 2020 y 2050.

En el plano de la formación profesional, los profesionales que trabajan con las personas de edad son hoy numerosos y abarcan todas las disciplinas: profesionales de la salud, trabajadores sociales, profesionales de la ayuda a domicilio y de la medicina social. En las prácticas profesionales de estos últimos, la prevención es a menudo el pariente pobre y alejado del núcleo de la profesión, a imagen del lugar que ocupa la prevención en el sistema de salud francés.

El funcionamiento compartimentado entre profesionales se explica también por sistemas de información poco compatibles y que apenas se comunican entre sí. Además de la dificultad de la competencia de varios agentes a escalas de acción diferentes, esta falta de comunicación entre los sistemas de información perjudica la dirección, la valorización de las buenas prácticas, la evaluación de las acciones de prevención y la coherencia. Por consiguiente, sería conveniente:

- Incluir en la formación inicial de los profesionales (profesionales de la salud, trabajadores sociales y profesionales de la ayuda a domicilio) módulos sobre la prevención de la pérdida de autonomía y la detección de las vulnerabilidades de la vejez.
- Desarrollar los módulos de formación continua transversales que favorezcan una cultura común, compartida y abierta entre todos los profesionales.

En el plano operativo:

- Una heterogeneidad en la coordinación de las financiaciones según los departamentos e interpretaciones variables de las modalidades de financiación de las acciones.
- Desde los frenos técnicos y reglamentarios a la utilización de los concursos pagados por la CNSA.
- Un riesgo de “dispersión” y de sustitución de las financiaciones identificado en ausencia de una verdadera visión compartida de las políticas de prevención.
- En algunos departamentos, los miembros han tropezado con dificultades para encontrar su lugar en el mecanismo, presidido por el Consejo Departamental.

6.2. Retos, limitaciones y potencialidades de los modelos territoriales

a. El caso de la región de Nueva Aquitania y de Ipar Euskal Herria

Nueva Aquitania era la región más envejecida de Francia en 2016. Para 2030, más de un tercio de la población tendría sesenta años o más. Como consecuencia del envejecimiento de la población, la región cuenta con 59.400 personas mayores dependientes. Sin embargo, la llegada de las generaciones de los *baby boomers* rejuvenecería a la población de mayores, lo que provocaría la casi estabilidad de la proporción de dependientes y la disminución de la de los más dependientes. Las mujeres, que viven más tiempo, se verían cada vez más afectadas, pero la diferencia entre mujeres y hombres se reduciría. En este contexto, aumentarían las necesidades de apoyo, tanto en el hogar como en instituciones. Los territorios se verían afectados de manera desigual y los mayores aumentos se registrarían en los departamentos costeros.

En primer lugar, el análisis, corroborado por el de la DREES, refleja a escala regional los límites señalados a escala nacional en los planos estructural, financiero y estratégico. Estos límites genéricos se precisan en función de los desafíos regionales:

- Limitaciones de los recursos humanos: las competencias iniciales de los profesionales varían mucho según los servicios, lo que da lugar a diferencias cualitativas significativas en cuanto a la consideración de las situaciones.
- Limitaciones ambientales: la inadecuación del entorno vital es uno de los límites de la atención a las personas de edad dependientes; esto se traduce en vivienda inadecuada, familias que no pueden o no quieren adaptarla, falta de recursos que impidan a veces adquirir suministros vinculados a la dependencia que no estén cubiertos por el plan de ayuda o los organismos de protección social/mutualidades, etc. Por otra parte, la malla territorial de la oferta de servicio es muy desigual en función de los departamentos y de la tensión ruralidad-urbanidad
- Las limitaciones de la creación de asociaciones y la coordinación: muy a menudo se tienen en cuenta las situaciones de dependencia en respuesta a los acontecimientos, en situaciones de emergencia, y a menudo no se preparan con suficiente antelación (salida del hospital, pero también entrada en EHPAD). La coordinación intra e interservicios no siempre es efectiva, sino que en ocasiones contribuye a la falta de legibilidad de la oferta de servicios y del acompañamiento.

Este estado de la situación pone de relieve algunas vías de reajuste. Se articulan en torno a los itinerarios de vida y de atención de las personas mayores dependientes, los medios de acción de los servicios, de coordinación y animación territorial

y la ayuda a los cuidadores. Los cambios son los siguientes:

- Apoyar los itinerarios de vida y de cuidados de las personas mayores dependientes:
 - Promover la evolución del dispositivo APA, en particular con un aumento de los planes de ayuda para la dependencia aguda.
 - Ampliar la oferta de atención en las zonas deficientes.
 - Ampliar los mecanismos de prevención de la degradación de las personas de edad.
- Adaptar los medios de acción de los servicios en términos de prácticas y de financiación para responder mejor a la dependencia:
 - Despliegue de recursos humanos suficientes para una mejor calidad del acompañamiento.
 - Despliegue de tiempo de apoyo a equipos más grandes para prevenir y limitar el desgaste profesional.
- Reforzar la coordinación y la animación territorial:
 - Promoviendo la difusión de herramientas de comunicación compartidas que permitan intercambios más eficaces.
 - Mediante la difusión de información clara, para aumentar la visibilidad acerca del conjunto de dispositivos e intervinientes, sus roles y limitaciones.
- Desarrollar la ayuda a los cuidadores:
 - Favoreciendo “fórmulas de alivio” (con ayudas financieras para acceder a ellas).
 - Promoviendo su acompañamiento directo.

Estos desafíos, limitaciones y perspectivas a escala nacional (estructural, financiera, estratégica, formativa y operativa) y regional (vinculadas a los límites en términos de recursos humanos, de toma en consideración y de estructuración del medio ambiente y de desarrollo de las asociaciones y de la coordinación) se encuentran también, en mayor o menor grado, a escala de Ipar Euskal Herria.

Así, las experiencias en los territorios de Ipar Euskal Herria plantean cuestiones en torno a:

- El lugar de la persona en su bienestar.
- Los mensajes de prevención accesibles a todos.
- Las acciones prioritarias en prevención.
- La oferta territorial de proximidad y la coordinación de los actores.
- La formación de los profesionales.
- La evaluación de las acciones y la mejora de los conocimientos.

En concreto, todos los territorios del País Vasco se ven afectados por el envejecimiento de la población y, en particular, las zonas rurales que ya parecen estar en tensión en términos de servicios, formas de acompañamiento y atención. El apoyo

a la dependencia de una población cada vez más numerosa es un reto territorial de primer orden.

Tres cuestiones cardinales subyacen a la configuración de los territorios de Ipar Euskal Herria:

- Reto 1. El envejecimiento de la población en Ipar Euskal Herria requiere un acompañamiento creciente de las personas dependientes, en particular para el mantenimiento en el domicilio. Este reto debe vincularse con el de la prevención de la pérdida de autonomía y la lucha contra el aislamiento. El apoyo a las personas mayores dependientes se ejerce:
 - Por la solidaridad familiar a través de la ayuda de familiares, ya sea por una solidaridad colectiva financiera (APA) o por la acogida en los EHPAD. El País Vasco interior (Baxe Nafarroa y Zuberoa) parece cubierto por las residencias, y dispone de alternativas como la acogida de día itinerante y la residencia autónoma. Sin embargo, en el departamento, las tasas de ocupación son actualmente de alrededor del 97%-98% para las residencias, alrededor del 95% para las residencias autonómicas y del 60%-70% para las recepciones diurnas (tasa variable según las recepciones diurnas).
 - Mediante el desarrollo de actividades adaptadas, las visitas, las comidas, los sistemas de alerta, la robótica, etc. Desde un punto de vista social y cultural, el envejecimiento se traducirá probablemente en cambios en las prácticas de consumo, en el ámbito del ocio y de las necesidades de servicio (salud, transportes, comunicación, etc.).
- Reto 2. El riesgo de agotamiento y aislamiento se relaciona con la dependencia en el hogar y el perfil de los cuidadores familiares. Han surgido algunas alternativas a través del desarrollo de consultas de ayuda a los cuidadores familiares o profesionales como puede proponer el Equipo Móvil de Orientación Geriátrica (EMOG) del Centro Hospitalario Costa Vasca, o de descanso: acogida de día, acogida familiar, alojamiento temporal, etc. Parece necesario reforzar las ayudas técnicas o las soluciones de descanso para los cuidadores. El domicilio parece ser el lugar de vida preferido de las personas de edad en comparación con las residencias. Sin embargo, vivir solo complica la posibilidad de permanencia en el hogar, sobre todo cuando se conjuga con la dependencia. En particular, se plantea la cuestión de la adaptación de la vivienda, la movilidad o la accesibilidad a los servicios.
- Reto 3. La profesionalización del sector de apoyo a las personas de edad avanzada que pueda responder al aumento de la población muy anciana que vive sola. Ya se ha iniciado un trabajo que debe reforzarse en torno al atractivo entre

los jóvenes de los oficios de acompañamiento de las personas de edad, con el fin de hacer frente a la tensión en los servicios a domicilio, con una demanda cada vez mayor y una carencia de personal para responder a ello.

En vista de lo que está en juego, habría que investigar sobre varias vías:

- La necesidad de apoyar los itinerarios de vida y de cuidados de las personas mayores dependientes para prevenir mejor los efectos negativos del envejecimiento en cada una de sus etapas. La prevención de la pérdida de autonomía debe contemplarse en un enfoque holístico que tenga en cuenta los aspectos sanitarios, sociales, medico-sociales y medioambientales, con un enfoque transversal que implique al conjunto de los agentes públicos. El enfoque de la prevención debe basarse en un modelo participativo que implique más a los beneficiarios. No culpar ni estigmatizar a la persona es un requisito previo.
- La urgencia de movilizar los medios de acción de los servicios en términos de prácticas y de financiación para responder mejor a los desafíos multidimensionales de la dependencia. Es necesario que los recursos sean tanto más cuantitativos como más eficientes. Para ser más atractivos, el sector y los oficios de la dependencia hacia las personas mayores deben hacerse más atractivos en términos de condiciones de trabajo y de formación continua.
- La necesidad de que la coordinación y la animación territorial se refuercen y se clarifiquen en términos de complementariedad y de alternativa.
- La urgencia de desarrollar y estructurar la ayuda a los cuidadores de manera que se justifique su implicación y se les ofrezca la posibilidad de descansar, sin que ello perjudique a las personas mayores dependientes para las que están contratadas, ni que esto les perjudique a ellas mismas.

b. El caso de la Comunidad Foral Navarra

El sistema público de servicios sociales y la atención a las situaciones de dependencia y cuidados en Navarra han vivido avances positivos en la última década, sobre todo en materia de reconocimiento de derechos y extensión de sus servicios. Las últimas reformas en la cartera y en la reorganización de la atención primaria en Navarra han implicado grandes esfuerzos que han contribuido a un mayor desarrollo del sistema.

En relación con las potencialidades, cabe señalar que Navarra tiene un marco legislativo fuerte y avanzado en materia de atención a la dependencia. Cuenta con una cobertura de servicios reseñable, ha demostrado agilidad en los procesos de reconocimiento

de las situaciones de dependencia y ha dado pasos importantes en la atención sociosanitaria, destacando la escala de valoración social de la dependencia, los pasos hacia la historia social única y la implementación de experiencias piloto de referencia. También presenta un nivel de gasto público elevado y amplios equipos de atención. Por último, cuenta con fuentes de datos disponibles que permiten medir el avance o retroceso del sistema. Estos avances conviven también con algunas limitaciones:

- Una estructura rígida e insuficiente: a pesar del incremento de financiación, las nuevas necesidades de cuidado y dependencia presentan unos recursos humanos y económicos insuficientes. No obstante, esta no es su principal limitación, pues es manifiesta la rigidez del propio sistema. Quedan barreras importantes por superar en materia de coordinación horizontal entre los sistemas sociales y sanitarios de atención a las personas. A pesar de buscar un modelo descentralizado flexible, su respuesta no ha sido tan ágil como cabía esperar, por lo que el modelo todavía experimenta dificultades para proveer atenciones más flexibles.
- La falta de adecuación del modelo a necesidades emergentes: la rigidez del sistema afecta a la adaptación y ajuste de la atención a medida que se detectan nuevos riesgos sociales. La disposición estructurada y formal impide acceder a necesidades localizadas, como los cuidados paliativos, de larga duración y aislamiento social que exigen mayor intensidad, flexibilidad y personalización en la atención. En el caso de la atención domiciliaria, cuyo recurso presenta una cobertura razonable, mantiene también algunas dificultades en intensidad y rigidez de horarios que pueden limitar la atención a personas con ausencia de redes, baja capacidad económica para complementar con otro recurso, o ausencia de otras formas de cuidado en algunas zonas rurales, donde la oferta de servicios es mucho más reducida.
- La escasa vinculación con el entorno comunitario: si bien el conjunto de servicios ofertados buscan en su filosofía cuidar en el entorno más cercano, presentan limitaciones en su articulación comunitaria. Pese a que muchos de los recursos como la atención diurna y la atención domiciliaria se ubican en el entorno de las personas en el hogar, su atención presenta en la práctica escasa vinculación entre el cuidado prestado y el entorno comunitario. En este sentido, resulta clave la incorporación de alianzas comunitarias que refuercen la relación con el medio (Pinzón *et al.*, 2016).
- Una atención preventiva limitada: a pesar de contar con algunos recursos de mantenimiento en el entorno, la capacidad de los servicios sociales para desarrollar estrategias de prevención y promoción de la autonomía es reducida y cuenta con un desarrollo más limitado. En la

propia cartera tan solo se reconocen mediante una línea de subvención a la participación de personas mayores, que ni siquiera está recogida como prestación garantizada. En el ámbito de la atención pública, destacan las “jubilotecas” como espacios de envejecimiento activo y participación, u otros del Tercer Sector como el espacio activo de Cruz Roja. No obstante, la mayoría de los recursos destinados se orientan más a la atención a la dependencia que a la promoción de la autonomía.

- La fragmentación administrativa y diversidad territorial: como se ha podido comprobar a lo largo de todo el texto, la fragmentación administrativa implica una gran complejidad en la atención desde el modelo de cuidados público. Si bien buena parte de los recursos son diseñados y financiados por los gobiernos regionales, las entidades locales tienen la capacidad de desarrollar otros como el SAD. Su resultado implica una fuerte diversidad de atención ya que pueden presentar diversos criterios de accesibilidad, oferta y precios. Teniendo en cuenta el conjunto de recursos y las diferentes necesidades de cuidados en algunas zonas territoriales, ello da lugar a algunas desigualdades entre la oferta y la demanda de cuidados, así como de otras necesidades vinculadas como el transporte en las zonas más aisladas.

c. El caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco

Muchos de los retos que se plantean en el caso de la CAV han sido ya planteados para Ipar Euskal Herria y la Comunidad Foral Navarra. En todo caso, resumidamente, los principales retos que tiene el sistema vasco de atención a las personas con dependencia son los siguientes⁵:

- La necesidad de impulsar la atención de las personas dependientes en el domicilio y de revertir la pirámide de atención, reforzando el cuidado profesional y apoyando al mismo tiempo el cuidado informal. Como en otros territorios, el modelo de atención a las personas mayores dependientes está en Euskadi todavía excesivamente basado en el apoyo residencial e institucional. El apoyo que reciben las personas que residen en sus domicilios está todavía insuficientemente desarrollado, tanto desde el punto de vista de la cobertura como de la intensidad. Reforzar el apoyo en el domicilio requiere establecer programas reforzados de gestión de casos que permitan coordinar el conjunto de los servicios sociales y sanitarios que reciben las personas en su domicilio, y, sobre todo, flexibilizar, diversificar, enriquecer e intensificar los servicios de asistencia domiciliaria

⁵ Algunas de estas orientaciones coinciden, en lo esencial, con las que se plantean en el borrador de la evaluación del I Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAV, que apuesta por invertir la pirámide de atención, impulsando la atención, primaria y secundaria, en la comunidad; promover un nuevo equilibrio entre el cuidado institucional y familiar, en favor del primero; y transformar el modelo de centros residenciales y servicios de alojamiento.

y facilitar el acceso a las adaptaciones domésticas y las ayudas técnicas que permitan hacer de la vivienda ordinaria el centro de la atención social.

- En ese marco, uno de los retos del sistema vasco de servicios sociales se refiere a la mejora de los servicios prestados a las personas cuidadoras. En ese sentido, se han dado pasos importantes para la elaboración de una estrategia sociosanitaria, de carácter integral, de apoyo a las personas cuidadoras, que sin duda contribuirá a la mejora de los servicios que se ofrecen a las personas que prestan cuidados.
- Es también necesario, como se señala en el borrador de la evaluación del I Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAV, impulsar iniciativas de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia, así como acelerar el proceso de transformación digital en la provisión de servicios.
- En lo que se refiere al acceso a los servicios, es necesario reflexionar en Euskadi sobre el papel de las prestaciones económicas que permiten acceder a servicios de titularidad privada, como la prestación económica de asistencia personal (PEAP) o la prestación económica vinculada al servicio (PEVS), como ocurre en Francia⁶. Si bien la normativa vigente en la CAV plantea de forma muy restrictiva estas prestaciones, y si bien el recurso a este tipo de cheques-servicio puede contribuir a debilitar el concepto de responsabilidad pública, no debe dejar de tenerse en cuenta que el acceso a los servicios sociales mediante prestaciones económicas se ha ido extendiendo en Europa, entre otras razones, debido a que permiten una mayor autonomía, control y capacidad de elección a las personas usuarias. Hay ámbitos en Euskadi —como el de la atención domiciliaria— que probablemente funcionarían mejor si se fomentara una mayor diversificación de las empresas proveedoras y la posibilidad de que sean las personas usuarias, y no la Administración, quien contrate y defina la prestación del servicio. Este cambio exigiría, sin embargo, que las Administraciones reforzaran sus capacidades en cuanto a información y orientación a los usuarios, así como en cuanto a supervisión y evaluación de la atención, y requeriría en cualquier caso una primera aproximación experimental.
- Otro de los retos del modelo vasco de servicios sociales —aunque no sea exclusivo de los servicios sociales de la CAV— se refiere al impulso de un nuevo modelo de atención a la dependencia más personalizado y más flexible, más comunitario y mejor adaptado a las necesidades y a las expectativas de las personas usuarias. Este cambio de modelo pasa por una progresiva adaptación arquitectónica y ambiental de los centros residenciales, el impulso de las fórmulas

de alojamiento alternativo (apartamentos tutelados y viviendas comunitarias), la adaptación de las ratios y perfiles de atención, y el impulso de metodologías de intervención que verdaderamente pongan en el centro la autonomía de las personas usuarias. La próxima revisión del decreto que regula las condiciones de los centros residenciales para personas mayores permitirá sin duda avanzar en esa línea.

- Los datos que se han recogido en este informe ponen de manifiesto en qué medida el personal ocupado en el ámbito de los servicios sociales y, más concretamente, el personal ocupado en el ámbito de los servicios sociales de atención a la dependencia, no ha dejado de crecer en la CAV en los últimos años. Los datos recogidos también ponen de manifiesto, sin embargo, que la tasa de ocupación en el sector podría ser mayor si se acercara a la que se registra en Ipar Euskal Herria y en la mayor parte de los países de Europa, y que existe por tanto un potencial importante de creación de empleo en el sector.

Por otro lado, es importante tomar medidas relacionadas con la mejora de las condiciones laborales en el sector de los cuidados, teniendo en cuenta la diversidad de situaciones existentes en función del territorio histórico, la titularidad de los centros o los perfiles profesionales. Efectivamente, si algo caracteriza las condiciones laborales en el sector de los cuidados, es la desigualdad entre un sector de trabajadores/as con condiciones laborales razonablemente buenas y otro sector de trabajadores/as que trabajan en condiciones laborales muy precarias. Si bien no puede olvidarse que las condiciones laborales en el sector de los servicios sociales son en la CAV mucho mejores que las que se registran en otras comunidades autónomas, y que la mejora de sus remuneraciones ha sido superior a la que se ha registrado para el conjunto de la economía, es evidente que la adecuación de las condiciones laborales —tanto en lo que se refiere a la remuneración como en lo que se refiere a las posibilidades de formación, la supervisión profesional y la prevención de los riesgos laborales— es una de las asignaturas pendientes de los servicios sociales vascos. En ese contexto, la atención debería ponerse en los sectores más desprotegidos, como el de las mujeres —a menudo extranjeras— que trabajan como internas en los domicilios de las personas que atienden.

- La cuestión de las condiciones laborales está estrechamente relacionada con la sostenibilidad económica del sistema y, por tanto, con los costes de los servicios y con su financiación. En lo que se refiere al gasto destinado a los servicios vinculados al envejecimiento, sería conveniente combinar la mejora de las coberturas con la mejora de las ratios de atención y la mejora de las condiciones laborales. Es necesario crear más plazas, atender mejor a las personas ya atendidas y remunerar mejor a las personas profesionales, sabiendo en cualquier caso que los tres objetivos

⁶ También Navarra ha desarrollado una prestación de este tipo para el acceso a los servicios de asistencia domiciliaria.

pueden no ser igualmente prioritarios —dependiendo de la situación en cada territorio— y que avanzar de forma muy decidida en un sentido puede impedir avanzar suficientemente en otro, salvo que la disponibilidad presupuestaria sea ilimitada.

Desde el punto de vista de la financiación de los servicios de atención a la dependencia, la experiencia francesa podría resultar de interés en la CAV: en primer lugar, sería conveniente reflexionar sobre la posibilidad de establecer sistemas de financiación finalistas, como cotizaciones o impuestos específicos, tal y como se hizo en su momento en el Estado francés⁷; en segundo lugar, es imprescindible consolidar, clarificar y reforzar la participación financiera de otros sistemas —especialmente el de salud— en la financiación de los servicios sociales y, específicamente, de los servicios residenciales; finalmente, sería conveniente revisar el sistema de participación económica de las personas usuarias, tendiendo —como establece la Ley de Dependencia y aprovechando la experiencia francesa— hacia modelos de triple tarificación, que diferencie el tratamiento de los gastos hoteleros y de los gastos derivados de la atención a la dependencia. Es posible que un cambio de esas características no implique una reducción de las tasas medias de copago en Euskadi, pero traería consigo sin duda una mayor transparencia y una mayor racionalidad en la financiación de los servicios residenciales.

- Probablemente, el principal reto de los servicios sociales vascos se relaciona con su ordenación territorial y su arquitectura institucional. Como se ha explicado previamente, las competencias respecto a la regulación, la planificación, la financiación y la gestión de los servicios sociales están repartidas entre el Gobierno Vasco, las diputaciones y los ayuntamientos, a los que se ha encomendado —independientemente de su tamaño— la provisión de una serie de servicios esenciales en el marco de un modelo comunitario y preventivo de servicios sociales. Este modelo descentralizado y desconcentrado responde a la trayectoria histórica de los servicios sociales y permite seguramente una buena adaptación a las características de cada territorio; genera también sin embargo problemas importantes, relacionados con la fragmentación de los agentes, las desigualdades de la ciudadanía en el acceso a los derechos sociales, el excesivo peso de la autonomía local y foral sobre el funcionamiento del sistema, las dificultades para el liderazgo o los obstáculos a la continuidad de la atención (Arrieta, 2019).

⁷ En ese marco, como ya se ha señalado en otros trabajos de sobre el bienestar social en Euskal Herria, sería conveniente reflexionar sobre la posibilidad de afectar una parte de la recaudación del impuesto de sucesiones y donaciones a los gastos en envejecimiento, en la medida en que permitiría una mutualización mucho más amplia del riesgo de dependencia (Zalakain, 2019).

Para hacer frente a esas dificultades —además de reforzar de las herramientas comunes que prevé la Ley de Servicios Sociales⁸ y sin necesidad de modificarla— sería conveniente avanzar hacia el refuerzo de estructuras comarcales de servicios sociales, que, como ocurre con las organizaciones sanitarias integradas en el caso de la salud, asumieran de forma conjunta la prestación de servicios de atención primaria y secundaria. En ese sentido, podría ser aconsejable tender hacia una cierta difuminación de esos dos niveles de atención y, sobre todo, hacia una atribución más flexible de las responsabilidades sobre cada tipo de servicio a cada administración, en función de las características específicas de cada territorio y mediante herramientas que en la actualidad ya existen, como los consorcios interadministrativos de servicios.

- El reto del espacio sociosanitario. La pandemia de la covid-19 ha puesto de manifiesto, por otra parte, en qué medida es necesario articular mejor en Euskadi el espacio de coordinación sociosanitaria. En ese contexto, además de avanzar en los proyectos pendientes relacionados con la coordinación sociosanitaria, sería conveniente clarificar y mejorar la atención sanitaria que se presta a las personas usuarias de los centros residenciales para personas mayores, sobre la base de que corresponde al sistema de salud prestar una atención sanitaria de calidad a toda la ciudadanía, preferentemente desde los servicios de salud de nivel primario, independientemente de su lugar de residencia.
- El reto de la investigación, la evaluación y la garantía de la calidad. Como ya se ha señalado en otros documentos realizados en el marco de reflexión abierto por Eusko Ikaskuntza (Zalakain, 2019), dada la importancia que ha adquirido en los últimos años el sistema de servicios sociales, resulta necesario avanzar en el desarrollo de iniciativas orientadas a la innovación y la gestión del conocimiento en este ámbito. Frente al desarrollo técnico y profesional que han alcanzado otras ramas de las políticas sociales, como la educación o la salud, el sector de los servicios sociales carece aún de una estructura suficientemente articulada para la gestión del conocimiento y el impulso de la innovación. Desde ese punto de vista, es necesario articular en el ámbito de los servicios sociales centros e iniciativas solventes de I+D+i orientadas a identificar las necesidades sociales, garantizar la calidad de la atención, mejorar la formación de los y las profesionales, impulsar la práctica basada en la evidencia y evaluar el impacto de las políticas que se desarrollan en este ámbito.

⁸ Cabe hacer referencia en ese sentido al Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales, la Alta Inspección de Servicios Sociales, el Observatorio y el Sistema de Información de Servicios Sociales, el Consejo Vasco de Servicios Sociales o los propios equipos técnicos del departamento.

- AGUILAR-HENDRICKSON, M. (2020): “Long-term care in Spain: A reform failure or the regulation of a development path?”, *International Journal of Sociology and Social Policy*, págs. 1-17.
- (2014) *Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España*, Madrid, Foessa.
- ARARTEKO (2016): *La situación de los servicios sociales municipales en la Comunidad Autónoma Vasca. Situación actual y propuestas de mejora*, serie Informes Extraordinarios, Vitoria-Gasteiz, Ararteko.
- ARRIETA, F. (2019): *El archipiélago del bienestar. Los servicios sociales en el País Vasco*, serie Investigación y Debate, nº 268, Madrid, Los Libros de la Catarata.
- DÍAZ-VEIGA, P. y SANCHO, M. (2013): “Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 48, nº 3, págs. 101-102.
- LARBI, K. y ROY, D. (2019): “4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050”, *Insee Première*, nº 1.767.
- LETURIA, M.; MENDIETA, A.; CARCAVILLA, A. y ZALAKAIN, J. (2019): *Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia. Revisión internacional*. Montevideo, Sistema Nacional Integrado de Cuidados.
- MARTÍNEZ, T.; DÍAZ-VEIGA, P.; SANCHO, M. y RODRÍGUEZ, P. (2014): *Modelo de Atención Centrada en la Persona. Cuadernos prácticos*, Vitoria, Departamento de Empleo y Políticas Sociales, Gobierno Vasco.
- MARTÍNEZ-VIRTO, L. y HERMOSO HUMBERT, A. (en prensa): “Hacia un modelo público de cuidados en la comunidad”, *Revista Española de Sociología*.
- MARTÍNEZ VIRTO, L.; SÁNCHEZ SALMERÓN, V. (2019): “Regional inclusion policies in Spain: New approaches and keys to their effectiveness”, *Investigaciones Regionales - Journal of Regional Research*, nº 44, págs. 17-28.
- OBSERVATOIRE NATIONALE DU DOMICILE (2018): *Tarif APA. Étude des réalités départementales*, Fédération Française des Services à la Personne et de Proximité.
- OBSERVATORIO DE LA REALIDAD SOCIAL (2020): *III Informe sobre la dependencia en Navarra 2019*, serie Informes Anuales del Observatorio, Pamplona, Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2020): “Algunas pistas para la mejora del sistema de atención a la dependencia en España”, *Zerbitzuan*, nº 72, págs. 77-90, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147-72-06>>.
- ZALAKAIN, J. (2019): “Desigualdad, exclusión y cuidados en los territorios de Euskal Herria: retos, fortalezas, consensos, disensos y posibilidades de avance”, en VV.AA., *XVIII Congreso de Estudios Vascos El futuro que nos (re)une: Congreso del Centenario*, Donostia-San Sebastián, Eusko Ikaskuntza-Sociedad de Estudios Vascos, págs. 465-480.
- (2017): “Atención a la dependencia en la UE: modelos, tendencias y retos”, *Revista Derecho Social y Empresa*, nº 8, págs. 19-39.

Análisis de la práctica en transformación y sus efectos en los profesionales: estudio cualitativo en el programa Primer la Llar en Barcelona (Housing First)¹

Susana Batle Cladera

Universitat de Barcelona
sbatlecl7@alumnes.ub.edu

Marta Llobet Estany

Universitat de Barcelona
mllobet@ub.edu

Joan Uribe Vilarrodona

Universitat de Barcelona
joan.uribe@ub.edu

Jezabel Cartoixà García

Universitat de Barcelona
jcartoga7@alumnes.ub.edu

Artikulu honen asmoa Primer la Llar programako hiru talderen praktikaren eraldaketa-prozesua deskribatu nahi da. Housing First filosofia aintzat hartzen duen lehen programa pilotua da (2015-2018), Espainiako Estatuko Administrazio Publiko batek abiarazi duena. Bartzelonako Udala izan da ezaugarri horiek dituen programa baten antolaketa- eta teknika-lidergoa bere gain hartu izandako lehenengo toki-administrazioa. Arreta-ereduaren aldaketa dokumentatzeko, metodo narratiboetan kokatutako luzetarako ikerketa erabili da. Taldeko eta banakako elkarrizketak erabiliz, narratiba-praktika jakinduria-iturri gisa landu da. Emaitzak hiru mementoren arabera aurkezten dira, eta praktikaren dimentsio indibiduala eta kolektiboa aztergai hartu. Gobernantzak eta praktikak bi norabidetan dute eragina. Artikulu honek erabaki desberdinek lagun egite profesionalaren eragin- eta eraldatze-maila ikusarazi egiten du.

GAKO-HITZAK:

Praktika-analisisa, praktika profesionala, praktika-narratiba, lagun egitea, Housing First, etxegabetasuna.

El presente artículo pretende describir el proceso de transformación de la práctica de tres equipos del programa Primer la Llar. Se trata del primer programa piloto (2015-2018) con filosofía Housing First lanzado por una Administración Pública en el Estado español. El Ayuntamiento de Barcelona se convierte en la primera Administración local que asume el liderazgo organizativo y técnico de un programa con estas características. Para documentar el cambio de modelo de atención se ha utilizado una investigación longitudinal enmarcada en los métodos narrativos. A través de entrevistas grupales e individuales se ha trabajado en el relato de práctica como fuente de sabiduría. Los resultados se presentan en relación con tres momentos y exploran la dimensión individual y colectiva de la práctica. La gobernanza y la práctica están influenciadas bidireccionalmente. Este artículo visibiliza los niveles a través de los cuales las diferentes decisiones afectan al acompañamiento profesional y guían su transformación.

PALABRAS CLAVE:

Análisis de la práctica, práctica profesional, relato de práctica, acompañamiento, Housing First, sinhogarismo.

¹ Esta investigación ha sido encargada y financiada por el Ayuntamiento de Barcelona. Agradecemos a los profesionales de los equipos, así como a los coordinadores y responsables organizativos, la posibilidad de realizar esta investigación.

1. Contextualización de la investigación

La práctica profesional es un tema de candente actualidad. Ante cuestiones como ¿qué hacen los profesionales del ámbito social?, ¿de qué manera se responde a determinadas situaciones?, ¿por qué se toman determinadas opciones y no otras?, a menudo se responde con descripciones retóricas y poco concretas, que no permiten evaluar los efectos que producen las prácticas. Esta respuesta nos señala la falta de reflexión y autocritica respecto a nuestra acción profesional. No existe una definición unificada, aunque tampoco debería existir como tal, pues la singularidad es una de las claves para poder adaptarse a las personas que acuden al servicio o al encuentro del profesional. En cualquier caso, es inquietante reconocer que nuestra mirada se centra más en los sujetos atendidos que en nuestro quehacer.

En el siguiente artículo se presentan los resultados de un estudio longitudinal que ha durado tres años, centrado en el análisis de la práctica profesional de los equipos del programa piloto Primer la Llar (2015-2018). Es un programa lanzado por el Ayuntamiento de Barcelona y basado en la filosofía Housing First. La administración realiza el encargo de una evaluación cuantitativa y otra cualitativa. La cualitativa ahonda en dos elementos de completa actualidad. Los efectos que produce el modelo Housing First en los y las participantes y el análisis de la práctica. Este artículo se centra en este segundo análisis, con el objetivo de conocer el proceso de transformación de la práctica entre dos modelos de atención.

Tabla 1. Investigaciones asociadas al programa piloto Primer la Llar

Cualitativa		
Cuantitativa	Los efectos del programa sobre el proceso de recuperación de los participantes.	Análisis de la práctica profesional en proceso de transformación entre dos modelos de atención.

Fuente: Elaboración propia.

Los profesionales de Primer la Llar deben atender desde el modelo Housing First pero no disponen de pautas claras, de referentes cercanos o bibliografía específica. Se encuentran a caballo entre dos modelos. Del anterior modelo escalonado —“continuum of care” o Treatment First— tienen la experiencia de lo que hicieron, pero la literatura publicada o las investigaciones sobre su funcionamiento es prácticamente inexistente (Padgett, 2012). Tras un análisis más bien empírico se entiende que la metodología de trabajo es conductual y su filosofía parte de una premisa meritocrática (Sahlin, 2005). El auge de la atención puesta en el modelo Housing First ha brindado la oportunidad de investigar en el ámbito del sinhogarismo, con el fin de poder ofrecer una atención cada vez más digna y profesionalizada.

Las investigaciones centradas en el fenómeno del sinhogarismo están, en su mayoría, basadas

en programas Housing First. Su llegada a Europa, la creación de la Feantsa (1989) y algunas investigaciones pioneras en nuestro país (Cabrera, 1998; 2000), pusieron en entredicho el silencio reinante. En palabras de Llobet y Aguilar: “La literatura escrita sobre el modelo es extensa, pero hay muy poca información sobre la intervención y la práctica asociada al modelo” (2016: 26).

Aportamos aquí un ingrediente novedoso, pues la práctica profesional se empieza a analizar recientemente en el ámbito social. Existen antecedentes en el campo de la educación, donde cuenta con varias décadas de trayectoria y ha demostrado sus beneficios en la progresión de la acción, en la investigación de los procesos y en la profesionalización (Barbier, 2004). Las prácticas como unidad de análisis en el sinhogarismo aparecen en el último lustro (Andvig, Sælør y Ogundipe, 2018; Barrenger, Stanhope y Atterbury, 2017; Buxant, 2018; Devine y Bergin, 2020; Fenwick *et al.*, 2019; HomelessLink, 2017; Lo Sardo, 2016; Rosa, 2019; Sacco, 2020; Samhsa, 2010; Stanhope, 2012; Váně, 2020; Anderson-Baron y Collins, 2018; Hasford *et al.*, 2019; Watson *et al.*, 2018) evidenciando su papel principal en la transformación de los servicios de atención.

Esta investigación, basada en métodos narrativos, mencionará al modelo anterior a pesar de estar únicamente centrada en el entrante. Esto se debe a que los profesionales utilizan la comparación entre ambos para diferenciar lo que hacían de lo que hacen, ratificando los cambios producidos en sus formas de hacer, pensar e identificarse (Lafortune, 2009). Analizar la práctica es sinónimo de querer mejorar y dejarse atravesar, como veremos más adelante, tanto en el ámbito personal como profesional (Alföldi, 2017).

2. Marco teórico

2.1 ¿Qué es la práctica?

La práctica puede definirse como el ejercicio voluntario de una acción que modifica el entorno al poner en diálogo competencias y experiencias (Alföldi, 2017). Barbier (2011) aborda la cuestión desde su verbalización y afirma que la práctica profesional es aquello que los profesionales dicen que hacen. Relatar la acción es muy útil porque clarifica lo que hacemos, ayuda a descartar lo que no hacemos y también a consensuar con el resto de las personas implicadas lo que queremos hacer. Es un despliegue de saberes técnicos, académicos y/o experienciales en un contexto concreto.

La acción de los profesionales en el ámbito social está siempre en relación con la persona a la que se informa, atiende, acompaña o, en el peor de los casos, sobre la que se interviene. Es un hacer en relación que implica intersubjetividad (Barbier, 2011). Esta necesidad de pensar la práctica respecto a un

vínculo influirá, como veremos posteriormente, en la relación establecida entre las partes.

Para Barbier (1999), la práctica puede ser entendida como una intención puesta en práctica, como un algoritmo de operaciones para conseguir un resultado, como una habituación o como una transformación de una realidad a otra. Desde aquí encontramos diferentes disciplinas desde las que se ha abordado la práctica como la educación con el *razonamiento inconsciente* (Perrenoud, 2012), la psicología con los esquemas de acción o estructuras cognitivas (Piaget, 2000), la sociología desde el *habitus* o estructuras estructurantes (Bourdieu, 2007; San Martín y Quilaqueo, 2012), la práctica situada (García-Molina y Saéz, 2011; Garneau y Namian, 2017; Gherardi, 2008; Goffman, 1991); un producto elaborado por subjetividades en interacción (Blumer, 1982; Pessin, 2004; Stanhope, 2012) o como un elemento artesanal moldeado lentamente a través del paso del tiempo y la autocrítica (Navarro, 2017; Sennett, 2009). También desde la antropología como estrategia ante la improvisación en interacción (Laborde, 1999), o como corporal al encarnarse en un agente (Esteban, 2004).

En nuestro caso, tomamos la noción de práctica como la actividad de un profesional que busca hacer efectiva la transformación hacia el nuevo modelo de atención. La filosofía Housing First indica ocho principios y la experiencia recogida en la literatura nos habla, *grosso modo*, sobre fidelidad, éxitos y el derecho a la vivienda. Ahora bien, todo esto ¿cómo se consigue? ¿Qué fórmula mágica hay que accionar para que las personas disfruten del autogobierno de su vida?

El trabajo homogéneo, con maneras de hacer estancas, prefijadas estaría ligado a un trabajo por habituación (Barbier, 1999). Por lo tanto, para trabajar por la transformación hay que empezar por reconocer la incomodidad, “ese espacio fronterizo,

inestable, sujeto a negociaciones y estructurado por los modos en que se construye hegemonía y valor” (Danel, 2020: 8). Ceder a la incertidumbre y esperar, desde un amplio abanico de posibilidades, a que surjan nuevas realidades, comunicaciones, relaciones (De Robertis, 2013). Visibilizar las cuotas de poder que ostenta un profesional por el simple hecho de serlo y cómo estas aumentan a medida que aumenta la vulnerabilidad del otro, es otro ejercicio de transformación de la práctica. Ser consciente de esta jerarquía social da la oportunidad de reflexionar acerca de ello, de repensarse en relación y transformar ese espacio/tiempo de privilegio. Tiempo y espacio, dos dimensiones que marcan una diferencia esencial entre ambos modelos de atención (Batle *et al.*, 2020).

Con la profesionalización y la consolidación del saber-experto se ha expropiado “a la población la posibilidad de definir su propia problemática y ser ella misma la protagonista de sus propias soluciones” (Ávila *et al.*, 2019: 134). Para devolverles esta capacidad y considerarlas expertas en sí mismas es necesario hablar de la práctica dialógica o *praxis* en sentido Freiriano (2005). Si los individuos pueden nombrar su mundo tienen la posibilidad de transformarlo. Para ello se necesita confianza, horizontalidad, esperanza, transparencia, humanización, una relación ética alejada de la conquista y altas dosis de paciencia e incomodidad (Freire, 2005; Meirieu, 1998).

2.2 Análisis de práctica

Analizar la práctica sirve para comprender el porqué y el cómo. Es hacerse responsable del acto profesional a través de la reflexión conjunta y del repaso de las acciones pasadas (Guigue, 2002; Vergnaud, 1996). En este proceso, los equipos de trabajo realizan una toma de conciencia de hábitos, motivaciones, creencias y usos del lenguaje y del cuerpo. El profesional se

Figura 1. Transformación de la práctica colectiva e individual



Fuente: Elaboración propia.

contextualiza en una historia y busca, de alguna manera, salir de ahí, presentarse en su realidad de forma diferente. Se cuestiona sobre el origen y los límites. Cuestiones que a menudo permanecen ocultas en el inconsciente. Visibilizarlas, y especialmente compartirlas, activa procesos de agenciamiento.

La necesidad de iniciar este análisis puede ser propia del equipo, del proyecto o una demanda de la entidad. En este último caso suele tratarse de una evaluación de la práctica, algo con lo que conviene no confundirse (Barbier, 1993; 1999).

Un dispositivo de análisis de práctica es un espacio de trabajo colectivo en el que se reúnen diversos profesionales y comparten sus experiencias. Realizan un trabajo reflexivo tanto individual como grupal que permite identificar y tomar consciencia de cómo perciben e interpretan situaciones además de ir entretejiendo el rol que desempeñan. Son procesos organizados en base a una metodología concreta —observación, escenificación, discursividad o escritura—. Emerge un trabajo colaborativo a través de las preguntas, hipótesis y recuerdos que deviene formativo, a pesar de no ser su intención principal. Estos intercambios generan saber-hacer, acumulando experiencias sobre las que basar nuevas acciones, una especie de *mémoire professionnelle* (Marcel *et al.*, 2002).

Entre los intereses del dispositivo podemos destacar la identificación de tendencias ideológicas. Los sistemas de valores que operan en los equipos de atención suelen darse por sentados. Sostienen una distribución de poderes concreta basada en el hábito del “siempre se ha hecho así”. A través de la reflexividad sobre y durante la práctica pueden visibilizarse y cuestionarse estas derivas. Descentralizar ciertas verdades abre nuevas posibilidades epistemológicas que cuesta sostener. La transformación de la práctica requiere una exposición emocional importante que puede llegar a sobrepasar a los profesionales. Algunos estudios realizados con personas que sufren una fuerte vulnerabilidad muestran cómo los profesionales tienen más posibilidad de sufrir trauma secundario o *burnout* (Rogers, George y Roberts, 2020). Si a esto le sumamos la asunción del uso del poder ejercida con antelación aparece la necesidad de acompañar a los profesionales a través de formación y espacios de cuidados, tanto formales como informales (Cosentino *et al.*, 2020; Lenzi *et al.*, 2020).

Reflexionar *sobre* las acciones pasadas y reflexionar *en* el momento en que se realizan (Schön, 1998) implica reconocer la experiencia. La práctica reflexionada se presupone a personas críticas y autónomas que se guían a través de sus principios y valores (Eisner, 1998). Esta experiencia en entornos laborales de interrelación permite conocer otras formas de adquisición de saber y competencias, entiende a cada individuo como un universo de experiencia y pone en valor a la persona como generadora de recursos propios para su aplicación (Delory-Momberger, 2014). La experiencia conjugada

con la práctica profesional configura la identidad del reconocerse y ser reconocidos (Ricoeur, 1990).

Detrás de la atención social siempre hay un equipo. Es por eso por lo que hablamos de compartir y reflexionar conjuntamente. Esta reflexión sobre la acción es formativa y produce identidad (Barbier, 1999), fortaleciendo las habilidades específicas requeridas, aumentando el nivel de especialización, facilitando aclaraciones sobre límites y desafíos y finalmente desarrollando capacidades para comprender y adaptarse a las demás —tanto personas atendidas como otros profesionales— (Fablet, 2004).

Elegir el camino de la práctica reflexionada no es fácil, requiere un compromiso personal y laboral honesto, flexible y creativo. Muchas veces artesanal (Navarro, 2015). Requiere deseo, sed de aprendizaje y trabajo. Hay que prepararse para asumir y reconocer errores, sentirse cuestionado y mantener las ganas de seguir mejorando (Alföldi, 2017).

2.3. Relato de práctica

El relato de práctica se enmarca en la fenomenología, forma parte del método biográfico o narrativo y está enraizado en la conversación, la documentación y la observación participante. Busca ahondar en la experiencia a través del repaso de hechos pasados y las vivencias experimentadas por los profesionales (Bertaux, 1976). Si el relato de vida se centra en la trayectoria vital de una persona y en documentos producidos por ella, el relato de práctica es un método para conocer lógicas concretas. Tiene la intención de mejorar las habilidades de un equipo y combatir las tendencias al etnocentrismo o corporativismo (Grimaud, 2003).

La capacidad de un equipo para identificar, reconocer y repasar los eventos pasados, las dinámicas y las decisiones, es el principal facilitador de la técnica para promover la transformación y hacer emerger los significados que los profesionales dan a acciones, situaciones, relaciones y acontecimientos. La función narrativa de este método está íntimamente ligada con la producción identitaria del grupo (Ricoeur, 2004). Es por eso por lo que iniciar este trabajo de transformación, compartiendo información, sincerándose y mostrando también partes íntimas de cada miembro ayuda a verse reflejado en el otro y consolida a los equipos en el viaje de la indagación y experimentación de nuevas maneras de hacer. Así pues, la búsqueda del equilibrio entre lo que el profesional sabe y lo que se hace conjuntamente sirve para que puedan “justificar sus pretensiones y respaldar sus juicios” (Santibáñez, 2012: 32).

3. Metodología

Esta investigación cualitativa y longitudinal ha durado tres años y se enmarca en los métodos narrativos, pues pretende generar conocimiento a

partir de experiencias vividas por las personas en relación con su contexto sociohistórico, político, económico y cultural. Sacar a la luz los aprendizajes hechos obliga a observar y documentar los elementos que han ido dialogando con la práctica y su evolución. Se centra en el proceso, por eso las herramientas elegidas permiten flexibilidad para captar el movimiento propio de la transformación.

A diferencia de la evaluación de las prácticas, analizarlas es realizar un ejercicio profundamente cualitativo que busca comprender. La investigadora, que pone el cuerpo durante el proceso, se entrega a la escucha del otro con empatía, sin juicio. Crea un clima en el que se respira un profundo respeto entre las participantes, dando lugar a reflexiones que nacen de las entrañas, muestras de sinceridad que ponen al descubierto partes muy íntimas, tanto individuales como grupales. Desde ese lugar y a través del relato, se reconstruyen las derivas de la práctica durante estos tres años.

El análisis de práctica puede desarrollarse desde diversos paradigmas (Marcel *et al.*, 2002). En este caso se ha elegido el socioconstructivista, uno de los más aceptados y utilizados para analizar las prácticas docentes. Según Lafortune (2009), este enfoque es oportuno para acompañar en la adopción y escenificación de un nuevo esquema de actuación. El vacío bibliográfico al que hicieron frente los equipos hizo imprescindible el uso de algunos métodos y herramientas de la teoría fundamentada. Concretamente, estos equipos han tenido que ir construyendo a medida que se han encontrado frente a situaciones nuevas. Han puesto en práctica la reflexión y la creatividad, la experiencia adquirida en situaciones pasadas y una visión a futuro de hacia dónde caminar. Al igual que el *bertsolari* improvisa y al mismo tiempo construye la obra, los equipos, al accionar ante situaciones inéditas, van construyendo una nueva práctica (Bardón, 1998). Han improvisado ante la urgencia como lo haría un músico de jazz en una *jam session* (Haidet, 2007). La teoría fundamentada, al no partir de hipótesis que validar, busca comprender e interpretar el dinamismo y adaptabilidad de la práctica entre aquello que era y lo que quiere llegar a ser.

El papel de las investigadoras ha sido clave en el proceso, pues han acompañado a esa producción de información. El formato de entrevista relato va más allá de la pregunta respuesta, invita a una conexión con el otro y aporta a la identidad grupal. Los espacios destinados a las entrevistas grupales han

sido a la vez espacios de reflexión y autoformación donde han emergido otros saberes más allá de los presupuestos formativos o laborales. Tal como dice Fablet (2007: 41): “se invita a los sujetos a involucrarse en el análisis, es decir a trabajar en la co-construcción del significado de sus prácticas y/o la mejora de las técnicas profesionales”.

Se ha apostado por el relato de práctica como estrategia innovadora en el ámbito de las ciencias sociales por la cantidad de beneficios que aporta. La verbalización de la experiencia pone atención en la creatividad, la intuición y la paciencia (Desgagné, 2005). Volver a conectar con limitaciones y su resolución sirve como ejercicio autoformativo (Bertaux, 2005; Desgagné, 2005) y como recopilación del repertorio de acciones (Schön, 1998; Schön y Argyris, 1995; Schön y Rein, 1994).

La muestra está compuesta por tres equipos de atención; dos de atención social y uno de atención psiquiátrica. Además, han participado los técnicos del ayuntamiento responsables del programa. Debido al carácter longitudinal y a los cambios en la composición de los equipos, la muestra ha ido variando. En total, han participado cuarenta personas. De uno de los equipos de atención social participaron un total de doce profesionales, del otro fueron nueve. Del equipo de atención psiquiátrica colaboraron once, del ayuntamiento, cuatro y de otros servicios externos, tres profesionales más. Los equipos multidisciplinares estaban compuestos por las categorías profesionales que muestra la Tabla 2.

El trabajo de campo se realizó en tres fases. La primera se desarrolló entre marzo y diciembre del 2017 a través de entrevistas tanto grupales —abiertas y adaptadas al relato de práctica— como individuales —semiestructuradas—. Las entrevistas grupales se realizaron una vez al mes durante tres meses a los equipos sociales. El equipo de atención psiquiátrica realizó una entrevista grupal. En cada entrevista se han tratado temas diferentes con relación a la construcción de una nueva manera de hacer.

La segunda duró algunos meses más debido a una reestructuración del calendario general de la investigación y se llevó a cabo entre junio del 2018 y febrero del 2019. Se realizaron un total de catorce entrevistas, trece grupales y una individual. De las grupales, se hicieron doce a los equipos sociales y una al equipo de atención psiquiátrica. La temática se centró en la práctica orientada a la recuperación y la reducción de daños.

Tabla 2. Características de la muestra

Equipo de atención social 1	Equipo de atención social 2	Equipo de atención psiquiátrica	Ayuntamiento
2 Educadoras social 1 Trabajadora social 2 Integradoras sociales 1 Par igual (<i>peer worker</i> de baja) 1 Coordinadora de equipo 2 Responsables de proyecto	1 Educadora social 5 Trabajadoras sociales 3 Integradores sociales 1 Par igual (<i>peer worker</i>) 1 Coordinadora de equipo 1 Responsable de proyecto	3 Psiquiatras 4 Psicólogos 2 Enfermeras 2 Coordinadoras	1 Jefe de servicio 3 Técnicas

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, la tercera fase se realizó entre los meses de diciembre del 2019 y abril del 2020. En total se realizaron ocho entrevistas; seis fueron individuales y dos por parejas. En ellas se abordó la valoración general sobre la experiencia piloto en lo relativo a la práctica profesional y a la gobernanza.

Toda la información fue registrada en audio con consentimiento previo y guardando el anonimato. A continuación, se transcribieron de forma fidedigna añadiendo todas las anotaciones recogidas en el cuaderno de notas con relación a las observaciones y conversaciones surgidas al apagar la grabadora.

Los datos se trataron a través del programa de gestión de datos cualitativos Atlas.ti 7 y 8. El libro de códigos se diseñó a partir de elementos deductivos utilizados para el diseño de los guiones e inductivos, que finalmente fueron los más útiles.

Tras cada entrada a campo se ha hecho una devolución a los equipos en relación con los resultados del relato de práctica. Tanto en la primera como en la última fase se realizó una devolución formal a todos los informantes del programa, seguida de un debate. Para la fase intermedia se realizó una devolución al inicio de cada sesión, que dio lugar a una reflexión de segundo orden en cada uno de los equipos sociales.

Por otro lado, la investigación ha tenido otra fase de trabajo de campo realizada entre 2017 y 2018 dedicada exclusivamente a la recogida de datos internacionales. Se visitó a los equipos de Diogène en Montreal (Canadá), Chez Soi-d'abord en Marsella (Francia) y Casas Primeiro en Lisboa (Portugal). La intención fue poder recoger la experiencia de estos programas en su fase de piloto para entender las barreras, dificultades, facilitadores y estrategias con las que convivieron los equipos. En total se realizaron nueve entrevistas semiestructuradas individuales y una grupal. A excepción de las devoluciones, el tratamiento de los datos ha seguido el mismo proceso que los recogidos en el programa Primer la Llar.

4. Resultados

Se presentan los resultados siguiendo la estructura del trabajo de campo en tres momentos clave en la transformación de la práctica. De esta forma se pueden seguir los cambios de forma temporal. En primer lugar, se aborda cómo los equipos saben más de la atención anterior que del modelo Primer la Llar. En segundo lugar, se analiza la transformación, cómo los profesionales son capaces de echar la vista hacia atrás y ver los recorridos. Finalmente, cómo pueden mirar desde la distancia y valorar el trabajo hecho a través de una crítica fundamentada. Estos tres momentos están atravesados por las dos dimensiones que Barbier (2011) le reconoce a la práctica, una individual referente a su asimilación e interpretación en tanto que experiencia singular y otra colectiva por su uso dialógico, práctico e interactivo.

En la dimensión individual están las personas que componen el equipo en calidad de persona y en calidad de profesional. El proceso de cambio de modelo tiene implicaciones en ambos estatus.

4.1. Fase inicial: herencia del modelo anterior

4.1.1. Dimensión individual del cambio de práctica

Personal

Durante la primera fase de entrevistas, los informantes fueron reconociendo cómo algunos elementos relativos a su intimidad habían sido de utilidad al acompañar a las personas. Esto no quiere decir que desde el modelo tradicional los profesionales consigan eliminar parte de su personalidad y presentarse asépticos en el trabajo, pero la normativa y los protocolos de actuación sí que invitan a trabajar de una forma más homogénea y pautada, eliminando parte de la creatividad que han tenido que invocar estos equipos. Uno de los profesionales explica que tiene una patología visual a partir de un accidente de tráfico en la infancia. Las dificultades vitales a las que se ha ido enfrentado durante los años le han ido generando rabia, frustración, ha maldecido ciertas situaciones y finalmente ha decidido “tirar p’alante”. Este proceso le ha permitido empatizar con las personas que tienen algún tipo de diversidad funcional. También han aparecido los procesos migratorios, la precariedad económica o personas cercanas con malestares mentales. Un profesional utiliza una de las frases que le decía su madre cuando los alimentos escaseaban, compartiéndola así con las personas. Extraer elementos propios de la experiencia vital individual no queda en esa frase o en esa empatía, sino que se comparte entera, contextualizada. Es un regalo que se entrega a las participantes para que puedan hacer el uso que deseen. Lo que sí sabemos con certeza es que se trata de un hilo que, al igual que el de Ariadna, sostendrá la confianza “pase lo que pase”.

Compartir estas vivencias ha iniciado un trabajo de proximidad. Ciertamente esta era una de las características de la práctica desprendidas de los principios. Pero utilizar la empatía, poniéndole nombre y compartiéndola con los participantes, ha ayudado a hacer efectivo este trabajo de proximidad. Fue uno de los primeros pasos para conseguirla según los componentes enunciados por Pascale Jamouille (2007).

En el programa Primer la Llar, al encontrarse, ambas partes necesitan ser reconocidas por la otra. Este reconocimiento mutuo crea el camino hacia una horizontalidad buscada. Para ello cada parte ha tenido que ceder en el plano de las reticencias. Los profesionales encontraron en sus procesos terapéuticos individuales o formaciones en gestión emocional ciertas claves para empatizar e ir desvelando la inutilidad de la verticalidad. De

hecho, un miembro del equipo explica cómo la capacidad para discernir qué es mío y qué es tuyo en la emocionalidad que emerge del encuentro viene a sustituir un establecimiento de límites férreo entre el tú y el yo.

Por otro lado, a medida que los informantes han ido reconociendo prácticas mecánicas en su trayectoria laboral, han podido verbalizar, en grupo y haciendo equipo, la incomodidad silenciada y sostenida en el tiempo. Verbalizarla ha sido terapéutico para ellos; así lo afirman al haber descubierto otra verdad sobre la acción social —entiéndase aquí verdad como otro punto de vista posible para nombrar la realidad—.

Profesional

El mandato recibido por los equipos desde la Administración fue claro: libertad para ensayar, probar cosas nuevas, siempre que fuese en beneficio de la persona. Esta libertad, junto con la falta de marco sobre cómo actuar, fue lo que conectó la dimensión individual con la colectiva. Permitted a los equipos trabajar con coherencia respecto a sus valores personales. Posteriormente se trabajó en largas reuniones de equipo, dando lugar a los valores grupales. Un proceso tremendamente bonito en el que el corazón y la razón pudieron dialogar pausadamente, sin presiones.

Los profesionales pasaron de un primer momento en el que se posicionaron fuertemente en contra de la manera de hacer anterior, para llegar a entender que esa práctica eran los cimientos que les permitirían construir otra manera de relacionarse. De nada sirve denostar el modelo anterior y renegar de la herencia pues se cae entonces en esa circularidad propia del ámbito social que nos mantiene anegados en una falta de herencia cultural propia. No se trata de modelos, se trata de metodologías y para transformarlas se hace necesario trabajar en base a una práctica anterior y reflexionarla, como se verá en la dimensión colectiva.

Los profesionales expresaron consternación al descubrirse juzgando a los participantes. Por ejemplo, una trabajadora social explica su reacción al ver el primer carro de la compra de un señor con cervezas: “¿Tenemos que pagarle la Xibeca?”. También al verse recurriendo a dinámicas de atención que les facilitaban el trabajo pero que no eran la mejor opción para los participantes: “¿Esto es bueno para mí o para la persona?”.

Es un ejercicio de ir reconociendo los efectos que tienen sobre uno mismo las decisiones que se toman o los pensamientos mecánicos que surgen. El trabajo de proximidad activa cierta emocionalidad que el trabajo pautado contenía. Las conversaciones sinceras, los paseos por la ciudad sin prisas, una intención a la espera de ser expresada por los participantes, todo eso activa una implicación emocional diferente. Tener ganas

de llorar, reír, celebrar, enfadarse, pero todavía no atreverse a decirlo porque “no es correcto” ¿Está bien sentir cosas? Discernir si esto es bueno o malo y, finalmente, entender que las dicotomías tampoco son la respuesta, invita a que el rol profesional viaje por un camino de descubrimiento íntimo.

El cambio de rol necesita tiempo, espacio, contradicciones, dificultades, miedos, riesgos, etc. Es un cambio de etapa, como lo es la adolescencia ¿Podría un adulto en ciernes trascender a la edad adulta sin todas esas divagaciones acerca de su identidad?

4.1.2. Dimensión colectiva del cambio de práctica

El equipo no es la suma de las partes, sino que requiere de una construcción conjunta. Estamos aludiendo a cierta consciencia grupal capaz de impulsar un proceso de transformación conjunto. El coordinador aparece como eje desde el que pivota el trabajo y consolida el todo.

Ante la falta de marco, asumir este papel no ha sido fácil y los coordinadores de los equipos también han tenido que explorar cómo acompañar a los profesionales a transitar esa crisis de identificación escenificada en dificultades para encontrar consenso. Uno de los equipos tuvo más dificultades que el otro, y por ello ganó también más aprendizajes. Pero lo que ambos establecieron como requisito fue el acompañamiento al equipo a través de sesiones de supervisión mensual. Esto palió el sentimiento de soledad que emergió en esta primera fase al no tener con quien hablar, a quien preguntar o en quien reflejarse.

Para sentirse más seguros en el acompañamiento y mostrar coherencia entre profesionales, establecieron reuniones pre y post visita, unificando la línea de acción y valorando posteriormente cómo habían implementado aquello que previamente habían decidido. Además, estos espacios también se utilizaron para verbalizar las estrategias que habían utilizado al responder a situaciones que no habían previsto. Estas conversaciones se mantuvieron en espacios informales como bares, caminando por la ciudad o en el transporte público. Pero luego todo era compartido con el equipo en reuniones formales. Era tanta la necesidad de expresarse, de buscar complicidad y de sentirse seguros en lo que se hacía que al principio las reuniones fueron muy largas y apasionadas. Los coordinadores tuvieron que activar diferentes estrategias. Uno de los equipos se vio privado de los espacios formales porque la tensión fue en aumento; esto les llevó a explorar opciones informales que los suplieran. El otro equipo tuvo que acotar diferentes reuniones para distintos temas, pudiendo recoger así las diferentes preocupaciones y necesidades. Ambos se dieron cuenta de la enorme importancia de compartir las experiencias y los sentimientos. Ante situaciones no previstas y en pos de conservar esa coherencia buscada, los

profesionales utilizaron la técnica de posponer las respuestas cuando verdaderamente no las tenían.

Tratar estos temas en el equipo y debatirlos hasta encontrar una respuesta pensada desde la óptica de las personas es el inicio de la construcción de un lenguaje, dinámicas y estrategias comunes. Despliega transparencia y entreteje confianza. Evidencia que la responsabilidad ante las decisiones que se han tomado entre todos también es de todos. Sienta las bases del dispositivo.

Otro de los temas que preocupó a los profesionales durante esta primera fase fue la mirada pública puesta sobre el programa. De hecho, la incertidumbre propia del acompañamiento sin pautas claras de actuación pesó sobre los equipos que querían cumplir con expectativas tanto ajenas como propias.

En relación con la coordinación del equipo de salud, destaca cierta dificultad por encontrar un encaje de miradas. La herencia cultural de atención de ambos campos todavía diverge en algunos puntos. La falta de formación específica de los equipos, tanto por separado como conjuntamente, incrementó esa diferencia. En esta primera fase los equipos sociales atendían mucho desde la urgencia. Todavía sentían mucha responsabilidad por los actos ajenos y dificultad para dejar a los participantes fluir en la cotidianeidad de sus vidas. Reclamaban al equipo de salud trabajar en esa misma clave de urgencia que ellos sentían como necesaria.

4.2. Mitad del programa: activación del cambio de práctica

4.2.1. Dimensión individual del cambio de práctica

Personal

Tal como se ha mencionado, es un trabajo de proximidad, pues el equipo abandona la institución, el escritorio, y se acerca no solo a las casas de los participantes, sino también a su comunidad y cotidianeidad más íntima. Realizan un acompañamiento no tanto funcional sino existencial —aparece aquí la espiritualidad—. Es un trabajo que invita a relacionarse desde otros roles y despierta en ambas partes sentimientos de miedo e indefensión. Los profesionales viven una exposición propia del etnógrafo (Jamouille, 2007; Baczkowska, 2017), pues dejan de considerar a las personas como beneficiarias pasivas de un servicio para entenderlas como informadoras-colaboradoras.

Los equipos han verbalizado sentirse frágiles al presentarse “desnudos”. Han reconocido haberse equivocado; también han reconocido no saber qué hacer, han preguntado a las personas qué harían ellas, reconociendo que el otro también es experto y que el saber de la acción social también se construye en interacción. De hecho, en las visitas se conversa y se comparten aficiones, gustos musicales,

culinarios, viajes, detalles vitales con significancia en el presente, rincones de la ciudad mágicos, etc., sin necesidad de guiones, preguntas o inquisiciones. No se trata de un trabajo poco pautado o sin objetivos socioeducativos, se trata de un trabajo basado en la vida cotidiana. Su incontabilidad hace imprescindible esperar a que de ella emerjan elementos que den “pie a”. Se trata de una acción social inductiva. Con todo eso, la proximidad aumenta y también la coherencia. Los trabajadores entienden que poner parte de su bagaje experiencial personal al servicio de la relación es un valor añadido a su rol profesional.

Los profesionales se han dado cuenta de que no trabajan en relación con éxitos o fracasos sino que trabajan *en procesos*. La evidencia de si el acompañamiento da frutos en la recuperación de la persona solo puede verse a largo plazo. A corto, les quedan las impresiones y reacciones, elementos que han demostrado ser útiles en este programa. Los equipos apuntan que si algo es útil para la persona, es válido. Por lo tanto, esta exposición a través de la que se consolidan la confianza y la horizontalidad es válida y entra a formar parte de la metodología de trabajo. Podríamos hablar de una metodología del afecto que revierte otras propuestas más asépticas de encuadre de la relación.

Profesional

¿Qué sucede cuando reconozco toda esta parte personal mientras trabajo? Directamente, que mi rol profesional queda interpelado y, de alguna manera, está obligado a hacer frente a críticas y autocríticas. Destaca la pregunta que se hacen al terminar las visitas: “¿habré hecho bien?”; “¿ha servido de algo?”. En esta segunda fase sucede algo diferente a la primera, dejan de juzgarse en términos maniqueos y despliegan la conversación como estrategia de acción. Preguntan, escuchan, se expresan e informan. Les preguntan a los participantes las dudas que les surgen: “¿cómo fue la visita del otro día?”; “¿estuviste cómodo conmigo?”; “yo me sentí...”. Si la persona es la que decide y está en el centro del acompañamiento, es inevitable que se venga la forma en la que se acciona la práctica profesional conjuntamente.

Una de las estrategias que destacan en esta fase, y que muestran la permeabilidad entre los estatus personal y profesional, es la de ponerse ellos mismos como ejemplo. Durante una de las visitas, un participante le pregunta al profesional si a él también le preocupa no llegar a final de mes, si también tiene que calcular en qué gasta el dinero. El profesional le explica situaciones vividas. Hacer visible la parte cotidiana de un profesional, sin tapujos, es un acto de coraje y de incalculable valor para la recuperación de las personas.

Que un profesional y un participante sean de la misma etnia, compartan algún estigma o hablen

un mismo idioma hace que la identificación sea más rápida. Pero esta cercanía también entraña dificultades. En esta segunda fase aparecen problemáticas estructurales como el machismo o el racismo. Las trabajadoras mujeres han relatado situaciones tensas al acompañar a hombres. Por otro lado, compartir alguna característica en términos más dolorosos —abusos, violencias, depresiones— puede llegar a despertar procesos emocionales que se creían cerrados. La pregunta es si en el modelo anterior no sucedía. Evidentemente, todos somos afectables por la realidad que nos rodea, pero los límites en la relación, un hacer más pautado y la falta de espacios grupales de expresión de sentimientos los invisibiliza.

El beneficio de esta relación de confianza fue observable en la satisfacción laboral de los equipos que dedicaron tiempo a cambiar sus esquemas mentales previos, se lanzaron a utilizar la creatividad y aunaron esfuerzos ante situaciones complicadas. Otro de los beneficios que destacan en esta etapa es cómo los participantes acaban ayudando también a los profesionales. En este programa los profesionales han tenido que ejercer el músculo de recibir, que profesionalmente estaba un tanto atrofiado. Se han dejado invitar a cafés, a comidas —no sin ciertos dilemas—. Uno de los profesionales relató cómo un participante le estuvo asesorando durante un tiempo sobre los teléfonos móviles que había en el mercado, mejores opciones, precios y prestaciones. Le costaba decidirse a comprarse uno a pesar de que el suyo era muy viejo. Finalmente, un día el participante le llevó engañado a un centro comercial forzando la situación.

4.2.2. Dimensión colectiva del cambio de práctica

Esta dimensión en la segunda etapa está centrada en los cambios que se producen en la responsabilidad en todas sus expresiones. Se dieron cuenta de la importancia que tenían sus decisiones.

En ese escenario en el que todo estaba por construir y se les permitió investigar, trabajaron a través del ensayo-error. Esto fue posible porque les dejó de pesar tanto la opinión pública y se centraron en las personas. Esta metodología les ha permitido descubrir y ajustar su presencia como herramienta puesta al servicio del otro y aprovechar la oportunidad para construir un marco de referencia ajustado a su realidad.

Otro de los cambios que se produjeron fue la distinción entre “mi responsabilidad y la tuya”. Que los participantes consuman, pierdan las llaves, pierdan el control de la gestión del piso, etc., deja de alterar a los equipos. Dicho de otro modo, dejaron de actuar en el sentido acción-reacción y tomaron un rol pausado, de observación y escucha, sin juicio. Más bien se prepararon para sostener el dolor de las personas en esos momentos complicados. De hecho, descubrieron que su responsabilidad debía

residir principalmente en sus acciones. Por ello, aprovechando la flexibilidad de tiempo y espacio propia del programa (Batle *et al.*, 2020) dedicaron muchas reuniones formales e informales a preparar el acompañamiento. En los casos en los que no pudieron preguntarle directamente a la persona cómo quería ser acompañada, prepararon la acción en base a diferentes hipótesis y siempre pensando en los gustos, necesidades y deseos de la persona. Este ensayo-error y el trabajo a partir de hipótesis convierte a estos equipos en pioneros en nuestro territorio en pos del cambio de modelo en la atención a personas en situación de sin hogar, evidenciándose así la poca atención que se ha prestado a la acción de los profesionales.

Los equipos dejaron de posponer respuestas y flexibilizaron sus prácticas para poder hacer frente al cúmulo de sorpresas o situaciones inéditas propias de la vida cotidiana. De hecho, utilizaron las oportunidades pedagógicas que el mismo entorno les brindó. Un profesional relató un momento en el que un participante fue a cruzar en rojo un semáforo. A partir de ahí, trabajaron la impulsividad y la paciencia.

Asumir la responsabilidad que les corresponde fue más difícil en otras ocasiones, especialmente en la expulsión de un participante de la vivienda. El hecho de la proximidad, la mirada sin juicio y creer en la capacidad de la persona para iniciar un proceso de recuperación hizo que las decisiones se pospusieran varios meses, hasta que finalmente entendieron que hacerlo era poner unos límites sanos para la persona, pues no se la dejaba de acompañar en la vida pero salía del piso a la espera de querer asumir los compromisos propios de la filosofía Housing First. La coordinación con el equipo de salud se fue equilibrando a través de aprendizajes mutuos. Siguiendo con el ejemplo anterior, el equipo de salud entendió que la demanda que tenían de los equipos sociales se debía a una falta de formación previa y especialmente conjunta. Los equipos sociales, por su parte, aprendieron de estos la diferencia entre urgencia y emergencia. Este aprendizaje vino de la mano de la desresponsabilización de las acciones de los participantes. De esa separación entre lo tuyo y lo mío.

Durante esta segunda etapa, se consolida otro de los temas fundamentales para la salud del equipo: los cuidados. Precisamente el trabajo de proximidad, una filosofía innovadora y el hecho de ser un programa piloto hacen que sea más necesario que en otros servicios de atención. Así lo recalcan las experiencias exploradas de Canadá, Marsella y Lisboa. El rol del coordinador ha sido muy importante para garantizar el espacio y los tiempos apropiados. Ambos dejaron de trabajar con objetivos y pasaron a hacerlo con procesos, sin exigir resultados a los equipos sino pequeños detalles que formasen un gran cambio. Tal como señalan en un estudio de la ciudad de Nueva York (Barrenger, Stanhope y Atterbury, 2015), en las reuniones de equipo se generó una identidad grupal a

través de la relación establecida con los participantes. Los profesionales celebraron cualquier logro de las personas, por pequeños que fueran. Llegaron a alegrarse porque alguien se saludase con un vecino, pidiera en la barra de un bar o les preguntara cómo estaban. Otros elementos que generaron identidad fue el uso del humor como estrategia para destensar situaciones y para cuidarse.

Los espacios de cuidados formales fueron las reuniones de equipo, las de casos, la supervisión y la intervención, las formaciones y el apoyo de servicios externos para situaciones complicadas. Los informales se dieron después de trabajar o en el descanso, encuentros espontáneos en barrios de la ciudad o viajes en transporte público. Estos espacios sirvieron para que los miembros pudiesen conocerse más, coger confianza y cerciorarse de que no serían juzgados en el contexto laboral. La coordinadora de Montreal apuntaba cómo dejar la puerta de su despacho siempre abierta y estar en él en horas clave servía como estrategia de cuidados informales. Esta plena disposición del estar disponible también aparece en Barcelona.

4.3. Final del programa: materialización de los cambios

4.3.1. Dimensión individual del cambio de práctica

Personal

En esta fase, la trayectoria laboral superaba los tres años. Al volver la vista atrás, algunos profesionales reconocieron haber vivenciado momentos que modificaron su vida privada, se identificaban con otras cosas. Al acompañar en la vida cotidiana pudieron experimentar la violencia institucional que recibían las personas. Su sensibilidad al mundo aumentó. Todo esto provocó cambios en su identidad personal. El equipo de Montreal apuntó que algunos profesionales ya no pudieron volver a trabajar con otras metodologías, otros cambiaron de profesión. En el caso de Barcelona, algunos profesionales han relatado cómo esta proximidad les ha hecho replantearse muchas cosas de su vida privada. Incluso el tipo y la calidad de relaciones con los amigos y la familia.

Profesional

En relación con el estatus profesional, se identifica una aceptación del rol que se había desplegado anteriormente, así como de las consecuencias que pudo tener en las personas la discrecionalidad de ciertas decisiones. Darse cuenta de esto ha provocado que ciertos sectores defiendan el Housing First como modelo único para atender a la población sinhogarista. También que Administraciones americanas y europeas retiren los fondos destinados al modelo anterior. Desde la experiencia canadiense, la coordinadora de Diogène alerta de este peligro. Cada modelo tiene funciones y destinatarios

diferentes. Ahora bien, lo que sí ha salido a la luz es la necesidad de revisión de las formas de hacer del modelo en escalera. En Barcelona ambas gestoras sociales han aplicado cambios metodológicos en otros programas de atención, flexibilizando horarios y adaptando los servicios residenciales a las personas. Los beneficios de la práctica reflexionada han sido evidentes en el rol profesional.

Los profesionales trabajaron desde la coherencia y la permeabilidad entre lo personal y lo laboral, poniendo en evidencia la parte de defensa de los derechos de las personas (*advocacy*) como ciudadanas. Además, han visto cómo esta práctica fue reparadora para las personas, que venían con un cúmulo brutal de desconfianza al profesional. Siguiendo a Christopher McAll (2008), esta manera de trabajar puede romper con las interacciones, que lejos de reconocer los efectos de las discriminaciones y estigmas, reproducen desigualdades.

En definitiva, el rol ostentado por los profesionales es completamente novedoso. Desde la otra investigación cualitativa (Llobet *et al.*, 2020) centrada en los efectos del programa sobre la recuperación de las personas, se puede constatar el impacto emocional que también ha tenido la relación para los participantes. Según los relatos, ha sido una experiencia que los ha transformado como profesionales.

4.3.2. Dimensión colectiva del cambio de práctica

Los equipos se han consolidado como una unidad muy fuerte con identidad propia, al servicio del proceso de recuperación de las personas y al mismo tiempo al servicio de sus propios compañeros de equipo. Claramente con complicidad, y eso se notó en la autonomía que demostraron a la hora de tomar decisiones. Lo hicieron unilateralmente cuando tenían la certeza de la posición del equipo frente a ese tema. Mostraron disponibilidad para apoyarse, escucharse e intercambiarse en visitas si alguien se veía sobrepasado.

Uno de los cambios más importantes en esta etapa fue la consolidación de ciertas pautas para la práctica asociadas a situaciones. Por ejemplo, tras un tiempo sin poder contactar con una persona, solo podía entrar en el piso con la policía y esta siempre primero. Al enseñar los pisos a los participantes se les dieron las llaves para que fuesen ellos quienes abrieran la puerta. El primer caso se estableció a partir del deceso de un participante en su vivienda y el consecuente *shock* de los profesionales que entraron. La segunda decisión fue fruto de hacerlo una vez y ver el efecto que tuvo en la persona abrir la puerta de su futura casa. Son pautas de acción inductivas y flexibles adaptables a cada persona y situación.

La práctica reflexionada ha permitido al equipo proveerse de espacios para conversar, compartir, cuidarse y dudar; en definitiva, transitar. Ha

permitido que se generase una identidad colectiva y unos niveles de confianza muy altos. Esta confianza es la que necesita el equipo para poner a la persona en el centro, de la misma manera que los participantes necesitan tener confianza en los profesionales para iniciar el proceso de recuperación acompañados. Se evidencia aquí la dimensión intersubjetiva de la práctica.

5. Otras influencias sobre la práctica

5.1. La influencia de la investigación sobre el cambio de práctica

Esta investigación cualitativa no se ha diseñado como un dispositivo de acompañamiento al proceso de transformación dentro del programa Primer la Llar, sino que se concibieron de forma separada. A pesar de no tener una presencia constante, ni estar pensada para promover el cambio sino para documentarlo, ha tenido influencia directa sobre la transformación de la práctica.

Al principio, y debido a la novedad de este tipo de investigaciones, los equipos dijeron no entender la utilidad de la presencia de las investigadoras. Sin embargo, con el tiempo expresaron que estos espacios reflexivos les dieron la posibilidad de dar sentido a lo que hacían.

Las entrevistas grupales han formalizado un espacio de verbalización. Un ejercicio que ha estructurado el conocimiento y lo ha hecho transmisible. Recogerlo desde el relato permite captar el ir y venir de la acción-reflexión, el ensayo-error y los ajustes propios de la innovación. Este proceso ha pasado por diversas etapas, algunas más amables, otras más amargas. Para que esta verbalización fluyera, se ha tenido que trabajar la relación de confianza generada entre los investigadores y el equipo. Al sentir que no había juicio, compartieron pensamientos y sentimientos muy íntimos.

Siguiendo a Tilman (1996), es de ilusos pensar que una nueva metodología aparece siendo operativa y lista para aplicarse. Documentar el proceso es un acto de responsabilidad y reconocimiento a los profesionales y su *savoir en usage* o saberes situados. Durante las entrevistas, los profesionales han expresado sentirse valorados como fuentes propias de conocimiento.

5.2. La gobernanza

Más allá de las lógicas implicaciones en la gestión y desarrollo operativo que toda gobernanza debe cubrir en el desarrollo de cualquier empresa, esta cumple una función básica, primigenia y determinante: la gobernanza es la primera materialización en pos de la consecución del objetivo final —es decir, del cumplimiento de la misión—.

La gobernanza construye la estructura sobre la que se sustentará, primero en futuro, después en vivo, el cómo —es decir, de qué manera, con que métodos—; el con qué recursos —humanos, tecnológicos, materiales—; el con quién —qué alianzas deseables, qué alianzas imprescindibles, qué perfil de profesionales e instituciones— se va a llevar a cabo la misión.

Si eso es central en todo proyecto, lo es con más intensidad cuando este no dispone de precedentes y tiene la auténtica consideración de experimentar, como ha sido el caso.

En este sentido, la gobernanza de Primer la Llar ha sido también un *work in progress* que se fundamentó en el esfuerzo del Ayuntamiento de Barcelona por contar con todos los elementos a su alcance a partir del escaso conocimiento previo disponible sobre el modelo, como lo demuestra el pliego de condiciones técnicas inicial que, en 2015, se comprometía con detalle en que había de ser un proyecto basado en el modelo Housing First.

En cualquier caso, la condición absolutamente experimental del modelo y la ausencia de conocimiento previo sobre sus desarrollos en ubicaciones en contexto europeo o extracomunitario, no permitió el diseño de una gobernanza que considerase aspectos críticos como las alianzas imprescindibles a nivel de otros sistemas ajenos al social, como el de salud y el de vivienda, a nivel de subniveles del sistema propio de servicios sociales, entre servicios de primaria y secundaria. Tampoco las alianzas necesarias, como hubiesen sido las relacionadas con el mercado libre de vivienda de Barcelona, no fueron consideradas. Tampoco pudieron ser considerados los tiempos a partir de los cuales planificar la consecución de los objetivos de gobernanza en los momentos adecuados para un correcto acompañamiento en el desarrollo del proyecto —por ejemplo, algunos de los objetivos de gobernanza que deberían haber sido alcanzados con anterioridad a determinados momentos de la operativa del proyecto generaron importantes alteraciones en el desarrollo del modelo—.

El otro gran ámbito sobre el que la falta de conocimiento previo afectó en el diseño de una mejor gobernanza fue el modelo en sí mismo y sus implicaciones: lo que estos años de aplicación del modelo ha demostrado en relación con el rotundo cambio de modelo que implica el modelo Housing First a participantes, profesionales, sistema de servicios sociales y sistema de salud, fue descubierto sobre la marcha y adaptado conforme la práctica generaba conocimiento para ser aplicado.

A su vez, ha tenido afectación en una falta de posición sobre cuestiones importantes surgidas a partir del desarrollo del proyecto: el perfil profesional del par igual (*peer worker*); la posición como proyecto frente al tratamiento asertivo comunitario y la gestión intensiva de casos (ACT e ICM, respectivamente, por sus siglas en inglés) en relación

con el trabajo entre los equipos sociales y de salud mental; la comprensión del abanico de modelos de acompañamiento basados en los formatos Housing Led como áreas de especialidad en atención a perfiles o necesidades específicas; y la aún no plena conciencia sobre las implicaciones prácticas de Primer la Llar en relación con el modelo de atención centrada en la persona, elementos todos ellos que a partir de los descubrimientos.

En cualquier caso, todos estos elementos han sido identificados y se ha ido avanzando de manera consciente en la mayoría de ellos, generando así un avance conceptual que seguramente los equipos responsables de la gobernanza en el Ayuntamiento de Barcelona deberán transmitir y hacer comprender a sus grupos de decisión y de interés para poner a su entorno al nivel de desarrollo de conocimiento de las posibilidades del modelo Housing First del que ahora dispone.

6. Conclusiones

Esta investigación pone en evidencia el interés por investigar la práctica profesional en general, y específicamente sobre el ámbito del sinhogarismo, a través del análisis de la implementación del innovador modelo Housing First.

La pertinencia de poner en marcha un dispositivo de análisis de la práctica para observar, analizar y documentar su transformación; la utilidad del relato de práctica como método para compartir las acciones pasadas; cómo el mismo proceso de relatarlas deviene un acto reflexivo sobre la práctica y que cuando las investigadoras comparten en un segundo momento un análisis-devolución de las narrativas, abre una reflexión de segundo orden en el equipo.

A nuestro entender, son varios los elementos que activan el proceso de transformación de la práctica en relación con lo que venían haciendo con anterioridad los profesionales. El carácter piloto del programa Primer la Llar y el mandato explícito para poder experimentar, a pesar de imprimir una sobreexposición y presión inicial en los equipos, les da el permiso para llevar a cabo un proceso de ensayo-error.

La falta de un marco de referencia sobre la práctica a emprender, así como la falta de una experiencia concreta a la cual consultar, activa en ambos equipos, con procesos diferentes, espacios formales e informales en los que comparten sus dudas e inseguridades, sus aciertos y errores, sus estrategias y habilidades. La creación de estos espacios contribuye a dos movimientos que se realizan en paralelo: a deconstruir los lenguajes y aquello dado por sentado de la práctica anterior, que no se atrevían a interpelar; y a co-construir la nueva práctica, desde una toma de conciencia de sus acciones, lenguajes y cuerpos. Estos dos movimientos cohesionan a los equipos, desde el saber-hacer del coordinador/a.

Los resultados ponen de relieve cómo la práctica no solo está comprendida por saberes académicos y técnicos, sino también por las experiencias de vida de los propios profesionales. Cómo sujetos que también han sido atravesados por situaciones biográficas diversas y cómo estas vivencias han facilitado la comprensión de los principios del Housing First y la activación y creación de una relación intersubjetiva, de proximidad y confianza con los y las participantes de este programa.

Del análisis de los tres momentos se desprende que el trabajo y el individuo en tanto que profesional no son elementos estancos. La práctica reflexiva a nivel grupal los lleva a pensar su acción y a ser autocríticos a nivel individual y esta confluencia explica el cambio de rol e identidad de los profesionales. El poder de los profesionales se va transformando de forma consciente desde el reconocimiento mutuo hacia una mayor horizontalidad de la relación. También constatamos la importancia del afecto como metodología que repara los efectos de las discriminaciones y el estigma y reduce la distancia social, generando nuevos dilemas a los profesionales ante la hospitalidad o aceptando ser invitados por los y las participantes.

La transformación de la práctica requiere de un compromiso personal con el otro, un re-pensarse en la relación intersubjetiva y transformarse desde las múltiples posibilidades que ofrecen los espacios de encuentro desde la vida cotidiana de la persona a través de tiempos largos, más de tres años que ofrece este programa. La práctica dialógica permite pasar de la jerarquía del conocimiento experto inicial a reconocer las fortalezas y conocimientos de las personas.

El acompañamiento desde la vida cotidiana deja de ser funcional para pasar a ser existencial, e imprime lógica de proceso y coherencia a la práctica. También coloca a los profesionales ante situaciones singulares e inesperadas, que responden de forma pensada, evitando precipitarse y reduciendo así el error o daño que podrían causar. Cuando se dan cuenta de que se han equivocado, rectifican y lo conversan con la persona. La atención centrada en la persona ha sido un resultado que ha emergido de forma inductiva desde la personalización de la atención a lo largo del programa, a través de las adaptaciones y cambios que han ido realizando.

Sin embargo, la proximidad y la exposición emocional que requiere este tipo de acompañamiento, que debe sostener el dolor y sufrimiento en momentos de crisis, puede llegar a desbordar a los profesionales, mostrando la importancia de la formación previa y continuada que requiere este tipo de programa, así como los espacios de cuidado que deben activarse por parte del coordinador/a para proteger al equipo. El uso del humor también es una estrategia para destensar y cuidarse.

El análisis del quehacer profesional en la implementación de este programa piloto muestra

como la transformación de la práctica es un proceso de indagación artesanal y de reflexión de la acción. Requiere aceptar la incertidumbre, reconocer la incomodidad, humanizar la relación para reconocer a

la persona como mecanismo generador de confianza y activar la creatividad necesaria para acompañar el proceso de mejora y recuperación.

Referencias bibliográficas

- ALFÖLDI, F. (2017) : *L'analyse des pratiques en travail social*, Malakoff, Dunod.
- ANDERSON-BARON, J.T. y COLLINS, D. (2018): "Take whatever you can get": practicing Housing First in Alberta", *Housing Studies*, vol. 34, n 1, pp. 1.286-1.306.
- ANDVIG, E.S. ; SÆLØR, K.T. y OGUNDIPE, E. (2018): «Harm reduction in a Norwegian housing first project: a qualitative study of the treatment providers' practice", *Advances in Dual Diagnosis*, vol. 11, 1.
- ÁVILA, D.; CASSIÁN, N.; GARCÍA, S. y PÉREZ, M. (2019): *Por una acción social crítica. Tensiones en la intervención social*, Barcelona, Editorial UOC.
- BACZKOWSKA, M. (2017): Conclusion: Les moments de l'intervention sociale et leurs acteurs. En: S. GARNEAU y D. NAMIAN (eds.), *Erving Goffman et le travail social*. Ottawa: Les Presses de l'Université d'Ottawa, pp. 280-300.
- BARBIER, J.M. (1993): *La evaluación en los procesos de formación*, Barcelona, Ministerio de Educación y Ciencia.
- (1999): *Prácticas de formación. Evaluación y análisis*, Buenos Aires, Ediciones Novedades Educativas.
- (2004): "El análisis de las prácticas y las herramientas", *Prácticas de formación, evaluación y análisis*, Barcelona, Paidós Ibérica, pp. 71-99.
- (2011): *Vocabulaire d'analyse des activités*, París, Puf.
- BARDÓN, J.L. (1998): «Bersoak, la voz que perdura. La actualidad de la literatura oral", *Kikiriki. Cooperación educativa*, vol. 47, pp. 78-81.
- BARRENGER, S.L.; STANHOPE, V. y ATTERBURY, K. (2015): "Discursive Processes Creating Team Culture and Recovery Orientation Among Housing First Providers", *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, vol. 18, n 3, pp. 247-264.
- (2017): "Challenging Dominant Discourses: Peer Work as Social Justice Work", *Journal of Progressive Human Services*, pp. 1-21.
- BATLE, S.; CARTOIXÀ, J.; LLOBET, M. y URIBE, J. (2020): "Ethical Relation and Control: Exploring Limits in Domestic Sphere of Home", *European Journal of Homelessness*, vol. 13, n 2, pp. 51-72.
- BERTAUX, D. (1976): *Histoires de vies ou récits de pratiques? méthodologie de l'approche biographique en sociologie*, París, Centre d'étude des mouvements sociaux.
- (2005): *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*, Barcelona, Ediciones Bellaterra.
- BLUMER, H. (1982): *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*, Barcelona, Hora.
- BOURDIEU, P. (2007): *El sentido práctico*, Madrid, Siglo Veintiuno.
- BUXANT, C. (2018): "The Challenge of Implementing the Housing First Model: How Belgium Tries to Connect Fidelity and Reality", *European Journal of Homelessness*, vol. 12, n 3, pp. 229-252.
- CABRERA, P. (1998): *Huéspedes del aire. Sociología de las personas sin hogar en Madrid*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas.
- (2000): *Mujeres sin hogar en España. Informe Nacional para Feantsa*, Madrid.
- COSENTINO, R.; DEMITA, S.; LENZI, M.; GABOARDI, M.; VIENO, A. y SANTINELLO, M. (2020): "Lo stress lavorativo negli operatori dei servizi dedicati alle persone senza dimora : confronto tra operatori di servizi tradizionali e di servizi di Housing First", *Medicina del lavoro*, vol. 42, n 3, pp. 174-177.

- DANEL, P.M. (2020): "Habitar la incomodidad desde las intervenciones del trabajo social", *Revista de trabajo social y ciencias sociales*, vol. 31, pp. 1-13.
- DE ROBERTIS, C. (2013): "Pratique professionnelle : une tentative de définition", *Institutions, acteurs et pratiques dans l'histoire du travail social*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 137-144.
- DELORY-MOMBERGER, C. (2014): "Experiencia y formación. Biografización, biograficidad y heterobiografía", *Revista Mexicana de investigación educativa*, vol. 19, no. 62, pp. 695-710.
- DESGAGNÉ, S. (2005): *Récits exemplaires de pratique enseignante. Analyse typologique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, disponible en: <www.puq.ca>.
- DEVINE, G. y BERGIN, M. (2020): "Experiences of Frontline Workers' Engagement with Mental Health Services for Homeless Adults in Ireland", *European Journal of Homelessness*, vol. 14, no. 2, pp. 129-147.
- EISNER, E.W. (1998): *El ojo ilustrado: indagación cualitativa y mejora de la práctica educativa*, Barcelona, Paidós Ibérica.
- ESTEBAN, M.L. (2004): *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*, Barcelona, Bellaterra.
- FABLET, D. (2004): «Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles: une visée avant tout formative», *Connexions*, vol. 82, pp. 105-117.
- (2007): «Formation des travailleurs sociaux et analyse des pratiques professionnelles», *Revue internationale des sciences de l'éducation*, vol. 17, pp. 39-50.
- FENWICK, K.; HENWOOD, B.; LENGNICK-HALL, R.; STEFANCIC, A. y GILMER, T. (2019): «Exploring Variation in Housing First Implementation: The Role of Fit», *Human Service Organizations Management, Leadership and Governance*, vol. 43, no. 5, pp. 392-406.
- FREIRE, P. (2005): *Pedagogía del oprimido*, Buenos Aires, Siglo veintiuno editores.
- GARCÍA-MOLINA, J. y SAÉZ, J. (2011): "Educación Social ¿Qué formación para qué profesional?", *Revista de Educación Social*, vol. 13, pp. 1-14.
- GARNEAU, S. y NAMIAN, D. (2017): *Erving Goffman et le travail social*, Montreal, Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- GHERARDI, S. (2008): "Situated Knowledge and Situated Action", en: D. BARRY y H. HANSEN (eds.): *The SAGE Handbook of New Approaches in Management and Organization*, Londres, SAGE Publications, pp. 516-525.
- GOFFMAN, E. (1991): *Los momentos y sus hombres*, Barcelona, Paidós comunicación.
- GRIMAUD, L. (2003): «Le récit de pratique, un outil clinique en institution?», *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 3, pp. 8-11.
- GUIGUE, M. (2002): «Analyse de pratiques», *Recherche & Formation*, vol. 39, n. 1, pp. 107-121.
- HAIDET, P. (2007): "Jazz and the 'art' of medicine: Improvisation in the medical encounter", *Annals of Family Medicine*, vol. 5, n. 2, pp. 164-169.
- HASFORD, J.; NELSON, G.; WORTON, S.K.; MACNAUGHTON, E.; MACLEOD, T.; PIAT, M.; TSEMBERIS, S.; STERGIPOULOS, V.; DISTASIO, J.; AUBRY, T. y GOERING, P. (2019): "Knowledge translation and implementation of housing first in Canada: A qualitative assessment of capacity building needs for an evidence-based program", *Evaluation and Program Planning*, vol. 75, pp. 1-9.
- HOMELESSLINK (2017): *Guidance for Support providers*, London.
- JAMOULLE, P. (2007): «La proximité», *Les politiques sociales*, vol. 3 & 4, pp. 42-59.
- LABORDE, D. (1999): «Enquête sur l'improvisation», en: M. de FORNEL y L. QUÉRÉ (eds.): *La logique des situations*, París, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, pp. 261-299.
- LAFORTUNE, L. (2009): *Professional competencies for accompanying change. A frame or reference*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- LENZI, M.; SANTINELLO, M.; GABOARDI, M.; DISPERATI, F.; VIENO, A.; CALCAGNÌ, A.; GREENWOOD, R.M.; ROGOWSKA, A.M.; WOLF, J.R.; LOUBIÈRE, S.; BEIJER, U.; BERNAD, R.; VARGAS-MONIZ, M.J.; ORNELAS, J.; SPINNEWIJN, F. y SHINN, M. (2020): «Factors Associated with Providers' Work Engagement and Burnout in Homeless Services: A Cross-national Study», *American Journal of Community Psychology*, vol. 0, n. 1, pp. 1-17.
- LLOBET, M. y AGUILAR, M. (2016): "El Housing First. El dret a l'habitatge dels més vulnerables", *Barcelona Societat*, vol. 20, pp. 16-32.
- LLOBET, M.; BOIXADÓS, A.; CARTOIXÀ, J.; MUÑOZ, A.; SANCHO, J.; SERRANO, M. (2020): *Informe final del Programa Primer la Llar. Als 40 mesos d'estada a l'habitatge*, Ayuntamiento de Barcelona, Barcelona.
- LO SARDO, S. (2016): *Sorties de rue. Une ethnographie des pratiques d'intervention Housing First*, Bruselas.
- MARCEL, J.F.; OLYR, P.; ROTHIER-BAUTZER, E. y SONNTAG, M. (2002): «Note de synthèse : Les pratiques comme objet d'analyse», *Revue française de pédagogie*, vol. 138, pp. 135-170.
- MCALL, C. (2008): «Trajectoires de vie, rapports sociaux et production de la pauvreté», en V. CHATÉL y S. ROY (eds.): *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- MEIRIEU, P. (1998): *Frankenstein educador*, Barcelona, Editorial Laertes.
- NAVARRO, S. (2015): "En busca del fuego en la intervención social: vindicación de lo comunitario, artesanía de lo relacional", *El Servicio Social Municipal del Ayuntamiento de Bilbao, hacia un modelo más comunitario y relacional*, Bilbao, Rayuela creativa, pp. 12.
- NAVARRO, S. (2017): *Saber femenino, vida y acción social*. Madrid, Editorial CCS.
- PADGETT, D.K. (2012): "Choices, Consequences and Context : Housing First and its Critics",

- European Journal of Homelessness*, vol. 7, no. 2, pp. 341-347.
- PERRENOUD, P. (2012): “Le travail sur l’habitus dans la formation des enseignants», *Former des enseignants professionnels: Quelles stratégies? Quelles compétences?*, De Boeck Supérieur, pp. 211-237.
- PESSIN, A. (2004) : *Un sociologue en liberté. Lecture de Howard S. Becker*, Québec, Presses de l’Université Laval.
- PIAGET, J. (2000): *Biología y conocimiento. Ensayo sobre las relaciones entre las regulaciones orgánicas y los procesos cognoscitivos*, México D.F., Siglo XXI.
- RICOEUR, P. (1990): *Soi-même comme un autre*, París, Seuil.
— (2004): *Tiempo y narración*, Madrid, Siglo XXI.
- ROGERS, J.; GEORGE, T. y ROBERTS, A. (2020): “Working with individuals who have experienced homelessness: Stresses and successes”, *Housing, Care and Support*, vol. 23, no. 2, pp. 65-76.
- ROSA, F. (2019): *Less? No more. Buone pratiche per una progettazione di interventi di Supportive Housing destinati all’accoglienza delle persone senza dimora in Italia*, Politécnico de Torino.
- SACCO, V. (2020): *A missing piece of the puzzle: Health care providers’ experiences supporting older homeless adults in outreach settings*, University of Waterloo.
- SAHLIN, I. (2005): “The Staircase of Transition — Innovation”, *The European Journal of Social Science Research*, vol. 18, n. 2, pp. 115-136.
- SAMHSA (2010): *Permanent Supportive Housing: Training Frontline Staff*, Rockville, Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.
- SAN MARTÍN, D. y QUILAQUEO, D. (2012): “Habitus profesional y relaciones intersubjetivas entre profesores principiantes y experimentados”, *Perfiles Educativos*, vol. 34, n. 136, pp. 63-78.
- SANTIBÁÑEZ, C. (2012): “Teoría de la argumentación como epistemología aplicada”, *Cinta de Moebio*, vol. 43, pp. 24-39.
- SCHÖN, D.A. (1998): *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan*, Barcelona, Paidós.
- SCHÖN, D.A. y ARGYRIS, C. (1995): *Organizational learning II: Theory, method and practice*, Addison Wesley.
- SCHÖN, D.A. y REIN, M. (1994): *Frame Reflection: Toward the Resolution of Intractable Policy Controversies*, Nueva York, Basic Books.
- SENNETT, R. (2009): *El artesano*, Barcelona, Editorial Anagrama.
- STANHOPE, V. (2012): “The ties that bind: Using ethnographic methods to understand service engagement”, *Qualitative Social Work*, vol. 11, n. 4, pp. 412-430.
- TILMAN, F. (1996): «Comment parler de sa pratique pour la faire partager?», *Courrier du CETHES*, vol. 35, pp. 18-28.
- VÁNĚ, J. (2020): “Merit versus Necessity: Housing First and its Forms in Practice”, *European Journal of Homelessness*, vol. 14, n 1, pp. 55-78.
- VERGNAUD, G. (1996): «Au fond de l’action, la conceptualisation», *Savoirs théoriques et savoirs d’action*, París, Presses Universitaires de France.
- WATSON, D.P.; AHONEN, E.Q.; SHUMAN, V.; BROWN, M.; TSEMBERIS, S. y HUYNH, P. (2018): «The housing first technical assistance and training (HFIAT) implementation strategy: outcomes from a mixed methods study of three programs”, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 13, n 32, pp. 1-13.

“Kaleak suntsitzen du”: bakarrik dauden adingabe atzerritarrak, bakarrik dauden gazte atzerritarrak izatera heltzen direnean, pairatzen dituzten beharrianak profesionalen ikuspuntutik

Aitziber Castaños Mihi

Gizarte-hezitzailea eta gizarte-langilea
castanosmihiaitziber@gmail.com

Iraia Aguayo Portillo

Gizarte-hezitzailea eta gizarte-langilea
iraiairaia01@gmail.com

Janire Fonseca Peso

Gizarte Pedagogia eta Dibertsitate Saila, Deustuko Unibertsitatea
Janire.fonseca@deusto.es

Artikulu honen helburua, profesionalen ustez bakarrik dauden adingabe atzerritarrak, bakarrik dauden gazte atzerritarrak izatera heltzen direnean, pairatzen dituzten beharrianak identifikatzea da. Ikerketa zabalago baten parte da lan hau, Bizkaian bakarrik dauden gazte atzerritarren beharrik identifikatzea helburu zuena. Metodologia kualitatiboan oinarrituz, kasu honetan, kolektibo honekin zerbitzu desberdinetan lan egiten duten hamar profesionaleri elkarrizketa sakonen analisia aurkeztzen da. Elkarrizketa gidioa sortzeko, Eusko Jaurlaritzaren Gizarte Bazterkeria Baliosteko Tresna Tekniko Bateratua oinarri izan zen. Emaitzen artean azpimarratzekoa da laguntza-sare baten sorkuntzaren premia; hots, babes-zerbitzutik kanpo geratzen direnean, bazterketa egoera pairatzeko arrisku handiagoan egonda, gizarte- eta hezkuntza-eskuartzetik, bazterketa honetan eragina duten esparru guztiei aurre egiteko premia.

GAKO-HITZAK:

Bakarrik dauden adingabe atzerritarrak, bakarrik dauden gazte atzerritarrak, bazterketa, babesgabetasuna, immigranteak, migrazioa, gizarte-hezkuntza.

El objetivo de este artículo es identificar, desde la percepción de las personas profesionales, las necesidades que sufren los menores extranjeros no acompañados (MENA) cuando pasan a la condición de jóvenes extranjeros no acompañados (JENA). Este trabajo forma parte de una investigación más amplia que tenía como objetivo identificar las necesidades de este colectivo vizcaíno de jóvenes. En este caso, se presenta el análisis de diez entrevistas en profundidad realizadas a profesionales que trabajan con el colectivo en diferentes servicios. Para la elaboración del guion de entrevista, se utilizó el Instrumento Técnico Común de Valoración de la Exclusión Social del Gobierno Vasco. Entre los resultados, subrayamos la necesidad de generar una red de ayuda; es decir, dada la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra el colectivo al quedarse fuera del sistema de protección, la necesidad de una intervención socioeducativa en todos los ámbitos y factores que tienen impacto en los procesos de exclusión social.

PALABRAS CLAVE:

Menores extranjeros no acompañados, jóvenes extranjeros no acompañados, exclusión, desprotección, inmigrantes, migración, educación social.

1. Sarrera

Atal honetan, bakarrik dauden adingabe atzerritarren migrazio-prozesuari buruz arituko gara; izan ere, guri dagokigun kolektiboa, bakarrik dauden gazte atzerritarrak, adingabeak izan dira Espainian kasu gehienetan. Magrebetik bakarrik datozen adingabeen kolektiboari buruz arituko gara, hori baita gure erkidegoan artatzen den kopuruari buruzko profil adierazgarriena (Ararteko, 2011: 94¹, Save the Children, 2017²). Espainiako Abokatutzaren Kontseilu Nagusiaren eta Espainiako Unicef-enarabera (2009: 25), bakarrik dauden adingabe atzerritarren kontzeptua honela definitzen da: “Europar Batasuneko kide ez den estatu bateko adingabea, Espainian sartzean 18 urte baino gutxiago dituen aberrigabea, heldu batekin ez doana. Europar Batasuneko estatu-kide batean (kasu honetan Espainian) sartu ondoren, bakarrik uzten den adingabea ere izango da adingabe atzerritarra”.

Setiën eta Barceloren arabera (2008), bakarrik dauden adingabeak immigrazioaren ehuneko portzentual txikia dira, nahiz eta Espainia izan gehien erregistratu dituen herrialdea, Afrikako iparraldetik hurbil dagoelako. Euskadin, bakarrik dauden adingabe atzerritarren kopurua beste autonomia-erkidego batzuetan baino nabarmenagoa da, estatu-mailan bosgarren postuan (Save the Children, 2017). Ildo horretatik, Arartekoaren datuetan oinarrituta (2011) hurrengo baieztapenak ditugu: harrera-sisteman bakarrik dauden adingabe atzerritarren kopurua etengabe hazten ari da, adingabeen jatorria dibertsifikatzen ari da, nahiz eta Magrebeko adingabeak nagusi izaten jarraitzen duen, gero eta kasu gehiago ikusten dira Sahararen hegoaldeko Afrikatik, Europako Ekialdetik edo Hego Ameriketatik. Aldaketak ikusten ari dira migrazio-proiektuan, “ia helduen” emigrazioa izatetik, migrazio-proiektu argi batekin, lan egiteko, bizi-baldintzak hobetzeko eta jatorrizko familiari laguntzeko, “nerabeen” emigrazioa izatera igaro da, proiektu zehatzik gabe.

Bakarrik dauden adingabe atzerritarrak adinez nagusi direnean, autonomo izateko Espainiako gazteriarri eragiten dioten zailtasunak izateaz gain, gazte horiek babes-gabezia handiagoa dute, ez baitute familiarik, eta erakunde eta gizarte-laguntza behar dute emantzipazio-prozesua errazteko eta lan-integrazioa bermatzeko (Palma-García, Ruiz Mosquera eta Vives González, 2019). Izan ere, zirkuitu instituzionaletik kanpo, gazte horiek lan-merkatuan sartzearen bidez lagundu gabe igaro daitezke helduen bizitzara; beraz, hori gertatzen ez denean eta lanaldi osoko urtebeteko lan-kontratu lortu ezin dutenean, egoera irregularrean dauden atzerritarrak dira berriro, eta,

ondorioz, euren integrazio- esperientzietan atzera egin dute (Senovilla, 2007).

Kolektiboaren egoera aztertzeke, Eusko Jaurlaritzaren Gizarte Bazterkeria Baliosteko Tresna Tekniko Bateratua (2019) erabili da. Fenomeno hau berria izanda, ikerketa-munduari ez dio denborarik eman kolektibo honetarako erreminta konkreturik sortzeko, baina bazterketa-egoeran (edo honen arriskuan) egonda, tresnak eskaintzen dituen kategoriak bat egiten zuten ikerketa-taldeak neurtu nahi zituen alderdiekin.

Tresna honek gizarte-bazterketako balizko egoerak baloratzeko balio du eta gizarte-bazterkeriaren egoerari buruzko gizarte-diagnostiko espezializatua egin daiteke. Horretarako, bizi-esparruka banatutako adierazle batzuk erabiltzen ditu, egoera horretan dauden eta gizarte-zerbitzuen sisteman arreta jarri behar zaien pertsonen kasuistika espezifiko jasotzeko, bai oinarrizko gizarte-zerbitzuetatik, bai bigarren-mailako arreta-zerbitzuen ataza espezializatutik. Tresna horretan baloratzan diren bost bizi-eremuak hartuko ditugu abiapuntutzat: ekonomia, lana eta bizitegia, elkarbizitza-eremua, eremu pertsonala, osasunaren esparrua, eta azkenik, gizarte-eremua. Horietan guztietan, dagozkien adierazleak ere aztertuko ditugu, ondoren profesionalak duten pertzepzioarekin alderatu ahal izateko.

Ekonomia-, lan- eta etxebizitza-esparruaren aldetik, Vinaixaren aburuz (2019), gehienek ere lanik aurkitzen ez dutenez, ez dute baliabide ekonomikorik beren garapenerako bizimodu independentea egin ahal izateko. Honen harira, Weller-ek esaten duen moduan (2007-2008), beharrezkoa da lana lortzea, batez ere lana gizarte-integrazioaren ardatza, bizitza pertsonalerako zentzu-iturria, herritarrek parte hartzeko gunea eta aurrerape nmaterialaren motorra delako.

Bizikidetzatza-esparruari buruz hitz egiterako orduan, aipu garrantzitsu bat da Blancas eta Jurado-k esandakoa (2010), bakarrik dauden gazte atzerritar hauek familia-sarerik ez izateak oztopatu egiten duela populazio honen gizarteratzeko prozesua, laguntza hori ez dutelako. Ondorioz, indarkeriara jo gabe, baliabide pertsonalak eta trebetasunak eskuratu behar dituzte, aurrera egin ahal izateko (Lafuente, 2010). Prozesu honetan, Manzani eta Arnoso-ren aburuz (2014) gazte hauek mezu bat jasotzen dute, beren migrazio-proiektuak derrigor osatu behar dutela, lan egiteko etorri direlako hona, nahiz eta dituzten zailtasunekin, lortzea ezinezkoa izan.

Osasunari dagokionez, jakin beharra daukagu hau prozesu ugariaren sintesia dela, gorputzaren biologiarekin, inguruan dugun ingurunearekin, gizarte-harremanekin, nazioarteko politika eta ekonomiarekin gertatzen denaren artean (Alcántara, 2008; Briceño-León, 2000).

Gizarte-arloan sartzeko, izendatzeko Barrón eta Sánchez Moreno-k idatzitakoa (2001). Euren esanetan, bizitzako gertaera estresagarriek zuzeneko lotura

¹ Xostenean agertzen diren datuak: 2003. urtean, gure autonomia erkidegoan harturiko adin txikikoetatik, %97 Magrebetik zetozen, eta Saharazko hegoaldeko Afrikako herrialdeetatik, %0,8. 2009. urtean, hartutako adingabeen artean, Magrebetik zetozenen proportzioa hirutik bikoia izan zen, eta Sahel hegoaldeko Afrikatik zetozenena, hamarretik bi izatera pasatua zen.

² Marokotik %66,84, Aljeriatik %9,63, Gineatik %4,02, Boli Kostatik %3,24, Kamerunetik %0,98 eta Nigeriatik %0,59.

dute narraidura psikologikoarekin eta depresioarekin, eta, gizarte-laguntza handiagoa izanez gero, zauria murrizten da. Badirudi komunitateko beste kideekin erlazioak sortzea kontu zaila dela, izan ere, Manzani eta Arnoso-ren ideia jarraituz (2014), iritzi publikoa gero eta gogorragoa da atzerritarrekiko, eta bakarrik dauden gazte atzerritar horiei buruzko tratamendu mediatiko desegokiak, zaildu egiten du gizarte-harremanak ezartzea eta haien gizarteratzea eta, ondorioz, haien ongizatea.

Tutoretzapeko gazte askok ez dute lortzen helduarorako trantsizio-prozesua arrakastaz garatzea. Langabezia- eta prekaritate-indize altuak hautematen dira, pobrezia-mailaren azpitik kokatuz (Palma-García, Ruiz Mosquera eta Vives González, 2019).

Vinaixarrek dioenez (2019), familiarengandik urrun egoteaz gain, beren zaintzaileak eta tutoretza egin dutenak ere galdu dituzte. Egoera juridiko eta administratibo berriaren ondorioz, bakarrik dauden adingabe atzerritar ohiak egoera juridiko eta administratibo berrian daude, eta, horren aurrean, hainbat arazo planteatzen dira. Arazo horien erantzunak garrantzi handia du, ez bakarrik beren bizitzarako eta etorkizunerako, baita gizartean bizitzeko ere: Non biziko dira? Nola egingo diete aurre hemendik aurrera sortuko zaizkien zailtasunei? Nola erregularizatuko ote dute Espainian duten egoera? Lan-baimena lortuko ote dute? Espainiako nazionalitatea eskuratu ahal izango dute?

Bakarrik dauden adingabe atzerritarren arestiko migrazio-fluxuak izanda, eta hauek heldutasunera ailegatzeko urteak igaro direla kontutan edukita, akademia- eta ikerkuntza-arloan oso ikerketa edota erreferentzia teoriko urriak aurkitzen dira kolektibo honen inguruan. Manzani eta Arnoso-k (2014) adierazten dutenez, kolektibo honek esplizituki adierazten dituen eskaera nagusiak etxebizitza, arlo administratibo eta judizialari dagozkionak, enplegurako prestakuntza, osasuna, aisialdia eta astialdia dira, eta erakundeen aldetik erantzunik lortzen ez badute, beren ongizate psikosoziala arriskuan jartzen da. Hori dela-eta, beharrezkoa da prozesu hau erraztuko duten estrategiak garatzea eta helduen bizitzarako gazte hauek prestatzea (Stein, 2006).

Eginkizun horri aurre egiteko, hau da, gazte hauen bizi-egoera nola hobetu helburu gisa daukaten ikerketetan aurre egiteko, artikulua honetan bakarrik dauden gazte atzerritarrekin lan egiten duten profesionalen ahotsak islatu eta aztertuko dira. Konkretuki, artikulua honen helburua profesionalen ustez bakarrik dauden adingabe atzerritarrek, bakarrik dauden gazte atzerritarrek izatera heltzen direnean, pairatzen dituzten beharrezkoak identifikatzea da. Ikerketa zabalago baten parte da lan hau, Bizkaian bakarrik dauden gazte etorkinen beharrik identifikatzea helburu zuena³.

2. Metodologia

Helburua lortzeko, metodologia kualitatiboa erabili da, pertsonak erakitzen dituzten iritziak, alderdi subjektiboak eta taldeen artean ematen diren harremanak ezagutzeko (Alberich, 2007). Informazioa jasotzeko erabili den erreminta elkarrizketa sakona izan da. Gidoiak, Eusko Jaurlaritzaren Gizarte Bazterkeria Baliosteko Tresna Tekniko Bateratua (2019) oinarri izanda, hamaika kategoria aztertzen zituen: 1) profesionalaren ibilbidea; 2) bakarrik dauden gazte atzerritarren hasierako ibilbidea; 3) bakarrik dauden gazte atzerritarren egungo egoera eguneroko bizitza; 4) alderdi sozialak; 5) loturak; 6) laneratzea; 7) dirusarrerak eta laguntzak; 8) erregularizazioa; 9) osasuna; 10) etorkizuneko estrategiak eta planak; 11) beharrezkoak. Elkarrizketak langileen lanpostuetan burutu ziren, alde aurretik adostuta. Solasaldiaren batez besteko iraupena ordu eta laurdenekoa izan zen. Elkarrizketa guztiak grabatu egin ziren, baita transkripzioa egin ere analisirako. Elkarrizketatu guztiak konfidentzialtasun-orria irakurri eta sinatu egin zuten, ikerketaren izaera boluntarioa helarazi eta anonimatua bermatuta.

2.1. Parte hartzaileak

Hamar profesionalak hartu zuten parte ikerketan. Hautatzeko irizpideak honako hauek izan ziren:

- Bakarrik dauden gazte atzerritarrekin lan egitea.
- Zerbitzu/esparru desberdinak.
- Generoa.

Ikerkuntza-taldeak zituen harremanak erabili ziren kontaktuak sortzeko. Hasieran, hamabost entitaterekin telefonoz egin zen lehenengo kontaktua; horietatik, hamarrek baiezkoa eman zuten. Horiei, posta elektronikoko baten bidez informazio guztia helarazi zitzaizkien, elkartzeko data bat eskatzen. Hamar elkarrizketatuetatik, bostek prestakuntza- eta laneratze-zerbitzuetan lan egiten dute, eta beste bostek etxebizitza- eta aterpe-zerbitzuetan. Generoari dagokionez, hiru emakume eta zazpi gizon elkarrizketatu ziren (1. Taula).

zehir, BBK-k finantzatuta. Ikerketan, artikulua honetan aztertzen diren profesionalen elkarrizketekin bat, bakarrik dauden 40 gazte atzerritarrei egin zitzaizkien elkarrizketa. Artikulu honetan profesionalen pertzepzioak aztertzen dira Gizarte Hezkuntza graduaren gradu-amaierako lana burutzeko erraztu ziguten informazioa delako.

³ Deustuko Unibertsitateko "Intervención: Calidad de Vida e Inclusión Social" ikerketa-taldeak aurrera eramandakoa 2019. urtean

1. Taula. Elkarrizketatuen profila.

Entitatea	Emandako zerbitzua	Generoa	Identifikazioa	Data
Prestakuntza eta laneratzea	Prestakuntza eta laneratzea ardatz dituen fundazioa	Gizona	P.L.G. 1	2019ko azaroak 25
	Lan- eta lanbide-orientazioa, prestakuntza, lan-merkatura hurbiltzea eta laneratzea	Gizona	P.L.G. 2	2019ko azaroak 25
	Enplegu-orientazioa	Emakumea	P.L.E. 1	2020ko urtarrilak 17
	Prestakuntza eta ikastaroak	Gizona	P.L.G. 3	2019ko abenduak 3
	Orientazioa eta prestakuntza	Gizona	P.L.G. 4	2019ko abenduak 4
Etxebizitza eta aterpetxea	Etxebizitza eta aterpetxea	Gizona	E.A.G. 1	2019ko abenduak 5
	Etxebizitza eta orientazioa	Emakumea	E.A.E. 1	2019ko abenduak 5
		Gizona	E.A.E. 2	2019ko abenduak 5
	Aterpetxea	Gizona	E.A.G. 2	2019ko abenduak 13
		Emakumea	E.A.G. 3	2019ko abenduak 13

ITURRIA: Egileen lana.

2.Taula. Analisisirako sortutako kategoriak eta kodeak

Kategoria	Kodea
Ekonomia-, lan- eta etxebizitza-esparrua	<ul style="list-style-type: none"> Egoera ekonomikoa. Lan-egoera. Etxebizitza-egoera.
Bizikidetz-esparrua	<ul style="list-style-type: none"> Harreman eta lotura afektiboak izatea Elkarbizitza-laguntza soziala jasotzea.
Esparru pertsonala	<ul style="list-style-type: none"> Konpetentzia eta gaitasun pertsonalak. Kanpoko egoera. Bizi-dinamismoak.
Osasunaren esparrua	<ul style="list-style-type: none"> Osasun-egoera orokorra. Gainerakoak.
Gizarte-esparrua	<ul style="list-style-type: none"> Onarpen soziala eta bizikidetz-esparrua komunitarioa. Gizarte-ingurunearekiko harremana. Gizartean parte-hartzea.

ITURRIA: Egileen lana.

2.2. Datuen analisisia

Elkarrizketen analisisia egiteko, kategorizazio-, kodifikazio- eta birkodifikazio-fase desberdinak burutu ziren. Eusko Jaurlaritzaren Gizarte Bazterkeria Baliosteko Tresna Tekniko Bateratua oinarri izanda, analisi iteratiboa egin zen, azkeneko “inter-epaile” egiaztatzearekin, azkeneko kategoriak eta kodeak zehazteko eta balioztatze erabili izan zena (2. Taula).

3. Emaitzak

Atal honetan, elkarrizketetatik ateratako emaitzak helaraziko dira, Eusko Jaurlaritzako bazterketa tresnan agertzen diren kategoriak errespetatzen: 1) ekonomia-, lan- eta etxebizitza-esparrua; 2) bizikidetz-esparrua; 3) esparru pertsonala; 4) osasunaren esparrua; eta 5) gizarte-esparrua.

3.1. Ekonomia-, lan- eta etxebizitza-esparrua

Kategoria honetan, bi azpipuntu identifikatu ditugu: egoera ekonomikoa eta lan-egoera, eta etxebizitza-egoera.

3.1.1. Egoera ekonomikoa eta lan-egoera

Egoera ekonomikoari buruz, elkarrizketatu gehienek uste dute adingabeentzako etxe batean 18 urte bete arte egon badira, dirulaguntzak izapidetzeko laguntza jaso ohi dutela. Pertsona horrek 340 euro jaso ahal izango ditu 30 hilabetez, eta 21etik 23ra dirusarrerak bermatzeko errenta (DBE) jaso ahal izango du. Baina zer gertatzen da gainerako kasuetan, hau da, 23 urtera arte? Zertaz hornitzen dira? Hori da elkarrizketa guztietan egiten den galdera orokorra. Baina pertsona horiek adingabeentzako etxe batean egon ezean, ezin izango dute laguntzarik izan ezer eskatzeko:

Batzuek Bilbotik kanpo etxebizitzak lortzen dituzte, baina ezin dituzte garraioa, janaria edota arropa ordaindu. Batzuetan ez ditu behar guztiak betetzen. (P.L.G.2)

340 euro kobratzen dituzten pertsonen artean, logela bakoitzeko 200 euro ordaintzen dute normalean, eta bizitzeko 140 euroekin geratzen dira; dela jakietarako, dela garraiorako. Baina askotan hori ez zaie iristen beren beharrak asetzeko. Elkarrizketatu batek adierazi zuenez, elkarrekin bizi dira maiz, baina ez desio propioz, premiagatik baizik. Batzuek

privilegioa moduan, fundazioren baten laguntza daukate, baita diru pixka bat lortzeko aukera erakundeekin lankidetzan jardunda. Gazte horietako askok dirua lortzen dute lagunei mesedeak edo lanen bat eginda. Edo langabezia-egoerak ere aipatu izan zituzten. Egoera honek baliabide-gabezia dakar, bizimodu independente bat izateko eta garapen bat izateko prozesua zailtzen. Ondorioa, kalean bizitzea izan ohi da, eta askotan, delitu egiten bizirik irauteko.

Laburbilduz, egoera horretan dauden gazteek, adingabeentzako etxe batetik etorri badira, errazago izango dute dokumentazioa lortzea; prozesua ondo egin badute, behintzat. Hala ere, zaila izango da, dirusarrerak oso eskasak baitira. Prozesua ondo jarraitu ezean edo ailegatzean dagoeneko 18 urte izanez gero, ez daukate aukerarik dirulaguntzarik jasotzeko. Gaztea izatea gaur egun zaila da ekonomikoki bakarrik bizi ahal izateko, are gehiago etorkina izanda eta dokumentaziorik gabea:

Gazte batzuk 18 urterekin ateratzen dira, sarrera-baimena gabe, erreferentzizko koordinatzaile gabe, dagokion prestazioa edo zentro gabe, eta kaleko egoerara pasatzen dira. Hemen, paperen arretarako erraztasunik ez badago, horrela da. (P.L.G. 4)

Lan-egoerari buruz hitz egiterakoan, hainbat gauza komentatzen dituzte, batez ere erregularizatzeko lana lortzearen garrantzia. Orokorrean, prozesu berbera komentatu ohi dute elkarrizketatu guztiek: haien ibilbidean dena ondo badao, izenemandako kurtsoetara joan eta bigarren urtean praktikak egiten badituzte, etorkizunean lan egin ahal duten enpresa batera eramaten dituzte. Hori baino lehen, eskola-graduatuak premiako dute, erdi-mailako ikasketak egin ahal izateko. Ikasle batzuk hirugarren sektoreko proiektu batzuetan parte hartuta, laneratzea lortu izan dute.

Ez dago bizitegi-egonkortasunik, eta, hori gabe, oso zaila da prozesu egonkor batzuk izatea, prestakuntza-prozesu batzuk, etxebizitza-bilaketa bat... garrantzitsuena ez baitago estalita; gero, prestakuntza izango litzateke, hau da, prestakuntzetara iritsi ahal izatea. (P.L.E. 2)

Elkarrizketa guztietan aipatzen da kolektibo honek laneratzeke izaten duen zailtasuna, gazte horiek lan-katean azkenak baitira, hau da, kontratatzen dituzten azkenak izango dira, inguruan duten estigmaren ondorioz. Badaude batzuk aurretik praktikak eginda, lan egiteko aukera izan dutenak; eta horren bitartez erregularizazioa lortu dutenak. Hori ez da bakarrik haientzat ona ekonomia-aldetik, baita erantzunkizunagatik ere, baliagarri sentitzearekin eta haien bizitzaren helburuari erantzutearekin zerikusia daukalako. Weller-ek (2007-2008) aipatzen duen moduan, beharrezkoa da lana lortzea, batez ere lana gizarte-integrazioaren ardatza, bizitza pertsonalerako zentzu-iturria, herritarrek parte hartzeko gunea eta aurrerapen materialaren

motorra delako. Beste datu interesgarri bat, gai honi buruzkoa, Espainiara heldu aurretik gehienek, lan-esperientziak izan dituztela Tangerren, dirua lortzeko eta hona heldu ahal izateko. Behin lana lortuta ondo begiratu behar da zein egoeratan lan egiten ari diren: normalean ustiapen-egoeretan, lan oso prekarioetan eta baldintza latzgarrietan:

Begira zer lan-egoeratan dauden: esplotazio-egoeretan, megaprekario-lanetan, baldintza ikaragarrietan. Hori hobeto iruditzen zaigu lanik ez egitea baino? Lan-merkatuan inbertitzen duten bitartean, berdin zaigu nola txertatzen diren. (E.A.G. 2)

3.1.2. Etxebizitza-egoera

Etxebizitzaren egoerari buruz hitz egiten dugunean, profesional gehienek, babes-zerbitzuetara hurbiltzen direla aipatzen dute, bizi eta lo egiteko lekua behar dutelako. Babes-zerbitzuek baliabide urriak dituztenez, askok kalean bizi eta lo egiten dute. Kasu batzuetan, zortea izanez gero, zenbait erakunde-zerbitzuek aprobetxatu ahal dira. Elkarrizketa guztietan aipatzen da erakunde askotan lan handia egiten dela pertsona hauei bizitza duin bat emateko, honako hauek aipatuz: Ellakuriako Gauean, Harribideko Gauean, Adsiseko edo Peñascaleko pisu batzuk..., baita Hemen elkarte aipatu zen, gazteei tramite burokratiko guztiekin laguntzen dietelako. Oso garrantzitsuak dira zerbitzu hauek hainbat eginkizunetan akonpainamendua ematen dutelako: errolda tramitatzen laguntzen die gazte hauei, pasaporteak eskatzen (normalean lortzeko hiru edo lau hilabete itxaron behar dena), eta erresidentzia-baimena tramitatzen diete, logela bat alokatu ahal izateko:

Hasiera batean, aterpetxearekin sarea izan dezaten saiatzen gara, gizarteratzeko laguntza izapidetzen ari garen bitartean; gero, Cear etxeak plaza batzuk ditu bere pisuetako batean, eta hori ere erabiltzen dugu; eta partzuergoko erakundeak ere erabiltzen ditugu, edozer dela ere, Gauean Ellakuria, Gauean Harribide, Adsis edo Peñascaleko etxebizitzak. (E.A.E. 1)

Askotan gertatu izan da, nahiz eta adingabeen pisuetan egon izan eta pasaporteak edukita ere, ez dutela erresidentzia-baimena lortu, eta ia urtebete adingabeko pisuetan erroldatuta egotera heldu direla, nahiz eta han ez bizi. Haien egoera erregularizatzea profesional guztien iritzi erronka handienetako bat da. Aipatu beharrezkoa da diputazioak adinez nagusi direnen 32 laguntzako zentro bat daukala, non haien egunerokotasunaz eta haien paperen erregularizazioan laguntzen dieten. Zerbitzu honek ezin duenez kolektibo osoari erantzuna eman, lehen aipatutako zerbitzuak gainerako gazteei heltzen saiatzen dira, gehienak Bilboko Gizarte Larrialdietarako Udal Zerbitzuaren⁴

⁴ SMUS gaztelaniazko sigletan.

eskumena dena (etxe gabetasun-egoeran dauden pertsonentzako udal zerbitzua).

Normalean, adingabeen zentrotik irten eta ostaturik ez dutenean (ohikoa izaten da), Gizarte Larrialdietarako Udal Zerbitzura joaten dira, eta hortik plaza duten aterpetxeetara bideratzen dituzte... (E.A.G. 1)

Prozesu honetan arazoren bat izan badute, edo aurretik aipatutako zerbitzuak jasotzerik izan ezean, bitartean kalean bizi behar dute, eta San Mames edo Rekaldeko inguruetan bizi izaten dira. Okupatutako lekuak eta asentamenduak ere sortu dituzte behar horiek asetzeko. Instituzioek ez dute inoiz hitz egiten asentamendu hauei buruz, baina nahikotxo daude; gainera, denboran zehar luzaro mantendu direnak. Elkarrizketatuen esanetan, noizbehinka poliziak edo garbiketataledeek suntsitzen dizkiete; askotan zerbitzu sozialei deitu gabe. Kaleratze askotan, ez zaie pertsona hauei abisatzen eta dena botatzen dute, adibidez paper garrantzitsuak, txosten medikuak, dokumentazioa... 1978ko Konstituzioan, 47. artikulua esana hurratuz.

3.2. Bizikidetzeta-esparrua: Harreman eta lotura afektiboak izatea eta elkarbizitzarako laguntza soziala jasotzea

Zerbitzuetan, hezitzaileek bakarrik dauden gazte atzeritarrekin harremanak eta loturak sortzen dituzte, eta bizitzan erabakiak hartzen laguntzen dizkiete. Akonpainamendua egiteaz gain, langileen irudia oso garrantzitsua da gazte askorentzako.

Erreferentzia irudi hau izateari esker, asko ezagutzen dute haien harremanei buruz. Kasu batzuetan, haien artean harremana ez da ona, batez ere kalean bizi diren artean, ez dira bata besteaz fidatzen. Aipagarria da, Saharaz hegoaldekoen artean harremana estuagoa dela; herrikideak direnez, haien artean laguntzen dira, magrebtarrak aldiz, modu independenteagoan joaten dira, bakoitza bere bidea egiten:

Kaleak suntsitzen du. Etxegabetasun sakonenean sartzeko orduan galtzen diren harremanak bezain garrantzitsuak dira egoera horretatik ateratzeko sortzen diren harremanak. (P.L.G. 2)

Askotan, zerbitzuetara sartu baino lehen ez dute laguntza-sarerik, eta zerbitzuetara sartzera, babesa sentitzen duten lehenengo aldia da. Kontuan izan behar dugu Blancas eta Juradok aipatzen duten moduan (2010), familia-sarerik ez izateak oztopatu egiten duela populazio horren gizarteratze-prozesua. Batzuetan, oso erlazio onak sortzen dira zerbitzuen partaideen artean, oso aldaketa handia izanik, normalean sare oso txiki batekin heltzen direlako, eta gehienetan haien ezagunak egondako aurreko zerbitzuan ezagututakoak direlako. Batzuetan ere, ezagunen bat daukate haien jatorrizko herrialdeetik etorritakoa:

Gehienek oso sare txikia dute. Ea, bada, jatorrizko herrialdeko jende askok badu ezagunen bat; gero, ikastaroko beste ikaskide batzuk; ireki dakioken beste adar bat programako ikaskideak dira. (E.A.G. 3)

Elkarrizketa guztietan zehar, askotan aipatzen da haien jatorrizko familiaren kontua.

Askotan nahiago dute senideei ez deitzea haiek ez kezkatzeko, baina egia da, nolabait, telefonoz harremanetan daudela. Kalean dauden pertsona askorentzat garrantzitsuagoa da familiarekin bi egunetik behin komunikatzea, gauetarako bakarrik lo egiteko sabaia edukitzea baino. Beraientzat garrantzitsuena amarekin hitz egitea eta ondo daudela esatea da; gezurra izanda ere.

3.3. Esparru pertsonala

Kategoria honetan, hiru azpipuntu aztertuko ditugu: kompetentzia eta gaitasun pertsonalak, kanpoko egoera, eta bizitzaren dinamismoak.

3.3.1. Kompetentzia eta gaitasun pertsonalak

Haien gaitasunak harremanetan jartzeko orduan ikastaroetako irakasleekin sortutako loturarekin erakusten da. Aldiz, batzuetan, portaera txarra izaten dute profesionalekin. Arazo hau erreferente heldurik ez izateagatik izan daiteke eta Lafuentek (2010) esaten duen moduan, indarkeriara jo gabe egoera zaileri aurre egiteko baliabide pertsonalak eta trebetasunak eskuratu behar dituzte gazteek, komunikazio-trebetasunak ikasiz eta emozioak eta sentimenduak adieraziz, eta hori erreferentziazko heldu bat eduki ez bada zaila gerta ohi da. Baina gehienetan, pisu batean hartzen zaienean, denak dira gai elkarrekin bizitzeko, ikasteko, janaria prestatzeko, garbitzeko txandak kudeatzeko... Elkarrizketa gehienetan komentatzen da gazteak direla, freskotasuna eta egokitzeko gaitasun handia dutenak, jatorriz dituzten gaitasun asko baitituzte eta bidaiak berak ematen dizkien beste gaitasun batzuekin datozelako, baina batez ere balio handiko gauza batekin datozelako: erresilientzia:

Serieko gaitasun askorekin datoz, baina baita bidaiak berak ematen dizkien beste batzuekin ere, eta horiek ere asko dira balio gisa berreskuratu daitezkeenak. (P.L.G. 4)

Gizarte-gaitasunei buruz hitz egiterakoan, beren esperientzia kontatzeko eskaintzen dira beste batzuei akonpainamendua egiten laguntzeko, eta hau baloratu beharreko beste gauza bat da, puntu honetara heldu diren gazteak, prozesu honen azkenengo etapan daudelako eta haien energia etorri berri diren gazteei laguntzeko balio duelako.

Hezkuntza eta prestakuntzari buruz hitz egiterakoan, hainbat gai atera ziren elkarrizketetan. Elkarrizketatu guztien aburuz, batzuetan ez dute lan bat aurkitzeko behar diren oinarrizko gaitasunik (nola sortu Gmail-

eko kontu bat adibidez), teknologiarekin trebeziarik ez dutelako. Baina beste gutxi batzuk, aldiz, Interneten sartzen dira joaten diren zerbitzuetako ordenagailuetan eta nolabaiteko trebezia dute teknologian. Ikasketei buruz hitz egiterakoan, batzuk batxilergoko mailarekin iritsi direla esaten dute, lehen-mailako ikasketekin eta alfabetizatuta, eta haien hizkuntzaz gain, zenbait hizkuntza hitz egiten dituzte: arabiera, bereberra, batzuk frantsesa ere, eta oso maila ona daukate.

Gainera, batzuek igeltseroak direla esan dute, mekanikari, soldatzaileak, hau da, lehen-mailako prestakuntza dutenak. Beste erakunde batzuetan ere batzuek bigarren-mailako ikasketak amaitu gabe dituztela esan dute, baina horien barruan aniztasun handia dago; gehienek bigarren-mailako ikasketak baitituzte. Unibertsitate-ikasketak hasita dituen kasuren bat badago. Jende oso motibatua dago, gehiago ikasi eta etorkizun hobea bilatu nahi duena. Marokon ikasketak dituen eta homologatu nahi duen jende asko dago; eta batzuetan lortu egiten dute:

Bateren bat batxilergoarekin iritsi ahal izan da hona, baina oso gutxi etorri dira prestakuntza horrekin, gehienekin, lehen mailako ikasketekin. (E.A.G.3)

Baina, batez ere, praktikak dituzten prestakuntzak egin nahi dituzte, denborarekin, lan-eskaintza bat lortzeko aukera izan dezaten. Nahia honek Nazioarteko elkarrekin aldarrikatzen duten ideia gogoarazten du, hots, hezkuntzaren zeregina ez dela bakarrik jakintzen helaraztea, baizik eta lan-mundurako beharrezko gaitasun guztiak eskaintzea, sektore horien prestakuntza-beharrei erantzuteko eta herritartasuna (modu klasikoan ulertuta) jarduteko eskubidea ziurtatzeko (Unesco, 2020). Honen harira, kolektibo honen erronkarik handienetarikoa bat hezkuntza da. Oro har, gaztelania ikastea lehenetsunez jotzen da elkarrizketa guztietan. Hizkuntza eskuratzea oso garrantzitsua da beste etapa batera igarotzeko:

Hizkuntza funtsezkoa da, hori baita lan-esparru horretara eramateko dugun modua. Ezin dena zera da, enpresa batera ailegatzea, eta ez dezatela agindu bat bereizten jakin eta ez dezatela hitz egin. (P.L.G. 1)

Oso garrantzitsua da lana aurkitzean hizkuntza jakitea. Askotan, hemen denbora asko eraman arren, gaztelania-maila oso baxua dute. Erakunde batzuetan ikastaro praktikakoak koordinatzen dituzte baina, hala ere, gaztelaniako eskolak eskaintzen dituzten zerbitzuak urri dira dagoen eskaerarako.

3.3.2. Kanpoko egoera

Prestakuntza-gaietan ohikoena da, adibidez, goizean edo arratsaldean ikastaro bat egitea, LHkoa edo erdi-mailakoa. Gero, prestatu ere egiten dira, gaztelaniarekin edo ikastaroekin, DBH lortu ahal

izateko. Eta hortik, Lanbide Heziketa egin badute, erdi-mailako gradua egin dezakete. Pixkanaka erabakitzen dute haien ibilbidea, indibidualizatua izanik. Prestakuntza-aukera zabala da eta elkarrizketa guztietan argitzen da:

Normalean bigarren urtean praktikak egiten dituzte eta etorkizunean kontratatu ditzaketen enpresetara bidaltzen dituzte, ondoren kontratu bat izateko; eta ez badoa, lan bila jarraituko dute edo Lanbideren beste ikastaro batzuk edo beste elkarte batzuen bidez egitea gomendatzen diete. (P.L.G. 2)

Erakundeen aldetik inplikazio handia dago, gainera, formazio eta prestakuntza gehiago egoteko, aurrera jarraitzea aldeztu dute. Hor ikus daiteke prestakuntza-sistemaren neurrian, gazte gehienek lan-sare eta lan-alderdi berberetan egongo direla. Hala ere erakundeen aldetik, beste aukera mota batzuk eskaintzen saiatzen dira.

3.3.3. Bizi-dinamismoak

Bizi dinamikei buruz hitz egiterakoan, migrazio-prozesua izan da ateratako gairik errepikatua. Askotan, gazteek duten bizitza-proiektua edo migrazio-proiektua ez da berea, normalean familiek erabakitzen dute hau egitea eta dirua inbertitzen dute horretan. Bere adineko pertsona askok bezala, ez dute oso argi bere profesionaltasun-esparrua, horregatik, oso ikastaro desberdinetan egoten dira. Gehienek geratzeko asmoa dute, gainerakoak joaten badira Bartzelonan familia dutelako eta hara joan nahi dutelako da:

Migrazio-proiektu horretan, bizi-proiektuak daude, emantzipazio-prozesu bat dago. Bizibidea bakoitzarena da, migrazio-proiektuak zailtasunak ditu. (P.L.G. 4)

Askok argi dute hona lan egitera datozela, eta egiten duten lehen gauza prestakuntza jasotzea da. Hasieran lortzeko oso zailak diren itxaropenak dituzte, ez dutelako errealismorik. Sufritu egiten dute errealtatea ikustean eta zein zaila izango zaien helburu horiek lortzea. Lan egin dezaketen lekuan geratzeko asmoa dute eta, ondorioz, paperak lortu nahi dituzte. Beren herrialdeetatik datoz eta lana izateko baimenak izan nahi dituzte, baina migrazio-proiektu honek zailtasun handiak ditu. Ez dute modu egonkorrean bueltatu nahi, ideia hori baztertuta dago. Gehienez ere, Frantziara edo Europako beste herrialde batzuetara joatea dute buruan baina oso kasu gutxi dira, oro har. Hemen geratu nahi den jendea da, hemen bizi-proiektu bat egin nahi duena:

Azkenean, beraientzako prozesu bat dela uste dut, hain zaila eta luzea, ezen beste herrialde batean antzeko prozesu bat berriz ez hasteagatik geratzera erabakitzen baitute. (P.L.E. 2)

Askotan egoera gogor honek hainbat bide jarraitzea ekartzen du. Elkarrizketetan bi adibide esanguratsu

antzean dira. Lehenengoa, haien jatorrizko erlijiora gehiago hurbiltzea da. Askotan, erlijio-mailako kide izatearen sentimendua sortzen dute; Ramadanaren gaia eginez, arkumearen eguna, edozein haragi ez jatea eta gauza horiei eusten direnak asko dira, nahiz eta beren herrialdean ez praktikatu, hemen inor sentitzen direnez honekin identifikatuta sentitzen dira. Eta beste adibidea, zelan mantentzen duten haien duintasuna da. Ikusten da zelan ikastaroetara doazen neska-mutilak oso dotore joaten direla, nahiz eta leku oso txarretan lo egin. Irudi bat mantentzen saiatzen dira, bere buruarentzat, eta are gehiago, besteentzat.

Duintasunaz hitz egingo nuke, ikusten ditudalako ikastaroetara doazen neska-mutilak, leku batzuetan lo egiten dutenak eta leku horietatik pintzel bat eginda irtetzen direnak. Mutiko hauek irudi bat mantentzen saiatzen dira, beren buruarentzat ere bai, ez besteentzat hainbeste, “Duintasuna mantendu nahi dut lo egiten dudana tokian, edonon izanda ere”. (E.A.G. 2)

3.4. Osasunaren esparrua

Osasun arloan hainbat alderdi aipatu ditzakegu, haien artean osasun fisikoarena, kalean egotearen tentsioak eta baliabide ezak kalte fisikoa eragiten baitu. Osasun zerbitzua bermatu gabeko eskubideetako bat da, inork ez die laguntzen errolda-prozesuan eta ez dute erraz Atzerritar Nortasuna-agiria⁵ lortzea. Bilboko Udalak, besteak beste, eskaintzen dituen zerbitzu urriek ere eragin handia dute prozesu honetan:

Eskubideak galtzen joaten dira [...] adibidez, Atzerritar Nortasun-agiria ezin zuten eduki, ez baitzegoen inor prozesu horretan edo erroldan laguntzeko. (P.L.G. 1)

Askotan, hiru aterpe-egun ematen dizkiete, eta hiru hilabete itxaron behar izaten dute berriz aukera hori izateko; gauza bera gertatzen da jangelekin eta dutxekin, eta honek ondorio fisikoa dakar. Muskuluetan kalteak izaten dituzte kalean lo egitean, bizkarreko mina eta loaldiko gaitzak, besteak beste.

Oro har, oso osasuntsuak dira, ohitura gutxi dute medikura joateko eta joatean hepatitis a bezalako gaixotasun kronikoen berri izaten dute. Osasun-zerbitzuek ez dute haien babesa bermatzen; askotan, gaixotasun larriren bat edo osasun-arazoren bat badute, ezin diote ekonomikoki aurre egin. Gainera, elikadura eta higieni faltagatik, ahoarekin arazoak daudela aipatu da. Baina, elkarrizketatuen arabera, orokorrean gazteen osasun fisikoa ona da, ez dago ezer esanguratsurik bakoitzak izan dezakeenaz harago:

Oro har, oso osasuntsuak dira, eta ez dute medikuarenera joateko ohitura handirik. Orduan,

⁵ TIE gaztelaniazko sigletan.

askotan joaten direnean jakiten dituzte gaixotasun kronikoak dituztela, hala nola hepatitis a. (E.A.G. 3)

Adimen osasunari buruz hitz egiterakoan, kalean egoteak ondorio psikologiko sakonak dituela aipatzen da, eta hauek ezin dira balioetsi. Zenbait neska-mutiek laguntza psikologikoa behar dute, kanpoko presioen eta auto presioaren erruz, psikologikoki bizi-proiektuak oso zama handia baitu. Zama oso garrantzitsuak dituzte, bizi-historio kaltetsuak eta sendatu gabeko emozioak edo ondo eraiki gabeko elementu edo alderdiak eta askotan ez dute honi aurre egiteko modu egokirik aurkitzen:

Zailtasun gehiago ikusten ditugu maila psikologikoan, maila mentalean. Azkenean, neska-mutil horiek oso prozesu gogorra igaro dute, eta bazterketa-egoeretan egoteak, emozio mailan, gaizki egotea eragiten du. (P.L.G. 1)

Adimen osasunaren inguruan, elkarrizketa batean, kasu oso zailak aurkitu dituztela komentatzen da, haien artean psikosia garatu duen mutil batena, kultura eta egoera honetara moldatu ezinagatik. Normalean diagnostikoa izaten da arazoa, baina arreata-larrialdietarako ezarritako sistemen barruan, buruko gaixotasunen bat badago, nahiz eta osasun-txartelik ez izan, edozein osasun-zerbitzutatik hartzen zaie. Arazoa diagnostiko hori da, denbora behar delako ondo egiteko.

Alde beretik doan beste gai bat, mendetasun eta droga-mendekotasunen gaia da. Egia da, halaber, osasun mentaleko kasu oso puntualak edo drogakasuak daudela, disolbatzaile-gaiak, haurrak hondatzen dituzten gaiak, eta behearantz joateko errutina batean erorarazten dituztenak, gorantz joan beharrean. Markez eta Pastorrek (2009) esaten duten moduan, migrazio-proiektuaren porrotarekin eta haren bizi-egoeraren inguruabar larriekin zuzenean lotutako alderdia da.

Ez da orokortua, [...] kasu oso puntualak izaten dira, haxixa edo alkohola kontsumoa egon daiteke une jakin batean, baina ikusten den guztietan, interbentzioaren intentsitatea igotzen saiatzen gara. (E.A.E. 1)

Gazteen zati txiki batek kontsumitzen du eta beste zati handi batek ez, baina kontsumo horiek kaleko bizipena zein gogorra den aldetik sortzen dira. Erlijioa dela eta, ez dago oso ondo ikusia alkohola edatea, kontsumoa murriztuz. Baina, maila ekonomikoagatik ere, drogak hartzea zaila da. Kostuarekin arazoak dituzten eta ludopatiarekin ere arazoak dituzten neska-mutilen kasuak ikusi ahal izan dira:

Disolbatzailearen edo itsasgarriaren kasuan, oso kasu gutxi ezagutu ditugu, eta oso hautsita zeuden neska-mutilak ziren, hau da, emozio mailan oso gaizki zeudenak. (P.L.E. 2)

Adingabeentzako zentroetatik irteetan, ez dira gai kalean egoteko eta ondorioz kolaren kontsumoak

izan dituzten eta disolbatzaileekin arazoak izan dituzten taldeak egon dira denboraldi batean, elkarrizketa batean komentatutakoaren arabera. Aldiz, alkoholaren kontsumoa erlatiboa da. Batzuek, beste edozein gaztek bezala, parrandan ibiltzea eskatzen dute. Egia da mugikorrarekin apustu-jokoren bat gertatu dela. Kontsumoak eragin garrantzitsua du egoera emozionalean, osasuna eta talde-dinamikak kaltetzen duelako.

3.5. Gizarte esparrua

Kategoria honetan, hiru azpipuntu identifikatu ditugu: onarpen soziala eta bizikidetzakomunitarioa, gizarte-ingurunearekiko harremana, eta gizartean parte-hartzea.

3.5.1. Onarpen soziala eta bizikidetzakomunitarioa

Jadanik, orokorrean bizirauteko behar diren gaiak aipatu eta gero, egunerokotasunaren eta onarpen sozialaren eta bizikidetzakomunitarioaren egoera komentatuko dugu. Horien artean, gremio-mailan, bereberek taldetan batzen dira eta haien artean ezagutzen dira. Gehiago elkartzen dira, landa-eremukoak direlako, eta komunitate-lotura handiak dutelako. Egia da zentro batzuetan, norbait osasun-egoera txarrean edo gaizki badago, haien artean zaintzeko beharra hautematen dutela; baina ezin da orokortu, kalean talde oso zabalak baitaude:

Bereberek agian, apur bat elkartuago baitaude eta euren artean elkar ezagutu eta elkartzen baitira. Eta, nire ustez, are gehiago, landa-eremukoak dira gehienak, eta askok lotura komunitario handia dute euren artean. (P.L.G. 1)

Migrazioa trantsizioa eta bidaia hain gogorra eta zaila denez, haien herrikideekin eta berdinekin elkartzeko joera dute, azkenean, nahi duten gauza bakarra gehiago konektatzea eta bat egitea da. Gazteekin eta erreferenteak diren pertsona helduekin, aisialdi-sareak sortzea da profesionalen helburua arlo honetan. Egunez egun, haien artean ere, lagun-sareak egiten dituzte, jakina, ikastetxean elkar ezagutzen dutelako eta elkarrekin bizi direlako. Askotan oso osasuntsua izaten dira erlazio hauek, elkarri laguntzen diotelako:

Aisia sarea egin dezaten saiatzen gara, gazteekin eta erreferenteak diren helduekin. Eguneroko bizitzan, lagun sarea ere egiten dute. (E.A.E. 1)

3.5.2. Gizarte-ingurunearekiko harremana

Errealitate horretan lurreratzea, eta elkarrekin ondo bizitzen ikastea, hiru bat urte kostatzen zaie, ingurunera moldatzen diren arte. Esan genezake faktore hori, hizkuntzaren ondorioagatik dela, eta hemengo jendearekin harremanak izateko premia handia dutela. Baina, oso zaila daukate harremanak

izatea, askotan atzeritarrek izateagatik baztertzeko diotelako:

Alde batetik, harro daude euren jatorriaz, euren herriaz, baina gero ez zaie gustatzen mutil marokoarrekin harremanak izatea; izan ere, azkenean, oso estigmatizatuta dagoen kolektibo bat da, delinkuentziarekin oso lotuta dagoena. (P.L.E. 2)

Hala ere, elkarrizketa batzuetan aipatzen da, adin txikikoa izanda (18 urte izateko prozesuan) hemengo neska-lagunak dituztela eta ez dituztela arazorik izaten.

3.5.3. Gizartean parte hartzea

Elkarte askok hainbat ideia dituzte haien gizarteratzea errazteko. Kide izateko eta parte hartzeko gonbidapenak jasotzen dituzte gazte gunetik eta Scout taldeetatik, parte hartzeko espazioak helaraziz. Gainera, auto babeserako eskubide eta betebeharrei buruzko ikastaroak dituzte, galdera hauek eginez: zer esan nahi du herritar izateak? zer egiten da estereotipoa legitimatzen denean, eta zer egin daiteke aldatzeko? eta zer egin daiteke elkarrekin bizirauteko? Garrantzitsua da komunitate-euskarriko proiektuak sortzea, pertsona horiek komunitate-alderdian inbertitu ahal izateko. Hala ere, uste da ez daudela proiektu nahiko ildo honetatik doazenak.

Parte izan eta parte hartu behar du. Zentzu horretan, parte hartzeko guneak ahalbidetzen ditugu, haiek zerbait ematen dutela senti dezaten, jasotzeaz gain. (P.L.G. 3)

4. Eztabaida eta ondorioak

Ikerketan zehar egiaztatu ahal izan dugunez, bakarrik dauden gazte atzeritarren egoera ez da erraza. Honetaz gain elkarrizketetan zehar aipatzeko beste gai desberdin atera genituen, laguntzen gaituela bakarrik dauden gazte atzeritarren egoera gogorra ulertzen.

Lehenik eta behin, erregularizazioari dagokionez, kudeaketa administratibo txarra azpimarratu behar da; izan ere, bizileku- eta lan-baimena lortzea utopikoa da gazte horientzat, nahiz eta hori funtsezkoa izan gainerako eremuak hobetzeko. Ekonomiaren, lanaren eta bizitegien esparruari dagokionez, ikusi dugu zailtasun nagusiak administrazio-erregularizaziorik ezaren ondorio direla, egoerak ez baitie uzten duintasunez lan egiten, eta, hartara, independentzia ekonomikoa lortzen, haiek babesten dituzten baliabide edo erakundeetatik urruntzeko. Vinaixarrek (2019) aipatutako egoerak gogoarazten du elkarrizketatuen testigantza: gehienak langabezian daudela, errekurtsio faltarekin eta, hori dela eta, kalean bizi direla, askotan, delituak egiten behartuta bizirik

irauteko. Baliabide ekonomiko gutxi dituztenez, benetan zaila da norberaren etxebizitza eskuratzea (logela bat alokatzea, pisu bat alokatzea, etab.). Gainera, egoera administratibo horren eta egoitza-baldintzen ondorioz, oso zaila da bakarrik dauden gazte atzerritarren independentzia bultzatzea lezaketan gizarte-laguntzak eskuratzea. Sistemaren akats horien guztien ondorioz, bakarrik dauden gazte atzerritarren ongizatearen erantzukizuna gizarteratze-arloan lan egiten duten erakundeena da, eta, profesionalen bidez egiaztatu ahal izan dugunez, bakarrik dauden gazte atzerritar gehiago daude baliabideak baino. Beraz, ezin zaie guztiei erantzun, eta horietako askori gizarte-bazterketako egoera osoan uzten zaie. Egutero haiekin lan egiten duten profesionalen ekarpenen arabera, esan dezakegu gazteek ez dutela itxaropena guztiz galdu eta ingurune soziokulturalera egokitze ahaleginak egiten jarraitzen dutela, baina kolektiboaren estigmak eta gizartean garatzen joan diren estereotipoek asko zailtzen diete gizarteratzea, eta, ondorioz, garapen pertsonalerako aukerak murrizten dituzte. Aipagarria da, halaber, bakarrik zeuden gazte atzerritar gehienak adingabeak zirela Espainiara iritsi zirenean, eta erakunde eta instituzioetatik kanpo ez dutela erreferente egonkorrik izan helduarora igarotzeko prozesuan laguntzeko. Hori dela eta, ez dute komunikatzeko, prestatzeko eta abarretarako gaitasunik, nahiz eta ikasteko eta prestatzeko gai direla frogatu. Ildo horretatik, esan behar da Espainian aurkitu den errealtatea ez datorrela bat migratu aurretik diseinatu zituzten helburuekin edo planarekin; izan ere, migrazioa iristean eta lanean hastean oinarritzen zen, baina ez da iristean aurkitzen dutena, gizarte-baliabideekin lotutako prestakuntza-prozesu luzei aurre egin behar baitiete, eta, beraz, desoreka psikologiko handia dago. Manzani eta Arnosok (2014) aipatzen duten arriskua agertzen da: gazte hauek ezin dutela integrazio-prozesu egoki bat lortu, beren migrazio-proiektuak modu egoki batean lortu ez dutelako eta euren bizitza zailtasunez beterik dagoelako.

Osasun-arloarekin jarraituz, oro har, migrazio-prozesua hastean osasun fisiko ona duten mutilak dira, baina bidaia aurrera egin ahala, okerrera doa bizi diren baldintzen ondorioz, hala nola etxebizitzaren egoera txarra, kale-egoerak, oinarritzko beharretarako estaldurarik eza eta abar. Nabarmendu behar dena dauzkaten arazo psikologikoak dira. Gainera, helmugako herrialdera iristean pairatzen duten bazterketa eta marjinazioak areagotu egiten du egonezina, babesik eza eta bakardadea. Elkarrizketetatik egiaztatu ahal izan da badaudela buru-nahaste larriak izaten dituzten gazteak, eta, nahiz eta urriak izan, hauei adi egon behar garela. Herrialde hartzailean ez da droga-kontsumorik gertatzen kasu gehienetan, eta gertatzen bada, maiztasun txikiak dira eta, oro har, ez dira droga-mendekotasun larriak izaten. Hala ere, azpimarratu behar da askok behin eta berriz kontsumitu dituztela arnasteko substantziak, errealtetatik ihes egiteko. Egoera hori ikusten da helmugako herrialdean, gazteak etxegabe daudenean, baina ez da ohikoa.

Bizi diren testuinguruan ez dutenez barneratzen, berdinen artean taldekatzeko joera dute, hau da, lagunarteko zirkulua bakarrik dauden beste adingabe eta gazte atzerritarretan oinarritzen da, errazagoa baita pertsona autoktonoen talde batean sartzen saiatzea baino. Neurri batean positiboa da, baina arriskutsua ere izan daiteke. Positiboa, aisiarako laguntza- eta konpainia-sare bat izate hutsagatik, baina baita arriskutsua ere, denek baitituzte antzeko egoerak, eta, oro har, premia handiak, eta bizirik irauteko senak iraganaldi txarrak izan ditzake. Horrela taldekatzeak, talde bateko kide izatearen sentimendu horretatik eta, hala badagokio, talde bateko ohiturei, kulturari eta abarri eusteko aukera emango duen talde batengandik duten beharragatik ere gertatzen da, eta horrek, neurri batean, migrazioa erabakitzean utzi dutenetik hurbilago sentiarazten ditu. Izan ere, Barrón eta Sánchez Morenok (2001) gogoarazten digutenez, bizitzako gertaera estresagarriek zuzeneko lotura dute narriadura psikologikoarekin eta depresioarekin, eta, gizarte-laguntza handiagoa izanez gero, zauria murrizten da. Gizartean eta komunitatean gutxi parte hartzen dute, ez zaielako aukerarik ematen; izan ere, beren egoera dela eta, ez dira komunitatean ondo integratuta dauden pertsonak. Manzani eta Arnosoren ideiarekin bat (2014), elkarrizketatuen aburuz gizarte-estigma hain da negatiboa non gizarte-rolak betetzeko mugatuta sentitzen diren; horregatik, nahiago dute beren taldeetan jarraitu, hots, estereotipo horiek etengabe frogatu edo gezurtatu beharrik ez duten taldeetan jarraitu.

Bakarrik dauden gazte atzerritarrei buruzko informazio teoriko eguneratua bilatzeak izan duen zailtasuna azpimarratu nahi genuke, ikasketa gehienak bakarrik dauden adingabe atzerritarrei begira baitaude. Gainera, ezin izan dugu kolektiboari buruzko egungo datu kuantitatiborik aurkitu, hutsune handia baitago arlo horretan. Informazio falta hori konpentsatzeko, ezinbestekoa izan da profesionalen elkarrizketetarako sarbidea izatea; izan ere, lehenago aipatu dugun bezala, errealtatera hurbiltzeko eta kolektiboaren egoera hobeto ulertzeko aukera eman digu.

Alderdi asko aldatzen saiatzeaz gain (erregularizazioa, laneratzea...), zalantzarik gabe, lehen pausoa gizarte-estigma eta kolektibo horren inguruko estereotipoak haustea da. Batzuetan egiaztatu ahal izan dugu estigma sozialak egitura bera baino oztopo gehiago sortzen dituela, gazte horiei ez baitaie aukerarik ematen erakunde edo entitateetatik kanpo. Gure testuinguruan, komunikabideek mesede eskasa egiten diete kolektibo honen gizarteratzeari, titularrak alarmistak, sentisazionalistak eta helburu gutxiak baitira, estigma negatiboa baino sustatzen ez dutelarik. Horregatik, gizarte hezitzaile garen aldetik, gizartea sentibilizatu behar dugu, kulturarteko harremanak eta laguntza-sareak erraztu eta sustatu behar ditugu, estereotipo horiek suntsi daitezen, eta bakarrik dauden gazte atzerritarrak pertsonalki gara daitezen, beste edozein pertsona bezala.

Nahiz eta gure lanarekin kolektibo honen beharrianak gehiago zehaztu, gaur egun Bizkaian ematen hari den fenomeno hau gehituz joango da, hau da, gero eta profil honetako gazte gehiago egongo dira eta hainbat gaietan sakontzea beharrezkoa izango da, haien egoera hobetzeko eta giza eskubideak mantentzen direla ziurtatzeko.

Aztertzeke puntuetako garrantzitsuenetariko bat da etorkizuneko ikerketetan, hau da: bizitzaren zail guztietan, bizi-etapa guztietan, transbertsalki aztertzea zelan lortzen duten aurrera egitea, zeintzuk diren aurrera egiteko faktoreak; eta zein faktore oztopatzen duten prozesua bera.

“Kaleak suntsitzen du”: bakarrik dauden adingabe atzerriarrok...

Aipatutako bibliografia

- ALBERICH, T. (2007): "Investigación-Acción Participativa y mapas sociales", <<http://comprenderparticipando.com/wp-content/uploads/2016/04/Tomas-Alberich-Nistal-Investigacion-accion-participativa.pdf>>.
- ALCÁNTARA, G. (2008): "La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad", *Sapiens*, 9. lib., 1. zb., 93.-107. or., <<https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>>.
- ARARTEKO (2011): *Arrisku egoera berezietan dauden adingabeak*, Txosten Bereziak saila, Gasteiz, Ararteko, <https://www.ararteko.eus/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/o_2354_1.pdf>.
- BARRÓN, A. eta SÁNCHEZ MORENO, E. (2001): "Estructura social, apoyo social y salud mental", *Psicothema*, 13. lib., 1. zb., 17.-23. or.
- BLANCAS, R. eta JURADO, G.B. (2010): "Estrategias de intervención social con jóvenes inmigrantes ex tutelados por el Servicio de Protección de Menores", *Documentos de Trabajo Social*, 47. zb., 134.-143. or.
- BRICEÑO-LEÓN, R. (2000): "Bienestar, salud pública y cambio social", in BRICEÑO, R.; DE SOUZA, M., eta COIMBRA, C. (ed.), *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 15-24. or.
- CONSEJO GENERAL DE LA ABOGACÍA ESPAÑOLA eta UNICEF ESPAÑA (2009): *Ni ilegales ni invisibles: realidad jurídica y social de los menores extranjeros en España. Informe 2009*, <<https://www.abogacia.es/publicaciones/informes/informes-fundacion-abogacia/ni-ilegales-ni-invisibles-realidad-juridica-y-social-de-los-menores-extranjeros-en-espana/>>.
- EUSKO JAURLARITZA. (2019): *Instrumento Técnico Común de Valoración de la Exclusión Social*, Gasteiz, Berdintasun, Justizia eta Gizarte Politiketako Saila, <https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/instrumento_valoracion/es_instrumento_adjuntos/Instrumento%20valoracion%20exclusion%20social-junio%202012.pdf>.
- LAFUENTE, E.M. (2010): "Menores inmigrantes no acompañados (MENAS)", *Fòrum de Recerca*, 15. zb., 495.-504. or., <<http://hdl.handle.net/10234/77768>>.
- MANZANI, L. eta ARNOSO, M. (2014): "Bienestar psicosocial en menores y jóvenes extranjeros sin referente familiar adulto: factores de riesgo y protección", *Norte de Salud Mental*, XII. lib., 49. zb., 33.-45. or.
- MARKEZ, I. eta PASTOR, F. (2009): *Drogodependencia en menores extranjeros no acompañados (MENA)*, Gasteiz, Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, <<https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/libro/drogamendetasuna-inoren-kargura-ez-dauden-adingabe-atzerritarrengan-ikedaa-kalitatezko-hezkuntzarako-eta-osasunerako-eskubidea-drogodependencia-en-menores-extranjeros-no-acompanados-mena-su-derecho-a-una-educacion-y-salud-de-calidad/>>.
- PALMA-GARCÍA, M.O.; RUIZ MOSQUERA, A.C., eta VIVES GONZÁLEZ, C.L. (2019): "Jóvenes inmigrantes extutelados. El tránsito a la vida adulta de los menores extranjeros no acompañados en el caso español", *Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, 12. zb., 31.-52. or., <<https://doi.org/10.15257/ehquidad.2019.0009>>.
- SAVE THE CHILDREN (2017): *Los más solos*, Madrid, Save the Children España, <https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/los_mas_solos_vok.pdf>.

- SENOVILLA, D. (2007): *Situación y tratamiento de los menores extranjeros no acompañados en Europa*, Brusela, Observatorio Internacional de Justicia Juvenil, <<https://www.oijj.org/centro-documental/docs/general/situacion-y-tratamiento-de-los-menores-extranjeros-no-acompanados-en>>.
- SETIÉN, M.L.; eta BARCELÓ, F. (2008): “La atención a los menores extranjeros no acompañados en el País Vasco: modelos de intervención y luces y sombras del sistema de acogida”, *E-migrinter*, 2. zb., 78.-88. or.
- STEIN, M. (2006): “Research review: Young people leaving care”, *Child & Family Social Work*, 11. lib., 3. zb., 273.-279. or., <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00439.x>>.
- UNESCO (2020): *Inclusión y educación: todos y todas sin excepción*, Paris, Unesco, <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pfo000374615>>.
- VINAIXA, M. (2019): “La mayoría de edad: un mal sueño para los menores extranjeros no acompañados”, *Cuadernos de Derecho Transnacional*, 11. lib., 1. zb., 571.-602. or., <<https://doi.org/10.20318/cdt.2019.4633>>.
- WELLER, J. (2007-2008): “La inserción laboral de los jóvenes: características, tensiones y desafíos”, *Revista de la CEPAL*, 92. zb., 61.-82. or., <<http://hdl.handle.net/11362/37458>>.

Modelo Integra/Erantsi de acompañamiento psicosocial para personas en procesos de integración social

Carmen Vicioso Etxebarria

Asociación T4
carmen@asociaciont4.org

Daimel Castillo-González

Asociación T4

Bazterkeria-egoeran dauden eta askotariko osasun-arazoak dituzten lagunen zailtasunak are eta larriago eta kronikoagoak izaten dira maila indibidualean (osasun mentala), familia- (gatazkak, hausturak) eta gizarte-mailan (bazterkeria, isolamendua). Hori dela-eta, berariazko laguntza-tresnak ezartzea premiazkoa da, gizarteratze-prozesuetan mantendu eta bizi-kalitatean eta gizarteratzean aurrera egiteko. Artikulu honetan, Integra/Erantsi eredua aurkezten da, adikzioekin edo gaixotasun psikiatrikoekin lotutako askotariko gizarte- eta osasun-arazo dituzten pertsonen gizarteratze-prozesuetan laguntza psikosoziala bideratzen dena. Azken urteotan, eredua laguntza-gida batean islatu da, eta Hiesaren aurkako T4 Elkarteak ezarri. Erakundearen erabiltzaileen artean, babes, harreman eta doikuntza sozialaren eta antsietatearen inguruan hobekuntza nabarmenak igarri dira.

GAKO-HITZAK:

Lagun egitea, gizarteratzea, bizi-kalitatea, behar konplexuak.

Las personas en exclusión social que padecen múltiples problemas de salud suelen experimentar un agravamiento y cronificación progresivas de sus dificultades a escala individual (salud mental), familiar (conflictos, rupturas) y social (exclusión, aislamiento), lo cual hace necesario establecer herramientas de acompañamiento específicas que les permitan mantenerse en los procesos de inserción y avanzar en su calidad de vida e integración social. Este artículo presenta el modelo Integra/Erantsi, destinado a facilitar el acompañamiento psicosocial en procesos de inclusión a personas con múltiples problemas sociales y de salud asociados a adicciones o a enfermedades psiquiátricas. El modelo se ha plasmado en una guía de acompañamiento y se ha implantado en los últimos años en la Asociación T4 de Lucha contra el Sida, habiéndose observado mejoras significativas en las dimensiones de apoyo social, relaciones sociales, ajuste social y ansiedad entre las personas usuarias de la entidad.

PALABRAS CLAVE:

Acompañamiento, integración social, calidad de vida, necesidades complejas.

1. Introducción

En este artículo se realiza una aproximación teórica al acompañamiento psicosocial a la integración social. La primera parte recoge los fundamentos de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales en el ámbito de la inclusión social, así como el procedimiento de valoración de la exclusión social y la intervención social en los servicios y prestaciones sociales para la inclusión social en Euskadi. En la segunda parte se analizan los retos que el sistema establecido plantea para los y las profesionales y personas usuarias. Por último, la tercera parte del artículo está destinada a describir y desarrollar el modelo de acompañamiento psicosocial a la integración social Integra/ Erantsi. Se describen los objetivos y principios básicos del modelo, haciendo especial énfasis en la relación de ayuda, la metodología de acompañamiento psicosocial, las estrategias e intervención y la evaluación de los resultados.

2. El acompañamiento para la inclusión social en Euskadi: la Ley 2008 de Servicios Sociales

2.1. Fundamentación de los servicios sociales para la inclusión en la ley de servicios sociales

Los servicios sociales para la inclusión en Euskadi se rigen por el marco conceptual que centra la atención en las necesidades de las personas (Gobierno Vasco, 2008), con los siguientes supuestos:

- Calidad de vida y atención centrada en la persona (ACP). Este modelo se constituye a partir de la individualización y adaptación a las necesidades y expectativas de las personas usuarias de los servicios sociales.
- Promoción de la autodeterminación. Implica reconocer a las personas usuarias de los servicios sociales como individuos con fortalezas, capacidades y preferencias, y poner estas en el centro de los cuidados y servicios que reciben.
- Reducción de daños y baja exigencia. Conceptualización de la adicción como un problema psicosocial, y modelo teórico basado en los derechos humanos, que es paradigma de la integración de teoría y práctica, de atención individual y comunitaria, de complementariedad del modelo médico y social.
- Activación inclusiva y ciudadanía activa. Un modelo de este tipo requiere reconocer la multidimensionalidad de la inclusión y sus implicaciones. Del mismo modo, la apuesta por una concepción multidimensional de la inclusión implica hablar de interseccionalidad, es decir, de cómo las diversas discriminaciones y opresiones que padece una persona interactúan de manera simultánea, configurando su identidad y su realidad.

- Perspectiva de género. Implica una consideración más estructural de la perspectiva de género en los servicios y centros para la inclusión social, promoviendo un enfoque basado en las necesidades, expectativas, capacidades y preferencias de cada persona atendida desde el punto de vista de la desigualdad de género.
- Atención en la comunidad. Se ha aceptado de forma casi unánime el gradual abandono de las grandes instituciones residenciales y su sustitución por servicios de base domiciliaria o por soluciones residenciales dispersas y de pequeño tamaño, a fin de permitir que las personas en situación de vulnerabilidad puedan vivir, con garantías, formando parte de la comunidad.

El proceso básico en torno al que se articula la intervención social es el proceso relacional (Fantova, 2007). No solo porque es el canal a través del cual se accede a una variedad de recursos, prestaciones o programas, sino porque en numerosas ocasiones, el servicio es la misma relación. Una relación cualificada que trata de acompañar a las personas en procesos vitales; una relación que apoya y facilita la vida, a través de dar soporte a la clarificación personal, a la toma de decisiones, que ayuda en la formulación de proyectos a corto y a largo plazo y que apoya su realización, su valoración y su redefinición.

Las personas se encuentran en situación de exclusión social cuando sus condiciones de vida y convivencia se están viendo afectadas por múltiples carencias que persisten en el tiempo y que, al acumularse, provocan la existencia de una situación de exclusión social que está relacionada directamente con los recursos personales, los recursos relacionales y los recursos materiales (Gobierno Vasco, 2013).

Las personas en esta situación tienen serias dificultades para comunicarse y para participar en la vida social y comunitaria. Tienen problemas en sus competencias y habilidades sociales y personales para poder asumir su propia responsabilidad en la cobertura de sus necesidades. Todo ello las lleva a un aislamiento comunicacional y relacional.

La exclusión social no se refiere solo a la insuficiencia de recursos financieros, ni se limita a la mera participación en el mundo del empleo; se hace patente y se manifiesta también en los ámbitos de la vivienda, la convivencia, la educación, la salud o el acceso a los servicios (Fantova, 2017).

2.2. La valoración de la exclusión social de servicios sociales para la inclusión en la ley de servicios sociales

El primer paso que se ha de producir para acceder al derecho a los servicios sociales para la inclusión es la valoración (Gobierno Vasco, 2017). La valoración comprueba la existencia de una situación de necesidad: una situación de riesgo de exclusión,

una situación reconocida de exclusión, o una situación de urgencia social que pueda atenderse desde los servicios sociales (Gobierno Vasco, 2013). Además, se tiene en cuenta para la valoración la intensidad del apoyo formal o atención requerida, así como la disponibilidad de apoyos prestados por la red sociofamiliar. En resumen, las necesidades de inclusión se establecen en base a la valoración integrada de la autonomía funcional y la integración relacional (Gobierno Vasco, 2013).

El proceso de valoración permite a las personas contrastar su situación, explicitar sus objetivos de autonomía e integración social y contar con una figura profesional de referencia que, a lo largo del proceso, sea capaz de ofrecerle apoyo. Estos objetivos se concretan en un plan individual de intervención que incluye prestaciones de acompañamiento social, psicoeducativas, socioeducativas, y psicosociales. Estos criterios se recogen en el instrumento de valoración de la exclusión social (Gobierno Vasco, 2017):

- Criterio 1
 - Dimensión relacional.
 - Dimensión social.
 - Dimensión personal.
 - Dimensión residencial, espacial.
- Criterio 2
 - Ámbito económico-laboral
 - Convivencial
 - Personal
 - Salud

Si se cumple el criterio uno, se debe comprobar que al menos dos de los cuatro ámbitos superan el porcentaje mínimo de carencia para determinar la existencia de exclusión social. Es decir, para que se valore una situación con diagnóstico de exclusión social, se deben cumplir los criterios uno y dos. En el caso de que se considere que la persona se encuentra en situación de exclusión social, también podremos calificar la intensidad de dicha situación. La intensidad de la exclusión social puede ser:

- Leve: desarraigo inicial o leve. Personas que disponen de contactos frágiles con sus familiares o red de apoyo.
- Moderada: fase avanzada de desarraigo. Personas que han roto sus lazos sociales básicos.
- Grave: no participa en la sociedad. Precariedad o ausencia de relaciones sociales y afectivas.

2.3. La intervención social en los servicios sociales para la inclusión de la Ley 2008 de Servicios Sociales

La Ley 12/2008 de Servicios Sociales denomina *intervención social* a la actividad que se realiza en los servicios sociales, señalando que se orienta a la promoción y protección de la autonomía personal y la integración comunitaria en todas las personas, familias y grupos, desarrollando una función

promotora, preventiva, protectora y asistencial, a través de prestaciones y servicios de naturaleza fundamentalmente personal y relacional (Gobierno Vasco, 2008).

La intervención social consiste en la actividad profesional que tiene como finalidad prevenir, corregir o paliar desajustes en lo relativo a la interacción de las personas, con sus dos caras o dimensiones: autonomía funcional e integración relacional.

- Autonomía funcional para la vida diaria, que comprendería desde el autocuidado o cuidado en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria hasta la utilización de las funciones cognitivas y emocionales para la toma de decisiones sobre la propia vida y su futuro (autodeterminación, autoorganización o autogobierno), pasando por habilidades sociales para las relaciones cotidianas.
- Integración relacional, que se referiría tanto a los vínculos familiares como a otras redes comunitarias presenciales o virtuales, actuales o posibles (todas ellas, relaciones primarias), fuentes primordiales de apoyo social (López-Arostegi, 1970).

La intervención social, por tanto, estaría llamada a obtener resultados, entendidos como cambios factibles, evaluables y evidentes en la interacción de las personas, en ese ajuste dinámico entre la autonomía funcional para la vida cotidiana y la integración relacional en redes primarias (Fantova, 2017).

La intervención ajustará su nivel de exigencia e intensidad a las necesidades dinámicas y periódicamente valoradas de las personas usuarias. A continuación se especifica cada criterio (Diputación Foral de Bizkaia, 2019):

- Intensidad: la intensidad de los servicios vinculados a procesos de inclusión social se determinará por su contenido prestacional, debiendo entenderse la intensidad como la dedicación y el número de horas de prestaciones técnicas directas que precisa la persona usuaria, determinadas mediante el diagnóstico social especializado.
- Exigencia: la exigencia hace referencia, con base en los indicadores del diagnóstico social especializado, a la posición de la persona respecto de su situación y al grado de compromiso que es capaz de asumir en relación con ella y con su proceso de inclusión.

El catálogo de servicios sociales para la inclusión de la ley de servicios sociales prevé dos niveles de intervención: primario o comunitario, y secundario o especializado (Gobierno Vasco, 2008). El nivel primario ofrece, entre otros, servicios de baja intensidad de apoyo. El nivel secundario o especializado ofrece servicios de mayor intensidad

de apoyo. Este mapa de recursos responde a un marco lógico basado en los procesos de inserción, y se despliega dentro de un plan individual de atención cuya meta es la inclusión activa de las personas en la sociedad. Las personas en situación de exclusión social grave acceden a los servicios de atención secundaria, de mayor intensidad de atención.

El catálogo de servicios de la Ley 12/2008 asigna, en general, los servicios considerados como de atención primaria a los ayuntamientos y los considerados de atención secundaria a las diputaciones forales (Gobierno Vasco, 2008).

Los servicios de intervención social se diferencian también en función de otros criterios, como pueden ser los objetivos de la intervención, el nivel de exigencia o la población potencialmente atendida (Kortabarría *et al.*, 2018).

El catálogo también prevé el espacio y la coordinación para atender las necesidades sociosanitarias de la población en situación de exclusión social y deterioro de salud. Dada la naturaleza cada vez más compleja y plural de las diversidades individuales y colectivas que confluyen en el ámbito de los servicios sociales, se constata la necesidad de reforzar la evaluación y la promoción de buenas prácticas adaptadas a esta complejidad, integrales, basadas en la evidencia científica, y con capacidad de influencia social (Fantova, 2017).

2.3.1. Los servicios sociales en la Ley 12/2008 de Servicios Sociales para personas con situación de exclusión social grave

Los servicios sociales destinados a personas en situación de exclusión social grave atendiendo a su cobertura son fundamentalmente de tres tipos: diurnos, nocturnos o residenciales (Gobierno Vasco, 2008).

Sus objetivos son:

1. Mantener la autonomía personal de las personas usuarias y, en lo posible, fomentar el desarrollo de esta y evitar su deterioro.
2. Potenciar su desarrollo personal, sus capacidades, habilidades y experiencias.
3. Ofrecer a las personas usuarias oportunidades de integrarse, participar en el entorno comunitario y utilizar los servicios comunitarios tomando parte en actividades culturales, sociales y recreativas de su entorno.
4. Promover el mantenimiento y refuerzo de sus redes familiares y sociales de apoyo.

En los centros de día y los centros nocturnos, los requisitos que se deben cumplir son los siguientes:

- Requerir un apoyo de media o alta intensidad para realizar un itinerario de inclusión social.

- No padecer trastornos de conducta, ni presentar comportamientos que puedan perturbar gravemente el funcionamiento del servicio o la normal convivencia en él, o que supongan riesgo para la propia persona, otras personas usuarias o las y los profesionales.

En los centros residenciales, los requisitos específicos que se deben cumplir son los siguientes:

- Contar con un mínimo de habilidades sociales y relacionales para la convivencia.
- Requerir una intensidad de apoyo media o alta, en función de la modalidad del servicio al que se solicite el acceso.

2.3.2. Prestaciones técnicas para el acompañamiento a personas en situación de exclusión social grave

En la actualidad, el paradigma que se va imponiendo internacionalmente en la intervención social es el de la atención integrada, coincidente con el propuesto por la ley vasca, en el sentido de que no trata de deconstruir los ámbitos sectoriales ni de crear “espacios” intermedios entre sectores: las prestaciones se caracterizan por cuidar la continuidad de la intervención y los itinerarios intersectoriales, así como la integración intersectorial (Fantova, 2017).

Acompañamiento social

El acompañamiento es la premisa básica sobre la que se asienta la ley de servicios sociales en su definición de la naturaleza u objeto de la labor de los servicios sociales (Casado, 2010). Es la prestación más genuina y característica de los servicios sociales. La persona participa, en interacción con un profesional cualificado, en una relación de ayuda que contribuye a mejorar el desenvolvimiento autónomo y la integración social (Gobierno Vasco, 2008). Permite a las personas contrastar su situación, explicitar sus objetivos de autonomía e integración social, y contar con una figura profesional de referencia que a lo largo del proceso, sea capaz de ofrecerle apoyo. Será de mayor a menor intensidad en función de las necesidades y se podrá ir variando, deseablemente reduciendo la intensidad del acompañamiento requerido.

Intervención socioeducativa

Puede desarrollarse a nivel individual, grupal, familiar, o comunitario, y en diversos contextos: atención en el domicilio familiar, educación doméstica, y orientación a personas o familias en crisis. La intervención socioeducativa tiene una acción preventiva, en la detección precoz, e identificación de necesidades y carencias en los contextos donde se producen (Burgos *et al.*, 2019). Aunque la intervención socioeducativa se pueda entender como “propia o característica” del educador o educadora, esto no debiera significar que la intervención socioeducativa sea exclusiva de una figura profesional.

Intervención psicosocial

El acompañamiento psicosocial puede ser de varios tipos (Gobierno Vasco, 2018; SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2013):

- Apoyo instrumental: información, orientación y mediación para el acceso a servicios de otros sistemas así como a redes sociofamiliares de apoyo.
- Emocional: contención, soporte emocional, y orientación en situaciones de crisis.
- Relacional: escucha activa, adquisición de habilidades para mantener o establecer relaciones sociales, y/o personales, generando oportunidades para el establecimiento de relaciones.

Específicamente, sus objetivos son los siguientes:

- Promover las condiciones personales, familiares, sociales, y comunitarias, y del entorno, que potencien un estilo de vida adaptativo y autónomo.
- Promover los cambios en aquellos factores personales, familiares, sociales, comunitarios, y del entorno dirigidos a reducir o eliminar los factores asociados a situaciones de vulnerabilidad o dificultades.
- Prevenir y paliar las consecuencias psicológicas derivadas de la situación de vulnerabilidad o dificultad social.
- Abordar los factores de tipo psicológico que dificultan a las personas, familias o grupos su integración social, y por ende un estilo de vida adaptativo y autónomo.
- Optimizar el apoyo profesional en su función de ayuda, haciéndolo accesible y competente, así como los apoyos de las redes del sistema informal y natural para maximizar su efecto amortiguador del estrés.

Incluye intervenciones de escucha activa y contención emocional o, también, intervenciones en funciones psico-afectivas, incluyendo en su caso ayudas para el manejo de trastornos de comportamiento.

En línea con lo referido en la ley de servicios sociales con respecto a los criterios de la intervención social dirigida a personas en situación de exclusión social grave, las estrategias de intervención serán de alta intensidad y baja exigencia. El fin último es lograr la autonomía funcional máxima y la integración relacional óptima. A medida que se aumenta la autonomía funcional y la integración relacional mejora, se modula el nivel de exigencia e intensidad de las intervenciones.

3. Retos en la intervención social en el ámbito de la exclusión social grave

Según el enfoque de la atención integrada (Fantova, 2018), el reto principal es la falta de perspectiva

ecológica, con un enfoque poblacional o una aproximación estructural desde el momento en que hemos entendido que es fundamental intervenir con los individuos pero que también lo es incidir en sus entornos familiares, comunitarios y sociales en general y multidimensional.

Las personas en situación de exclusión social grave se encuentran generalmente en procesos de larga duración, y pueden tener una evolución hacia la inclusión social o pueden evolucionar a procesos de mayor dependencia o discapacidad en caso de que exista un deterioro físico, cognitivo o funcional irreversible.

La concepción multicausal de la exclusión exige desarrollar respuestas institucionales que reconozcan esta multidimensionalidad (Seco Revilla, 2018). Esto implica articular un modelo de derechos sociales basado en el desarrollo comunitario de todas las dimensiones sociales vitales, superando los recursos orientados a la capacitación o la cualificación, e impulsar la orientación hacia el empoderamiento y la defensa de derechos, vinculados intrínsecamente con la dignidad de la persona.

Sin embargo, en la práctica, los servicios sociales para la inclusión no han logrado alcanzar el desarrollo o la madurez como sistema de los servicios destinados a las personas con discapacidad, con dependencia y/o en situación de desprotección (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2013). Entre las razones que explican ese menor desarrollo se hace hincapié en las características de la población destinataria, tanto por la invisibilidad social de la población atendida (inmigrantes, minorías étnicas), como por la complejidad de las problemáticas, como es el caso de personas con problemas de adicciones, que requieren de una intervención interdisciplinar (Ortún-Rubio, Pinto-Prades y Puig-Junoy, 2001).

Barreras estructurales

Hay barreras estructurales del propio sistema de bienestar que a su vez interactúan con la cronificación de las situaciones de exclusión social grave. En el *IV Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV 2018* (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2019), se observa que los factores de carácter estructural son barreras sociales que impiden la inclusión plena de las personas dentro del sistema de bienestar actual. Una de esas barreras es el acceso a la vivienda. El acceso a vivienda de alquiler social es muy limitada y el alquiler libre es imposible ya que no se admite a personas que no presenten nómina o contrato laboral.

Otra barrera social es el acceso al sistema de salud en personas extranjeras (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2013). Como ejemplo se puede considerar que el 30% de las personas de

origen extranjero, después de la entrada en vigor de la ley de servicios sociales de 2008, no tiene tarjeta sanitaria, frente a un 3,7% de las personas no extranjeras.

Incipiente consideración del impacto de género

La situación de especial vulnerabilidad de las mujeres en situación de exclusión social grave responde al estigma intrínseco al mandato de género en nuestra sociedad. Las mujeres consumidoras sufren a veces el rechazo incluso entre los propios usuarios de drogas (Romo Avilés, 2005; Avilés y García, 2006; Aljama, Urbano y Santamaría, 2004). La historia de abuso de drogas en las mujeres está ligada a sucesos traumáticos que marcan su desarrollo personal y social posterior, por lo que las intervenciones deben proporcionar seguridad para restablecer un vínculo que pueda llegar a ser terapéutico (Hernán, Fernández y Ramos, 2004).

La exclusión social grave afecta de manera especialmente desigual en función del sexo

Las mujeres en exclusión social en Euskadi han vivido en mayor medida situaciones de abuso, y una mayoría de ellas han sido víctimas de agresiones sexuales. Tienen una mayor prevalencia de problemas relacionados con la salud mental, consumen drogas en menor medida y tienen una red de relaciones personales algo más amplia que los hombres (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2019). La dimensión traumática específica por razón de ser mujeres es también un eje común en las mujeres: un estudio de 2016 (Vázquez Cabrera *et al.*, 2016) describe que, de las mujeres participantes, un 46,4% se habían quedado embarazadas sin deseárselo y un 58,7% habían padecido un aborto. Un 20,3% habían sido madres sin apoyo de su pareja.

Los hombres en mayor medida han dormido en la calle, han sido víctimas de delitos y amenazas, tienen un peor estado de salud física y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas o graves, muestran mayor probabilidad de consumir drogas y mantienen menos contactos familiares. Estos datos se recogen en la Estrategia vasca de personas sin hogar 2018-2021, del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco (Gobierno Vasco, 2018). En el último recuento de personas sin hogar en Bizkaia, el porcentaje de mujeres viudas o solteras fue del 36,8%, frente a un 17,6% de los hombres. En la categoría sin techo, las mujeres representan el 20%, en exclusión residencial, o sin vivienda, las mujeres representan el 50%. La dimensión relacional es el área más dañada en la historia de vida de las mujeres sin hogar. Precisamente por el rol social adjudicado a la mujer para el cuidado de otras personas en el ámbito privado, se sufren situaciones de abuso y violencia en la invisibilidad del hogar. Paradójicamente, esta victimización las puede llevar a una segunda

victimización cuando se ven privadas del rol social adjudicado, sin hogar, sin familia, sin apoyos institucionales. Desde una perspectiva psicosocial, el término *sinhogar* no puede referirse a las personas que duermen en la calle; sino a todas aquellas personas que carecen de una vivienda digna, y que se ven abocadas a soportar situaciones de dependencia más allá de su seguridad y dignidad, con vulnerabilidad a la invisibilidad y aislamiento social.

Los servicios destinados a mujeres sin hogar se diferencian en dos tipos: servicios específicos para mujeres y generalistas. Existen elementos que dificultan la atención a las mujeres en servicios específicos: la escasez de centros y la orientación por perfiles (mujeres víctimas de violencia de género, y madres solteras), así como la falta de una atención integral.

Escaso desarrollo de las prestaciones de tipo psicosocial

Dentro del propio sistema de servicios sociales para la inclusión, también existen otras barreras estructurales (Zalakain, 2018). La prevalencia de trastornos y enfermedades mentales y trastornos adictivos en los servicios sociales para la exclusión social es muy alta. Esto les dejaría fuera del acceso a los servicios por razones meramente estructurales. Sin embargo los recursos sociosanitarios no contemplan la suficiente intensidad de la intervención para personas con esta compleja situación.

Los requisitos previstos para acceder a los servicios sociales, tales como tener conciencia del problema, motivación para el cambio, no precisar asistencia sanitaria especializada, o no rechazar el tratamiento si se trata de una enfermedad mental, son criterios que hay que cuidar especialmente en las personas con comorbilidad psiquiátrica y problemas de adicciones, que además están en situación de exclusión social grave. Para ello se requiere una intervención psicosocial o asistencia psicológica específica para prevenir la exclusión de estas personas del propio sistema de protección por exclusión social.

En personas en situación de exclusión social grave que presentan adicciones o alcoholismo, la falta de apoyo social, ligada a la precariedad de recursos, hace que el tratamiento de las adicciones se haga muy difícil, con el consiguiente agravamiento de la salud y la convivencia de estas personas en los recursos de acogida. La figura psicóloga profesional capaz de coordinar la intervención sociosanitaria sería esencial en la situación actual de los servicios sociales para la exclusión social.

En resumen, la perspectiva fragmentaria y departamentalizada, las barreras estructurales y las barreras inherentes al escaso desarrollo del propio

sistema de servicios sociales son los principales retos que requieren de nuevos modelos e impulsos. Las prestaciones de carácter psicosocial pueden servir de gran ayuda a la mejora de la calidad de vida, autonomía e integración de las personas en los servicios sociales para la inclusión.

Los modelos que incidan en un acompañamiento social de calidad, multidisciplinar y basado en derechos y necesidades podrán contribuir a que el espíritu innovador de la ley de servicios sociales se plasme de hecho en la práctica de acompañamiento en la intervención social (Gobierno Vasco, 2008).

4. El modelo de acompañamiento psicosocial a la integración social Integra/Erantsi

4.1. Justificación

El modelo Integra/Erantsi de acompañamiento a la integración social, está orientado a trabajar con personas con comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias, o a personas con dificultades de integración social por causa de discapacidad, dependencia, o aislamiento social (Vicioso y Castillo-González. 2019a)¹.

El modelo de acompañamiento propuesto se concreta en un programa de baja exigencia, de carácter no directivo, que desde una perspectiva sociocomunitaria brinda atención y apoyo emocional a familiares, usuarios y usuarias en clave de acompañamientos individuales y grupales, promoviendo un vínculo terapéutico basado en la autonomía y la participación de la persona usuaria en la toma de decisiones acerca de su proceso de inserción social.

El énfasis recae en los procesos relacionales y comunicativos como componentes básicos del proceso de acompañamiento. Este acompañamiento es multinivel. A nivel individual, se basa en la relación de ayuda, un vínculo que se refuerza a través del compromiso y el refuerzo mutuo hacia la autonomía. En un segundo nivel, el acompañamiento se desarrolla en grupo, que es el que da sentido y soporte a todo el proceso.

En este sentido este modelo de acompañamiento psicosocial pretende adaptar la atención a personas con historias de vida complejas, y que presentan dificultades en el cumplimiento y mantenimiento en el sistema en caso de no recibir un apoyo extra.

Algunos de los criterios que pueden requerir de este tipo de acompañamiento psicosocial son los siguientes:

- No tener conciencia de su situación ni motivación para cambiarla.
- Precisar un acompañamiento psicológico para procesos psiquiátricos, cuidados paliativos, tratamiento crónico por adicciones, covid-19 o VIH.
- Dificultades psicológicas para aceptar el tratamiento psiquiátrico o por adicciones, por VIH o por cáncer.
- Precisar un acompañamiento específico como mujer víctima de violencia de género o historial traumático.
- Precisar un acompañamiento específico como personas a cargo de menores o mayores dependientes.

4.2. Principios básicos del modelo

Este modelo de acompañamiento psicosocial Integra/Erantsi, se dirige a las personas usuarias de servicios sociales para la exclusión social, especialmente aquellas personas en situación de exclusión social grave y con comorbilidad psiquiátrica y/o por drogodependencias.

Se considera que las intervenciones irán diseñadas constatando las necesidades específicas de las mujeres, con un enfoque de discriminación positiva, donde haya prestaciones específicas para mujeres tanto en el nivel individual como grupal, convivencial y sintónico con las sensibilidades específicas y centradas en la persona como mujer.

Tal y como se recoge en la Ley 4/2005 de Igualdad de Mujeres y Hombres de Euskadi, en su artículo 45, que hace referencia a la inclusión social (De Viergol, 2005):

Las administraciones públicas vascas adoptarán las medidas necesarias para contrarrestar la mayor incidencia de la pobreza y la exclusión social en las mujeres. Y ello, por una parte, a través de la integración de la perspectiva de género en los diferentes programas sectoriales dirigidos a garantizar a todas las personas el disfrute de los derechos sociales básicos y, por otra, mediante el diseño de programas específicos para colectivos de mujeres que sufren discriminación múltiple.

El acompañamiento psicosocial implica la coordinación y coparticipación de áreas de intervención social y sanitaria, desde el nivel inicial de autocuidado hasta el nivel más especializado (Vicioso y Castillo-González. 2019a). Además, puede actuar como puente con los servicios de atención especializada, para la derivación urgente en situaciones de crisis o la detección temprana de recaídas o brotes. Puede ampliar la cobertura de los servicios y llegar a un mayor número de personas que no tienen familia.

¹ La guía del modelo está disponible en <https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/GUIA_ERANTSI.pdf>.

El modelo se basa en la atención directa a la persona a través del vínculo individual y grupal, así como la atención hacia los vínculos con elementos comunitarios y sociales en el contexto actual de la persona. Centra su atención en la mejora de las competencias como estrategia educativa y terapéutica para compensar los déficits personales y sociales. Este modelo centrado en la persona hace especial énfasis en la mejora del bienestar psicosocial subjetivo y objetivo.

El acompañamiento psicosocial está dirigido a mejorar la calidad de vida y bienestar psicosocial de las personas que se encuentran en situación de exclusión social grave con comorbilidad psiquiátrica y/o por adicciones, favoreciendo su autonomía funcional e integración relacional.

El uso de drogas es un tipo de comportamiento que tiene un carácter multidimensional (desde la abstinencia hasta el abuso continuo, pasando por el consumo esporádico), el proceso individual de desarrollo de una adicción está multifactorialmente determinado. Tanto factores biológicos, como psicológicos y sociales, interactúan en la aparición, mantenimiento y agravamiento de la conducta adictiva (Iglesias y Tomás, 2011). Las personas en situación de exclusión social grave con historial de abuso de drogas presentan en su mayoría salud deteriorada, adicción crónica y frecuentes recaídas.

El acompañamiento a personas con problemas de adicciones desde los servicios sociales establecido en la CAPV se recoge en la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias (BOPV, 2016). Son objetivos generales de la ley los siguientes:

- a. Mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con problemas por consumos de drogas y otras sustancias con capacidad adictiva, así como por las adicciones comportamentales, especialmente en el caso de quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad o exclusión.
- b. Facilitar la integración y la inclusión de las personas con adicciones tanto a drogas y otras sustancias con capacidad adictiva como por las adicciones comportamentales.

Se reconoce el derecho de las personas consumidoras a la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios sociales. Cuando estas sean usuarias de servicios sociales, de servicios de salud o de servicios sociosanitarios, disfrutarán de los derechos reconocidos para las personas usuarias de tales servicios en las leyes sectoriales vigentes, tanto de servicios sociales como de salud y en sus disposiciones de desarrollo. Asimismo, deberán cumplir con las obligaciones establecidas para las personas usuarias en dichas normas.

El Sistema Vasco de Servicios Sociales, en su atención a las personas con adicción o con riesgo de padecerla, se aplicará de forma prioritaria:

- a. a la prevención de las causas que conducen a la exclusión social de las personas con adicción o riesgo de padecerla;
- b. a la promoción de la autonomía y de la inclusión social de las personas que presentan adicción o riesgo de padecerla; y
- c. a la atención a las personas con adicción o riesgo de padecerla, en el contexto del Catálogo de Prestaciones y Servicios Sociales, mediante la articulación, en el marco de un plan de atención personalizada, del conjunto de servicios o prestaciones económicas más idóneas.

En el modelo de acompañamiento psicosocial Integra/Erantsi, la adicción se comprende dentro de un sistema disfuncional, desde el plano motivacional, como un intento evasivo de automedicación en personas con tendencias adictivas como rasgo de personalidad. Pone énfasis también en los modelos de organización familiar y la relación con los servicios de atención profesionales (Stanton y Todd, 2018).

4.3. La relación de ayuda en el modelo de acompañamiento psicosocial a la integración social

El objetivo de este modelo Integra/Erantsi es facilitar el apoyo emocional a través del acompañamiento a lo largo del proceso de inclusión social. La metodología propuesta está basada en la experiencia de acompañamiento terapéutico individual y grupal llevada a cabo por la asociación T4 de lucha contra el sida de Bilbao, durante los últimos cinco años. La clave de la intervención está en manejar los procesos relacionales y comunicativos como componentes básicos del proceso de acompañamiento.

La intervención psicosocial está basada en la relación de ayuda, que tiene como objetivo mejorar el bienestar psicológico de la persona. Las tres características fundamentales sobre la relación de ayuda son su naturaleza colaborativa, el vínculo, y los objetivos consensuados. La condición previa es la colaboración; es decir, una propuesta de trabajo por parte de la persona. Es lo que se conoce como demanda explícita y manifiesta por parte de la persona que solicita la ayuda. Ha de ser una demanda o solicitud de ayuda consciente voluntaria y autónoma, y si se tratase de una persona no autónoma, como pudiera ser una persona menor de edad, o alguien con discapacidad, se consideraría como demandante al tutor de esa persona. La segunda característica es que se trata de un vínculo significativo, previsible, disponible en el tiempo y en el espacio, estable y personalizado. La relación de ayuda es primariamente sostenedora y proporciona seguridad a través de la disponibilidad emocional para validar el malestar de la otra persona y facilitarle a través de la relación los límites y el apoyo necesario para su desarrollo personal.

El vínculo debe mostrarse en una actitud permanente de disponibilidad suficientemente buena, en el punto medio entre la protección y la delegación de responsabilidades, entre el afecto y la firmeza.

Supone un compromiso emocional, basado en la comprensión y acompañamiento de la persona que demanda la ayuda. Esta característica se basa en los principios de la relación de ayuda, que son la congruencia, la aceptación, la incondicionalidad y la empatía (Rogers, 2012).

La tercera característica es que los objetivos a alcanzar tienen que ser consensuados, negociados y renegociados en una construcción. No se puede ir más allá de lo que la persona quiere cambiar o revisar en su proceso.

Los objetivos sirven de guía para evaluar el proceso de acompañamiento psicosocial.

El apoyo psicosocial será de mayor a menor intensidad en función de las necesidades y se podrá ir variando, deseablemente reduciendo la intensidad del acompañamiento requerido. Puede ser de varios tipos:

- Apoyo instrumental: información, orientación y mediación para el acceso a servicios de otros sistemas así como a redes sociofamiliares de apoyo.
- Apoyo emocional: reducción del daño, contención, soporte emocional, y orientación en situaciones de crisis.
- Apoyo relacional: escucha activa, adquisición de habilidades para mantener o establecer relaciones sociales, y/o personales, generando oportunidades para el establecimiento de relaciones.

4.4. Objetivos del modelo de acompañamiento psicosocial a la integración social

El proyecto pretende adaptar estrategias de acompañamiento psicosocial a personas con historias de vida complejas y situaciones de extrema gravedad dentro de la exclusión social. Se pretende llegar al objetivo último de mejorar la autonomía funcional y la integración relacional, propio de la inclusión social, a través de objetivos intermedios.

- Mejorar la calidad de vida. Se comprende la calidad de vida en su sentido más amplio; como recogen los autores Schalock y Verdugo (Schalock, 2014), las dimensiones de calidad de vida son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, integración social, derechos, e integración comunitaria.
- Fomentar la autorrealización. Acompañar a personas que presentan necesidades psicosociales complejas asociadas a historial de adicciones o problemas de salud mental, supone ayudar a desarrollar la autorrealización (Ryff y Singer, 2008): autocuidados, autoconocimiento, bienestar emocional, relaciones positivas con los demás y crecimiento personal.
- Mejorar el bienestar social, tanto en ajuste social como en apoyo social percibido. El bienestar

social es otra dimensión importante, ha sido definido como “la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento individual dentro de la sociedad” (Keyes, 1998), y está compuesto por las siguientes dimensiones:

- Integración social o evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad. La integración social implica sentirse parte de la comunidad, a través de lazos de apoyo y colaboración con las redes comunitarias. Podemos asociarlo con la dimensión de relaciones sociales positivas.
- Aceptación social. Se refiere al grado de disfrute que se experimenta a partir de saberse y sentirse perteneciente a un determinado grupo o comunidad. Implica la aceptación de los aspectos positivos y negativos de la vida. En conjunto, ambos aspectos son indicadores de salud mental. La aceptación social indica que la persona tiene una actitud positiva hacia el resto de los seres humanos, aunque a veces la conducta sea compleja o incomprensible. Puede tener una relación con la autoaceptación.
- Contribución social. Se refiere al sentimiento de ser parte importante en la sociedad; de tener algo positivo que ofrecer al mundo y que las actividades personales son valoradas: “Yo tengo algo de valor que aportar al mundo” (Keyes, 1998), lo que facilita la motivación y los propósitos en la vida. Se percibe que la relación con el entorno social facilita tener metas y propósitos en la vida.
- Actualización social. Se refiere a la confianza en el potencial de crecimiento y desarrollo de una sociedad, así como de su capacidad para generar bienestar para quienes forman parte de ella. Se asocia a percibir que el entorno permite el crecimiento personal.
- Coherencia social: Se refiere a la capacidad de entender la organización y funcionamiento del mundo social. Puede equipararse a la dimensión de dominio del entorno.

4.5. Metodología

La metodología de acompañamiento psicosocial Integra/Erantsi se estructura en cuatro fases, según el desarrollo de la relación de ayuda (estas fases no son exclusivamente lineales o cronológicas; sirven para ordenar las actuaciones, pero se pueden ir retroalimentando a lo largo del proceso relacional).

- Fase Inicial: acogida o fase de creación de vínculo.
- Fase exploratoria: establecimiento de las bases de alianza y compromiso de cambio.
- Fase valorativa: narración resumida de la exploración y valoración de los elementos o factores individuales y contextuales, actuales e históricos, extraídos de profesional y en colaboración con la persona usuaria.
- Fase de intervención: elaboración del plan de intervención de manera colaborativa.

El fin último que persigue el acompañamiento psicosocial es que los procesos individuales se realicen desde una perspectiva multidimensional e integradora, con el empleo de herramientas técnicas psicológicas.

4.5.1. Fase inicial: acogida o fase de creación de vínculo

La acogida se basa en la disponibilidad para la escucha (Vicioso y Castillo-González, 2019a). En estos primeros encuentros se pretende la clarificación inicial acerca de la función del acompañamiento psicosocial. En esta fase se establecen las bases de la relación de ayuda: confidencialidad, constancia, actitud contenedora, y establecimiento de límites claros para la persona y para su entorno. La persona usuaria se compromete a acudir a todas las citas con puntualidad y, en el caso en el que no fuera posible, avisar con anterioridad. Para ello se firma un contrato de acompañamiento por el que todas las partes se comprometen a salvaguardar los compromisos en términos de derechos y obligaciones. Los contenidos o áreas de intervención que pueden plasmarse en dicho contrato de acompañamiento psicosocial son:

- Autonomía: cada persona se responsabiliza de su proceso de desarrollo personal.
- Emociones: no se puede actuar de manera agresiva ni hostil durante el proceso de acompañamiento, ni hacia el otro ni hacia uno mismo.
- Propósitos: el proceso de acompañamiento implica propósitos individuales y relacionales.
- Planificación: el proceso de acompañamiento se observa a través del establecimiento de metas personales e intrínsecas, y conlleva que cada persona se ponga sus propios objetivos realistas y observables.
- Objetivos personales: integración de una imagen positiva de sí mismo. Fortalecimiento de la autoestima y autonomía. Incremento de la autorregulación afectiva y autoconocimiento.
- Relaciones: el proceso de acompañamiento psicosocial implica aumentar la red de relaciones sociales significativas o mejorar las relaciones con las personas que forman esa red.
- Objetivos relacionales: integración en la comunidad y mejora de la capacidad de empatía y asertividad.

4.5.2. Fase valorativa: exploración y formulación del problema

La exploración de los problemas y sus factores asociados pretende focalizar en las cuestiones prioritarias o problemas principales que preocupan a la personas y se asocian a su malestar emocional. Para ello se realiza una exploración de la situación biopsicosocial actual y pasada. La exploración

permite recabar una información integral y general sobre los distintos ámbitos de autonomía e integración relacional:

- Salud mental general: historia psiquiátrica, interacción entre los síntomas en salud mental y uso de drogas, identificar periodos de estabilidad, periodos de cambio y periodos de crisis.
- Salud física general: breve historia médica (tratamientos, ingresos, bajas, diagnósticos).
- Situación familiar: historia médica y psiquiátrica familiar.
- Situación social: situación financiera, nivel educativo, historia laboral, ajuste social (red social de apoyo, arraigo).
- Evaluación del contexto: red de servicios intervinientes en la actualidad, relación con la comunidad, apoyo formal.
- Evaluación de las competencias: puntos fuertes, intereses y *hobbies*.

A partir de la información objetiva y las impresiones subjetivas recogidas, se construye la formulación del problema con la participación de la persona usuaria. Dicha formulación del problema integra en un todo coherente, información relativa a factores biológicos, psicológicos y sociales asociados al malestar. La formulación consiste en una clarificación de aspectos esenciales detectados y la relación existente entre ellos:

- Quién realiza la demanda.
- Cuál es la demanda.
- Características culturales y otras variables que inciden en la situación presentada.
- Problemas principales: detectar prioridades.
- Factores históricos, contextuales y estructurales.
- Quiénes son los destinatarios y las destinatarias de esta formulación: persona, familia, equipo.
- Clarificación y consenso de las hipótesis e inferencias teóricas a partir de la información registrada: problemas manifiestos y factores asociados (modelo multiteórico de caso —Eells, 2011—).

La formulación en las personas con adicciones se basa en el modelo biopsicosocial y sistémico. De acuerdo con este, los componentes esenciales para explicar la iniciación, mantenimiento o abandono de la conducta adictiva son la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias (Secades-Villa *et al.*, 2007). La motivación para el cambio debe ser necesariamente abordada desde una perspectiva psicológica.

4.5.3. Fase de intervención: elaboración del plan de intervención de manera colaborativa

En esta fase se trata de elaborar un plan de acción de acompañamiento psicosocial en base a:

- La integración relacional y el nivel de autonomía funcional.
- La existencia de comorbilidad por uso de drogas/ comorbilidad psiquiátrica/exclusión social.
- La formulación previamente establecida de la relación entre todos los aspectos individuales y contextuales considerados.

El diseño del plan de intervención se basa en las siguientes premisas:

- Apoyo y supervisión de un equipo estable y una organización explícitamente formulada: número de sesiones por caso, periodicidad, y duración de estas.
- Participación de las personas usuarias en el desarrollo de un modelo de acompañamiento psicosocial colaborativo que permita que las personas se sientan comprendidas y que les permita experimentar su participación activa en el proceso.
- Consideración de la experiencia vivida por las personas y su historia biográfica, validación de la experiencia subjetiva de la persona, a la vez que se abren nuevas perspectivas y modos de experimentar y percibir dichas experiencias.
- Contención clara y compromiso de no hacerse daño. El riesgo de daños debe ser considerado por las personas acompañantes y por la organización para prevenirlos y contener las crisis cuando se produzcan.

4.6. Estrategias de acompañamiento psicosocial en personas en situación de exclusión social grave

4.6.1. Apoyo psicosocial emocional

Las competencias básicas para desarrollar el clima de apoyo emocional (Cuadro 2) permiten mantener las condiciones básicas de confidencialidad, seguridad, relación de colaboración, compromiso, flexibilidad, empatía, motivación para el cambio, y compromiso de no hacerse daño. Esas competencias se pueden resumir en: claridad y transparencia, validación, escucha activa, indagación, confrontación y contención (Cuadro 1).

Para potenciar la autenticidad, una de las competencias es la claridad y transparencia. Es necesaria una estructura clara, explícitamente formulada para que la persona sepa lo que le puede esperar, quién forma parte del equipo, el número de sesiones que se pueden llevar a cabo, qué se puede predecir, qué no se puede predecir, qué compromisos se esperan por su parte, qué intervención puede haber con respecto a las personas que puedan estar en su entorno.

También es importante para manifestar la autenticidad, no confundir con la identificación o implicación personal. La neutralidad es tomar a

la persona como válida y considerar el contexto social y cultural de la persona. Conocer el contexto social ayuda a comprender mejor sus conflictos y proporciona mayor neutralidad e imparcialidad.

Respecto a la condición de aceptación y consideración positiva incondicional la principal competencia a desarrollar es la validación. Es necesario validar continuamente de forma verbal y no verbal la experiencia de la persona. Es importante asumir como válidas dentro de la relación de ayuda todas las experiencias de forma explícita. Si se tratase de experiencias traumáticas también es necesario validar la importancia que tienen. Es necesario darle visibilidad a la experiencia vivida por la persona ya sea verbal o no verbalmente y así manifestar esa consideración positiva incondicional.

Las competencias para desarrollar la empatía principalmente son: una escucha activa, en el aquí y ahora, prestando una atención plena y comprometida a la persona y comunicando esa disposición, tanto en el lenguaje verbal como no verbal. La comprensión empática se manifiesta a través de las habilidades de comunicación con preguntas abiertas, indagación sobre patrones repetitivos de conducta, motivaciones, etc. Por último la competencia que se corresponde con la necesidad de establecer los límites es la capacidad de contención. La contención consiste en velar por el cumplimiento del contrato y el encuadre, constituyéndose en un espacio seguro donde la persona puede desplegar su dinámica de funcionamiento. Deben ser evaluadas y quedar explicitadas aquellas situaciones que puedan constituir una amenaza (por ejemplo, conductas autodestructivas y suicidas, consumo de sustancias, o amenazas). También han de darse algunas condiciones específicas, como por ejemplo establecer las reglas que van a regir: el compromiso de asistencia, el respeto de los tiempos, son todos elementos básicos que estructuran el acompañamiento emocional y permiten su progreso. La confrontación, por su parte, consiste en contrastar contradicciones o elementos del discurso que no son coherentes o que suponen una resistencia o falta de compromiso.

Condiciones	Competencias
Autenticidad	Claridad Neutralidad
Aceptación, consideración positiva incondicional	Validación
Empatía	Escucha activa Clarificación Señalamiento
Establecimiento de límites	Capacidad de contener Confrontación

4.6.2. El apoyo psicosocial grupal

El grupo de soporte emocional se basa en la interacción a partir de la situación similar de partida de sus miembros. Las normas de funcionamiento crean el contexto de soporte emocional, y también la figura facilitadora, que se encarga de velar por el cumplimiento de las normas de funcionamiento, entrevistar a los nuevos miembros, coordinar las reuniones e identificar las dinámicas grupales puede reforzar los objetivos de la intervención gracias al apoyo entre iguales en grupos cerrados de tamaño pequeño (Sánchez Vidal, 1995). Se trata de crear un espacio de seguridad que permita la participación, así como una estructura clara que favorezca la orientación y la atención. Los principales compromisos son la asistencia y confidencialidad. La relación entre iguales, la expresión emocional en un ambiente seguro donde el compromiso y la filosofía de reciprocidad de la ayuda ofrecen un espacio para el encuentro y el apoyo social emocional.

En el grupo, el apoyo emerge de las personas participantes. La figura profesional vela por la integridad individual y protege a los miembros más vulnerables. Incentiva la dinámica grupal y la participación. Crea una atmósfera agradable tanto de trabajo como de relación entre sus miembros, favoreciendo la continuidad del grupo. Deja que el grupo se desarrolle según las necesidades de sus miembros. Es imprescindible que el facilitador o facilitadora sea una persona cualificada y además suele ser de gran ayuda la supervisión de otro profesional.

El elemento más importante es la confidencialidad, junto con los siguientes.

- La protección de los derechos individuales en el grupo.
- Conformidad con las normas definidas por el grupo como aceptables y adecuadas.
- No uso de drogas durante el grupo.
- No uso de violencia.
- Asistencia regular y justificación de la no asistencia.
- Todo lo del grupo corresponde al grupo.
- Todos los miembros del grupo deben aceptar y consensuar las normas establecidas.

El encuadre grupal prevé una periodicidad semanal o quincenal, manteniendo la hora y el día y el lugar estables. La estructuración de cada sesión puede variar en función del grupo, pero es importante que se contemple la cohesión grupal, fomentando la asistencia y la participación. Para ello se realizan dinámicas de caldeamiento al inicio, como relajación o juegos de interacción, y al cierre, para que todas las personas puedan expresarse al menos antes de finalizar cada sesión.

4.6.3. Apoyo psicosocial a la salud

En personas en situación de exclusión social grave y comorbilidad psiquiátrica y/o por adicciones, el apoyo psicosocial se plantea como una estrategia básica para mejorar su calidad de vida. El acompañamiento psicosocial implica un acompañamiento directo a la persona desde una perspectiva de reducción de daños, que incluye:

- Acompañamiento y supervisión de los tratamientos de mantenimiento con agonistas opiáceos. Hay evidencia que demuestra que, si bien la metadona funciona muy bien para la mayoría de pacientes, algunos de ellos no responden a este tratamiento, abandonándolo o continuando con el consumo de otros opioides en la calle (Iglesias *et al.*, 2008). El apoyo psicosocial a las personas en programas de mantenimiento con agonistas opiáceos permite la adecuación progresiva de alternativas en caso de ser demandadas y la optimización de su eficacia.
- Apoyo a la utilización, en su caso, de salas de consumo supervisado. Las salas de consumo supervisado son recursos de atención sanitaria profesionalmente supervisadas, donde las personas usuarias de drogas pueden consumir en condiciones seguras e higiénicas. Se consideran un servicio altamente especializado y dentro de los servicios existentes para personas consumidoras. Los estudios para evaluar la eficacia de las salas de consumo desprenden resultados positivos respecto al alcance de la población diana y de la provisión de un entorno higiénico y saludable para el consumo de drogas (Schatz y Nougier, 2012).
- Acompañamiento en procesos de desintoxicación u hospitalización por causa de la adicción.
- Apoyo en el acceso y mantenimiento en programas libres de drogas.
- Apoyo a la adherencia, no solamente considerada como adherencia farmacológica, sino que incluye además los seguimientos médicos y psiquiátricos, citas médicas, controles y tratamientos médicos específicos. Se trata de facilitar estrategias conductuales de adecuación al tratamiento (información, planificación, monitoreo). Promover actitudes positivas hacia el tratamiento, emociones positivas, y aceptación de la condición de vivir con VIH. La mayoría de los estudios señalan que el tratamiento psicosocial mejora el pronóstico de los pacientes al mejorar la retención en los programas terapéuticos, aumentar los periodos de abstinencia, disminuir el consumo global y mejorar la comorbilidad (Martín, Hernández y Carrobes, 2005).

4.7. Evaluación de la intervención psicosocial según el modelo Integra/Erantsi

En los últimos años, la Asociación T4 de lucha contra el sida aplica el modelo de acompañamiento psicosocial para personas con VIH en situación de exclusión

social y con patologías múltiples. Los programas de acompañamiento psicosocial promueven un mayor acceso de las mujeres a la intervención, propiciando medidas de intervención específicas para mujeres para mejorar la relación de ayuda.

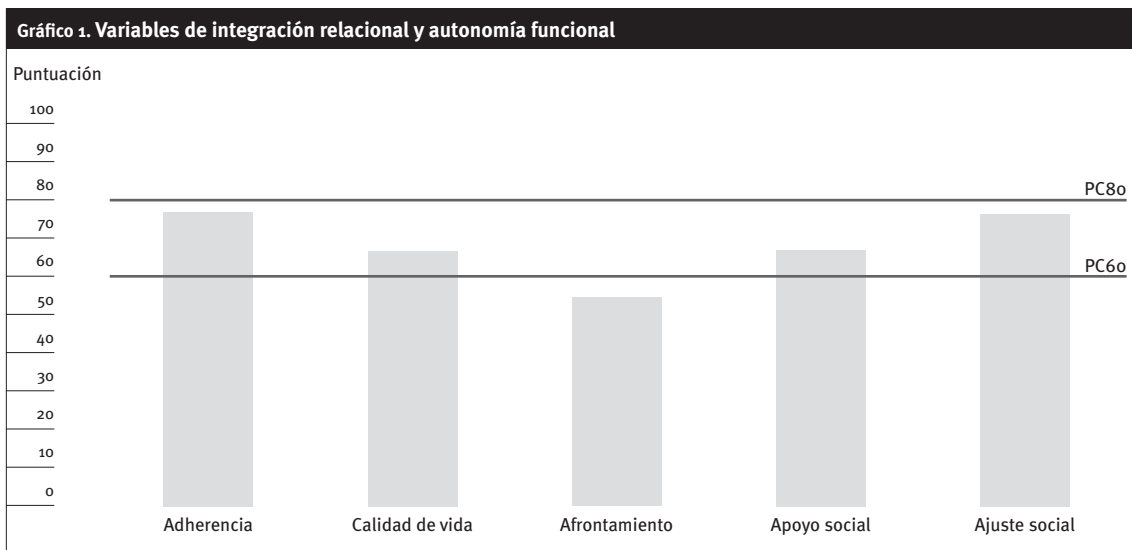
El enfoque que se emplea para el desarrollo de la intervención es biopsicosocial, comunitario, humanista, personalizado, continuado e integral. Aunque el objetivo último es mejorar la autonomía y la calidad de vida, es necesario garantizar la estructura vital para que estas personas puedan mejorar la situación social y de salud. En el caso del VIH, si por causas directa o indirectamente asociadas a la enfermedad se generan situaciones de exclusión grave, generalmente por carecer de apoyo familiar o carecer de vivienda, se requiere atención residencial con el fin de promover la integración social, la calidad de vida y la autonomía en un ambiente de protección de la salud. Otro factor de riesgo para mantener la adherencia y la calidad de vida son las alteraciones emocionales, la falta de motivación, o la evitación de afrontar los cuidados de la salud como mecanismo de negación.

En el año 2019, se lleva a cabo la evaluación del programa de acompañamiento psicosocial en treinta y tres personas usuarias del centro diurno y centro residencial para personas en situación de exclusión social de la Asociación T4. De los 33 participantes, 13 son mujeres y 23 son hombres (Vicioso y Castillo-González, 2019b). Todas las personas participantes están en situación de exclusión social. Son receptoras de pensiones mínimas o renta de garantía de ingresos. Su salud es precaria, por problemas asociados al VIH, hepatitis y/o coinfección, adicción a sustancias tóxicas y/o abuso de estas, y enfermedad mental. Son en su mayoría mayores de cincuenta años. La mayoría de ellas han contraído el VIH; están en tratamiento psiquiátrico (50 %) o tratamiento de metadona (50 %).

Las variables medidas para evaluar la autonomía funcional y la integración relacional en las personas que participan en dicho estudio fueron las siguientes:

- Ajuste psicoafectivo. Afrontamiento conductual y emocional (Font y Cardoso, 2009).
- Apoyo social. Esta variable mide el nivel de apoyo social percibido. Se mide a través del Cuestionario MOS de Apoyo Social (Requena, Salamero y Gil, 2007). Adaptado de MOS-SS Medical Outcomes Study-Social Support Survey (Sherbourne y Stewart, 1991). Tiene una subescala de apoyo social estructural, que mide la red natural e informa de apoyo, y una subescala de apoyo social funcional, que mide apoyo social instrumental, relacional, emocional y afectivo.
- Ajuste social. Esta variable recoge el grado de satisfacción subjetiva de la persona en sus relaciones sociales, trabajo, ocio, participación comunitaria, motivaciones, *hobbies* e interés por el entorno. Se mide a través de la Escala de Satisfacción con la Adaptación Social (SAAS) (Bobes *et al.*, 1999).
- Calidad de vida. Cuestionario MOS VIH (Remor, 2002).
- Adherencia farmacológica subjetiva. Cuestionario de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) (Remor, 2006).

Los resultados de la evaluación se muestran en el Gráfico 1. La puntuación se considera baja si la media es inferior a PC = 60; media si el PC = 60-80; y alta si el PC medio es superior a 80². La adherencia media al tratamiento médico y psiquiátrico y el ajuste social son óptimas (PC = 76) (Remor, 2006). La calidad de vida y el apoyo social percibido son también adecuadas (PC = 66) (Remor, 2002).



Fuente: Elaboración propia.

² PC: percentil.

El ajuste psicoafectivo, medido por las variables de afrontamiento emocional y conductual, es bajo: PC = 53 y PC = 54, respectivamente (Font Guiteras, Reventós Osuna y Falo Zamora, 2020).

La dimensión de apoyo social total incluye apoyo afectivo, instrumental, emocional e interacción social. Se obtiene una media de $X = 59,37$, que es equivalente al PC = 68, considerado adecuado para valores de media superiores a 57 (Requena, Salamero y Gil, 2007).

Se obtiene un nivel de ajuste social alto ($X = 38,63$), equivalente a un percentil de PC = 80, siendo las puntuaciones más altas en las relaciones sociales y las actividades ocupacionales (Bosc, Dubini y Polin, 1997).

Si analizamos el perfil de las mujeres en este estudio piloto, se observa que todas ellas son usuarias de la red de servicios sociales de larga duración. A lo largo de su proceso vital han participado en diferentes servicios y programas de intervención social. En las mujeres la adherencia y calidad de vida es similar a la obtenida en hombres; sin embargo, obtienen ligeramente mejores resultados en ajuste social y apoyo social. El nivel de apoyo social informal o natural, que mide el tamaño de la red social presenta una media de $PD^3 = 4,13$ personas significativas cercanas. Se considera apoyo social bajo cuando la puntuación media es inferior a $PD = 5$ (Requena, Salamero y Gil, 2007).

Como limitación del estudio evaluativo realizado, cabe señalar que no se ha analizado el impacto de esta intervención específicamente con mujeres desde una perspectiva longitudinal. Los servicios destinados a mujeres sin hogar se diferencian en dos tipos: los servicios específicos para mujeres y los generalistas. Existen elementos que dificultan la atención a las mujeres en servicios específicos: la escasez de centros, la orientación por perfiles (mujeres víctimas de violencia de género y madres solteras), y la falta de una atención integral. En general, es necesario realizar estudios longitudinales para poder establecer relaciones causales o correlacionales entre los factores de apoyo social, ajuste social, calidad de vida y afrontamiento con

las intervenciones de tipo psicosocial en personas con múltiples patologías asociadas a procesos de exclusión social.

5. Conclusiones

El modelo de acompañamiento psicosocial Integra/Erantsi está destinado a personas que tienen múltiples problemáticas de salud y sociales asociadas a un historial de adicciones o a un historial psiquiátrico, que acompaña a su situación de exclusión social, y que hace más difícil su progreso hacia una mayor integración.

Estas problemáticas de salud están en continua interacción con el proceso de acompañamiento. Se produce un efecto sindémico de los factores de riesgo tales como la desestructuración personal, familiar o social. La interacción de estos factores produce una escalada y espiral hacia un agravamiento y cronificación de los problemas a nivel individual (salud mental), familiar (conflictos, rupturas), o social (exclusión, aislamiento). Es necesario establecer herramientas que permitan profundizar en las áreas más sensibles en el acompañamiento social a personas con patologías múltiples.

Las necesidades de intervención en el área de los servicios sociales son reconocidas como un derecho subjetivo de ciudadanía y se valoran en función de una visión integral de la persona. Lo que interesa a los servicios sociales es la interacción entre las capacidades (o limitaciones) funcionales para la vida diaria y los soportes relacionales (o su ausencia) por parte de los entornos familiares y comunitarios en los que tiene lugar esa vida diaria.

Aquellas personas que no acceden al sistema de bienestar pueden sufrir procesos de exclusión social y deterioro de su salud mental cada vez más complejos.

Se puede realizar una intervención en general y, específicamente, que contemple de manera relacionada los aspectos de exclusión social, salud mental y adicciones.

³ Puntuación directa.

- ALJAMA, A.; URBANO, A. y SANTAMARÍA, E. (2004): *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*, Universidad de Deusto.
- AVILÉS, N.R. y GARCÍA, E.G. (2006): “Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar”. *Trastornos adictivos*, vol. 8, no. 4, pp. 243-250.
- BOBES, J.; GONZÁLEZ, M.P.; BASCARAN, M.T.; COROMINAS, A.; ADAN, A.; SÁNCHEZ, J. y SUCH, P. (1999): “Validation of the Spanish version of the social adaptation scale in depressive patients”, *Actas españolas de psiquiatría*, vol. 27, no. 2, pp. 71-80.
- BURGOS, A.H.; ÁLVAREZ, F.M.; BLÁZQUEZ, A.M. y MAIZA, J.O. (2019): “La actual ley vasca de servicios sociales. Universalización de servicios y consolidación de la atención socioeducativa y de los educadores y educadoras sociales en las respuestas a la ciudadanía”, *RES: Revista de Educación Social*, no. 29, pp. 43-69.
- CASADO, D. (2010): *Leyes de Servicios Sociales del siglo XXI*, Cáritas Española.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2013): *II Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV*.
- DE VIERGOL LANZAGORTA, A.M. (2005): “Ley 4/2005, para la Igualdad de Mujeres y Hombres de la Comunidad Autónoma del País Vasco y propuesta de ‘lege ferend’ sobre el IV PAPME”, *Revista técnico laboral*, vol. 27, no. 105, pp. 433-464.
- DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA (2019): *Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 59/2019, de 21 de mayo, por el que se regula el procedimiento de intervención especializado en materia de inclusión social*, Cuadernos del Departamento de Empleo, Inclusión Social e Igualdad, Disponible en: <<http://biblioteca.ararteko.eus/Record/22410>>.
- EELLS, T.D. (2011): *Handbook of psychotherapy case formulation*, Guilford Press.
- FANTOVA AZCOAGA, F. (2007): “Repensando la intervención social”, *Documentación social*, vol. 147, pp. 183-198.
- (2017): Servicios sociales e inclusión social: análisis y perspectivas en el País Vasco, *Zerbitzuan*, no. 64, pp. 9-31, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.64.01>>.
- (2018): “Construyendo la intervención social”, *Papeles del psicólogo*, vol. 39, no. 2, pp. 81-88.
- FERNÁNDEZ, S. (2017): “Análisis de la realidad de las mujeres en situación o riesgo de exclusión social en la Comunidad Autónoma de Euskadi”, *Zerbitzuan*, pp. 141-152, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.64.09>>.
- GOBIERNO VASCO (2008): *Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales*.
- (2013): *Decreto 385/2013, de 16 de julio*, disponible en: <<http://www.jusap.ejgv.euskadi.eus/r47-bopvapps/es/bopv2/datos/2013/08/1303530a.pdf>>.
- (2016): *Ley 1/2016 de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias*, 2016.
- (2017): *Decreto 152/2017, de 9 de mayo*.
- (2018): *Estrategia Vasca para Personas sin Hogar*, disponible en: <http://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_acuerdo_sinhogar/es_def/adjuntos/ESTRATEGIA VASCA PARA PERSONAS SIN HOGAR 2018-2021 castellano.pdf>.

- HERNÁN, M.; FERNÁNDEZ, A. y RAMOS, M. (2004): “La salud de los jóvenes”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, pp. 47-55.
- IGLESIAS, E.B. y TOMÁS, M.T.C. (2011): *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*, Sociodrogalcohol.
- IGLESIAS, E.B.; TOMÁS, M.C.; PÉREZ, E.J.P.; HERMIDA, J.R.F.; FERNÁNDEZ, L.C.; GONZÁLEZ, M.P.B.; VILLA, R.S. y GRADOLÍ, V.T. (2008): *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*, Sociodrogalcohol.
- KEYES, C.L.M. (1998): “Social Well-Being”, *Social Psychology Quarterly*, vol. 61, no. 2, pp. 121-140, <<https://doi.org/10.2307/2787065>>, disponible en: <<http://www.jstor.org/stable/2787065>>.
- KORTABARRIA, B.L.; ARRÁZOLA, F.J.L.; ZALAKAIN, J. y ÁLVAREZ, N.Z. (2018): “Elkar-EKIN:(re) construyendo en común la red de ser vicios sociales para la inclusión en Gipuzkoa”, *Zerbitzuan*, no. 67, pp. 51-65, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.67.04>>.
- LÓPEZ-AROSTEGI, R. (1970): “L’emancipació com a horitzó de la intervenció social”, *Educació social. Revista d’intervenció socioeducativa*, vol. 0, no. 56, disponible en: <<https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/275578>>.
- MARTÍN, L.L.; HERNÁNDEZ, S.O. y CARROBLES, J.A. (2005): “Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona”, *Psicothema*, vol. 17, no. 4, pp. 575-581.
- ORTÚN-RUBIO, V.; PINTO-PRADES, J.L. y PUIG-JUNOY, J. (2001): “La economía de la salud y su aplicación a la evaluación”, *Atención Primaria*, vol. 27, no. 1, pp. 62-64.
- REMOR, E. (2002): “Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH”, *Atención primaria*, vol. 30, no. 3, pp. 143-148.
- (2006): “Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH): estudio internacional”, *Rev Humanitas*, vol. 3, pp. 80-81.
- REQUENA, G.C.; SALAMERO, M. y GIL, F. (2007): “Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer”, *Medicina Clínica*, vol. 128, no. 18, pp. 687-691.
- ROGERS, C.R. (2012): “La relación interpersonal: el núcleo de la orientación”, *Terapeutas y Psicólogos en CDMX: Irradia Terapia*.
- ROMO AVILÉS, M.N. (2005): *Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres*.
- RYFF, C.D. y SINGER, B.H. (2008): “Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being”, *Journal of happiness studies*, vol. 9, no. 1, pp. 13-39.
- SÁNCHEZ VIDAL, A. (1995): “Potencial y límites de la intervención psicosocial”, *Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, vol. 4, no. 10, pp. 5-15.
- SCHALOCK, R.L. (2014): “Quality of life as a change agent”, *International Public Health Journal*, vol. 6, no. 2, pp. 105.
- SCHATZ, E. y NOUGIER, M. (2012): *Salas de consumo de drogas: evidencias y prácticas*, IPDC.
- SECADES-VILLA, R.; GARCÍA-RODRÍGUEZ, O.; FERNÁNDEZ-HERMIDA, J.R. y CARBALLO, J.L. (2007): “Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias”, *Papeles del psicólogo*, vol. 28, no. 1, pp. 29-40.
- SECO REVILLA, O. (2018): “Marco conceptual y caracterización del servicio de día para la inclusión social en Bizkaia”, *Zerbitzuan*, no. 67, pp. 67-78, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.67.05>>.
- SHERBOURNE, C.D. y STEWART, A.L. (1991): “The MOS social support survey”, *Social science & medicine*, vol. 32, no. 6, pp. 705-714.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS(2019): *IV Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV 2018*, Vitoria-Gasteiz, Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Disponible en: <<http://www.siiis.net/documentos/informes/545454.pdf>>.
- STANTON, M.D. y TODD, T.C. (2018a): *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*, Editorial Gedisa.
- (2018b): *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*, Editorial Gedisa.
- VÁZQUEZ CABRERA, J.J.; RODRÍGUEZ MORENO, S.I.; ROCA MORALES, P. y PANADERO HERRERO, S. (2016): “Sucesos vitales estresantes en mujeres en situación sin hogar”, *Mujeres e investigación. Aportaciones interdisciplinarias: VI Congreso Universitario Internacional Investigación y Género*, pp. 611-624.
- VICIOSO, C. y CASTILLO-GONZÁLEZ, D. (2019³): *Guía De Acompañamiento INTEGRA/ERANTSI para Personas en Procesos de Integración/ Gizarteratze Prozesuetan Diren Pertsonen Lagun Egiteko INTEGRA/ERANTSI Gida*, Vitoria-Gasteiz, Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/GUIA_ERANTSI.pdf>.
- VICIOSO, C. y CASTILLO-GONZÁLEZ, D. (2019): *Guía «INTEGRA-ERANTSI» de acompañamiento terapéutico para personas con vih*. XIX Congreso Nacional sobre el Sida e ITS, Alicante.
- ZALAKAIN, J. (2018): *Pasado, presente y futuro de los Servicios Sociales para la Inclusión*, Nuevos horizontes, Gizartegune.

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 oinarriko 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 zehaztuko 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 berretzat gordeko du testuak 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 Gizarte Informazio eta Ikerketa Zerbitzua
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 Servicio de Información e Investigación Social
General Etxague, 10 - bajo
20003 Donostia-San Sebastián
Tel. 943 42 36 56
Fax 943 29 30 07
publicaciones@siis.net

Diseño e impacto de las prestaciones por hijos a cargo en los países de la OCDE

Prestaciones para la conciliación de la vida laboral y familiar: una revisión de su diseño e impacto en los países de la OCDE

Parentalidad positiva: un eje para la intervención social con menores

Analizando la función de la comunidad en el sistema de organización social de los cuidados en Euskadi

Capacitismo, covid-19 y dignidad: derecho a la salud e inclusión en tiempos de pandemia

El asistente personal como trabajador/a: su implantación en España

Envejecimiento y atención a la dependencia en los territorios de Euskal Herria

Análisis de la práctica en transformación y sus efectos en los profesionales: estudio cualitativo en el programa Primer la Llar en Barcelona (Housing First)

“Kaleak suntsitzen du”:
bakarrik dauden adingabe atzerritarrak, bakarrik dauden gazte atzerritarrak izatera heltzen direnean, pairatzen dituzten beharrianak profesionalen ikuspuntutik

Modelo Integra/Erantsi de acompañamiento psicosocial para personas en procesos de integración social



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

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